

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมารับบริการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ และไม่ครบตามเกณฑ์ของมารดาที่ย้ายถิ่นพม่า จังหวัดระนอง ผู้วิจัยได้รวบรวมแนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา โดยนำเสนอตามลำดับ ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการฝากครรภ์
 - ความหมาย วัตถุประสงค์ และความสำคัญ
 - นโยบายการให้บริการดูแลสตรีตั้งครรภ์ในประเทศไทย
2. แนวคิดเกี่ยวกับการใช้บริการสุขภาพ
 - พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ
 - แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ
3. การย้ายถิ่นแรงงานข้ามชาติ
 - ความหมาย และประเภทของการย้ายถิ่นข้ามชาติ
 - ผลกระทบของแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติต่อสังคมไทย
 - ปัญหาอนามัยแม่และเด็กในแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติ
 - มาตรการด้านสาธารณสุขแรงงานข้ามชาติ
4. ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลผู้ย้ายถิ่นจังหวัดระนอง
5. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับบริการฝากครรภ์ของมารดาที่ย้ายถิ่นพม่า

1. แนวคิดเกี่ยวกับการฝากครรภ์

การดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และการให้บริการฝากครรภ์ เป็นสิ่งสำคัญยิ่งต่อภาวะสุขภาพของมารดาและทารก เพราะกิจกรรมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ดีขณะตั้งครรภ์เป็นส่วนหนึ่งของเวชศาสตร์ป้องกันที่จะส่งผลให้มารดาและทารกมีความปลอดภัยในระยะคลอดและหลังคลอดได้ (วรารุณ สุมาวงศ์, 2533) อีกทั้งการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ยังเป็นงานบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานที่จำเป็นที่ทุกประเทศต้องจัดให้แก่ประชาชน (พวงน้อย สาครรัตนกุล และ จันทิมา ขนบดี, 2547)

1.1 ความหมาย วัตถุประสงค์ และความสำคัญ

1.1.1 ความหมาย

การฝากครรภ์ (Prenatal Care or Antenatal Care) หมายถึง การเฝ้าระวัง ดูแล ค้นหาอันตรายที่เกิดขึ้นและสามารถป้องกัน รักษา มารดา ในระยะตั้งครรภ์ เพื่อมิให้มี อันตรายเนื่องจากโรคที่เกิดจากการตั้งครรภ์โดยตรง หรือโดยอ้อมซึ่งเกิดจากโรคที่เคยเจ็บป่วยมา ก่อน และต้องมีการเฝ้าติดตามตั้งแต่ระยะแรกที่วินิจฉัยได้ว่าตั้งครรภ์ จนถึงระยะคลอด (พิชัย เจริญพานิช, 2531; สมพล พงศ์ไทย และอริย์ สรรพสมบุญ, 2531)

1.1.2 วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ของการฝากครรภ์เพื่อ (สมพล พงศ์ไทย และอริย์ สรรพสมบุญ, 2531; วราวุธ สุมาวงศ์, 2533; Sherwen et al., 1995)

- 1) ให้การวินิจฉัยการตั้งครรภ์
- 2) เพิ่มอัตราการตั้งครรภ์ และการคลอดปกติ
- 3) ลดอัตราการตายคลอด (Stillbirth) และอัตราตายของทารกใน ระยะแรกคลอด (Neonatal Death)
- 4) ดูแลรักษาสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ ให้ดำเนินไปด้วยดี ตลอดระยะการตั้งครรภ์จนถึงระยะคลอดและหลังคลอด
- 5) ให้การวินิจฉัย ป้องกัน และรักษาความผิดปกติ หรือภาวะแทรกซ้อน ที่อาจจะเกิดขึ้นระหว่างตั้งครรภ์
- 6) ให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์และสามี เกี่ยวกับการปฏิบัติตนระหว่าง ตั้งครรภ์ ระหว่างคลอด และหลังคลอด รวมทั้งการเลี้ยงดูทารก ซึ่งเป็นการช่วยลดความวิตกกังวล ที่จะเกิดขึ้นกับหญิงตั้งครรภ์ และสามี

เพื่อให้เป็นไปตามจุดประสงค์ของหลักการดังกล่าว การฝากครรภ์ ที่ถูกต้องจึงต้องการตรวจครรภ์ติดต่อกันหลายครั้งเป็นระยะ ๆ ตลอดการตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ ควรตรวจครรภ์ตั้งแต่ระยะแรกเริ่มทราบว่าตั้งครรภ์ คือ ภายใน 8 สัปดาห์แรก (Hall, 1981) ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้หญิงตั้งครรภ์ทุกคนควรได้รับการตรวจครรภ์จากเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขอย่างสม่ำเสมอและมีประสิทธิภาพอย่างน้อย 4 ครั้ง คือครั้งที่ 1 เมื่อตั้งครรภ์ได้ 1 – 6 เดือน ครั้งที่ 2 เมื่อตั้งครรภ์ได้ 7 เดือน ครั้งที่ 3 เมื่อตั้งครรภ์ได้ 8 เดือน และครั้งที่ 4 เมื่อตั้งครรภ์ ได้ 9 เดือน ส่วนหญิงกลุ่มครรภ์เสี่ยงสูง การนัดตรวจจะแปรตามความจำเป็นจากการประเมินผล แต่ละครั้ง โดยพิจารณาจากปัจจัยกำหนดจำนวนครั้งของการนัดตรวจ ได้แก่ อายุที่มาฝากครรภ์ ครั้งแรก ปัญหาสุขภาพเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ สภาวะอารมณ์และจิตสังคมของหญิงตั้งครรภ์และ

ครอบครัวย ความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการเป็นมารดา และภาวะแทรกซ้อนที่พบในระหว่างตั้งครรภ์ (พวงน้อย สาครรัตนกุลและจันทิมา ขนบดี, 2547)

การมารับบริการฝากครรภ์ตั้งแต่เริ่มรู้ว่ามี การตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์จะได้รับการบริการต่าง ๆ ดังนี้ การประเมินปัญหาและความต้องการเพื่อความสะดวกของทารกในครรภ์อย่างต่อเนื่อง การวินิจฉัยปัญหาและความต้องการเพื่อคัดกรองภาวะเสี่ยง การให้การดูแลครอบคลุมปัญหาและความต้องการ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในแต่ละไตรมาส การส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลตนเองตลอดการตั้งครรภ์และการเตรียมตัวคลอดอย่างปลอดภัย การประเมินความก้าวหน้าของสุขภาพและการตั้งครรภ์อย่างต่อเนื่อง และการพยาบาลโดยการพบในศักดิ์ศรีและสิทธิของหญิงตั้งครรภ์ (กองการพยาบาล, 2542)

1.1.3 ความสำคัญของการฝากครรภ์

การฝากครรภ์มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อภาวะสุขภาพของมารดาและทารก เป็นการช่วยลดภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย ภาวะทุพพลภาพ และลดการตายของมารดาและทารกที่มีสาเหตุมาจากการตั้งครรภ์ได้มาก เนื่องจากสาเหตุเหล่านี้สามารถหาทางป้องกัน หรือลดความรุนแรงลงได้ถ้าได้รับการฝากครรภ์ ดังนั้นเพื่อมารดาและทารกมีสุขภาพที่ดีตลอดระยะเวลาของการตั้งครรภ์ การคลอด และหลังคลอดมารดาควรมาฝากครรภ์ตั้งแต่ระยะแรกของการตั้งครรภ์ และควรมาฝากครรภ์ตามนัดทุกครั้ง มารดาควรเริ่มมาฝากครรภ์ครั้งแรกให้เร็วที่สุด เมื่อทราบว่าขาดระยะ แต่ไม่ควรช้ากว่าสัปดาห์ที่ 8 ของการตั้งครรภ์ (Hall, 1981) ทั้งนี้เพื่อมารดาจะได้รับการตรวจวินิจฉัย ดูแล รักษา และป้องกันความผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในขณะตั้งครรภ์ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกได้ เช่น การตกเลือดในระยะตั้งครรภ์ เบาหวาน และความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ เป็นต้น ทำให้ลดความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย และการตายของมารดาและทารก เนื่องมาจากการตั้งครรภ์และการคลอดลดลง (Wren, 1985) Hassen & Fall (1964 อ้างถึงใน สานิตย์ พ่วงทรัพย์, 2532) ได้กำหนดจำนวนครั้งของการฝากครรภ์ที่เหมาะสมว่าควรเท่ากับหรือมากกว่า 4 ครั้งขึ้นไป ทั้งนี้เพื่อมารดาจะได้รับคำแนะนำ และความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในขณะตั้งครรภ์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ รวมทั้งได้รับการส่งเสริมให้มารดาสามารถปรับตัวตอบบทาการเป็นมารดาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างมารดาและทารกในครรภ์ ทั้งยังเป็นการเปิดโอกาสให้มารดาได้ซักถามข้อสงสัยหรือเรื่องราวต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การคลอด ภายหลังคลอด ตลอดจนการเลี้ยงดูบุตรซึ่งจะช่วยลดความวิตกกังวลของมารดาและครอบครัวได้ (Thompson, 1995) นอกจากนี้การที่มารดามาฝากครรภ์ด้วยจำนวนครั้งที่มากขึ้นและรวดเร็ว ก็จะช่วยลดอัตราป่วยและอัตราตายในมารดาและทารกได้ (Hall, 1981)

ถึงแม้ว่าการฝากครรภ์จะมีความสำคัญ และเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับมารดาในขณะตั้งครรภ์แต่ในสภาพความเป็นจริงในปัจจุบันยังพบว่ามีการฝากครรภ์กลุ่มหนึ่งที่ไม่มาฝากครรภ์หรือมาฝากครรภ์ช้า หรือมาฝากครรภ์น้อยครั้ง คือ ต่ำกว่า 4 ครั้ง ซึ่งไม่ครบตามเกณฑ์ จึงทำให้มารดาในกลุ่มนี้ขาดโอกาสในการได้รับการตรวจรักษา ดูแล และป้องกัน ความผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นในระหว่างการตั้งครรภ์ได้ ขาดโอกาสที่จะได้รับคำแนะนำ และความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในขณะตั้งครรภ์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ตลอดจนขาดโอกาสที่จะซักถามข้อสงสัย หรือเรื่องราวต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การคลอด ภายหลังคลอด และการเลี้ยงดูบุตร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวัฒนา ศรีพจนารถ และมนต์ทิพย์ พงษ์ธนวิสุทธิ (2536) พบว่าการที่หญิงตั้งครรภ์ไปฝากครรภ์น้อยกว่า 4 ครั้ง ทำให้ขาดโอกาสที่จะได้รับความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ที่เพียงพอที่จะนำไปปฏิบัติตน ตลอดจนการได้รับการส่งเสริมให้มีเจตคติที่ดีต่อการตั้งครรภ์จากบุคลากรในทีมสุขภาพ มารดาในกลุ่มนี้จึงมีโอกาสดังกล่าวภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอดมากกว่ามารดาที่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ (คุณณี พงษ์ศิริ, 2539)

การที่ทารกในครรภ์จะเจริญเติบโตและแข็งแรงสมบูรณ์มากน้อยเพียงใดนั้น ยังขึ้นอยู่กับมารดาที่มารับบริการฝากครรภ์ของมารดา ซึ่งพบว่ามารดาที่ไม่ฝากครรภ์ จะมีอัตราการตายของทารกแรกเกิดสูงกว่ามารดาที่มาฝากครรภ์ (Misra et al., 1993) และมารดาที่มาฝากครรภ์จำนวนน้อยครั้งหรือไม่ครบตามเกณฑ์จะมีความเสี่ยงต่อการให้กำเนิดทารกน้ำหนักตัวน้อย (สมบูรณ์ เรือนรุ่งโรจน์ และนฤมล ชีระรังสิกุล, 2540; วิสุทธิ สุวิทยะศิริและคณะ, 2546) และการตายปริกำเนิดของทารกสูงขึ้นตามลำดับ (สุมิตตา สว่างทุกข์, 2539) โดยมารดาที่มาฝากครรภ์ 1-3 ครั้ง เสี่ยงต่อการตายของทารกปริกำเนิด 1.95 เท่าของมารดาที่ฝากครรภ์ 4 ครั้งขึ้นไป และจากการศึกษาของอรรพรรณ แสนนามวงษ์ (2533) พบว่าจำนวนครั้งของการฝากครรภ์มีความสัมพันธ์กับทารกตายปริกำเนิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่าการฝากครรภ์มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อมารดาและทารกในครรภ์ ซึ่งนอกจากจะได้รับการตรวจ ค้นหาความผิดปกติแล้ว หญิงตั้งครรภ์ยังได้รับความรู้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง อันจะนำไปสู่การคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี ดังที่ Gerllert (1993) ได้สรุปว่า การฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์และปฏิบัติอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ มีผลดีต่อสุขภาพมารดาและทารกในครรภ์ ซึ่งควรเริ่มเมื่ออายุครรภ์อ่อน ๆ และมารับบริการฝากครรภ์อย่างต่อเนื่องตามการนัดหมาย

1.2 นโยบายการให้บริการดูแลสตรีตั้งครรภ์ในประเทศไทย (พวงน้อย สาครรัตนกุล และ จันทิมา ขนบดี, 2547)

การให้บริการดูแลสตรีตั้งครรภ์ในประเทศไทยมีความแตกต่างกันตามนโยบายสถาบันและแหล่งที่อยู่ ประชากรในชนบทให้ความสำคัญต่อการฝากครรภ์และการดูแลระยะตั้งครรภ์น้อยกว่าคนในเมือง การฝากครรภ์ของประชาชนในชนบทเป็นเพียงการแสดงเจตจำนงว่าจะคลอดที่ไหนหรือให้ใครทำคลอดให้ การฝากครรภ์ในระยะเริ่มตั้งครรภ์มีจำนวนน้อย ส่วนมากจะฝากครรภ์เมื่อใกล้คลอดในปี พ.ศ.2530 กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำโครงการ “แม่ตัวอย่าง” เพื่อรณรงค์ให้สตรีตั้งครรภ์ ฝากครรภ์และตรวจครรภ์ โดยกำหนดมาตรฐานแม่ตัวอย่างว่ามีการฝากครรภ์มากกว่า 4 ครั้งขึ้นไป ในปี พ.ศ.2543 จัดทำโครงการ “เส้นทางลูกรัก” เพื่อกระตุ้นให้สตรีตั้งครรภ์สนใจดูแลตนเอง และรับบริการตรวจตามนัด ในปี พ.ศ.2545 กำหนดโครงการเฝ้าระวังสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลสตรีตั้งครรภ์ ซึ่งจากการดำเนินงานที่ผ่านมา นอกจากการลดอัตราการตายมารดา การดูแลสตรีตั้งครรภ์ยังช่วยลดปัญหาอื่น ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพประชากร เช่น การติดเชื้อ เอช ไอ วี จากแม่สู่ลูก การลดอัตราการเกิดโรคธาลัสซีเมียในเด็ก และการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยกว่าเกณฑ์

ดัชนีชี้วัดประสิทธิภาพหรือความสำเร็จของการดูแลสตรีตั้งครรภ์ ในระดับสากล องค์การอนามัยโลกกำหนดให้อัตราตายของมารดา (Maternal mortality rate-MMR) และอัตราตายปริกำเนิด (Perinatal mortality rate-PMR) เป็นดัชนีชี้วัดความสำเร็จของงานอนามัยมารดา-ทารกในระดับประเทศขึ้นอยู่กับปัญหาสาธารณสุขของแต่ละประเทศ ในประเทศไทยได้กำหนดดัชนีชี้วัดงานอนามัยแม่และเด็กที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสตรีตั้งครรภ์ดังนี้

- 1) อัตราภาวะโลหิตจางจากการขาดเหล็กในสตรีตั้งครรภ์
- 2) อัตราการฝากครรภ์ครบ 4 ครั้งตามเกณฑ์
- 3) อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม
- 4) อัตราทารกป่วยด้วยโรคเลือดจางธาลัสซีเมีย
- 5) อัตราตายทารก
- 6) อัตราตายปริกำเนิด
- 7) อัตราตายมารดา

ซึ่งในปัจจุบันนโยบายแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 9 (2545 – 2549) แตกต่างจากแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติที่ผ่านมา โดยมองภาพรวมของระบบสุขภาพในขอบเขตที่กว้างกว่าระบบงานของกระทรวงสาธารณสุข ที่มุ่งสร้างรากฐานการพัฒนาประเทศให้มี

ความสมดุล มีคุณภาพและยั่งยืน โดยมีเป้าหมายงานส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก ดังต่อไปนี้ (ภาณี วงษ์เอกและคณะ, 2546)

