

# รายงานการวิจัย

เรื่อง

## สถานะสุขภาพ

## ของลูกแรงงานข้ามชาติย้ายถิ่น

## ที่จังหวัดระนอง

Health Status of Foreign Migrant Workers  
Children in Ranong Province



ผศ.ดร.ลดาวัลย์ ประทีปชัยกูร  
ผศ.ถนอมศรี อินทนนท์  
นพ.สมชาย วงศ์เจริญยง  
น.ส.อมิรดี แซ่ลิ้ม

ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข  
พ.ศ. 2542

## กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงได้ด้วยดีด้วยการร่วมมือ และความกรุณาจากหลายฝ่าย คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์ เป็นที่ปรึกษาโครงการ ขอบพระคุณ นายแพทย์โสภณ เมฆธน อธิบดีสาธารณสุขจังหวัดระนอง นายแพทย์สมชาย วงศ์เจริญยง รองสาธารณสุขจังหวัดระนองในขณะนั้น และ นายแพทย์ศิริชัย ภัทรนุทธพร สาธารณสุขจังหวัดระนอง ที่เอื้ออำนวยให้ความสะดวกในการเก็บข้อมูล

ขอบพระคุณ คุณพงษ์พันธุ์ สาขา คุณจิรพงษ์ สุทธะมุสิก และ คุณหทัยรัตน์ อภิรุทธิกุล ที่ช่วยประสานงานกับผู้รับผิดชอบในพื้นที่เพื่อเอื้ออำนวยความสะดวกในการดำเนินการเก็บข้อมูล นอกจากนี้ ขอขอบคุณ ล่ามชาวพม่า อาสาสมัครชาวพม่า และชาวพม่า ที่ให้ความร่วมมือในการแปล เก็บรวบรวมข้อมูล และตอบแบบสอบถามจนทำให้การวิจัยครั้งนี้เสร็จสมบูรณ์ด้วยดี

ขอบขอบคุณ คุณสร้อยสุดา สฤกพฤกษ์ ผู้ช่วยนักวิจัย ที่ช่วยให้งานดำเนินไปได้ด้วยดี

ท้ายที่สุดนี้ คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ที่สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานวิจัย ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ผู้วิจัย

มกราคม 2543

# สารบัญเรื่อง

	หน้า
บทคัดย่อ .....	(2)
กิตติกรรมประกาศ .....	(3)
สารบัญเรื่อง .....	(4)
สารบัญตาราง .....	(6)
สารบัญรูป .....	(8)
1. บทนำ .....	1
หลักการและเหตุผล .....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย .....	2
นิยามศัพท์ .....	2
2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	3
ความหมาย .....	3
แรงงานข้ามชาติย้ายถิ่น .....	3
ลูกแรงงานข้ามชาติย้ายถิ่น .....	5
สถานะสุขภาพของลูกแรงงานข้ามชาติย้ายถิ่น .....	5
ลักษณะภูมิประเทศของจังหวัดระนอง .....	6
สภาพลักษณะความเป็นอยู่ของชาวพม่า .....	7
สถานะสุขภาพของลูกแรงงานข้ามชาติย้ายถิ่นในจังหวัดระนอง .....	9
ค่าใช้จ่ายในการรักษาชาวต่างชาติ .....	10
3. วิธีการวิจัย .....	12
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	12
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	13
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ .....	13
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล .....	13
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	14
แผนการดำเนินงาน .....	14
4. ผลการวิจัย .....	15

## สารบัญเรื่อง (ต่อ)

	หน้า
5. สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	51
สรุปผลการวิจัย .....	51
อภิปรายผล .....	53
ข้อจำกัด ปัญหา และข้อเสนอแนะ .....	56
บรรณานุกรม .....	58
ภาคผนวก .....	61
ภาคผนวก ก .....	61
ภาคผนวก ข .....	70

## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
2.1	จำนวนประชากรพม่าในจังหวัดระนอง จำแนกเป็นรายอำเภอ พ.ศ. 2540 .....	8
2.2	จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงของชาวพม่าที่เข้ารับการรักษาในสถานบริการ สาธารณสุขของรัฐ จำแนกตามกลุ่มอายุ จังหวัดระนอง พ.ศ. 2536 - 2542 .....	10
2.3	ค่าใช้จ่ายในการรักษาชาวต่างชาติ .....	10
4.1	จำนวน ร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลผู้เลี้ยงดู จำแนกตามถิ่นที่อยู่อาศัย .....	20
4.2	จำนวน ร้อยละของข้อมูลเกี่ยวกับเด็ก จำแนกตามถิ่นที่อยู่อาศัย .....	23
4.3	จำนวน ร้อยละของประวัติสุขภาพเด็ก จำแนกตามถิ่นที่อยู่อาศัย (ภายหลังปรับกับอายุเด็กแล้ว) .....	25
4.4	ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐานและค่าพิสัยของจำนวนครั้งของวัคซีน ที่ได้รับ จำแนกตามถิ่นที่อยู่อาศัย .....	27
4.5	จำนวน ร้อยละของเด็กที่ได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบ .....	28
4.6	ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐานและค่าพิสัยของจำนวนครั้งของความเจ็บ ป่วยที่เด็กเป็นในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามถิ่นที่อยู่อาศัย .....	29
4.7	จำนวน ร้อยละของภาวะโภชนาการเด็ก จำแนกตามถิ่นที่อยู่อาศัย .....	30
4.8	จำนวน ร้อยละของภาวะโภชนาการเด็ก จำแนกตามเพศ .....	30
4.9	จำนวน ร้อยละของการดูแลสุขภาพเด็ก จำแนกตามถิ่นที่อยู่อาศัย .....	33
4.10	จำนวน ร้อยละของสภาพแวดล้อมบ้าน จำแนกตามถิ่นที่อยู่อาศัย .....	39
4.11	จำนวน ร้อยละของการผ่านเกณฑ์การประเมินพัฒนาการเด็กแต่ละด้าน จำแนก ตามถิ่นที่อยู่อาศัย (ภายหลังปรับกับอายุเด็กแล้ว) .....	40
4.12	จำนวน ร้อยละของจำนวนบุตรที่มารดาต้องการมี จำแนกตามถิ่นที่อยู่อาศัย .....	46
4.13	จำนวน ร้อยละของเหตุผลที่ต้องการมีบุตรตามจำนวนที่วางไว้ จำแนกตาม ถิ่นที่อยู่อาศัย .....	47
4.14	จำนวน ร้อยละของการใช้วิธีคุมกำเนิด จำแนกตามถิ่นที่อยู่อาศัย .....	48
4.15	จำนวน ร้อยละของวิธีคุมกำเนิดที่ใช้ จำแนกตามถิ่นที่อยู่อาศัย .....	48
4.16	จำนวน ร้อยละของเหตุผลการใช้วิธีคุมกำเนิดที่ตนเองใช้ จำแนกตามถิ่นที่อยู่อาศัย .....	48
4.17	จำนวน ร้อยละของเหตุผลที่ไม่ใช้ยาคุมกำเนิด จำแนกตามถิ่นที่อยู่อาศัย .....	49
4.18	จำนวน ร้อยละของแผนการศึกษาบุตร จำแนกตามถิ่นที่อยู่อาศัย .....	49
4.19	จำนวน ร้อยละของอาชีพบุตรที่บิดามารดาคาดหวัง จำแนกตามถิ่นที่อยู่อาศัย .....	50
4.20	จำนวน ร้อยละของการแก้ปัญหาในกรณีบุตรป่วยแล้วไม่มีเงินรักษา จำแนกตามถิ่นที่อยู่อาศัย .....	50

## สารบัญรูป

รูปที่		หน้า
4.1	น้ำหนักและอายุของเด็กชาย จำแนกตามถิ่นที่อยู่อาศัยและภาวะโภชนาการ .....	31
4.2	น้ำหนักและอายุของเด็กหญิง จำแนกตามถิ่นที่อยู่อาศัยและภาวะโภชนาการ .....	32
4.3	Kaplan-Meier ของระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จำแนกตามถิ่นที่อยู่อาศัย .....	37
4.4	Kaplan-Meier ของอายุเด็กที่เริ่มให้อาหารเสริม จำแนกตามถิ่นที่อยู่อาศัย .....	38
4.5	ร้อยละของการผ่านเกณฑ์การประเมินพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ โดยการถามแม่ และการสังเกตกับการถามแม่จำแนกตามถิ่นที่อยู่อาศัย .....	41
4.6	ร้อยละของการผ่านเกณฑ์การประเมินพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก โดยการถามแม่ และการสังเกตกับการถามแม่จำแนกตามถิ่นที่อยู่อาศัย .....	42
4.7	ร้อยละของการผ่านเกณฑ์การประเมินพัฒนาการด้านภาษา โดยการถามแม่ และการสังเกตกับการถามแม่จำแนกตามถิ่นที่อยู่อาศัย .....	43
4.8	ร้อยละของการผ่านเกณฑ์การประเมินพัฒนาการด้านสังคม โดยการถามแม่ และการสังเกตกับการถามแม่จำแนกตามถิ่นที่อยู่อาศัย .....	44

## บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ การครอบคลุมการบริการสุขภาพ และพัฒนาการของลูกแรงงานข้ามชาติชายฉกรรจ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นลูกแรงงานข้ามชาติชายฉกรรจ์ชาวพม่าอายุระหว่าง 0 - 5 ปี จำนวน 293 คน และผู้เลี้ยงดูเด็กจำนวน 240 คนที่อาศัยอยู่ในอำเภอเมือง อำเภอกระบุรี และอำเภอละอุ่น จังหวัดระนอง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์สถานะการดูแลสุขภาพ และแบบประเมินพัฒนาการ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน  $X^2$  t-test และ Mann-Whitney test

ผลการวิจัยพบว่า ลักษณะทั่วไปของผู้เลี้ยงดูเด็กร้อยละ 35.1 มีอายุเฉลี่ย 30 ปี ส่วนใหญ่เป็นมารดาเด็ก นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 35.1 บิดาประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป รองลงมารับจ้างประมง ร้อยละ 26 มารดาเป็นแม่บ้าน ครอบครัวมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 2,730 บาท ซึ่งไม่สม่ำเสมอและไม่เพียงพอสำหรับรักษาลูกเมื่อเจ็บป่วย บิดามารดามีระดับการศึกษาอยู่ในระดับอ่านเขียนได้ ลักษณะทั่วไปของเด็ก เป็นเพศชายและหญิงในจำนวนที่ใกล้เคียงกัน ส่วนใหญ่มีเชื้อชาติทวาย ร้อยละ 61.6 เกิดในประเทศไทย ร้อยละ 72.4 ที่บ้านตนเอง โดยผดุงครรภ์โบราณ ร้อยละ 54.5 เด็กมีสุขภาพฟันปกติ ส่วนมากไม่มีสมุดบันทึกสุขภาพและวัคซีน ร้อยละ 66.3 ได้รับวัคซีนไม่ครบร้อยละ 43.3 ร้อยละ 22.5 ไม่เคยได้รับวัคซีน ในเขตเมืองเด็กได้รับวัคซีนครบทุกตัว ยกเว้นโปลิโอมากกว่าในเขตชนบท ความเจ็บป่วยที่พบบ่อยในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาคือ ไข้และหวัด เด็กในเขตเมืองมีจำนวนครั้งของการเจ็บป่วยด้วยไข้ ท้องร่วง แผลพุพอง และไข้มาเลเรีย น้อยกว่าเด็กในเขตชนบท ภาวะโภชนาการที่ได้จากเด็กจำนวน 282 คน พบว่า ร้อยละ 53.2 มีภาวะโภชนาการอยู่ระดับปกติ ร้อยละ 29.1 ขาดสารอาหารระดับ 1 ร้อยละ 17.3 ขาดสารอาหารระดับ 2 และร้อยละ 0.4 ขาดสารอาหารระดับ 3 เด็กในเขตเมืองมีภาวะขาดสารอาหารน้อยกว่าเด็กในเขตชนบททุกระดับ

การดูแลสุขภาพเด็ก เมื่อเด็กเจ็บป่วยร้อยละ 47.1 ไปรับการรักษาที่สถานอนามัย ผู้เลี้ยงดูร้อยละ 59.8 ระบุว่าเด็กมีภาวะสุขภาพดี เด็กเกือบทุกคน (ร้อยละ 92.8) ดูนมแม่ ร้อยละ 50 ของมารดาในเขตเมืองและเขตชนบท เลี้ยงลูกด้วยนมแม่จนเด็กมีอายุ 24 และ 30 เดือนตามลำดับ ร้อยละ 50 ของเด็กในเขตเมืองและเขตชนบท ได้รับอาหารเสริมที่อายุ 3 เดือนและ 2 เดือนตามลำดับ อาหารเสริมส่วนใหญ่เป็นข้าว น้ำดื่มเกือบครึ่งหนึ่งไม่มีการปรับปรุงคุณภาพน้ำ (ร้อยละ 46.8) ร้อยละ 32.3 ดื่มน้ำประปา/ น้ำฝนรองลงมาเป็นน้ำบ่อ/ น้ำคลอง (ร้อยละ 30.2) มีการถ่ายอุจจาระที่ไม่ถูกสุขลักษณะ และมีวิธีการกำจัดอุจจาระและขยะที่ไม่เหมาะสมคือทิ้งลงแม่น้ำลำคลอง สภาพแวดล้อมของบ้านที่เด็กอยู่ส่วนใหญ่ มีลานบ้านให้เด็กวิ่งเล่น และมีสิ่งกระตุ้นพัฒนาการเด็ก ในเขตเมืองมีสิ่งกระตุ้นพัฒนาการเด็กที่เป็นของเล่นและโทรทัศน์มากกว่าในเขตชนบท

การพัฒนาการเด็ก ในเด็กจำนวน 287 คน เด็กผ่านเกณฑ์การประเมินพัฒนาการด้านสังคมร้อยละ 84 ด้านภาษาร้อยละ 80.7 ด้านกล้ามเนื้อใหญ่ร้อยละ 71.8 และด้านกล้ามเนื้อเล็กร้อยละ 60.5 เด็กในเขตเมืองมีร้อยละของการผ่านเกณฑ์การประเมินพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็กมากกว่าเด็กในเขตชนบท

# บทที่ 1

## บทนำ

### หลักการและเหตุผล

การเดินทางเคลื่อนย้ายถิ่นเป็นปรากฏการณ์ของมนุษยชาติ ที่เกิดขึ้นตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน ด้วยปัจจัยหลายอย่าง ที่สำคัญคือ ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและการเมือง ประกอบกับยุคปัจจุบัน เป็นยุคโลกไร้พรมแดนในเรื่องข้อมูลข่าวสาร การติดต่อ และการเดินทาง ตลอดจนระบบเศรษฐกิจทุนนิยมที่แพร่กระจายที่เข้าไปในประเทศต่างๆ ทั่วโลก นับเป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างยิ่งที่ทำให้เกิดการย้ายถิ่นทั้งภายในและระหว่างประเทศ (กฤตยา, วณี, พิมพา, และฉัตรสมุน, 2540)

การย้ายถิ่นข้ามชาติในกลุ่มประเทศอินโดจีนและเอเชียใต้ มีตลอดเวลาในประวัติศาสตร์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศไทย ได้กลายเป็นแหล่งพักพิงและอยู่ชั่วคราว ในฐานะผู้พลัดถิ่น พร้อมทั้งเป็นแหล่งแรงงานที่แรงงานต่างชาติจากหลายประเทศ มุ่งหวังที่จะเข้ามาหางานทำทั้งเป็นการถาวรและชั่วคราว (เกษมสันต์, 2539) แรงงานข้ามชาติที่ลี้ภัยหลบเข้ามาเมือง มีทั้งชาวเขาและบุคคลบนพื้นที่สูงที่มีเชื้อสายชาติไทย กลุ่มเอเชียใต้ (เนปาลอพยพ, อินเดีย, ศรีลังกา, และบังกลาเทศ) ลาว จีนแผ่นดินใหญ่ เวียดนาม กัมพูชา และพม่า ซึ่งมีทั้ง ผู้หลบหนีเข้าเมือง สัญชาติพม่า ผู้หลบหนีภัยสงคราม และผู้พลัดถิ่น (กฤตยา, วรณา และอัญชลี, 2540) จากการศึกษาของกฤตยา และคณะ (2540) พบว่า แรงงานข้ามชาติซึ่งคิดกฎหมายในประเทศไทย มีประมาณ 1 ล้านคน จากจำนวนคนย้ายถิ่นข้ามชาติทั้งหมด 8.4 ล้านคน ในขณะที่ประเทศไทยมีจำนวนประชากรทั้งสิ้น 60.1 ล้าน

การที่แรงงานต่างชาติหลั่งไหลเข้ามา เป็นธรรมชาติที่จะมีเด็กเกิดตามบิดามารดาด้วยจำนวนมาก (กฤตยา และคณะ, 2540) ซึ่งกฤตยา, วณี, พิมพา และฉัตรสมุน (2540) ศึกษาพบว่า ในระหว่างปี 2535- 2539 มีเด็กจากคนต่างชาติ จำนวน 6,209 คน สัญชาติพม่า มีจำนวนสูงสุด รองลงมาคือ ลาว สำหรับจังหวัดที่มีชายแดนติดต่อกับพม่า เช่น จังหวัดระนอง มีรายงานเด็กเกิดจากคนต่างชาติจำนวนมาก โดยมีได้ระบุสัญชาติไว้ ส่วนใหญ่ (เกินร้อยละ 90) มีบิดามารดาเป็นสัญชาติพม่า ข้อมูลจาก การสำรวจขององค์การอนามัยโลก (องค์การอนามัยโลก, 2542) ในเดือนมกราคม-มิถุนายน 2542 พบว่า จังหวัดระนองในเขตอำเภอเมือง ที่ตำบลบางริน (หมู่ 1, 2, 3) มีเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี 95 คน ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคครบ 6 โรค ร้อยละ 14.74 มีเด็กอายุ 1-5 ปี 237 คนได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคครบตามกำหนด ร้อยละ 46.41 ส่วนโรคที่พบบ่อยในเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี คือ โรคอุจจาระร่วงและโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ คิดเป็นร้อยละ 33.13 และ 39.07 ตามลำดับ ส่วนที่ตำบลหงาว (หมู่ที่ 1, 2, 3, 4) มีเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี 39 คน ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคครบ 6 โรค ร้อยละ 2.57 มีเด็กอายุ 1-5 ปี 109 คน ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคครบตามเกณฑ์ร้อยละ 32.11 โรคที่พบบ่อยคือ โรคอุจจาระร่วงและโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ คิดเป็นร้อยละ 30 และ 35 ตามลำดับ ข้อมูลเหล่านี้ชี้ให้เห็นว่า เด็กเสี่ยงต่อการเป็นโรคที่คุกคามชีวิต เช่น โรคอุจจาระร่วง โรคติดเชื้อทางเดินหายใจ โรคปอดบวม และโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน



จากการศึกษาของ กฤตยา, วณี, พิมพ์ และฉัตรสุมล (2540) พบว่า ปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุข คือ การควบคุมโรคติดต่อ โรคที่ติดต่อในกลุ่มคนต่างชาติ ได้แก่ กลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจ เช่น หวัด ปอดบวม และ วัณโรค; กลุ่มโรคที่นำโดยแมลง เช่น มาลาเรีย โรคเท้าช้าง กลุ่มโรคที่ติดต่อทางเดินอาหารและน้ำ เช่น อุจจาระร่วง ไทฟอยด์ โรคบิด; กลุ่มโรคผิวหนังและโรคติดเชื้อในกระแสโลหิต ส่วนโรคติดต่อในเด็ก โดยเฉพาะโรคที่สามารถป้องกันด้วยวัคซีน เช่น วัณโรค คอตีบ ไอกรน บาดทะยัก โรคไข้มองอักเสบ คางทูม และหัด ก็ก่อให้เกิดปัญหาทางสาธารณสุขได้เช่นกัน เพราะเด็กเหล่านี้ไม่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคหรือได้รับไม่ครบถ้วน ปัญหาทางสาธารณสุขที่เกิดขึ้นส่วนหนึ่งสืบเนื่องมาจากเด็กที่เกิดจากบิดา มารดาที่ลักลอบเข้าเมืองโดยผิดกฎหมาย จะไม่ได้รับสิทธิในการใช้บริการด้านสุขภาพทางด้านการป้องกัน และการดูแลผู้เจ็บป่วย โรคต่างๆ ดังกล่าว อาจกลับมาเป็นปัญหาในพื้นที่ที่คนต่างชาติอาศัยอยู่มากๆ ได้ในอนาคต และแพร่กระจายกลายเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศในที่สุด แต่อย่างไรก็ตามในแง่มนุษยธรรม เด็กไม่ว่าจะอยู่ในสถานภาพเด็กต่างชาติที่ผิดกฎหมาย เด็กก็ยังคือมนุษย์ที่เขาควรได้รับการดูแลตามสิทธิเด็กว่าด้วยปฏิญญาระดับโลกฯ ที่เด็กทุกคนในโลกควรจะได้รับพัฒนาให้เป็นไปตามวัยอันสมควร ได้รับการปกป้องจากการเลือกปฏิบัติทางเชื้อชาติ และได้รับความคุ้มครองให้รอดพ้นจากสภาพความยากจน และวิกฤตการณ์ทางเศรษฐกิจ ความหิวโหย การไร้ที่อยู่อาศัย โรคระบาด ทุพโภชนาการและโรคภัยไข้เจ็บ การไม่รู้หนังสือ ตลอดจนจนสภาพความเป็นอยู่ที่เสื่อมโทรม (สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานเยาวชนแห่งชาติ สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี องค์การทุนหนังสือเด็กแห่งสหประชาชาติ, 2538)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา สถานะสุขภาพของลูกแรงงานข้ามชาติย้ายถิ่น โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กปฐมวัยทั้งในด้านสุขภาพ การให้บริการด้านสาธารณสุข ซึ่งอาจมีผลกระทบต่อการใช้บริการโดยรวมของประเทศไทยและสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผน เพื่อช่วยให้เด็กด้อยโอกาสกลุ่มนี้ที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานด้านสุขภาพในแง่ของมนุษยธรรม

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานะสุขภาพและการดูแลสุขภาพของลูกแรงงานข้ามชาติย้ายถิ่น
2. เพื่อศึกษาการครอบคลุมการบริการสุขภาพของลูกแรงงานข้ามชาติย้ายถิ่น
3. เพื่อศึกษาพัฒนาการของลูกแรงงานข้ามชาติย้ายถิ่น
4. เพื่อเปรียบเทียบสถานะสุขภาพและพัฒนาการของลูกแรงงานข้ามชาติย้ายถิ่น ในเขตเมืองและเขตชนบท

### นิยามศัพท์

ลูกแรงงานข้ามชาติย้ายถิ่น หมายถึง เด็กกลุ่มอายุ 0-5 ปี ที่บิดามารดาเป็นแรงงานต่างชาติที่เข้ามาทำงานอยู่ในจังหวัดระนอง

สถานะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ หมายถึง การรับรู้ของผู้เลี้ยงดูต่อภาวะสุขภาพและกิจกรรมที่ผู้เลี้ยงดูกระทำต่อเด็กเพื่อป้องกันเด็กจากความเจ็บป่วย หรือการให้การดูแลเมื่อเด็กเจ็บป่วย ซึ่งประเมินได้จากข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เลี้ยงดู ประวัติสุขภาพ การดูแลสุขภาพเด็ก สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและพัฒนาการเด็ก

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### ความหมาย

การย้ายถิ่น หมายถึง การเปลี่ยนแปลงที่อยู่อาศัยอย่างถาวร หรือกึ่งถาวร แต่มิใช่การเปลี่ยนแปลงตามปกติ ในวิถีชีวิตประจำวัน เป็นการเคลื่อนที่เชิงพื้นที่ระหว่างภูมิภาคหนึ่งไปยังภูมิภาคหนึ่ง หรือความหมายที่ใช้กันมากที่สุด คือ เป็นการย้ายข้ามเขตการปกครองออกจากอาณาเขตหนึ่ง ซึ่งเรียกว่าท้องถิ่นต้นทาง ไปสู่อีกอาณาเขตหนึ่ง เรียกว่า ท้องถิ่นปลายทาง เกณฑ์สำคัญอย่างหนึ่งในการกำหนดการย้ายถิ่น คือ อาณาเขต และเวลาที่กำหนด เช่น 3 เดือน 6 เดือน 1 ปี หรือ 5 ปี (เพ็ญพร, 2527) ดังนั้นแรงงานข้ามชาติย้ายถิ่น จึงเป็นการเคลื่อนย้ายของแรงงานต่างชาติที่เข้ามาทำงานในประเทศไทย

#### แรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติ

ในช่วงระยะเวลาที่ผ่านมา การย้ายถิ่นของแรงงานอพยพต่างชาติที่ลักลอบเข้ามาทำงานในประเทศไทย จำนวนมากเป็นแรงงานไร้ฝีมือที่เดินทางมาจากประเทศจีน อินเดีย ปากีสถาน บังคลาเทศ เนปาล ศรีลังกา และลาว แรงงานเหล่านี้ลักลอบเข้ามาทำงานในกิจการค้าปลีก ค้าส่ง ทำงานรับจ้างในโรงงานอุตสาหกรรมและเป็นหญิงบริการในเขตเมืองต่าง ๆ (เกษมสันต์, 2539)

จากการศึกษาของพันธุ์ทิพย์ (2540) พบว่าคนต่างด้าวที่เข้ามาในประเทศไทย โดยมีวัตถุประสงค์โดยตรงเพื่อทำงาน บุคคลดังกล่าวไม่มีสิทธิในการเข้าเมือง แต่มีสิทธิในการทำงาน เพราะหลบหนีเข้าเมือง หรือสิทธิในการเข้าเมืองสิ้นสุดลงแล้ว หรือสิทธิในการเข้าเมืองที่ได้รับมิใช่เพื่อการทำงาน กฎหมายไทยว่าด้วยการทำงานของคนต่างด้าวอาจยอมรับรองสิทธิที่จะทำงานโดยชอบด้วยกฎหมาย แก่คนต่างด้าวที่เข้าเมืองโดยผิดกฎหมายที่รอการส่งกลับออกไปนอกราชอาณาจักรตามกฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมือง (มาตรา 12 (2) แห่ง พ.ร.บ. การทำงานของคนต่างด้าว พ.ศ. 2521) แก่กลุ่มบุคคลเหล่านี้คือ

- 1) ผู้พลัดถิ่นสัญชาติพม่า หมายถึง บุคคลจากประเทศพม่าหลายเชื้อชาติ เช่น มอญ กระเหรี่ยง ไทยใหญ่ ละว้า พม่า ฯลฯ ที่อพยพเข้ามาในประเทศไทยก่อนวันที่ 9 มีนาคม 2519
- 2) ผู้หลบหนีเข้าเมืองจากพม่าประเภทที่มีถิ่นที่อยู่ถาวร หมายถึง ผู้หลบหนีเข้าเมืองจากพม่าที่เข้ามาหลังวันที่ 9 มีนาคม 2519 และตั้งหลักแหล่งถาวรอยู่ในประเทศไทยใน 9 จังหวัด กระทบวงมหาดไทย ควบคุมผู้หลบหนีเข้าเมืองจากพม่าเหมือนผู้พลัดถิ่นสัญชาติพม่า พ.ศ. 2537 ซึ่งกระทบวงมหาดไทย ได้ให้กรมปกครองดำเนินจัดทำทะเบียนประวัติและบัตร ในวันที่ 17 มีนาคม 2535 คณะรัฐมนตรีมีมติผ่อนผันผู้หลบหนีเข้าเมืองพักอาศัยอยู่ในราชอาณาจักรได้ชั่วคราว และอนุญาตให้ทำงานตามมาตรา 12 แห่ง พ.ร.บ. การทำงานคนต่างด้าว พ.ศ. 2521
- 3) ผู้หลบหนีเข้าเมืองจากพม่าประเภทไร้แรงงาน เป็นบุคคลสัญชาติพม่าที่หลบหนี เข้ามาใช้แรงงานในประเทศไทย ตามจังหวัดชายแดนที่ติดกับพม่า เช่น ระนอง ดาก เชียงราย แม่ฮ่องสอน และกาญจนบุรี ซึ่งจัดทำทะเบียนประวัติและบัตรในปี พ.ศ. 2536 - 2537 เข้ามาในประเทศไทย ก่อนวันที่ 25 มิถุนายน 2539 ซึ่งผ่อนผันให้อยู่ในประเทศไทยเป็นการชั่วคราว และอนุญาตให้ทำงาน

4) ผู้ผลิตต้นสัณฐานชาติพม่าเชื้อสายไทย อาศัยอยู่ในแถบจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ชุมพร ระนอง และตาก มี 2 พวก คือ

4.1) คนไทยซึ่งอาศัยอยู่ในดินแดนไทยที่เสียให้อังกฤษ สมัยที่อังกฤษปกครองพม่า เมื่อพม่าเป็นเอกราชก็กลายเป็นคนพม่า เมื่อพม่ามีปัญหาจึงอพยพเข้ามาอยู่ในประเทศไทย

4.2) คนไทยที่เข้าไปทำมาหากินในประเทศพม่า เมื่อ 40 – 50 ปี ที่ผ่านมา เมื่อพม่ามีปัญหาด้านการปกครอง ประชาชนกลุ่มน้อยจึงกลับเข้าไทย ถ้ายังพิศวงความเป็นไทยไม่ได้ จึงมีสถานะเป็นผู้ผลิตต้นสัณฐานชาติพม่าเชื้อสายไทย

- 5) ลาวอพยพ
- 6) ผู้อพยพเชื้อสายไทยจากจังหวัดเกาะกงกัมพูชา
- 7) ผู้หลบหนีเข้าเมืองจากกัมพูชาซึ่งมีเชื้อสายไทย
- 8) ผู้หลบหนีเข้าเมืองจากกัมพูชาซึ่งเป็นกัมพูชา

จากผลการสำรวจเบื้องต้น (กฤตยา, วรณา และอัญชลี, 2540) พบว่า ในประเทศไทยมีแรงงานต่างชาติดังกล่าวจำนวน 786,300 คน ระบุสัญชาติได้จำนวน 328,357 คน เป็นชาวพม่า จำนวน 250,708 คน คิดเป็นร้อยละ 76 ลาวจำนวน 56,205 คน คิดเป็นร้อยละ 17 เขมร จำนวน 20,177 คน คิดเป็นร้อยละ 6 เอเชียใต้ จำนวน 1,215 คน คิดเป็นร้อยละ 0.4 อื่น ๆ จำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 0.03 ไม่สามารถระบุสัญชาติได้จำนวน 457,943 คน

ปัญหาสุขภาพของแรงงานต่างชาติ สามารถพบได้ในทุกกลุ่มอายุ จากการศึกษาของ กฤตยา วณี ทิมพา และฉัตรสุมล (2540) พบว่า กลุ่มโรคติดต่อที่พบได้ในชาวต่างชาติที่เข้ามาใช้บริการในสถานบริการของรัฐได้แก่

- 1) กลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจ เช่น โรคหัด โรคปอดบวมและวัณโรค
- 2) กลุ่มโรคที่นำโดยแมลง เช่น มาลาเรีย โรคเท้าช้าง
- 3) กลุ่มโรคติดต่อทางเดินอาหารและน้ำ เช่น อุจจาระร่วง ไทฟอยด์ และโรคบิด
- 4) กลุ่มโรคผิวหนัง
- 5) โรคติดเชื้อในกระแสโลหิต

ในกลุ่มโรคที่นำโดยแมลง โรคเท้าช้างเป็นโรคติดต่อที่สำคัญอีกโรคหนึ่ง ที่พบว่ามีอัตราการติดเชื้อสูง ขึ้นมากเรื่อยๆ ในกลุ่มคนต่างชาติ จากรายงานของจังหวัดกาญจนบุรี พบอัตราการติดเชื้อด้วยโรคเท้าช้างในคนต่างชาติสูงถึง 201.9 ต่อประชากร 100,000 คน ที่อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก พบอัตราการติดเชื้อด้วยโรคเท้าช้างสูงมาก คือ 31.8 ต่อประชากร 1,000 คน กิ่งอำเภอสุขสำราญ จังหวัดระนอง มีอัตราการติดเชื้อ 19.4 ต่อประชากร 100,000 คน ในขณะที่ในปี พ.ศ. 2538 อัตราการติดเชื้อด้วยโรคเท้าช้างของคนไทยทั่วประเทศมีประมาณ 4.8 ต่อประชากร 100,000 (กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2539) อ้างตาม กฤตยา วณี ทิมพา และฉัตรสุมณ, 2540)

จากการศึกษาปัญหาสาธารณสุขของแรงงานต่างชาติในจังหวัดเชียงราย (สมศักดิ์ และสมศักดิ์, 2542) พบว่าแรงงานต่างชาติที่มีารับบริการสาธารณสุขมีสภาวะสุขภาพพื้นฐานที่แตกต่างจากคนไทยในพื้นที่ เช่น พฤติกรรมการบริโภค สุขอนามัยส่วนบุคคล และสุขภาพสิ่งแวดล้อม บางรายมีโรคติดต่อนำเข้าบางโรคที่ไม่พบหรือพบน้อยในพื้นที่ นับเป็นโรคติดต่อสำคัญที่เจ้าหน้าที่ของรัฐจะต้องติดตามและควบคุมอย่างใกล้ชิด เช่น ไข้กาฬหลังแอ่น เท้าช้าง แรงงานต่างชาติมีความเสี่ยงต่อการรับโรคติดต่อที่มีชุมชน เช่น เอชไอวี หรือการประกอบอาชีพที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ เช่น งานก่อสร้าง และโรงงานอุตสาหกรรม แรงงานต่างชาติมีการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่น้อยกว่าคนไทย

ในพื้นที่ เนื่องจากความไม่รู้ การไม่เคยใช้บริการ ภาษาที่แตกต่าง ฐานะยากจน และกลัวการจับกุม ปัญหาการเพิ่มประชากร เนื่องจากการขาดความรู้ ไม่นิยม เข้าไม่ถึงบริการวางแผนครอบครัว และค่านิยมที่ต้องการมีลูกมากเพื่อใช้แรงงาน

กระทรวงสาธารณสุขได้ทำการสำรวจในเดือนสิงหาคม-กันยายน 2539 และการศึกษาระยะแรกในกว่า 30 จังหวัด ที่มีแรงงานต่างชาติทำงานอยู่ พบว่า มีโรคติดต่อเกิดขึ้นมากมาย เช่น จังหวัดภูเก็ต แรงงานพม่า 23,000 คน พบผู้ติดเชื้อโรคเท้าช้าง ร้อยละ 2.1 ผู้ป่วยโรคพยาธิลำไส้ ร้อยละ 71 จังหวัดลำพูน มีอัตราการพบเชื้อมาลาเรียในเลือดจากร้อยละ 4.9 ในปี พ.ศ. 2539 เพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 5.9 ในปี 2539 (ไพเราะ, 2539 อ้างตาม กฤตยา, วณี, พิมพ์ และฉัตรสมุล, 2540) นอกจากนี้ กฤตยา, วณี, พิมพ์ และฉัตรสมุล (2540) ยังพบว่า จังหวัดระนองมีผู้ป่วยด้วยโรคเอดส์และผู้มีอาการสัมพันธ์กับโรคเอดส์สูงสุดคือ มีจำนวนถึง 206 คน จากจำนวนทั้งหมดที่รายงาน 407 คน

### ลูกแรงงานข้ามชาติย้ายถิ่น

การมีแรงงานต่างชาติหลั่งไหลเข้ามา เป็นธรรมชาติที่จะมีเด็กย้ายติดตามพ่อแม่ มาด้วยเป็นจำนวนมาก (กฤตยา และคณะ, 2540) จากการศึกษาของกฤตยา, วณี, พิมพ์ และฉัตรสมุน (2540) พบว่าระหว่างปี พ.ศ. 2536 – 2539 มีเด็กเกิดจากคนต่างชาติจำนวน 6,209 คน เกิดในจังหวัดระนองมากที่สุด มีจำนวน 3,095 คน รองลงมาคือ จังหวัดกาญจนบุรีมีจำนวน 1,210 คน เมื่อจำแนกตามสัญชาติของบิดามารดาพบว่า สัญชาติพม่ามีจำนวนสูงสุด รองลงมาคือ ลาว ส่วนสัญชาติกัมพูชาและเวียดนามพบจำนวนไม่มากนัก ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสภาพทางภูมิศาสตร์ จังหวัดที่มีชายแดนติดต่อกับพม่า เช่น กาญจนบุรี เชียงราย เชียงใหม่ ระนอง และแม่ฮ่องสอน มีเด็กเกิดจากบิดามารดา สัญชาติพม่าเป็นส่วนใหญ่ ขณะที่จังหวัดที่มีชายแดนติดต่อกับประเทศลาว เช่น หนองคาย มุกดาหาร เลย และนครพนม มีเด็กเกิดจากบิดามารดาสัญชาติลาวเป็นส่วนใหญ่ สำหรับจังหวัดระนองนั้นมีรายงานเด็กเกิดจากคนต่างชาติจำนวนมาก โดยมีได้ระบุสัญชาติไว้ เพียงแต่ประมาณการว่าส่วนใหญ่ (เกินกว่าร้อยละ 90) มีบิดามารดาเป็นสัญชาติพม่าและพบว่า มีชาวต่างชาติจำนวนไม่น้อยที่เดินทางเข้ามาเพื่อคลอดในสถานพยาบาลของประเทศไทย เพราะมีเครื่องมือ และบุคลากรทางการแพทย์ที่พร้อมกว่าทำให้มีความปลอดภัยสูงกว่าในประเทศของตน เมื่อคลอดแล้วก็เดินทางกลับประเทศ

