

บทที่ 2

แนวคิดและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 แนวคิดทางเศรษฐศาสตร์สุขภาพ (Health Economics Concepts)

สินค้าและบริการด้านการแพทย์และการสาธารณสุข มีลักษณะพิเศษคือมีวัตถุประสงค์และเป้าหมายในการผลิตแตกต่างไปจากการผลิตสินค้าและบริการชนิดอื่นๆ การลงทุนในด้านสาธารณสุขมิได้เป็นการลงทุนเพื่อหาผลตอบแทนจากการลงทุนในรูปแบบของการทำกำไรสูงสุด แต่เป็นการลงทุนเพื่อให้เกิดประโยชน์ร่วมสูงสุดแก่ผู้บริโภค

สินค้าและบริการด้านการแพทย์และการสาธารณสุขมีความแตกต่างจากสินค้าและบริการอื่นๆ โดยทั่วไป กล่าวคือโดยส่วนใหญ่เป็นสินค้าและบริการที่จำเป็นต่อการดำรงชีพและหาสินค้าชนิดอื่นที่ไม่ใช่ชนิดเดียวกันหรือผลิตมาเพื่อวัตถุประสงค์เดียวกันมาทดแทนได้ยากหรือมีจำนวนน้อย เช่น ยารักษาโรคติดเชื้อบางชนิด อาจมียาอื่นที่ใช้ทดแทนกันได้แต่ก็ไม่สามารถใช้แทนกันได้ทั้งหมด ถึงแม้ว่าสินค้านี้จะเป็นสินค้าที่มีความจำเป็นสำหรับผู้บริโภค แต่โดยปกติแล้วปริมาณที่ต้องการใช้ของสินค้าประเภทนี้จะไม่สอดคล้องกับความจำเป็นของผู้บริโภค เนื่องจากผู้บริโภคขาดความรู้หรือไม่เห็นความสำคัญ นอกจากนี้แล้วสินค้าและบริการโดยทั่วไป (ในกรณีที่สินค้านั้นเป็นสินค้าที่ปกติ) หากราคาลดต่ำลงหรือรายได้ของผู้บริโภคสูงขึ้น ตามกฎของอุปสงค์และผลทางการค้าแล้วผู้บริโภคควรจะเพิ่มปริมาณการซื้อสินค้านั้นมากขึ้น แต่ในกรณีสินค้าและบริการทางการแพทย์ไม่ได้เป็นเช่นนั้น เช่น หากค่าตรวจสุขภาพ หรือค่าบริการฝากครรภ์ลดลง ก็ไม่ได้หมายความว่าผู้บริโภคจะพากันไปตรวจสุขภาพ หรือฝากครรภ์มากขึ้น หรือแม้แต่ยาบางอย่างถึงแม้จะมีราคาถูกลงมากๆ ผู้บริโภคก็ยังคงซื้อในปริมาณที่ตนเองคิดว่ามากเพียงพอที่จะใช้ได้ในระยะเวลานึงเท่านั้น ไม่ได้ซื้อเพิ่มขึ้นมากมายแต่อย่างใด ลักษณะพิเศษของสินค้าและบริการทางการแพทย์อีกประการหนึ่งคือ ผู้ผลิตมีความได้เปรียบในการกำหนดปริมาณการผลิต ปริมาณเสนอขายและการตั้งราคา ไม่ว่าปริมาณหรือการเสนอซื้อจะมีมากเพียงใดก็ตาม เนื่องจากผู้บริโภคอยู่ในฐานะที่ต้องพึ่งพาหรือไปขอพึ่งการรักษาจากผู้ให้บริการ

บริการทางด้านสุขภาพมีลักษณะแตกต่างจากสินค้าทั่วไปดังนี้

1. เมื่อเจ็บป่วยถึงระดับหนึ่งแล้วจำเป็นต้องได้รับการรักษา แม้อาการจะหายไปตัวเอง แต่โรคยังคงอยู่

2. การเจ็บป่วยเนื่องจากโรค เป็นเหตุการณ์ที่ไม่แน่นอน (Uncertainty) คือไม่สามารถรู้ล่วงหน้าได้ว่าจะมีอาการขึ้นได้เมื่อไร

3. ผู้รับบริการมีทางเลือกจำกัด (Limit of effective choice) ในการรับบริการเพราะไม่มีความรู้และไม่ทราบข้อมูลชัดเจนเกี่ยวกับโรค การบริการและผลการรักษาเมื่อเทียบกับค่าใช้จ่าย และเมื่อเทียบกับทางเลือกอื่นๆ จึงมักมอบความไว้วางใจให้ผู้ให้บริการเป็นผู้ตัดสินใจแทนตน ดังนั้นจริยธรรมและคุณธรรมของผู้ให้บริการจึงเป็นสิ่งสำคัญ

4. ภาวะการเจ็บป่วยและความสามารถในการเข้าถึงบริการของผู้มารับบริการเกี่ยวข้องกับคุณธรรมในสายตาของสังคม

5. ผู้ให้บริการอาจกระตุ้นให้ผู้รับบริการเกิดความต้องการใช้บริการที่ไม่จำเป็นได้ (induced demand) สืบเนื่องมาจากลักษณะในข้อ 3 และผู้รับบริการเองอาจเป็นผู้เรียกร้องบริการเกินความจำเป็นซึ่งเรียกว่าการใช้บริการ (moral hazade)

ในการให้บริการด้านสุขภาพ สามารถแบ่งสินค้าตามลักษณะการใช้งานเป็น 3 ประเภทคือ

1. ยาและสารชีวภาพ (drugs and biological)
2. วัสดุการแพทย์ (medical supplies)
3. เครื่องมือและอุปกรณ์ (dental equipments)

การให้บริการของโรงพยาบาลต้องใช้สินค้าทั้ง 3 ประเภท ในการให้บริการและสินค้าเกือบทั้งหมดนั้นผลิตในประเทศพัฒนา หากมีผู้ผลิตหรือนำเข้าน้อยราย ตลาดสินค้านั้นจะเป็นตลาดกึ่งผูกขาดที่ผู้ผลิตหรือผู้นำเข้าสามารถกำหนดราคาได้อย่างไม่ต้องคำนึงถึงกลไกการตลาด