เป้าหมายสำหรับสถานบริการ ได้แก่

- ร้อยละโรงพยาบาล / ศูนย์สุขภาพชุมชนผ่านเกณฑ์การประเมินลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย
- ร้อยละโรงพยาบาล / ศูนย์สุขภาพชุมชนผ่านเกณฑ์การประเมินมุมส่งเสริมโภชนาการและพัฒนาการเด็กที่มีคุณภาพไม่น้อยกว่าร้อยละ 25
- ศูนย์เด็กเล็กสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินเป็นศูนย์เด็กเล็กที่น่าอยู่ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50

เป้าหมายสำหรับมารดา ได้แก่

- อัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน 18 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน
- อัตราการมีบุตรของหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี ไม่เกินร้อยละ 10
- ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอช ไอ วี ไม่เกินร้อยละ 1
- ร้อยละหญิงตั้งครรภ์เป็นโรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กไม่เกินร้อยละ 10
- ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจเลือดเพื่อคัดกรองธาลัสซีเมียเบื้องต้นไม่น้อยกว่าร้อยละ 80

เป้าหมายสำหรับทารกและเด็ก ได้แก่

- อัตราการขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด ไม่เกิน 30 ต่อ 1,000 เกิดมีชีพ
- อัตราทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ไม่เกินร้อยละ 7
- อัตราตายปริกำเนิด ไม่เกิน 9 ต่อ 1,000 การเกิดทั้งหมด
- อัตราตายทารก ไม่เกิน 15 ต่อการเกิดมีชีพพันคน
- อัตราทารกกินนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 4 เดือน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30
- ร้อยละเด็ก 0-5 ปี มีการเจริญเติบโตตามเกณฑ์มาตรฐานอายุตามน้ำหนักไม่น้อยกว่าร้อยละ 93
- ร้อยละเด็ก 0-5 ปี ที่พัฒนาการตามวัย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80
- ร้อยละเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี ติดเชื้อเอช ไอ วี ไม่เกินร้อยละ 80
- ร้อยละเด็กอายุ 6 เดือน-5 ปี ในพื้นที่เสี่ยงได้รับการหยอดวิตามินเอไม่น้อยกว่าร้อยละ 90

2. แนวคิดเกี่ยวกับการให้บริการสุขภาพ

2.1 พฤติกรรมการให้บริการสุขภาพ

Mechanic (1978 อ้างถึงในชมพูนุช สุจริตจันทร์, 2545) กล่าวว่า พฤติกรรมการให้บริการสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำเพื่อสนองตอบต่ออาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกาย ซึ่งบุคคลนั้นมีความเชื่อว่าเป็นอาการของความเจ็บป่วย โดยพยายามอธิบายหรือตีความอาการที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์ของตนเองซึ่งแสวงหาความคิดเห็นและคำแนะนำจากผู้ที่เขาเชื่อว่าจะมีความชำนาญด้านสุขภาพ โดยอาจมีพฤติกรรมแสวงหาการรักษาพยาบาล การหลบหนีจากสังคม รวมทั้งการไม่ทำอะไรเลย แต่คอยสังเกตอาการผิดปกติจนหายไปเอง โดยที่การปฏิบัติตัวของบุคคลที่เจ็บป่วยจะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายๆ อย่าง เช่น ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุโรค อาการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค วิธีการรักษาโรค ความเชื่อ ขนบธรรมเนียมประเพณี ความใส่ใจในสุขภาพ ค่านิยมและสถานบริการที่มีอยู่ในชุมชน เป็นต้น ดังนั้นการปฏิบัติของประชาชนเมื่อเจ็บป่วยหรือเมื่อมีอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกาย อาจทำได้หลายประการ เช่น อยู่เฉยๆ ปล่อยให้หายไปเอง ไปรับบริการที่โรงพยาบาลของรัฐ โรงพยาบาลเอกชน คลินิก/โพลีคลินิกเอกชน หามหมอกลางบ้าน หมอเวทมนต์หรือบุคคลอื่นๆ ที่มีโช้แพทย์

แบบจำลองพฤติกรรมการให้บริการสุขภาพ ได้รับการพัฒนาขึ้นครั้งแรกในปี ค.ศ. 1960 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อที่จะอธิบายปรากฏการณ์การให้บริการสุขภาพของครอบครัว นิยามและวัดการเข้าถึงบริการสุขภาพ และช่วยสร้างนโยบายเพื่อส่งเสริมการให้บริการสุขภาพของประชาชนในประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่ง Andersen (1995) ได้อ้างการศึกษาของ Aday and Andersen (1975) ว่าได้สร้างรูปแบบเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาการให้บริการสุขภาพทั้งระบบ โดยมองปัจจัยต่างๆ ที่จะส่งผลไปถึงพฤติกรรมการให้บริการสาธารณสุขของประชาชน ดังนี้

2.1.1 นโยบายสาธารณสุข (Health Policy) ได้แก่ การจัดสรรทรัพยากรและบุคลากรทางด้านสาธารณสุข การจัดองค์กรสาธารณสุขและระบบการให้การศึกษานักวิชาการสาธารณสุข ซึ่งเงื่อนไขของนโยบายจะมีผลโดยตรงต่อลักษณะการจัดระบบการให้บริการสาธารณสุขของประเทศและอาจมีผลต่อลักษณะของประชากรที่มีความต้องการใช้บริการด้วย

2.1.2 ลักษณะของระบบการให้บริการสาธารณสุข (Characteristics of health delivery system) ปัจจัยนี้พิจารณาถึงระบบการให้บริการสาธารณสุขของสถานบริการสาธารณสุขแต่ละด้าน แต่ละแห่ง ซึ่งประกอบด้วยทรัพยากรที่ได้รับจัดสรรทั้งในด้านปริมาณ ความเพียงพอ การกระจาย ตลอดจนพิจารณาถึงความครอบคลุมของการให้บริการอีกด้วย นอกจากนี้ยังพิจารณาเกี่ยวกับองค์กรสาธารณสุขในด้านระบบการให้บริการ และลักษณะการทำงานของเจ้าหน้าที่จะมีผลต่อการให้บริการสุขภาพ ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ และลักษณะของผู้ใช้บริการ

2.1.3 ลักษณะของประชาชนผู้ให้บริการ เป็นปัจจัยทางด้านประชากร เศรษฐกิจ และสังคม จิตวิทยาของผู้ให้บริการ ได้แบ่งออกเป็น 3 ปัจจัย คือ

2.1.3.1 ปัจจัยนำ (Predisposing factors) เป็นปัจจัยเกี่ยวกับตัวบุคคล ได้แก่ปัจจัยด้านประชากร คือ อายุ เพศ ปัจจัยโครงสร้างสังคม คือ เชื้อชาติ ศาสนา ระดับการศึกษา และค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วย

2.1.3.2 ปัจจัยสนับสนุน (Enabling factors) เป็นปัจจัยที่สนับสนุนหรือเกื้อกูลให้บุคคลสามารถไปใช้บริการได้ ปัจจัยนี้ได้แก่ รายได้หรือทรัพยากรของครอบครัว และแหล่งบริการที่จัดไว้ในชุมชนที่ประชาชนจะไปใช้บริการได้เมื่อต้องการ

2.1.3.3 ปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพ (Needs for health services) เป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลรับรู้ว่าการเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้กับทุกคน และเมื่อเจ็บป่วยแล้ว จะต้องให้ความสำคัญของการใช้บริการที่เหมาะสมด้วย ปัจจัยด้านนี้ได้แก่ การรับรู้ด้านสุขภาพ และการประเมินการเจ็บป่วย

2.1.4 ความพึงพอใจต่อการบริการของผู้ให้บริการ (Consumer Satisfaction)

2.1.4.1 ความพึงพอใจต่อความสะดวกที่ได้รับจากบริการ (Convenience) ได้แก่

- 1) การใช้เวลารอคอยในสถานบริการรักษาพยาบาล
- 2) การได้รับการรักษาดูแลเมื่อมีความต้องการ
- 3) ความสะดวกสบายที่ได้รับในสถานบริการรักษาพยาบาล

2.1.4.2 ความพึงพอใจต่อการเชื่อมโยงของบริการ (Co-ordinating) ได้แก่

- 1) การได้รับบริการทุกประเภทในสถานบริการรักษาพยาบาล
แห่งหนึ่ง คือผู้ป่วยสามารถขอรับบริการได้ทุกประเภทตามความต้องการของผู้ป่วย
- 2) เจ้าหน้าที่ให้ความสนใจสุขภาพทั้งหมดของผู้ป่วย ทั้งร่างกาย
และจิตใจ

- 3) ได้มีการติดตามผลการรักษา

2.1.4.3 ความพึงพอใจต่ออหยาศัย ความสะดวกของเจ้าหน้าที่ (Courtesy) ได้แก่ การแสดงอหยาศัยท่าทางที่ดีเป็นกันเองของผู้ให้บริการ และแสดงความสนใจห่วงใยต่อผู้ป่วย

2.1.4.4 ความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับจากบริการ (Information) แยกออกเป็นข้อมูล 2 ประเภทคือ

- 1) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุการเจ็บป่วย

2) ข้อมูลเกี่ยวกับการให้การรักษาแก่ผู้ป่วย เช่น การปฏิบัติตน
ของผู้ป่วยและการใช้ยา เป็นต้น

2.1.4.5 ความพึงพอใจต่อคุณภาพของบริการ (Quality of Care) ได้แก่
คุณภาพของการดูแลทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับในทัศนะของผู้ป่วยที่มีต่อบริการของสถานบริการ

2.1.4.6 ความพึงพอใจต่อค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ (Out of Pocket Cost)
ได้แก่ ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยจ่ายไปกับการรักษาความเจ็บป่วย

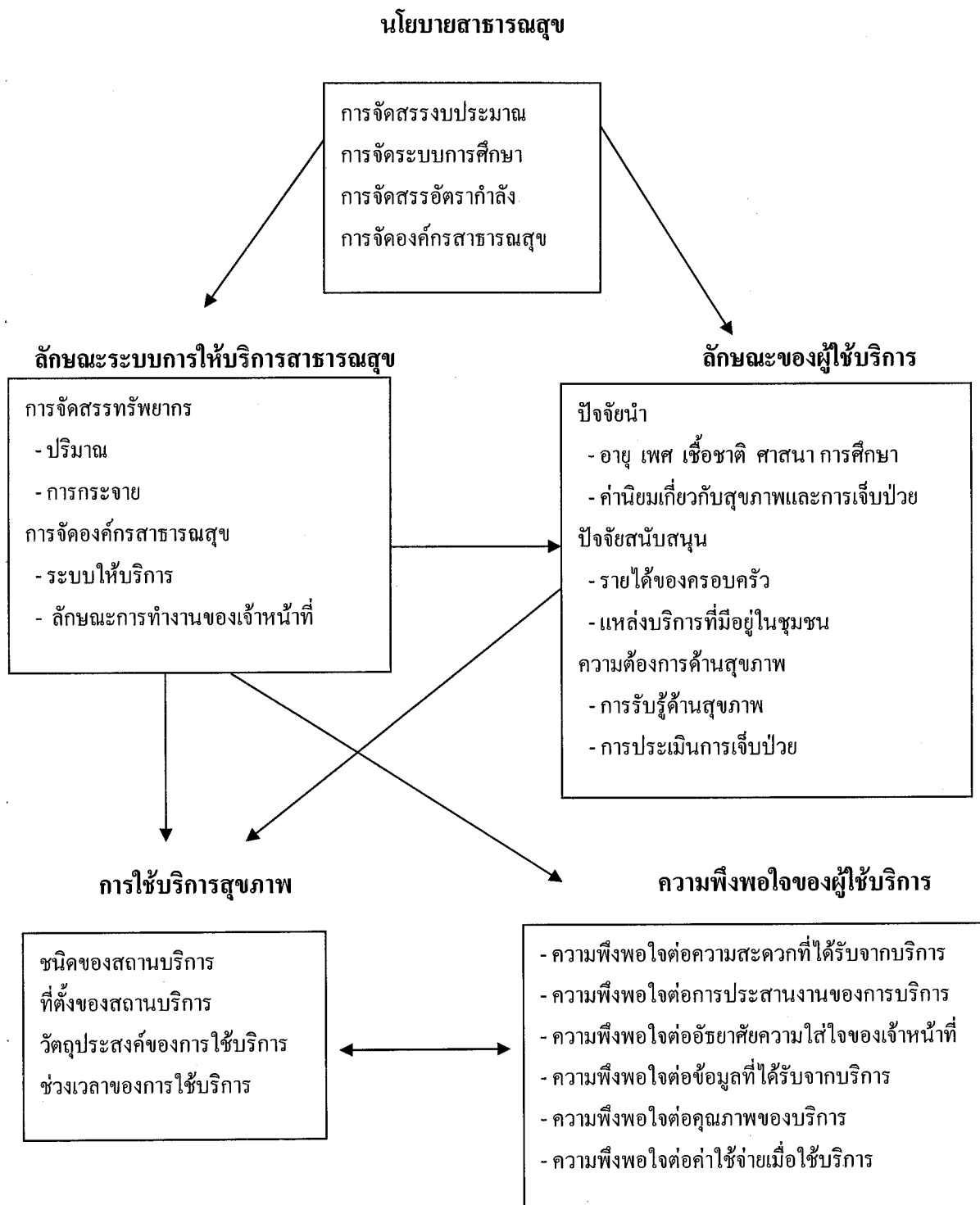
2.1.5 การใช้บริการสาธารณสุข (Utilization of Health Service) ได้แก่

2.1.5.1 ชนิดของสถานบริการรักษาพยาบาล

2.1.5.2 ที่ตั้งของสถานบริการรักษาพยาบาล

2.1.5.3 วัตถุประสงค์ของการใช้บริการ

2.1.5.4 ช่วงเวลาของการใช้บริการ



ภาพที่ 2 รูปแบบของการศึกษาการใช้บริการสุขภาพ (Aday, Lu Ann. And Ronald Andersen, 1975 อ้างถึงในศิริพร ปรารักษ์ประสิทธิ์ (2536))

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ

2.2.1 Anderson, Kravits and Anderson (1975 อ้างถึงใน สุรเดช วงอุปปา, 2546) ได้เสนอกรอบของการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการสุขภาพว่า การตัดสินใจในการใช้บริการทางสุขภาพ และปริมาณการใช้บริการทางสุขภาพจะมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับปัจจัยหลัก 3 ประการคือ

2.2.1.1 ปัจจัยโน้มนำที่มีอยู่ก่อน (Predisposing Factors) หมายถึง ตัวแปรต่างๆ ของแต่ละบุคคลที่โน้มนำไปสู่การใช้บริการสุขภาพ คุณสมบัติเหล่านี้มีอยู่ก่อนที่จะเกิดการเจ็บป่วย ได้แก่

(1) ปัจจัยทางประชากร เช่น อายุ เพศ สถานภาพสมรส ขนาดครอบครัว เป็นต้น

(2) ปัจจัยทางสังคม เช่น การศึกษา ศาสนา เชื้อชาติ เป็นต้น

(3) ความเชื่อด้านสุขภาพ เช่น ความเชื่อว่าการรักษาแผนปัจจุบันสามารถรักษาการเจ็บป่วยได้ดีกว่า

2.2.1.2 ปัจจัยสนับสนุน (Enabling Factors) หมายถึงปัจจัยที่บ่งบอกถึงความสามารถของแต่ละบุคคลในการใช้บริการสุขภาพทั้งความสามารถเชิงเศรษฐกิจและการเข้าถึงบริการ ได้แก่ ทรัพยากรของครอบครัว เช่น รายได้ การประกันสุขภาพ ที่อยู่อาศัย และทรัพยากรชุมชน เช่น การมีสถานบริการและทรัพยากรในชุมชน

2.2.1.3 ปัจจัยด้านความจำเป็น (Need Factors) ประกอบด้วย ความจำเป็น 2 อย่าง คือ ความจำเป็นที่เกิดจากการรับรู้ของแต่ละบุคคล เช่น การรับรู้เกี่ยวกับลักษณะความเจ็บป่วย ความรุนแรงของความเจ็บป่วย และความจำเป็นที่ได้รับการประเมินจากระบบบริการ เช่น แพทย์ลงความเห็นว่าจะต้องได้รับการรักษาโดยวิธีใดวิธีหนึ่ง เป็นต้น

2.2.2 Frederic A Day and Boonlert Leopraphai (1977 อ้างถึงใน มยุรี คชนาม, 2536) ทำการศึกษาแบบแผนของการใช้บริการสาธารณสุขในชนบทของไทย ได้เสนอแบบจำลองเกี่ยวกับการเลือกใช้บริการสาธารณสุขโดยอธิบายถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