### สถานะสุขภาพของลูกแรงงานข้ามชาติย้ายถิ่น

เด็กที่เกิดจากคนต่างชาติและยังคงอาศัยอยู่ในประเทศไทย นอกจากมีปัญหาเกี่ยวกับเรื่องสัญชาติแล้วยังมีปัญหาด้านสาธารณสุข คือ การควบคุมโรคติดต่อ โดยเฉพาะโรคในเด็กที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน เช่น วัณโรค คอตีบ ไอกรณ บาดทะยัก โรคไข้มองอักเสบ คางทูมและหัด เป็นต้น จากการศึกษาของ วิทยา (2542) พบว่าการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคให้แก่ เด็กชาวพม่าอายุ 0-14 ปี โดยหน่วยสาธารณสุขเคลื่อนที่ในเขตเทศบาล ตำบลเม็สสอด จังหวัดตาก ในช่วงเวลา 1 ปี (กรกฎาคม 2541 - กรกฎาคม 2542) พบว่ามีประวัติเคยได้รับวัคซีนอยู่ในเกณฑ์ที่ต่ำมาก เพียงร้อยละ 45.7 ของเด็กทั้งหมดเคยได้รับวัคซีนป้องกันโรควัณโรค และเพียงร้อยละ 7 ของเด็ก 13-24 เดือนเคยได้รับวัคซีนหัด จากการศึกษาปัญหาสาธารณสุขของแรงงานต่างชาติในจังหวัดเชียงราย (สมศักดิ์ และสมศักดิ์, 2542) พบว่าลูกแรงงานต่างชาติที่มารับบริการสาธารณสุขมีภาวะสุขภาพพื้นฐานที่แตกต่างจากคนในพื้นที่ เช่นภาวะโภชนาการ การได้รับภูมิคุ้มกันโรค บางรายมีโรคติดต่อมาเข้าบางโรคที่ไม่พบหรือพบน้อยในพื้นที่ เช่น คอตีบ เป็นต้น

จากการสำรวจสุขภาพวัยเจริญพันธุ์ของแรงงานก่อสร้างต่างชาติ ในแคมป์คนงานก่อสร้าง 10 แห่ง ในจังหวัดภูเก็ต (เพชรธรรม และคณะ, 2540) จำนวน 398 คน สภาพโดยทั่วไปของแคมป์สะอาด มีคนอยู่ประมาณ 50 - 400 คน ต่อแคมป์ ค่าเฉลี่ยจำนวนส้วมต่อคนงาน 10 คน เท่ากับ 1.6 (S.D= 1.0) คนงานส่วนใหญ่มีสัญชาติพม่า และมอญ มีเด็กต่างชาติทั้งหมด 112 คน ร้อยละ 54.5 เป็นเด็กผู้หญิง ร้อยละ 62.5 (70 คน) เกิดในเมืองไทย ที่เหลือเกิดในประเทศพม่า ในจำนวนที่เกิดในเมืองไทย ร้อยละ 42.9 เกิดในแคมป์ ร้อยละ 57.1 เกิดในโรงพยาบาล มีเด็กเพียง 26 คน ที่มีการบันทึกน้ำหนักแรกเกิด ซึ่งอยู่ในช่วง 1,950 - 3,700 กรัม ( $\bar{x}$  = 2890.4 , S.D= 393.4) ภาวะโภชนาการที่ได้จากเด็ก 22 คน พบว่า 19 คน อยู่ในภาวะปกติ 3 คนอยู่ในภาวะขาดอาหารระดับ 1 ร้อยละ 97.3 ของเด็กได้รับการเลี้ยงดูด้วยนมแม่ ค่าเฉลี่ยของระยะเวลาในการให้ลูกดูดนมแม่อย่างเดียว และค่าเฉลี่ยของอายุเด็กที่หย่านมแม่ เท่ากับ 12 และ 66 สัปดาห์ ตามลำดับ สัดส่วนของเด็ก (อายุอย่างน้อย 13 เดือน) ที่ได้รับวัคซีน BCG , DPT , OPV และหัดครบ เท่ากับร้อยละ 61.65 33.3 26.7 และ 33.3 ตามลำดับ ร้อยละ 32.2 ของเด็กเคยป่วยด้วยโรคท้องร่วง ในจำนวนนี้ ร้อยละ 48.6 ได้รับสารละลายเกลือแร่(ORS)

### ลักษณะภูมิประเทศของจังหวัดระนอง

จังหวัดระนองตั้งอยู่ภาคใต้ตอนบนทางชายฝั่งตะวันตกของประเทศ ติดทะเลอันดามัน อยู่ห่างจากกรุงเทพมหานคร ตามทางหลวงแผ่นดินหมายเลข 4 ระยะทางประมาณ 612 กิโลเมตร พื้นที่จังหวัดมีลักษณะเป็นรูปรียาวแคบ ความยาวประมาณ 169 กิโลเมตร มีพื้นที่ประมาณ 3,298.045 ตารางกิโลเมตร พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นป่าเขา ทางทิศตะวันออกมีเทือกเขาตะนาวศรี ซึ่งประกอบด้วยภูเขาสูงสลับซับซ้อน พื้นที่มีลักษณะลาดเอียง จากทิศตะวันออกไปทางทิศตะวันตกสู่ทะเลอันดามัน มีสภาพเป็นป่าชายเลน มีแม่น้ำกระบุรีเป็นแม่น้ำกั้นพรมแดนระหว่างไทยกับสาธารณรัฐสังคมนิยมแห่งสหภาพพม่า จากการที่มีอาณาเขตติดต่อกับประเทศพม่าเป็นแนวยาวเกือบ 100 กิโลเมตร ทำให้จังหวัดระนองเป็นจุดที่หลบหนีเข้าเมืองได้ง่ายและสะดวกที่สุด

จังหวัดระนอง แบ่งการปกครองออกเป็น 4 อำเภอ 1 กิ่งอำเภอ คือ อำเภอเมือง อำเภอกระบุรี อำเภอกะเปอร์ อำเภอละอุ่นและกิ่งอำเภอสุขสำราญ

**อำเภอเมือง** ทิศเหนือติดอำเภอละอุ่น ทิศใต้ติดอำเภอกะเปอร์ ทิศตะวันออกติดอำเภอพะโต๊ะ จังหวัดชุมพรและอำเภอละอุ่น ทิศตะวันตกติดทะเลอันดามันและสาธารณรัฐสังคมนิยมแห่งสหภาพพม่า สภาพภูมิประเทศมีลักษณะเป็นภูเขาเป็นส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 86 ที่เหลือเป็นที่ราบ ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม รองลงมาเป็นอาชีพกรรมกรและอาชีพประมง ซึ่งมีชาวพม่ามาขายแรงงานจำนวนมาก อำเภอเมือง ประกอบด้วย 9 ตำบล 37 หมู่บ้าน ประชากรรวม 73,923 คน เพศชาย 38,224 คน เพศหญิง 35,699 คน มีสถานบริการสาธารณสุข คือ โรงพยาบาลทั่วไปขนาด 258 เตียง 1 แห่ง สถานีอนามัย 14 แห่ง,สถานบริการสาธารณสุขเขตเมือง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง 1 แห่ง สถานบริการสาธารณสุขสาขาบางริ้น 1 แห่ง ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล 1 แห่ง หน่วยควบคุมโรคนำโดยแมลงที่ 1 เมืองระนอง 1 แห่ง หน่วยรักษาพยาบาล ร.25 พัน 2 1 แห่ง โรงพยาบาลเอกชนขนาด 28 เตียง 1 แห่ง คลินิกเอกชน 1 แห่ง ร้านขายยาแผนปัจจุบัน 10 แห่ง จำนวนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขรวม 326 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 646 คน จากการสำรวจในช่วงเดือน มกราคม - มิถุนายน 2542 ใน 2 ตำบลคือตำบลบางริ้นและตำบลหงาว พบข้อมูลที่น่าสนใจคือ ตำบลบางริ้น 3 หมู่บ้าน (หมู่ 1, หมู่ 2, หมู่ 3 พบว่ามีเด็กอายุ 0-5 ปี จำนวน 332 คน มารดาที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี จำนวน 95 คน ได้รับการฉีดวัคซีน T<sub>3</sub> จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 28.40 เด็กอายุ 0 - 5 ปี ไม่ได้รับวัคซีนเลย จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ

13.55 และเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี ที่พบว่าป่วย จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 31.13 รักษาโดยการซื้อยากินเอง 29 คน คิดเป็นร้อยละ 61.70 โดยการใช้ยาสมุนไพร 4 คน คิดเป็นร้อยละ 8.50 และจากการสำรวจชาวพม่าของตำบลหางว (กรกฎาคม 2542 - กันยายน 2542) พบว่ามีจำนวนหลังคาเรือน 189 หลังคาเรือน มีเด็กอายุ 0-5 ปี จำนวน 148 คนและในเด็กอายุ 0-5 ปี ไม่ได้รับวัคซีนเลย จำนวน 109 คน คิดเป็นร้อยละ 65.26

**อำเภอกระบุรี** เป็นอำเภอชายแดนมีอาณาเขตติดต่อกับอำเภอเกาะสอง จังหวัดมะริด ประเทศสาธารณรัฐสังคมนิยมแห่งประเทศไทยพม่า โดยมีแม่น้ำกระบุรีเป็นเส้นกั้นอาณาเขต ทิศเหนือติดกับสาธารณรัฐนิคมแห่งสหภาพพม่าและจังหวัดชุมพร ทิศใต้ติดกับอำเภอตะลัน ทิศตะวันออกติดกับอำเภอเมืองและจังหวัดชุมพร ทิศตะวันตกติดกับอำเภอเกาะสอง สาธารณรัฐสังคมนิยมแห่งสหภาพพม่า สภาพภูมิประเทศเป็นป่าและภูเขาสลับซับซ้อน มีที่ราบบริเวณแม่น้ำกระบุรีเพียงเล็กน้อยเฉพาะทิศตะวันตกเฉียงใต้ ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ทำสวนยางพารา,ทำสวนกาแฟและอาชีพประมง ซึ่งมีลูกจ้างเป็นแรงงานต่างชาติ อำเภอกระบุรีประกอบด้วย 7 ตำบล 59 หมู่บ้าน 6,802 หลังคาเรือน ในจำนวนนี้เป็นครอบครัวแรงงานข้ามชาติชายถึง 392 ครอบครัว ครอบครัวที่มีเด็กอายุ 0-5 ปีมีจำนวน 150 ครอบครัว ประชากรรวม 25,449 คน เพศชาย 12,719 คน เพศหญิง 12,730 คน มีสถานบริการด้านสาธารณสุข คือ โรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง 1 แห่ง,สถานีอนามัย 10 แห่ง,หน่วยควบคุมโรคเฝ้า โดยแมลง 1 แห่ง,ร้านขายยาแผนปัจจุบัน 5 ร้าน อัตรากำลังเจ้าหน้าที่สาธารณสุขรวม 83 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 351 คน

**อำเภอตะลัน** ตั้งอยู่ที่ทิศเหนือของจังหวัดระนอง เป็นอำเภอชายแดนระหว่างไทยกับสาธารณรัฐสังคมนิยมแห่งสหภาพพม่า มีระยะทางติดต่อกับสาธารณรัฐสังคมนิยมแห่งสหภาพพม่าประมาณ 24 กิโลเมตร โดยมีทะเลอันดามันฝั่งตะวันออกติดกับอำเภอพะโต๊ะ จังหวัดชุมพร ทิศตะวันตกติดกับอำเภอเมืองและสาธารณรัฐสังคมนิยมแห่งสหภาพพม่า สภาพภูมิประเทศเป็นเทือกเขาสูง สลับซับซ้อนทอดตัวยาวจากทิศเหนือสู่ทิศใต้ เป็นพื้นที่ภูเขาประมาณ 75% และที่ราบหุบเขาประมาณ 25% ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมทำสวนโดยมีลูกจ้างเป็นแรงงานต่างชาติ อำเภอตะลัน ประกอบด้วย 7 ตำบล 30 หมู่บ้าน 1,944 หลังคาเรือน ในจำนวนนี้เป็นครอบครัวแรงงานข้ามชาติชายถึง 592 ครอบครัว ที่มีเด็กอายุ 0-5 ปี มีจำนวน 96 ครอบครัว ประชากรรวม (สำรวจ) 8,674 คน เพศชาย 4,368 คน เพศหญิง 4,306 คน มีสถานบริการสาธารณสุขคือ โรงพยาบาลชุมชนขนาด 10 เตียง 1 แห่ง สถานีอนามัย 8 แห่ง,ร้านขายยาแผนปัจจุบัน 1 แห่ง อัตรากำลังเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวม 40 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 484 คน

### สภาพลักษณะความเป็นอยู่ของชาวพม่า

จากการสุ่มสำรวจเก็บรวบรวมข้อมูลจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ในจังหวัดระนอง เพื่อทราบจำนวนพม่าในจังหวัดระนอง ณ เดือนกรกฎาคม 2540 มีรายละเอียดดังนี้ (สำนักแรงงานและสวัสดิการสังคม จังหวัดระนอง,2540)

ในปี พ.ศ. 2541 จังหวัดระนองมีประชากรกลางปีจากทะเบียนราษฎรจำนวน 153,663 คนคาดว่า มีแรงงานต่างชาติและครอบครัวอีกประมาณ 100,000 คน (สมชาย, 2542) แต่จากการสำรวจของารจัดหางานของจังหวัดระนองในปี 2541 พบว่ามีแรงงานต่างชาติจำนวน 60,000 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง, 2542) อย่างไรก็ตาม (สมชาย, 2542) และจากการสุ่มสำรวจในเดือนกรกฎาคม ปี 2540 พบประชากรชาวพม่ากระจายอยู่ตามอำเภอต่าง ๆ ดังนี้

ตาราง 2.1 จำนวนประชากรชาวพม่าในจังหวัดระนอง จำแนกเป็นรายอำเภอ พ.ศ. 2540

อำเภอ	ชาย (คน)	หญิง (คน)	รวม (คน)
เมือง	38,503	22,440	60,943
กระบุรี	1,985	1,422	3,407
กะเปอร์	589	384	973
ละอุ่น	1,273	773	2,046
สุขสำราญ	201	134	335
<b>รวมทั้งจังหวัด</b>	<b>42,551</b>	<b>25,153</b>	<b>67,704</b>

แรงงานพม่าที่อพยพมาอาศัยอยู่ในจังหวัดระนอง จะกระจายอยู่ในชุมชนต่าง ๆ ทั่วทั้งจังหวัด ผู้ย้ายถิ่นส่วนใหญ่อพยพมาจากทางตอนกลางและตอนใต้ของประเทศพม่า โดยเฉพาะจากทวาย มะริด และเมืองมะละแหม่งจากรัฐมอญ เพื่อเข้ามาทำงานอุตสาหกรรมต่อเนื่องจากการประมงมากที่สุด รองลงมาเป็นประมงทะเล การก่อสร้างสวนยางพารา โรงงานปลาป่น และอวนเรือตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง, 2541 และสุรพงศ์ และ สุวิษ, 2540 อ้างตามสมชาย, 2542)

จากสภาพปัญหาโรคติดต่อจังหวัดระนอง ซึ่งมีชาวพม่าเข้ามาขายแรงงานและอาศัยอยู่แบบครอบครัวจนเป็นชุมชนแออัด และในการดำเนินการมีปัญหาอุปสรรคเรื่องการสื่อสาร จึงได้มีการดำเนินการประสานกับองค์กรภาคเอกชน คือ มูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย จังหวัดระนอง และองค์การอนามัยโลก โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนองร่วมกับมูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย จึงได้จัดทำโครงการเสนอขอของบประมาณจากมูลนิธิศุภนิมิตประเทศออสเตรเลีย เพื่อจัดหาบุคลากรชาวพม่าประกอบด้วยแพทย์และอาสาสมัคร จัดหาเครื่องมือในการให้สุขศึกษาในพื้นที่ โดยครั้งแรกได้มองปัญหาที่โรคเอดส์ ได้รับงบประมาณสนับสนุนเป็นเวลา 3 ปี ปีละประมาณหนึ่งล้านบาท เริ่มตั้งแต่ปี 2535 การดำเนินงานใช้แนวทางสาธารณสุขมูลฐานในชุมชนพม่า โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไทยในพื้นที่ร่วมกับบุคลากรพม่าของโครงการฯ จัดกลุ่มพม่าเป็นหญิงบริการ ชาวประมง รับจ้างใช้แรงงานทั่วไป และสร้างเครือข่ายแกนนำพม่าและให้บริการในเรื่องการวางแผนครอบครัว การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคและโรคติดต่อทั่วไป มีการจัดตั้งคลินิกทำเรือเพื่อให้บริการและแนะนำชาวพม่าให้สามารถดูแลสุขภาพตนเองและชุมชนพม่าในเขตชุมชนท่าเรือ ซึ่งมีชาวพม่าอยู่กันหนาแน่นในตำบลปากน้ำ และตำบลบางริน อำเภอมือง จังหวัดระนอง จากการสำรวจข้อมูลพื้นฐานจากประชากรชาวพม่า ในอำเภอมือง อำเภอละอุ่น อำเภอกระบุรี ตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน - 15 ตุลาคม 2540 พบว่า ใช้น้ำบ่อร้อยละ 60.8 ใช้น้ำประปาร้อยละ 8.5 ใช้น้ำคลองร้อยละ 30.11 กำจัดขยะโดยการเผาร้อยละ 36.1 ฝังร้อยละ 34.8 ทิ้งแม่น้ำร้อยละ 29.1 ใช้ส้วมร้อยละ 30.7 ไม่ใช้ร้อยละ 69.3 สตรีวัยเจริญพันธุ์คุมกำเนิดร้อยละ 51.03 ไม่คุมกำเนิดร้อยละ 48.97 ส่วนใหญ่ใช้วิธีลิดและกินยาคุมกำเนิด

## สถานะสุขภาพของลูกแรงงานข้ามชาติย้ายถิ่นในจังหวัดระนอง

ในปี 2540 มูลนิธิศุภนิมิตร์ แห่งประเทศไทย จังหวัดระนอง (World Vision) ได้สำรวจเด็กพม่าที่อยู่ในสภาพลำบาก (Children Under Difficult Circumstances) ในครอบครัวชาวประมงที่อาศัยอยู่ในตำบลปากน้ำ (หมู่ 1 , หมู่ 4) ตำบลบางรีน (หมู่ 4 , หมู่ 5) เขตเมือง และชุมชนหลังอาคารพาณิชย์ โดยสำรวจในเด็กอายุต่ำกว่าอายุ 16 ปี ที่ใช้ชีวิตส่วนใหญ่อยู่บนถนน (เล่นหรือทำงาน) บิดมารดาทำงานทั้งวัน ไม่ได้เข้าโรงเรียน ครอบครัวฐานะยากจน เด็กต้องออกไปทำงาน ผลการสำรวจพบว่า เด็กอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีอันตรายต่อสุขภาพ ซึ่งแล้วแต่ชนิดของงานที่ทำ ปัญหาที่พบ เช่น ถูกข่มขืนมีคบบาด ดัดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ไอเรื้อรัง เป็นมาเลเรียเรื้อรัง เป็นฯลฯ หลอดปี เจ็บป่วยบ่อยครั้ง เด็กไม่มีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพและสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล ยิ่งไปกว่านั้นถ้าเจ็บป่วย ไม่มีโอกาสได้รับการรักษาที่เหมาะสม เช่น การได้รับการรักษาจากแพทย์ เนื่องจากไม่มีเงินจ่ายค่ารักษา

ฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้เด็กต้องหางานทำ ซึ่งบางครั้งได้รับการทารุณกรรมจากนายจ้างและสังคม เด็กบางคนต้องใช้ชีวิตส่วนใหญ่อยู่บนถนน เนื่องจากสภาพคับแคบของที่อยู่อาศัย ทำให้เด็กไม่ยอมอยู่บ้าน ออกมาเล่นหรือทำงานบนถนน ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจากยานยนต์ ดินฯลฯ เสพติดหรือถูกทารุณกรรมทางเพศ

สภาพความเป็นอยู่ ต้องอาศัยอยู่ในบ้านที่มีหลายครอบครัวในสภาพที่ขาดสิ่งจำเป็นพื้นฐาน เช่น น้ำดื่มที่สะอาด ส้วม ระบบกำจัดขยะ การถ่ายเทอากาศที่ดีและความจำเป็นส่วนตัว

การศึกษา เด็กไม่มีโอกาสเข้าโรงเรียน เนื่องจากไม่มีใบแจ้งเกิด หรืออยู่ในสภาพผิดปกติ มีปัญหาด้านภาษาและพ่อแม่ไม่มีเงินส่งกลับไปเรียนหนังสือที่ประเทศพม่า

ต่อมาในเดือนมกราคม-มิถุนายน พ.ศ. 2542 องค์การอนามัยโลกได้สำรวจข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของแรงงานข้ามชาติย้ายถิ่นในโครงการป้องกันเอดส์และการดูแลของจังหวัดระนอง พบว่า ในจังหวัดระนอง อำเภอเมือง ตำบลบางรีนหมู่ที่ 1, 2 และ 3 มีแรงงานชาวพม่าอยู่ 1,291 คน 439 ครอบครัว แบ่งเป็น 24 กลุ่ม มีเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี 95 คน 1 - 5 ปี 237 คน ซึ่งรวมเด็กอายุ 1 - 5 ปีได้เท่ากับ 332 คน ในเรื่องของการได้รับวัคซีนป้องกันโรคพบว่า ในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ร้อยละ 14.74 ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคครบ 6 โรค เด็กอายุ 1-5 ปี ร้อยละ 46.41 ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคครบตามเกณฑ์ ส่วนโรคที่พบบ่อยในเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี ได้แก่ อุจจาระร่วง ร้อยละ 33.13 และติดเชื้อทางเดินหายใจ ร้อยละ 39.07 ในด้านสุขภาพพบว่ามีเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี อยู่ในสภาพแออัด มีภาวะสุขภาพไม่ดี มีส้วมใช้ร้อยละ 89.06 น้ำดื่มสะอาด ร้อยละ 43.96 และมีที่ทิ้งขยะ ร้อยละ 65.6 ส่วนในตำบลหงาว หมู่ที่ 1,2,3 และ 4 มีแรงงานพม่าอยู่ 659 คน แบ่งเป็น 22 กลุ่ม มีเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี 39 คน อายุ 1 - 5 ปี 109 รวมเด็กอายุ 1 - 5 ปีได้เท่ากับ 148 ในเรื่องของการได้รับวัคซีนป้องกันโรคพบว่า มีเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ร้อยละ 2.57 ได้รับวัคซีนป้องกันโรคครบ 6 โรค เด็กอายุ 1 - 5 ปี ร้อยละ 32.11 ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคครบกำหนด ส่วนโรคที่พบบ่อยในเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี ได้แก่ อุจจาระร่วง ร้อยละ 30 และติดเชื้อทางเดินหายใจ ร้อยละ 35 ในด้านสุขภาพพบว่ามีส้วมใช้ ร้อยละ 59.26 น้ำดื่มสะอาด ร้อยละ 69.68 และมีที่ทิ้งขยะร้อยละ 65.61

จากการศึกษาของสมชาย (2542) พบว่าเกือบครึ่งหนึ่งของชาวพม่าที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง เป็นเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ดังรายละเอียดในตารางที่ 2.2



ตาราง 2.2 จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงของชาวพม่า ที่เข้ามารับการรักษาในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ จำแนกตามกลุ่มอายุจังหวัดระนอง พ.ศ. 2536 - 2542 (สมชาย,2542)

ปี พ.ศ	ทุกกลุ่มอายุ	อายุต่ำกว่า 5 ปี	สัดส่วนของผู้ป่วยที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี
2536	105	41	39.05
2537	177	87	49.15
2538	267	111	41.57
2539	304	99	32.56
2540	387	130	33.59
2541	468	220	47.01
2542 (1 ม.ค. - 7 ต.ค. 42)	225	73	32.4

#### ค่าใช้จ่ายในการรักษาชาวต่างชาติ

ตาราง 2.8 จำนวนและค่าใช้จ่ายที่ให้บริการผู้ป่วยชาวต่างชาติที่เรียกเก็บเงินไม่ได้ ปี 2538 - 2542 (สมชาย, 2542)

ปี	ผู้ป่วยนอก			ผู้ป่วยใน		
	จำนวน (คน)	ค่าใช้จ่ายทั้งหมด (บาท)	ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย (บาท/คน)	จำนวน (คน)	ค่าใช้จ่ายทั้งหมด (บาท)	ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย (บาท/คน)
2538	5,844	71,602	12.25	674	1,407,643	2,088.49
2539	9,673	152,596	15.78	1,086	2,561,417	2,358.58
2540	2,518	202,121	80.27	638	1,574,739	2,468.24
2541	2,368	170,141	71.85	642	1,445,708	2,251.88
2542 (ต.ค.41-ก.ย.42)	2,047	152,699	74.59	731	2,313,960	3,165.47

จากรายงานที่ได้รับ พบว่า ค่าใช้จ่ายที่ได้รับให้การสงเคราะห์แก่คนต่างชาตินี้แนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ในปี พ.ศ. 2536 ค่าใช้จ่ายแผนกผู้ป่วยนอก 10 ล้านบาท เพิ่มขึ้นเป็น 12 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2537 และเพิ่มขึ้นเป็น 13 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2538 จะเห็นได้ว่า รัฐใช้งบประมาณจำนวนไม่น้อยในการสงเคราะห์ผู้ป่วยชาวต่างชาติที่มีรายได้น้อย ตัว

เลขงบประมาณที่นำเสนอนี้ เป็นค่าใช้จ่ายที่คิดเฉพาะต้นทุนราคาขายเพียงอย่างเดียวเท่านั้น มิได้รวมต้นทุนค่าใช้จ่ายอื่นๆ เช่น บุคลากรหรือค่าวัสดุต่างๆ ตามหลักการของเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขด้วย

ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาที่ผ่านมาสรุปได้ว่า การย้ายถิ่นข้ามชาติเข้ามาอาศัยในประเทศไทย ของชาวต่างชาติ ได้นำมาซึ่งปัญหาสุขภาพ โดยเฉพาะการป่วยด้วยโรคติดต่อ เช่น โรคเท้าช้าง ไข้กาฬหลังแอ่น พยาธิลำไส้ มาเลเซีย เป็นต้น ซึ่งสามารถพบได้ในทุกกลุ่มอายุ และโรคติดต่อบางชนิดที่สามารถป้องกันได้ด้วยการฉีดวัคซีน ซึ่งต้องฉีดในเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปีเช่น คอตีบ เป็นต้น แต่ลูกของคนต่างชาติเหล่านั้นก็ได้รับการฉีดวัคซีนในจำนวนเปอร์เซ็นต์ที่ต่ำ บุคคลเหล่านี้ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในสถานที่แออัด มีสุขาภิบาลและสิ่งแวดล้อมที่ไม่ดี ทำให้มีโอกาสป่วยด้วยโรคติดต่อได้มากขึ้น ท้ายที่สุดคนไทยก็มีโอกาสป่วยด้วยโรคติดต่อได้มากขึ้น และควบคุมยากขึ้น อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายของรัฐที่ต้องการให้การสงเคราะห์แก่คนต่างชาติมากขึ้น ต้องเพิ่มงบประมาณการดูแลสุขภาพของคนไทยที่เจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อจากชาวต่างชาติ และมีผลให้คุณภาพชีวิตของคนไทยลดต่ำลงจากการมีปัญหาสุขภาพ ดังนั้น การศึกษาสถานะสุขภาพของลูกแรงงานข้ามชาติย้ายถิ่น จึงเป็นส่วนหนึ่งของข้อมูลพื้นฐานที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการกำหนดนโยบาย และการวางมาตรการทางสาธารณสุขให้สอดคล้องกับปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจริงในสังคมไทย ในขณะเดียวกันก็สามารถนำข้อมูลเหล่านี้ไปวางแผนให้การดูแลสุขภาพเด็กต่างชาติตามสิทธิเด็กว่าด้วยปฏิญญาระดับโลกๆ แต่การศึกษาในเรื่องนี้ยังมีน้อยมาก ส่วนมากเน้นเฉพาะเรื่องการได้รับวัคซีนของเด็กเท่านั้น ยังไม่มีการศึกษาในส่วนของการพัฒนาการและภาวะโภชนาการของลูกแรงงานข้ามชาติเลย

จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องพบว่า จังหวัดระนองและจังหวัดกาญจนบุรี เป็นจังหวัดที่มีลูกแรงงานข้ามชาติย้ายถิ่นอาศัยอยู่มากเป็นอันดับ 1 และ 2 ของประเทศไทย และสัญชาติที่พบมากที่สุดคือสัญชาติพม่า แต่ด้วยลักษณะภูมิประเทศของจังหวัดกาญจนบุรีที่แนวชายแดนติดต่อกับประเทศพม่ายาวมาก ทำให้มีการเคลื่อนย้ายของแรงงานชาวพม่าสูงมาก ตลอดจนลักษณะความเป็นอยู่ของแรงงานพม่าที่อยู่เป็นกลุ่ม ๆ แต่ละกลุ่มห่างไกลกันมาก ทำให้ยากต่อการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเวลาที่กำหนดไว้ ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงเลือกศึกษาเฉพาะจังหวัดระนองเท่านั้น โดยเลือกศึกษาเฉพาะอำเภอเมือง อำเภอกระบุรี และอำเภอละอุ่น เนื่องจากเป็นอำเภอที่มีแรงงานชาวพม่าอาศัยอยู่มากเป็นอันดับที่ 1, 2, 3 ของจังหวัด (ดูตารางที่ 2.1) ในส่วนของอำเภอเมืองจะมีข้อมูลบางส่วนที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของลูกแรงงานข้ามชาติย้ายถิ่น ซึ่งองค์การอนามัยโลกเพิ่งสำรวจไปในต้นปี 2542 เช่น การได้รับวัคซีน ของเด็ก ความเจ็บป่วยของเด็กที่พบ เป็นต้น แต่ในส่วนของอำเภอกระบุรี และอำเภอละอุ่น ในปี 2540 มีการสำรวจข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับลักษณะความเป็นอยู่ของประชากรชาวพม่า แต่ยังขาดข้อมูลในส่วนของเด็ก ประกอบกับในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา ด้วยผลกระทบจากวิกฤตเศรษฐกิจ ทำให้โรงงานหลายแห่งใน 2 อำเภอนี้ได้ปิดไป ทำให้ข้อมูลที่มีอยู่เชื่อถือไม่ได้ จำเป็นต้องสำรวจใหม่

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ส่วนหนึ่งเพื่อเปรียบเทียบสถานสุขภาพและพัฒนาการของลูกแรงงานข้ามชาติย้ายถิ่นในเขตเมืองและเขตชนบท โดยกำหนดให้อำเภอเมืองเป็นเขตเมือง อำเภอกระบุรีและอำเภอละอุ่นเป็นเขตชนบท ซึ่งข้อมูลที่จะนำมาเปรียบเทียบกันได้จำเป็นต้องมาจากแบบสอบถามเดียวกัน จึงทำให้มีการศึกษาสุขภาพของเด็กในอำเภอเมืองอีกครั้ง และศึกษาเพิ่มเติมข้อมูลบางส่วนที่ต้องการนำมาเปรียบเทียบตามเขตที่อยู่อาศัย

## บทที่ 3

### วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาสถานะสุขภาพ และการดูแลสุขภาพ การครอบคลุมการบริการสุขภาพ และพัฒนาการของลูกแรงงานข้ามชาติย้ายถิ่น โดยแบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะแรก เป็นการสำรวจข้อมูลพื้นฐานเพื่อกำหนดกรอบการวิจัยและสร้างแบบสัมภาษณ์ ระยะที่สองเป็นการเก็บข้อมูลตามเครื่องมือที่สร้างขึ้นดังนี้

#### ระยะที่ 1

ระยะที่ 1 เป็นระยะที่ทีมวิจัยลงพื้นที่เพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับแรงงานพม่า ซึ่งประกอบด้วย จำนวนแรงงานพม่าที่มีอยู่ จำนวนลูกแรงงานพม่าที่อายุต่ำกว่า 5 ปี บริเวณที่อยู่อาศัยที่หนาแน่น ภาวะสุขภาพเด็ก การใช้บริการสุขภาพเมื่อเด็กเจ็บป่วย และสภาพความเป็นอยู่ทั่วไป เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์รองสาธารณสุขจังหวัด เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัด อาสาสมัครพม่า เกี่ยวกับแรงงานพม่า สัมภาษณ์กลุ่มมารดา ที่มีลูกอายุต่ำกว่า 5 ปี เกี่ยวกับภาวะสุขภาพเด็ก การใช้บริการสุขภาพเมื่อเด็กเจ็บป่วย และสังเกตสภาพความเป็นอยู่ทั่วไป

ผลการศึกษาได้เสนอไว้ในช่วงแรกของบทที่ 4

#### ระยะที่ 2

ระยะที่ 2 เป็นระยะที่นำเครื่องมือที่สร้างขึ้นในระยะที่ 1 ไปทดสอบ ปรับปรุงแก้ไขแล้วเก็บรวบรวมข้อมูลตามเครื่องมือที่ได้ปรับปรุงแล้ว

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

##### 1) ประชากร

เด็กกลุ่มอายุ 0-5 ปี ที่บิดามารดาเป็นแรงงานต่างชาติดพม่า ที่ลักลอบเข้าเมืองโดยผิดกฎหมาย ซึ่งอาศัยอยู่ในจังหวัดระนอง

##### 2) กลุ่มตัวอย่าง

เด็กกลุ่มอายุ 0-5 ปี ที่บิดามารดาเป็นแรงงานต่างชาติดพม่าที่อาศัยอยู่ในอำเภอเมืองอำเภอกระบุรี และอำเภอละอุ่น ในระหว่างวันที่ 12 ตุลาคม - 15 ธันวาคม 2542 จำนวน 293 คน และผู้เลี้ยงดูเด็กจำนวน 240 คน แบ่งสถานที่ศึกษาออกเป็นเขตเมือง เขตชนบท

เขตเมือง ได้แก่ อำเภอเมือง ประกอบด้วย หมู่ 1 ตำบลปากน้ำ และหมู่ 3 หมู่ 5 ตำบลบางริน

เขตชนบท ได้แก่ อำเภอกระบุรีและอำเภอละอุ่น โดยอำเภอกระบุรีประกอบด้วย หมู่ 1 ตำบลปากจั่น หมู่ 4 หมู่ 5 ตำบลบางแก้ว หมู่ 3 หมู่ 5 ตำบลลำเลียง และหมู่ 5 ตำบลน้ำจืด และอำเภอละอุ่นประกอบด้วย หมู่ 1, 3, 4, 5 ตำบลบางแก้ว หมู่ 1, 5 ตำบลบางพระเหนือ พื้นที่ดังกล่าวเป็นพื้นที่ที่มีแรงงานพม่าเหลืออยู่

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากช่วงเวลาที่ศึกษา เป็นช่วงที่ประเทศมีนโยบายผลักดันแรงงานต่างด้าวที่ลักลอบเข้าเมืองอย่างผิดกฎหมายออกนอกประเทศ ทำให้จำนวนแรงงานพม่าที่มีอยู่ตามพื้นที่ที่สำรวจได้ในระยะที่ 1 ลดไปจากเดิมมาก บางพื้นที่อพยพหนีหมด ทำให้ไม่สามารถสุ่มตัวอย่างตามแผนที่ (mapping) ที่ทำไว้ การศึกษาครั้งนี้จึงเลือกศึกษาเฉพาะเจาะจงพื้นที่ที่มีแรงงานพม่าเหลืออยู่และในชุมชนที่อยู่กันเป็นจำนวนมาก โดยสัมภาษณ์ทุกบ้านที่มีเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

- 1) แบบสัมภาษณ์ สถานะการดูแลสุขภาพของลูกแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับผู้เลี้ยงดู ซึ่งเป็นผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เลี้ยงดูและเด็ก ประสิทธิภาพของเด็ก การดูแลสุขภาพเมื่อเด็กป่วย และสภาพแวดล้อมทางกายภาพ
- 2) แบบสัมภาษณ์ คำถามปลายเปิดเกี่ยวกับการวางแผนการศึกษา และอาชีพของเด็กในอนาคต ตลอดจนการวางแผนครอบครัวและการแก้ไขปัญหาเมื่อครอบครัวมีปัญหาการเงิน
- 3) แบบประเมินพัฒนาการ ใช้แบบตรวจวัดพัฒนาการเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีของ จันทรเพ็ญและคณะ (2539) ซึ่งพัฒนาจากแบบทดสอบพัฒนาการของเดเนเวอร์ ซึ่งประกอบด้วยพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ กล้ามเนื้อมัดเล็ก การใช้ภาษา และสังคม

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. แบบสัมภาษณ์สถานะการดูแลสุขภาพของลูกแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติ เป็นแบบสัมภาษณ์ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเอง ได้ทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และได้ปรับปรุงแก้ไขข้อความให้เหมาะสมตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำไปให้ที่ประชุมผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นผู้รวบรวมข้อมูล ซึ่งประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดระนอง 4 คนและอาสาสมัครพม่า 4 คน แพทย์ชาวพม่า 1 คน วิเคราะห์ วิจัยอีกครั้งหนึ่งก่อนนำแบบสัมภาษณ์นี้ไปทดลองใช้กับลูกแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติชาวพม่า ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน หลังจากนั้นทำการปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมกับสภาพความเป็นอยู่ของกลุ่มตัวอย่างก่อนนำไปใช้จริง