การสาธารณสุขเป็นสินค้าที่มีลักษณะชนิด ประเภท ลักษณะที่แตกต่างหลากหลายมากมายนับตั้งแต่ที่เป็นการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล จนถึงการฟื้นฟูสภาพทั้งกายและจิต ทั้งนี้ยังไม่รวมถึงวัตถุดิบที่ใช้ในการผลิตบริการสาธารณสุข เช่น ยาและเวชภัณฑ์ และบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งมีความสลับซับซ้อนมากทำให้นโยบายต่างๆที่จะใช้กำกับความมีประสิทธิภาพและความเป็นธรรมทางเศรษฐกิจไม่สามารถทำได้โดยวิธีการเดียว และไม่สามารถทำได้โดยรัฐบาลแต่ฝ่ายเดียว นอกจากนั้นพฤติกรรมของบุคคลยังมีผลกระทบต่ออุปสงค์และอุปทานของบริการสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญด้วย เป็นต้นว่าพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทั้งโดยรู้และโดยไม่รู้ หรือพฤติกรรมในการบริโภคยาและอาหารโดยไม่ถูกต้อง

สาธารณสุขเป็นสินค้าที่เป็นนามธรรมหรือเรียกได้ว่าเป็นบริการและเป็นทั้งสินค้าสาธารณะ (Public goods) และสินค้าส่วนบุคคล (Private goods) ในขณะเดียวกันส่วนที่เป็นสินค้าสาธารณะนั้น พิจารณาได้จากผลกระทบข้างเคียงจากการเจ็บป่วยบางสาเหตุที่อาจติดต่อถึงบุคคล

อื่นได้ ส่วนที่เป็นสินค้าส่วนบุคคลนั้นอาจพิจารณาได้จากการที่บุคคลหนึ่งๆ อาจซื้อหาบริการทางการแพทย์บางอย่างเป็นการทรงสิทธิ์เฉพาะตัว เช่น การรับบริการในห้องผู้ป่วยพิเศษเฉพาะตัว เป็นต้น

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย (Health Seeking Behaviour)

ตามแนวคิดของ Kasl S. และ Cobb S. (อ้างใน รมภพ เอื้อพันธเศรษฐ, 2541) ได้ให้คำนิยามของพฤติกรรมสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยไว้ว่า หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำเมื่อมีอาการผิดปกติ หรือความรู้สึกของบุคคลที่มีต่ออาการผิดปกติ หรือความรู้สึกของบุคคลที่มีต่ออาการหรือความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกาย ซึ่งบุคคลนั้นมีความเชื่อมั่นว่าเป็นอาการของความเจ็บป่วย โดยพยายามอธิบายหรือตีความหมายอาการที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์ของตนเอง จากการปรึกษาเพื่อนญาติพี่น้องและพยายามแสวงหาความช่วยเหลือด้วยวิธีการต่างๆ นานาเพื่อให้อาการเหล่านั้นหมดไป

ดังนั้นพฤติกรรมสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยจึงได้แก่ การตอบสนองต่ออาการทางร่างกาย การแสวงหาความคิดเห็นและคำแนะนำจากบุคคลอื่นซึ่งตัวเองมีความเชื่อว่าเขามีความชำนาญด้านสุขภาพโดยไม่คำนึงว่าบุคคลเหล่านั้นจะเป็นที่ยอมรับจากสังคมส่วนใหญ่หรือไม่ เช่น หมอพื้นบ้าน ผู้บำบัดโรคที่ไม่ใช่วิชาชีพ ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน มิตรสหาย ผู้ร่วมงาน การแสวงหาการรักษาพยาบาล การหลบหนีจากสังคมและรวมถึงพฤติกรรมที่บุคคลนั้นไม่ทำอะไรเลย ซึ่งขณะเดียวกันก็จะคอยสังเกตอาการว่าอาการผิดปกติจะหายไปเองได้หรือไม่ เมื่อบุคคลเจ็บป่วยหรือมีความผิดปกติทางร่างกาย จิตใจหรือสังคมแล้วบุคคลจะปฏิบัติตัวแตกต่างกันไป ซึ่งขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายอย่างเช่น ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการและการรักษาโรค การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค ความเชื่อเดิม ขนบธรรมเนียม ประเพณี ความสนใจ ค่านิยม สถานบริการที่มีในชุมชน การปฏิบัติตนเมื่อเจ็บป่วยนี้อาจมีได้หลายอย่าง ตั้งแต่การไปรับบริการรักษาพยาบาลตามสถานที่ต่างๆ การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สถานอนามัย การไปตรวจตามนัด การปฏิบัติดังกล่าวนี้เรียกรวมว่า พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย

ในด้านการปฏิบัติของประชาชนเมื่อเจ็บป่วย หรือมีสถานะทางสุขภาพไม่ปกตินั้น อาจจะทำให้หลายประการ เช่น อยู่เฉยๆ ปล่อยให้หายเอง รับบริการจากโรงพยาบาลของรัฐ คลินิกเอกชน โรงพยาบาลเอกชน หมอกลางบ้าน หมอเวทย์มนต์ บุคคลที่ทำตัวเป็นแพทย์แต่ไม่ได้ศึกษามาทางด้านนี้เป็นต้น

2.2.1 ปัจจัยที่มีผลต่อการไปใช้บริการทางการแพทย์

วสันต์ ศิลปสุวรรณ (2531) ได้รวบรวมพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ โดยกล่าวไว้ว่า นักพฤติกรรมศาสตร์ได้สรุปปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้บริการสุขภาพออกเป็น 7 ประการใหญ่ๆ คือ