2.2.2.1 ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal Factors) ประกอบด้วย การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ความรู้เกี่ยวกับแหล่งบริการสาธารณสุข เวลาที่มีประสบการณ์ด้านรักษาในอดีต ความคุ้นเคยและความเป็นกันเองของผู้ให้บริการ การเดินทาง แนวโน้มที่จะเดินทางไปที่ยื่นรายได้ของบุคคลครอบครัว และลักษณะทางด้านเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม

2.2.2.2 ปัจจัยแทรกซ้อน (Interventing Factors) ประกอบด้วยระยะทาง ยานพาหนะสำหรับการเดินทาง ความคิดเห็นของเพื่อนและญาติ สถานบริการอื่นๆ ที่จะเลือกไปใช้บริการ

2.2.2.3 ลักษณะผู้ให้บริการ (Provider's Characteristics) ประกอบด้วยคุณภาพของการให้บริการและชื่อเสียง คุณภาพของเครื่องมือหรือวิธีการรักษาพยาบาล ความเป็นกันเองกับประชาชนและชุมชน ค่าใช้จ่ายในการมารับบริการ และเวลาที่รอคอยในการรับบริการ

2.2.3 แนวความคิดเชิงทฤษฎีของ Jame C. Young (Young, 1981) ได้เสนอกรอบการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการสุขภาพประกอบด้วยปัจจัยต่างๆ ดังนี้

2.2.3.1 การรับรู้ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วย (Gravity or Percieved Seriousness of Illness)

2.2.3.2 ความรู้เกี่ยวกับการรักษาเยียวยาแบบพื้นบ้าน หรือการเยียวยาตนเอง (Knowledge of Home Remedy)

2.2.3.3 ความเชื่อถือในผลการรักษา (Faith or Percieved Benefit of Trading Action)

2.2.3.4 การเข้าถึงแหล่งบริการ (Accessibility)

2.2.4 แนวคิดของ Kroeger (Kroeger, 1983) เป็นแนวคิดที่เกี่ยวกับพฤติกรรม การแสวงหาการรักษาในประเทศกำลังพัฒนาโดยชี้ให้เห็นปัจจัยเกี่ยวกับการใช้หรือไม่ใช้บริการทั้ง การแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์แผนโบราณ ซึ่งเน้นปัจจัยการใช้บริการ โดยแนวคิดของ Kroeger ได้เสนอรูปแบบของ Determinant Model ที่มุ่งอธิบายปัจจัย 3 ปัจจัย ซึ่งส่งผลต่อการเลือกแหล่งบริการรักษาพยาบาล คือ

2.2.4.1 ปัจจัยพื้นฐาน(Predisposing Factors) ได้แก่ ลักษณะทางด้านประชากรคือ อายุ เพศ สถานภาพสมรส บทบาทในครอบครัว ความสัมพันธ์กับเครือข่ายทางสังคม กลุ่มชาติพันธุ์และศาสนา การเปลี่ยนแปลงด้านเอกลักษณ์ทางวัฒนธรรม การศึกษา สถานภาพทางเศรษฐกิจและการประกอบอาชีพ และนวัตกรรม

2.2.4.2 ปัจจัยส่งเสริม (Enabling Factors) ได้แก่ การเข้าถึงแหล่งบริการ การประกันสุขภาพ ความมั่นคงของรายได้

2.2.4.3 ปัจจัยระบบบริการสุขภาพ (Health Service System Factors) ได้แก่ โครงสร้างของระบบการบริการ คือ ที่ตั้งทางภูมิศาสตร์ การยอมรับต่อเจ้าหน้าที่ ความพึงพอใจต่อคุณภาพการรักษา และค่าใช้จ่าย

2.2.5 สำหรับประเทศไทย วสันต์ ศิลปสุวรรณ (2532) ได้ศึกษารูปแบบการใช้บริการสุขภาพ ประกอบด้วย

2.2.5.1 ลักษณะประชากร เป็นคุณลักษณะของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการใช้บริการสุขภาพ ทั้งด้านการป้องกัน ด้านการส่งเสริมสุขภาพและด้านการรักษาพยาบาล

2.2.5.2 โครงสร้างทางสังคม (Social structure factors) เป็นปัจจัยโครงสร้างทางสังคมประกอบด้วย การศึกษา อาชีพ เชื้อชาติ ศาสนา

2.2.5.3 ปัจจัยด้านจิตวิทยา (Social Psychology) พิจารณาจากด้านค่านิยม ด้านสุขภาพ บรรทัดฐานทางสังคม ทศนคติ และความเชื่อของประชาชนที่มีต่อเรื่องสุขภาพ และการใช้บริการสุขภาพ ตลอดจนรูปแบบการดำเนินชีวิตของบุคคล และแรงจูงใจด้านสุขภาพ

2.2.5.4 ปัจจัยด้านเศรษฐกิจหรือทรัพยากรของครอบครัว

2.2.5.5 ปัจจัยแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในชุมชน ศึกษาคุณสมบัติอันอำนวยความสะดวกที่มีอยู่ในชุมชน หรือประเภทของบริการ จำนวนบุคลากร สภาพภูมิศาสตร์ และที่อยู่อาศัย ห่างไกลกันมากเพียงใดสะดวกหรือไม่

2.2.5.6 ปัจจัยด้านบริการสุขภาพ (Organization factors) รวมถึงรูปแบบกระบวนการ การให้บริการ และสิ่งอำนวยความสะดวกด้านบุคคล

2.2.5.7 ปัจจัยระบบสาธารณสุข ได้แก่ นโยบายสาธารณสุข ด้านการเมือง งบประมาณและทรัพยากรที่ได้รับการจัดสรรในการดำเนินงานด้านสุขภาพของประชาชน

2.2.6 แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker, 1974 อ้างใน ดุษณี พงษ์ศิริ, 2539) เป็นแบบแผนหรือรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาจากทฤษฎีทางด้านจิตวิทยา สังคม เพื่อใช้อธิบายการตัดสินใจของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ โดยครั้งแรกได้นำมาใช้ในการทำนายและอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive Health Behavior) ต่อมาภายหลังได้มีการดัดแปลงไปใช้ในการอธิบายพฤติกรรมเจ็บป่วย (illness behavior) และพฤติกรรมของผู้ป่วยในการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ (Sick- role behavior) ซึ่ง Becker ได้กล่าวถึงองค์ประกอบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ประกอบด้วยแนวคิดที่เกี่ยวกับการรับรู้ของบุคคล และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเป็นไปได้ของการปฏิบัติพฤติกรรม มีรายละเอียดดังนี้

2.2.6.1 การรับรู้ของบุคคล (Individual Perception) ประกอบด้วย

(1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Percieved Susceptibility) เป็นการรับรู้ของบุคคลถึงโอกาสเสี่ยงของตนเองต่อการเป็นโรคหรือปัญหาสุขภาพ มีการคาดคะเนว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพนั้นมากน้อยเพียงใด

(2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) เป็นการรับรู้ของบุคคลถึงความรุนแรงที่เกิดจากปัญหาสุขภาพและการเจ็บป่วย การก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความทุกข์ทรมาน การสูญเสียหน้าที่ ตลอดจนมีผลกระทบต่องาน ชีวิตในครอบครัว และบทบาททางสังคม

(3) การรับรู้ภาวะคุกคาม (Perceived Threat) เป็นการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค ทำให้บุคคลรับรู้ภาวะคุกคามของโรคว่ามีมากน้อยเพียงใด ซึ่งภาวะคุกคามนี้เป็นสิ่งที่บุคคลไม่ปรารถนา

2.2.6.2 ปัจจัยร่วม (Modifying Factors) เป็นปัจจัยที่มีส่วนช่วยส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคต่อการที่บุคคลจะปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคว่ามีมากน้อยเพียงใด หรือการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาโรค ประกอบด้วย

- (1) ปัจจัยด้านลักษณะประชากร เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ
- (2) ปัจจัยด้านจิตสังคม เช่น บุคลิกภาพ ระดับชั้นในสังคม
- (3) ปัจจัยด้านโครงสร้าง เช่น ความรู้หรือประสบการณ์เกี่ยวกับโรค

(4) ปัจจัยด้านการปฏิบัติ เป็นปัจจัยที่มีการกระตุ้นให้มีการปฏิบัติที่เหมาะสมเกิดขึ้น ปัจจัยเหล่านี้อาจเป็นปัจจัยภายในตัวบุคคล เช่น การรับรู้สภาพของตนเอง อาการไม่สบาย เจ็บปวด หรือปัจจัยภายนอกตัวบุคคล เช่น ข้อมูลจากสื่อหรือบุคคลต่าง ๆ การเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว เป็นต้น

2.2.6.3 ปัจจัยที่มีผลต่อความเป็นไปได้ของการปฏิบัติ มี 2 ปัจจัยที่มีผลต่อโอกาสที่จะปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล ประกอบด้วย

(1) การรับรู้ประโยชน์ (Perceived Benefits) เป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค และเชื่อว่าโรคนั้นมีความรุนแรงหรือก่อให้เกิดผลเสียต่อตน รวมทั้งเสียเวลา การเสียต่อความไม่ปลอดภัยและอาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น โดยแสวงหาวิธีการปฏิบัติในการลดภาวะเสี่ยงหรือความรุนแรงของโรคหรือปัญหาสุขภาพ และเชื่อว่า การปฏิบัตินั้น ๆ เกิดผลดี มีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้ป่วยเป็นโรคหรือหายจากโรคนั้น

(2) การรับรู้อุปสรรค (Perceived Barriers) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับข้อเสียหรืออุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกันและรักษาโรค เช่น การเสียค่าใช้จ่าย ความไม่คุ้นเคย ความไม่สบาย ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับอุปสรรคจะน้อยกว่าประโยชน์ที่ได้รับ

แนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้อธิบายพฤติกรรมของบุคคลในการที่จะปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคและการรักษาโรคว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของปัญหาสุขภาพขึ้นอยู่กับ การรับรู้ของบุคคล การที่บุคคลรับรู้ว่าคุณเองมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพและเชื่อว่าปัญหาสุขภาพนั้นมีความรุนแรง จะเกิดแรงผลักดันให้บุคคลหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคามของโรค โดยการเลือกวิธีปฏิบัติพฤติกรรมที่ดีที่สุด โดยเปรียบเทียบประโยชน์ที่ได้รับกับผลเสีย ค่าใช้จ่ายหรืออุปสรรคของการปฏิบัติ ถ้าความพร้อมในการปฏิบัติมีสูงและข้อเสียหรืออุปสรรคมีน้อยก็จะเกิดการปฏิบัติพฤติกรรม ถ้าความพร้อมมีน้อยหรือข้อเสียมีมากก็จะไม่มีการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงทำให้มีพลังที่จะปฏิบัติพฤติกรรม ส่วนการรับรู้ประโยชน์จะช่วยให้สามารถเลือกแนวทางปฏิบัติได้ โดยอาศัยปัจจัยกระตุ้นขึ้นอยู่กับ การรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรง ถ้าระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงอยู่ในระดับต่ำต้องอาศัยปัจจัยกระตุ้นมาก ถ้าระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงสูงก็อาจต้องกระตุ้นเพียงเล็กน้อย

แบบแผนความเชื่อทางสุขภาพตามแนวคิดของ Becker นี้ ได้มีผลงานการศึกษาวิจัยมากมายสนับสนุนว่ามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมอนามัยของบุคคล ดังนั้นในการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์และไม่ครบตามเกณฑ์ของมารดาที่ย้ายถิ่นพม่า ในจังหวัดระนอง ความเชื่อทางสุขภาพจึงเป็นปัจจัยการรับรู้ต่อการตั้งครรภ์ซึ่งน่าจะมีความสำคัญและนำมาศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ โดยประยุกต์ให้สอดคล้องกับการมารับบริการฝากครรภ์ อันได้แก่

1. การรับรู้โอกาสเกิดอาการแทรกซ้อนในระหว่างตั้งครรภ์
2. การรับรู้อันตรายและความรุนแรงของอาการแทรกซ้อนในระหว่างตั้งครรภ์
3. การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์

3. การย้ายถิ่นแรงงานข้ามชาติ

3.1 ความหมายและประเภทของการย้ายถิ่นข้ามชาติ

องค์การสหประชาชาติได้ให้คำจำกัดความของ “ผู้ย้ายถิ่น” (migrant) ไว้ว่า เป็นผู้ซึ่งเปลี่ยนที่อยู่อาศัยเดิมจากพื้นที่หนึ่งไปอยู่อาศัยในพื้นที่ใหม่ที่ไกลจากที่อยู่เดิมในช่วงระยะเวลาหนึ่ง แต่จากการรวบรวมสถานะความรู้เรื่องแรงงานข้ามชาติในประเทศไทยและทิศทางวิจัยที่พึงพิจารณาของกฤษฎา อาชนิจกุล (2545) กล่าวว่าในเอกสารขององค์การระหว่างประเทศที่ทำงานเกี่ยวข้องกับการย้ายถิ่นข้ามชาติ มักให้ความหมายของผู้ย้ายถิ่นข้ามชาติไว้กว้างๆ โดยยึดเอาเวลาในการพำนักอยู่ในประเทศปลายทางเป็นหลักว่า ต้องอยู่อย่างต่ำหนึ่งปีขึ้นไป โดยไม่แบ่งประเภทว่าเป็นการย้ายถิ่นที่ถูกหรือผิดกฎหมาย แต่จะแบ่งประเภทของการย้ายถิ่นว่าเป็นไปโดยสมัครใจหรือเป็นการย้ายเพราะถูกบังคับด้วยสถานการณ์ต่างๆ โดยแบ่งรูปแบบการย้ายถิ่นข้ามชาติเป็น 6 ประเภท ดังต่อไปนี้

3.1.1 ผู้ย้ายถิ่นเพื่อตั้งถิ่นฐานในประเทศอื่น (permanent settlers) รวมถึงผู้ย้ายถิ่นที่ย้ายติดตามครอบครัว ญาติพี่น้องที่ย้ายไปก่อนแล้ว

3.1.2 แรงงานข้ามชาติที่มีสัญญาจ้างชั่วคราว (temporary contract workers) ซึ่งต้องเดินทางกลับประเทศตนเองเมื่อหมดสัญญาจ้าง

3.1.3 แรงงานข้ามชาติชำนาญงานที่ทำงานชั่วคราว (temporary professional transients) ซึ่งอาจเป็นการย้ายตามบริษัทแม่ หรือบริษัทข้ามชาติหรือองค์การระหว่างประเทศ กลุ่มนี้นับรวมนักเรียนต่างชาติ แต่จะไม่ถูกนับรวมอยู่ในตลาดแรงงานของประเทศปลายทาง

3.1.4 แรงงานข้ามชาติที่ผิดกฎหมาย (clandestine or illegal workers) ซึ่งอาจผิดเพราะลักลอบเข้าเมืองหรืออยู่เกินเวลาที่ได้รับอนุญาตให้อยู่ได้ ซึ่งเป็นการผิดกฎหมายเข้าเมืองหรือถือวีซ่าที่ไม่ได้รับอนุญาตให้ทำงานแต่แอบลักลอบทำงาน เช่น วิชา่นักเรียนแต่กลับทำงานเต็มเวลา

3.1.5 ผู้ลี้ภัยทางการเมือง (asylum seekers) ซึ่งในแต่ละประเทศจะถือปฏิบัติแตกต่างกัน ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้รวมประเทศไทย จะรับผู้ลี้ภัยอยู่เพียงระยะสั้นก่อนส่งต่อไปยังประเทศที่สามในภูมิภาคอัฟริกาและที่อื่นๆจะรับให้อยู่เป็นระยะเวลานานพอสมควรแต่ไม่ให้อยู่อาศัยถาวร ในขณะที่ส่วนมากของประเทศในซีกโลกเหนือ จะอนุญาตให้ผู้ลี้ภัยทางการเมืองตั้งถิ่นฐานในประเทศตนเองเป็นการถาวรได้

3.1.6 ผู้อพยพที่เข้าข่ายตามอนุสัญญาผู้พลัดถิ่นขององค์การสหประชาชาติ ปี ค.ศ.1952 (refugees) คือผู้อพยพเนื่องจากภัยสงครามกลางเมือง และอุปถัมภ์ทางธรรมชาติต่างๆ

ในสถานการณ์โลกปัจจุบัน ประเทศที่สามที่เต็มใจรับช่วงผู้อพยพหาได้ค่อนข้างยาก ทำให้ผู้อพยพมักต้องค้างอยู่ในประเทศปลายทางเป็นระยะเวลายาวนาน บางครั้งเป็นสิบๆ ปี