2. แบบประเมินพัฒนาการ เป็นแบบประเมินพัฒนาการที่ผู้วิจัยได้แปลและดัดแปลงจากแบบตรวจวัดพัฒนาการของเด็กอายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี ของจันทรเพ็ญและคณะ (2539) โดยปรับปรุงข้อความบางส่วนให้เหมาะสมกับชาวพม่า แล้วได้นำไปทดสอบกับลูกแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติชาวพม่าที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วปรับปรุงข้อความที่เป็นภาษาพม่าให้รัดกุมอีกครั้งหนึ่งก่อนนำไปใช้จริง

### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

- 1) สัมภาษณ์ผู้เลี้ยงดูตามแบบสัมภาษณ์สถานะการดูแลสุขภาพของลูกแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติและคำถามปลายเปิด ซึ่งได้รับการแปลเป็นภาษาพม่า โดยแพทย์หญิงพม่าซึ่งเป็นนักศึกษาหลักสูตรปริญญาโทของมหาวิทยาลัยพะเยา คณะ

แพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์โดยอาสาสมัครพม่า 5 คน ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ในองค์การอนามัยโลก และมีประสบการณ์ในการเก็บข้อมูลมาแล้ว

2) ประเมินพัฒนาการเด็ก ประเมินพัฒนาการเด็กตามแบบประเมินพัฒนาการด้วยการสังเกตหรือถามจากผู้เลี้ยงดู

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เลี้ยงดู ข้อมูลเกี่ยวกับเด็ก ประวัติสุขภาพเด็ก และการดูแลสุขภาพเมื่อเด็กป่วย การใช้บริการสุขภาพเด็ก พัฒนาการของเด็ก นำเสนอด้วยร้อยละ

2. เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เลี้ยงดู (ยกเว้นอาชีพบิดามารดา เนื่องจากแตกต่างกันตามเขตที่อยู่อาศัยอยู่แล้ว) ข้อมูลเกี่ยวกับเด็ก ประวัติสุขภาพเด็ก การใช้บริการสุขภาพเด็ก พัฒนาการของเด็ก จำแนกด้วยที่อยู่อาศัย ด้วยไคสแควร์ ( $\chi^2$ ) การทดสอบที (t- test) และ Mann-Whitney test โดยกำหนดความมีนัยสำคัญที่ 0.05 หรือน้อยกว่า

### แผนการดำเนินงาน

1. สืบหาที่อยู่ของลูกแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติในจังหวัดระนอง เพื่อทำแผนที่ครัวเรือน ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

2. นำข้อมูลที่ได้มาเป็นแนวทางในการสุ่มตัวอย่างและสร้างเครื่องมือ
3. นำเครื่องมือไปทดสอบความตรงของเนื้อหา
4. ปรับปรุงเครื่องมือ
5. เก็บรวบรวมข้อมูล
6. วิเคราะห์ข้อมูล
7. สรุปและเขียนรายงาน

## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลเบื้องต้นจากการสำรวจแหล่งศึกษา

##### 1) สัมภาษณ์เจาะลึกโรงสาธารณสุขจังหวัด เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครชาวพม่า

###### 1.1) การกระจายของแรงงานต่างชาติ

จังหวัดระนอง มี 4 อำเภอ กับ 1 กิ่งอำเภอคือ อำเภอเมือง อำเภอกระบุรี อำเภอละอุ่น อำเภอกะเปอร์ และกิ่งอำเภอสหัสขันธ์ ในจังหวัดระนองมีแรงงานต่างชาติเป็นชาวพม่า ประมาณการว่ามีจำนวนทั้งหมด 60,000 - 70,000 คน หากรวมครอบครัวของแรงงานเหล่านี้ จะมีชาวต่างชาติพม่าประมาณแสนกว่าคน (รัฐบาลต้องการผลักดันให้เหลือ 8,000 คน) ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในอำเภอเมือง อำเภอกระบุรี และอำเภอละอุ่น

**อำเภอเมือง** มีชาวพม่าอาศัยอยู่มากที่สุด บริเวณที่อยู่กันอย่างแออัดคือ ตำบลบางรีน และตำบลปากคลอง (ปากน้ำ) มีชาวพม่าประมาณ 48 ชุมชน ชุมชนละ 20 - 200 ครัวเรือน ซึ่งชาวพม่าที่อาศัยอยู่ในตำบลหงาวมีสภาพความเป็นอยู่ที่ดีกว่า ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทำแปปลา โรงงานเผาถ่าน โรงน้ำแข็ง ทำสวนยาง และทำเกษตร

**อำเภอกระบุรี** จากการสำรวจชาวพม่าเมื่อเดือนพฤศจิกายน 2542 พบว่า ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลกระบุรี 9 หมู่บ้าน มีชาวพม่าจำนวน 58 ครัวเรือน จำนวนครอบครัว 70 ครอบครัว ในจำนวนนี้มีเด็กอายุ 0 - 5 ปี จำนวน 30 ครอบครัว ซึ่งอยู่ในอำเภอน้ำจืด จำนวน 5 หมู่บ้านคือ หมู่ที่ 1 จำนวน 6 ครอบครัว หมู่ที่ 4 จำนวน 7 ครอบครัว หมู่ที่ 7 จำนวน 2 ครอบครัว หมู่ที่ 8 จำนวน 6 ครอบครัว หมู่ที่ 9 จำนวน 9 ครอบครัว ส่วนในเขตรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอกระบุรี 50 หมู่บ้าน มีชาวพม่าจำนวน 244 ครัวเรือน จำนวนครอบครัว 322 ครอบครัว ในจำนวนนี้มีเด็กอายุ 0 - 5 ปี จำนวน 120 ครอบครัว กระจายอยู่ในตำบลปากจั่น ตำบลมะนุ ตำบลน้ำจืดน้อย และตำบลนิคมฝั่ง ที่ตำบลปากจั่น อาศัยอยู่ในหมู่ที่ 1 จำนวน 30 ครอบครัว หมู่ที่ 3 จำนวน 11 ครอบครัว หมู่ที่ 7 จำนวน 6 ครอบครัว ที่ตำบลมะนุ อาศัยอยู่ในหมู่ที่ 8 จำนวน 19 ครอบครัว ที่ตำบลน้ำจืดน้อย อาศัยอยู่ในหมู่ที่ 4 จำนวน 9 ครอบครัว และตำบลนิคมฝั่ง อาศัยอยู่ในหมู่ที่ 1 จำนวน 1 ครอบครัว ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างในโรงงานเผาถ่าน และโรงไม้

**อำเภอละอุ่น** จากการสำรวจชาวพม่า เมื่อเดือนพฤศจิกายน 2542 พบว่า ในเขตรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอละอุ่น 27 หมู่บ้าน มีชาวพม่า 468 ครัวเรือน จำนวนครอบครัว 592 ครอบครัว ในจำนวนนี้มีเด็กอายุ 0 - 5 ปีจำนวน 96 ครอบครัว ซึ่งอยู่ในตำบลบางแก้ว และตำบลบางพระเหนือ ที่ตำบลบางแก้วอาศัยอยู่ในหมู่ที่ 3 จำนวน 16 ครอบครัว หมู่ที่ 4 จำนวน 21 ครอบครัว และหมู่ที่ 5 จำนวน 7 ครอบครัว ส่วนตำบลบางพระเหนือ อาศัยอยู่ใน หมู่ที่ 1 จำนวน 10 ครอบครัว และหมู่ที่ 4 จำนวน 7 ครอบครัว ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างในโรงงานเผาถ่านและโรงไม้

## 1.2) สถานบริการสุขภาพแรงงานต่างชาติ

องค์กรที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพแรงงานต่างชาติ นอกจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนองแล้ว ยังมีมูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย จังหวัดระนอง (World Vision) และองค์การอนามัยโลก (WHO) โดยที่ สถานบริการสาธารณสุขเขตเมือง สาขาตำบลบางรีนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง ร่วมกับมูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย ให้บริการในเขตตำบลปากคลอง และตำบลบางรีน หมู่ที่ 4 และหมู่ที่ 5 ส่วนสถานีอนามัยบางรีนองค์การอนามัยโลก ให้บริการในเขตตำบลบางรีน หมู่ที่ 1 หมู่ที่ 2 และหมู่ที่ 3 ตำบลบางหวายหมู่ที่ 1 หมู่ที่ 2 หมู่ที่ 3 และหมู่ที่ 4 นอกจากนี้สถานีอนามัยตำบลลำเรียง และสถานีอนามัยตำบลบางแก้วนอก ก็ให้บริการสุขภาพแรงงานต่างชาติเช่นกัน โดยผู้รับบริการต้องจ่ายเงินทุกคน ทั้งนี้สามารถซื้อบัตรสุขภาพได้ในวงเงิน 500 บาท

## 2) สัมภาษณ์กลุ่มมารดาที่มีลูกอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่อาศัยในอำเภอเมือง

### 2.1) กลุ่มที่ 1

**สถานที่ตั้ง** ชุมชนในซอยสามัคคี ตรงข้ามสถานบริการสาธารณสุขเขตเมือง สาขาบางรีน บริเวณหน้าซอยจะมีห้างขายของ Golden (ลักษณะคล้าย Macro) เป็นชุมชนที่ชนะเลิศการประกวดระหว่างชุมชน ในชุมชนจะมีเด็กอายุ < 5 ปี 30 คน

**กลุ่มสนทนา** ประกอบด้วยแม่ที่มีลูกอายุต่ำกว่า 5 ปี 3 คน (อายุเด็ก 1 ปี , 1ปี 8 เดือน , 8 เดือน) และตัวแทนของชุมชน 1 คน (representative) รูปร่างแม่ส่วนมากผอม ข้อมูลส่วนมากได้จากตัวแทนหมู่บ้านเป็นผู้ตอบ โดยมีลำเป็นหมอพม่า ซึ่งเป็นนักศึกษาปริญญาโทของหน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**อาชีพมารดา** บางคนไม่มีอาชีพ เป็นแม่บ้าน บางคนทำงานที่โรงงานกึ่ง (ห้องเย็นโชติวัฒน์) ให้พักหลังคลอด 45 วัน แต่ไม่จ่ายค่าแรงให้ ค่าแรงที่ได้ขึ้นอยู่กับปริมาณงานที่ทำได้ จ่ายค่าแรง 2 ครั้ง /เดือน ประมาณ 1200 บาท / 15 วัน

**ภาวะสุขภาพเด็ก** เด็กมีสมดุสุขภาพเป็นส่วนใหญ่ ไปรับวัคซีนที่สถานบริการสุขภาพเขตเมือง สาขาบางรีน โดยใช้จ่ายค่าวัคซีน 20 บาท ต่อเข็ม ได้รับวัคซีนตามกำหนด เด็กส่วนมากเกิดที่บ้านโดยหมอด้านที่เป็นชาวพม่าในบริเวณแถวนั้น ในกรณีที่หมอด้านไม่สามารถทำคลอดได้ จะส่งโรงพยาบาลระนอง ค่าทำการคลอดที่โรงพยาบาลคนละ 800 - 1000 บาท ทารกแรกเกิดไม่ปรากฏการมีโรคบาดทะยัก เนื่องจากแม่ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันบาดทะยักระหว่างตั้งครรภ์ครบ 3 ครั้ง ปัญหาสุขภาพที่เคยเกิดขึ้น ได้แก่ ตกน้ำ แผลพุพอง และโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบน การดูแลเด็กเมื่อมีไข้ เบื้องต้นจะซื้อยามาทานเองจากร้านขายยาของคนที่อยู่ใกล้ๆบริเวณนั้น (เป็นยาผงอยู่ในซองที่มีรูปปอด) ถ้าไม่ดีขึ้น จึงค่อยพาไปหาหมอที่สถานบริการสาธารณสุขเขตเมือง สาขาบางรีน เด็กทุกคนไม่เคยเจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา

**ภาวะโภชนาการ** เด็กดูผอม ส่วนมากแม่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยเฉพาะคนที่ไม่ออกไปทำงาน นอกบ้าน ส่วนคนที่ต้องออกไปทำงาน จะเริ่มให้นมผสมเมื่อเด็กอายุ 7 เดือน โดยให้นมข้นหวาน (ตรามะลิ) สด

ส่วนที่ผสม นม 1 ออนซ์ น้ำ 240 ซี.ซี. บางคนเริ่มให้ชรีแล็ค เมื่อเด็กอายุ 3 เดือน เมื่อครบ 10 เดือนให้ข้าวบด (แม่เตี้ย) เหตุที่ไม่ใช้นมผงเพราะว่าหาซื้อยาก มักขาดตลาด บางคนเริ่มให้อาหารเสริมเมื่อเด็กอายุ 7 วัน โดยให้ข้าวบดกรองด้วยผ้าขาว ผสมเกลือเล็กน้อย อาหารของเด็กโต ส่วนมากเป็นอาหารที่ผู้ใหญ่ทาน กับข้าวจะเป็นใบกระเจียบแดงต้มกับปลาเค็มเหมือนต้มจืด ถั่วผัด ผักบุงผัด

**การศึกษา** มีโรงเรียนให้เด็กเรียนหนังสือ เป็นภาษาพม่า และภาษาไทย ชุมชนจัดการเอง

**น้ำ** ดื่มน้ำกั้น (ขวดละ 10 บาท) 1 ขวด สามารถใช้ได้ 2 วัน ต่อครอบครัวซึ่งประกอบด้วย พ่อ แม่ ลูกสาว 2 คน หลาน 3 คน โดยไม่ได้ดื่ม แต่ดื่มนมผสมนมจะดื่มก่อน ไม่มีน้ำประปา มีบ่อน้ำ แต่ไม่ได้ใช้ดื่ม ใช้รดสวน

**สุขภาพ** มีส่วนซึม เด็กเล็กถ่ายลงผ้าอ้อม กระโดน แล้วนำไปทิ้งในสวน

## 2.2) กลุ่มที่ 2

**สถานที่ตั้ง** โรงเผาถ่าน ซอยบ้านก้านัน ทุ่งขอบ หมู่ที่ 3 ตำบลบางริน อยู่ไม่ไกลจากสถานีอนามัยบางริน ทางรถยนต์ใช้เวลาในการเดินทางประมาณ 15 นาที

**กลุ่มสนทนา** ประกอบด้วยมารดาที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี 3 คน (อายุ 3 ปี 10 เดือน , 20 วัน, 4 เดือน) และหมอตายในโรงเผาถ่าน ข้อมูลส่วนมากหมอตายเป็นผู้ตอบ มีอาสาสมัครชาวพม่าจากองค์การอนามัยโลกเป็นล่าม

**อาชีพมารดา** รับจ้างเอาถ่านใส่ถุง บางคนไม่มีอาชีพ ค่าแรงที่ได้ 70 - 80 บาท / วัน หลังคลอดให้พัก 45 - 60 วัน

**ภาวะสุขภาพเด็ก** ลักษณะเด็กในโรงงานนี้ ส่วนมากคอมแต่ท้องป่อง บางคนชืด มี 1 คนกำลังเป็นโรคมะเร็ง มีอาการชืด หน้าตาไม่สุขสบาย ตับม้ามโต ได้แนะนำให้พาดูเด็กไปรับการรักษาที่สถานีอนามัย การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค เด็กส่วนใหญ่ได้รับการฉีดวัคซีนไม่ครบ บางคนไม่ได้รับวัคซีน ไม่มีสมุดสุขภาพ เมื่อก่อนนี้เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยจะเป็นคนมาฉีดวัคซีนให้ เดี่ยวนี้ไม่มี

เด็กทุกคนในโรงงานนี้ทำคลอดโดยหมอตาย ค่าทำคลอด 300 บาท โดยหมอตายไม่ได้รับการอบรม อาศัยความเป็นผู้อาวุโสในชุมชนนั้นและมีประสบการณ์ ตัดสายสะดือโดยใช้มีดโกน ทำความสะอาดด้วยการต้มในน้ำที่กำลังเดือด หลังทำคลอดให้ดูนมแม่จนตั้งครรภ์ครั้งต่อไป (ประมาณ 5 - 6 เดือน) เมื่อตั้งครรภ์แล้ว จะไม่ให้ดูนมแม่อีกเลย ให้นมชั้นหวานแทน เพราะเชื่อว่า ถ้ายังคงให้เด็กดูนมแม่อยู่ จะทำให้ลูกท้องเสีย แม่หลังคลอดที่ยังไม่มีนม 2 - 3 วัน จะใช้สำลีชุบน้ำผึ้ง (ผสมน้ำอุ่น) บีบใส่ปาก หรือใช้น้ำเกลือหยดใส่ปาก สำหรับค่าทำคลอดนั้นสามารถผ่อนส่งได้

การดูแลรักษาเมื่อเด็กมีไข้หรือไม่สบาย จะซื้อยาแก้ไข้ (เป็นยาผง) จากร้านขายของชำในโรงเผาถ่านมากิน (ถ้าแก่เป็นเจ้าของ) ถ้าไม่ดีขึ้นจึงค่อยพาไปสถานีอนามัย หรือไปหาคนเข้าทรงเพื่อสะเดาะเคราะห์ ซึ่งอยู่ที่โรงเรียนใกล้โรงเผาถ่านนี้

**การศึกษา** เด็กไม่ได้เรียนหนังสือ เข้าโรงเรียนไม่ได้ ไม่มีใบเกิด คนที่มีฐานะจะส่งลูกกลับไปเรียนหนังสือที่ประเทศพม่า ครอบครัวหนึ่งจะมีลูกเฉลี่ย 4 คน เมื่อเด็กโตพอเข้าโรงเรียนได้แล้วจะส่งเด็กกลับไปเรียนหนังสือที่ประเทศพม่า



**ภาวะโภชนาการ** เด็กโดยทั่วไปดูผอม มีบางคนดูอ้วนแบบบวม เด็กจะได้รับอาหารเสริมเมื่ออายุ 7 วัน เป็นข้าวบดกับผ้าขาว ไม่ให้ทานกล้วยบดเพราะเชื่อว่าจะทำให้เด็กไอ เด็กอายุมากกว่า 1 ปีทานข้าวกับผัก หอย หน่อไม้ หรือหัวมันที่ปลูกเอง

**การเล่น** เด็กเล่น ดิน ทราช หิน และหนังสือเด็ก หมากเก็บ มีโทรทัศน์ดู แต่เด็กไม่ชอบดู ชอบเล่นบริเวณที่ว่างในโรงงาน

**อุบัติเหตุ** จมน้ำ แต่เร็ว ๆ นี้มีเด็กตกลงกองไฟบาดเจ็บสาหัส 2 คน มีเด็กทานอาหารที่มียาฆ่าแมลง ตายไป 1 คน (อายุ 11 ปี) ชั่วไว้ทัน 1 คน (อายุ 9 ปี) อุบัติเหตุอื่นๆที่พบ แผลถูกไฟไหม้ อุกของมีคม

น้ำ คีมน้ำบ่อที่ไม่ได้ผ่านการต้ม ส่วนน้ำที่นำมาผสมนมจะต้มก่อน

**สุขภาพ** ไม่มีส้วม ถ่ายลงคลองในโรงงานที่มีทางติดต่อกับแม่น้ำ เด็กโตจะถ่ายในป่า เด็กเล็กถ่ายตามสะดวก หรือถ่ายบนบ้าน แล้วเอาไปทิ้งในป่าหรือคลอง

## ส่วนที่ 2

ส่วนที่ 2 เป็นผลการวิจัยจากระยะที่ 2 ซึ่งนำเสนอตามเครื่องมือการวิจัยดังนี้

### 1. แบบสัมภาษณ์สถานการณ์การดูแลสุขภาพของลูกแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติ

แบบสัมภาษณ์สถานการณ์การดูแลสุขภาพของลูกแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติแบ่งเป็น 5 ส่วนคือ

- 1) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เลี้ยงดูและให้สัมภาษณ์ เป็นข้อมูลพื้นฐานของผู้ให้ข้อมูล เช่น อายุ ความเกี่ยวข้องกับเด็ก อาชีพบิดา อาชีพมารดา รายได้ครอบครัว การศึกษาของบิดา การศึกษาของมารดา ความสม่ำเสมอของรายได้ และความเพียงพอของรายได้
- 2) ข้อมูลเกี่ยวกับเด็ก เป็นข้อมูลพื้นฐานของเด็ก เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ สถานที่เกิด สถานที่มารดาไปคลอดในกรณีเด็กเกิดในประเทศไทย
- 3) ประวัติสุขภาพเด็ก เป็นข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพเด็กในอดีต เช่น น้ำหนักปัจจุบัน สุขภาพฟัน การมีสมุดบันทึกสุขภาพ และการฉีดวัคซีน การได้รับวัคซีนจนครบ ชนิดของวัคซีนที่ได้รับ สถานที่นำเด็กไปรับวัคซีน ประวัติการป่วยจนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคทั่วไปที่พบได้ในเด็กปฐมวัย และการเจ็บป่วยด้วยโรคโปลิโอ และ โรคหัด
- 4) การดูแลสุขภาพเด็ก เป็นข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลเด็กเมื่อเจ็บป่วย การประเมินภาวะสุขภาพของเด็กจากผู้เลี้ยงดู ประวัติการรับประทานนมและอาหารเสริม น้ำที่ให้เด็กดื่ม การปรับปรุงคุณภาพน้ำให้เด็กดื่ม สถานที่เด็กถ่ายอุจจาระ วิธีการกำจัดอุจจาระในกรณีไม่ถ่ายลงส้วม และวิธีการกำจัดขยะ
- 5) สภาพแวดล้อมของบ้าน เช่น พื้นที่สำหรับเด็กวิ่งเล่น และสิ่งกระตุ้นพัฒนาการเด็ก

### 2. แบบประเมินพัฒนาการของลูกแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติ

แบบประเมินพัฒนาการของลูกแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติ เป็นแบบประเมินพัฒนาการเด็กอายุตั้งแต่ 0 - 60 เดือน จากการสังเกต และสอบถามจากมารดา โดยประเมินพัฒนาการเด็ก 4 ด้าน คือ ด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก ด้านการใช้ภาษาและด้านสังคม

### 3. คำถามปลายเปิด

เป็นคำถามที่ถามมารดาเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว การคุมกำเนิด แผนการศึกษาของบุตร และการประกอบอาชีพของบุตรในอนาคต

ตารางที่ 4.1 จำนวน ร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลผู้เลี้ยงดู จำแนกตามถิ่นที่อยู่อาศัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เลี้ยงดู	เขตเมือง(N=134)		เขตชนบท(N=110)		รวม	X <sup>2</sup>	p-value
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)			
1. อายุ (ปี)	$\bar{X}$ = 30.26 S.D. = 6.62	$\bar{X}$ = 30.09 S.D. = 8.51	$\bar{X}$ = 30.18 S.D. = 7.52				0.864
2. ความเกี่ยวข้องกับเด็ก						21.76	0.000*
พี่สาว พี่ชาย	2 (1.5)	2 (1.8)	4 (1.6)				
บิดา	6 (4.5)	9 (8.2)	15 (6.2)				
มารดา	124 (92.5)	80 (72.7)	204 (83.6)				
บิดา และมารดา,ญาติ	2 (1.5)	19 (17.3)	21 (8.6)				
3. ศาสนา						0.16	0.686
พุทธ	132 (98.5)	108 (99.1)	240 (98.8)				
มุสลิม	2 (1.5)	1 (0.9)	3 (1.2)				
4. อาชีพบิดา							
รับจ้างประมง	62 (47.0)	1 (0.9)	63 (26)				
รับจ้างโรงงานเผาถ่าน	0 (0.0)	9 (8.2)	9 (3.7)				
รับจ้างโรงน้ำแข็ง	6 (4.6)	0 (0.0)	6 (2.5)				
รับจ้างโรงไม้ โรงเลื่อย	15 (11.4)	25 (22.7)	40 (16.5)				
รับจ้างกรีดยาง	1 (0.8)	28 (25.5)	29 (12.1)				
รับจ้างโรงงานเลือกกุ้ง	0 (0.0)	2 (1.8)	2 (0.8)				
ขายของ	7 (5.3)	0 (0.0)	7 (2.9)				
รับจ้างทั่วไป เช่น แบกของ ก่อสร้าง	41 (31.1)	44 (40.0)	85 (35.1)				
ว่างงาน	0 (0.0)	1 (0.9)	1 (0.4)				
5. อาชีพมารดา							
รับจ้างโรงงานเลือกกุ้ง ปลา	2 (1.5)	0 (0.0)	2 (0.8)				
รับจ้างโรงงานเผาถ่าน	0 (0.0)	5 (4.6)	5 (2.1)				
รับจ้างโรงงานน้ำแข็ง	1 (0.8)	0 (0.0)	1 (0.4)				
รับจ้างโรงไม้ โรงเลื่อย	2 (1.5)	1 (0.9)	3 (1.2)				
รับจ้างกรีดยาง	1 (0.8)	20 (18.2)	21 (8.7)				

\* p < 0.05

ตารางที่ 4.1 ต่อ

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เลี้ยงดู	เขตเมือง(N=134)		เขตชนบท(N=110)		รวม	X <sup>2</sup>	p-value
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)			
ชายของ	7 (5.3)	5 (4.6)	12 (5)				
รับจ้างทั่วไป เช่น งานบ้าน	17 (13.0)	9 (8.2)	26 (10.8)				
แม่บ้าน	101 (77.1)	70 (63.6)	171 (71)				
6. รายได้ครอบครัว	$\bar{X} = 2870.46$ S.D. = 1315.66	$\bar{X} = 2562.73$ S.D. = 1392.11	$\bar{X} = 2730.58$ S.D. = 1356.82			0.079	
7. ระดับการศึกษาบิดา						14.80	0.000**
ไม่สามารถอ่าน เขียน	9 (6.9)	14 (12.7)	23 (9.6)				
สามารถอ่าน เขียนได้	41 (31.5)	57 (51.8)	98 (40.8)				
จบประถมศึกษา	44 (33.9)	27 (24.6)	71 (29.6)				
จบมัธยมศึกษาตอนต้น	30 (23.1)	8 (7.3)	38 (15.8)				
จบมัธยมศึกษาตอนปลาย	6 (4.6)	4 (3.6)	10 (4.2)				
8. ระดับการศึกษาของมารดา						7.20	0.007**
ไม่สามารถอ่าน เขียน	16 (11.9)	16 (14.6)	32 (13.1)				
สามารถอ่าน เขียนได้	56 (41.8)	68 (61.8)	124 (50.8)				
จบประถมศึกษา	46 (34.3)	20 (18.2)	66 (27.1)				
จบมัธยมศึกษาตอนต้น	15 (11.2)	4 (3.6)	19 (7.8)				
จบมัธยมศึกษาตอนปลาย	1 (0.8)	1 (0.9)	2 (0.8)				
จบมหาวิทยาลัย	0 (0.0)	1 (0.9)	1 (0.4)				
9. รายได้นี้						0.39	0.530**
สม่ำเสมอ	25 (18.9)	24 (22.2)	49 (20.4)				
ไม่สม่ำเสมอ	107 (81.1)	84 (77.8)	191 (79.6)				
10. รายได้นี้เพียงพอสำหรับรักษาลูก						0.09	0.769
เมื่อเจ็บป่วยหรือไม่							
เพียงพอ	21 (15.9)	16 (14.6)	37 (15.3)				
ไม่เพียงพอ	111 (84.1)	94 (85.5)	205 (84.7)				

\*\* p < 0.05 ทดสอบด้วย X<sup>2</sup> for trend เพราะเป็นข้อมูลตามลำดับ

ตารางที่ 4.1 แสดงให้เห็นว่าผู้เลี้ยงดูเด็กมีอายุเฉลี่ย  $30.18 \pm 7.52$  ปี ส่วนใหญ่เป็นมารดาของเด็กร้อยละ 83.6 นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 98.8 บิดาประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปร้อยละ 35.1 รองลงมาคือรับจ้างประมงร้อยละ 26 มารดาประกอบอาชีพแม่บ้านร้อยละ 71 ครอบครัวมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน  $2,730.58 \pm 1,356.82$  บาท ส่วนใหญ่บิดามีการศึกษาในระดับอ่าน เขียนได้ร้อยละ 40.8 รองลงมาระดับประถมศึกษาร้อยละ 29.6 มารดามีการศึกษาในระดับอ่าน เขียนได้ร้อยละ 50.8 รองลงมาระดับประถมศึกษาร้อยละ 27.1 ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่สม่ำเสมอร้อยละ 79.6 และไม่เพียงพอสำหรับรักษาลูกเมื่อเจ็บป่วยร้อยละ 84.7

เมื่อทดสอบความแตกต่าง ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เลี้ยงดูระหว่างเขตเมืองและเขตชนบท(ยกเว้นอาชีพบิดามารดา) พบว่า ความเกี่ยวข้องของผู้เลี้ยงดูกับเด็ก การศึกษาของบิดา มารดา ในเขตชนบทมีความแตกต่างกับเขตเมืองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยในเขตเมืองมารดาเป็นผู้เลี้ยงดูเด็กมากกว่าในเขตชนบท สำหรับการศึกษาก่อนของบิดามารดาทั้งบิดามารดาในเขตเมืองมีระดับการศึกษาสูงกว่าเขตชนบท ส่วนลักษณะอาชีพของบิดามารดามีความแตกต่างกันอยู่แล้วด้วยถิ่นที่อยู่อาศัยที่ต่างกัน โดยอาชีพของบิดาในเขตเมืองจะเป็นรับจ้างทำประมง แต่ในชนบทส่วนใหญ่จะเป็นอาชีพรับจ้างทั่วไป อาชีพมารดาในเขตเมืองจะเป็นแม่บ้านมากกว่าในเขตชนบท

ตารางที่ 4.2 จำนวน ร้อยละของข้อมูลเกี่ยวกับเด็ก จำแนกตามถิ่นที่อยู่อาศัย

ข้อมูลเกี่ยวกับเด็ก	เขตเมือง(N=153)		เขตชนบท(N=140)		รวม	X <sup>2</sup>	p-value
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)			
1. อายุ (เดือน)						11.90	0.018*
< 12	19 (13.5)	41 (26.9)	60 (20.5)				
12 - 23.9	27 (19.2)	32 (21.1)	59 (20.1)				
24 - 35.9	25 (17.7)	17 (11.2)	42 (14.3)				
36 - 47.9	28 (19.9)	32 (21.1)	60 (20.5)				
≥ 48	42 (29.8)	30 (19.7)	72 (24.6)				
2. เพศ						0.83	0.363
ชาย	83 (54.6)	69 (49.3)	152 (52.1)				
หญิง	69 (45.4)	71 (50.7)	140 (47.9)				
3. เชื้อชาติ						36.89	0.00*
พม่า	28 (18.5)	22 (15.6)	50 (17.1)				
ทวาย	71 (47.0)	109 (77.3)	180 (61.6)				
อื่น ๆ	52 (34.4)	10 (7.1)	62 (21.2)				
4. สถานที่เกิด						3.33	0.068
ประเทศไทย	103 (67.3)	109 (77.9)	212 (72.4)				
ประเทศพม่า	50 (32.7)	31 (22.1)	81 (27.7)				
5. ถ้าเกิดในประเทศไทย	(N = 102)	(N = 109)				21.30	0.00*
สถานที่มารดาไปคลอด							
ที่บ้านตนเอง	65 (63.7)	59 (54.1)	124 (58.8)				
สถานีนอนมัย	1 (1.0)	6 (5.5)	7 (3.3)				
โรงพยาบาล	35 (34.3)	26 (23.9)	61 (28.9)				
บ้านผดุงครรภ์โบราณ	1 (1.0)	18 (16.5)	19 (9.0)				

\* p < 0.05

ตารางที่ 4.2 แสดงให้เห็นว่าเด็กอายุ 0-5 ปี จำนวน 293 คนมีเด็กในแต่ละช่วงอายุใกล้เคียงกันยกเว้น ช่วงอายุ 24 - 35.9 เดือนที่มีน้อยที่สุด มีเด็กเพศชายและหญิงในจำนวนที่ใกล้เคียงกัน คือ เพศชายร้อยละ 52.1 เพศหญิงร้อยละ 48.0 ส่วนใหญ่มีเชื้อชาติทวายร้อยละ 61.6 เกิดในประเทศไทยร้อยละ 72.4 โดยเกิดที่บ้านตนเองร้อยละ 58.8 ซึ่งทำคลอดโดยศุภครรภโบริราณที่ไม่ผ่านการอบรม แต่อาศัยประสบการณ์ทำมานาน รองลงมาเกิดที่โรงพยาบาล ร้อยละ 28.9 เมื่อทดสอบความแตกต่างข้อมูลเกี่ยวกับเด็กระหว่างเขตชนบทกับเขตเมือง จะพบว่า อายุ เชื้อชาติ และ สถานที่มารดาไปคลอด ในเขตชนบทมีความแตกต่างจากเขตเมืองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกล่าวคือ ในเขตเมืองเด็กที่ อายุต่ำกว่า 23.9 เดือน และ 36 - 47.9 เดือน มีจำนวนน้อยกว่าในเขตชนบท และในช่วงอายุ 24 - 35.9 เดือนและอายุ มากกว่าหรือเท่ากับ 48 เดือนในเขตเมืองมีมากกว่าในเขตชนบท เขตชนบทมีเด็กเชื้อชาติทวายมากกว่าในเขตเมือง ส่วน สถานที่เด็กเกิด ในเขตเมืองจะเกิดที่บ้านตนเองกับโรงพยาบาลมากกว่าในเขตชนบท นอกจากนี้สถานที่ที่เด็กเกิดในชนบทยังมีบ้านศุภครรภโบริราณอีกร้อยละ 16.5 ในขณะที่ในเขตเมืองมีเพียงร้อยละ 9

ตารางที่ 4.3 จำนวน ร้อยละของประวัติสุขภาพเด็ก จำแนกตามถิ่นที่อยู่อาศัย (ภายหลังปรับกับอายุเด็กแล้ว)

ประวัติสุขภาพเด็ก	เขตเมือง	เขตชนบท	รวม	aOR*	p- value
	n (%)	n (%)	n (%)		
1. สุขภาพฟัน	N = 111	N = 120	N = 131		
ปกติ	56 (50.5)	70 (58.3)	126 (54.5)	1	
ฟันผุ	55 (49.6)	50 (41.7)	105 (45.5)	1.75	0.065
2. มีสมุดบันทึกสุขภาพและวัคซีน	( N = 149)	( N = 136)	(N = 285)		
ไม่มี	82 (55.0)	107 (78.7)	189 (66.3)	1	
มี	67 (45.0)	29 (21.3)	96 (33.7)	2.94	0.001**
3. การได้รับวัคซีน	( N = 149)	(N = 140)	(N = 289)		
ได้ครบทุกครั้ง	46 (30.9)	12 (8.6)	58 (20.1)	1	
ไม่เคย	29 (19.5)	36 (25.7)	65 (22.5)	0.13	0.000**
ได้ไม่ครบ	50 (33.6)	75 (53.6)	125 (43.3)	0.14	0.000**
ไม่ทราบได้ครบหรือไม่	24 (16.1)	17 (12.1)	41 (11.2)	0.38	0.039**
4. วัคซีนที่ได้รับ (ไม่ใช่/ใช่)	(N = 120)	(N = 104)	(N = 224)		
วัณโรค	99 (82.5)	60 (57.7)	159 (71.0)	3.45	0.000**
โปลิโอ	107 (89.2)	94 (90.4)	201 (89.7)	0.94	0.926
คอตีบ	83 (69.2)	50 (48.1)	113 (59.4)	2.50	0.003**
บาดทะยัก	83 (69.2)	38 (36.5)	121 (54.0)	3.85	0.000**
ไอกรน	80 (66.7)	40 (38.5)	120 (53.6)	3.33	0.000**
หัด	54 (45.0)	17 (16.4)	71 (31.7)	4.76	0.000**
5. สถานที่นำเด็กไปรับวัคซีน	(N = 120)	(N = 104)	(N = 224)		
สถานีอนามัย	53 (44.2)	35 (33.7)	88 (39.3)	1.72	0.072
โรงพยาบาลของรัฐ	22 (18.3)	28 (26.9)	50 (22.3)	0.50	0.064
คลินิก/โรงพยาบาลเอกชน	2 (1.7)	1 (1.0)	3 (1.3)	2.62	0.438
สถานบริการสาธารณสุข	44 (36.7)	2 (2.0)	46 (20.5)	29.41	0.000**
คลินิกเคลื่อนที่	24 (20.0)	53 (51.0)	77 (34.4)	0.29	0.000**