1. คุณลักษณะทางประชากร (demographic factors) มีการศึกษาวิจัยส่วนใหญ่พบว่า คุณลักษณะของประชากรมีอิทธิพลต่อการใช้บริการสาธารณสุขทั้งด้านป้องกันส่งเสริมสุขภาพและด้านการรักษาพยาบาล คุณลักษณะของประชาชน รวมถึงอายุ เพศ ขนาดของครอบครัวและสถานภาพสมรส
2. ปัจจัยโครงสร้างทางสังคม (social structural factors) ปัจจัยทางสังคมประกอบด้วย การศึกษา อาชีพ เชื้อชาติ ศาสนา เป็นต้น
3. ปัจจัยทางจิตวิทยาสังคม (social psychology) ปัจจัยทางจิตวิทยาสังคมที่เกี่ยวกับการใช้บริการสุขภาพที่ส่วนใหญ่จะพิจารณาคำนิยามทางบริการสุขภาพ (health value) บรรทัดฐานทางสังคม (social norm) เกี่ยวกับสุขภาพทัศนคติและความเชื่อของประชาชนที่มีต่อเรื่องสุขภาพและการใช้บริการสุขภาพ ตลอดจนรูปแบบการดำเนินชีวิตของบุคคล (life styles) และแรงจูงใจด้านสุขภาพของบุคคล
4. ปัจจัยทางด้านเศรษฐฐานะหรือทรัพยากรของครอบครัว (family rasources) ปัจจัยทางเศรษฐฐานะของครอบครัวจะเป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลหรือครอบครัวนั้นๆ สามารถเข้าถึงบริการได้หรือไม่ ปัจจัยดังกล่าวนี้รวมถึงรายได้ของครอบครัวส่วนรวม หรือของหัวหน้าครอบครัว
5. ปัจจัยแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในชุมชน ปัจจัยนี้จะมุ่งพิจารณาและให้ความสำคัญสิ่งอำนวยความสะดวกหรือบริการที่มีอยู่ในชุมชนเป็นสำคัญ ในการนี้รวมถึงชนิดหรือประเภทของบริการ จำนวนบุคลากรที่ให้บริการ และสภาพภูมิศาสตร์ของสถานบริการ ที่อยู่อาศัยของหมู่บ้านว่าห่างไกลกันมากน้อยเพียงใด ตลอดจนการคมนาคมสะดวกสบายหรือไม่
6. ปัจจัยด้านการบริหารจัดการการให้บริการสุขภาพ (organization factors) ปัจจัยนี้รวมถึงการจัดรูปแบบกระบวนการการให้บริการสุขภาพและสิ่งอำนวยความสะดวกด้านบุคลากร และสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้ยังครอบคลุมถึงเรื่องค่าบริการและพฤติกรรมการใช้บริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขด้วย
7. ปัจจัยระบบสาธารณสุขของประเทศ (health systems) ปัจจัยนี้จะพิจารณาและให้ความสนใจระบบสาธารณสุขทั้งหมดของแต่ละแห่ง ซึ่งนับตั้งแต่ปัจจัยนำเข้า (input) อันได้แก่

นโยบายสังคม และงบประมาณหรือทรัพยากรที่ได้รับจัดสรรมาให้เพื่อใช้ในการดำเนินการสุขภาพของประชาชน

อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยหลายแห่งได้ชี้ชัดว่า ปัจจัยที่สำคัญมาก 2 ประการที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจไปรับบริการทางการแพทย์ ได้แก่ ความรุนแรงของการเจ็บป่วย (เบญจายอดดำเนินและคณะ อรทัย รวยอาจิน และบุญช่วย จันท์เอี่ยม สันทัด เสริมศรี และเจมส์ เออโรลิย์) และระยะทางจากบ้านไปสถานพยาบาล (อรทัย รวยอาจิน บุญช่วย จันท์เอี่ยม ชื่นชม เจริญยุทธ สำลี เปลี่ยนบางช้าง และคณะ)

การเจ็บป่วยตามคำนิยามของสำนักงานสถิติแห่งชาติ

สำนักงานสถิติแห่งชาติ (IPSR 1988) ได้ให้คำนิยามของการเจ็บป่วย หมายถึงกรณีใดกรณีหนึ่งดังต่อไปนี้

- ก. ตรวจวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าป่วย
- ข. ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวัน โดยปกติได้อย่างน้อย 24 ชั่วโมง
- ค. ต้องนอนพักบนเตียงอย่างน้อย 24 ชั่วโมง
- ง. ไม่สามารถรับประทานอาหารได้อย่างน้อย 24 ชั่วโมง

ดังนั้น อัตราการเจ็บป่วยตามนิยามของสำนักงานสถิติแห่งชาติเป็น 0.12 ครั้งต่อคนต่อเดือน หรือ 1.44 ครั้งต่อคนต่อปี ถ้าไม่มีอิทธิพลของฤดูกาลต่อการเจ็บป่วย ทั้งนี้เพราะคำนิยามของสำนักงานสถิติแห่งชาติเข้มงวดกว่าที่บุคคลเข้าใจว่าตนเองป่วย

2.3 แนวคิดเรื่องการเคลื่อนย้ายแรงงานระหว่างประเทศ

การเคลื่อนย้ายแรงงานระหว่างประเทศประกอบด้วยปัจจัยผลักดันจากประเทศที่มีแรงงานเคลื่อนย้ายออกและปัจจัยดึงดูดจากประเทศที่มีแรงงานเคลื่อนย้ายเข้า (สุณี อัตราคม) กล่าวคือ

2.3.1 ปัจจัยผลักดันจากประเทศที่มีแรงงานเคลื่อนย้ายออก

2.3.1.1 อัตราการว่างงานภายในประเทศ คือ ภาวะการว่างงานในประเทศของผู้เคลื่อนย้ายออก ตัดสินใจย้ายออกเพราะไม่สามารถหางานทำได้จึงเคลื่อนย้ายไปประเทศอื่นที่คาดว่าจะมีงานทำ

2.3.1.2 ระดับการจ้าง ได้แก่ ค่าจ้างแรงงานที่ต่ำกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศที่แรงงานเคลื่อนย้ายไปทำงาน