3.2 ผลกระทบของแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติต่อสังคมไทย (กฤตยา อาชวนิชกุล และ พันธุ์ทิพย์ กาญจนะจิตรา สายสุนทร, 2548)

ในมิติทางสังคมวิทยา ประชากรศาสตร์ และนิติศาสตร์ แรงงานอพยพจากประเทศอื่นจะส่งผลกระทบต่อสังคมในประเทศปลายทางได้อย่างน้อย 5 ด้าน ดังนี้

3.2.1 ผลกระทบด้านประชากร คือผลต่อการเปลี่ยนแปลงขนาดโครงสร้างประชากรในแง่อายุและเพศ อัตราการพึ่งพิงทางประชากร อัตราการเกิด และอัตราตาย อัตราความแออัดทางประชากรในเขตเมือง หรือเขตอุตสาหกรรม การเปลี่ยนแปลงต่างๆ เหล่านี้อาจมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับจำนวนและคุณลักษณะของผู้ย้ายถิ่น เช่น เพศ อายุ การศึกษาและสถานภาพสมรส เป็นต้น

3.2.2 ผลกระทบด้านแรงงานและอัตราการมีงานทำ ในด้านบวก แรงงานต่างชาติดอาจเข้าช่วยทดแทนแรงงานที่ขาดแคลนในภาคการผลิตต่างๆ โดยเฉพาะงานในระดับล่างที่เป็นงานสกปรก อันตราย และเสี่ยง ซึ่งคนท้องถิ่นหลีกเลี่ยง ในด้านลบ การมีแรงงานต่างชาติดทำให้เกิดภาวะการฉกฉวยแรงงานของท้องถิ่น และอำนาจในการต่อรองและสิทธิแรงงานของคนงานท้องถิ่นน้อยลงเพราะนายจ้างมีตัวเลือกมาก ซึ่งอาจส่งผลถึงเงื่อนไขการทำงานและการจ้างงานที่เปลี่ยนแปลงไปในทางลบด้วย

3.2.3 ผลกระทบทางด้านสังคม โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายสวัสดิการสังคมที่ประเทศปลายทางต้องแบกรับภาระ จากผลการเปลี่ยนแปลงของอัตราการเกิด การเข้าเรียนของเด็กที่ติดตาม หรือเด็กเกิดใหม่ การใช้บริการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น เป็นต้น ซึ่งค่าใช้จ่ายจากระบบภาษีของประชาชนในประเทศปลายทาง

3.2.4 ผลกระทบต่อระบบสุขภาพ หากมีจำนวนประชากรต่างชาติดเข้ามาจำนวนมาก ระบบสุขภาพของประเทศปลายทางอาจต้องเผชิญกับความเสี่ยงที่เกิดจากการแพร่กระจายโรคที่ผู้ย้ายถิ่นอาจนำติดตัวมา ในทุกประเทศจึงมักสร้างระบบการจัดการปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในกลุ่มผู้ย้ายถิ่นต่างชาติด เพื่อป้องกันสุขภาพของประชากรในประเทศตนเอง นอกจากนี้สังคมปลายทางต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายในการป้องกันและเฝ้าระวังโรคระบาด ตัวอย่างเช่น การใช้บริการรักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้น การสร้างภูมิคุ้มกันให้กับเด็กที่ติดตามมากับผู้ย้ายถิ่นหรือเด็กเกิดใหม่ เป็นต้น ในทางกลับกันแรงงานอพยพเองอาจต้องประสบปัญหาสุขภาพที่มีอยู่ในประเทศปลายทาง ปัจจัยที่มีผลต่อการเพิ่มอัตราการป่วยและอัตราการตายในกลุ่มผู้อพยพย้ายถิ่นคือ

3.2.4.1 ปัญหาในการถูกเลือกปฏิบัติด้วยอคติและความกลัว ซึ่งเป็นรากเหง้าของการละเมิดสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานต่อประชากรกลุ่มนี้ทั้งอย่างตั้งใจและไม่ตั้งใจจนส่งผลกระทบต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตโดยรวม

3.2.4.2 ปัญหาความยากลำบากในการเข้าถึงบริการสุขภาพ

3.2.4.3 การย้ายเข้าไปสู่ถิ่นปลายทางที่มีความแตกต่างในสถานะแวดล้อมมีผลเพิ่มอัตราการติดเชื้อต่อผู้ย้ายถิ่นที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ ขณะเดียวกันผู้ย้ายถิ่นก็อาจติดโรคจากคนที่อยู่ถิ่นเองด้วย

3.2.4.4 แรงงานย้ายถิ่นส่วนใหญ่ต้องอาศัยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่แออัดขาดระบบสุขาภิบาลที่สะอาด และสาธารณูปโภคที่จำเป็นเช่น น้ำดื่ม น้ำใช้ เป็นต้น

3.2.4.5 การมีรายได้น้อย ทำให้แรงงานอพยพมักต้องเผชิญภาวะทุพโภชนาการ ปัจจัยเหล่านี้ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคระบาดต่างๆ ได้ง่าย

3.2.5 ผลกระทบต่อความมั่นคงภายในประเทศ ซึ่งเป็นความกังวลใจหลักของประเทศปลายทางที่รับผู้ย้ายถิ่นข้ามชาติผิดกฎหมายเป็นจำนวนมาก ในความกังวลของรัฐปลายทางและประชาชนท้องถิ่นรวมถึงสื่อมวลชนด้วยก็คือ การเพิ่มขึ้นจึงจำนวนคนที่รัฐตรวจสอบไม่ได้ เพราะไม่มีระบบควบคุมจำนวนและที่อยู่อาศัย อาจก่อให้เกิดกิจกรรมนอกระบบอันไม่อาจควบคุมได้ของรัฐเช่น การจ้างงานเถื่อน การรักษาโรคโดยคลินิกเถื่อน รวมถึงการเพิ่มขึ้นของจำนวนอาชญากรรมที่ก่อโดยคนเถื่อน เป็นต้น ทั้งหมดนี้ดูประหนึ่งว่า ผู้ย้ายถิ่น โดยเฉพาะกลุ่มที่ลักลอบเข้าเองจะสร้างให้เกิดความสงบไม่เรียบร้อยในสังคมปลายทาง อย่างไรก็ตาม ในอีกด้านของเหรียญผู้ย้ายถิ่นกลุ่มนี้นับเป็นผู้ด้อยโอกาส ขาดอำนาจต่อรอง จึงสามารถถูกรังแก ถูกเอาเปรียบ และถูกละเมิดสิทธิมนุษยชนได้ง่ายทุกรูปแบบ

3.3 ปัญหาทางอนามัยแม่และเด็กในแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติ (กฤตยา อาชวนิชกุล และ พันธุ์ทิพย์ กาญจนะจิตรา สายสุนทร, 2548; วณิ ปิ่นประทีป, 2542)

3.3.1 ในพื้นที่ที่มีการใช้แรงงานหนาแน่น เห็นชัดเจนในอำเภอชายแดน และจังหวัดที่สัดส่วนของจำนวนแรงงานข้ามชาติมีสูงมากกว่า 10% ของจำนวนประชากรในจังหวัดนั้นๆ ซึ่งมีอยู่ 5 จังหวัดเรียงลำดับดังนี้ ระนอง (33.7%) ตาก (24.2%) สมุทรสาคร (22.7%) พังงา (12.7%) และภูเก็ต (11.3%) ทำให้มีคนจากประเทศเพื่อนบ้านข้ามมารับบริการ โดยเฉพาะการคลอดบุตร เนื่องจากบริการในฝั่งไทยดีกว่า โดยรวมแล้วแรงงานต่างชาติดี้อัตราการคลอดสูงซึ่งนำไปสู่ปัญหาอุบัติเหตุการตายคลอด สาเหตุมาจากแรงงานข้ามชาติที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการอนามัยแม่และเด็กประมาณหนึ่งในสาม และแรงงานต่างชาตินั้นส่วนใหญ่ไม่ได้คุมกำเนิด หากตั้งครรภ์มักทำคลอดโดยหมอตำแย หรือคลอดเอง เพราะไม่มีเงินและพูดภาษาไทยไม่ได้ อีกทั้งอัตราการ

ได้รับการดูแลครรภ์หรือการฝากท้อง รวมทั้งการดูแลหลังคลอดโดยบุคลากรสาธารณสุขยังมีอัตราต่ำ

3.3.2 การแพร่กระจายของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การติดเชื้อเอดส์และโรคเอดส์ สภาพการแพร่ระบาดของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์นั้นเกิดจากการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป มีพฤติกรรมที่เอื้อต่อการแพร่กระจายโรค โดยเฉพาะการอพยพย้ายถิ่นจากประเทศหนึ่งไปยังอีกประเทศหนึ่งทำได้โดยง่าย การคมนาคม ติดต่อสื่อสารสะดวก การแพร่ระบาดของโรคจึงมีโอกาสดูแลแพร่กระจายได้รวดเร็วมากยิ่งขึ้น อีกทั้งจากการที่มีหญิงบริการชาวต่างชาติที่เข้ามาขายบริการในประเทศไทย โดยมีมากจนเห็นชัดเจนที่อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก และอำเภอเมือง จังหวัดระนอง จึงทำให้อัตราการติดเชื้อเอชไอวีของหญิงบริการต่างชาติในจังหวัดเหล่านี้ค่อนข้างสูง (กฤตยา อาชวนิชกุล และคณะ, 2543) ในส่วนของปัญหาแม่ท้องติดเชื้อเอชไอวีแต่ไม่ได้รับยาต้าน AZT หากเป็นแรงงานที่มีบัตรประกันสุขภาพ การให้ยาด้านไวรัสจากแม่สู่ลูกอยู่ในสิทธิประโยชน์ที่คุ้มครองด้วย แต่เนื่องจากแรงงานหญิงที่ต้องจำนนจำนวนมากไม่ได้ทำงานและไม่มียบัตร กลุ่มนี้หากติดเชื้อก็ไม่สามารถเข้าถึงบริการด้านยาไวรัสได้

3.3.3 สุขภาพและความปลอดภัยของสตรีตั้งครรภ์ การย้ายถิ่นที่อยู่ที่มีได้มีการเตรียมมาก่อน การดำรงชีวิตในที่อยู่แห่งใหม่ ย่อมจะเกิดความยากลำบาก และถ้าผู้ย้ายถิ่นนั้นเป็นสตรีที่กำลังตั้งครรภ์ก็ยิ่งทำให้เกิดความเครียด ความกังวล อันจะส่งผลต่อสุขภาพของทารกในครรภ์ด้วยเช่นกัน สุขภาพอนามัยของแม่และเด็กในกลุ่มผู้ที่ย้ายถิ่นย่อมจะมีโอกาสของการเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้ง่ายกว่าผู้ที่ไม่ย้ายถิ่น ในสตรีที่ตั้งครรภ์ ถ้าย้ายถิ่นบ่อยก็จะทำให้มีปัญหาในการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และให้การดูแลระหว่างการตั้งครรภ์ให้ครบถ้วน ซึ่งจะเป็นสาเหตุที่ทำให้อัตราการตายของทารกสูงขึ้น จากการศึกษาของ กฤตยา อาชวนิชกุล และคณะ (2543) พบว่าปัญหาที่สืบเนื่องจากการตั้งครรภ์และคลอด เกือบ 90% ของแรงงานอพยพกล่าวว่าปัญหาสำคัญในชุมชนของตน

3.3.4 การทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย ถ้าการย้ายถิ่นที่เกิดขึ้นเป็นการย้ายถิ่นที่เกิดขึ้นอย่างเร่งด่วน ขาดการเตรียมตัว เพื่อการไปใช้ชีวิตอยู่ในถิ่นที่อยู่ใหม่ ย่อมจะเกิดความยากลำบากในการเข้าถึงสถานบริการด้านสุขภาพ จึงทำให้สตรีวัยแรงงานส่วนใหญ่ขาดการวางแผนครอบครัว มีข้อมูลสถานการณ์การวางแผนครอบครัว และอนามัยแม่และเด็กในแรงงานข้ามชาติปี 2546 ที่น่าสนใจคือ มีจำนวนผู้ใช้วิธีคุมกำเนิดแบบใดแบบหนึ่ง 21,784 คน คิดเป็น 1.8% ของจำนวนคาดประมาณ 1.2 ล้านคน ใกล้เคียงกับอัตราการใช้ยาปี 2547 ที่มี 2.1% และมีเด็กข้ามชาติเกิดมีชีพจำนวน 14,311 คน คิดเป็นอัตราการเกิด 11.9 ต่อ 1000 ประชากรข้ามชาติซึ่งน้อยกว่าปี 2545 ที่มีอัตรา 12.9 ต่อ 1,000 ประชากร

การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์มีโอกาสดังเกิดขึ้นได้มาก ซึ่งจะนำไปสู่การทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยและมีจำนวนสูงมากขึ้นจนเกิดอันตรายถึงชีวิตหรือตกเลือดอย่างรุนแรง อีกทั้งปัญหาจากการบังคับตรวจการตั้งครรภ์ในหญิงแรงงานต่างด้าวที่ต้องการขึ้นทะเบียน มีข้อมูลยืนยันจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลในกรุงเทพมหานครว่า แรงงานหญิงข้ามชาติจำนวนหนึ่งที่รู้ตัวว่ากำลังตั้งครรภ์ ตัดสินใจทำแท้งก่อนมาตรวจร่างกาย ขณะที่ข้อมูลจากโรงพยาบาลในจังหวัดภาคกลางแห่งหนึ่งพบว่า มีการใช้ปัสสาวะของเพื่อนที่แน่ใจว่าไม่ต้องส่งตรวจแทน ทั้งหมดนี้มาจากเพราะไม่แน่ใจว่าหากตรวจพบว่าท้องจะต้องถูกส่งตัวกลับหรือไม่

3.3.5 การควบคุมโรคติดต่อที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีนในเด็ก เช่น วัณโรค คอตีบ ไอกรณ บาดทะยัก โรคไข้มองอักเสบ คางทูมและหัด เป็นต้น เนื่องจากการเคลื่อนย้ายแรงงานอยู่ตลอดเวลาทำให้เด็กต้องเคลื่อนย้ายตามบิดามารดาไป ในเด็กที่ย้ายถิ่นบ่อยๆ จะทำให้ขาดโอกาสที่จะได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน หรือการฉีดวัคซีนป้องกันโรคได้ครบถ้วนและยากต่อการติดตามให้วัคซีนป้องกันโรค ดังนั้นโรคต่างๆ เหล่านี้อาจกลับมาเป็นปัญหาในพื้นที่ที่มีคนต่างชาติดำรงอยู่อย่างได้ไม่นาน

3.3.6 ปัญหาการให้ใบรับรองการเกิด การรับรองการเกิดสำหรับเด็กที่คลอดจากแม่ต่างชาตินั้นนโยบายไม่มีปัญหาคือ ในสถานบริการทุกแห่งรับทราบที่ต้องออกหนังสือนี้ให้ แต่ในทางปฏิบัติพบว่าเกือบทุกแห่งไม่ได้ให้หนังสือรับรองการเกิดนี้กับผู้หญิงที่คลอด ขณะที่ตัวแรงงานส่วนใหญ่ก็ไม่ทราบถึงความสำคัญของเอกสารนี้ ดังนั้นจึงมีแรงงานต่างชาตินี้มาคลอดบุตรในสถานบริการแล้ว รับใบรับรองการเกิดเพื่อนำไปแจ้งเกิดที่เจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครองเป็นจำนวนน้อยมาก เพราะแม้แต่ผู้รับใบรับรองการเกิดไปก็ไม่ไปแจ้งเกิด ด้วยเหตุผลหลักๆ ว่ากลัวถูกจับ ขณะที่เจ้าหน้าที่ก็จะไม่รับจดทะเบียนเกิดให้ ทั้งหมดนี้อาจนำไปสู่ปัญหาคนไร้รัฐไร้สัญชาติในอนาคต นอกจากนี้ยังพบปัญหาเรื่องการแจ้งเกิด แล้วระบุว่าพ่อเป็นคนสัญชาติไทย เพื่อจะเอาสัญชาติไทย และมีกรณีคนไทยรับจ้างเป็นพ่อด้วย

3.4 มาตรการด้านสาธารณสุขแรงงานข้ามชาติ

กระทรวงสาธารณสุขได้มีการกำหนดยุทธศาสตร์การดูแลสุขภาพ โดยมียุทธศาสตร์สำคัญ 4 ด้าน ประกอบด้วย 1) การตรวจสุขภาพประจำปี 2) บริการด้านการรักษาพยาบาล 3) บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และ 4) การเฝ้าระวังโรค โดยมีกลุ่มเป้าหมายที่มาตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

(1) กลุ่มผู้ที่ประสงค์จะทำงาน (กลุ่มแรงงาน) ต้องเข้าสู่ระบบการตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพทุกคน

(2) กลุ่มผู้ติดตามแรงงานต่างด้าว (หมายถึงบิดา/มารดา สามิ/ภรรยา บุตรของ แรงงานต่างด้าว ที่ได้รับอนุญาตทำงาน) การตรวจสุขภาพและ/หรือประกันสุขภาพให้เป็นไปตาม ความสมัครใจหากประสงค์ จะตรวจสุขภาพเพียงอย่างเดียวได้ แต่ถ้าจะเข้าสู่ระบบการประกัน สุขภาพต้องได้รับการตรวจสุขภาพด้วย อัตราค่าตรวจสุขภาพคนละ 600 บาท และค่าประกัน สุขภาพ 1,300 บาท/คน/ปี โดยการประกันสุขภาพใช้สิทธิประโยชน์เดียวกับแรงงานต่างด้าว

การประกันสุขภาพ

1. กำหนดให้แรงงานต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียน และประสงค์จะทำงานเข้าสู่ระบบ ประกันสุขภาพทุกคน อัตราค่าใช้จ่ายคนละ 1,300 บาท โดยการประกันสุขภาพมีระยะเวลา คุ่มครอง 1 ปี โดยแรงงานต่างด้าวจะต้องร่วมจ่ายในการรับบริการครั้งละ 30 บาท ทั้งนี้ มีเป้าหมาย หลักเพื่อให้มีการควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการส่งเสริมสุขภาพอย่างเป็น ระบบและเป็นการลดภาระค่าใช้จ่าย ในการเข้ารับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ของผู้ใช้ แรงงาน รวมถึงจะเป็นการประกันค่ารักษาพยาบาลให้กับสถานพยาบาลผู้ให้การรักษาพยาบาล อีก ทางหนึ่งด้วย

2. งบประมาณในการดำเนินงาน งบประมาณขั้นต่ำ/คน/ปี เท่ากับ 1,900 บาท โดย แบ่งเป็น ค่าบริการในการตรวจและประเมินสุขภาพ 600 บาท และค่าประกันสุขภาพ 1,300 บาท และผู้มีสิทธิจะต้องร่วมจ่าย ในการเข้ารับบริการครั้งละ 30 บาท ยกเว้นบริการส่งเสริมสุขภาพและ ป้องกันโรค ฝ้าระวังโรค ไม่ต้องจ่ายค่าบริการครั้งละ 30 บาท โดยกำหนดงบประมาณในการ รักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค อัตรา 1,300 บาท/คน/ปี

3. สิทธิประโยชน์ ครอบคลุมการบริการทางการแพทย์ ต่อไปนี้

3.1 การตรวจรักษาโรคและฟื้นฟูสภาพทั่วไป

(1) การตรวจ วินิจฉัย บำบัดรักษา รวมถึงการคลอดบุตร และ การดูแลทารกแรกเกิดตั้งแต่วันคลอด จนถึงวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ ทางการแพทย์ จนถึงสิ้นสุดการรักษา รวมแพทย์ทางเลือกที่ผ่านการรับรองของคณะกรรมการประกอบ โรคศิลปะ

(2) การถอนฟัน (รวมถึงการผ่าหรือถอนฟันคุด) การอุดฟัน การ ขูดหินปูน

(3) บริการอาหารและห้องผู้ป่วยสามัญ

(4) ยาและเวชภัณฑ์ตามบัญชียาหลักแห่งชาติ

(5) การจัดส่งต่อเพื่อการรักษาระหว่างสถานพยาบาล

3.2 การรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง

การรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูงตามเงื่อนไขค่าใช้จ่ายที่คณะทำงานดำเนินงานประกันสุขภาพ ตรวจสอบสุขภาพ และรักษาพยาบาลแรงงานต่างด้าว ส่วนกลางกำหนด

3.3 กรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน

กรณีอุบัติเหตุฉุกเฉินสามารถใช้บริการในสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนประกันตน โดยทั้งนี้จังหวัด/กรมการแพทย์ อาจปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสม ยกเว้น

แรงงานต่างด้าวในกิจการประมงทะเล ให้ใช้บริการในสถานพยาบาลที่แต่ละจังหวัดกำหนดในจังหวัดชายฝั่งทะเล 22 จังหวัด ได้และให้สถานพยาบาลที่ให้บริการเรียกเก็บเงินค่ารักษาพยาบาลตามระบบการประกันสุขภาพถ้วนหน้าในคนไทยกับสถานพยาบาลที่แรงงานต่างด้าวนั้นๆ ขึ้นทะเบียนประกันตนไว้

3.4 การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการรักษาระหว่างสถานพยาบาล

กรณีที่สถานพยาบาลที่แรงงานต่างด้าวขึ้นทะเบียนประกันตนไว้ส่งต่อผู้ป่วย (แรงงานต่างด้าว) ไปยังสถานพยาบาลแห่งอื่นเพื่อการรักษาพยาบาล จะต้องตามจ่ายค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาพยาบาล กรณีส่งต่อภายในจังหวัดให้เป็นข้อตกลงของจังหวัดในการกำหนดอัตราค่าตามจ่ายค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น หากการส่งต่อผู้ป่วยเป็นการส่งต่อออกนอกเขตพื้นที่จังหวัด การตามจ่ายค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาพยาบาลให้จ่าย 1 Adj. RW = 10,300 บาท และสถานพยาบาลต้องทำหนังสือขออนุญาต พร้อมแนบรูปถ่ายแรงงาน 2 ใบ ไปยังผู้ว่าราชการจังหวัดหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายทุกครั้ง ในกรุงเทพมหานครให้เป็นไปตามที่กรมการแพทย์กำหนด กรณีจังหวัดอื่นๆส่งต่อผู้ป่วยมารักษาพยาบาลในกรุงเทพมหานคร การตามจ่ายค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นให้จ่าย 1 Adj. RW = 10,300 บาท เช่นเดียวกัน

3.5 การดำเนินการประกันสุขภาพกรณีแรงงานต่างด้าวย้ายที่อยู่

กรณีแรงงานต่างด้าวย้ายที่อยู่ข้ามเขตจังหวัด ให้นายจ้าง/แรงงานต่างด้าวแจ้งย้ายออก ที่สำนักทะเบียนในพื้นที่ที่แรงงานต่างด้าวจดทะเบียนไว้ และแจ้งขอเปลี่ยนนายจ้าง หรือแจ้งย้ายที่อยู่นายจ้างกับสำนักงานจัดงานจังหวัดนั้นๆ เมื่อเสร็จสิ้นแล้ว จึงแจ้งที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด พร้อมแนบเอกสารการแจ้งย้ายที่อยู่ทั้งหมด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดต้องเก็บบัตรประกันสุขภาพ แรงงาน ต่างด้าวไว้ แล้วทำหนังสือแจ้งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแห่งใหม่ที่แรงงานต่างด้าวย้ายไปประกันตน พร้อมดำเนินการโอนเงินในส่วนของการประกันสุขภาพให้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ที่รับช่วงประกันสุขภาพต่อไป ตามสัดส่วนเวลาที่เหลืออยู่ วงเงินในการคิดสัดส่วนการโอน ใช้จำนวน 1,120 บาท (หักค่าใช้จ่ายสูงและค่า

บริหารจัดการ) หารด้วยจำนวนเวลาเอาประกัน คือ 365 วัน ทั้งนี้สิทธิในการรักษาพยาบาล ขณะยัง
ไม่มีการโอนเงินให้ใช้สิทธิที่สถานพยาบาลแห่งเดิมไปก่อน

3.6 ชุดสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ที่ไม่คุ้มครอง มีดังนี้

- (1) โรคจิต
- (2) การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาและสารเสพติดตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติด
- (3) ผู้ประสบภัยจากรถ ที่สามารถใช้สิทธิตาม พรบ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ
- (4) การรักษาภาวะมีบุตรยาก
- (5) การผสมเทียม
- (6) การเปลี่ยนเพศ
- (7) การกระทำใดๆ เพื่อความสวยงาม โดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
- (8) การตรวจ วินิจฉัย และรักษาใดๆ ที่เกินความจำเป็นและข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
- (9) โรคเดียวกันที่ต้องใช้ระยะเวลารักษาตัวในโรงพยาบาลประเภทคนไข้ใน เกิน 180 วัน ยกเว้นหากมีความจำเป็นต้องรักษาต่อ เนื่องจากมีภาวะแทรกซ้อนหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
- (10) การรักษาที่ยังอยู่ในระหว่างการค้นคว้าทดลอง
- (11) การรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยการล้างไต (Peritoneal Dialysis) และ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Haemodialysis)
- (12) ยาต้านไวรัสเอดส์ ยกเว้น กรณีเพื่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากแม่สู่ลูก
- (13) การเปลี่ยนอวัยวะ (Organ Transplant)
- (14) การทำฟันปลอม

3.7 บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคที่ได้รับการคุ้มครอง ประกอบด้วย

- (1) ให้มีและใช้สมุดบันทึกสุขภาพประจำตัวในการดูแลสุขภาพแต่ละบุคคลอย่างต่อเนื่อง

- (2) การตรวจและดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ตลอดจน
การให้บริการดูแลหลังคลอด
- (3) การตรวจสุขภาพกลุ่มเสี่ยง
- (4) การให้ยาด้านไวรัสเอดส์ กรณีเพื่อป้องกันการแพร่กระจาย
เชื้อจากแม่สู่ลูก
- (5) การวางแผนครอบครัว
- (6) การเยี่ยมบ้าน (Home Visit) และการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home
Health Care)
- (7) การให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการในระดับบุคคลและ
ครอบครัว
- (8) การให้คำปรึกษา (Counseling) สนับสนุนให้มีส่วนร่วมใน
การส่งเสริมสุขภาพ
- (9) การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก ได้แก่ การ
ตรวจสุขภาพช่องปาก แนะนำด้านทันตสุขภาพ การให้ฟลูออไรด์เสริมในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อ
โรคฟันผุ
- (10) การควบคุมป้องกันโรค

4. ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลผู้ย้ายถิ่นจังหวัดระนอง

4.1 ข้อมูลทั่วไป

ระนองเป็นจังหวัดภาคใต้ของประเทศไทย เป็นจังหวัดที่มีประชากรน้อยที่สุดของ
ประเทศ จากการสำรวจเมื่อ พ.ศ. 2549 พบว่า มีจำนวนประชากรทั้งสิ้น 179,850 คน (วิกิพีเดีย
สารานุกรมเสรี, ม.ป.ป.) และจากการที่มีพรมแดนติดต่อกับประเทศพม่าทั้งทางบกและทางน้ำ
ยาวกว่า 144 กิโลเมตร จึงเป็นบริเวณที่มีการหลบหนีเข้าเมืองเพื่อมาใช้แรงงานเป็นจำนวนมาก
จากการสำรวจของกระทรวงแรงงานเมื่อเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2541 พบว่า มีแรงงานพม่าในระนอง
43,700 คน ในจำนวนนี้ไม่รวมครอบครัวหรือผู้ติดตาม ส่วนข้อมูลไม่เป็นทางการจากหลายฝ่ายที่
ทำงานในพื้นที่ คาดว่าน่าจะมีผู้ย้ายถิ่นชาวพม่าไม่ต่ำกว่า 100,000 คน เนื่องจากจังหวัดระนองเป็น
ประตูชายแดนตรงกับภาคตะนาวศรี ซึ่งอยู่ทางใต้ของประเทศพม่า ทำให้ประชาชนพม่ามีการไปมา
ค้าขายย้ายถิ่นข้ามชาติมานานแล้ว อีกทั้งจากการศึกษาของดุขฎิใจไว (2540) พบว่าเศรษฐกิจ สังคม
และวัฒนธรรมในจังหวัดระนอง ตอบสนองความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของ
แรงงานพม่าที่เข้ามาทำงานในจังหวัดระนองมากกว่าประเทศพม่า กล่าวกันว่าเศรษฐกิจในจังหวัด

ระนองขับเคลื่อนไปได้เพราะแรงงานจากประเทศพม่า เมื่อเกิดการไหลบ่าของแรงงานจากประเทศพม่า ระนองจึงได้เป็นประตูสำคัญในการนำเข้าและส่งออกแรงงานไปยังจังหวัดอื่นๆ ในภาคใต้ และหลายจังหวัดในภาคกลางและภาคตะวันออก ซึ่งในตัวจังหวัดระนองเองมีธุรกิจหลายประเภทที่ใช้แรงงานจากพม่าทั้งหมด ได้แก่ ธุรกิจประมง แพกุ้ง โรงงานปลาป่น โรงงานทำน้ำปลา โรงงานผลิตเม็ดมะม่วงหิมพานต์ สวนยาง และมีชุมชนคนงานจากประเทศพม่ากระจายตัวอยู่หลายสิบแห่ง (กฤตยา อาชวนิชกุลและคณะ, 2541)

4.2 ข้อมูลผู้ย้ายถิ่นในจังหวัดระนอง (อมรทิพย์ อมราภิบาล และจิราพร วรเสน, 2544)

4.2.1 ลักษณะการเคลื่อนย้ายเดินทางของผู้ย้ายถิ่น

เส้นทางของแรงงานอพยพจากประเทศพม่าเข้าสู่จังหวัดระนอง โดยเดินทางมาจากย่างกุ้ง หงสาวดี มาทางเรือผ่านเมืองตะวาย มะริดและเข้าสู่เกาะสอง ซึ่งกระบวนการเข้ามาส่วนใหญ่เป็นผลมาจากปัญหาเศรษฐกิจและเหตุการณ์การเมือง โดยมีครอบครัวสนับสนุนในการเดินทางเข้ามา (กุศล สุนทรธาดาและอุมาภรณ์ ภัทรวานิชย์, 2540) ผู้ย้ายถิ่นชาวพม่าส่วนใหญ่เข้ามาอยู่ในระนองนานกว่า 2 ปี หนึ่งในสามมีการเดินทางไปมาระหว่างประเทศพม่ากับระนอง สาเหตุเนื่องมาจากการที่ทำงานชั่วคราว เมื่องานสิ้นสุดลงและไม่สามารถหางานใหม่ได้ก็ต้องเดินทางกลับไป และพบว่ามีหลายครอบครัวที่มีสามีเป็นลูกเรือประมงและเสียชีวิตหรือสูญหาย ภรรยาไม่สามารถเลี้ยงดูลูกได้ก็ต้องเดินทางกลับไปยังประเทศพม่า

4.2.2 อาชีพของผู้ย้ายถิ่น

ผู้ย้ายถิ่นส่วนใหญ่ประกอบอาชีพนอกชุมชน มีความแตกต่างกันบ้างระหว่างอาชีพของเพศหญิงและเพศชาย เช่น เพศชายจะมีอาชีพเป็นลูกเรือประมง ทำงานตามแพปลา รับจ้างและกรรมกรแบกหาม ขนถ่ายสินค้า ส่วนผู้หญิงส่วนใหญ่ทำงานตามโรงงานอุตสาหกรรมห้องเย็นและเป็นลูกจ้างตามร้านค้า ร้านอาหาร ส่วนการประกอบอาชีพของคนในชุมชนเป็นการเปิดร้านค้าเล็ก ๆ ขายสินค้าจำเป็นต่อการยังชีพ และสินค้าบางอย่างที่นำเข้าจากพม่า นอกจากนั้นมีร้านที่ถือว่าเป็นแหล่งบันเทิง คือ มีตู้เพลง และเหล้าเบียร์ไว้บริการ ซึ่งร้านค้าเหล่านี้คนไทยในชุมชนจะไม่นิยมไปซื้อสินค้าหรือใช้บริการ เนื่องจากเห็นว่าไม่สะอาดและเป็นสินค้าที่ตรงตามความต้องการของคนพม่ามากกว่าคนไทย

4.2.3 ที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม

4.2.3.1 สภาพชุมชนแออัด ที่อยู่อาศัยของผู้ย้ายถิ่นเป็นห้องเช่าที่มีคนไทยเป็นเจ้าของ ส่วนใหญ่ต่อเติมขึ้นเองโดยไม่ได้รับอนุญาตจากทางราชการ ทำให้ไม่ได้รับบริการด้านสาธารณูปโภคจากรัฐ เจ้าของห้องเช่าหรือผู้เช่าต้องจัดหาเอง ลักษณะที่อยู่อาศัยและ