ตารางที่ 4.3 ต่อ

ประวัติสุขภาพเด็ก	เขตเมือง	เขตชนบท	รวม	aOR*	p- value
	n (%)	n (%)			
6. การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา	(N = 152)	(N = 137)	(N = 289)		
ไม่เคย	146 (96.1)	123 (89.8)	269 (93.1)	1	
เคย	6 (4.0)	14 (10.2)	20 (6.9)	0.40	0.076
7. ความเจ็บป่วยที่เคยเป็นในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา	(N = 152)	(N = 141)	(N = 293)		
มีไข้	58 (38.2)	85 (60.3)	143 (48.8)	0.14	0.000**
เป็นหวัด	66 (43.4)	73 (51.8)	139 (47.4)	0.68	0.104
ท้องร่วง	12 (7.9)	31 (22.0)	43 (14.7)	0.32	0.002**
ปวดบวม	19 (12.5)	35 (24.8)	54 (18.4)	0.39	0.004**
พุพอง หรือน้ำเหลืองไม่ดี	6 (4.0)	13 (9.2)	19 (6.5)	0.46	0.137
หูน้ำหนวก	1 (0.7)	5 (3.6)	6 (2.1)	0.21	0.160
ชัก	1 (0.7)	2 (1.4)	3 (1.0)	0.47	0.555
วันโรค	0 (0.0)	2 (1.4)	2 (0.7)	-	-
มาเลเรีย	0 (0.0)	8 (5.7)	8 (2.7)	-	-
ซิด (โลหิตจาง)	0 (0.0)	3 (2.1)	3 (1.0)	-	-
8. เด็กเคยป่วยด้วยโรคต่อไปนี้	(N = 152)	(N = 130)	(N = 282)		
โปลิโอ	1 (0.7)	0 (0.0)	1 (0.4)	-	-
หัด	49 (32.5)	37 (26.4)	86 (29.6)	1.77	0.039**

\* adjusted Odds Ratio

\*\* p &lt; 0.05

ตารางที่ 4.3 ในภาพรวมแสดงให้เห็นว่า สุขภาพฟัน ปกติร้อยละ 54.5 ฟันผุร้อยละ 45.5 ส่วนใหญ่ไม่มีสมุดบันทึกสุขภาพและวัคซีนร้อยละ 66.3 ได้รับวัคซีนไม่ครบร้อยละ 43.3 ร้อยละ 22.5 ไม่เคยได้รับวัคซีน วัคซีนที่ได้รับส่วนใหญ่เป็นวัคซีนโปลิโอร้อยละ 89.7 รองลงมาเป็นวัคซีนวันโรคร้อยละ 71 สถานที่นำเด็กไปรับ วัคซีนส่วนใหญ่เป็นสถานอนามัยร้อยละ 39.3 รองลงมาเป็นคลินิกเคลื่อนที่ร้อยละ 34.4 ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ไม่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลร้อยละ 93.1 ความเจ็บป่วยที่เคยเป็นบ่อยที่สุดในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ก็คือ มีไข้และเป็นหวัดในจำนวนที่ใกล้เคียงกันคือ มีไข้ร้อยละ 48.8 และเป็นหวัดร้อยละ 47.4 มีเด็กเคยป่วยด้วยโรคหัดร้อยละ 29.6 เคยป่วยด้วยโรคโปลิโอเพียงร้อยละ 0.4

เมื่อนำประวัติสุขภาพเด็กมาจำแนกตามถิ่นที่อยู่อาศัยโดยการปรับกับอายุเด็กแล้ว พบว่า การมีสมุดบันทึกสุขภาพและวัคซีน การได้รับวัคซีนในเขตชนบท มีความแตกต่างจากเขตเมือง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.05$  กล่าวคือในเขตเมืองจะมีสมุดบันทึกสุขภาพและวัคซีนมากกว่าในเขตชนบท 2.94 เท่า เมื่อเทียบกับการได้รับวัคซีนครบในเขตชนบทไม่เคยได้รับวัคซีนและได้รับไม่ครบมากกว่าในเขตเมือง 7.7 เท่าและ 7.1 เท่าตามลำดับ ชนิดของวัคซีนที่เด็กได้รับในเขตเมือง แตกต่างจากเขตชนบทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.05$  ทุกตัว ยกเว้น โปลิโอ เด็กในเขตเมืองได้รับวัคซีนวันโรค คอตีบ บาดทะยัก ไอกรน หัด มากกว่าในเขตชนบทเป็น 3.45, 2.5, 3.85, 3.33, และ 4.76 เท่าตามลำดับ สำหรับสถานที่นำเด็กไปรับวัคซีนที่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างเขตเมืองและเขตชนบทคือสถานบริการสาธารณสุขและคลินิกเคลื่อนที่ โดยในเขตเมืองเด็กได้รับวัคซีนจากคลินิกเคลื่อนที่น้อยกว่าในเขตชนบท 0.29 เท่า และจากสถานบริการสาธารณสุขมากกว่าในเขตชนบท 29.4 เท่า ส่วนความเจ็บป่วยที่เด็กเคยเป็นในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ที่พบความแตกต่างระหว่างเขตเมืองและเขตชนบท คือ ไข้ ท้องร่วงและปอดบวม พบว่าในเขตเมืองมีการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้ ท้องร่วง และปอดบวมน้อยกว่าในเขตชนบท 0.14, 0.32 และ 0.39 เท่าตามลำดับ

ตารางที่ 4.4 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยของจำนวนครั้งของวัคซีนที่ได้รับจำแนกตามถิ่นที่อยู่อาศัย

วัคซีนที่ได้รับ	เขตเมือง (N = 111)		เขตชนบท (N = 122)		p-value
	$\bar{X}$ ( $\pm$ S.D)	P <sub>50</sub> (Min-Max)	$\bar{X}$ ( $\pm$ S.D)	P <sub>50</sub> (Min-Max)	
วันโรค	0.622 ( $\pm$ 0.487)	1 (0 - 1)	0.5 ( $\pm$ 0.68)	0 (0 - 3)	0.011*
โพลีโอ	1.667 ( $\pm$ 1.377)	2 (0 - 4)	1.656 ( $\pm$ 1.407)	2 (0 - 6)	0.828
คอตีบ	1.342 ( $\pm$ 1.318)	1 (0 - 3)	0.729 ( $\pm$ 1.193)	0 (0 - 5)	0.000*
บาดทะยัก	1.297 ( $\pm$ 1.325)	1 (0 - 3)	0.639 ( $\pm$ 1.199)	0 (0 - 5)	0.000*
ไอกรน	1.297 ( $\pm$ 1.325)	1 (0 - 3)	0.590 ( $\pm$ 1.141)	0 (0 - 5)	0.000*
หัด	0.459 ( $\pm$ 0.644)	0 (0 - 3)	0.115 ( $\pm$ 0.320)	0 (0 - 1)	0.000*

\*  $p < 0.05$  จาก Mann-Whitney test

ตารางที่ 4.4, 4.5 เป็นตารางที่ไม่นำเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 1 ปี มาคำนวณ เนื่องจากเด็กจะได้รับวัคซีนครบก็ต่อเมื่อเด็กมีอายุมากกว่า 1 ปีขึ้นไป เด็กในเขตเมืองมีจำนวนครั้งของการได้รับวัคซีนแต่ละชนิดแตกต่างจากเด็กในเขตชนบท มีนัยสำคัญทางสถิติโดยพบว่า เด็กในเขตเมืองมีจำนวนครั้งของการได้รับวัคซีนแต่ละชนิดมากกว่าเด็กในชนบท ยกเว้น โปлио

ตารางที่ 4.5 จำนวน ร้อยละของเด็กที่ได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบ

วัคซีนที่ได้รับ	เขตเมือง (N = 111)	เขตชนบท (N = 122)	X <sup>2</sup>	p-value
	n (%)	n (%)		
วัณโรค	65 (62.2)	52 (42.6)	8.89	0.003*
โปลิโอ	38 (34.2)	36 (29.5)	0.60	0.439
คอตีบ	38 (34.2)	15 (12.3)	15.92	0.000*
บาดทะยัก	37 (33.3)	15 (12.3)	14.84	0.000*
ไอกรน	37 (33.3)	12 (9.8)	19.32	0.000*
หัด	45 (40.5)	14 (11.5)	25.96	0.000*

\* p < 0.05

ตารางที่ 4.5 แสดงให้เห็นถึงจำนวน และร้อยละของเด็กที่ได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบ โดยเด็กที่ได้รับวัคซีนครบหมายถึง เด็กที่ได้รับวัคซีน วัณโรค หัด มากกว่าหรือเท่ากับ 1 ครั้ง และเด็กที่ได้รับวัคซีน โปลิโอ คอตีบ บาดทะยัก และไอกรน มากกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้ง พบว่า เด็กในเขตเมืองและเขตชนบทได้รับวัคซีน วัณโรค คอตีบ บาดทะยัก ไอกรน และหัดครบ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p < 0.05 โดยพบว่า ในเขตเมืองเด็กได้รับวัคซีนทุกตัวครบ ยกเว้น โปลิโอมากกว่าในเขตชนบท

ตารางที่ 4.6 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐานและค่าพิสัยของจำนวนครั้งของความเจ็บป่วยที่เด็กเป็นในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามถิ่นที่อยู่อาศัย

ความเจ็บป่วย	เขตเมือง (N = 152)		เขตชนบท (N = 141)		p-value
	$\bar{X}$ ( $\pm$ S.D)	P <sub>50</sub> (Min-Max)	$\bar{X}$ ( $\pm$ S.D)	P <sub>50</sub> (Min-Max)	
มีไข้	0.04 ( $\pm$ 0.25)	0 (0 - 2)	0.57 ( $\pm$ 0.29)	0 (0 - 2)	0.000*
เป็นหวัด	0.59 ( $\pm$ 1.29)	0 (0 - 10)	1.02 ( $\pm$ 1.51)	1 (0 - 10)	0.206
ท้องร่วง	0.66 ( $\pm$ 1.04)	0 (0 - 5)	1.20 ( $\pm$ 2.36)	0 (0 - 13)	0.001*
ปวดบวม	0.14 ( $\pm$ 0.58)	0 (0 - 4)	0.45 ( $\pm$ 1.21)	0 (0 - 10)	0.100
พุพองหรือน้ำเหลืองไม่ดี	0.16 ( $\pm$ 0.53)	0 (0 - 4)	0.42 ( $\pm$ 1.53)	0 (0 - 13)	0.011*
หน้าหนาว	0.20 ( $\pm$ 0.14)	0 (0 - 1)	0.09 ( $\pm$ 0.28)	0 (0 - 1)	0.150
ชัก	0.01 ( $\pm$ 0.08)	0 (0 - 1)	0.04 ( $\pm$ 0.29)	0 (0 - 3)	0.954
วัดโรค	0.01 ( $\pm$ 0.08)	0 (0 - 1)	0.014 ( $\pm$ 1.68)	0 (0 - 2)	-
มาเลเรีย	0	0	0.99 ( $\pm$ 0.86)	0 (0 - 10)	0.037*
ซิด (โลหิตจาง)	0	0	0.43 ( $\pm$ 0.31)	0 (0 - 3)	0.071

\* p < 0.05 จาก Mann-Whitney test

เมื่อนำจำนวนครั้งของความเจ็บป่วยที่เด็กเป็นในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามถิ่นที่อยู่อาศัย (ตารางที่ 4.6) พบว่า เด็กในเขตเมืองและเขตชนบทมีจำนวนครั้งของการเจ็บป่วยด้วยไข้ ท้องร่วง ผลพุพองหรือน้ำเหลืองไม่ดี และไข้มาเลเรีย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเด็กในเขตเมือง มีการเจ็บป่วยด้วยโรคดังกล่าวน้อยกว่าในเขตชนบท

ตารางที่ 4.7 จำนวน ร้อยละของภาวะโภชนาการเด็ก จำแนกตามถิ่นที่อยู่อาศัย

ภาวะโภชนาการ	เขตเมือง(N=147)	เขตชนบท(N=135)	รวม	X <sup>2</sup>	p-value
	n (%)	n (%)			
ปกติ	97 (66.0)	53 (39.3)	150 (53.2)	25.02	0.000*
ขาดสารอาหารระดับ 1	37 (25.2)	45 (33.3)	82 (29.1)		
ขาดสารอาหารระดับ 2	13 (8.8)	36 (26.7)	49 (17.3)		
ขาดสารอาหารระดับ 3	0 (0.0)	1 (0.7)	1 (0.4)		

\* p < 0.05

ตารางที่ 4.7 แสดงให้เห็นว่า เมื่อนำน้ำหนักเด็กที่ชั่งได้มาวิเคราะห์ภาวะโภชนาการตามหลักของโกเมซ (Gomaz) โดยใช้น้ำหนักเด็กในภาวะปกติที่ percentile ที่ 50 เป็นตัวเทียบ พบว่าร้อยละ 53.2 เด็กมีภาวะโภชนาการปกติ ร้อยละ 29.1 มีภาวะขาดสารอาหารระดับ 1 ร้อยละ 17.4 มีภาวะขาดสารอาหารระดับ 2 และร้อยละ 0.4 มีภาวะขาดสารอาหารระดับ 3

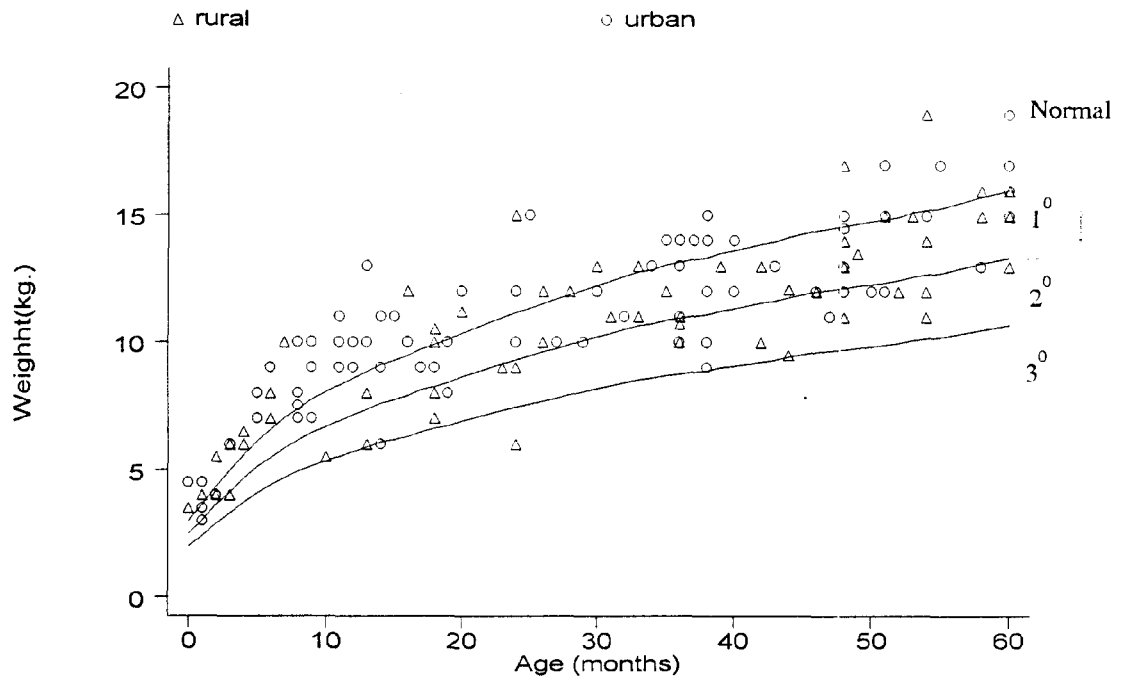
เมื่อจำแนกภาวะโภชนาการของเด็กตามที่อยู่อาศัย พบว่า ภาวะโภชนาการของเด็กมีความสัมพันธ์กับที่อยู่อาศัย เด็กที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองมีภาวะขาดสารอาหารทุกระดับแตกต่างกับเด็กในเขตชนบท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (X<sup>2</sup>=25.02 p = 0.000) กล่าวคือ เด็กที่อยู่ในเขตเมืองมีภาวะขาดสารอาหารน้อยกว่าในเขตชนบททุกระดับ

ตารางที่ 4.8 จำนวน ร้อยละของภาวะโภชนาการเด็ก จำแนกตามเพศ

ภาวะโภชนาการ	ชาย (N=150)	หญิง(N=132)	X <sup>2</sup>	p-value
	n (%)	n (%)		
ปกติ	80 (53.3)	70 (53.0)	1.52	0.677
ขาดสารอาหารระดับ 1	41 (27.3)	41 (31.1)		
ขาดสารอาหารระดับ 2	28 (18.7)	21 (15.9)		
ขาดสารอาหารระดับ 3	1 (0.7)	0 (0.0)		

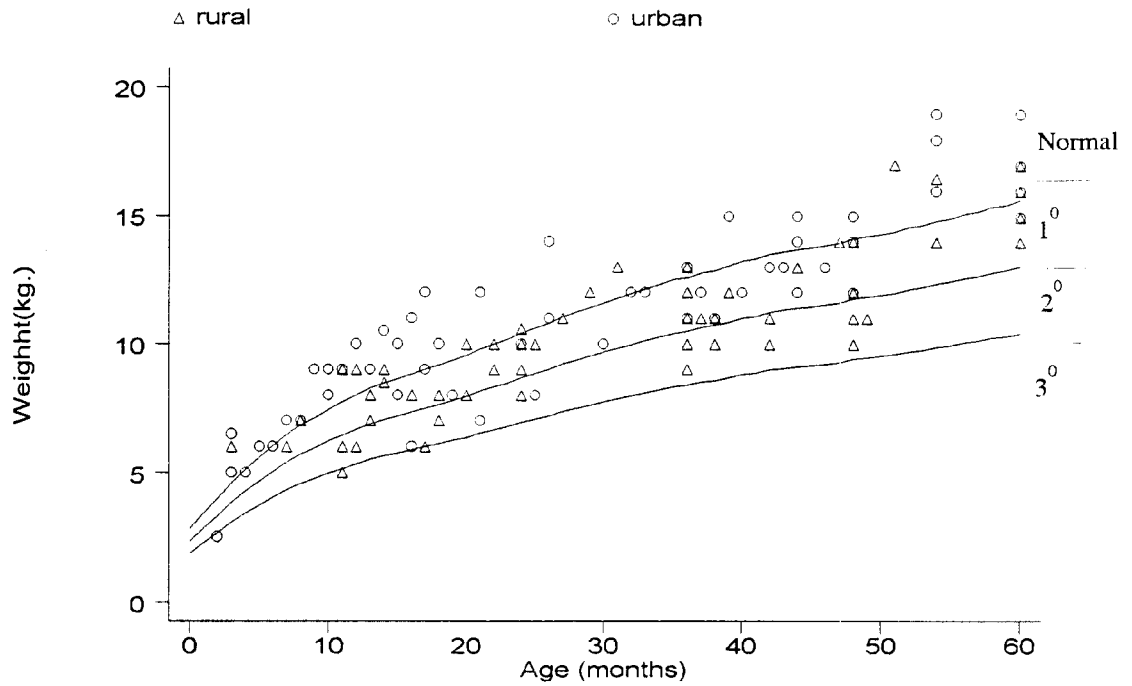
ตารางที่ 4.8 แสดงให้เห็นถึงภาวะโภชนาการของเด็ก เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่าเด็กชายและเด็กหญิงมีภาวะโภชนาการไม่แตกต่างกัน

รูปที่ 4.1 น้ำหนักและอายุของเด็กผู้ชาย จำแนกตามถิ่นที่อยู่อาศัยและภาวะโภชนาการ



รูปที่ 4.1 แสดงน้ำหนักและอายุของเด็กชายจำแนกตามถิ่นที่อยู่อาศัยและภาวะโภชนาการ พบว่า เด็กชายอายุต่ำกว่า 1 ปี ส่วนมากมีภาวะโภชนาการอยู่ในระดับปกติ แต่หลังจากนั้นมากกว่าครึ่งของเด็กชายเริ่มมีปัญหาทุพโภชนาการ พบว่า มีเด็กชาย 1 คนมีภาวะขาดสารอาหารในระดับ 3 เด็กในเขตเมืองมีปัญหาทุพโภชนาการน้อยกว่าเด็กในเขตชนบท

รูปที่ 4.2 น้ำหนักและอายุของเด็กหญิง จำแนกตามถิ่นที่อยู่อาศัยและภาวะโภชนาการ



รูปที่ 4.2 แสดงน้ำหนักและอายุของเด็กหญิง จำแนกตามถิ่นที่อยู่อาศัยและภาวะโภชนาการ พบว่า เด็กหญิงเริ่มมีปัญหาทุพโภชนาการตั้งแต่ขวบปีแรกเป็นต้นไป และจะพบมากในช่วงอายุระหว่าง 2 - 4 ปี เด็กหญิงในเขตเมืองมีปัญหาทุพโภชนาการน้อยกว่าเด็กหญิงในเขตชนบท เกินกว่าครึ่งของเด็กหญิงในเขตชนบทมีปัญหาทุพโภชนาการ โดยมีภาวะขาดสารอาหารอยู่ในระดับ 1 และ 2

ตารางที่ 4.9 จำนวน ร้อยละ ของการดูแลสุขภาพเด็กจำแนกตามถิ่นที่อยู่อาศัย

การดูแลสุขภาพเด็ก	เขตเมือง	เขตชนบท	รวม	X <sup>2</sup>	p- value
	n (%)	n (%)	n (%)		
1. การดูแลสุขภาพเด็กเมื่อเด็กเจ็บป่วย	(N = 152)	(N = 141)	(N = 293)		
ซื้อยาจากร้านขายยาแผนปัจจุบัน	67 (44.1)	60 (42.6)	127 (43.3)	0.07	0.792
ไปสถานีนอนามัย	50 (32.9)	88 (62.4)	138 (47.1)	25.58	0.000*
ไปโรงพยาบาลของรัฐ	14 (9.2)	20 (14.2)	34 (11.6)	1.76	0.184
ไปคลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชน	26 (17.1)	11 (7.8)	37 (12.6)	5.74	0.017*
หาหมอบ้าน หมอเข้าทรง	12 (4.8)	2 (1.4)	14 (4.8)	6.74	0.009*
รักษาเอง (ตามความเชื่อโบราณ)	1 (0.7)	32 (22.7)	33 (11.3)	35.54	0.000*
ไปสถานีบริการสาธารณสุข	31 (20.4)	0 (0.0)	31 (10.6)	32.16	0.000*
อื่น ๆ	1 (0.7)	14 (9.9)	15 (5.1)	12.94	0.000*
2. ระดับภาวะสุขภาพของเด็กตาม ความเห็นผู้เลี้ยงดู	(N = 152)	(N = 141)	(N = 293)	32.30	0.000*
ดีมาก	20 (13.3)	57 (40.4)	77 (26.5)		
ดี	112 (74.7)	62 (44.0)	174 (59.8)		
ไม่ค่อยดี	18 (12.0)	22 (15.6)	40 (14.8)		
3. ชนิดอาหารของเด็กอายุ 0-1 ปี(ใช่/ไม่ใช่)	(N = 152)	(N = 141)	(N = 293)	2.81	0.094
นมแม่	133 (94.3)	139 (91.5)	272 (92.8)		
นมผง	11 (7.8)	16 (10.5)	27 (9.2)		
นมชั้นหวาน	30 (21.3)	7 (4.6)	37 (12.6)		
นมกล่อม	1 (0.7)	1 (0.7)	2 (0.7)		
ไม่ได้นม	0 (0.0)	3 (2.0)	3 (1.0)		
4. การรับรู้ประโยชน์ของน้ำนมเหลือง	(N = 144)	(N = 138)	(N = 282)	31.21	0.000*
ใช่	105 (72.9)	65 (47.1)	170 (60.3)		
ไม่ใช่	5 (3.5)	34 (24.6)	39 (13.4)		
ไม่ทราบ	34 (23.6)	39 (28.3)	73 (25.9)		

\* p < 0.05



ตารางที่ 4.9 ต่อ

การดูแลสุขภาพเด็ก	เขตชนบท	เขตเมือง	รวม	X <sup>2</sup>	p- value
	n (%)	n (%)	n (%)		
5. ชนิดของอาหารเสริมที่ให้	(N = 125)	(N = 130)	(N = 255)	12.22	0.000*
ข้าว	94 (75.2)	72 (55.4)	166 (65.1)		
ซีสแต็ค	30 (24.0)	58 (44.6)	88 (34.5)		
กล้วย	1 (0.8)	0 (0.0)	1 (0.4)		
6. ชนิดของน้ำที่เด็กดื่ม	(N = 141)	(N = 150)	(N = 291)	133.62	0.000*
น้ำประปา/ น้ำฝน	49 (34.8)	59 (39.3)	108 (37.1)		
น้ำบ่อ/ น้ำคลอง	90 (63.8)	12 (8.0)	102 (35.1)		
น้ำบรรจุขวด/ น้ำบาดาล/ น้ำภูเขา	2 (1.4)	79 (52.7)	81 (27.8)		
7. การปรับปรุงคุณภาพน้ำให้เด็กดื่ม	(N = 140)	(N = 138)	(N = 278)	17.78	0.000*
ต้ม	20 (14.3)	26 (18.8)	46 (16.6)		
กรอง	17 (12.1)	28 (20.3)	45 (16.2)		
ต้มและกรอง	6 (4.3)	20 (14.5)	26 (9.4)		
ไม่ปรับปรุง	78 (55.7)	52 (37.7)	130 (46.8)		
ต้มหรือกรองเป็นบางครั้ง	19 (13.6)	12 (8.7)	31 (11.2)		
8. สถานที่ถ่ายอุจจาระ	(N = 141)	(N = 151)	(N = 292)	33.91	0.001*
ลงกระโถน	10 (7.1)	25 (16.6)	35 (12.0)		
ลงพื้นกระดานบ้าน	50 (35.5)	29 (19.2)	79 (27.1)		
ลงส้วม	28 (19.9)	50 (33.1)	78 (26.7)		
ลงคลอง	3 (2.1)	5 (2.7)	7 (2.4)		
ลงพื้นดิน	38 (27.0)	22 (14.6)	60 (20.6)		
สถานที่ที่ไม่แน่นอน	12 (8.5)	21 (13.9)	33 (11.3)		
9. วิธีกำจัดอุจจาระ ในกรณีไม่ถ่ายลงส้วม	(N=126)	(N=137)	(N = 263)	63.53	0.000*
ทิ้งรอบ ๆ บ้าน	22 (17.5)	6 (4.4)	28 (10.7)		
ทิ้งแม่น้ำ คลอง	18 (14.3)	10 (7.3)	28 (10.7)		
ทิ้งกองขยะในชุมชน	9 (7.1)	22 (16.1)	31 (11.8)		
ทิ้งใต้ถุนบ้าน	46 (36.5)	18 (13.1)	64 (24.3)		

ตารางที่ 4.9 ต่อ

การดูแลสุขภาพเด็ก	เขตเมือง	เขตชนบท	รวม	X <sup>2</sup>	p-value
	n (%)	n (%)	n (%)		
ไม่แน่นอน (ทั้งตกลง/ รอบบ้าน/ ทั้งกองขยะ)	81 (59.1)	31 (24.6)	112 (42.6)		
10. วิธีกำจัดขยะ	(N=151)	(N=141)	(N = 292)	161.29	0.000*
เผา	31 (20.5)	32 (22.7)	63 (21.6)		
ฝัง	1 (0.7)	9 (6.4)	10 (3.4)		
ทิ้งแม่น้ำ คลอง	26 (17.1)	34 (24.1)	58 (19.9)		
เทศบาลมาเก็บ	91 (59.9)	0 (0.0)	91 (31.2)		
ไม่มีการกำจัด	2 (1.3)	50 (35.5)	52 (17.8)		
มีวิธีกำจัดไม่แน่นอนเช่น เผา หรือฝัง หรือทิ้งลำคลอง	2 (1.3)	16 (1.4)	18 (6.2)		

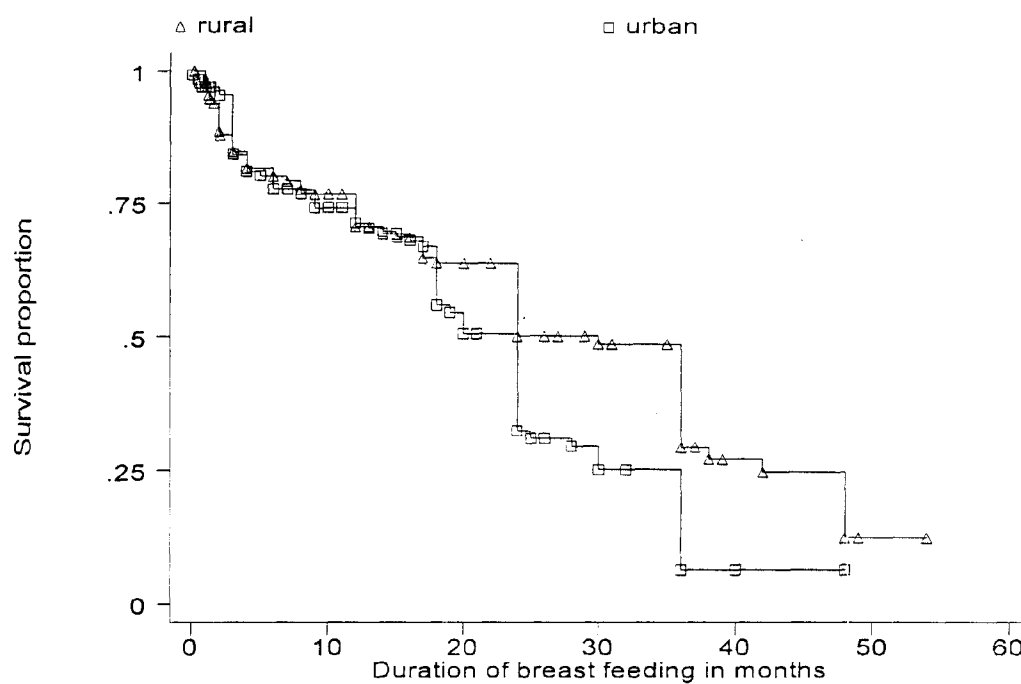
\* p &lt; 0.05

ตารางที่ 4.9 ในภาพรวมแสดงให้เห็นว่าเมื่อเด็กเจ็บป่วยส่วนใหญ่ไปรับการรักษาที่สถานอนามัย ร้อยละ 47.1 รองลงมาไปซื้อยาจากร้านขายยาแผนปัจจุบันร้อยละ 43.3 ตามความเห็นของผู้เลี้ยงดูส่วนใหญ่เด็กมีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดีร้อยละ 59.8 รับประทานนมแม่ร้อยละ 92.8 ผู้ถูกสัมภาษณ์ส่วนใหญ่รับรู้ว่าการมีน้ำนมเหลืองมีประโยชน์ร้อยละ 60.3 ชนิดของอาหารเสริมที่ให้ส่วนใหญ่เป็นข้าวร้อยละ 61.9 น้ำที่เด็กดื่มมีทั้งน้ำประปา /น้ำฝน น้ำบ่อ/ น้ำคลอง และน้ำบรรจุขวด/ น้ำบาดาล/ น้ำภูเขา ในจำนวนใกล้เคียงกันคือร้อยละ 37.1, 35.1 และ 27.8 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ไม่ปรับปรุงคุณภาพน้ำให้เด็กดื่มร้อยละ 46.8 สถานที่ถ่ายอุจจาระมีทั้งลงพื้นกระดานบ้าน ลงส้วม และลงพื้นดินในจำนวนใกล้เคียงกันคือ ลงพื้นกระดานบ้านร้อยละ 27.1 ลงส้วมร้อยละ 26.7 ลงพื้นดินร้อยละ 20.6 การกำจัดอุจจาระใช้วิธีทิ้งลงคลอง พื้นดิน รอบบ้าน หรือกองขยะในหมู่บ้านร้อยละ 42.6 สำหรับวิธีกำจัดขยะส่วนใหญ่เทศบาลมาเก็บร้อยละ 31.2 และใช้วิธีเผาร้อยละ 21.6

เมื่อนำจำนวน ร้อยละของการดูแลสุขภาพเด็กมาจำแนกตามถิ่นที่อยู่อาศัย พบว่า การดูแลสุขภาพเด็กเมื่อเด็กเจ็บป่วยในเขตเมือง และเขตชนบทมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p < 0.05$  กล่าวคือ เมื่อเด็กเจ็บป่วย เด็กในเขตชนบทไปรับการรักษาที่สถานอนามัย และรักษาเองตามความเชื่อโบราณมากกว่าในเขตเมือง ซึ่งตรงข้ามกับเด็กในเขตเมือง เมื่อเจ็บป่วยมารดาจะนำเด็กไปรับการรักษาที่สถานบริการสาธารณสุข ไปคลินิก หรือโรงพยาบาลเอกชน หามอบ้าน หมอเข้าทรง มากกว่าในเขตชนบท การรับรู้ภาวะสุขภาพของเด็กของผู้เลี้ยงดู ในเขตเมือง ผู้เลี้ยงดูรับรู้ว่าการมีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดีมากว่าเขตชนบท ผู้เลี้ยงดูในเขตเมืองรับรู้ประโยชน์ของน้ำนมเหลืองมากกว่าในเขตชนบทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p < 0.05$  มากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 59.6) ของเด็ก ทานข้าวเป็นอาหารเสริมทั้งในเขตชนบทและเขตเมือง ชนิดของน้ำที่เด็กดื่มในเขตเมืองและเขตชนบท มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p < 0.05$  คือในเขตเมืองเด็กดื่มน้ำบรรจุขวด/ น้ำบาดาล รองลงมาเป็นน้ำประปา/ น้ำฝน ในขณะที่ในเขตชนบทเด็กดื่มน้ำบ่อ/ น้ำคลอง รองลงมาเป็นน้ำประปา/ น้ำฝน ในการปรับปรุงคุณภาพน้ำให้เด็กดื่ม ในเขตเมืองมีการ

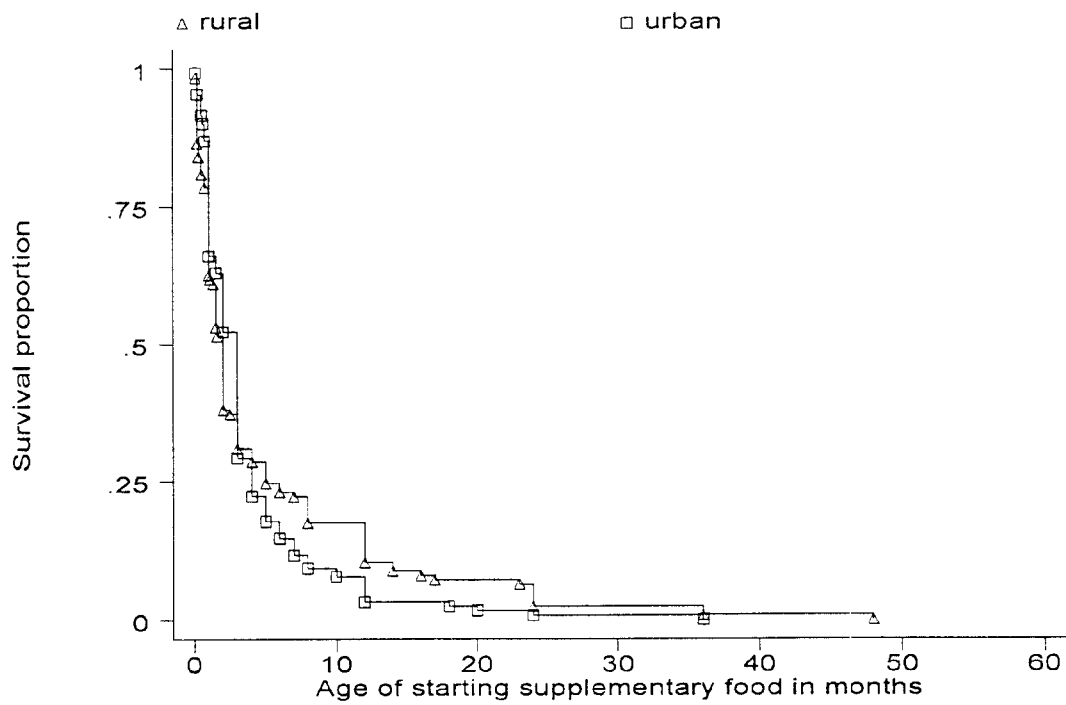
ปรับปรุงคุณภาพน้ำให้ดีขึ้นมากกว่าในเขตชนบท สถานที่ถ่ายอุจจาระในเขตเมืองเด็กจะถ่ายอุจจาระถูกสุขลักษณะมากกว่าในเขตชนบทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p < 0.05$  ส่วนวิถีกำจัดอุจจาระในเขตชนบทใช้วิธีทิ้งลงใต้ถุนบ้านเป็นส่วนใหญ่ ในขณะที่ในเขตเมืองมีวิถีกำจัดที่ไม่แน่นอน ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนวิธีการกำจัดขยะในเขตชนบทและเขตเมืองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p < 0.05$  ในเขตชนบทส่วนมากไม่มีการกำจัดขยะในเขตเมืองมีเทศบาลมาเก็บ

รูปที่ 4.3 Kaplan-Meier ของระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จำแนกตามถิ่นที่อยู่อาศัย



รูปที่ 4.3 แสดง Survival Curve ของระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จำแนกตามถิ่นที่อยู่อาศัยของเด็ก พบว่า ร้อยละ 50 ของมารดาในเขตเมืองและชนบทเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จนเด็กมีอายุ 24 และ 30 เดือน ตามลำดับ จากการทดสอบโดยใช้ Log rank test พบว่าในเขตเมืองและชนบท มีระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $X^2 = 6.70, p = 0.01$ ) โดยมารดาในเขตชนบทมีระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นานกว่ามารดาในเขตเมือง

รูปที่ 4.4 Kaplan-Meier ของอายุเด็กที่เริ่มให้อาหารเสริม จำแนกตามถิ่นที่อยู่อาศัย