2.3.1.3 การขาดสิ่งจูงใจสำหรับความก้าวหน้าในอาชีพ คือ เป็นการเคลื่อนย้ายออกเพราะขาดสิ่งจูงใจสำหรับความก้าวหน้าในอาชีพของตนเองหรือไม่มีสิ่งจูงใจในการทำงาน

2.3.2 ปัจจัยแรงดึงดูดในประเทศที่มีแรงงานเคลื่อนย้ายเข้า

2.3.2.1 ระดับค่าจ้างและเงินเดือนที่สูงกว่า ถ้าเปรียบเทียบกับงานที่ตนเองทำอยู่

2.3.2.2 การขาดแคลนกำลังคนในบางสาขา ได้แก่ประเทศที่แรงงานเคลื่อนย้ายเข้ามีความต้องการแรงงานหรือจ้างงาน เพราะภายในประเทศที่เคลื่อนย้ายเข้าขาดแคลนแรงงานในสาขาวิชาชีพนั้น

2.3.2.3 โอกาสและความก้าวหน้าของอาชีพในประเทศที่พัฒนาแล้ว เป็นเหตุผลหนึ่งที่จะทำให้แรงงานเคลื่อนย้ายเข้าไปทำงาน เพราะจะมีโอกาสและมีความก้าวหน้าในอาชีพกว่าที่อยู่ในประเทศของตนเอง

2.4 แนวความคิดและทฤษฎีว่าด้วยการย้ายถิ่นข้ามชาติ

แม้เป็นความจริงที่จะกล่าวว่า โอกาสในชีวิตที่ดีกว่าเป็นสาเหตุสำคัญที่สุดของการย้ายถิ่นของมนุษย์ แต่ก็เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่า สาเหตุของการย้ายถิ่นข้ามชาตินั้นไม่เพียงแต่จะมีความหลากหลายอย่างยิ่ง แต่มีความซับซ้อนด้วย โดยภาพรวมกล่าวได้ว่า การย้ายถิ่นข้ามชาติเกิดจากสาเหตุหลักๆดังต่อไปนี้คือ(ความซับซ้อนและความสับสนเรื่องคนข้ามชาติในประเทศไทย: กฤตยา อาชวนิชกุลและคณะ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540 หน้า19)

- ความแตกต่างของความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ
- ความแตกต่างทางโครงสร้างประชากร
- ความขัดแย้งทางการเมือง
- เงื่อนไขทางสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรที่มีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศ
- นโยบายของรัฐที่สนับสนุนหรือไม่สนับสนุนการย้ายถิ่นข้ามชาติ
- ปัจจัยส่งเสริมการย้ายถิ่นที่สำคัญได้แก่ ข้อมูลข่าวสารจากสื่อมวลชน และความสะดวกของการคมนาคม เครื่องข่ายการย้ายถิ่นที่เกิดจากญาติหรือเพื่อนฝูงที่ย้ายไปก่อน
- ขบวนการค้ามนุษย์ข้ามชาติ ซึ่งเป็นอาชญากรรมที่คู่เคียงไปกับการค้ายาเสพติดข้ามชาติ

กล่าวได้ว่า ความซับซ้อนของการย้ายถิ่นข้ามชาติเกิดจากมีปัจจัยเข้ามาเกี่ยวข้องกับจำนวนมากไม่ว่าจะเป็นโครงสร้างของระบบเศรษฐกิจสังคม วัฒนธรรม การเมือง รวมถึงโครงสร้างทางประชากรที่แตกต่างในแต่ละซีกโลก แต่ละทวีป และแต่ละประเทศ ความเป็นอธิปไตยของแต่ละประเทศในการวางกฎเกณฑ์เรื่องการเข้าเมืองของตนเอง ที่แสดงนัยนโยบายที่ต้อนรับหรือจำกัด

การย้ายถิ่นเข้าประเทศตน ความสัมพันธ์ระหว่างประเทศไม่ว่าจะเป็นด้านการค้าและการเมือง ในประเทศที่มีพรมแดนติดต่อกันก็อาจมีปัญหาเขตแดนเข้ามาด้วย กฎหมายระหว่างประเทศที่เป็น ข้อตกลงร่วมกันเป็นสากลหรือในแต่ละภูมิภาค หรือเป็นข้อตกลงพิเศษทวิภาคี หรือพหุภาคี และท้ายสุดคือบทบาทขององค์การระหว่างประเทศที่เกี่ยวกับการคุ้มครองสิทธิแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติ ไม่ว่าจะเข้าเมืองถูกกฎหมายหรือไม่ก็ตาม การป้องกันความรุนแรงจากลัทธิการเหยียดผิว ลัทธิชาตินิยมหรือการกลัวถูกกลืนชาติ จึงเกิดความพยายามที่จะพัฒนาแนวคิดใหม่ๆ ขึ้นเพื่อใช้อธิบายครอบคลุมถึงปัจจัยที่แสนซับซ้อนคาบเกี่ยวกันเหล่านี้

แนวคิดเชิงระบบการย้ายถิ่น (migration systems approach) เป็นผลผลิตหนึ่งของความพยายามนี้ ที่ไม่เน้นมุมมองการย้ายถิ่นเข้า-ออกเพียงสองขั้วคือ ระหว่างประเทศส่งแรงงานหรือประเทศที่มีผู้ย้ายถิ่นออกมากับประเทศปลายทางที่รับแรงงาน แต่ใช้การพิจารณารวมกันเป็นภูมิภาค เช่น วิเคราะห์เชื่อมโยงการย้ายถิ่นของประเทศกลุ่มอาเซียนมาสู่ประเทศตะวันออกกลาง หรือวิเคราะห์กระแสการย้ายถิ่นจากประเทศหนึ่งในทวีปหนึ่งที่ใหญ่ไปยังประเทศหนึ่งในอีกทวีปหนึ่ง เป็นต้น ภายใต้การตรวจสอบมิติทางสังคมทุกด้าน ที่ก่อให้เกิดกระแสไหลเวียนของมนุษย์ข้ามสู่ชาติหนึ่งไปยังอีกชาติหนึ่ง ได้แก่ทุน สินค้า ระดับความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี เสรีภาพทางการเมือง เชื่อมโยงกับภาพจากประวัติศาสตร์ เช่น การล่าอาณานิคม การครอบงำทางการเมือง การมีฐานทัพต่างชาติในแต่ละประเทศ การพึ่งพาทางการค้า และการแทรกซึมหรือแทรกแซงทางวัฒนธรรม เป็นต้น (castles, 1994)