ชุมชน มีเพียง 3 ระดับ คือ ระดับสิ่งแวดล้อมดี ปานกลาง และระดับสิ่งแวดล้อมไม่ดี ชุมชนที่มีสิ่งแวดล้อมไม่ดีซึ่งมีอยู่เป็นจำนวนมาก ห้องเช่าจะสร้างอย่างแออัด ไม่เป็นระเบียบ บางแห่งสร้างยื่นล้ำลงไปในตลาด ตัวห้องแคบ บางห้องไม่มีหน้าต่าง บางแห่งสร้างติดพื้น บางแห่งยกสูงจากพื้นขึ้นมาเล็กน้อย ไม่มีระบบระบายน้ำเสียและสิ่งปฏิกูล ส่วนชุมชนที่มีสิ่งแวดล้อมปานกลาง มีการขออนุญาตปลูกสร้างอย่างถูกต้อง มีน้ำประปา ไฟฟ้าและระบบกำจัดสิ่งปฏิกูลที่ดีพอควร ชุมชนลักษณะนี้ส่วนใหญ่จะอยู่ใกล้ ๆ ชุมชนไทย บางแห่งมีคนไทยอาศัยปะปนอยู่ด้วย

4.2.3.2 ปัญหาด้านการกำจัดขยะและสิ่งปฏิกูล ที่พักอาศัยของผู้ย้ายถิ่น ในจังหวัดระนอง ส่วนใหญ่เป็นอาคารแบบไม่ถาวร ไม่มีระบบสุขาภิบาลที่ดี พักอาศัยกันอย่างแออัด จำนวนส้วมไม่เพียงพอและไม่มีคุณภาพทำให้ต้องขุดถ่ายและทิ้งขยะกันไม่เป็นที่เป็นทาง ไม่มีการกำจัดหรือรวบรวมไปทิ้ง บางชุมชนที่อยู่บริเวณแหล่งน้ำ ตลาด หรือทะเล ก็จะทิ้งสิ่งปฏิกูลลงสู่แหล่งน้ำ ทำให้สภาวะแวดล้อมเสื่อมโทรมและเป็นแหล่งแพร่เชื้อโรค

4.2.4 สังคมและวัฒนธรรม

4.2.4.1 ด้านสังคมและวัฒนธรรม ระดับภายในครอบครัว ผู้ย้ายถิ่นในจังหวัดระนองส่วนใหญ่พักอาศัยกันเป็นครอบครัว บางครอบครัวมีญาติที่เพิ่งเข้ามาและอยู่ในระหว่างการหางานทำอาศัยอยู่ด้วยกัน บางแห่งเช่าอยู่รวมกันหลายครอบครัว ส่วนที่พักอาศัยแบบไม่เป็นครอบครัวหรือเช่าอยู่ร่วมกับเพื่อน ๆ มีไม่มากนัก ในระดับชุมชนส่วนใหญ่ไม่มีความสัมพันธ์กันแบบเครือญาติ เนื่องจากเป็นผู้ย้ายถิ่นมาจากหลายเมือง ส่วนผู้ที่มาจากเมืองทวายก็เป็นการชักชวนกันมาแบบเพื่อนเท่านั้น (Naing, 1995)

4.2.4.2 ด้านศาสนาและความเชื่อ เกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ และนิยมการทำบุญกับพระพม่าและวัดพม่า มีความผูกพันกับศาสนา แม้จะยากจนเพียงใดก็ยังมีการทำบุญและปฏิบัติศาสนกิจอย่างสม่ำเสมอ เกือบทุกบ้านมีหิ้งพระที่จัดไว้สวยงาม และมีการสวดมนต์สม่ำเสมอ

4.2.4.3 ด้านเชื้อชาติ เนื่องจากเป็นชายแดนที่อยู่ติดกับรัฐมอญ ผู้ย้ายถิ่นส่วนใหญ่จึงมีเชื้อชาติมอญ รองลงมาเป็นเชื้อชาติพม่า มีเชื้อชาติกะเหรี่ยงจำนวนเล็กน้อย ไม่พบปัญหาความขัดแย้งทางเผ่าพันธุ์ อาจจะเนื่องจากการที่ต้องย้ายถิ่นเข้ามาด้วยเหตุผลเดียวกันและเข้ามาอยู่ในภาวะปัจจุบันที่ไม่แตกต่างกัน

4.2.4.4 ด้านสื่อภาษา ส่วนใหญ่ใช้ภาษาพม่าและภาษามอญ ผู้ย้ายถิ่นที่เข้ามาอยู่ในระนองสักระยะหนึ่งจะสามารถฟังและพูดภาษาไทยได้บ้าง ในขณะเดียวกันคนไทยในจังหวัดระนองก็สามารถสื่อสารกันเป็นภาษาพม่าได้บ้าง โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าเกี่ยวกับการซื้อสินค้าหรือการให้บริการ

4.2.4.5 บทบาทของคนในครอบครัว ผู้ชายเป็นหัวหน้าครอบครัว

มีหน้าที่หาเงินมาเลี้ยงดูครอบครัวมีบทบาทในการตัดสินใจในเรื่องภายในครอบครัวมากกว่าผู้หญิง ผู้หญิงชาวพม่าที่แต่งงานแล้ว ส่วนใหญ่มีค่านิยมไม่ออกไปทำงานนอกบ้าน จะทำหน้าที่ดูแลภายในบ้าน เป็นแม่บ้าน เด็กเล็ก ๆ ไม่มีบทบาทมากนัก เด็กวัยเรียนบางคนที่มีพ่อแม่มีเงินก็ส่งให้เรียนในโรงเรียนที่จัดการเรียนการสอนกันเองในชุมชน เด็กที่ไม่ได้เรียนหนังสือจะเลี้ยงน้อง ช่วยทำงานบ้าน ส่วนเด็กโตพอที่จะช่วยทำงานหารายได้ให้แก่ครอบครัวก็จะออกไปช่วยทำงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในครอบครัวที่ไม่มีพ่อแม่ครอบครัวที่มีลูกหลายคน เด็กผู้ชายส่วนใหญ่จะทำงานก่อสร้างหรือแบกหาม เด็กผู้หญิงจะทำงานที่มีลักษณะเบากว่า เช่น ทำงานเป็นแม่บ้านและรับจ้างแกะกึ่ง คัดปลา ได้รับค่าจ้างต่ำกว่าแรงงานผู้ใหญ่เล็กน้อย โดยรวมแล้วผู้ย้ายถิ่นชาวพม่าในบริเวณนี้ส่วนใหญ่มีความเป็นอยู่และมีรายได้ค่อนข้างดี คือได้รับค่าจ้างต่ำกว่าแรงงานไทยประมาณ 15-20 บาท

นอกจากนี้ยังมีปัญหาด้านอาชญากรรมและยาเสพติด การที่ผู้ย้ายถิ่นเข้ามาใช้แรงงานในจังหวัดระนองเป็นจำนวนมาก บางครั้งจะเกิดการว่างงาน เช่น เรือประมงไม่สามารถออกไปทำงานประมงได้ในบางช่วง นโยบายของรัฐบาลไทยที่เข้มงวดขึ้น และสภาพเศรษฐกิจหดตัว ทำให้มีความต้องการแรงงานน้อยลง ถึงแม้ว่าจะมีบางส่วนที่เดินทางกลับประเทศเป็นการชั่วคราว แต่ก็มีจำนวนไม่น้อยที่เปลี่ยนไปประกอบอาชีพอื่นที่แย่งอาชีพคนไทย หรือบางส่วนที่ไม่มีช่องทางทำงานหาเงินก็จะก่อปัญหาสังคม ก่ออาชญากรรม รวมทั้งยาเสพติด

4.2.5 การศึกษา

ผู้ย้ายถิ่นส่วนใหญ่สามารถอ่านและเขียนภาษาพม่าได้ การศึกษาส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษาโดยเฉลี่ยประมาณ 3-4 ปี (Naing, 1995) ผู้ที่อ่านไม่ออกเขียนไม่ได้มีจำนวนไม่มากนัก ถึงแม้รัฐบาลไทยจะมีนโยบายจัดการศึกษาให้เด็กไร้สัญชาติกลุ่มต่างๆ โดยให้เรียนในระบบโรงเรียนปกติได้ แต่เด็กผู้ย้ายถิ่นที่ตามพ่อแม่และแม่ซึ่งลักลอบเข้ามาอย่างผิดกฎหมายไม่อยู่ในกลุ่มเป้าหมายโดยตรงของการให้บริการ อีกทั้งสภาพที่ผิดกฎหมายอาจทำให้รู้สึกไม่ปลอดภัยในกลุ่มผู้ย้ายถิ่นเองจึงได้จัดตั้งโรงเรียนเฉพาะเด็กพม่าขึ้นเองหลายแห่งภายในชุมชน เด็กที่เข้าเรียนอายุ 3-12 ปี บางแห่งมีหลายระดับตั้งแต่อนุบาลถึงประถมศึกษาปีที่ 3 มีชั่วโมงการเรียนการสอนที่เป็นระบบ สถานที่มักเป็นห้องเช่าที่ไม่กว้างขวางนัก โดยเก็บค่าเล่าเรียนจากผู้ปกครองประมาณ 100-150 บาทต่อเดือน มีการจัดการเรียนการสอนหลายวิชา เช่น ภาษาพม่า ภาษาไทย ภาษาอังกฤษ คณิตศาสตร์และประวัติศาสตร์ โดยหลายแห่งได้พยายามให้หน่วยงานการศึกษาออกโรงเรียนเข้าไปมีส่วนร่วมในการจัดหลักสูตรการเรียนการสอน และจ้างครูคนไทยเพื่อสอนภาษาไทย หลังจากนั้นได้มีนโยบายกวาดล้างแรงงานผิดกฎหมาย โรงเรียนหลายแห่งจึงถูกปิดไป

อีกรูปแบบหนึ่งของการจัดการศึกษาในชุมชน คือ การจัดการเรียนการสอนสำหรับเด็กกลุ่มเล็ก ๆ โดยผู้ย้ายถิ่นที่เคยมีอาชีพครูเมื่ออยู่ที่พม่า รูปแบบจะใช้เนื้อหาหลักสูตรแบบพม่า ใช้ตำราพม่าและเน้นพัฒนาการของเด็ก

4.2.6 สาธารณสุข

ปัญหาการให้บริการรักษาพยาบาล เนื่องจากผู้ย้ายถิ่นส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาค่อนข้างต่ำ ทำให้ไม่รู้วิธีรักษาสุขภาพอนามัย และการทำงานที่ต้องใช้กำลังกายทำให้เกิดการเจ็บป่วย อีกทั้งสภาพที่อยู่อาศัยและการสุขาภิบาลไม่ดี ทำให้เกิดโรคทางเดินหายใจบ่อย ๆ สถานบริการสาธารณสุขของจังหวัด ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล พบว่าทั้งจำนวนและค่ารักษาผู้ป่วยชาวพม่าสูงกว่าผู้ป่วยไทยหลายเท่าตัว เช่นเดียวกันกับจังหวัดชายแดนไทยอีกหลายแห่ง

ปัญหาโรคติดต่อเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญอีกเรื่องหนึ่ง คือ โรคติดต่อร้ายแรง เช่น อหิวาต์ โรคเท้าช้าง โรคมาลาเรีย และโรคเอดส์ เป็นต้น การขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคต่าง ๆ ทำให้การแพร่ระบาดของโรครุนแรงมากขึ้น

นอกจากนั้นการมีสุขาภิบาลที่ไม่ดี ทำให้มีโรคอื่น ๆ ตามมา เช่น โรคผิวหนัง โรคทางเดินอาหาร โรคทางเดินหายใจ เป็นต้น ต่อมาเมื่อรัฐบาลมีมาตรการควบคุมแรงงานต่างชาติ โดยให้นายจ้างพามารายงานตัวเพื่อรับการพ่นฝุ่นและจดทะเบียน ออกใบอนุญาตให้ทำงานได้อย่างถูกกฎหมายเป็นการชั่วคราว และจัดให้มีการตรวจโรคและควบคุมโรคอย่างรัดกุม โดยศูนย์ควบคุมโรคในจังหวัดที่อนุญาตให้จ้างแรงงานต่างชาติได้ แต่การควบคุมทำได้เฉพาะแรงงานที่มาจากทะเบียนเท่านั้น ไม่ครอบคลุมถึงแรงงานที่ลักลอบทำงานอย่างผิดกฎหมายและแรงงานที่เข้ามาทำงานในตอนเช้าและกลับไปฝั่งพม่าในตอนเย็น ซึ่งมีจำนวนมากกว่ากลุ่มที่จดทะเบียนหลายเท่า

5. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับบริการฝากครรภ์

ในการศึกษารุ่นนี้ผู้วิจัยได้เลือกศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อการมาฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์และไม่ครบตามเกณฑ์ของมารดาที่ย้ายถิ่นพม่า โดยได้ประยุกต์ตามแนวคิดของ Kroeger ในการศึกษาปัจจัยพื้นฐาน ปัจจัยส่งเสริม และปัจจัยระบบบริการ และประยุกต์แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker ในการศึกษาปัจจัยการรับรู้ต่อการตั้งครรภ์ มาศึกษาสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์และไม่ครบตามเกณฑ์ ดังนี้

5.1 ปัจจัยพื้นฐาน

5.1.1 อายุ

อายุเป็นปัจจัยพื้นฐานที่บ่งชี้ความแตกต่างด้านพัฒนาการทั้งในด้านร่างกายและความรู้สึนึกคิด อายุของหญิงตั้งครรภ์จะเป็นตัวบ่งชี้วุฒิภาวะ ภาวะจิตใจและการรับรู้ หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยอาจบ่งบอกถึงกระบวนการตัดสินใจยังไม่สมบูรณ์ หรือไม่บรรลุวุฒิภาวะด้านจิตใจ อายุที่เหมาะสมของหญิงตั้งครรภ์ควรอยู่ในช่วง 20-30 ปี จากการศึกษาของอังคณา นวลง (2535) พบว่าการมีอายุมากขึ้นในขณะตั้งครรภ์ ทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่ออันตรายหรือความผิดปกติขณะตั้งครรภ์ได้มากกว่าผู้ที่ที่มีอายุน้อย ทำให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมากมีความตื่นตัวสูงและมีแรงจูงใจให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองมากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่า วิสุทธิ์ สุวิทยะศิริ และคณะ (2546) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของการฝากครรภ์ไม่ดีหรือการฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์กับการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยและการคลอดก่อนกำหนดพบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับลักษณะการฝากครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ไม่ดีหรือฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ส่วนมากจะเป็นหญิงตั้งครรภ์อายุน้อย นอกจากนั้นอายุยังเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชน โดยผู้ที่มีอายุมักจะไปใช้บริการในสถานพยาบาลของรัฐมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย (ชมพูนุช สุจริตจันทร์, 2545) หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปมีพฤติกรรมดีกว่ากลุ่มที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี (อุ้นจิตต์ บุญสม, 2540) สอดคล้องกับการศึกษาของสร้อย อนุสรณ์ธีรกุลและสุชาดา สุวรรณคำ (2535) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับลักษณะการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ โดยพบว่ามารดาทุกกลุ่มอายุฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์เป็นส่วนใหญ่ หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์มากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมาก และพบว่าหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มอายุ 25-29 ปีฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์สูงกว่ามารดาในกลุ่มอายุอื่น ๆ โดยเฉพาะหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มอายุต่ำกว่า 20 ปีพบว่ามีอัตราเสี่ยงต่อการฝากครรภ์ไม่ครบ 1.96 เท่าของหญิงตั้งครรภ์อายุ 25-29 ปี ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของเพ็ญศรี พงษ์ประภาพันธ์ (2534) ที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-24 ปี ส่วนในกลุ่มฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 25-29 ปีอีกทั้งการศึกษา

ของวิษณุ วัฒนเชื้อและยินดี จรณะสมบูรณ์ (2544) ยังพบอีกว่าอายุเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการฝากครรภ์ของสตรีไทยมุสลิม แต่ก็มีการศึกษาที่พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับการมาใช้บริการ (เจน วีระพงษ์, 2542) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของภูริยา เพ็ญสุวรรณ (2540) ที่พบว่าในมารดาที่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์และไม่ครบตามเกณฑ์ มีอายุไม่แตกต่างกัน คือมีอายุระหว่าง 20-29 ปี