รูปที่ 4.4 แสดง Survival Curve ของอายุเด็กที่เริ่มให้อาหารเสริม จำแนกตามถิ่นที่อยู่อาศัย พบว่า ร้อยละ 50 ของเด็กในเขตเมืองและเขตชนบท ให้อาหารเสริมที่อายุ 3 เดือน และ 2 เดือน ตามลำดับ จากการ ทดสอบโดยใช้ Log rank test ไม่พบความแตกต่างทางสถิติ

ตารางที่ 4.10 จำนวน ร้อยละของสภาพแวดล้อมบ้าน จำแนกตามถิ่นที่อยู่อาศัย

สภาพแวดล้อมของบ้าน	เขตเมือง	เขตชนบท	รวม	X <sup>2</sup>	p- value
	n (%)	n (%)	n (%)		
1. พื้นที่สำหรับให้เด็กวิ่งเล่น เช่น ลานบ้าน	(N = 149)	(N = 139)	(N = 288)	25.53	0.000*
มี	149 (100.0)	117 (84.2)	266 (92.4)		
ไม่มี	0 (0.0)	22 (15.8)	22 (7.6)		
2. มีสิ่งกระตุ้นพัฒนาการของเด็ก					
ของเล่น	(N = 150)	(N = 140)	(N = 290)	23.13	0.000*
	121 (80.7)	76 (54.3)	197 (67.2)		
โทรทัศน์	(N = 150)	(N = 134)	(N = 284)	12.46	0.000*
	42 (28.0)	15 (11.2)	57 (20.1)		
พื้นที่ภายในบ้านให้เด็กหัดคลาน	(N = 150)	(N = 137)	(N = 287)	12.27	0.000*
	143 (95.3)	113 (82.0)	256 (89.2)		
การละเล่น เช่น หมาเก็บบ ห้างสตีก	(N = 150)	(N = 138)	(N = 288)	0.023	0.89
	126 (84.0)	115 (83.3)	241 (83.7)		

\* p < 0.05

ตารางที่ 4.10 โดยภาพรวมแสดงให้เห็นว่า สภาพแวดล้อมของบ้านส่วนใหญ่มีพื้นที่สำหรับเด็กวิ่งเล่น ร้อยละ 92.4 มีของเล่นกระตุ้นพัฒนาการเด็กร้อยละ 67.2 มีพื้นที่ภายในบ้านให้เด็กหัดคลานร้อยละ 89.2 เด็กมีโอกาสได้ละเล่นร้อยละ 83.7 การละเล่นที่พบคือ หมาเก็บบ เป่าหนังสตีก วิ่งเล่น เตะฟุตบอล บริเวณพื้นดินรอบ ๆ บ้าน เมื่อเปรียบเทียบสภาพแวดล้อมของบ้านระหว่างเขตเมืองและเขตชนบท พบว่า พื้นที่สำหรับให้เด็กวิ่งเล่นในเมือง และในเขตชนบท มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p < 0.05$  โดยในเขตเมืองมีพื้นที่สำหรับเด็กวิ่งเล่นมากกว่าในเขตชนบท สิ่งกระตุ้นพัฒนาการในเขตเมืองและเขตชนบทมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p < 0.05$  ในเขตเมืองจะมีสิ่งกระตุ้นพัฒนาการเด็กที่เป็นของเล่นและโทรทัศน์มากกว่าในเขตชนบท ในขณะที่ในชนบทจะมีพื้นที่ภายในบ้านให้เด็กหัดคลาน และการละเล่นมากกว่าในเขตเมือง

ตารางที่ 4.11 จำนวน ร้อยละการผ่านเกณฑ์การประเมินพัฒนาการของเด็กในแต่ละด้าน จำแนกตามถิ่นที่อยู่อาศัย (ภายหลังปรับกับอายุเด็กแล้ว)

พัฒนาการ	เขตเมือง	เขตชนบท	รวม	aOR*	p-value
	n (%)	n (%)	n (%)		
ด้านกล้ามเนื้อใหญ่(N=287)	110 (74.3)	96 (69.1)	206 (71.8)	1.46	0.186
ด้านกล้ามเนื้อเล็ก(N=286)	98 (66.2)	75 (54.3)	173 (60.5)	1.72	0.047**
ด้านภาษา(N=286)	125 (84.5)	106 (76.8)	175 (80.7)	1.85	0.056
ด้านสังคม(N=287)	128 (86.5)	113 (81.3)	241 (84.0)	1.49	0.248

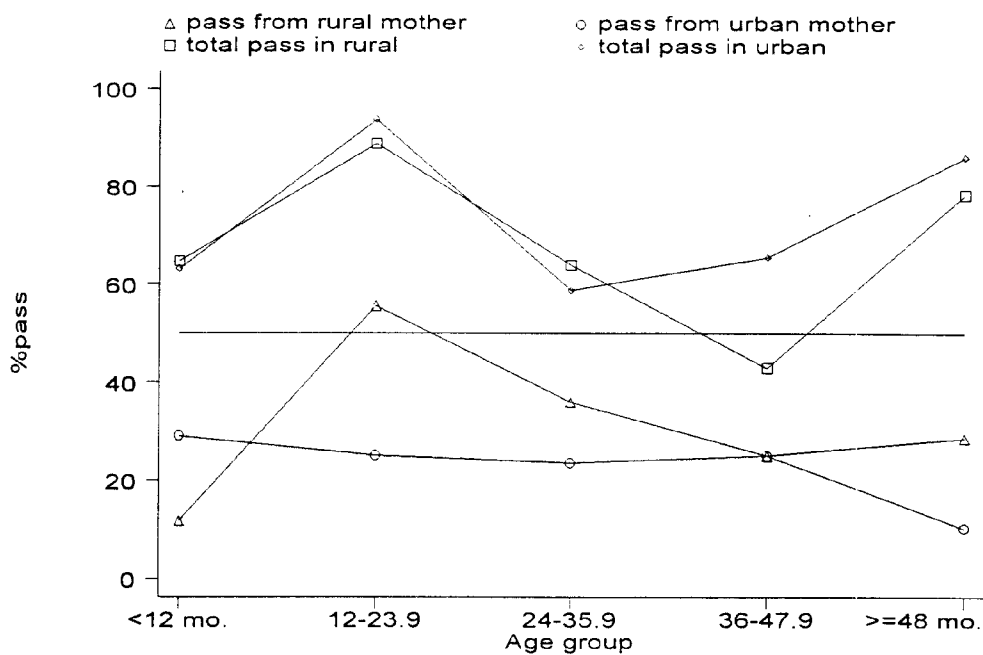
\* adjusted Odds Ratio

\*\* p < 0.05

ตารางที่ 4.11 แสดงให้เห็นว่าร้อยละของเด็กผ่านเกณฑ์ประเมินพัฒนาการด้านสังคมมากที่สุด(ร้อยละ 84) รองลงมาเป็นพัฒนาการทางด้านภาษา (ร้อยละ 80.7) กล้ามเนื้อใหญ่ (ร้อยละ 71.8) และกล้ามเนื้อเล็ก (ร้อยละ 60.5) ตามลำดับ

เมื่อเปรียบเทียบร้อยละของการผ่านเกณฑ์การประเมินพัฒนาการของเด็กในแต่ละด้าน ระหว่างเขตเมืองและเขตชนบทโดยปรับอายุเด็กแล้ว พบว่า พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็ก ในเขตเมืองแตกต่างจากเด็กในเขตชนบทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.05$  กล่าวคือ เด็กในเขตเมืองมีพัฒนาการทางด้านกล้ามเนื้อเล็กมากกว่าเด็กในเขตชนบท ส่วนพัฒนาการทางด้านภาษา เด็กในเขตเมืองจะมีมากกว่าเด็กในเขตชนบท แต่อย่างไรก็ตาม ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

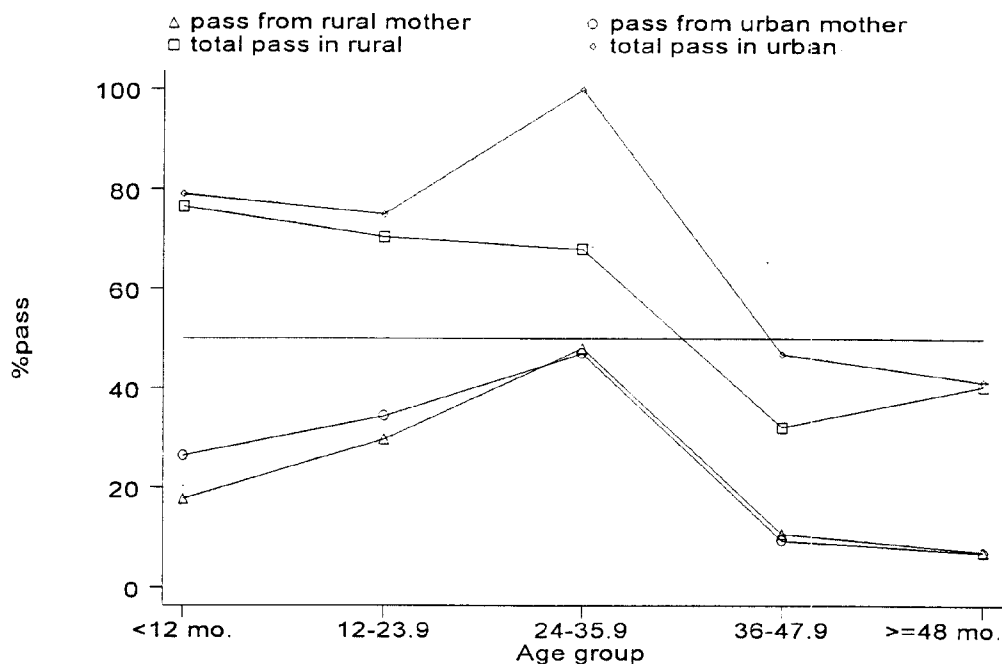
รูปที่ 4.5 ร้อยละของการผ่านเกณฑ์การประเมินพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ โดยการถามแม่ และการสังเกตกับการถามแม่ จำแนกตามถิ่นที่อยู่อาศัย



รูปที่ 4.5 แสดงร้อยละของการผ่านเกณฑ์การประเมินพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ของเด็ก จากการถามแม่ และการสังเกตกับการถามแม่จำแนกตามถิ่นที่อยู่อาศัย พบว่า ร้อยละของการผ่านเกณฑ์การประเมินพัฒนาการโดยการถามแม่สูงสุดในช่วงอายุ 12 - 23.9 เดือนของเด็กในเขตชนบท ส่วนในเขตเมืองใกล้เคียงกันทุกช่วงอายุ ในภาพรวม (การสังเกตกับการถามแม่) ร้อยละของการผ่านเกณฑ์การประเมินพัฒนาการสูงสุดพบในช่วงอายุเด็ก 12 - 23.9 เดือนทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท และต่ำที่สุดในเขตเมืองจะอยู่ช่วงอายุ 24 - 35.9 เดือน ในเขตชนบทจะอยู่ในช่วงอายุ 36 - 47.9 เดือน ซึ่งต่ำกว่าร้อยละ 50

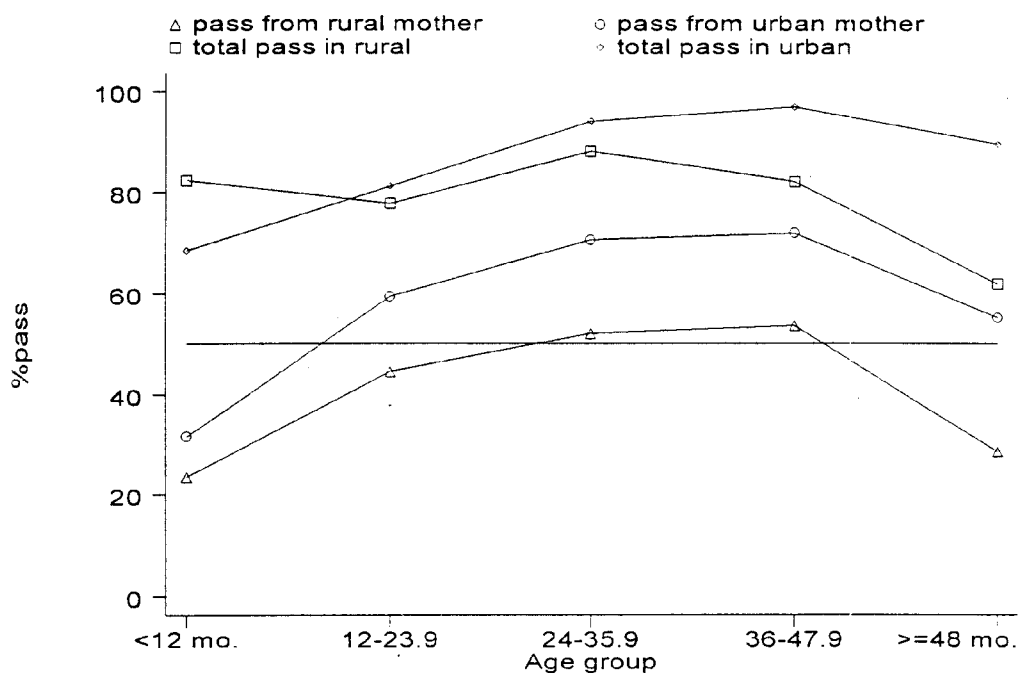


รูปที่ 4.6 ร้อยละของการผ่านเกณฑ์การประเมินพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก โดยการถามแม่ และการสังเกตกับการถามแม่ จำแนกตามถิ่นที่อยู่อาศัย



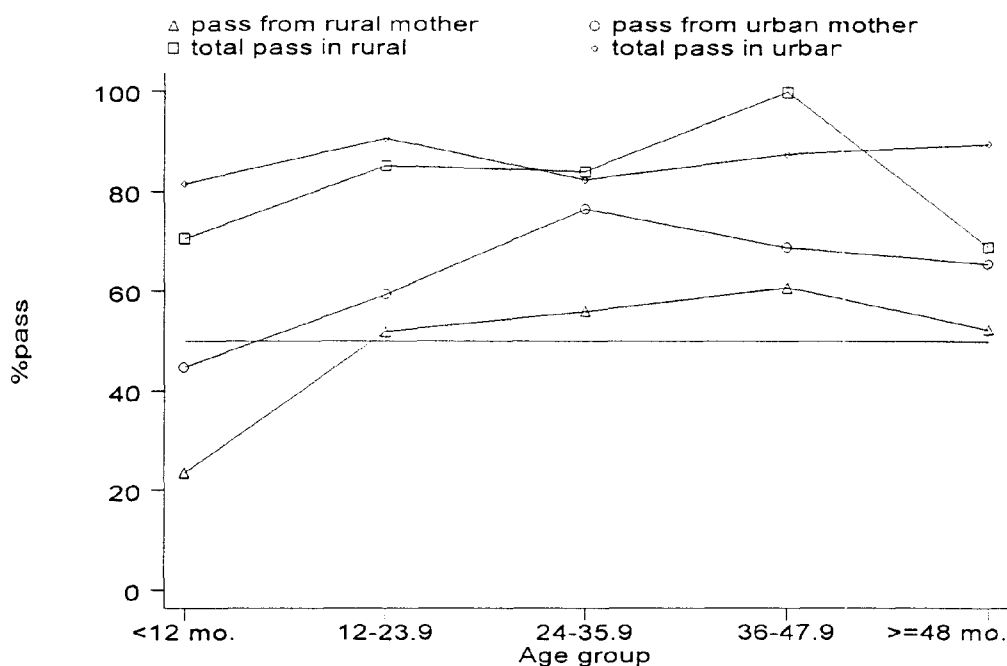
รูปที่ 4.6 แสดงร้อยละของการผ่านเกณฑ์การประเมินพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กของเด็ก จากการถามแม่ และการสังเกตกับการถามแม่ จำแนกตามถิ่นที่อยู่อาศัย พบว่า ร้อยละของการผ่านเกณฑ์การประเมินพัฒนาการโดยการถามแม่สูงที่สุดในช่วงอายุ 24 - 35.9 เดือน ทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท ในภาพรวม (การสังเกตกับการถามแม่) ร้อยละของการผ่านเกณฑ์การประเมินพัฒนาการสูงสุดพบในช่วงอายุ 24 - 35.9 เดือนในเขตเมือง ส่วนในเขตชนบทพบในเด็กอายุน้อยกว่า 12 เดือน ร้อยละของการผ่านเกณฑ์การประเมินพัฒนาการที่ช่วงอายุ 3 - 5 ปี ต่ำกว่าร้อยละ 50 ทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท

รูปที่ 4.7 ร้อยละของการผ่านเกณฑ์การประเมินพัฒนาการด้านภาษา โดยการถามแม่ และการสังเกต  
กับการถามแม่ จำแนกตามถิ่นที่อยู่อาศัย



รูปที่ 4.7 แสดงร้อยละของการผ่านเกณฑ์การประเมินพัฒนาการด้านภาษาของเด็กจากการถามแม่ และการสังเกตกับการถามแม่จำแนกตามถิ่นที่อยู่อาศัย พบว่า ร้อยละของการผ่านเกณฑ์การประเมินพัฒนาการโดยการถามแม่จะค่อย ๆ เพิ่มขึ้นจากอายุน้อยกว่า 12 เดือนแล้วไปสูงสุดในช่วงอายุ 36 - 47.9 เดือนทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท หลังจากนั้นจะลดลงช่วงอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 48 เดือนทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท ในภาพรวม (จากการสังเกตกับการถามแม่) ร้อยละของการผ่านเกณฑ์การประเมินพัฒนาการจะค่อย ๆ ลดลงจากช่วงอายุ 24 -35.9 เดือนจนถึงช่วงอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 48 เดือนของในเขตชนบท ส่วนในเขตเมืองจะเพิ่มขึ้นจากช่วงอายุน้อยกว่า 12 เดือนจนถึงช่วงอายุ 36 - 47.9 เดือน จากนั้นจึงลดลงในช่วงอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 48 เดือน

รูปที่ 4.8 ร้อยละของการผ่านเกณฑ์การประเมินพัฒนาการด้านสังคม โดยการถามแม่ และการสังเกต  
กับการถามแม่ จำแนกตามถิ่นที่อยู่อาศัย



รูปที่ 4.8 แสดงร้อยละของการผ่านเกณฑ์การประเมินพัฒนาการด้านสังคมของเด็กจากการถามแม่ และการสังเกตกับการถามแม่จำแนกตามถิ่นที่อยู่อาศัย พบว่า ร้อยละของการผ่านเกณฑ์การประเมินพัฒนาการโดยการถามแม่ในเขตชนบทจะเพิ่มจากอายุน้อยกว่า 12 เดือนจนถึง 36 - 47.9 เดือน จากนั้นร้อยละของการผ่านเกณฑ์การประเมินพัฒนาการจะลดลงในช่วงอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 48 เดือน ส่วนในเขตเมืองจะเพิ่มขึ้นจากช่วงอายุน้อยกว่า 12 เดือนจนถึงอายุ 24 - 35.9 เดือน จากนั้นร้อยละของการผ่านเกณฑ์การประเมินพัฒนาการจะลดลงจนถึงช่วงอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 48 เดือน ในภาพรวม (จากการสังเกตกับการถามแม่) ร้อยละของการผ่านเกณฑ์การประเมินพัฒนาการในเขตชนบทจะสูงสุดในช่วงอายุ 36 - 47.9 เดือน ส่วนในเขตเมืองร้อยละของการผ่านเกณฑ์การประเมินพัฒนาการในแต่ละช่วงอายุจะใกล้เคียงกัน

## ข้อมูลเพิ่มเติมจากคำถามปลายเปิด

ภายหลังสิ้นสุดการสัมภาษณ์ด้วยแบบสอบถามสถานะการดูแลสุขภาพ และแบบประเมินพัฒนาการเด็ก ผู้เลี้ยงดู (ส่วนมากเป็นมารดา) ถูกตอบคำถามปลายเปิดที่เกี่ยวข้องกับจำนวนบุตรที่วางแผนจะมี เหตุผลของการมีบุตรจำนวนนั้น การวางแผนคุมกำเนิด วิธีคุมกำเนิดที่ใช้อยู่ เหตุผลของการใช้การคุมกำเนิดด้วยวิธีนั้น เหตุผลของการไม่ใช้การคุมกำเนิด แผนการศึกษาของบุตร และอาชีพที่บิดามารดาคาดหวังให้เด็กเป็นในอนาคต ตลอดจนการแก้ปัญหาในกรณีที่เกิดป่วยแต่ไม่มีเงินให้คำรักษาพยาบาล จากข้อมูลที่ได้สามารถสรุปได้ดังนี้

จำนวนบุตรที่ต้องการมี มารดาส่วนใหญ่ร้อยละ 26 วางแผนมีบุตร 3 คน รองลงมา 2 คนร้อยละ 21.7 ซึ่งพบลักษณะเช่นนี้ทั้งในเขตชนบทและเขตเมือง (ตารางที่ 4.12) เหตุผลที่ต้องการมีบุตรตามจำนวนนี้คือ ฐานะทางเศรษฐกิจ (ตารางที่ 4.13) ร้อยละ 76.4 ของมารดาคุมกำเนิด ซึ่งพบสัดส่วนของการคุมกำเนิดระหว่างเขตชนบทและเขตเมืองใกล้เคียงกัน (ตารางที่ 4.14) ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 57.4) คุมกำเนิดด้วยวิธีฉีดยาคุมทั้งในเขตชนบทและเขตเมือง (ตารางที่ 4.15) ด้วยเหตุผลที่ว่าไม่ชอบทานยาคุม มักลืมทานยา หรือแพ้วิธีอื่น ฉีดยาคุมแล้วไม่มีประจำเดือน (ตารางที่ 4.16) สำหรับมารดาที่ไม่คุมกำเนิด ส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่า กลัว ซึ่งเป็นเหตุผลที่พบมากที่สุดเขตชนบท (ร้อยละ 63.6) ส่วนเหตุผลที่พบมากที่สุดในเขตเมืองคือ ไม่รู้จักวิธีใช้ หรือไม่มีความรู้ (ร้อยละ 40.6) (ตารางที่ 4.17) การวางแผนการศึกษาสำหรับอนาคตของบุตร ส่วนใหญ่วางแผนส่งบุตรกลับไปเรียนที่พม่า (ร้อยละ 31.3) ซึ่งพบทั้งในเขตชนบทและเขตเมือง ระดับการศึกษาที่คาดหวังให้บุตรเรียน แค่อ่านออกเขียนได้ มีบิดามารดาจำนวนหนึ่ง (ร้อยละ 26.2) ไม่ได้มีการวางแผนล่วงหน้า ให้ขึ้นอยู่กับความสามารถของเด็ก และฐานะทางเศรษฐกิจ (ตารางที่ 4.18) อาชีพที่บิดามารดาคาดหวัง ส่วนใหญ่ระบุว่า ไม่ทราบ ขึ้นอยู่กับเด็ก ขึ้นอยู่กับอนาคตร้อยละ 34.8 รองลงมาคือรับราชการ และเป็นแพทย์ร้อยละ 22.5 และ 16.7 ตามลำดับ สำหรับอาชีพแพทย์เป็นอาชีพที่บิดามารดาในเขตชนบทคาดหวังให้บุตรเป็นมากเป็นอันดับสอง ในขณะที่ข้าราชการเป็นอาชีพที่บิดามารดาในเขตเมืองคาดหวังให้บุตรเป็นอันดับสอง (ตารางที่ 4.19) ส่วนวิธีการแก้ปัญหา ในกรณีที่บุตรป่วยแล้วไม่มีเงินรักษา ส่วนมากใช้วิธียืมเพื่อน/ญาติร้อยละ 82.3 รองลงมายืมเงินนายจ้างซึ่งพบทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท (ตารางที่ 4.20)

ตารางที่ 4.12 จำนวน ร้อยละของจำนวนบุตรที่มีราคาต่อกรรมมี จำแนกตามถิ่นที่อยู่อาศัย

จำนวนบุตรที่ต้องการมี	เขตชนบท (N=101)		เขตเมือง (N=134)		รวม (N=235)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
พอแล้ว	12	(11.9)	30	(22.4)	42	(17.9)
1	6	(5.9)	17	(12.7)	23	(9.8)
2	23	(22.8)	28	(20.9)	51	(21.7)
3	31	(30.7)	30	(22.4)	61	(26.0)
4	13	(12.9)	14	(10.5)	27	(11.5)
5	10	(9.9)	10	(7.5)	20	(8.5)
6	1	(1.0)	1	(0.8)	2	(0.9)
7	0	(0.0)	1	(0.8)	1	(0.4)
8	2	(2.0)	1	(0.8)	3	(1.3)
ไม่ได้วางแผน	3	(3.0)	2	(1.5)	5	(2.1)

ตารางที่ 4.18 จำนวน ร้อยละของเหตุผลที่โครงการมีบุตรตามจำนวนที่วางไว้ จำแนกตามถิ่นที่อยู่อาศัย

เหตุผล	เขตชนบท(N =104)		เขตเมือง(N =123)		รวม(N= 227)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
ปัญหาเศรษฐกิจ	32	(30.8)	28	(22.8)	60	(26.4)
มีปัญหาเลี้ยง	1	(1.0)	2	(1.6)	3	(1.2)
พอแล้ว	11	(10.6)	10	(8.1)	21	(9.3)
เป็นคนอพยพ	6	(5.8)	25	(20.3)	31	(13.7)
มารดาสุขภาพไม่ดี อายุมาก คลอดยาก ผ่าตัดหน้าท้อง	10	(9.6)	3	(2.4)	13	(5.7)
เป็นเพื่อน, ช่วยทำมาหากิน	7	(6.7)	31	(25.2)	38	(16.7)
ยังไม่มีเพศที่ต้องการ	6	(5.8)	9	(7.3)	15	(6.6)
ทำหมัน , คุมกำเนิด	4	(3.9)	0	(0.0)	4	(1.8)
ไม่ได้คุมกำเนิด คลอดง่าย	2	(1.9)	10	(8.1)	12	(5.3)
ลูกยิ่งมาก ปัญหายิ่งมาก	4	(3.9)	3	(2.4)	7	(3.1)
สามี (ขึ้นอยู่กับสามี สามีติดคุก สามีไม่ดี)	3	(2.9)	1	(0.8)	4	(1.8)
ต้องการมีลูกมาก ๆ รักเด็ก	9	(8.7)	0	(0.0)	9	(4.0)
ไม่ตอบ	4	(3.9)	0	(0.0)	4	(1.8)
อื่นๆ เช่น โรงพยาบาลบังคับ, ไม่มีเวลา, เบื่อลูกตาย	5	(4.8)	1	(0.8)	6	(2.6)
ไม่มีที่เลี้ยง						

ตารางที่ 4.14 จำนวน ร้อยละของการใช้วิธีคุมกำเนิด จำแนกตามถิ่นที่อยู่อาศัย

การคุมกำเนิด	เขตชนบท(N =100)		เขตเมือง(N =133)		รวม (N=233)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
ใช่	75	(75.0)	103	(77.4)	178	(76.4)
ไม่ใช่	25	(25.0)	30	(22.6)	55	(23.6)

ตารางที่ 4.15 จำนวน ร้อยละของวิธีคุมกำเนิดที่ใช้ จำแนกตามถิ่นที่อยู่อาศัย

วิธีคุมกำเนิด	เขตชนบท(N = 68)		เขตเมือง(N =101)		รวม (N= 169)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
ฉีดยาคุม	32	(47.1)	65	(64.4)	97	(57.4)
ทานยาคุม	16	(23.5)	24	(23.8)	40	(23.7)
วิธีฝังยาคุม	3	(4.4)	1	(1.0)	4	(2.4)
ทำหมัน	10	(14.7)	8	(7.9)	18	(10.7)
ฉีดยา & ทานยา	7	(10.3)	2	(2.0)	9	(5.3)
ถุงยางอนามัย	0	(0.0)	1	(1.0)	1	(1.0)

ตารางที่ 4.16 จำนวน ร้อยละของเหตุผลการใช้วิธีคุมกำเนิดที่ตนเองใช้ จำแนกตามถิ่นที่อยู่อาศัย

เหตุผลที่ใช้วิธีคุมกำเนิด	เขตชนบท(N =36)		เขตเมือง(N =22)		รวม (N= 58)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
เพื่อนแนะนำ, ตามเพื่อน, แพทย์แนะนำ	7	(19.4)	0	(0.0)	7	(12.1)
แพ้วิธีอื่น, ไม่ชอบวิธีทานยา, มักลืมทานยา	14	(38.9)	20	(90.9)	34	(58.6)
ไม่รู้จักวิธีอื่น	2	(5.6)	1	(4.6)	3	(5.2)
หาง่าย ราคาถูก	3	(8.3)	0	(0.0)	3	(5.2)
เพิ่งรู้จักวิธีใช้คุมกำเนิด	1	(2.8)	0	(0.0)	1	(1.7)
มีบุตรเพียงพอแล้ว ไม่ต้องการมีบุตรอีก	7	(19.4)	1	(4.6)	8	(13.8)
ต้องการเว้นช่วงการมีบุตร						
ฉีดยาคุมแล้วไม่มีประจำเดือน	2	(5.6)	0	(0.0)	2	(3.5)

ตารางที่ 4.17 จำนวน ร้อยละของเหตุผลที่ไม่ใช้ยาคุมกำเนิด จำแนกตามถิ่นที่อยู่อาศัย

เหตุผลที่ไม่ใช้การคุมกำเนิด	เขตชนบท(N =22)		เขตเมือง(N =32)		รวม (N= 54)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
กลัว	14	(63.6)	9	(28.2)	23	(42.6)
ปวดศีรษะ	1	(4.6)	1	(3.1)	2	(3.7)
ตั้งครรภ์ยาก มีลูกห่าง,ต้องการมีบุตร	3	(13.6)	3	(9.4)	6	(11.1)
ไม่รู้จักริวิธีใช้, ไม่มีความรู้	2	(9.1)	13	(40.6)	15	(27.8)
มีปัญหาการสื่อสาร พูดไทยไม่ได้	1	(4.6)	0	(0.0)	1	(1.9)
สามีไม่อนุญาต	1	(4.6)	3	(9.4)	4	(7.4)
แพ้ยาคุม	0	(0.0)	1	(3.1)	1	(1.9)
ไม่แน่ใจ	0	(0.0)	2	(6.3)	2	(3.7)

ตารางที่ 4.18 จำนวน ร้อยละของแผนการศึกษาบุตร จำแนกตามถิ่นที่อยู่อาศัย

ระดับการศึกษาที่จะส่งให้บุตรเรียน	เขตชนบท(N = 100)		เขตเมือง(N= 133)		รวม (N= 233)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
อ่านออกเขียนได้	18	(18.0)	19	(14.3)	37	(15.9)
ขึ้นอยู่กับความสามารถ	21	(21.0)	15	(11.3)	36	(15.5)
ขึ้นอยู่กับฐานะทางเศรษฐกิจ	9	(9.0)	16	(12.0)	25	(10.7)
ไม่แน่ใจ	4	(4.0)	0	(0.0)	4	(1.7)
ให้เรียนที่วัด เมืองไทย	1	(1.0)	3	(2.3)	4	(1.7)
ส่งกลับไปเรียนที่พม่า	22	(22.0)	51	(38.4)	73	(31.3)
ไม่ให้เรียน ให้ทำงาน	7	(7.0)	8	(6.0)	15	(6.4)
ประถมศึกษา	10	(10.0)	1	(0.8)	11	(4.7)
มัธยมศึกษา	2	(2.0)	7	(5.3)	9	(3.9)
ให้เรียนให้สูงที่สุด	6	(6.0)	13	(9.8)	19	(8.2)



ตารางที่ 4.19 จำนวน ร้อยละของอาชีพบุตรที่บิดามารดาคาดหวัง จำแนกตามถิ่นที่อยู่อาศัย

อาชีพบุตรที่บิดามารดาคาดหวัง	เขตชนบท(N =129)		เขตเมือง(N =98)		รวม (N= 227)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
รับจ้างเหมือนบิดามารดา	8	(6.2)	9	(9.2)	17	(7.5)
ทำสวนยาง	1	(0.8)	1	(1.0)	2	(0.9)
ขึ้นอยู่กับเด็ก ขึ้นอยู่กับอนาคต ไม่ทราบ	40	(31.0)	39	(39.8)	79	(34.9)
เกษตรกรรม	4	(3.2)	3	(3.1)	7	(3.1)
รับราชการ	28	(21.7)	23	(23.5)	51	(22.5)
วิศวกรรม เครื่องกล	2	(1.6)	9	(9.2)	11	(4.8)
พระ	4	(3.1)	2	(2.0)	6	(2.6)
ทหาร/ตำรวจ	2	(1.6)	4	(4.1)	6	(2.6)
ขายของ	1	(0.8)	2	(2.0)	3	(1.3)
แพทย์	38	(3.0)	0	(0.0)	38	(16.7)
ดาราหนัง	0	(0.0)	1	(1.0)	1	(0.4)
งานดี ๆ	1	(0.8)	5	(5.1)	6	(2.6)

ตารางที่ 4.20 จำนวน ร้อยละของการแก้ปัญหาในกรณีที่บุตรป่วยแล้วไม่มีเงินรักษา จำแนกตามถิ่นที่อยู่อาศัย

การแก้ปัญหาเมื่อบุตรป่วย	เขตชนบท(N =103)		เขตเมือง(N =134)		รวม (N=237)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
ยืมเงินนายจ้าง	18	(17.5)	9	(6.7)	27	(11.4)
ยืมเพื่อน/ญาติ	75	(72.8)	120	(89.6)	195	(82.3)
ขายของส่วนตัว	4	(3.9)	2	(1.5)	6	(2.5)
ทำงาน	1	(1.0)	0	(0.0)	1	(0.4)
เช็นต์ร้านค้า	1	(1.0)	1	(0.8)	2	(0.8)
ใช้เงินสะสม	2	(1.9)	0	(0.0)	2	(0.8)
สวดมนต์	1	(1.0)	0	(0.0)	1	(0.4)
ซื้อยาที่ร้านขายยา	1	(1.0)	0	(0.0)	1	(0.4)
มดจำไว้ก่อน	0	(0.0)	2	(1.5)	2	(0.8)

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

#### สรุปผลการวิจัย

จากการสำรวจสถานะการดูแลสุขภาพของลูกแรงงานข้ามถิ่นข้ามชาติ ในอำเภอเมือง อำเภอละอุ่น และอำเภอกระบุรี จังหวัดระนอง จำนวน 293 คน โดยผู้ให้สัมภาษณ์เป็นบิดามารดาเด็กหรือผู้เลี้ยงดู จำนวน 242 คน ในระหว่างวันที่ 12 ตุลาคม ถึง 15 ธันวาคม 2542 สรุปผลการวิจัยดังนี้

#### 1. สถานะการดูแลสุขภาพเด็ก

1) ลักษณะทั่วไปของผู้เลี้ยงดู ผู้เลี้ยงดูเด็ก มีอายุเฉลี่ย 30 ปี ส่วนใหญ่เป็นมารดาเด็ก นับถือศาสนาพุทธ บิดาประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป มารดาเป็นแม่บ้าน ครอบครัวมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 2,730 บาท ซึ่งไม่สม่ำเสมอ และไม่เพียงพอสำหรับการรักษาลูกเมื่อเจ็บป่วย บิดามารดามีการศึกษาอยู่ในระดับ อ่าน เขียนได้ ในเขตเมืองทั้งบิดาและมารดามีการศึกษาสูงกว่าในเขตชนบท มารดาเป็นแม่บ้านและเป็นผู้เลี้ยงดูเด็กมากกว่าในเขตชนบท และบิดาเด็กมีอาชีพรับจ้างประมง แต่ในเขตชนบทบิดามีอาชีพรับจ้างทั่วไปเป็นส่วนใหญ่

2) ลักษณะทั่วไปของเด็ก เด็กอายุ 0-5 ปี จำนวน 293 คน โดยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 48 เดือน ขึ้นไป กลุ่มอายุ 24 - 35.9 เดือนมีจำนวนน้อยที่สุด มีเด็กเพศชายและหญิงในจำนวนที่ใกล้เคียงกัน ส่วนใหญ่มีเชื้อชาติทวาย เกิดในประเทศไทย ที่บ้านพักตนเอง ทำคลอดโดยผดุงครรภ์โบราณที่ไม่ผ่านการอบรมแต่อาศัยประสบการณ์มานาน โดยเด็กในเขตชนบทมีเชื้อชาติทวาย และเกิดที่บ้านผดุงครรภ์โบราณมากกว่าเด็กในเขตเมือง

3) ประวัติสุขภาพเด็ก เด็กมากกว่าครึ่งหนึ่งมีสุขภาพฟันปกติ ส่วนใหญ่ไม่มีสมุดบันทึกสุขภาพและวัคซีน และไม่เคยได้รับวัคซีนหรือได้รับวัคซีนไม่ครบ วัคซีนที่ส่วนใหญ่ได้รับคือ วัคซีนโปลิโอ สถานที่เด็กไปรับวัคซีนส่วนใหญ่เป็นสถานอนามัย ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาเด็กส่วนใหญ่ไม่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ความเจ็บป่วยที่พบบ่อยคือ ไข้และหวัด มีเด็กเคยป่วยด้วยโรคหัดร้อยละ 29.6 ด้านภาวะโภชนาการเด็กร้อยละ 53.2 เด็กมีภาวะโภชนาการอยู่ระดับปกติ มีภาวะทุพโภชนาการร้อยละ 46.8