แนวคิดนี้ได้รับการยอมรับว่า ทำให้เข้าใจประเด็นการไหลเวียนของประชากรที่อาจเกิดจากเครือข่ายต่างๆ ที่เป็นทางการและเป็นสายสัมพันธ์ส่วนตัวของผู้ย้ายถิ่นหรือไม่ก็ตาม และการเปลี่ยนแปลงทิศทางของกระแสการย้ายถิ่นข้ามชาติ ที่เกิดขึ้นระหว่างประเทศรับและประเทศส่งออกได้ดีขึ้นเห็นภาพชัดเจนขึ้นของการสะสมทุน และการปรับเปลี่ยนค่านิยมและวัฒนธรรมอันเป็นผลมาจากการย้ายถิ่น โดยมีได้มองข้ามความอ่อนแอของชนบทในแต่ละประเทศ และสภาพการย้ายถิ่นภายในประเทศเลย

แนวคิดนี้ได้รับการพัฒนาปรับปรุงขึ้น เพื่อลดข้ออ่อนด้อยของแนวคิดดั้งเดิมที่ยังใช้อธิบายเรื่องปรากฏการณ์เรื่องการย้ายถิ่นกันอยู่เสมอ ปัจจัยผลักดันในถิ่นต้นทางและปัจจัยดึงดูดในถิ่นปลายทาง (push-pull theory) ซึ่งมีพื้นฐานมาจากการเพ่งพินิจที่ความแตกต่างทางบริบทสังคมระหว่างสองพื้นที่ (ต่อมาพัฒนาเป็นแนวคิดทางเศรษฐศาสตร์ใหม่ในแง่ดุลยภาพทางเศรษฐกิจระหว่างประเทศรับและส่งแรงงาน – the neoclassical economic equilibrium perspective) และแนวคิดทางด้านโครงสร้างเชิงประวัติศาสตร์ (the historical-structuralist approach) ที่มีฐานมาจากทฤษฎีเศรษฐศาสตร์การเมือง ที่เน้นการพัฒนาที่ไม่เท่าเทียมกันทางเศรษฐกิจและอำนาจทาง

การเมืองในระบบเศรษฐกิจโลก โดยมีมุมมองว่าการย้ายถิ่นคือการเคลื่อนย้ายแรงงานราคาถูกมาสู่แหล่งทุน ส่งผลให้การพัฒนาที่ไม่เท่าเทียมดำรงอยู่ได้ยาวนานขึ้น เพราะสนับสนุนการทุจริตจากประเทศจนไปยังประเทศที่ร่ำรวยให้รวยมากขึ้นไปอีก

การแบ่งประเภทผู้ย้ายถิ่นข้ามชาติ เมื่อพิจารณารูปแบบของการย้ายถิ่น มีนักวิชาการหลายสำนักเห็นพ้องกันว่ามียู่ 6 ประเภท คือ (Applyard 1992; Rogers 1992):

1. ผู้ย้ายถิ่นเพื่อตั้งถิ่นฐานในประเทศอื่น (Permanent Settlers) รวมถึงผู้ย้ายถิ่นที่ติดตามครอบครัวญาติพี่น้องที่ย้ายไปก่อนแล้ว
2. แรงงานข้ามชาติที่มีสัญญาจ้างชั่วคราว (Temporary Contract Workers) ซึ่งต้องเดินทางกลับประเทศตนเองเมื่อหมดสัญญาจ้าง
3. แรงงานข้ามชาติชำนาญงานที่ทำงานชั่วคราว (Temporary Professional Transients) ซึ่งอาจเป็นการย้ายตามบริษัทแม่ หรือบริษัทข้ามชาติ หรือองค์การระหว่างประเทศ กลุ่มนี้รวมทั้งรวมนักเรียนต่างชาติ แต่จะไม่ถูกนับรวมอยู่ในตลาดแรงงานของประเทศปลายทาง
4. แรงงานข้ามชาติผิดกฎหมาย (Clandestine or Illegal Workers) ซึ่งอาจผิดหลักเพราะลักลอบเข้าเมือง หรืออยู่เกินเวลาที่ได้รับอนุญาตให้อยู่ได้ ซึ่งเป็นการผิดกฎหมายเข้าเมือง หรือถือวีซ่าที่ไม่ได้รับอนุญาตให้ทำงาน แต่แอบลักลอบทำงาน เช่น วิชา่นักเรียน แต่กลับทำงานเต็มเวลา วิชาผู้ติดตามครอบครัวแต่แอบออกไปทำงาน หรือทำงานที่สงวนเอาไว้เฉพาะคนในประเทศปลายทางนั้นๆ
5. ผู้ลี้ภัยทางการเมือง (Asylum Seekers) ซึ่งในแต่ละประเทศจะถือปฏิบัติแตกต่างกัน ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ รวมประเทศไทยจะรับผู้ลี้ภัยอยู่เพียงระยะสั้น ก่อนส่งต่อไปยังประเทศที่สามในภูมิภาคอัฟริกาและที่อื่นๆจะรับให้อยู่เป็นระยะเวลาสั้นพอสมควร แต่ไม่ให้อยู่ถาวร ในขณะที่ส่วนมากของประเทศในซีกโลกเหนือจะอนุญาตให้ผู้ลี้ภัยทางการเมืองตั้งถิ่นฐานในประเทศตนเองเป็นการถาวรได้
6. ผู้อพยพที่เข้าข่ายตามอนุสัญญาผู้พลัดถิ่นขององค์การสหประชาชาติ ปี ค.ศ. 1952 (refugee) ในสถานการณ์โลกปัจจุบันหาประเทศที่สามมารับช่วงผู้อพยพได้ยาก ทำให้ผู้อพยพต้องอยู่ในประเทศปลายทางเป็นระยะเวลายาวนาน บางครั้งเป็นสิบๆ ปี