5.1.2 ระดับการศึกษา

ระดับการศึกษาเป็นองค์ประกอบของสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมของบุคคล และมีความเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ (Mechanic, 1992) ระดับการศึกษาเป็นพื้นฐานของระดับความรู้ และความเข้าใจของหญิงตั้งครรภ์ ถ้าหญิงตั้งครรภ์มีระดับการศึกษาสูงจะมีการดูแลตนเองได้ดี เนื่องจากการศึกษาจะทำให้บุคคลมีโอกาใช้ความรู้ในเรื่องการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ในการส่งเสริมสุขภาพของตนเองถูกต้องเหมาะสมมากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับการศึกษาต่ำ (วัฒนา ศรีพจนารถ, 2545) จากการศึกษาของเนาวรัตน์ พลายน้อยและสุภวัลย์ พลายน้อย (2542) เกี่ยวกับสถานการณ์ ผลสืบเนื่องและแนวทางแก้ปัญหาแรงงานต่างชาตินในประเทศไทย : ศึกษาเฉพาะกรณีจังหวัดกาญจนบุรี พบว่าระดับการศึกษาของแรงงานพม่าเกือบครึ่งหนึ่งจะจบการศึกษาระดับต้นของพม่า ระดับการศึกษาเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชน (ชมพูนุช สุจริตจันทร์, 2545) จากการศึกษาของสร้อยอนุสรณ์ธีรกุลและสุชาดา สุวรรณคำ (2535) พบว่าการศึกษามีความสัมพันธ์กับลักษณะการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ โดยพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับการศึกษาดั้งแต่ระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป จะฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์มากขึ้น และพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ และมีการศึกษาระดับประถมศึกษา เสี่ยงต่อการฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์เป็น 2.64 และ 2.16 เท่าตามลำดับ อัจฉราภรณ์ ละเอียดดีและคณะ (2543) ทำการศึกษาสถานการณ์การฝากครรภ์ และการคลอดของหญิงมีครรภ์ จังหวัดตราด พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการดูแลก่อนคลอดครบ 4 ครั้งตามเกณฑ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับสุดารัตน์ ธีระวร (2544) พบว่าการศึกษาของสตรีมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการฝากครรภ์กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกล่าวคือ เมื่อการศึกษามากขึ้นสตรีก็จะไปใช้บริการของสถานบริการสาธารณสุขมากขึ้น อีกทั้งระดับการศึกษาเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมดูแลอนามัยเจริญพันธุ์ และเป็นปัจจัยที่ทำนายความแปรปรวนได้ (เปรมปรีดี ศรีสวัสดิ์, 2541) แต่ก็มีการศึกษาที่พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการมาใช้บริการ (เจน วีระพงษ์, 2542) สอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญศรี พงษ์ประภาพันธ์ (2534) และภูริยา เพ็ญสุวรรณ (2540) ที่พบว่าระดับการศึกษาในมารดาที่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์และไม่ครบตามเกณฑ์ไม่แตกต่างกัน ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา

5.1.3 รายได้ครอบครัว

รายได้เป็นตัวบ่งชี้สถานภาพทางเศรษฐกิจ รายได้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตในด้านความต้องการพื้นฐาน การเลือกใช้บริการทางสาธารณสุข และสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ โดยพบว่าประชาชนที่มีรายได้ครอบครัวปานกลางจะใช้บริการจากสถานบริการของรัฐ ส่วนประชาชนที่มีรายได้ครอบครัวสูงจะใช้บริการจากสถานพยาบาลของเอกชน(ชมพูนุช สุจริตจันทร์, 2545) รายได้ครอบครัวของหญิงตั้งครรภ์บ่งบอกถึงความสามารถในการใช้จ่ายในการมาฝากครรภ์แต่ละครั้ง (วัฒนา ศรีพจนารถ, 2545) การมีรายได้ที่เพียงพอต่อการดำรงชีวิตเป็นปัจจัยสำคัญที่สตรีตั้งครรภ์จะมารับบริการได้สม่ำเสมอ ซึ่งรายได้ที่น้อยทำให้ไม่มีเวลาในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อการดูแลครรภ์ มักสนใจกับการหาเงินเพื่อเลี้ยงชีพและถนัดในการแก้ปัญหาเฉพาะหน้ามากกว่าจะวางแผนเพื่อการดูแลการตั้งครรภ์หรือการมาฝากครรภ์ (สุมิตาสว่างทุกข์, 2539) จากการศึกษาของศุภวรินทร์ หันกิตติกุล (2539) พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สตรีที่มีรายได้ครอบครัวต่อเดือนสูงกว่ามีการฝากครรภ์จำนวนตั้งแต่ 4 ครั้งขึ้นไป มากกว่าสตรีที่มีรายได้ครอบครัวต่อเดือนต่ำ (ดวงพร จินตโนทัยถาวร, 2536) สอดคล้องกับการศึกษาของสร้อย อนุสรณ์ธีรกุลและสุชาดา สุวรรณคำ (2535) พบว่ารายได้ครอบครัวมีความสัมพันธ์กับลักษณะการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ โดยพบว่าครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี หรือมีรายได้ครอบครัวพอเพียงมีแนวโน้มที่จะฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์มากขึ้น ครอบครัวที่มีรายได้ไม่เพียงพอเสี่ยงต่อการฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์เป็น 2.35 เท่าของหญิงตั้งครรภ์ที่มีรายได้พอเพียงและเหลือเก็บ แต่แตกต่างกับการศึกษาของเพ็ญศรี พงษ์ประภาพันธ์ (2534) และอุริยา เพ็ญสุวรรณ (2540) ที่พบว่ารายได้ของครอบครัวในมารดาที่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์และไม่ครบตามเกณฑ์ไม่แตกต่างกัน ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนประมาณ 3,000-6,000 บาท

5.1.4 ความสามารถในการสื่อสารภาษาไทย

ความสามารถ หมายถึง การที่บุคคลจัดกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดตามพื้นฐานความรู้ ทักษะ และทัศนคติของแต่ละบุคคล โดยการแสดงออกให้ปรากฏ จากการศึกษาที่ผ่านมาในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับแรงงานต่างด้าวพบว่า ภาษามีส่วนสำคัญในการรับบริการ ปัญหาในการสื่อสารภาษาไทยเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ย้ายถิ่นมีความรู้สึกไม่ต้องการไปใช้บริการด้านสุขภาพจากสถานบริการของรัฐ จากการศึกษาของเนาวรัตน์ พลายน้อยและสุภวัณย์ พลายน้อย (2542) เกี่ยวกับสถานการณ์ ผลสืบเนื่องและแนวทางแก้ปัญหาแรงงานต่างชาติในประเทศไทย : ศึกษาเฉพาะกรณีจังหวัดกาญจนบุรี พบว่าความสามารถในการสื่อสารภาษาไทยของแรงงานพม่าส่วนใหญ่จะพูดภาษาไทยได้เล็กน้อยมีเพียงส่วนน้อยที่พูดได้ปานกลางถึงดี และเกือบทั้งหมดอ่าน

และเขียนภาษาไทยได้เล็กน้อยหรือไม่ได้เลย การที่หญิงตั้งครรภ์สื่อสารภาษาไทยไม่ได้หรือได้เล็กน้อยอาจทำให้หญิงตั้งครรภ์ขาดการรับรู้ข่าวสารในการไปใช้บริการ นอกจากนี้การที่หญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถสื่อสารภาษากับผู้ให้บริการได้โดยตรงทำให้หญิงตั้งครรภ์รู้สึกวิตกกังวลไม่กล้าไปรับบริการ ในขณะเดียวกันก็เป็นข้อจำกัดของการให้บริการของเจ้าหน้าที่ด้วยเช่นกัน ซึ่งจากการศึกษาของ สุภารัตน์ ชีระวร (2544) ศึกษาแบบแผน แนวโน้มและตัวกำหนดการใช้บริการอนามัยแม่และเด็กของสตรีมุสลิมในจังหวัดชายแดนภาคใต้ของไทย พบว่า การใช้บริการอนามัยแม่และเด็กกับสถานบริการสาธารณสุขจะเพิ่มขึ้นตามความสามารถในการพูดภาษาไทย โดยสตรีที่พูดภาษาไทยได้ดี มีโอกาสที่จะฝากครรภ์กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากกว่าสตรีที่พูดภาษาไทยไม่ได้ ร้อยละ 2.9 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5.1.5 ลำดับที่ของการตั้งครรภ์

ลำดับที่ของการตั้งครรภ์เป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงประสบการณ์การตั้งครรภ์ ซึ่งส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการมารับบริการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ได้ เพ็ญศรี พงษ์ประภาพันธ์ (2534) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมารับบริการฝากครรภ์ครบและไม่ครบตามเกณฑ์ของหญิงตั้งครรภ์ในเขตภาคเหนือตอนบน พบว่าลำดับที่ของการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์และไม่ครบตามเกณฑ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยอธิบายว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีลำดับที่ของการตั้งครรภ์มากขึ้นนั้น โดยมากแล้วจะเป็นผู้ที่มิประสบผลการตั้งครรภ์มาหลายครั้งแล้ว จึงอาจจะมองไม่เห็นความสำคัญและความจำเป็นตลอดจนประโยชน์ที่จะได้รับจากการไปฝากครรภ์ในระยะแรก แต่จะไปรับบริการฝากครรภ์ในช่วงใกล้จะคลอด ก็เพื่อเป็นหลักประกันว่าตนเองจะได้มีสถานที่คลอดบุตรหรือเพื่อหวังว่าตนเองจะได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่ในกรณีที่มีปัญหาเกี่ยวกับการคลอดเกิดขึ้นเท่านั้น สอดคล้องกับการศึกษาของสุมิตตา สว่างทุกข์ (2539) ที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ส่วนใหญ่เป็นครรภ์หลัง มีประสบการณ์ในการตั้งครรภ์มาก่อน จึงไม่เห็นความสำคัญของการมาฝากครรภ์ และจากการศึกษาของภูริยา เพ็ญสุวรรณ (2540) พบว่าลำดับที่การตั้งครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรกและครั้งที่สอง

5.1.6 อายุครรภ์ที่เริ่มฝากครรภ์

อายุครรภ์ที่เริ่มฝากครรภ์ เป็นปัจจัยหนึ่งที่จะบ่งบอกถึงการฝากครรภ์ครบหรือไม่ครบตามเกณฑ์ได้ เนื่องจากการฝากครรภ์ที่ดีควรเริ่มฝากครรภ์ตั้งแต่เริ่มเข้าสู่ไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ เพราะแพทย์จะสามารถค้นหาความผิดปกติของการตั้งครรภ์และค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ได้เร็วที่สุด (Thomas et al., 1991) จากการศึกษาของสร้อย อนุสรณ์ธีรกุลและสุชาดา สุวรรณคำ (2535) พบว่าอายุครรภ์ที่เริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกมีความสัมพันธ์กับลักษณะการฝากครรภ์

ของหญิงตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่เริ่มฝากครรภ์ในไตรมาสที่ 1 ของการตั้งครรภ์จะฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ได้มากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่เริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกในไตรมาสที่ 2 และ 3 อีกทั้งยังมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ครั้งแรกมีอายุครรภ์เฉลี่ย 15.7 สัปดาห์ และน้อยกว่าอายุครรภ์เฉลี่ยของหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์มาก ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 23.5 สัปดาห์ สอดคล้องกับภุริยา เพ็ญสุวรรณ (2540) ที่พบว่าอายุครรภ์เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์มาฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 1-14 สัปดาห์ มากที่สุด ส่วนในกลุ่มที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์พบว่า ในการตั้งครรภ์ปัจจุบันมาฝากครรภ์เป็นครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 15-28 สัปดาห์ สอดคล้องกับการศึกษาของสุมิตา สว่างทุกข์ (2539) ที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์นั้นมาฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์อยู่ในช่วง 17-28 สัปดาห์

5.1.7 อาการแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์

อาการแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์เป็นประสบการณ์เจ็บป่วยที่เป็นสิ่งเร้าทางด้านสุขภาพอนามัย ซึ่งเป็นแรงจูงใจทางสุขภาพที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์มาพบแพทย์เพื่อตรวจครรภ์ จากการศึกษาของ Patterson et al. (1990) ศึกษาในสตรีที่ฝากครรภ์สม่ำเสมอตามนัด ฝากครรภ์ช้า และไม่ฝากครรภ์ พบว่าสตรีที่เคยมีภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์หรือเคยเห็นภาวะแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์ของบุคคลอื่น จะตระหนักและเอาใจใส่ต่อตนเองและมาฝากครรภ์ และอาการแทรกซ้อนในระหว่างตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์กับการรับบริการฝากครรภ์ในทิศทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สุพิศ สุวรรณประทีป, 2535; ดุชนิ พงษ์ศิริ, 2539) อีกทั้งการศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ของอุจน์จิตต์ บุญสม (2540) พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนจะมีพฤติกรรมการใช้ระบบบริการสุขภาพ ดีกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน แต่แตกต่างจากการศึกษาของสร้อย อนุสรณ์ธีรกุล และสุชาดา สุวรรณคำ (2535) ที่พบว่าภาวะแทรกซ้อนในระหว่างตั้งครรภ์ไม่มีความสัมพันธ์กับลักษณะการฝากครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5.2 ปัจจัยส่งเสริม

5.2.1 ความสะดวกในการเดินทางไปรับบริการฝากครรภ์

ความสะดวกในการเดินทางไปรับบริการฝากครรภ์คือ การเข้าถึงบริการฝากครรภ์โดยมีระยะเวลาในการเดินทาง วิธีในการเดินทาง ระยะห่างจากบ้านถึงสถานบริการ ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และความสะดวกต่อการเดินทางที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการ จากการศึกษาของเพ็ญศรี พงษ์ประภาพันธ์ (2534) พบว่าความสะดวกในการเดินทางมารับบริการ ระยะเวลาในการเดินทางจากบ้านไปโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครบและไม่ครบตามเกณฑ์

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าระยะเวลาต่ำกว่า 1 ชั่วโมง เป็นระยะที่มีผู้มารับบริการมากที่สุด และจะมารับบริการลดลงเมื่อระยะเวลาในการเดินทางมากขึ้น เนื่องจากระยะที่ไกลต้องนั่งรถนาน ทำให้เมารถเวียนศีรษะและเบื่อหน่าย ซึ่งเวลาที่ใช้เดินทางไปรับบริการตั้งแต่ครึ่งชั่วโมงขึ้นไปเป็นช่วงเวลาที่ผู้รับบริการมีความรู้สึกวุ่นวาย (บุญเลิศ เลี้ยวประไพ และบุปผา ศิริรัมย์, 2531) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Kroeger (1983) พบว่าเวลาที่ใช้ในการเดินทางที่มีความรู้สึกนานคือตั้งแต่ 2 ชั่วโมงขึ้นไป ซึ่งช่วงเวลาที่เสียไปอาจเกิดจากการรอคอยรถโดยสารประจำทางหรือเป็นเส้นทางที่มีรถโดยสารไม่พลุกพล่าน หรือรถโดยสารวิ่งช้าและพบว่าเวลาที่ใช้ในการเดินทางที่มีความรู้สึกเหมาะสมคือ 15 นาที (มยุรี คชนาม, 2536) สอดคล้องกับการศึกษาของอรทัย พรหมนุช (2543) ที่พบว่าการเดินทางมารับบริการฝากครรภ์ที่สะดวกและพึงพอใจในการเดินทาง คือการโดยสารรถรับจ้าง และใช้ระยะเวลา 16-30 นาที ส่วนระยะทางจากที่พักถึงสถานบริการหรือจากสถานที่ทำงานถึงสถานบริการ เฉลี่ยอยู่ในช่วง 5-10 กิโลเมตร เป็นระยะทางที่ทางรัฐบาลได้พยายามจัดตั้งสถานบริการให้ครอบคลุม (พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ, 2533) ซึ่งเป็นระยะทางที่ไกลกว่า แต่จากการศึกษาของมยุรี คชนาม (2536) พบว่าระยะทางที่ไม่ไกลเกินไปควรน้อยกว่า 2 กิโลเมตร อีกทั้งระยะทางจะขึ้นกับความสะดวกในการเดินทาง พาหนะในการเดินทาง ซึ่งส่วนใหญ่จะเดินทางโดยรถโดยสารประจำทาง รถจักรยานยนต์ และการเดินเท้า แต่บางครั้งถึงแม้ระยะทางใกล้แต่ถนนไม่ดี ขรุขระหรือเป็นถนนที่ไม่มีรถโดยสารผ่าน ก็ทำให้การเดินทางไม่สะดวก (ศิริพร ปรารักษ์ประสิทธิ์, 2536; ประภาศรี รงค์เดชประทีป, 2536) ส่วนด้านค่าใช้จ่าย สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล และสุชาดา สุวรรณคำ (2535) พบว่าค่าใช้จ่ายในการเดินทางเฉลี่ยไม่เกิน 10 บาท ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของอรทัย พรหมนุช (2543) ที่พบว่าค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปกลับเฉลี่ย 18.58 บาท