เมื่อเปรียบเทียบประวัติสุขภาพในเขตเมืองและเขตชนบท พบว่า เด็กในเขตเมืองมีสมุดบันทึกสุขภาพและวัคซีนมากกว่าในเขตชนบท 2.94 เท่า สำหรับชนิดของวัคซีนที่เด็กได้รับ ในเขตเมืองได้รับวัคซีนทุกชนิดยกเว้นโปลิโอมากกว่าในเขตชนบท เมื่อเทียบกับการได้รับวัคซีนครบ ในเขตชนบทไม่เคยได้รับวัคซีนและได้รับไม่ครบมากกว่าในเขตเมือง 7.7 เท่า และ 7.1 เท่าตามลำดับ โดยในเขตเมืองได้รับวัคซีนทุกตัวครบมากกว่าในเขตชนบท ยกเว้นวัคซีนโปลิโอที่ไม่มีความแตกต่างกัน ส่วนสถานที่นำเด็กไปรับวัคซีน เด็กในเขตชนบทได้รับวัคซีนจากคลินิกเคลื่อนที่มากกว่า และจากสถานบริการสาธารณสุขน้อยกว่าเด็กในเขตเมือง ด้านความเจ็บป่วยของเด็กในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา เด็กในเขตเมืองมีการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้ หงุดหงิด และปวดบวมน้อยกว่าในเขตชนบท ด้านภาวะโภชนาการ พบว่า ร้อยละ 53.2 เด็กมีภาวะโภชนาการอยู่ในระดับปกติ เมื่อเปรียบเทียบภาวะโภชนาการของเด็กในเขตเมืองและเขตชนบท พบว่า เด็กในเขตเมืองมีภาวะขาดสารอาหารน้อยกว่าในเขตชนบททุกระดับ เมื่อจำแนกเพศ

ของเด็กตามถิ่นที่อยู่อาศัยและภาวะโภชนาการเด็กชายอายุต่ำกว่า 1 ปี ส่วนมากมีภาวะโภชนาการอยู่ในระดับปกติ แต่หลังจากนั้นมากกว่าครึ่งของเด็ก เริ่มมีปัญหาทุพโภชนาการ ส่วนเด็กหญิงเริ่มมีปัญหาทุพโภชนาการตั้งแต่ขวบปีแรก จนถึงอายุ 4 ปี ทั้งเด็กหญิงและเด็กชายในเขตเมืองมีปัญหาทุพโภชนาการน้อยกว่าเด็กในเขตชนบท

4) การดูแลสุขภาพเด็ก เมื่อเด็กเจ็บป่วยร้อยละ 47.1 ไปรักษาที่สถานอนามัย ร้อยละ 59.8 ของผู้เลี้ยงดูเด็กส่วนใหญ่ประเมินว่า เด็กมีภาวะสุขภาพดี เด็กส่วนใหญ่ดูคนแม่ อาหารเสริมที่ให้ส่วนใหญ่เป็นข้าว น้ำที่เด็กใช้ดื่มร้อยละ 37.1 เป็นน้ำประปา/ น้ำฝน รองลงมาเป็นน้ำบ่อ/ น้ำคลอง ร้อยละ 46.8 ไม่ปรับปรุงคุณภาพน้ำ การถ่ายอุจจาระมีการถ่ายลงพื้นกระดานบ้าน ลงส้วม และลงพื้นดินตามลำดับ การกำจัดอุจจาระไม่แน่นอน อาจทิ้งลงคลองรอบบ้าน ทิ้งกองขยะ การกำจัดขยะมีเทศบาลมาเก็บ บางครั้งเป็นการเผา หรือทิ้งลงแม่น้ำลำคลอง

เมื่อเปรียบเทียบเด็กในเขตเมืองกับเด็กในเขตชนบท พบว่า เมื่อเด็กเจ็บป่วย เด็กที่อยู่ในเขตชนบทไปรับการรักษาที่สถานอนามัย และรักษาเองมากกว่าซึ่งตรงกันข้ามกับในเขตเมืองที่จะนำเด็กไปรับการรักษาที่สถานบริการสาธารณสุข ไปคลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชน หามอบ้าน หอมเข้าทรงมากกว่า ในเขตเมืองผู้เลี้ยงดูรับรู้ว่ามีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี มากกว่าในเขตชนบท ในทางตรงกันข้ามผู้เลี้ยงดูเด็กในชนบทรับรู้ว่ามีภาวะสุขภาพในระดับดีมากกว่าในเขตเมือง ส่วนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ร้อยละ 50 ของเด็กในเขตเมืองและเขตชนบทดูคนแม่จนถึงอายุ 24 เดือนและ 30 เดือนตามลำดับ โดยระยะเวลาในการดูคนแม่ในเขตเมืองและเขตชนบทมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ชนิดของน้ำที่เด็กใช้ดื่ม เด็กในเขตเมืองดื่มน้ำบรรจุขวด/ น้ำบาดาลมากกว่าเด็กในเขตชนบท ในขณะที่เด็กในเขตชนบทดื่มน้ำบ่อ/ น้ำคลอง มากกว่าเด็กในเขตเมือง และเด็กในเขตเมืองดื่มน้ำที่มีการปรับปรุงคุณภาพมากกว่าเด็กในเขตชนบท ในเขตเมืองเด็กถ่ายอุจจาระอย่างถูกสุขลักษณะมากกว่าในเขตชนบท ทั้งเขตเมืองและเขตชนบทมีการกำจัดอุจจาระไม่ถูกสุขลักษณะ เช่น ทิ้งใต้ถุนบ้าน ลงคลอง รอบบ้าน เป็นต้น ในเขตชนบทส่วนใหญ่ไม่กำจัดขยะ แต่ในเขตเมืองมีเทศบาลมาเก็บ

5) สภาพแวดล้อมของบ้านที่เด็กอยู่อาศัย ส่วนใหญ่มีลานบ้านให้เด็กวิ่งเล่น ทั้งในเขตเมืองและเขตชนบทซึ่งในเขตเมืองมีมากกว่าในเขตชนบท ด้านสิ่งกระตุ้นพัฒนาการของเด็ก ในเขตชนบทมีพื้นที่ภายในบ้านให้เด็กหัดคลานมากกว่าในเขตเมือง ส่วนในเขตเมืองมีของเล่น และโทรทัศน์มากกว่าในเขตชนบท

## 2. การพัฒนาการเด็ก

จากการประเมินพัฒนาการเด็ก พบว่า เด็กผ่านเกณฑ์ การประเมินพัฒนาการด้านสังคมร้อยละ 84.0 ด้านภาษาร้อยละ 80.8 ด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ร้อยละ 71.8 และด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กร้อยละ 60.5 พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กของเด็กในเขตเมืองดีกว่าเด็กในเขตชนบทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ของเด็กในเขตชนบทช่วงอายุ 36 - 47.9 เดือน ผ่านเกณฑ์การประเมินต่ำกว่าร้อยละ 50 พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท ผ่านเกณฑ์การประเมินต่ำกว่าร้อยละ 50 ที่ช่วงอายุ 3 ปีขึ้นไป ส่วนพัฒนาการทางด้านภาษาและสังคม ร้อยละของการผ่านเกณฑ์การประเมินอยู่ในช่วงร้อยละ 70 - 85

## อภิปรายผล

### 1. สถานะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ

1.1 สถานะสุขภาพ ตามการรับรู้ของผู้เลี้ยงดูเกี่ยวกับระดับภาวะสุขภาพของเด็ก มากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 59.8) รับรู้ว่าเด็กมีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า เด็กมีความเจ็บป่วยขนาดที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีน้อยมาก กล่าวคือในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา นับจากวันที่สัมภาษณ์มีเพียงร้อยละ 6.9 ของเด็กเท่านั้น ที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทั้งนี้เป็นเพราะเด็กส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่รุนแรง คือ ไข้ และหวัด ซึ่งไม่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในเขตเมืองผู้เลี้ยงดูรับรู้ว่าคุณภาพสุขภาพอยู่ในระดับดี มากกว่าในเขตชนบท ทั้งนี้เป็นเพราะเด็กในเขตชนบทเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่าเด็กในเขตเมือง นอกจากนี้เด็กในเขตชนบทเป็น ไข้ ท้องร่วง ปวดบวม มากกว่าเด็กในเขตเมือง และยังพบว่าเด็กในเขตชนบทเป็นโรคผิวหนัง โรคมาเลเรีย และซิด ในขณะที่ในเด็กในเขตเมืองไม่พบเลย ซึ่งเป็นโรครุนแรง เมื่อเด็กเป็นแล้วต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สำหรับโรคปวดบวมที่พบมากส่วนหนึ่ง อาจเกิดจากบิดามารดาไม่สามารถแยกความแตกต่าง ระหว่างโรคหวัดและปวดบวม เด็กอาจเป็นหวัดแต่บิดามารดารับรู้ว่าเป็นโรคปวดบวม การที่พบโรคมาเลเรีย เฉพาะในเขตชนบทเท่านั้น เนื่องจากเด็กอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ได้รับเชื้อมาเลเรียได้ง่าย จากการที่บิดามารดาเป็นลูกจ้างในโรงงานเผาถ่านที่ต้องเข้าไปในป่าชายเลนตัดไม้ออกมาทำถ่าน หรือรับจ้างกรีดยางในสวนยาง บริเวณดังกล่าวจะมียุงก้นปล่องซึ่งเป็นพาหะนำเชื้อมาเลเรีย ทรายไคที่เด็กอยู่ในสภาพแวดล้อมดังกล่าวแล้ว ไม่มีการป้องกันที่ดี หรือเมื่อเป็นแล้วไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้เด็กเป็นโรคมาเลเรียเรื้อรังได้

มีข้อสังเกตที่พบว่าผู้เลี้ยงดูเด็กในเขตชนบท รับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก มากกว่าในเขตเมือง ซึ่งอาจสามารถอธิบายได้ว่า ผู้เลี้ยงดูเด็กในชนบทขาดความรู้เกี่ยวกับสุขภาพเด็ก เนื่องจากข้อมูลข่าวสารทางสื่อต่าง ๆ เข้าไปไม่ถึง จากผลการศึกษารุ่นนี้พบว่า ในเขตชนบทมีสื่อประเภทโทรทัศน์น้อยกว่าในเมือง และจากการสังเกตของผู้วิจัยขณะเก็บข้อมูลพบว่า ในเขตเมืองมีแผ่นป้ายให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพเด็กปิดตามบริเวณต่าง ๆ มากกว่าในเขตชนบท จึงอาจทำให้ผู้เลี้ยงดูในเขตชนบทมีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก

จากการตรวจสุขภาพฟัน พบว่าร้อยละ 45.7 ของเด็กมีฟันผุ ซึ่งจำนวนนี้อาจน้อยกว่าความเป็นจริง เนื่องจากการตรวจสุขภาพฟันนี้ไม่ได้กระทำโดยทันตแพทย์อาจมีบางซี่ที่ตรวจไม่พบ แสดงว่าอาจมีเด็กเกือบครึ่งหนึ่งมีปัญหาฟันผุ ซึ่งเป็นสาเหตุของการติดเชื้อและภาวะโภชนาการ

ภาวะโภชนาการ จากการแบ่งระดับของภาวะโภชนาการของเด็กตามเกณฑ์ของ โทเมซ พบเด็กมีภาวะขาดสารอาหารตั้งแต่ระดับ 1 ถึงระดับ 3 ประมาณร้อยละ 46.8 โดยมีร้อยละ 29.1 ร้อยละ 17.3 และร้อยละ 0.4 ขาดสารอาหารระดับ 1, 2, 3 ตามลำดับ ซึ่งจำนวนนี้มากกว่าการศึกษาของเพชรพรหม และคณะ (2540) ที่ศึกษาภาวะโภชนาการของลูกแรงงานก่อสร้างต่างชาติ จำนวน 22 คน ที่จังหวัดภูเก็ต ที่พบว่า มีเด็กเพียง 3 คนที่มีภาวะขาดสารอาหารระดับ 1 แต่การศึกษานี้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่น้อยมาก เด็กในชนบทมีภาวะขาดสารอาหารมากกว่าในเขตเมืองทุกระดับ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะในเขตเมือง ผู้เลี้ยงดูเด็กเป็นมารดามากกว่าในเขตชนบท ทำให้เด็กได้รับการดูแลเรื่องอาหารการกินมากกว่าเด็กในเขตชนบท อย่างไรก็ตามในภาพรวมเด็กยังมีภาวะขาดสารอาหารอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะฐานะทางเศรษฐกิจที่ไม่เอื้อให้เด็กรับประทานอาหารที่มีคุณภาพ คือ อาหารประเภทโปรตีน เนื้อ นม ไข่ จากการสัมภาษณ์เพิ่มเติมพบว่า อาหารที่เด็กรับประทานในแต่ละวันมักเป็นอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต และผักที่สามารถขุดหาตามป่าได้ เช่น หัวมัน หน่อไม้ ผักเหลียง (ผักพื้นบ้านของจังหวัดระนอง) ผักบุ้ง บางครั้งก็นำใบ

กระเจียบแดงมาต้มกับปลาเค็ม ทำเป็นต้มจืด สำหรับเนื้อไก่ก็อาศัยจากไก่ที่เลี้ยงไว้ตามใต้ถุนบ้าน นอกจากนั้นอาจเป็นไปได้ที่เด็กส่วนใหญ่ดูคนแม่และคุณน้า ร้อยละ 50 ของเด็กในเขตเมืองและเขตชนบทดูคนแม่ นาน 24 และ 30 เดือนตามลำดับ และมารดาเองมีภาวะโภชนาการไม่ดีพอ จากการสังเกตพบว่ามารดาส่วนใหญ่มีรูปร่าง ผอม ซีด และเด็กส่วนใหญ่ค้ำน้ำที่ไม่มีการปรับปรุงคุณภาพ เช่น น้ำบ่อ น้ำประปา ที่ไม่ผ่านการต้ม ประกอบกับการมีสุขาภิบาลที่ไม่ถูกสุขลักษณะ ทำให้เด็กเกิดท้องร่วงบ่อย ซึ่งโรคท้องร่วงเรื้อรัง เป็นสาเหตุสำคัญของภาวะขาดสารอาหารในเด็ก

ในส่วนของสุขาภิบาล ในเขตเมืองมีแหล่งน้ำดื่มที่ค่อนข้างมีคุณภาพมากกว่าในชนบท ซึ่งเป็นน้ำดื่มบรรจุขวดที่หาซื้อได้ง่ายและน้ำประปา ส่วนในเขตชนบทแหล่งน้ำดื่มจะเป็นน้ำบ่อตื้น ไม่มีปล่องบ่อ หลายครอบครัวใช้แหล่งน้ำเดียวกัน และอยู่ใกล้กับกองขยะและสถานที่ถ่ายอุจจาระ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุทำให้เด็กในเขตชนบท เกิดโรคท้องร่วงมากกว่าเด็กในเขตเมือง ยิ่งไปกว่านั้นน้ำที่เด็กดื่มในเขตชนบท เกินกว่าร้อยละ 50 ไม่มีการปรับปรุงคุณภาพก่อนดื่ม ส่วนสถานที่ถ่ายอุจจาระและการกำจัดอุจจาระเกินกว่าร้อยละ 50 ถ่ายอุจจาระไม่ถูกสุขลักษณะ กล่าวคือเด็กจะถ่ายอุจจาระลงบนพื้นกระดานบ้าน ลงพื้นดิน และลงคลอง และกำจัดอุจจาระด้วยวิธีทิ้งลงใต้ถุนบ้าน ทิ้งรอบ ๆ บ้าน และแม่น้ำลำคลอง เช่นเดียวกับวิถีกำจัดขยะที่พบว่า มากกว่าร้อยละ 50 ไม่มีการกำจัดขยะ และกำจัดขยะด้วยวิธีที่ไม่ถูกต้อง คือ ทิ้งลงในแม่น้ำ ลำคลอง

1.2 การดูแลสุขภาพเด็ก ผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่จะเป็นมารดา โดยเฉพาะในเขตเมืองมารดาเป็นผู้ดูแลเด็กมากกว่าในเขตชนบท ทั้งนี้เนื่องจากลักษณะอาชีพของบิดามารดา ในเขตเมืองอาชีพบิดาจะเป็นการรับจ้างทำประมง ซึ่งเป็นอาชีพที่เจ้าของกิจการจ้างเฉพาะผู้ชาย ดังนั้นผู้หญิงจึงอยู่บ้านเลี้ยงดูบุตรอย่างเดียว ต่างจากในเขตชนบท ที่อาชีพส่วนใหญ่เป็นอาชีพรับจ้างทั่วไป กรีดยาง ไร่ ไร่ เลี้ยงสัตว์ ซึ่งเป็นอาชีพที่ผู้หญิงสามารถทำงานได้ ทำให้ผู้เลี้ยงดูเด็กในเขตชนบทที่เป็นมารดาน้อยกว่าในเขตเมือง เมื่อเด็กเจ็บป่วยในเขตชนบทมารดาจะพาเด็กไปรับการรักษาที่สถานีนอนามัย หรือรักษาเองตามความเชื่อโบราณมากกว่าในเขตเมือง ซึ่งตรงข้ามกับเด็กในเขตเมือง เมื่อเจ็บป่วยมารดาจะนำเด็กไปรับการรักษาที่สถานีนอนามัยหรือสถานบริการสาธารณสุข ไปคลินิก หรือโรงพยาบาลเอกชน หามอบ้าน หมอเข้าทรงมากกว่าเขตชนบท ทั้งนี้เป็นเพราะว่าในเขตชนบท สถานีนอนามัยแต่ละแห่งจะอยู่ใกล้กว่าแหล่งบริการอื่น ๆ ของรัฐ และขั้นตอนในการให้บริการไม่ยุ่งยากซับซ้อนเหมือนโรงพยาบาลของรัฐ นอกจากนี้จากการสังเกตของผู้วิจัยพบว่า เจ้าหน้าที่สถานีนอนามัยแต่ละแห่งจะคุ้นเคยกับชุมชนเหล่านั้น เพราะต้องเข้าไปหยอดวัคซีนโปลิโอเพื่อกวาดล้างโปลิโอให้หมดไปจากประเทศไทย ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ส่วนการรักษาเองตามความเชื่อโบราณ อาจเป็นทางเลือกหนึ่งสำหรับคนที่อยู่ในเขตชนบทที่มีฐานะเศรษฐกิจต่ำและอยู่ไกลจากสถานีนอนามัย ส่วนในเขตเมือง เมื่อเด็กเจ็บป่วยมารดาส่วนมากจะนำไปรับการรักษาที่สถานีนอนามัยหรือสถานบริการสาธารณสุข ซึ่งเป็นสถานบริการสาธารณสุขที่ได้รับการสนับสนุนจากองค์กรเอกชน คือ มูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย จังหวัดระนอง ซึ่งบุคลากรสาธารณสุขส่วนมากจะเป็นชาวพม่า สถานบริการสาธารณสุขลักษณะเช่นนี้ไม่มีในเขตชนบท ส่วนการนำเด็กไปรักษาที่คลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชน ก็เป็นทางเลือกหนึ่งสำหรับบุคคลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี ซึ่งอาจรับรู้สถานบริการเอกชนให้บริการที่สะดวก รวดเร็ว และดีกว่าของรัฐ

## 2. การครอบคลุมการบริการสุขภาพ

2.1 สถานที่เด็กเกิด สถานที่เด็กพม่าเกิดส่วนใหญ่เกิดในประเทศไทย (ร้อยละ 72.3) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะประเทศไทยมีเครื่องมือ และบุคลากรทางการแพทย์ที่พร้อมกว่า ทำให้มีความปลอดภัยสูงกว่าประเทศพม่า (กฤตยา, วณี, พิมพ์ และฉัตรสมุน, 2540) ร้อยละ 58.7 คลอดที่บ้านตนเอง จากการสัมภาษณ์เพิ่มเติม พบว่าผู้ทำคลอดเป็นผุ้ดูแลครรภ์โบราณชาวพม่าที่ไม่ผ่านการอบรม อาศัยว่าเป็นผู้อาวุโสในชุมชนนั้น และมีประสบการณ์การทำคลอด และคิดค่าบริการราคาถูก สามารถผ่อนส่งได้ จึงอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่เอื้อให้หญิงชาวพม่านิยมคลอดบุตรที่บ้านตนเองมากกว่าสถานบริการของรัฐ นอกจากนี้การคลอดที่บ้าน ทำให้หญิงชาวพม่าไม่ต้องปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมใหม่ และอยู่ท่ามกลางบุคคลที่คุ้นเคย ทำให้รู้สึกอบอุ่น

2.2 การได้รับวัคซีน การให้บริการฉีดวัคซีนยังไม่ครอบคลุมพื้นที่ ร้อยละ 43.3 ได้รับวัคซีนไม่ครบ ร้อยละ 22.5 ไม่เคยได้รับวัคซีนเลย สอดคล้องกับการสำรวจขององค์การอนามัยโลก (2542) ที่พบว่าที่ตำบลบางวัน และตำบลหงาว ของจังหวัดระนอง มีเด็กอายุ 0 - 5 ปี ที่ไม่เคยได้รับวัคซีนเลยคิดเป็นร้อยละ 13.6 และ 65.3 ตามลำดับ เช่นเดียวกับการศึกษาของวิทยา (2542) ที่ระบุว่า เด็กชาวพม่าอายุ 0 - 14 ปี ที่ตำบลแม่สอด จังหวัดตาก มีประวัติเคยได้รับวัคซีนอยู่ในเกณฑ์ที่ต่ำมาก มีเพียงร้อยละ 45.7 ของเด็กทั้งหมดเคยได้รับวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ และร้อยละ 7 ของเด็กอายุ 13 - 24 เดือนเคยได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัด ในเขตชนบทจะได้อัตราวัคซีนไม่ครบมากกว่าในเขตเมือง ทั้งนี้เนื่องจากในเขตเมืองมีสถานบริการสาธารณสุขที่ตั้งอยู่ใกล้ชุมชนชาวพม่า และริมถนนใหญ่ การคมนาคมสะดวก ง่ายต่อการนำเด็กไปรับวัคซีน ส่วนในเขตชนบทนั้น ส่วนมากจะได้รับวัคซีนจากคลินิกเคลื่อนที่ เนื่องจากชุมชนพม่าบางแห่งอยู่ไกลจากสถานอนามัย ต้องรอรับบริการจากคลินิกเคลื่อนที่เท่านั้น นอกจากนี้ แรงงานชาวพม่าที่ผิดกฎหมาย ไม่กล้าที่จะออกจากที่พักอาศัย เนื่องจากกลัวว่าจะถูกตำรวจตรวจคนเข้าเมือง (ตม.) จับส่งกลับประเทศพม่า แต่การให้บริการคลินิกเคลื่อนที่นั้น จะกระทำได้เมื่อเจ้าหน้าที่สถานอนามัยปลอดภัยจากภารกิจประจำวัน ชนิดของวัคซีนที่ได้รับส่วนใหญ่จะ ได้รับวัคซีนโปลิโอมากที่สุด ทั้งนี้ เป็นเพราะว่า วิธีการให้วัคซีนโปลิโอจะแตกต่างจากการให้วัคซีนชนิดอื่น ทำให้ผู้เลี้ยงดูสามารถจำได้ แม้ว่าในการปฏิบัติแล้ว การให้วัคซีนโปลิโอ จะให้ควบคู่กับคอตีบ บาดทะยัก ไอกรณ แต่วัคซีนโปลิโอ มีการให้พิเศษอีกในช่วงที่มีการรณรงค์กวาดล้างโรคโปลิโอจากโลก อย่างไรก็ตามส่วนมากมักจะไม่ได้ไม่ครบ อาจเป็นเพราะว่า แรงงานพม่ามีการเดินทางเข้าออกระหว่างชายแดนไทย-พม่าอยู่ตลอดเวลา ผลของการได้รับวัคซีนไม่ครบทำให้พบว่า มีเด็กป่วยด้วยโรคโปลิโอ 1 ราย หัด 86 ราย และจากสมศักดิ์ และ สมศักดิ์ (2542) ที่ระบุว่า ลูกแรงงานต่างชาติที่มารับบริการสาธารณสุข บางรายมีโรคติดต่อนำเข้าบางโรคที่ไม่พบหรือพบน้อยในพื้นที่ เช่น คอตีบ เป็นต้น การได้รับวัคซีนไม่ครบจึงเป็นสาเหตุส่งเสริมให้ประเทศไทยไม่สามารถควบคุมโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีน หายที่สุดโรคเหล่านี้จะกลับมาเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทย และส่งผลกระทบต่อสถานะสุขภาพของเด็กไทยในอนาคตได้

## 3. การพัฒนาการเด็ก

เมื่อเปรียบเทียบพัฒนาการของเด็กในเขตชนบทและเขตเมืองพบว่า เด็กในเขตเมืองมีพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กมากกว่าเด็กในเขตชนบท ทั้งนี้ เป็นเพราะในเขตเมืองมีโรงเรียนที่สอนโดยชาวพม่า ทำให้เด็กมีโอกาสได้ขีดเขียน มากกว่าเด็กในเขตชนบท

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ร้อยละของเด็กที่ผ่านเกณฑ์การประเมินพัฒนาการมากที่สุด คือพัฒนาการทางด้านสังคม ทั้งนี้อาจเป็นเพราะลักษณะการเลี้ยงดูที่มีมารดาเป็นผู้เลี้ยงดู และจากการสังเกตพบว่า มารดาของเด็ก

ในแต่ละครอบครัวมักมานั่งรวมกลุ่มสังสรรค์กันพร้อมกับเลี้ยงดูบุตรไปด้วย เด็ก ๆ จึงมีโอกาสได้พบเพื่อนรุ่นเดียวกันและต่างรุ่น และด้วยข้อจำกัดทางด้านเศรษฐกิจทำให้เด็กเหล่านี้ต้องช่วยเหลือตนเองเพื่อความอยู่รอด ด้วยลักษณะการเลี้ยงดูแบบนี้ ทำให้เด็กมีโอกาสพูดคุยสื่อสารกับเด็กด้วยกัน จึงทำให้ร้อยละของเด็กที่ผ่านเกณฑ์การประเมินพัฒนาการทางด้านภาษาอยู่ในอันดับรองลงมา (ร้อยละ 80.8) ส่วนร้อยละของเด็กที่ผ่านเกณฑ์การประเมินพัฒนาการทางด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กมีค่าต่ำสุด (ร้อยละ 60.5) ทั้งนี้เนื่องจากเด็กไม่มีโอกาสได้ฝึกการขีดเขียนจากการที่มารดาไม่มีการศึกษาต่ำ กล่าวคือมีร้อยละ 13 ของมารดาที่ไม่สามารถอ่านเขียนได้ และร้อยละ 50.8 ที่พออ่านเขียนได้ ซึ่งเป็นการศึกษาดำรงระดับประถมศึกษา อาจทำให้มารดาไม่ให้ความสำคัญต่อการขีดเขียน และสิ่งแวดล้อมไม่เอื้อให้เด็กได้พัฒนาทักษะในด้านนี้ เช่น ไม่มีอุปกรณ์ในการขีดเขียน ไม่มีแบบอย่างให้เลียนแบบ ส่วนมากที่ ๆ เมื่อถึงวัยเข้าเรียนแล้ว บิดามารดามักส่งเด็กกลับไปเข้าโรงเรียนที่ประเทศพม่า เนื่องจากในประเทศไทยมีโรงเรียนที่สอนภาษาพม่าโดยชาวพม่าน้อย พบได้ในชุมชนเมืองบางแห่งเท่านั้น

## ข้อจำกัด ปัญหา และข้อเสนอแนะ

### ข้อจำกัดและปัญหา

1. การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากในช่วงระหว่างการเก็บข้อมูล รัฐบาลได้มีนโยบายผลักดันแรงงานต่างชาติชาวพม่าให้ออกนอกประเทศ ทำให้การศึกษาครั้งนี้ไม่สามารถทำการสุ่มตัวอย่างตามแผนที่ (mapping) ที่ได้กำหนดไว้ เนื่องจากแรงงานต่างชาติผิดกฎหมายบางส่วนได้อพยพข้ามไปฝั่งพม่าชั่วคราว และหลบหนีเข้าเมืองไทยอีกเมื่อมีโอกาส ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาอาจไม่เป็นตัวแทนที่ดีของลูกแรงงานข้ามชาติย้ายถิ่นในจังหวัดระนอง
2. แบบประเมินพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี เนื่องจากแบบประเมินพัฒนาการเด็กที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบประเมินที่ใช้สำรวจพัฒนาการของเด็กไทยทั่วประเทศ ที่ได้ปรับให้เป็นภาษาพม่าและวัฒนธรรมของพม่า อย่างไรก็ตามก็อาจยังไม่เหมาะกับการประเมินพัฒนาการของเด็กพม่า
3. ภาษา การเก็บรวบรวมข้อมูลต้องใช้ภาษาพม่า และอาศัยล่ามชาวพม่า อาจทำให้เนื้อหาใจความบางส่วนเบี่ยงเบนไปจากความเป็นจริงบ้าง

### ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถนำไปสู่การเสนอแนะดังนี้

1. การป้องกันโรคติดต่อนำเข้า จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า มีเพียงร้อยละ 20 ของเด็กพม่าเท่านั้นที่ได้รับวัคซีนครบ อาจทำให้โรคที่เขยควควบคุมได้ด้วยการฉีดวัคซีนป้องกัน เช่น โรคโปลิโอ คอตีบ กลั้มมาระบาดของเด็กไทยได้ ดังนั้นจึงควรที่กระทรวงฯให้มีการฉีดวัคซีนแก่เด็กชาวพม่าที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย โดยใช้คลินิกเคลื่อนที่ นอกจากนี้รัฐบาลไม่ควรอนุญาตให้แรงงานต่างชาติเข้ามาในเมืองใหญ่หรือเมืองท่องเที่ยว เพราะลักษณะเมืองดังกล่าวมีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการแพร่ระบาดของโรคได้ง่าย
2. สมุดบันทึกสุขภาพและการได้รับวัคซีน สำหรับลูกแรงงานพม่าที่มีการเดินทางเข้าออกระหว่างชายแดนไทย-พม่า จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า มีแรงงานพม่าบางส่วนมีการเดินทางเข้าออกระหว่างประเทศบ่อย ซึ่งในการเดินทางแต่ละครั้งจะนำเด็กไปด้วยเสมอ ทำให้การได้รับวัคซีนของเด็กไม่ต่อเนื่อง และขาดการบันทึก กล่าวคือ เมื่ออยู่ในประเทศพม่าจะใช้บัตรฉีดวัคซีนซึ่งเป็นภาษาพม่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไทยไม่สามารถอ่านได้ แต่เมื่อกลับเข้า

มาอยู่ในประเทศไทยจะใช้สมุดบันทึกสุขภาพ และการได้รับวัคซีนที่เป็นภาษาไทย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขพม่าไม่สามารถอ่านได้ ทำให้เด็กไม่ได้รับการฉีดวัคซีนอย่างต่อเนื่อง จึงควรที่จะมีสมุดบันทึกสุขภาพและการได้รับวัคซีนร่วม ที่เป็นข้อตกลงระหว่างสาธารณสุขชายแดนไทยและพม่า ให้เป็นภาษาอังกฤษที่สามารถใช้ได้ทั้ง 2 ประเทศ

3. ภาวะโภชนาการ เด็กพม่าส่วนใหญ่ยังมีปัญหาทางด้านโภชนาการโดยเฉพาะเด็กที่มีอายุมากกว่า 1 ปีขึ้นไป จึงควรมีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีต่อภาวะโภชนาการของเด็กพม่า และพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของเด็กกลุ่มนี้ เพื่อจะได้เป็นแนวทางในการป้องกันและแก้ปัญหาต่อไป ตามสิทธิเด็กว่าด้วยการอยู่รอดและการพัฒนา

4. พัฒนาการของเด็กพม่า เด็กพม่ามีร้อยละของการผ่านเกณฑ์การประเมินพัฒนาการทางด้านกล้ามเนื้อเล็กน้อยที่สุด แต่อย่างไรก็ตามเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินพัฒนาการเด็กพม่านั้นอาจยังไม่เหมาะสมเท่าที่ควรเนื่องจากเป็นแบบวัดพัฒนาการสำหรับเด็กไทย จึงควรมีการศึกษาพัฒนาการเด็กพม่าซ้ำพร้อมทั้งปรับแบบประเมินนี้ให้เหมาะสมกับเด็กพม่า

5. สุขภาพจิต จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า สุขภาพจิตเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เพราะสภาพความเป็นอยู่ของแรงงานพม่ามีสภาพแวดล้อมที่เสื่อมโทรม ไม่มีการกำจัดขยะที่ถูกต้อง หรือการถ่ายอุจจาระที่ถูกสุขลักษณะทั้ง 2 อย่างนี้เป็นสาเหตุสำคัญของการนำมาซึ่งโรคติดต่อทางระบบทางเดินอาหาร และระบบทางเดินหายใจ ซึ่งอาจระบาดไปถึงเด็กไทย จึงควรมีมาตรการให้ชุมชนพม่ามีการกำจัดขยะที่ถูกวิธี และขับถ่ายที่ถูกสุขลักษณะ

6. ภาวะสุขภาพเด็กในเขตชนบท จากการศึกษาครั้งนี้พอสรุปได้ว่าภาวะสุขภาพของเด็กในเขตชนบทอยู่ในระดับที่ต่ำกว่าเด็กในเขตเมือง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะความยากลำบากในการเข้าถึงบริการสุขภาพของรัฐ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจึงควรมีแผนเข้าไปให้บริการตรวจสุขภาพเด็กและฉีดวัคซีนในชุมชนที่มีชาวพม่าอาศัยอยู่มาก หรือสถานประกอบการที่มีแรงงานพม่าจำนวนมาก เช่น โรงเผาถ่าน โรงน้ำแข็ง โรงเลื่อย โดยทำเป็นคลินิกเคลื่อนที่ กำหนดวันเวลาในการเข้าไปให้บริการทุกเดือน และเก็บค่าบริการจากสถานประกอบการ

7. การให้บริการสาธารณสุขแก่แรงงานอพยพข้ามชาติ รัฐควรมีนโยบายที่ชัดเจนเกี่ยวกับการวางแผนควบคุมการระบาดของโรค

8. เนื่องจากในปัจจุบันมีเด็กนับหมื่นที่เกิดจากบิดามารดาชาวพม่า เข้าเมืองโดยผิดกฎหมาย เมื่อเด็กเหล่านี้เติบโตและมีบุตร ซึ่งบุตรของชาวพม่าในรุ่นที่ 2 จะมีสิทธิในการเป็นพลเมืองไทย รัฐจึงควรมีนโยบายที่เข้มงวดกับแรงงานต่างชาติดีที่เข้าประเทศอย่างผิดกฎหมาย หากปล่อยให้กลายเป็นลักษณะเช่นนี้ต่อไปเรื่อย ๆ พลเมืองไทยจะมีเชื้อสายพม่ามากขึ้น อาจส่งผลกระทบต่อชนบทรรมนิยม ประเพณีดั้งเดิมของไทยในที่สุด เอกลักษณ์ของความเป็นไทยจะค่อย ๆ ลดลง

9. วรรณรงค์เรื่องการวางแผนครอบครัว เพราะยังมีครอบครัวชาวพม่าจำนวนมากไม่น้อยที่ต้องการมีบุตรมากกว่า 3 คนขึ้นไป เพื่อใช้แรงงาน และหญิงชาวพม่าหลายครอบครัวที่ไม่มีกรวางแผนครอบครัว เนื่องจากขาดความรู้ และเข้าไม่ถึงบริการวางแผนครอบครัวของรัฐ



## บรรณานุกรม

- กฤตยา อาชวนิจกุล และคณะ (2540). บทสังเคราะห์สถานการณ์คนข้ามชาติและทางเลือกนโยบายการนำเข้าแรงงานข้ามชาติของประเทศไทย. ในชุดโครงการวิจัย เรื่อง ทางเลือกนโยบายการนำเข้าแรงงานข้ามชาติของประเทศไทย: การศึกษาข้อเท็จจริงจากกลุ่มผลประโยชน์ ข้อสำรวจทางกฎหมายและการวิเคราะห์ระบบการจัดการของรัฐ. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กฤตยา อาชวนิจกุล, วรรณ จารุสมบุรณ์ และ อัญชลี วรารัตน์. (2540). ความซับซ้อนและความสับสน เรื่องคนข้ามชาติในประเทศไทย. ในชุดโครงการวิจัยเรื่อง ทางเลือกนโยบายการนำเข้าแรงงานข้ามชาติของประเทศไทย : การศึกษาข้อเท็จจริงจากกลุ่มผลประโยชน์ ข้อสำรวจทางกฎหมาย และการวิเคราะห์ระบบการจัดการของรัฐ. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กฤตยา อาชวนิจกุล, วณิ ปิ่นประทีป, ทิมพา ขจรธรรม และฉัตรสุมน พดุมภิญโญ. (2540). ผลกระทบจากภาวะการเกิด การเจ็บป่วย และการตายของแรงงานข้ามชาติก่อนนโยบายสาธารณสุข. ในชุดโครงการวิจัยเรื่อง ทางเลือกนโยบายการนำเข้าแรงงานข้ามชาติของประเทศไทย : การศึกษาข้อเท็จจริงจากกลุ่มผลประโยชน์ ข้อสำรวจทางกฎหมายและการวิเคราะห์ระบบการจัดการของรัฐ. นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เกษมสันต์ จินฉวาโส. (2539). แรงงานอพยพต่างประเทศ : ข้อเท็จจริงประเด็นปัญหาและแนวทางแก้ไข. ในโครงการ A Policy Study on the Management of Undocumented Migrant Worker in Thailand. ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. ( NESDB ).
- คณะอนุกรรมการเฉพาะกิจเรื่องเด็ก สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานเยาวชนแห่งชาติ. (2536). สิทธิเด็ก Rights of the child. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พรสุข เกิดสว่าง และ กฤตยา อาชวนิจกุล. (2540). การละเมิดสิทธิมนุษยชนในพม่าจากผู้ลักลอบนำเข้าแรงงานข้ามชาติ. ในชุดโครงการวิจัยเรื่อง ทางเลือกนโยบายการนำเข้าแรงงานข้ามชาติของประเทศไทย : การศึกษาข้อเท็จจริงจากกลุ่มผลประโยชน์ ข้อสำรวจทางกฎหมายและการวิเคราะห์ระบบการจัดการของรัฐ. นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

- พันธุ์ทิพย์ กาญจนะจิตรา สายสมุทร. (26540). การเข้ามาในประเทศไทยของคนต่างด้าวเพื่อทำงาน : ข้อสำรวจทางกฎหมาย ปัญหาและทางเลือกนโยบาย. ในชุดโครงการวิจัยเรื่อง ทางเลือกนโยบายการนำเข้าแรงงานข้ามชาติในประเทศไทย : การศึกษาข้อเท็จจริงจากกลุ่มผลประโยชน์ ข้อสำรวจทางกฎหมายและการวิเคราะห์ระบบการจัดการของรัฐ. นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พันธุ์ทิพย์ กาญจนะจิตรา สายสุนทร. (2540). การยอมรับคนต่างด้าวผสมกลมกลืนในสังคมไทย ข้อสำรวจทางกฎหมาย ปัญหา และทางเลือกนโยบาย. ในชุดโครงการวิจัยเรื่อง ทางเลือกนโยบายการนำเข้าแรงงานข้ามชาติในประเทศไทย : การศึกษาข้อเท็จจริงจากกลุ่มผลประโยชน์ ข้อสำรวจทางกฎหมายและการวิเคราะห์ระบบการจัดการของรัฐ. นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พิศวาท สุคนธ์พันธุ์ และ ปฐมภรณ์ นุษย์ปราง. (2540). การศึกษาและวิเคราะห์กฎหมายเกี่ยวกับการประกอบธุรกิจ และการทำงานของคนต่างด้าว. ในชุดโครงการวิจัยเรื่อง ทางเลือกนโยบายการนำเข้าแรงงานข้ามชาติ : การศึกษาจากกลุ่มผลประโยชน์ ข้อสำรวจทางกฎหมายและการวิเคราะห์ระบบการจัดการของรัฐ. นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย , ชูติพร อิงคตาวรงค์ , กิตติ วิวัฒน์สวัสดิ์คินนธ์ และ สุวรรณมา จาละ. (2542). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของแรงงานหญิงชาวจีนในโรงงานอุตสาหกรรมยางพารา จังหวัดสงขลา. รายงานการวิจัย. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- เพ็ญพร ชีระสวัสดิ์. (2527). ประชากรศาสตร์. กรุงเทพมหานคร : สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพชรวรรณ พึ่งรัมย์ และคณะ (2540). การสำรวจสุขภาพวัยเจริญพันธุ์ของแรงงานก่อสร้างต่างชาติในจังหวัดภูเก็ต. เอกสารอัดสำเนา.
- วิทยา สวัสดิ์วุฒิพงศ์. (2542). ปัญหาสาธารณสุขในชาวพม่าจังหวัดตาก. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 8 (3) : 309-315.
- มูลนิธิศุภนิมิต (world vision) (2540). การสำรวจเด็กพม่าที่อยู่ในสภาพลำบากในจังหวัดระนอง. เอกสารอัดสำเนา.
- สมชาย วงศ์เจริญง. (2542). การบริหารจัดการสาธารณสุขชายแดนจังหวัดระนอง. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 8 (3) : 316-323.