การย้ายถิ่นข้ามชาติที่ไม่ปกติกับผลกระทบในเชิงทฤษฎีและนโยบาย

ปรากฏการณ์ของการย้ายถิ่นข้ามชาติผิดกฎหมาย เป็นประเด็นที่ได้รับความสนใจทั้งในเชิงทฤษฎีและเชิงนโยบาย เพราะทำให้เกิดผลกระทบหลายประการในประเทศปลายทาง ผลกระทบทางด้านอาจจะย้อนกลับไปยังประเทศต้นทางด้วย ปริมาณของผลกระทบขึ้นอยู่กับ

ปริมาณและลักษณะของผู้ย้ายถิ่น กล่าวคือ ยังมีจำนวนมากผลกระทบที่สูงตามไปด้วย โดยผลกระทบได้แบ่งออกเป็น 6 ด้านดังนี้ (กฤตยา อาชวนิชกุลและคณะ, สถานะความรู้เรื่องแรงงานข้ามชาติในประเทศไทยและทิศทางการวิจัยที่พึงปรารถนา, 2546 หน้า 3-4)

1. ผลกระทบด้านการเมืองและความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ ที่เห็นได้ชัดคือ ความสัมพันธ์ระหว่างประเทศต้นทางกับประเทศปลายทางและประเทศที่เป็นทางผ่าน ในด้านเศรษฐกิจ การติดต่อการค้าและความช่วยเหลือต่อกัน ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดความตึงเครียดของความสัมพันธ์ขึ้นได้ และอาจส่งผลต่อความมั่นคงของภูมิภาคนั้น

2. ผลกระทบด้านประชากร คือ ผลต่อการเปลี่ยนแปลงขนาด โครงสร้างประชากรในแง่อายุ อัตราการเกิดและอัตราการตาย อัตราการแออัดของประชากรในเขตเมือง หรือเขตอุตสาหกรรม การเปลี่ยนแปลงต่างๆเหล่านี้อาจมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับจำนวนหรือคุณลักษณะของผู้ย้ายถิ่นเช่น เพศ อายุ การศึกษา และสถานภาพสมรส เป็นต้น ดังนั้นการศึกษาจำนวนและคุณลักษณะของผู้ย้ายถิ่นจึงมีความสำคัญในฐานะเป็นปัจจัยพื้นฐาน ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงประชากรทั้งในประเทศต้นทางและประเทศปลายทาง

3. ผลกระทบด้านแรงงานและอัตราการมีงานทำ ในด้านบวกแรงงานต่างชาติอาจเข้าช่วยทดแทนแรงงานที่ขาดแคลนในภาคการผลิตต่างๆ โดยเฉพาะงานในระดับล่างที่เป็นงานสกปรก อันตรายและเสี่ยง ซึ่งคนท้องถิ่นเกลียดที่จะทำ ในด้านลบการมีแรงงานต่างชาติทำให้เกิดภาวการณ์กดค่าแรงของแรงงานท้องถิ่น และอำนาจในการต่อรองสิทธิแรงงานของคนงานท้องถิ่นน้อยลงเพราะนายจ้างมีตัวเลือกมาก ซึ่งอาจส่งผลถึงเงื่อนไขการทำงานและจ้างงานที่เปลี่ยนแปลงไปในทางลบด้วย

4. ผลกระทบทางด้านสังคม โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายสวัสดิการสังคมที่ประเทศปลายทางต้องแบกรับภาระจากผลการเปลี่ยนแปลงในด้านอัตราเกิด การเข้าเรียนของเด็กที่ติดตาม หรือเด็กเกิดใหม่ การใช้บริการรักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้น เป็นต้น ซึ่งใช้จ่ายจากฐานระบบภาษีของประชาชนในประเทศปลายทาง

5. ผลกระทบทางด้านสาธารณสุข ซึ่งอาจมีการนำพาโรคภัยเดิมก่อนย้ายเข้ามา โดยเฉพาะโรคติดต่อ ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นชัดเจนคือการรักษาโรคติดต่อต่างๆ ในขณะที่เดียวกันผู้ย้ายก็อาจติดโรคจากคนท้องถิ่นเองด้วย และถ้าเดินทางกลับก็อาจไปแพร่โรคในประเทศของตนต่อไป

6. ผลกระทบต่อความมั่นคงภายในประเทศ ซึ่งเป็นความกังวลใจหลักของประเทศปลายทางที่รับผู้ย้ายถิ่นข้ามชาติผิดกฎหมายจำนวนมาก ในความกังวลของรัฐปลายทางและประชาชนท้องถิ่นรวมถึงสื่อมวลชนด้วยก็คือ การเพิ่มขึ้นของจำนวนคนที่รัฐตรวจสอบไม่ได้