5.2.2 สิทธิในการรักษาพยาบาล

ตามที่สำนักงานประกันสุขภาพได้กำหนดนโยบายเกี่ยวกับสิทธิบัตรทางการแพทย์รักษาพยาบาล มุ่งเน้นให้มีความครอบคลุมทุกกลุ่มอายุของประชากรของประเทศ ซึ่งในแรงงานต่างด้าวก็มีระบบการประกันสุขภาพด้วยเช่นกัน โดยกำหนดให้แรงงานต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียนและประสงค์จะทำงานเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพทุกคน โดยมีอัตราค่าใช้จ่ายคนละ 1,300 บาท ซึ่งมีระยะเวลาคุ้มครอง 1 ปี โดยแรงงานต่างด้าวจะต้องร่วมจ่ายในการรับบริการครั้งละ 30 บาท ทั้งนี้ มีเป้าหมายหลักเพื่อให้มีการควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการส่งเสริมสุขภาพอย่างเป็นระบบและเป็นการลดภาระค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของผู้ใช้แรงงาน (สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ, 2548) การมีหลักประกันสุขภาพทำให้ผู้ที่มิประกันสุขภาพมีแนวโน้มที่จะไปใช้บริการสุขภาพมากขึ้นกว่ากรณีที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ (จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, 2543) อีกทั้งสิทธิประโยชน์การรักษาพยาบาลยังเป็นปัจจัยที่มี

ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชน โดยพบว่าประชาชนที่ได้รับสิทธิประโยชน์การรักษาพยาบาลจะไปใช้บริการจากสถานพยาบาลของรัฐ ส่วนประชาชนที่ไม่ได้รับสิทธิประโยชน์การรักษาพยาบาลจะไปใช้บริการจากสถานพยาบาลของเอกชนหรือร้านขายยา (ชมพูนุช สุจริตจันทร์, 2545) จากการศึกษาของ Blondel and Marshall (1998) พบว่าการขาดหลักประกันสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญในการเข้าถึงบริการของหญิงตั้งครรภ์ชาวต่างด้าว สอดคล้องกับการศึกษาของอังกรรณ์ และคณะ (2543) ที่พบว่าสิทธิด้านการรักษาพยาบาล มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการดูแลก่อนคลอดครบ 4 ครั้งตามเกณฑ์ โดยหญิงมีครรภ์ที่มีสิทธิด้านการรักษาพยาบาลจะมีการดูแลก่อนคลอดครบ 4 ครั้งตามเกณฑ์สูงกว่าหญิงมีครรภ์ที่ไม่มีสิทธิด้านการรักษาพยาบาล เนื่องจากค่าบริการสามารถบ่งบอกถึงการเข้าถึงบริการสุขภาพได้ ค่าบริการฝากครรภ์ที่จัดให้ไม่ควรสูงเกินไปควรมีความเหมาะสมต่อสภาพทางเศรษฐกิจและสังคมของกลุ่มผู้รับบริการ (Kroeger, 1983; Kojo- Austin et al., 1993) แต่จากผลการศึกษาของแสงทอง แหวมงาม (2533) พบว่าการมีบัตรสุขภาพหรือมีบัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยไม่ได้ทำให้ผู้ใช้บริการเข้ารับบริการในสถานบริการเสมอไป

5.2.3 แหล่งประโยชน์ทางสังคม

แหล่งประโยชน์ทางสังคมเป็นสิ่งจำเป็นและมีความสำคัญมากต่อหญิงตั้งครรภ์เพื่อช่วยให้หญิงตั้งครรภ์เผชิญต่อการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม จากรายงานการวิจัยที่ผ่านมาพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลสำคัญต่อหญิงตั้งครรภ์ จากการศึกษาของ Reid & Mc Ilwaine (1982) พบว่าเมื่อหญิงตั้งครรภ์มีปัญหาเกิดขึ้นส่วนใหญ่จะขอคำแนะนำจากสามีและผู้มีประสบการณ์การตั้งครรภ์ รองลงมาคือ มารดา และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตามลำดับ และจากการศึกษาของ Patterson et al. (1990) พบว่า หญิงตั้งครรภ์ต้องการได้รับคำแนะนำจากบุคคลอื่น ๆ ในครอบครัว อยากให้สมาชิกในครอบครัวให้ความสนใจต่อการตั้งครรภ์ของตน และหญิงตั้งครรภ์ต้องการคำแนะนำจากสามี มารดา ผู้มีประสบการณ์และกลุ่มเพื่อน สอดคล้องกับการศึกษาของสุพรรณิ ประดิษฐ์สถาวงษ์ (2544) พบว่าสามีมีส่วนสนับสนุนและกระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ตามนัดได้ดีขึ้น และการศึกษาของรพีพร ประกอบทรัพย์ (2541) ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมจากสามี สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นได้ร้อยละ 19.67

5.3 ปัจจัยระบบบริการสุขภาพ

5.3.1 ความพึงพอใจต่อการบริการฝากครรภ์

ความพึงพอใจเป็นความคาดหวังอย่างหนึ่งที่หญิงตั้งครรภ์ต้องการจะได้รับจากการมารับบริการฝากครรภ์ เปรียบเสมือนเป็นรางวัลอย่างหนึ่งที่จะสนับสนุนให้หญิง

ตั้งครรถ์มารับบริการฝากครรภ์อย่างต่อเนื่องได้ โดยที่ความพึงพอใจเป็นความรู้สึกของหญิงตั้งครรถ์ที่เข้าไปใช้บริการในสถานานั้น และประสบการณ์นั้นๆ เป็นไปตามความคาดหวังของหญิงตั้งครรถ์ (คุณฉวี พงษ์ศิริ, 2539) จากการศึกษาของมยุรี คชนาม (2536) พบว่าการรับรู้ต่อการบริหารจัดการ การให้บริการและความพึงพอใจของผู้รับบริการมีความสัมพันธ์กับการใช้บริการรักษาพยาบาลที่สถานีนอามัยและความพึงพอใจของผู้รับบริการเป็นตัวทำนายหรืออธิบายพฤติกรรมการใช้บริการได้ดีที่สุด เช่นเดียวกันกับการศึกษาของกุศล สุทธธาดาและวรชัย ทองไทย (2539) พบว่าคุณภาพบริการวัดจากความเชื่อถือในตัวแพทย์ ความเชื่อถือในสถานบริการและความพึงพอใจในบริการที่เคยได้รับมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการภาคเอกชน นอกจากนี้กิตติวรรณ จันทร์ฤทธิ์ (2542) ศึกษาพบว่าความพึงพอใจในคุณภาพบริการมีความสัมพันธ์กับการใช้บริการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชน แตกต่างจากการศึกษาของคุณฉวี พงษ์ศิริ (2539) พบว่าความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับจากหน่วยฝากครรภ์ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมฝากครรภ์ และการศึกษาของเพ็ญศรี พงษ์ประพันธ์ (2534) พบว่าบุคลิกภาพ การปฏิบัติงาน และความสนใจเอาใจใส่ของเจ้าหน้าที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครบและไม่ครบตามเกณฑ์

5.4 ปัจจัยการรับรู้ต่อการตั้งครรถ์

การรับรู้ (Perception) เป็นการตีความของบุคคลเกี่ยวกับสิ่งที่สังเกตเห็น การรับรู้ของแต่ละบุคคลเกี่ยวกับเหตุการณ์เดียวกันอาจแตกต่างกัน เพราะการรับรู้ขึ้นอยู่กับความรู้สึก ประสบการณ์ การเตรียมพร้อมและการคาดหวังของบุคคล (Murry and Zentner, 1993) อีกทั้งเป็นกระบวนการทางจิตวิทยาที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตประจำวัน การรับรู้ถือเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อความสำคัญต่อความคิดของบุคคลซึ่งจะนำไปสู่การแสดงพฤติกรรมเพราะถ้าปราศจากซึ่งการรับรู้แล้วบุคคลจะไม่สามารถมีความจำ ความคิด หรือการเรียนรู้ได้ (นพวรรณ หมั่นน้อย, 2539)

ปัจจัยด้านการรับรู้เป็นองค์ประกอบหนึ่งของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้มีผลงานการศึกษาวิจัยมากมายสนับสนุนว่ามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมารับบริการฝากครรภ์ ดังนั้นในการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์และไม่ครบตามเกณฑ์ของมารดาย้ายถิ่นพม่า ในจังหวัดระนอง จึงศึกษาปัจจัยการรับรู้ต่อการตั้งครรถ์ตามแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker ซึ่งน่าจะมีความสำคัญในการวิจัยครั้งนี้ โดยประยุกต์ให้สอดคล้องกับพฤติกรรมมารับบริการฝากครรภ์ อันได้แก่

5.4.1 การรับรู้โอกาสเกิดอาการแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรถ์

เป็นประสบการณ์เจ็บป่วยที่เป็นสิ่งเร้าทางด้านสุขภาพอนามัย ซึ่งเป็นแรงจูงใจทางสุขภาพ ตามรูปแบบความเชื่อในด้านสุขภาพอนามัยของเบคเกอร์และคณะ (Becker

et al., 1979) ที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์มาพบแพทย์เพื่อตรวจครรภ์ จากการศึกษาของ Patterson et al. (1990) ศึกษาในสตรีที่ฝากครรภ์สม่ำเสมอตามนัด ฝากครรภ์ช้า และไม่ฝากครรภ์ พบว่าสตรีที่เคยมีภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์หรือเคยเห็นภาวะแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์ของบุคคลอื่น จะตระหนักและเอาใจใส่ต่อตนเองและมาฝากครรภ์ ซึ่งสอดคล้องกับวัชร วัชรมัย (2532) ที่พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการผิดปกติในระหว่างการตั้งครรภ์ มีอัตราการฝากครรภ์สูงกว่าหญิงที่ไม่มีอาการผิดปกติ และอาการแทรกซ้อนในระหว่างการตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์กับการรับบริการฝากครรภ์ในทิศทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สุพิศ สุวรรณประทีป, 2535 และคุณิ พงษ์ศิริ, 2539)

5.4.2 การรับรู้อันตรายและความรุนแรงของอาการแทรกซ้อนระหว่างการจัดตั้งครรภ์

การรับรู้อันตรายและความรุนแรงของอาการแทรกซ้อนระหว่างการจัดตั้งครรภ์ หมายถึง อันตรายและความรุนแรงของอาการแทรกซ้อนระหว่างการจัดตั้งครรภ์ที่ตนคิดเองมากกว่าจะหมายถึงอันตรายและความรุนแรงของอาการแทรกซ้อนระหว่างการจัดตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้นจริง และมักจะมีผลกระทบต่อความร่วมมือในการรับบริการ การรับรู้ถึงอันตรายและความรุนแรงของอาการแทรกซ้อนระหว่างการจัดตั้งครรภ์ในระดับที่เหมาะสมจะเป็นปัจจัยสำคัญในการที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค จากการศึกษาของ คุณิ พงษ์ศิริ (2539) พบว่าอันตรายและความรุนแรงของอาการแทรกซ้อนระหว่างการจัดตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับการรับบริการฝากครรภ์ในทิศทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยปัจจัยด้านนี้ในระดับสูงสอดคล้องกับการศึกษาของภุริยา เพ็ญสุวรรณ (2540) ที่พบว่ากลุ่มที่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์มีการรับรู้ความรุนแรงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ถูกต้องมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5.4.3 การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์

การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ หมายถึง การที่บุคคลมีความเชื่อว่าจะทางเลือกที่กระทำนั้นมีประโยชน์สำหรับตนเอง ในการลดความรุนแรงของการเจ็บป่วยได้ การรับรู้ประโยชน์เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ (Becker, 1984 cited by Rosenstock, 1990) อีกทั้งมีความสัมพันธ์และเป็นตัวทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ (พิมพ์ใจ จารวัชรวิงศ์, 2536; ยุพิน เพ็ชรมงคล, 2537; คาริณี สุภาพ, 2542 และมยุรี นิรัตน์ธราดล, 2539) เหตุที่หญิงตั้งครรภ์ไม่ไปฝากครรภ์กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพราะไม่เคยรับข้อมูล และได้รับข้อมูลทางลบเกี่ยวกับการฝากครรภ์และการคลอดกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (พนัณิ ชันติกาโร, 2542) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาสตรีชาวไนจีเรีย ของBrigger et al. (1994) ที่พบว่าการศึกษาสตรีชาวไนจีเรียมาฝากครรภ์ล่าช้าและไม่มาคลอดที่คลินิก เนื่องจากไม่เห็นความสำคัญ ไม่ทราบและ

ไม่เข้าใจถึงประโยชน์ของการมาฝากครรภ์ ดังนั้นข้อมูลด้านประโยชน์ของการฝากครรภ์จึงเป็นข้อมูลที่สตรีใช้ในการตัดสินใจมารับบริการฝากครรภ์ (อัญญา ทิพนัมพรจรัส, 2538) และจากการศึกษาของ Boonyanurak (1986) พบว่าการรับรู้ถึงประโยชน์ของการฝากครรภ์ เป็นตัวทำนายการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ได้ หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ยังเชื่อว่าการฝากครรภ์จะทำให้คลอดบุตรง่าย (สร้อย อนุสรณ์ธีรกุลและสุชาดา สุวรรณคำ, 2535) อีกทั้งฝากครรภ์เพื่อต้องการมาคลอดที่โรงพยาบาลจึงจะปลอดภัยทั้งแม่และลูก ฝากครรภ์เพื่อขึ้นทะเบียนไว้จะได้รับความสะดวกเมื่อมาคลอด และฝากครรภ์เพื่อเป็นการดูแลสุขภาพของมารดาให้ดีตลอดการตั้งครรภ์ (นพวรรณหมั่นน้อย, 2539) ดังนั้นจะเห็นได้ว่าหากหญิงตั้งครรภ์มีการรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ในทางที่ดี จะส่งผลต่อพฤติกรรมการฝากครรภ์อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับบริการฝากครรภ์ พบว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ทั้งปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ ปัจจัยด้านอายุ รายได้ของครอบครัว ระดับการศึกษา และอาการแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ และปัจจัยระบบบริการ ได้แก่ ความพึงพอใจต่อบริการฝากครรภ์ ซึ่งในการศึกษาที่ผ่านมาผลการศึกษายังไม่สอดคล้องกัน ส่วนปัจจัยด้านลำดับที่ของการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก และปัจจัยการรับรู้ต่อการตั้งครรภ์ ซึ่งการศึกษานี้ศึกษาในประเด็นการรับรู้โอกาสเกิดอาการแทรกซ้อนในระหว่างตั้งครรภ์ การรับรู้อันตรายและความรุนแรงของอาการแทรกซ้อนในระหว่างตั้งครรภ์ และการรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ พบว่าการศึกษาที่ผ่านมาให้ผลในแนวทางที่สอดคล้องกันแต่เป็นการศึกษาในบริบทของหญิงตั้งครรภ์คนไทย ส่วนปัจจัยด้านความสามารถในการสื่อสารภาษาไทย และปัจจัยส่งเสริม ได้แก่ ความสะดวกในการเดินทางไปรับบริการฝากครรภ์ สิทธิในการรักษาพยาบาล และเครือข่ายทางสังคม เป็นปัจจัยที่เป็นลักษณะเฉพาะที่เป็นปัญหาต่อการเข้าถึงบริการของผู้ย้ายถิ่น ซึ่งจากการศึกษาของอมรทิพย์ อมราภิบาล และจิราพร วรเสน (2544) ศึกษาการประเมินความต้องการของเด็กต่างชาติในจังหวัดระนอง พบว่าครอบครัวพม่าที่ย้ายถิ่นที่มาอยู่อาศัยในจังหวัดระนองมีปัญหาด้านการเข้าถึงบริการ ได้แก่ ปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย ระยะเวลา ความปลอดภัยระหว่างการเดินทางไปรับบริการ ภาษาและการเลือกปฏิบัติของผู้ให้บริการ อีกทั้งจากการศึกษานำร่องยังพบว่าปัญหาการไม่ไปฝากครรภ์อย่างต่อเนื่อง ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการไปฝากครรภ์ บ้านอยู่ไกลจากสถานที่ฝากครรภ์และไม่ค่อยมีรถประจำทางวิ่งผ่าน ทำให้มารดาย้ายถิ่นพม่าไปฝากครรภ์ไม่ตามนัด

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาว่าหากนำปัจจัยดังกล่าวมาศึกษาจะมีความคล้อยตามหรือขัดแย้งกับผู้ที่เคยศึกษาในประเด็นเดียวกันหรือคล้ายกันมาแล้วหรือไม่ คาดว่าจะช่วยทำให้เข้าใจถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์และไม่ครบตามเกณฑ์ของมารดาย้ายถิ่นพม่าในจังหวัดระนอง เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้เป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพอนามัยมารดาย้ายถิ่นพม่าให้ได้รับบริการฝากครรภ์ให้ครบตามเกณฑ์ต่อไป