สมศักดิ์ สุภวิทย์กุล และสมศักดิ์ ภักธรกุลวณิชช์. (2542). การจัดการปัญหาสาธารณสุขและสังคมของแรงงานต่าง  
ชาติจังหวัดเชียงราย. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 8 (3) : 324-331.

สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานเยาวชนแห่งชาติ สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี องค์การ  
ทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (2538). แผนปฏิบัติการหลักของปฏิญญาเพื่อเด็กไทย : National  
Plan of Action for the Survival, Protection and Development of Children in Thailand  
(National Declaration on Children). กรุงเทพฯ. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก. หน้า 3.

องค์การอนามัยโลก (WHO) (2542). รายงานความก้าวหน้า 6 เดือน (มกราคม - มิถุนายน 2542) ในโครงการการ  
ป้องกันเอดส์และการดูแลในจังหวัดระนอง. เอกสารอัดสำเนา.

ภาคผนวก

## ภาคผนวก ก.

## แบบสัมภาษณ์

## สถานะการดูแลสุขภาพของลูกแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติ

แบบสัมภาษณ์ชุดที่ .....	วันที่สัมภาษณ์ .....	Idno [ ] [ ] [ ] [ ]
ชื่อผู้สัมภาษณ์.....	ชื่อเด็ก.....	Date [ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ]
ชื่อผู้ให้ข้อมูล.....	อำเภอ.....ตำบล..... หมู่ที่.....	

## ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เลี้ยงดูและให้สัมภาษณ์

1.	อายุ.....ปี	Ch1.[ ] [ ]
2.	ความเกี่ยวข้องกับเด็ก [ ]1. พี่สาว พี่ชาย [ ]2. บิดา [ ]3. มารดา [ ]4. อื่น ๆ ระบุ.....	Ch2.[ ]
3.	ศาสนา [ ]1. พุทธ [ ]2. คริสต์ [ ]3. อิสลาม [ ]4. อื่น ๆ ระบุ .....	Ch3.[ ]
4.	อาชีพบิดา เป็นลูกจ้างใน [ ]1. ชาวประมง [ ]2. โรงงานเผาถ่าน [ ]3. โรงน้ำแข็ง [ ]4. โรงไม้ โรงเลื่อย [ ]5. อื่น ๆ ระบุ.....	Ch4.[ ]
5.	อาชีพมารดา เป็นลูกจ้างใน [ ]1. โรงงานเลือกกุ้งปลา [ ]2. โรงงานเผาถ่าน [ ]3. โรงน้ำแข็ง [ ]4. โรงไม้ โรงเลื่อย [ ]5. อื่น ๆ ระบุ.....	Ch5.[ ]
6.	รายได้ครอบครัว.....บาท/เดือน	Ch6.[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
7.	การศึกษาของบิดา [ ]1. ไม่สามารถอ่าน เขียน [ ]2. สามารถอ่าน เขียนได้ [ ]3. จบประถมศึกษา [ ]4. จบมัธยมศึกษาตอนต้น [ ]5. จบมัธยมศึกษาตอนปลาย [ ]6. จบมหาวิทยาลัย	Ch7.[ ]
8.	การศึกษาของมารดา [ ]1. ไม่สามารถอ่าน เขียน [ ]2. สามารถอ่าน เขียนได้ [ ]3. จบประถมศึกษา [ ]4. จบมัธยมศึกษาตอนต้น [ ]5. จบมัธยมศึกษาตอนปลาย [ ]6. จบมหาวิทยาลัย	Ch3.[ ]

9.	รายได้นี้ [ 1.สม่่าเสมอ [ 2.ไม่สม่่าเสมอ	Ch9[ ]
10	รายได้นี้เพียงพอสำหรับเป็นค่ารักษาญาติที่สถานีนอนามัยเมื่อเจ็บป่วยหรือไม่ [ 1.เพียงพอ [ 2.ไม่เพียงพอ	Ch10.[ ]

## ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับเด็ก

Child [ II II II II ]

11.	อายุ.....ปี .....เดือน	Ch11a.[ ] [ ] Ch11b.[ ] [ ]
12.	เพศ [ 1.ชาย [ 2.หญิง	Ch12.[ ]
13.	เชื้อชาติ [ 1.พม่า [ 2.ทวาย [ 3.มอญ [ 4.กระเหรี่ยง [ 5.ไทยใหญ่ [ 6.อื่น ๆ ระบุ .....	Ch13.[ ]
14.	สถานที่เกิด [ 1.ประเทศไทย [ 2.ประเทศพม่า (ข้ามไปถามข้อ16)	Ch14.[ ]
15.	ถ้าเด็กเกิดในประเทศไทย สถานที่มารดาไปคลอด [ 1.ที่บ้านตนเอง [ 2.สถานีนอนามัย [ 3.โรงพยาบาล [ 4.บ้านผดุงครรภ์โบราณ [ 5.อื่น ๆ ระบุ.....	Ch15.[ ]

## ส่วนที่ 3 ประวัติสุขภาพของเด็ก

16.	น้ำหนักปัจจุบัน.....กิโลกรัม	Ch13.[ ] [ ]
17.	สุขภาพฟัน [ 1.ปกติ [ 2.ฟันผุ [ 3.เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ฟันไม่งอก [ 4.อื่น ๆ ระบุ.....	Ch17.[ ]
18.	มีสมุดบันทึกสุขภาพและวัคซีน [ 1.มี [ 2.ไม่มี	Ch18.[ ]
19.	การได้รับวัคซีน [ 1.ไม่เคยได้ [ 2.ได้ไม่ครบ [ 3.ได้ครบทุกครั้ง [ 4.ไม่ทราบได้ครบหรือไม่	Ch19.[ ]
20.	วัคซีนที่ได้รับ 20.1 วัณโรค..... ครั้ง      20.2 โปลิโอ..... ครั้ง 20.3 คอตีบ..... ครั้ง      20.4 บาดทะยัก..... ครั้ง 20.5 ไอกรน..... ครั้ง      20.6 หัด..... ครั้ง	Ch20.1[ ]      Ch20.2[ ] Ch20.3[ ]      Ch20.4[ ] Ch20.5[ ]      Ch20.6[ ]
21.	สถานที่นำเด็กไปรับวัคซีน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) 21.1 สถานีนอนามัย [ 1.ใช่ [ 2.ไม่ใช่	Ch21.1 [ ]

	21.2 โรงพยาบาลของรัฐ	[ 11.ใช่	[ 12.ไม่ใช่	Ch21.2 [ ]
	21.3 คลินิก/รพ.เอกชน	[ 11.ใช่	[ 12.ไม่ใช่	Ch21.3 [ ]
	21.4 สถานบริการสาธารณสุข	[ 11.ใช่	[ 12.ไม่ใช่	Ch21.4 [ ]
	21.5 คลินิกเคลื่อนที่	[ 11.ใช่	[ 12.ไม่ใช่	Ch21.5 [ ]
22.	เด็กเคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา [ 11.ไม่เคย [ 12.เคย.....ครั้ง ระบุโรคที่เป็น.....			Ch22.[ ] Ch22a.[ ]
23..	ความเจ็บป่วยที่เคยเป็นในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)			
	23.1 มีไข้	1)ใช่	2)ไม่ใช่ จำนวน.....ครั้ง	Ch23.1 [ ] Ch231a [ ] [ ]
	23.2 เป็นหวัด	1)ใช่	2)ไม่ใช่ จำนวน.....ครั้ง	Ch23.2 [ ] Ch232a [ ] [ ]
	23.3 ท้องร่วง	1)ใช่	2)ไม่ใช่ จำนวน.....ครั้ง	Ch23.3 [ ] Ch233a [ ] [ ]
	23.4 ปวดบวม	1)ใช่	2)ไม่ใช่ จำนวน.....ครั้ง	Ch23.4 [ ] Ch234a [ ] [ ]
	23.5 พุพอง หรือน้ำเหลืองไม่ดี	1)ใช่	2)ไม่ใช่ จำนวน.....ครั้ง	Ch23.5 [ ] Ch235a [ ] [ ]
	23.6 ชู่น้ำหนอง	1)ใช่	2)ไม่ใช่ จำนวน.....ครั้ง	Ch23.6 [ ] Ch236a [ ] [ ]
	23.7 ชัก	1)ใช่	2)ไม่ใช่ จำนวน.....ครั้ง	Ch23.7 [ ] Ch237a [ ] [ ]
	23.8 วัณโรค	1)ใช่	2)ไม่ใช่ จำนวน.....ครั้ง	Ch23.8 [ ] Ch238a [ ] [ ]
	23.9 มาลาเรีย	1)ใช่	2)ไม่ใช่ จำนวน.....ครั้ง	Ch23.9 [ ] Ch239a [ ] [ ]
	23.10 ซีด (โลหิตจาง)	1)ใช่	2)ไม่ใช่ จำนวน.....ครั้ง	Ch23.10 [ ] Ch2310a [ ] [ ]
24	เด็กเคยป่วยด้วยโรคต่อไปนี้หรือไม่			
	24.1 โปлио	[ 11.เคย	[ 12.ไม่เคย	Ch24.1[ ]
	24.2 หัด	[ 11.เคย	[ 12.ไม่เคย	Ch24.2[ ]

ส่วนที่ 4 การดูแลสุขภาพเด็ก

25.	การดูแลสุขภาพเมื่อเด็กเจ็บป่วย			
	25.1 ซื้อมาจากร้านขายยาแผนปัจจุบัน	[ 11.ใช่	[ 12.ไม่ใช่	Ch25.1 [ ]
	25.2 ไปสถานอนามัย	[ 11.ใช่	[ 12.ไม่ใช่	Ch25.2 [ ]
	25.3 ไปโรงพยาบาลของรัฐ	[ 11.ใช่	[ 12.ไม่ใช่	Ch25.3 [ ]
	25.4 ไปคลินิก หรือโรงพยาบาลเอกชน	[ 11.ใช่	[ 12.ไม่ใช่	Ch25.4 [ ]
	25.5 หาหมอบ้าน หมอเข้าทรง	[ 11.ใช่	[ 12.ไม่ใช่	Ch25.5 [ ]
	25.6 รักษาเอง (ตามความเชื่อโบราณ)	[ 11.ใช่	[ 12.ไม่ใช่	Ch25.6 [ ]
	25.7 ไปสถานบริการสาธารณสุข	[ 11.ใช่	[ 12.ไม่ใช่	Ch25.7 [ ]
	25.8 อื่น ๆ ระบุ.....	[ 11.ใช่	[ 12.ไม่ใช่	Ch25.7 [ ]
26.	ตามความเห็นของผู้เลี้ยงดูสุขภาพของเด็กคนนี้อยู่ระดับใด [ 11.ดีมาก (ไม่ค่อยเจ็บป่วย หรือป่วยน้อยกว่า 2 ครั้ง/ปี) [ 12.ดี (ป่วยบ้าง 2-4 ครั้ง/ปี) [ 13.ไม่ค่อยดี (ป่วยบ่อย หรือมากกว่า 5 ครั้ง/ปี)			Ch26.[ ]
27.	ชนิดอาหารของเด็กอายุ 0 - 1 ขวบ (ถ้าตอบข้อ 2 - 6 ข้ามไปถามข้อ 29)			Ch27.[ ]

	[ 11.นมแม่ 1)ใช่ 2)ไม่ใช่ [ 13.นมชันทหวาน 1)ใช่ 2)ไม่ใช่ [ 15.ไม่ได้นม 1)ใช่ 2)ไม่ใช่ [ 12.นมผง 1)ใช่ 2)ไม่ใช่ [ 14.นมกลอง 1)ใช่ 2)ไม่ใช่ [ 16.อื่น ๆ ระบุ.....	
28.	ถ้าเด็กดูดนมแม่ ระยะเวลา.....เดือน	Ch28.[ [ ]
29.	น้ำนมเหลืองที่ออกจากเต้านมแม่ 2-3 วันหลังคลอด เป็นน้ำนมที่ดีต่อสุขภาพเด็กหรือไม่ [ 1)ใช่ [ 2)ไม่ใช่	Ch29.[ ]
30.	เริ่มให้อาหารอื่นนอกจากนมเมื่ออายุ.....เดือน.....วัน ระบุชนิดอาหารที่ให้.....	Ch30.[ ] Ch30a.[ ] [ ]
31.	ชนิดของน้ำที่เด็กดื่ม [ 1)น้ำประปา [ 2)น้ำบ่อ [ 3)น้ำคลอง [ 4)น้ำบาดาล [ 5)น้ำกลั่น (ขวดละ 10 ลิตร)	Ch31.[ ]
32.	การปรับปรุงคุณภาพน้ำให้เด็กดื่ม [ 1)ต้ม [ 2)กรอง [ 3)ต้มและกรอง [ 4)ไม่ปรับปรุง [ 5)ต้มเป็นบางครั้ง	Ch32.[ ]
33.	สถานที่ถ่ายอุจจาระ [ 1)ลงกระโถน [ 2)ลงพื้นของบ้าน [ 3)ลงส้วม (ข้ามไปถามข้อ 34) [ 4)ลงคลอง [ 5)ลงพื้นดิน [ 6)อื่น ๆ ระบุ.....	Ch33.[ ]
34.	วิธีกำจัดอุจจาระ ในกรณีไม่ถ่ายลงส้วม [ 1)ทิ้งรอบบ้าน (หน้า/หลังบ้าน) [ 2)ทิ้งแม่น้ำ, คลอง [ 3)ทิ้งกองขยะในชุมชน [ 4)ลงพื้นดิน [ 5)อื่น ๆ ระบุ.....	Ch34.[ ]
35.	วิธีกำจัดขยะ [ 1)เผา [ 2)ฝัง [ 3)ทิ้งแม่น้ำ [ 4)เทศบาลมาเก็บ [ 5)ทิ้งไว้เฉย ๆ (ไม่มีการกำจัด)	Ch35.[ ]

ส่วนที่ 5 สภาพแวดล้อมของบ้าน

36.	พื้นที่สำหรับให้เด็กวิ่งเล่น (เช่นลานบ้าน) [ 1)มี [ 2)ไม่มี	Ch36.[ ]
37.	สิ่งกระตุ้นพัฒนาการของเด็ก	



37.1	ของเล่น เช่นรถ ลูกบอล	[ 1].มี	[ 12].ไม่มี	Ch37.1 [ ]
37.2	โทรทัศน์	[ 1].มี	[ 12].ไม่มี	Ch37.2 [ ]
37.3	พื้นที่ภายในบ้านให้เด็กหัดคลาน เดิน	[ 1].มี	[ 12].ไม่มี	Ch37.3 [ ]
37.4	การละเล่น เช่นหมากเก็บ หนังสติ๊ก	[ 1].มี	[ 12].ไม่มี	Ch37.4 [ ]

### ถามเจาะลึกหลังถามแบบสอบถามใช้คำถามต่อไปนี้

1. วางแผนที่จะมีลูกกี่คน
2. ทำไมถึงต้องการมีเด็กจำนวนนั้น
3. เคยใช้วิธีคุมกำเนิดหรือไม่ ถ้าเคย ชนิดที่ใช้ เหตุผลที่ใช้ชนิดนี้
4. ถ้าไม่เคย ทำไม
5. การศึกษาของลูกในอนาคต
6. เมื่อเด็กโตขึ้นจะจัดการกับอาชีพเด็กอย่างไร
7. ถ้าท่านไม่มีเงินอยู่ในมือ แล้วลูกป่วย ท่านจะแก้ปัญหาเรื่องนี้อย่างไร

## แบบตรวจวัดพัฒนาการของลูกแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติอายุตั้งแต่ 2 เดือนถึง 5 ปี

ส่วนที่ 8 การวัดพัฒนาการของลูกแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติอายุตั้งแต่ 2 เดือนถึง 5 ปี

Idno [ ] [ ] [ ]

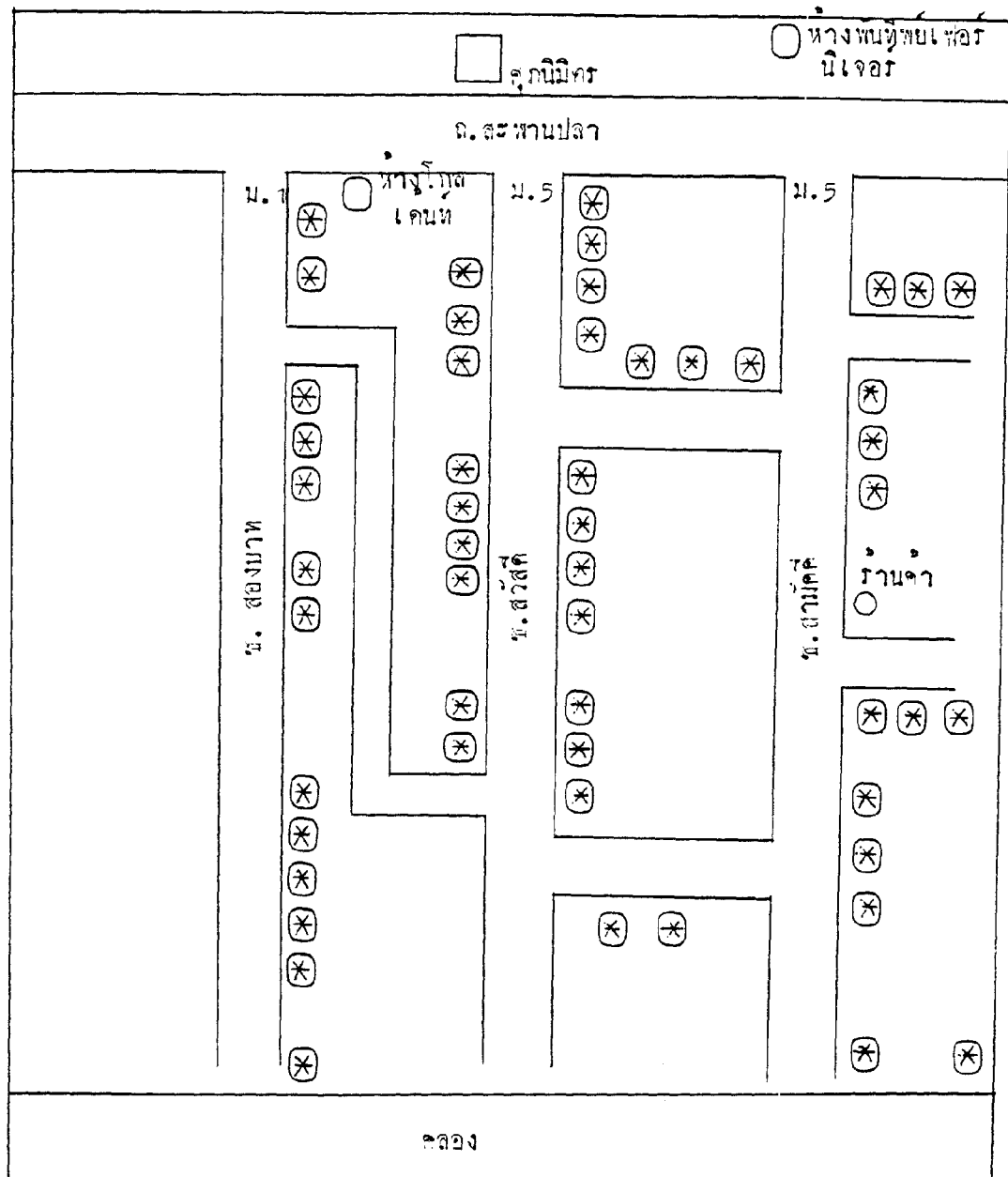
ช่วงอายุ	สิ่งที่ตรวจ	ตรวจโดยการสังเกต		ตรวจโดยถามจากแม่		ลงทะเบียน
		1. ผ่าน	2. ไม่ผ่าน	1. ผ่าน	2. ไม่ผ่าน	
2 เดือน	1. คอแข็ง	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	Ch21a [ ] Ch21b [ ]
	2. มองตามวัตถุที่เคลื่อนไหว	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	Ch22a [ ] Ch22b [ ]
	3. ฟังเสียงพูด	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	Ch23a [ ] Ch23b [ ]
	4. ช้อน้ำ	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	Ch24a [ ] Ch24b [ ]
3 เดือน	1. นอนคว่ำ	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	Ch31a [ ] Ch31b [ ]
	2. มองตามวัตถุที่เคลื่อนไหว	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	Ch32a [ ] Ch32b [ ]
	3. ฟังเสียงพูด	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	Ch33a [ ] Ch33b [ ]
	4. ยิ้มรับ (ยิ้มเมื่อแม่ยิ้มกับเด็ก)	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	Ch34a [ ] Ch34b [ ]
4 เดือน	1. ชันคอได้ 90 องศา	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	Ch41a [ ] Ch41b [ ]
	2. เอื้อมมือคว้าวัตถุที่เคลื่อนไหว (2 มือ)	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	Ch42a [ ] Ch42b [ ]
	3. รับรู้และส่งเสียงตอบ	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	Ch43a [ ] Ch43b [ ]
	4. ยิ้มทัก (ยิ้มเองเมื่อเห็นคน ขวคนม)	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	Ch44a [ ] Ch44b [ ]
5 เดือน	5. พลิกคว่ำหรือหงายตัวเอง	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	Ch51a [ ] Ch51b [ ]
	6. เอื้อมมือกำลูกปิงปองได้ด้วยฝ่ามือเดียว	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	Ch52a [ ] Ch52b [ ] Ch53a [ ] Ch53b [ ]
	7. รับรู้และส่งเสียงตอบ	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	Ch54a [ ] Ch54b [ ]
	8. ยิ้มทัก (ยิ้มเองเมื่อเห็นคน ขวคนม)	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	
6 เดือน	9. นั่งเอามือยันพื้น	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	Ch61a [ ] Ch61b [ ]
	10. เอื้อมมือกำลูกปิงปองได้ด้วยฝ่ามือเดียว	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	Ch62a [ ] Ch62b [ ] Ch63a [ ] Ch63b [ ]
	11. หัวเราะและส่งเสียงที่แตกต่างกัน	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	Ch64a [ ] Ch64b [ ]
	12. หยิบของใส่ปาก	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	
7 เดือน	13. จับนั่งได้	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	Ch71a [ ] Ch71b [ ]
	14. เอื้อมมือกำลูกปิงปองได้ด้วยฝ่ามือเดียว	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	Ch72a [ ] Ch72b [ ] Ch73a [ ] Ch73b [ ]
	3. หัวเราะและส่งเสียงที่แตกต่างกัน	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	Ch74a [ ] Ch74b [ ]
	4. แย่งของจากมือเด็ก แต่เด็กขยับไว้	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	
8 เดือน	1. นั่งเองได้	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	Ch81a [ ] Ch81b [ ]
	2. กำของไว้ในฝ่ามือ 2 ข้าง ข้างละ 1 ชิ้นพร้อม ๆ กัน	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	Ch82a [ ] Ch82b [ ]
	3. หัวเราะและส่งเสียงที่แตกต่างกัน	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	Ch83a [ ] Ch83b [ ]
	4. มีท่าที่ต่อคนแปลกหน้า	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	Ch84a [ ] Ch84b [ ]
9 เดือน	1. กลาน	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	Ch91a [ ] Ch91b [ ]
	2. ขยับหยิบของด้วยนิ้วมือ	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	Ch92a [ ] Ch92b [ ]
	3. ทำเสียง ปาปา มามา คาคา ได้	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	Ch93a [ ] Ch93b [ ]

	4. มีท่าที่ต่อคนแปลกหน้า	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	Ch94a [ ] Ch94b [ ]
10 เดือน	1. เกาะขึ้น	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	Ch101a [ ] Ch101b [ ]
	2. ใช้นิ้วหัวแม่มือร่วมกับนิ้วใดนิ้วหนึ่ง เพียง 2 นิ้ว หยิบเมล็ดถั่ว	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	Ch102a [ ] Ch102b [ ]
	3. ทำเสียง ป่าป่า มามา คาคา ได้	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	Ch103a [ ] Ch103b [ ]
	4. เล่นจ๊ะเอ๋	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	Ch104a [ ] Ch104b [ ]
11 เดือน	1. เกาะขึ้น	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	Ch111a [ ] Ch111b [ ]
	2. ใช้นิ้วหัวแม่มือร่วมกับนิ้วใดนิ้วหนึ่ง เพียง 2 นิ้ว หยิบเมล็ดถั่ว	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	Ch112a [ ] Ch112b [ ]
	3. เลียนเสียงพูด (หมา ๆ จ่าจ๊ะ)	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	Ch113a [ ] Ch113b [ ]
	4. เล่นจ๊ะเอ๋	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	Ch114a [ ] Ch114b [ ]
12-14 เดือน	1. ขึ้นได้เอง	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	Ch121a [ ] Ch121b [ ]
	2. ใช้นิ้วหัวแม่มือร่วมกับนิ้วชี้ หยิบเมล็ดถั่วด้วยปลายนิ้ว	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	Ch122a [ ] Ch122b [ ]
	3. เลียนเสียงพูด (หมา ๆ จ่าจ๊ะ)	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	Ch123a [ ] Ch123b [ ]
	4. คืบน้ำจากแก้ว/คืบน้ำจากขัน	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	Ch124a [ ] Ch124b [ ]
15-17 เดือน	1. เดินได้เอง	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	Ch151a [ ] Ch151b [ ]
	2. ใช้นิ้วหัวแม่มือร่วมกับนิ้วชี้ หยิบเมล็ดถั่วด้วยปลายนิ้ว	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	Ch152a [ ] Ch152b [ ]
	3. พูดได้ 1 คำ ที่มีความหมาย	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	Ch153a [ ] Ch153b [ ]
	4. แสดงท่าทางด้วยมือ (โดยสั่งให้ทำ หรือทั้งทำท่าประกอบ เช่น บ๊ายบาย หวัดดีจ้า)	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	Ch154a [ ] Ch154b [ ]
18-21 เดือน	1. ขว้างของไปข้างหน้า	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	Ch181a [ ] Ch181b [ ]
	2. ขีดเขียนเล่นตามอย่าง (เขียนอะไรก็ได้)	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	Ch182a [ ] Ch182b [ ]
	3. บอกสิ่งที่ต้องการ (ถามจากแม่)	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	Ch183a [ ] Ch183b [ ]
	4. หยิบขนมจากภาชนะทรงลึก	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	Ch184a [ ] Ch184b [ ]
22-24 เดือน	1. เดินถอยหลัง	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	Ch221a [ ] Ch221b [ ]
	2. ขีดเขียนเล่นตามอย่าง (เขียนอะไรก็ได้)	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	Ch222a [ ] Ch222b [ ]
	3. ทำตามคำสั่ง (โดยไม่ต้องทำท่าให้ดู เช่น บ๊ายบาย หวัดดีจ้า)	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	Ch223a [ ] Ch223b [ ]
	4. กินด้วยช้อนได้เอง	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	Ch224a [ ] Ch224b [ ]

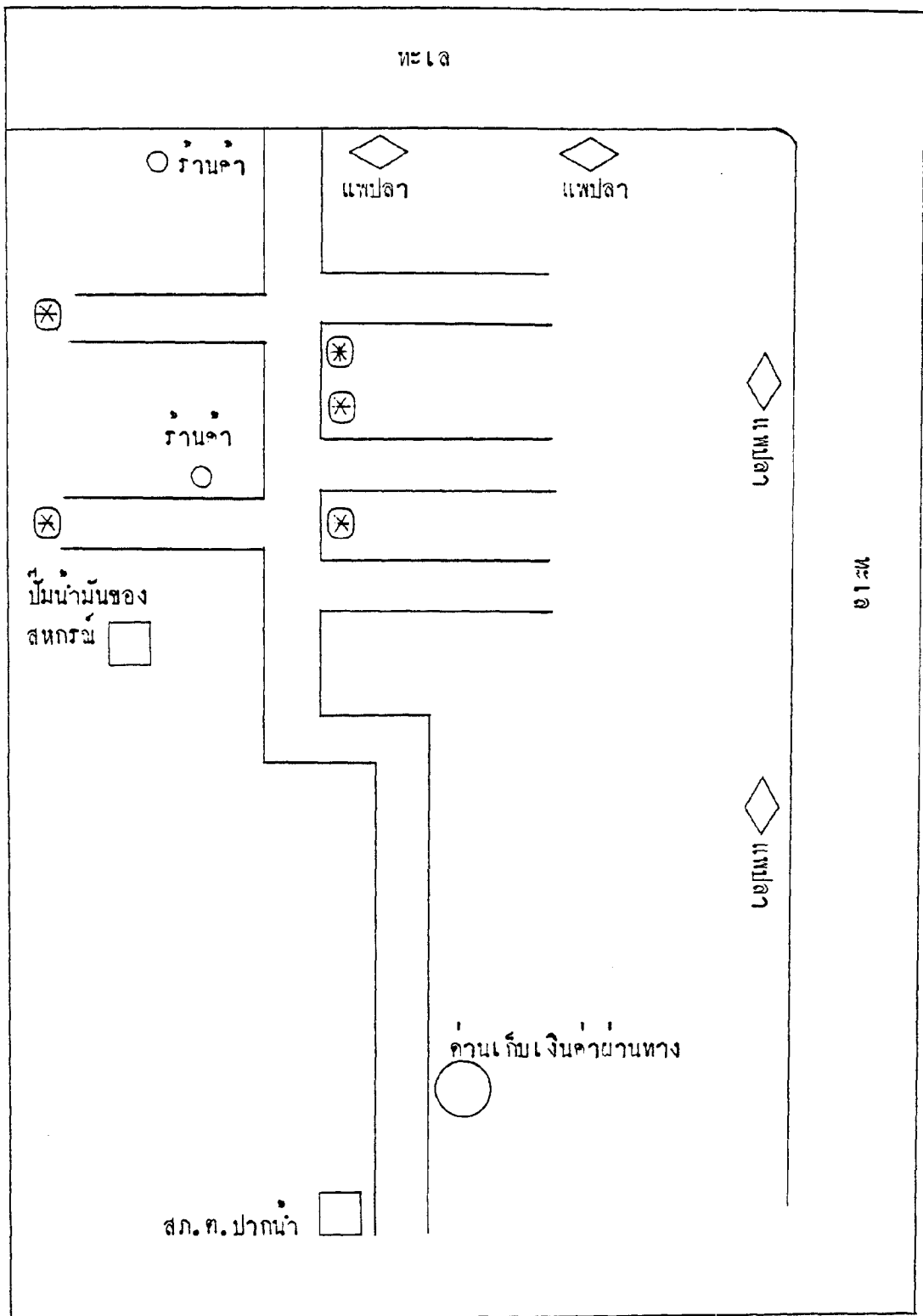
30-32 เดือน	1. ยืนขาเดียว (ในเวลา 3 วินาที) 2. ดึงไม้กอล์ฟออกจากห้องขนม 3. บอกชื่อสัตว์เลี้ยง หรือเครื่องใช้ในบ้าน 4. ล้างมือ	[ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ]	Ch301a [ ] Ch301b [ ] Ch302a [ ] Ch302b [ ] Ch303a [ ] Ch303b [ ] Ch304a [ ] Ch304b [ ]
33-35 เดือน	1. ยืนขาเดียว (ในเวลา 3 วินาที) 2. ดึงไม้กอล์ฟออกจากห้องขนม 3. บอกชื่อสัตว์เลี้ยง หรือเครื่องใช้ในบ้าน 4. ล้างหน้าปอกส้ม	[ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ]	Ch331a [ ] Ch331b [ ] Ch332a [ ] Ch332b [ ] Ch333a [ ] Ch333b [ ] Ch334a [ ] Ch334b [ ]
36-39 เดือน	1. กระโดดขาเดียว 2. ลากเส้นตรง 3. เปรียบเทียบใหญ่ เล็ก 4. ล้างหน้าปอกส้ม	[ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ]	Ch361a [ ] Ch361b [ ] Ch362a [ ] Ch362b [ ] Ch363a [ ] Ch363b [ ] Ch364a [ ] Ch364b [ ]
40-42 เดือน	1. กระโดดขาเดียว 2. ลากเส้นตรง 3. เปรียบเทียบใหญ่ เล็ก 4. ทิ้งขยะถูกที่	[ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ]	Ch401a [ ] Ch401b [ ] Ch402a [ ] Ch402b [ ] Ch403a [ ] Ch403b [ ] Ch404a [ ] Ch404b [ ]
43-45 เดือน	1. กระโดดขาเดียว 2. ลากเส้นตรง 3. บอกเพศ 4. ทิ้งขยะถูกที่	[ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ]	Ch431a [ ] Ch431b [ ] Ch432a [ ] Ch432b [ ] Ch433a [ ] Ch433b [ ] Ch434a [ ] Ch434b [ ]
46-51 เดือน	1. เดินต่อเท้าได้ (4 ก้าว) 2. ลอกแบบวงกลม 3. เล่นเรื่อง 4. สวมเสื้อหรือกางเกง	[ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ]	Ch461a [ ] Ch461b [ ] Ch462a [ ] Ch462b [ ] Ch463a [ ] Ch463b [ ] Ch464a [ ] Ch464b [ ]
52-57 เดือน	1. กระโดดขางสูงแต่เข้าเด็ก 2. ลอกแบบสี่เหลี่ยม 3. บอกชื่อและนามสกุล 4. ล้างก้น 5. ช่วยเหลือผู้อื่น	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	Ch521a [ ] Ch521b [ ] Ch522a [ ] Ch522b [ ] Ch523a [ ] Ch523b [ ] Ch524a [ ] Ch524b [ ] Ch525a [ ] Ch525b [ ]
58-60 เดือน	1. เดินต่อเท้าดอยหลัง (4 ก้าว) 2. ลอกแบบสี่เหลี่ยม 3. รู้จำนวนเลขหลักเดียว (ถาม 3 ครั้ง) 4. ล้างก้น 5. ช่วยเหลือผู้อื่น 6. นั่งอยู่ได้นานในงานพิธี	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	Ch581a [ ] Ch581b [ ] Ch582a [ ] Ch582b [ ] Ch583a [ ] Ch583b [ ] Ch584a [ ] Ch584b [ ] Ch585a [ ] Ch585b [ ] Ch586a [ ] Ch586b [ ]

ภาคผนวก ข.

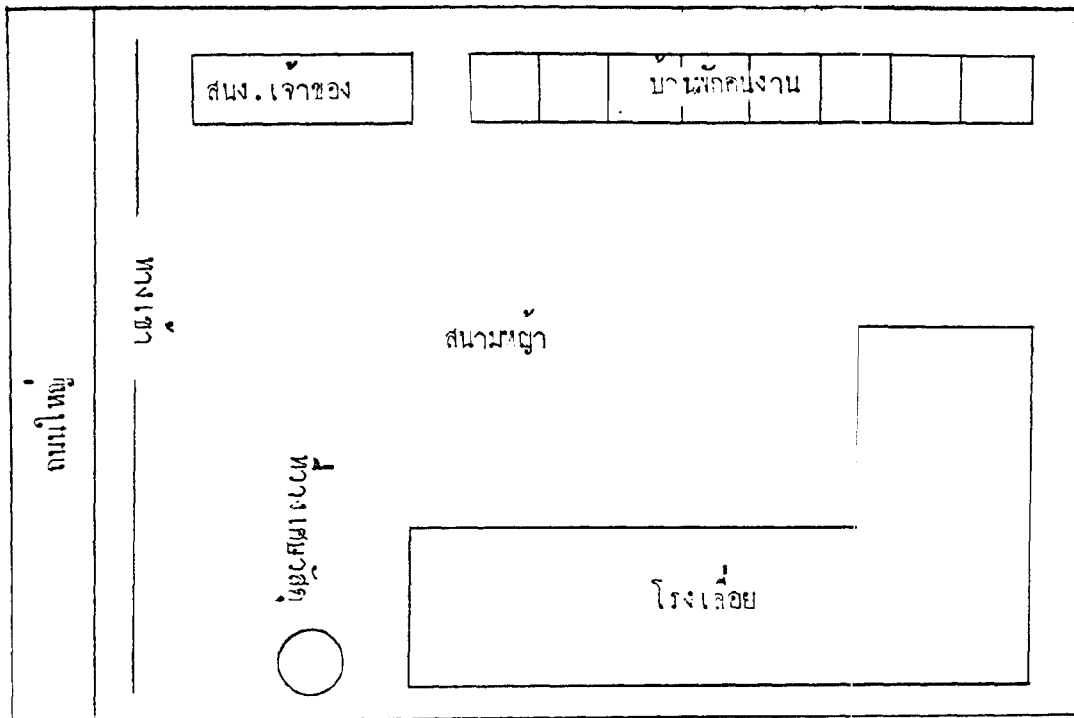
แผนที่ หมู่ 1 และหมู่ 5 ต.ปากน้ำ อ.เมือง จ.ระนอง



แผนที่ชุมชนบ้านปากคลอง ม.1 ต.ปากน้ำ อ.เมือง



แผนที่ โรงเลื่อยลำเลียง หมู่ 3 อ.เมือง ต.บางขัน



ลักษณะชุมชน

1. มีที่พักคนช่างถาวร
2. ส่วนเป็นแบบใช้รวมสะอาดพอใช้
3. น้ำใช้จะต้องเสียค่าใช้จ่ายเดือนละ 400บาท ส่วนไฟฟ้ามีใช้ทุกบ้านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย
4. อาหารจะออกไปซื้อที่ตลาดหรือจะมีรถขายของวิ่งมาขายในชุมชน
5. มีถังขยะอยู่หน้าบ้าน และนำไปเผา



แผนที่ ไทยอุคมคอนกรีต หมู่ 3 เขตต.บางวิน อ.เมือง จ.ระนอง

ทางเข้า

ห้างสรรพสินค้า

โรงทำคอนกรีต

สำนักงานบริษัท

กองหิน

ห้องน้ำ
 

บ้านพักคนงาน										

ห้องน้ำ
 

บ้านพักคนงาน										

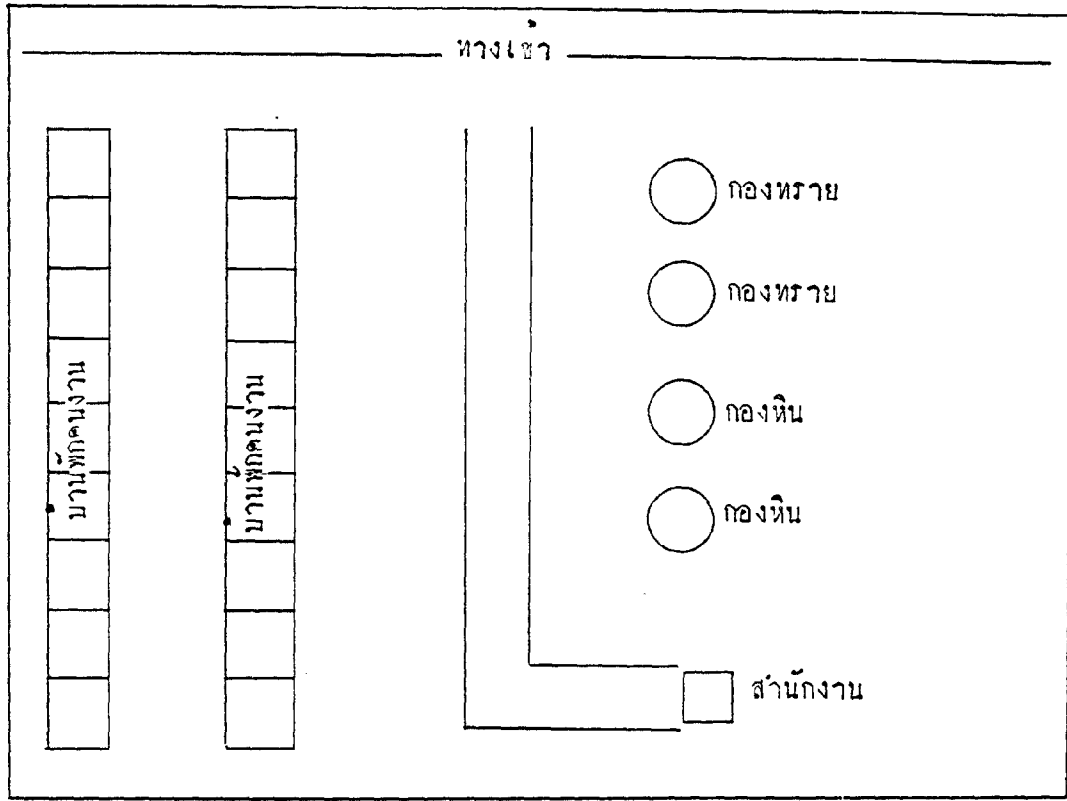
ห้องน้ำ
 

บ้านพักคนงาน										

ลักษณะชุมชน

1. บ้านพักมั่นคง และสะอาดดี ไม่แออัด
2. มีน้ำและไฟฟ้าใช้โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย
3. ใช้ห้องน้ำรวม ไม่มีห้องน้ำในบ้าน
4. การหุงหาอาหารยังใช้ถ่านและฟืนอยู่
5. มีน้ำใช้ที่ยังไม่ค่อยสะอาดและไม่ได้รับการปรับปรุง

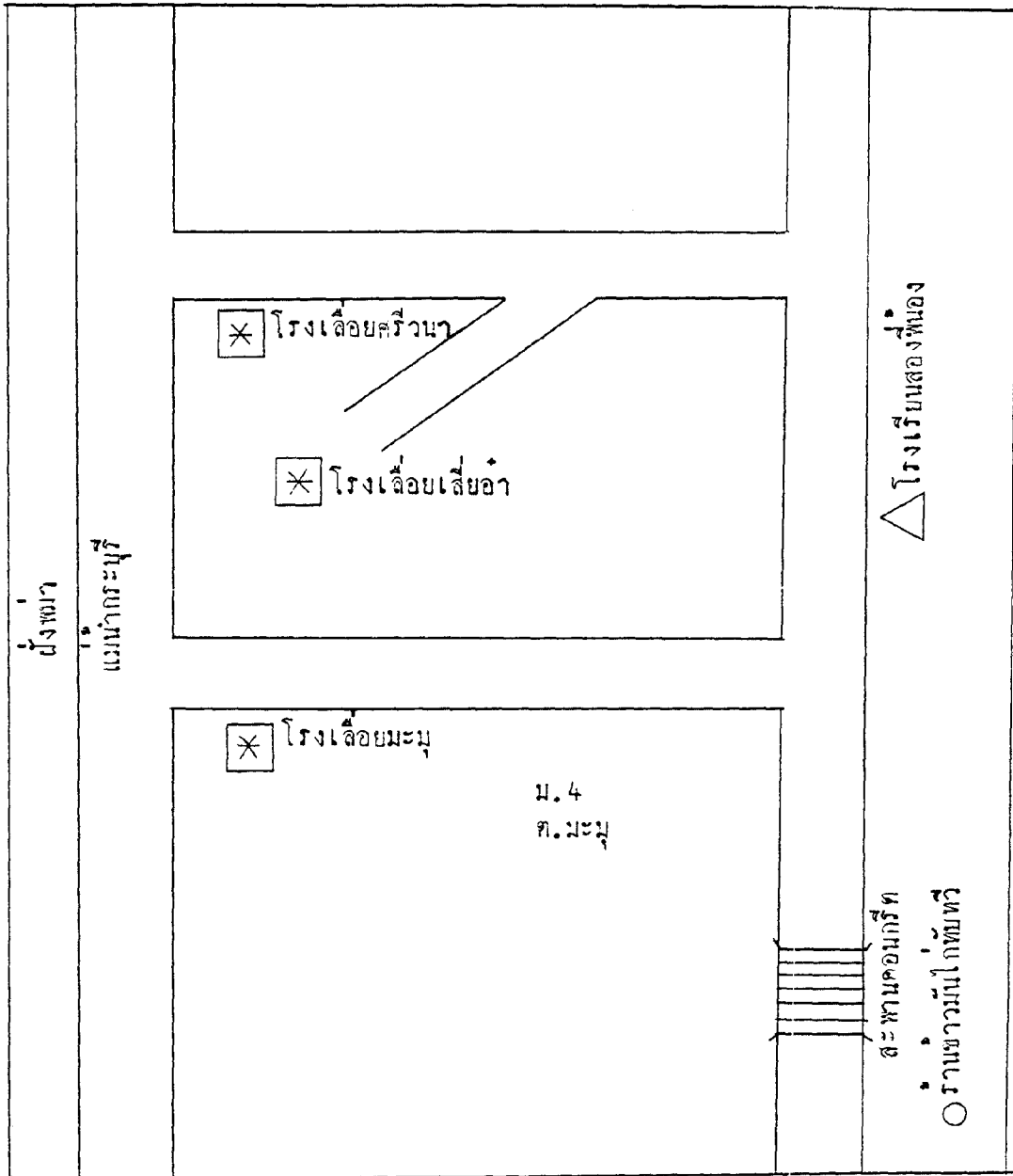
แผนที่ ส.สมชายรับเหมาก่อสร้าง ม.บ้านทรงรี อ.บางวัน อ.เมือง



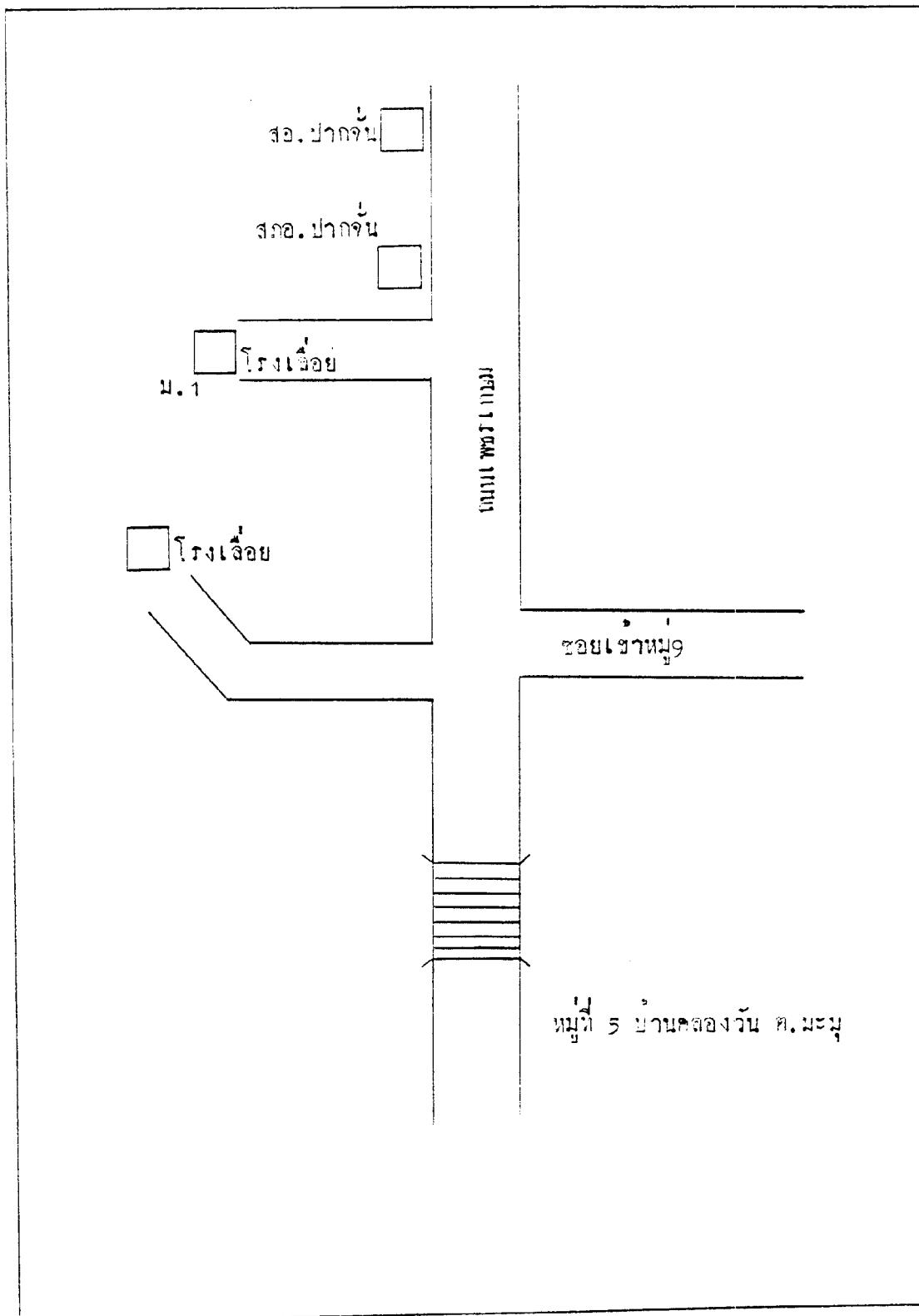
ลักษณะชุมชน

1. มีน้ำบ่อใช้สำหรับซักล้าง
2. มีห้องน้ำภายในบ้านทุกห้อง
3. ไฟฟ้าและน้ำมีใช้โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย
4. ที่อยู่อาศัยมั่นคง และกว้างขวางแต่ไม่สะอาดเท่าที่ควร
5. ชาวพม่าในชุมชนมีอาชีพรับจ้าง แล้วแต่เจ้าของโครงการจะจ้าง

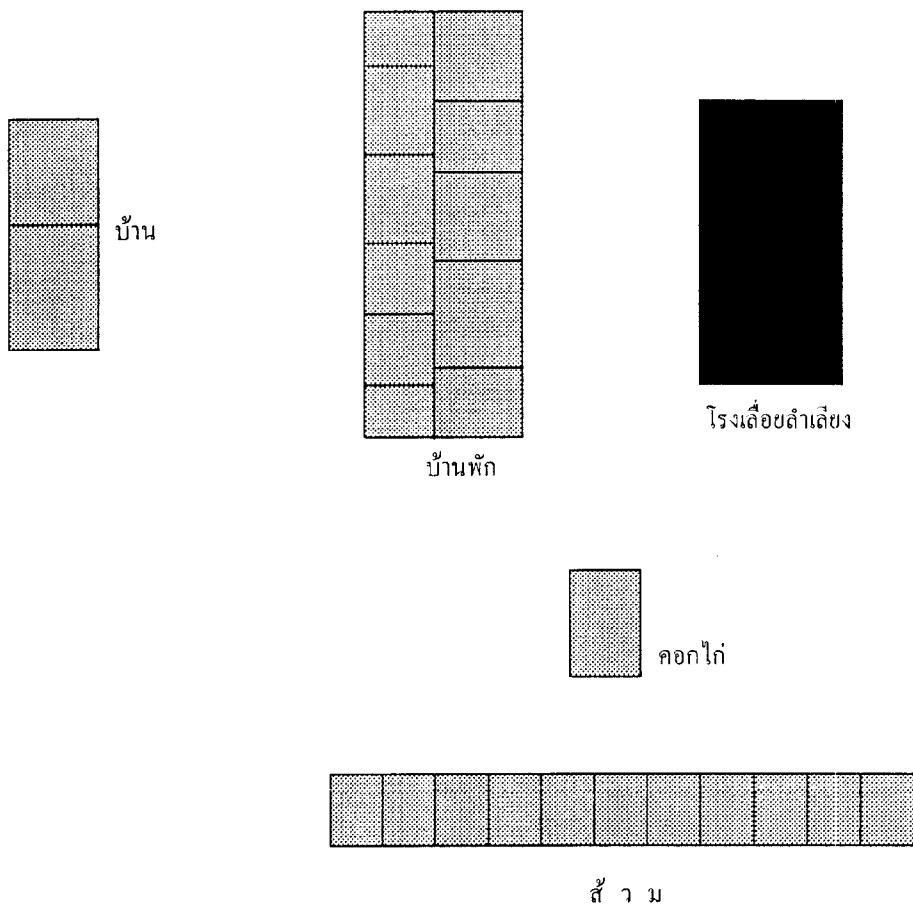
แผนที่ ม.1 ท.ปากจั่น และ ม.4 ท.มะนุ อ.กระบุรี จ.ระนอง



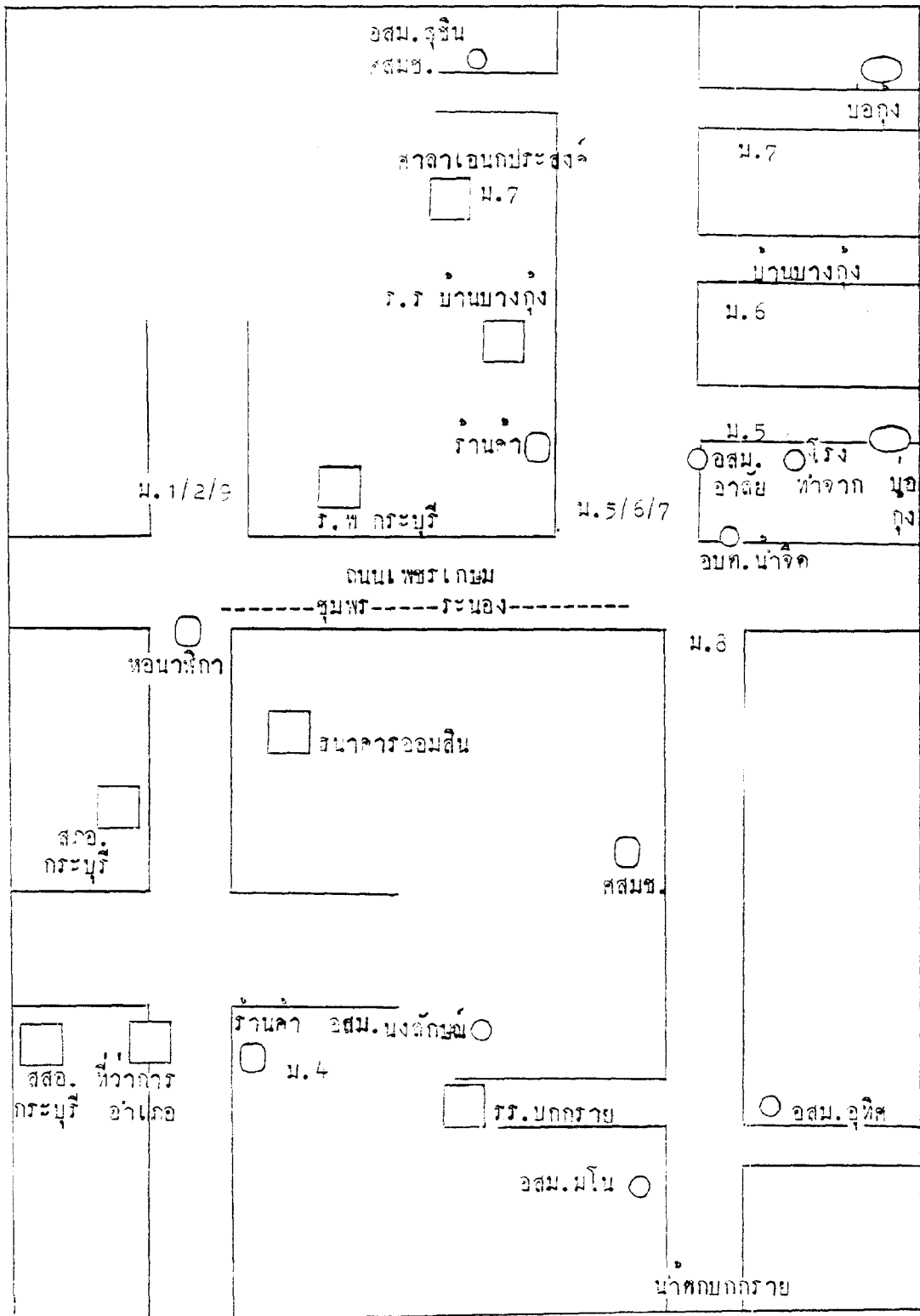
แผนที่อำเภอกระบุรี จ. ปากจั่น หมู่ 1



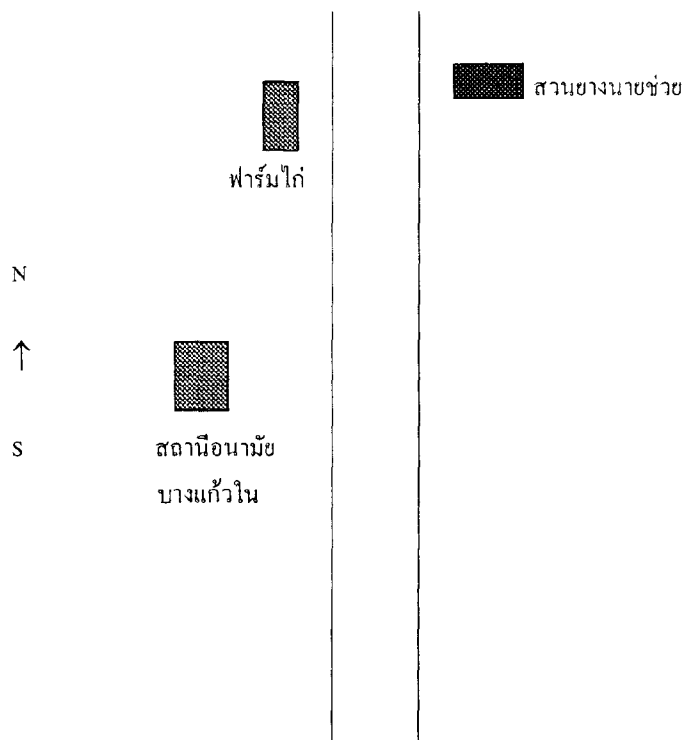
โรงเรียนลำเลียง หมู่ 5 มีจำนวนครอบครัวทั้งหมด 10 ครอบครัว เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีจำนวน 8 คน

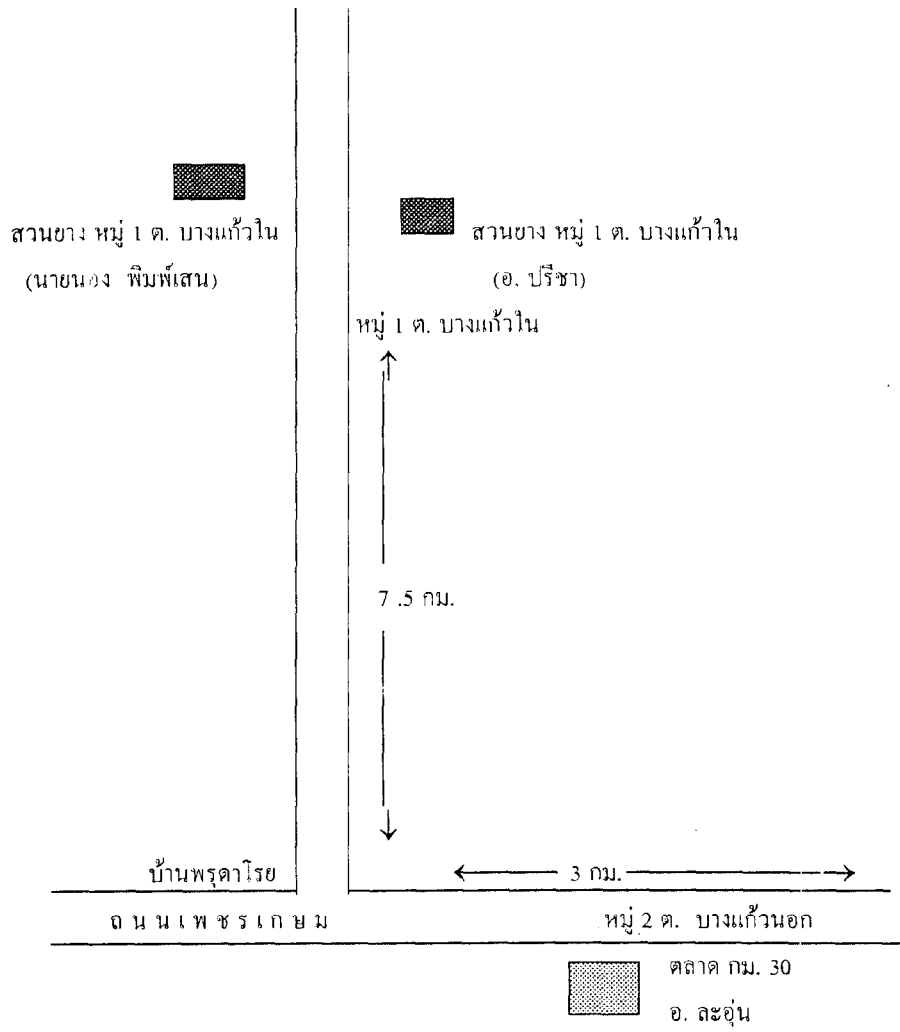


แผนที่ อำเภอกระบุรี ตำบลน้ำจืด



สวนยางนายช่วย หมู่ 1 ตำบลบางแก้ว อำเภอละอุ่น จังหวัดระนอง







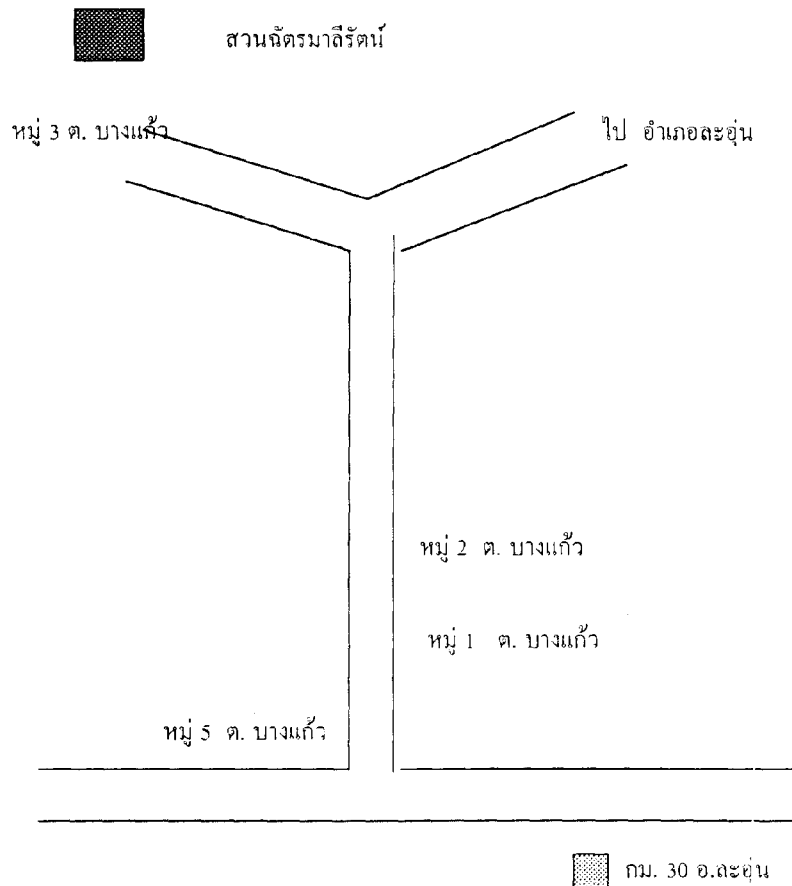
### สวนนัตรมาลีรัตน์

ที่อยู่ หมู่ 3 ตำบลบางแก้ว อำเภอละอุ่น จังหวัดระนอง

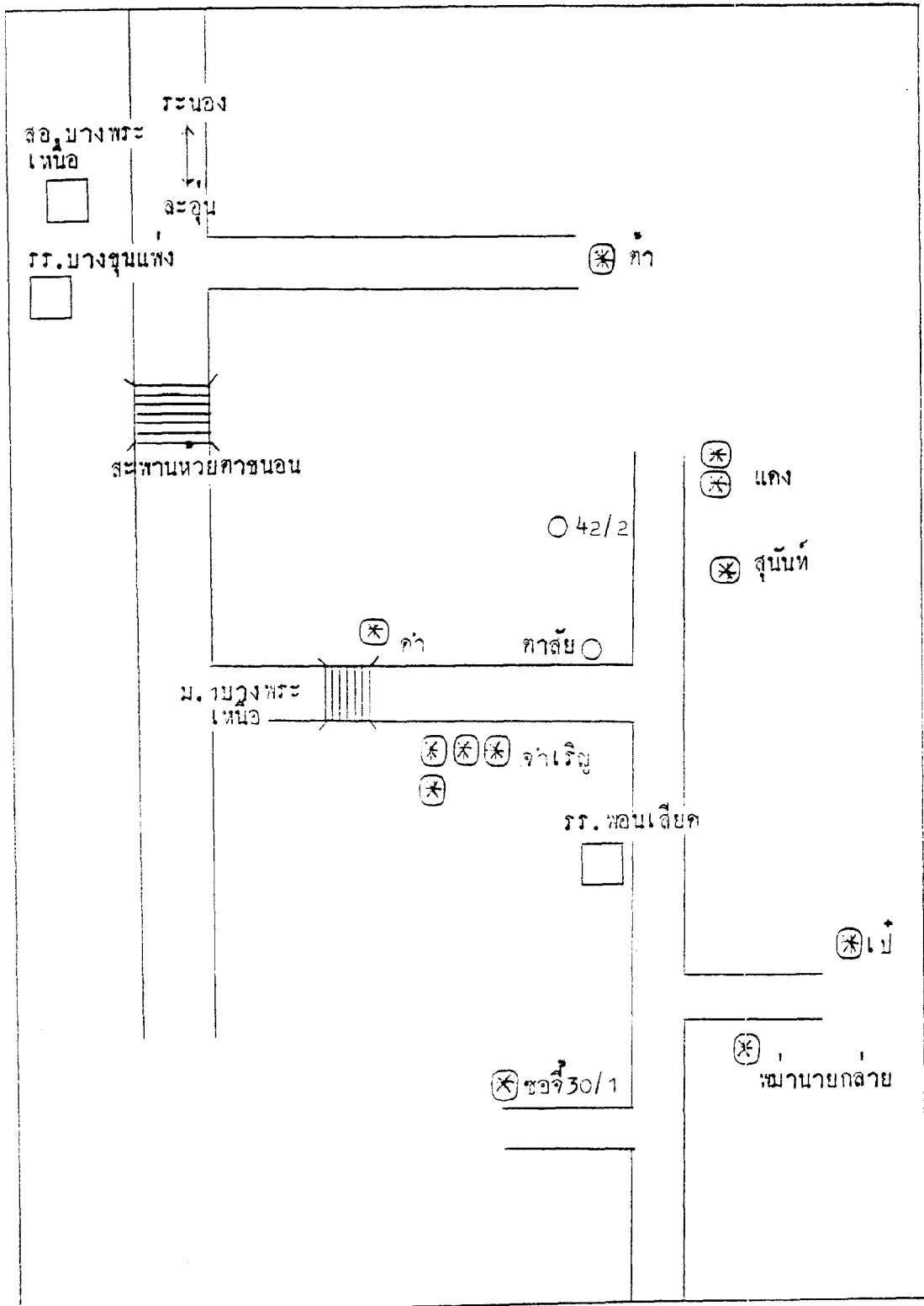
ลักษณะสวน เป็นสวนผสม มีสวนทุเรียน มะนาว กาแฟ ปาล์ม มีคนงานชาย 12 คน 7 ครัวเรือน รายได้เฉลี่ย

70 - 100 บาท/คน/วัน

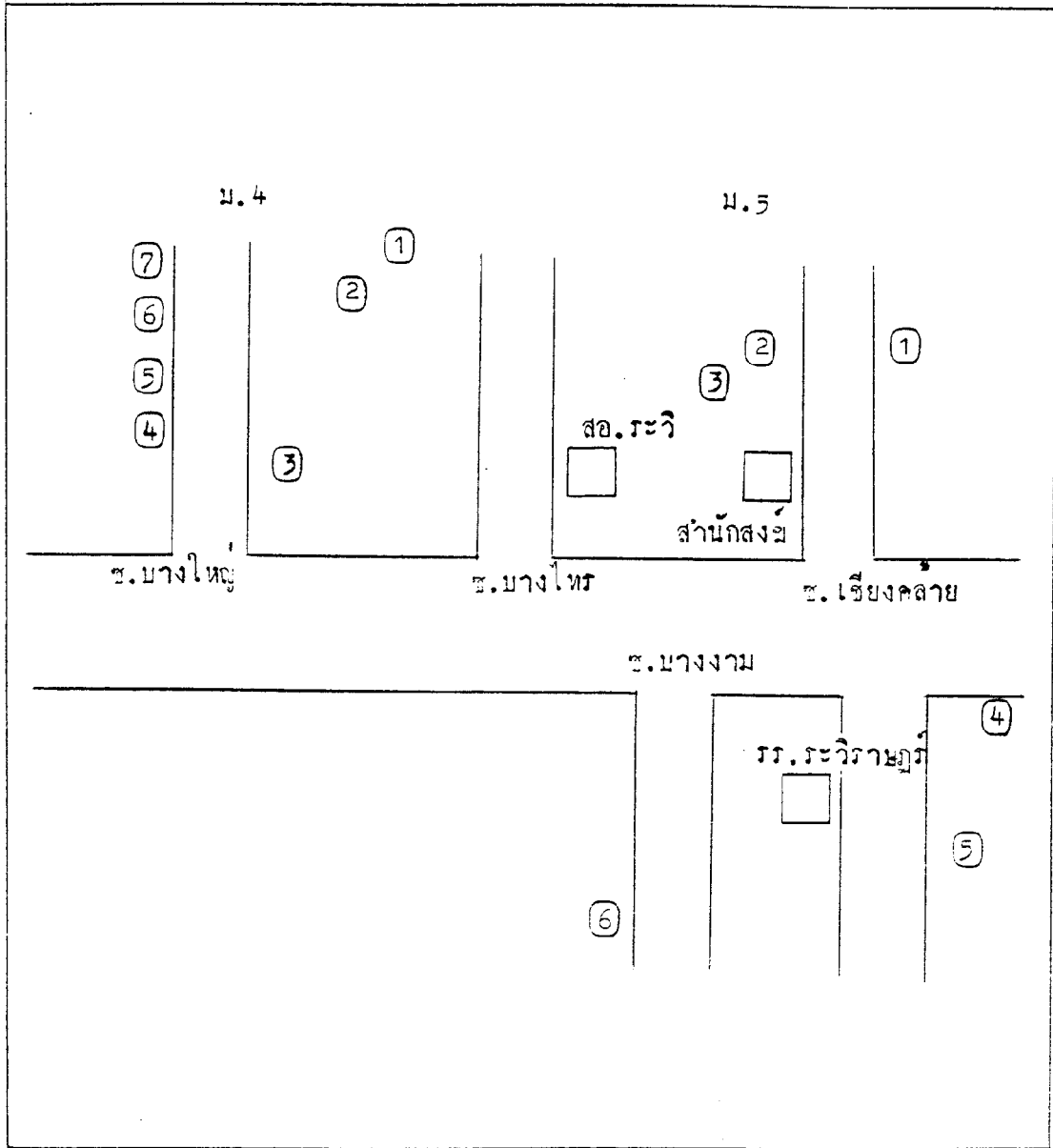
ลักษณะภูมิประเทศ เป็นที่ราบเชิงเขา



แผนที่ อำเภอละอุ่น ต.บางพระเหนือ ม.1 ในไร่



แผนที่ อำเภอลำลูกขัน ต.บางพระเหนือ ม.1 บางใหญ่



พื้นที่ หมู่ 5 ต. บางพระเหนือ อ. ละหาน จ. ระนอง (บ้านระวี)