เพราะไม่มีระบบควบคุมจำนวนและที่อยู่อาศัย อาจก่อให้เกิดกิจกรรมนอกระบบอันไม่อาจควบคุมได้ของรัฐ เพราะไม่มีระบบควบคุมจำนวนและที่อยู่อาศัย อาจก่อให้เกิดกิจกรรมนอกระบบอันไม่อาจควบคุมได้ของรัฐ เช่น การจ้างงานเถื่อน การรับรักษาเถื่อนโดยคลินิกเถื่อน รวมถึงการเพิ่มขึ้นของจำนวนอาชญากรรมที่ก่อโดยคนเถื่อน เป็นต้น ทั้งหมดนี้ดูเหมือนว่าผู้ย้ายถิ่นผิดกฎหมายจะสร้างให้เกิดความไม่สงบเรียบร้อยขึ้นในสังคมปลายทาง อย่างไรก็ตามในอีกด้านของผู้ย้ายถิ่นกลุ่มนี้นับเป็นผู้ค้ำยันโอกาส ขาดอำนาจการต่อรอง จึงถูกรังแก ถูกเอาเปรียบ และถูกละเมิดสิทธิมนุษยชนได้ง่ายทุกรูปแบบ ความเปราะบางของคนกลุ่มนี้จึงอาจนำไปสู่การถูกทำร้าย นานับประการ โดยเจ้าหน้าที่รัฐไม่สนใจจะปกป้องดูแล หรือในบางกรณีก็เข้าร่วมซ้ำเติมด้วย นอกจากนี้แล้วประเด็นผลกระทบต่อความมั่นคงยังมีความซับซ้อน มีอาจดูได้เพียงด้านใดด้านเดียว อาจต้องตีความว่าเป็นผลกระทบทางใด เช่น เศรษฐกิจ ความสงบเรียบร้อยในสังคม วัฒนธรรม หรือการเมือง และใครเป็นผู้รับผลกระทบเหล่านั้น ผลที่ได้เป็นบวกหรือเป็นลบต่อสังคมปลายทาง

2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สมศักดิ์ ภัทรกุลวณิช และคณะ (2542) ศึกษาเรื่องภาระทางสาธารณสุขจากประเทศเพื่อนบ้าน โดยวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิจากรายงานเฝ้าระวังโรคชาวต่างชาติ กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่มคือ 1. ผู้ใช้แรงงานถูกกฎหมายและผู้ใช้แรงงานลักลอบเข้าเมือง 2. ผู้ข้ามพรมแดนมาแสวงหาการรักษา และ 3. นักท่องเที่ยว การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลจากรายงานการรักษาพยาบาลผู้ป่วยชาวต่างชาติที่มารับบริการในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป 36 แห่ง ใน 30 จังหวัดแนวชายแดน วิเคราะห์ข้อมูลจำนวนและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เรียกเก็บได้และบริการแบบให้เปล่าทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในแต่ไม่นับรวมผู้ใช้บริการและค่าใช้จ่ายบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ผลการศึกษาพบว่า ชาวต่างชาติที่เจ็บป่วยเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ส่วนมากอายุ 15-34 ปี และเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 30 เป็นร้อยละ 40 สามในสี่ของชาวต่างชาติที่มารักษาพยาบาลในปี 2540 พบเป็นชาวพม่าร้อยละ 82 ชาวลาวร้อยละ 8 ชาวกัมพูชาร้อยละ 7 เชื้อชาติอื่นๆ ร้อยละ 3 พบผู้ป่วยมากในจังหวัดตาก กาญจนบุรี ระนองและตราด ชาวต่างชาติจะป่วยด้วยโรคติดต่อที่ป้องกันได้ ร้อยละ 50 ป่วยเป็นโรคมลาเรีย ร้อยละ 20 ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง ร้อยละ 10 เป็นไข้ไม่ทราบสาเหตุ และร้อยละ 5 เป็นโรคปอดบวม ซึ่งมีอัตราป่วยตายร้อยละ 0.5 โรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขบริเวณชายแดนจำนวน 36 แห่ง ต้องรับภาระค่ารักษาพยาบาลของคนใช้กลุ่มนี้ปีละประมาณ 50 ล้านบาท

วณิ ปิ่นประทีป (2542) ศึกษาผลกระทบทางประชากร เศรษฐกิจและสังคมของแรงงานต่างชาติ พบว่าแรงงานย้ายถิ่นที่เข้ามาอยู่ในประเทศไทยได้เดินทางไปทำงานอยู่ในทุกภูมิภาคของประเทศและมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นจนส่งผลกระทบต่อประเทศไทยในด้านต่างๆ คือทางด้านเศรษฐกิจ สังคม ตลอดจนการแพร่ระบาดของโรคติดต่อที่สำคัญ ปัญหาเด็กเกิดโดยที่ไม่ได้รับสัญชาติ ปัญหาการไม่ได้รับการศึกษาของเด็กเหล่านี้ ปัญหาการทุจริตและเอาเปรียบแรงงานต่างชาติ ตลอดจนปัญหาอาชญากรรม ปัญหาการย้ายถิ่นของแรงงานเหล่านี้ได้ก่อให้เกิดปัญหาต่อรัฐบาลไทยเป็นอย่างมาก แต่การคลี่คลายปัญหาจำเป็นจะต้องมีมุมมอง และวิธีการแก้ไข ปัญหาที่มีความหลากหลาย และต้องการความร่วมมือของทุกๆฝ่ายในการช่วยกันคลี่คลายปัญหากันต่อไป

นิลวรรณ อยู่ภักดี และศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย (2546) ทำการศึกษาเรื่องค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยนอกกรณีศึกษา 3 จังหวัด จากฐานข้อมูลการรับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกย้อนหลังปีงบประมาณ 2545 ของโรงพยาบาลรัฐใน 3 จังหวัด ได้รับข้อมูลผู้ป่วยนอกทั้งหมด 900,000 ราย วิธีการศึกษาเป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง(retrospective study)เปรียบเทียบค่ามัธยฐานของค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกในปีงบประมาณ 2545 กลุ่มประชากรเลือกอย่างเฉพาะเจาะจง 3 จังหวัดได้แก่ จังหวัดพิษณุโลก จังหวัดนครราชสีมา และโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร 2 แห่ง ตัวแปรที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 1. ข้อมูลผู้รับบริการ เช่น ภูมิลำเนา การส่งต่อ 2. ข้อมูลวินิจฉัยโรคทั้งโรคหลักและโรคที่เป็นโรคร่วมด้วยตามรหัส ICD 10 3. ข้อมูลการให้บริการ เช่น สิทธิการรักษาที่สำคัญ 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มสวัสดิการข้าราชการ กลุ่มประกันสังคมและกลุ่มประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30บาท) การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลจากค่ารักษาพยาบาลรวมเป็นหลัก โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยนอกทั่วไปทั้งโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชน มีสิทธิสวัสดิการข้าราชการมีค่ารักษามากกว่าสิทธิประเภทอื่น ในโรงพยาบาลศูนย์ การมีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าทำให้ค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นในโรงพยาบาลชุมชน การมีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าทำให้ค่ารักษาพยาบาลลดลง สำหรับกลุ่มโรคที่พบมากในผู้ป่วยส่งต่อที่รับเข้าของโรงพยาบาลศูนย์เป็นกลุ่มโรคติดตามผลการรักษา แต่โรงพยาบาลชุมชน เป็นกลุ่มโรคเรื้อรัง เนื่องจากกลุ่มโรคของผู้ป่วยนอกมีมากและค่ารักษาพยาบาลแตกต่างกันสูงจึงวิเคราะห์ค่ารักษาพยาบาลเฉพาะผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตัวแปรที่ใช้ในการอธิบายว่าค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น ได้แก่ จำนวนโรคที่ผู้ป่วยเป็น อายุ และตัวแปรที่อธิบายว่าค่ารักษาพยาบาลลดลงได้แก่การมีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า การเป็นผู้ป่วยส่งออก และการเป็นโรงพยาบาลศูนย์

เลิศลักษณ์ ลีลาเรืองแสง และคณะ (2547) ทำการศึกษาเรื่องภาวะสุขภาพของแรงงานต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียนกับโรงพยาบาลกลาง กรุงเทพมหานคร ประชากรที่ศึกษาทั้งหมดเป็นแรงงานต่างด้าวที่มาตรวจสุขภาพเพื่อต่อใบอนุญาตทำงานและขึ้นทะเบียนกับโรงพยาบาลกลางในปี 2546 โดยนำข้อมูลที่ได้มาจำแนกเป็นหมวดหมู่เพื่อแสดงความสัมพันธ์และแนวโน้มของข้อมูลต่างๆ เพื่อสะท้อนให้เห็นถึงภาวะสุขภาพของแรงงานต่างด้าว วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และใช้สถิติไคสแควร์ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสัญชาติกับการเกิดโรค ผลการศึกษาพบว่าแรงงานต่างด้าวจำนวนทั้งสิ้น 3,475 คนเป็นเพศหญิงร้อยละ 72.8 ผลการตรวจสุขภาพพบโรคติดต่อที่สำคัญคือ วัณโรคปอดร้อยละ 1.3 ซิฟิลิสร้อยละ 1.2 ตรวจพบสารเสพติดร้อยละ 0.3 ตรวจพบการตั้งครรภ์ร้อยละ 2.4 ปัญหาสำคัญคือ ขาดการรักษาที่ครบถ้วนในวัณโรคปอดร้อยละ 97.8 และโรคซิฟิลิสร้อยละ 75.6 จึงควรเร่งรัดมาตรการควบคุมป้องกันและการติดตามรักษา

วิทยา สวัสดิวัตินพงษ์ และคณะ (2547) ทำการศึกษาเรื่องประสิทธิผลการควบคุมป้องกันโรคติดต่อในชาวพม่า อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ในกลุ่มประชากรต่างชาตินชาวพม่าที่อาศัยอยู่ในอำเภอแม่สอด ในการดำเนินการควบคุมโรคติดต่อประกอบด้วย การจัดบริการสาธารณสุขทั้งในสถานบริการและเชิงรุกในชุมชน โดยมีอาสาสมัครต่างชาติประจำชุมชนและโรงงานเป็นผู้ช่วยเหลือ ส่วนการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานนั้นได้รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลจากรายงานการเฝ้าระวังโรค รายงานการควบคุมป้องกันโรค รายงานผลการตรวจรักษาผู้ป่วยจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐทุกแห่งในอำเภอแม่สอด ผลการศึกษาพบว่า อุบัติการณ์ของโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนลดลงมาก อัตราการขาดยาระหว่างการรักษาวัณโรคปอดมีแนวโน้มลดลงในผู้ป่วยชาวไทยมากกว่าชาวพม่า อัตราการติดเชื้อ เอชไอวีในกลุ่มหญิงบริการทางเพศ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นชาวพม่ามีแนวโน้มลดลง จำนวนผู้ป่วยมาลาเรียทั้งชาวไทยและพม่ามีแนวโน้มลดลง อัตราการติดเชื้อพยาธิโรคเท้าช้างในชาวพม่าซึ่งผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่ยังไม่มีอาการมีแนวโน้มลดลง การจัดบริการสาธารณสุขในเชิงรุกในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรค ในชาวต่างชาติที่อาศัยอยู่ชายแดนไทย-พม่า อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติเป็นผู้ช่วยเหลือสามารถลดปัญหาโรคติดต่อที่สำคัญลงได้ระดับหนึ่ง

2.6 ระเบียบวิธีวิจัย

ข้อมูลและแหล่งข้อมูล

ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษานี้เป็นข้อมูลทุติยภูมิ จากกลุ่มงานเวชสถิติ และกลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลแม่สอด โดยเป็นข้อมูลการมารับบริการรักษาพยาบาลของแรงงานต่างด้าวโดยแยกข้อมูลเป็นรายเดือน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 - พ.ศ. 2550

ลักษณะข้อมูล ได้แบ่งคำรักษาพยาบาลออกเป็นสองประเภท คือ

1. คำรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกของแรงงานต่างด้าวในกลุ่มที่มีบัตรประกันสุขภาพและไม่มีบัตรประกันสุขภาพ
2. คำรักษาพยาบาลผู้ป่วยในของแรงงานต่างด้าวในกลุ่มที่มีบัตรประกันสุขภาพและไม่มีบัตรประกันสุขภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลคำรักษาพยาบาลของแรงงานต่างด้าวในครั้งนี้จะใช้การวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา ค่าร้อยละ ค่าสัดส่วน และอัตราการเปลี่ยนแปลง

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved