

พิมพ์โดย งานเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
กลุ่มงานพัฒนาระบบและมาตรฐานงานระบาดวิทยา
สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐
โทร. ๐-๒๕๙๐-๑๗๘๔, โทรสาร.๐-๒๕๙๐-๑๗๘๔

สารบัญ

เอกสารประกอบการคัดเลือกบุคคล	หน้า
๑. สารบัญ	๒
๒. บทคัดย่อ	๓
๓. บทที่ ๑	๖
๔. บทที่ ๒ วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	๗
๕. บทที่ ๓ วิธีดำเนินการวิจัย	๒๒
๖. บทที่ ๔ ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	๒๗
๗. บทที่ ๕ สรุปและอภิปรายผล	๓๒
๘. ข้อเสนอแนะ	๓๕
๙. กิตติกรรมประกาศ	๓๕
๑๐. เอกสารอ้างอิง	๓๖

Abstract

The Integrated Biological and Behavioral Surveillance (IBBS) was performed among migrant workers whose age were 15 years old or more, with or without registration, from 3 countries i.e. Myanmar, Laos and Cambodia, who had been residing in Thailand for 6 months or longer, in 10 selected provinces, in 5 occupational types including fishery, continuous fishery, construction workers, agriculturist, and factory workers. The survey was conducted in 2010. The objectives were to study HIV and sexually transmitted infection (STI) prevalence rates and to assess behaviors associated to HIV infection. HIV and syphilis infection, other STI infections and behavior data were derived from blood test, urine test, and interviewing using a questionnaire.

There were 3,000 subjects enrolled to the study. Of these, 42.3% were female and 57.7% were male. The average age was 24.15 years old. 60.2% of the subjects were from Myanmar, and 20% were equally from Laos and Cambodia. During the last 6 months before the interviewing, 104 subjects (3.5%) out of the respondents to this question (N= 2,996) reported to have at least one symptom of STI. The percentages of type of sex partner (N=2,996) in their last sex-act was with husband/wife for 86.2% [among this group (N= 2,594) reported using condom for 6.8%, and not using a condom for 93.2%]; with commercial sex workers for 6.7% [among this group (N= 200) reported using a condom for 74.5%, and not using a condom for 25.5%]; with boy or girl friend/lover for 5.3% [among this group (N= 162) reported using a condom for 36.4%, and not using a condom for 63.6%]; with other man/woman who is not a lover for 1.2% [among this group (N= 38) reported using a condom for 47.4%, and not using a condom for 52.6%]; and with others for 0.6% [among this group (N= 18) reported using a condom for 50.0%, and not using a condom for 50.0%]. HIV, Chlamydia *trachomatis*, Neisseria *gonorrhea* and Syphilis infection rates were 0.3, 0.43, 0.47 and 0.44% respectively.

The other problems found from the study included limited access to health care services for example out of the studied subjects (N=3,000), 40.9% got health insurance card while the rest did not hold such card resulted into limited access to HIV testing. In addition, migrant workers had low level of knowledge related to HIV and AIDS. It is recommended that there should be attempts to promote access to health care services and communication, including to provide knowledge of HIV and STI to migrant workers in an intensive way, with an emphasis on the correct measure to prevent HIV infection. The role of migrant health volunteer or migrant health worker should be strengthened, including the role to disseminate knowledge and coordination for migrant workers to access to health care.

Keyword: Integrated Biological and Behavioral Surveillance (IBBS), HIV, STI, migrant workers

บทคัดย่อ

การดำเนินงานเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติครั้งนี้ เป็นการเฝ้าระวังในกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่มีอายุตั้งแต่ ๑๕ ปีขึ้นไป ทั้งที่จดทะเบียน และไม่ได้จดทะเบียน จาก ๓ ประเทศ ได้แก่ เมียนมาร์ ลาว และกัมพูชา เป็นผู้ที่พักอาศัยอยู่ในประเทศไทยนานกว่า ๖ เดือน ในพื้นที่ ๑๐ จังหวัดที่เลือกแบบเจาะจง อาชีพของแรงงานข้ามชาติ ได้แก่ ประมง ประมงที่ต่อเนื่อง กรรมกรก่อสร้าง เกษตรกรรม และอาชีพพนักงานในโรงงานอุตสาหกรรม ดำเนินการในปี พ.ศ.๒๕๕๓ และมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอัตราความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และศึกษาพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี ข้อมูลการติดเชื้อเอชไอวีทราบได้จากการตรวจเลือด ข้อมูลการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้จากการตรวจปัสสาวะ และข้อมูลพฤติกรรมฯ ได้จากการตอบแบบสอบถาม

ผลการเฝ้าระวัง พบว่า มีแรงงานข้ามชาติที่ศึกษา ๓,๐๐๑ ราย เป็นเพศหญิง ร้อยละ ๕๒.๓ เพศชาย ร้อยละ ๔๗.๗ อายุเฉลี่ย ๒๙.๑±๘.๘ ปี เป็นชาวเมียนมาร์ ร้อยละ ๖๐.๒ ลาว ร้อยละ ๒๐.๐ และกัมพูชา ร้อยละ ๑๙.๘ สำหรับประวัติการมีอาการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในช่วงระยะเวลา ๖ เดือน ก่อนตอบแบบสอบถาม (จากผู้ตอบแบบสอบถามในข้อนี้ (N) จำนวน ๑,๘๐๙ ราย) พบว่า เคยมีอาการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อย่างน้อยหนึ่งอาการ ๖๑๘ ราย (ร้อยละ ๓๔.๒) ประวัติประภพของคู่นอนในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดของแรงงานข้ามชาติ (N=๒,๑๑๙) พบว่า คู่เพศสัมพันธ์ที่มากที่สุด ได้แก่ มีเพศสัมพันธ์กับสามี/ภรรยา ร้อยละ ๘๖.๒ [ในกลุ่มนี้ (N=๑,๘๑๔) ใช้ถุงยางอนามัย ร้อยละ ๖.๘ และไม่ใช่ ร้อยละ ๙๓.๒] กับพนักงานบริการหญิง ร้อยละ ๖.๗ [ในกลุ่มนี้ (N=๑๑๓) ใช้ถุงยางอนามัย ร้อยละ ๗๘.๘ และไม่ใช่ ร้อยละ ๒๑.๒] กับแฟน/คนรัก ร้อยละ ๕.๓ [ในกลุ่มนี้ (N=๑๔๒) ใช้ถุงยางอนามัย ร้อยละ ๓๖.๖ และไม่ใช่ ร้อยละ ๖๓.๔] กับชาย/หญิงอื่นที่ไม่ใช่แฟน ร้อยละ ๑.๒ [ในกลุ่มนี้ (N=๒๓) ใช้ถุงยางอนามัย ร้อยละ ๔๗.๘ และไม่ใช่ ร้อยละ ๕๒.๒] และอื่นๆ ร้อยละ ๐.๖ [ในกลุ่มนี้ (N=๔) ใช้ถุงยางอนามัย ร้อยละ ๕๐ และไม่ใช่ ร้อยละ ๕๐] แรงงานข้ามชาติติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ ๑.๓ ติดเชื้อ *Chlamydia trachomatis* ร้อยละ ๐.๙๓ ติดเชื้อหนองใน (*Neisseria gonorrhoea*) ร้อยละ ๐.๘๗ และติดเชื้อซิฟิลิส ร้อยละ ๐.๕๙

ปัญหาที่สำคัญอื่นๆ ที่พบได้แก่ ข้อจำกัดในการเข้าถึงการบริการสุขภาพ โดยพบว่า แรงงานข้ามชาติ (N=๓,๐๐๑) มีบัตรประกันสุขภาพ ร้อยละ ๔๐.๑ นอกนั้นไม่มี ส่งผลต่อเนื่องถึงการรับบริการตรวจรักษาเมื่อป่วยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการขอรับบริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี นอกจากนี้ยังพบว่า แรงงานข้ามชาติมีระดับความรู้ที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ อยู่ในระดับต่ำ

ข้อเสนอแนะ ควรส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านต่างๆ และการสื่อสาร รวมทั้งการให้ความรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แก่แรงงานข้ามชาติที่อย่างเข้มข้นและเน้นให้มีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีที่ถูกต้อง และควรเพิ่มศักยภาพให้อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต.) หรือ พนักงานสาธารณสุขต่างด้าว (พสต.) ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้ และการประสานงานเพื่อให้กลุ่มแรงงานข้ามชาติได้รับบริการอย่างทั่วถึง

คำสำคัญ: การเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี, กลุ่มแรงงานข้ามชาติ

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทย มีผู้ใช้แรงงานข้ามชาติเพิ่มจำนวนมากขึ้น ทั้งที่เข้ามาในประเทศอย่างถูกกฎหมาย และผิดกฎหมาย ส่วนใหญ่เป็นการอพยพย้ายถิ่นฐานเข้ามาประกอบอาชีพ แรงงานข้ามชาติเหล่านี้มีผลต่อประเทศไทยทั้งในแง่บวกและในแง่ความท้าทายในด้านต่างๆ เช่น สังคม เศรษฐกิจ และสาธารณสุข แรงงานข้ามชาติจำนวนไม่น้อยมีความเป็นอยู่ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ไม่เหมาะสม อาจได้รับอันตรายจากความไม่รู้และไม่เข้าใจ และมีปัญหาเรื่องการสื่อสาร มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีเป็นปัญหาสุขภาพหนึ่งที่พบได้มาก และมีแนวโน้มที่จะทวีความรุนแรงขึ้นเป็นการเพิ่มความเสี่ยงต่อการแพร่ระบาดระหว่างแรงงานข้ามชาติและคนไทยได้ในอนาคต

สำนักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค ได้พัฒนาระบบการเฝ้าระวัง เพื่อติดตามสถานการณ์ปัญหาเอชไอวีและเอดส์ในประชากรกลุ่มนี้ โดยพัฒนาระบบเฝ้าระวังที่บูรณาการการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มแรงงานข้ามชาติขึ้น เพื่อใช้เป็นเครื่องมือติดตามสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อเอชไอวี ทั้งนี้การบูรณาการดังกล่าวเป็นไปตามแนวทาง The second generation HIV Surveillance ที่ UNAIDS และองค์การอนามัยโลกได้ให้ข้อเสนอแนะไว้ เรียกการเฝ้าระวังในลักษณะนี้ว่า The Integrated Biological and Behavioral Surveillance (IBBS) โดยในการเฝ้าระวังนี้ ข้อมูลการติดเชื้อเอชไอวีทราบได้จากการตรวจเลือด ข้อมูลการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้จากการตรวจปัสสาวะ และข้อมูลพฤติกรรมฯ (ซึ่งมีทั้งข้อมูลพฤติกรรมป้องกัน พฤติกรรมเสี่ยง ความรู้ความเข้าใจ และการเข้าถึงบริการ) ได้จากการตอบแบบสอบถาม

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อวัดอัตราความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในประชากรกลุ่มแรงงานข้ามชาติ
๒. เพื่อวัดพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในประชากรกลุ่มแรงงานข้ามชาติ
๓. เพื่อศึกษาข้อมูลด้านประชากรกลุ่มแรงงานข้ามชาติ

..

ระบบเฝ้าระวังทางสาธารณสุข (Guidelines for Surveillance Systems)

การศึกษาความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี พฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในพนักงานงานบริการ โดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์มือถือ ถ้ามองด้วยตนเอง ในกลุ่มพนักงานบริการที่มีสำนึก (FSW venue base) ประเทศไทย พ.ศ.๒๕๕๗ ผู้ศึกษาได้ศึกษาเอกสารและ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

๑. ความหมายของการเฝ้าระวังทางสาธารณสุข
๒. ความเป็นมาของระบบเฝ้าระวังปัญหาเอดส์
๓. การเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี พฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
๔. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับแรงงานข้ามชาติ

ความหมายของการเฝ้าระวังทางสาธารณสุข

การเฝ้าระวังทางสาธารณสุข (Public health surveillance) หมายถึง กระบวนการจัดเก็บ การวิเคราะห์ และการแปลผลข้อมูลทางสาธารณสุข ที่ดำเนินการอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง รวมถึงการนำความรู้ที่ได้ไปใช้ประโยชน์ในด้านการวางแผน การจัดทำมาตรการ และการประเมินผลมาตรการป้องกันและควบคุมปัญหาสาธารณสุข

ระบบเฝ้าระวังแต่ละระบบจะให้ข้อความรู้ที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของระบบ นโยบายและวิธีการในการตัดสินใจของผู้บริหาร และแนวทางในการป้องกันและควบคุมปัญหาที่เกี่ยวข้อง โดยทั่วไป ข้อมูลที่ได้จากระบบเฝ้าระวัง สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ ดังนี้คือ

๑. เป็นเครื่องมือในการบอกระดับความสำคัญของปัญหา
๒. ศึกษาธรรมชาติของโรค
๓. ตรวจจับการระบาด
๔. เป็นเครื่องมือบอกการกระจายของปัญหาสาธารณสุขที่เฝ้าระวัง
๕. สร้างคำถามสำหรับงานวิจัย
๖. ทดสอบสมมติฐานต่างๆ
๗. เป็นเครื่องมือในการประเมินผลมาตรการป้องกันและควบคุมปัญหาสาธารณสุข
๘. ใช้ติดตามการเปลี่ยนแปลงลักษณะของเชื้อโรค
๙. ใช้ติดตามการเปลี่ยนแปลงของวิธีการรักษา
๑๐. ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวางแผนต่างๆ

แม้ระบบเฝ้าระวังจะมีประโยชน์มากมาย แต่ระบบเฝ้าระวังทางสาธารณสุขเพียงอย่างเดียว (โดยไม่มีมาตรการในการป้องกันและควบคุมปัญหา) ก็ไม่สามารถทำให้ปัญหาสาธารณสุขลดลงหรือหมดไปได้ ระบบเฝ้าระวังจะต้องถูกนำมาใช้ร่วมกับมาตรการในการป้องกันและควบคุมโรค ขณะเดียวกัน ถ้าดำเนินการควบคุมป้องกันและควบคุมโรคเพียงอย่างเดียว โดยไม่มีระบบเฝ้าระวังสนับสนุน การป้องกันและควบคุมโรคก็จะไม่สามารถดำเนินการไปได้อย่างเต็มประสิทธิภาพได้ เนื่องจากขาดข้อมูลสนับสนุน เปรียบได้กับ การทำสงครามโดยไม่มีฝ่ายข่าวกรองคอยให้ข้อมูลสนับสนุน

การที่ระบบเฝ้าระวังจะสามารถทำงานสนับสนุนระบบการป้องกันและควบคุมปัญหาสาธารณสุขได้ดี ระบบเฝ้าระวังจะต้องสามารถให้ข้อความรู้ที่รวดเร็ว แม่นยำ และตรงกับสถานการณ์จริง การประเมินระบบเฝ้าระวังเป็นระยะๆ อย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้ผู้ทำหน้าที่ดูแลระบบเฝ้าระวังเข้าใจข้อจำกัดและปัญหาของระบบเฝ้าระวัง ซึ่งจะนำไปสู่การปรับปรุงแก้ไขระบบเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง และทำให้ระบบเฝ้าระวังสามารถให้ข้อความรู้ที่มีประโยชน์อย่างแท้จริง

ความเป็นมาระบบเฝ้าระวังปัญหาเอดส์

ปัจจุบันสังคมไทยรับรู้ได้ถึงภัยคุกคามจากการแพร่ระบาดของเอชไอวี นับจากปี พ.ศ. ๒๕๒๗ เป็นต้นมา ความหวาดกลัว ความไม่รู้ ความกังวล ความท้าทาย ความช่วยเหลือ และเอื้ออาทร มีการเปลี่ยนแปลงสภาพปัญหาจากมากลดลงจนเหลือน้อย และจากความรู้สึกด้านที่มีน้อย เปลี่ยนแปลงไปสู่ด้านเชิงบวกมากขึ้น ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากระดับตัวบุคคลสู่ครอบครัว สังคม เศรษฐกิจ และการพัฒนาประเทศทางด้านลบได้บรรเทาเบาบางลง ด้วยความร่วมมือ ทั้งภาครัฐ เอกชน ชุมชน และสถาบันต่างๆ ในการควบคุมป้องกันการแพร่ระบาดของปัญหาเอดส์ ด้วยการระดมทรัพยากรต่างๆ มาสนับสนุน เกิดการเรียนรู้ที่เป็นประสบการณ์ ในการจัดการกับปัญหาได้ดีขึ้น แม้บางครั้งบางเวลาจะพบกับปัญหาวิกฤติทางด้านการเงิน และ การเมือง ปัญหาสถานการณ์การระบาดของเชื้อเอชไอวี แม้จะยังไม่หมดไปแต่ก็สามารถติดตามและรู้เท่าทัน ถึงโอกาสของการกลับมามีความรุนแรงอีกครั้ง จากข้อมูลทางระบาดวิทยาที่บ่งบอกเป็นสัญญาณเตือนภัย เนื่องจากสภาพสังคมที่เปลี่ยนไป และค่านิยมการใช้ชีวิตของวัยรุ่นซึ่งเป็นประชากรกลุ่มใหม่ที่ได้เกิดมาไม่ทันยุคที่มีการรณรงค์อย่างเข้มข้น กลุ่มประชากรวัยทำงานที่ทยอยกันเจ็บป่วย และอาจเข้าไม่ถึงการให้บริการป้องกัน ดูแล และรักษา ซึ่งมีความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ไปมาก สามารถทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเหล่านั้นเข้าสู่สภาพปกติ สามารถประกอบอาชีพได้ในชีวิตประจำวัน กลุ่มที่ประกอบอาชีพเป็นพนักงานบริการ ที่ดูเหมือนว่าสามารถป้องกันและควบคุมการติดเชื้อได้ จากการเปลี่ยนแปลง ลดพฤติกรรมเสี่ยงลงและใช้ถุงยางอนามัยมากขึ้น แต่ยังมีประชากรบางกลุ่มที่เข้าถึงได้ยาก เช่น กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ผู้ใช้สารเสพติด แรงงานข้ามชาติและที่ มีแนวโน้มการติดเชื้อเอชไอวีสูงขึ้น

จากสภาพปัญหาดังกล่าว ถ้าไม่มีระบบการติดตามที่ดี และเหมาะสมในช่วงเวลาต่างๆ อาจทำให้ไม่สามารถ กำหนดแนวทางในการจัดการกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ หน่วยงานต่างๆ ที่มีระบบบริการจะมีกระบวนการป้องกันควบคุมโรคแฝงอยู่กับระบบบริการด้วย เช่น มาตรการการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งหน่วยงานเหล่านั้น ได้แก่ ทั้งในส่วนของภาครัฐ เอกชน และ ส่วนบุคคล หรือ ชุมชนที่ดำเนินโครงการ ถ้าจะต้องมีการควบคุมกำกับดูแลการบริการ เหล่านั้นควรมีระบบติดตามที่ดีพอ และระบบนั้นใช้การได้ดีอย่างเพียงพอและเหมาะสมอีกด้วย

กองทุนโลกได้สนับสนุนงบประมาณให้แก่ประเทศไทยในโครงการ CHAMPION ระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๕๒-๒๕๕๖ โดยมีเป้าหมายเพื่อลดการติดเชื้อรายใหม่ในประชากรที่เข้าถึงยาก ได้แก่ กลุ่มพนักงานบริการ ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด และแรงงานข้ามชาติ ซึ่งมีวัตถุประสงค์ที่สำคัญหนึ่งในสามข้อ นั้นคือ การเสริมสร้างระบบข้อมูลยุทธศาสตร์ที่นำไปสู่การพัฒนาการดำเนินงาน แผนงาน และ พัฒนานโยบายการทำงาน ในกลุ่มประชากรที่อยู่ในภาวะเสี่ยงสูง การให้ความสำคัญของข้อมูล ซึ่งเป็นที่เข้าใจกันว่าข้อมูลที่ดีและมีประสิทธิภาพนั้นจะช่วยทำให้เข้าใจสถานการณ์ที่แท้จริงของการระบาดของโรคเอดส์ และเอชไอวี ทำให้รู้ถึงปริมาณผลกระทบที่เกิดขึ้น และ รับรู้ถึงผลการตอบสนองจากการดำเนินงานแก้ไขปัญหาเอดส์ ซึ่งจะช่วย

เพิ่มประสิทธิภาพ และ ประสิทธิภาพของการแก้ปัญหาการระบาดของโรคโดย ข้อมูลที่ได้นั้น จะต้องมาจาก ระบบการบริหารจัดการที่ดีด้วย ความหลากหลายของข้อมูลเหล่านี้มาจากหลายระบบที่ดำเนินการใน ระดับประเทศ ระดับจังหวัด อำเภอ และ ตำบล โดยมีผู้รับผิดชอบในการพัฒนาระบบเหล่านี้ ทั้งที่อยู่ในระบบ บริการติดตามผลการดำเนินงาน และมีระบบเฝ้าระวังสถานการณ์ ซึ่งมีหน่วยงานต่างๆ เป็นเจ้าภาพหลัก และ ดำเนินงานในกลุ่มเป้าหมายต่างๆ

การเฝ้าระวังทางสาธารณสุข (Public health surveillance) หมายถึง กระบวนการจัดเก็บ การ วิเคราะห์ และการแปลผลข้อมูลทางสาธารณสุข ที่ดำเนินการอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง รวมถึงการนำความรู้ ที่ได้ไปใช้ประโยชน์ในด้านการวางแผน การจัดทำมาตรการ และการประเมินผลมาตรการการป้องกันและ ควบคุมปัญหาสาธารณสุข

การเฝ้าระวังประกอบด้วยกิจกรรมหลัก ๔ ประการ ได้แก่

๑. การเก็บรวบรวมข้อมูล ที่เกี่ยวกับการเกิดโรค หรือปัญหาที่คุกคามสุขภาพของประชาชน
๒. การวิเคราะห์และแปลผลข้อมูล
๓. การเผยแพร่ผลการวิเคราะห์และข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการเฝ้าระวังให้แก่ผู้ที่เกี่ยวข้องทุกระดับได้ นำไปใช้ประโยชน์ต่อไป
๔. การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค ตามข้อความรู้ที่ได้จากการเฝ้าระวัง

ระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี

ระบบเฝ้าระวังนี้ อาศัยการสำรวจความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีซ้ำ (Repeated survey) ใน ประชากร

กลุ่มเป้าหมายเดิม (Same dynamic population) เป็นวิธีการในการเฝ้าระวัง ในระยะแรกได้ดัดแปลงวิธีการ ดำเนินงานจากข้อเสนอแนะของ Global Programme on AIDS (GQA) ซึ่งประยุกต์ใช้วิธีการตรวจสอบคุณภาพ ของผลิตภัณฑ์ทางอุตสาหกรรมที่เรียกว่า Lot assurance (LQA) เป็นหลักในการสำรวจ

การเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี เริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลครั้งแรกในเดือนมิถุนายน พ.ศ.๒๕๓๒ ใน ๑๔ จังหวัด ใน ๘ กลุ่มประชากรเฝ้าระวัง ได้แก่ ผู้บริจาคโลหิต ผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น หญิงตั้งครรภ์ ชาย ที่มาตรวจจากโรค ผู้ที่เริ่มต้องโทษ/ขัง ผู้ที่จะพ้นโทษ/ขัง หญิงขายบริการทางเพศ และชายขายบริการทางเพศ ทำการตรวจเลือดประชากรเฝ้าระวังจำนวน ๑๐๐-๒๐๐ คน ต่อกลุ่ม ต่อจังหวัด วิธีการตรวจเลือดในระยะแรก เป็นการตรวจเลือดโดยมีการบันทึกชื่อและชื่อสกุลของประชากรที่สำรวจ และให้มีการรายงานผู้ติดเชื้อเอชไอวี ด้วยบัตรรายงาน ๕๐๖/๑ ด้วย แต่มี ๒ กลุ่ม คือ หญิงตั้งครรภ์ ชายที่มาตรวจจากโรค ที่ตรวจด้วยวิธี Unlinked anonymous กล่าวคือ เจ้าของเลือด ในระยะแรก ได้กำหนดให้ทำการสำรวจการติดเชื้อเอชไอวี ปี ละ ๒ ครั้ง ในเดือนมิถุนายนและธันวาคมของทุกปี

การเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี ได้รับความสนใจจากผู้เกี่ยวข้องกับการควบคุมโรคเอดส์เป็นอย่างมาก เนื่องจากการเฝ้าระวังนี้ ทำให้สามารถติดตามการแพร่ระบาดของปัญหาเอดส์ ได้อย่างรวดเร็วและทัน เหตุการณ์ ในการสำรวจรอบที่ ๒ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ขยายจังหวัดเฝ้าระวังเป็น ๓๑ จังหวัด และขยาย ครอบคลุมทั่วประเทศในเดือนมิถุนายน พ.ศ.๒๕๓๓ (รอบที่ ๓)

แนวทางการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี ได้รับการพัฒนาให้เหมาะสมกับสถานการณ์การระบาด เทคโนโลยีด้านการเฝ้าระวัง มาตรฐานทางจริยธรรม และแนวทางการดำเนินการป้องกันและการควบคุมโรคอยู่

เสมอ ดังเช่น การยกเลิกการระบุชื่อของอาสาสมัครที่เข้าร่วมการสำรวจ การเพิ่มข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับการใช้ถุงยางอนามัยของหญิงขายบริการทางเพศ การปรับลดการสำรวจให้เหลือเพียงปีละ ๑ ครั้ง และการปรับเปลี่ยนกลุ่มประชากรที่ทำการเฝ้าระวังให้เหมาะสม เป็นต้น

ข่ายงานเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี เป็นกิจกรรมที่กรมควบคุมโรค ดำเนินการร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีหน้าที่ในการเก็บข้อมูล บันทึกข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล ส่งต่อข้อมูลไปยังส่วนกลาง และใช้ประโยชน์จากข้อมูลในระดับจังหวัด สำนักงานควบคุมป้องกันโรคทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาทางด้านวิชาการ รับข้อมูลจากสำนักกระบาดวิทยา เพื่อการวิเคราะห์และใช้ข้อมูลระดับเขต และสำนักกระบาดวิทยาทำหน้าที่พัฒนาและกำหนดมาตรฐานการดำเนินงานการเฝ้าระวัง รับข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด วิเคราะห์ข้อมูลระดับประเทศ และเผยแพร่ความรู้ที่ได้จากการเฝ้าระวัง

สำนักกระบาดวิทยา ดำเนินการเฝ้าระวังความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มพนักงานบริการตรงและแฝง ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๓๒ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อติดตามแนวโน้มสถานการณ์ของการติดเชื้อเอชไอวี และมีการควบคุมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพื่อให้พนักงานบริการเกิดความรู้ความเข้าใจ สามารถต่อรองให้ผู้ให้บริการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ การดำเนินงานเชิงรุกเพื่อให้พนักงานบริการเข้าถึงการตรวจรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อย่างสม่ำเสมอ เป็นต้น

จากข้อมูลการสำรวจพนักงานบริการ พ.ศ. ๒๕๕๑ ในเขตกรุงเทพมหานคร และจังหวัดเชียงราย ของศูนย์ความร่วมมือไทยสหรัฐอเมริกาด้านสาธารณสุข โดยวิธีการสุ่มแบบลูกโซ่ พบความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีสูงถึงร้อยละ ๒๐ และร้อยละ ๑๐ ตามลำดับ ความชุกของการติดเชื้อหนองในเทียมเท่ากับร้อยละ ๙ ทั้ง ๒ จังหวัด และหนองในแท้เท่ากับร้อยละ ๒ และ ๑ ตามลำดับ และพบแนวโน้มของการติดเชื้อซิฟิลิสในพนักงานบริการตรงเพิ่มขึ้น จากร้อยละ ๑.๕ ในปี ๒๕๕๐ เป็นร้อยละ ๑.๘ ในปี ๒๕๕๑ จากการเฝ้าระวังความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี ปี ๒๕๔๒-๒๕๕๑

อัตราความชุก

นิยามและสูตรคำนวณ

อัตราความชุกของโรค (prevalence rate) หมายถึง จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่มีอยู่ทั้งเก่า และใหม่ต่อหน่วยประชากรที่จุดเวลาที่กำหนด (point) หรือช่วงระยะเวลาที่กำหนด (period) (ปรับปรุงเนื้อหาจากไพบูลย์ โล่ห์สุนทร, ๒๕๕๓: ๗๑)

อัตราความชุกของโรค =
$$\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่จุดหรือช่วงเวลาที่กำหนด} \times k}{\text{จำนวนประชากรทั้งหมดที่จุดหรือช่วงเวลานั้น}}$$

ความสำคัญ ความสำคัญของอัตราความชุกของโรค (กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๒: ๒๙๘) ได้แก่

๑. ใช้บอกชนิดและขนาดของปัญหาโรคร้ายไข้เจ็บที่มีอยู่ในขณะนั้น แม้ว่าอัตราความชุกจะสะท้อนความรุนแรงของสถานการณ์โรคได้ไม่ตึงเมื่อเปรียบเทียบกับอัตราอุบัติการณ์ แต่อัตราความชุกก็ยังช่วยได้บอกว่าในขณะนั้นมีปัญหาด้านสุขภาพชนิดใดอยู่บ้างและยัง สะท้อนถึงขนาดปัญหาด้านสุขภาพหรือโรคที่มีอยู่ว่ามีมากน้อยแค่ไหนได้โดยเฉพาะใน โรคเรื้อรังต่างๆ ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง วัณโรค โรคเรื้อน

๒. เป็นแนวทางในการจัดบริการสาธารณสุขให้ชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การจัดสรร ทรัพยากรด้านต่างๆ ให้กับหน่วยบริการด้านสุขภาพ ได้แก่ การคำนวณค่าของงบประมาณ ของหน่วยงานต่างๆ ในแต่ละปี สำหรับใช้ในการดูแลรักษาโรคต่างๆ โดยเฉพาะโรคเรื้อรัง จำเป็นต้องคำนวณจากความชุกของโรคที่มีอยู่ในแต่

ละพื้นที่ ที่จะมีความชุกของโรคต่างๆ แตกต่างกัน เช่น อำเภอขนาดใหญ่จะมีความชุกของผู้ป่วยเบาหวานมากกว่าอำเภอขนาดเล็ก ดังนั้น จำนวนเงินที่ใช้ในการจัดซื้อยาเบาหวานและอุปกรณ์วัสดุในการตรวจ พันธชัย รัตนสุวรรณ ตำราระบาดวิทยา ปรับปรุงล่าสุด ๒๙ พฤศจิกายน ๒๕๕๖

การเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี พฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

หลักการสำคัญที่เป็นที่มาของ The second generation HIV Surveillance คือ การที่สภาวะการระบาดของปัญหาเอชไอวี/เอดส์ในโลกได้ดำเนินมาเป็นระยะเวลาหนึ่ง ทำให้การติดตามเฉพาะความชุกของการติดเชื้อจะไม่เป็นสิ่งที่บ่งบอกทิศทางการเปลี่ยนแปลงการระบาดได้ดีเหมือนช่วงแรกของการระบาด การผนวกรวมเอาการเก็บข้อมูลสองส่วนไว้ในกิจกรรมเฝ้าระวังเดียวกัน ได้แก่ ข้อมูลด้านปัจจัยเสี่ยงของเอชไอวี และข้อมูลสถานะการติดเชื้อเอชไอวี จะนำไปใช้ประโยชน์ในการติดตามสถานการณ์ปัญหาได้ดียิ่งขึ้น จากแนวคิดการบูรณาการทำให้เรียกชื่อการเฝ้าระวังแบบนี้ว่า The Integrated Biological and Behavioral Surveillance (IBBS)

ข้อมูลส่วนที่เป็นสถานะการติดเชื้อเอชไอวีทราบได้จากการตรวจเลือด และข้อมูลส่วนที่เป็นปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การตอบแบบสอบถามในเรื่องพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี (ทั้งพฤติกรรมป้องกันพฤติกรรมเสี่ยง) ความรู้ความเข้าใจ การเข้าถึงบริการการตรวจหาการติดเชื้อฯ นอกจากนี้ยังมีการตรวจปัสสาวะหาการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งเป็นทั้งสิ่งสะท้อนถึงระดับความเสี่ยงต่อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์บางอย่างยังเป็นปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อเอชไอวีอีกด้วย โดยประโยชน์ของการเฝ้าระวังนี้ สามารถปัจจัยหรือคุณลักษณะที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมและผลการตรวจต่างๆ และจะสะท้อนถึงระบาดวิทยาและลักษณะพฤติกรรมเสี่ยง ได้ดีกว่าข้อมูลความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีเพียงอย่างเดียว.

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับแรงงานข้ามชาติ

ทฤษฎีอุปสงค์และอุปทานของแรงงาน

๑. ทฤษฎีอุปสงค์แรงงาน (Demand For Labour Theory) อุปสงค์แรงงาน (Demand For Labour) หรือความต้องการแรงงานของผู้ผลิตใน หน่วยธุรกิจจะมีมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับหน่วยธุรกิจต้องการจะผลิตสินค้าหรือบริการมากน้อย เพียงใด ถ้าต้องการผลิตสินค้าหรือบริการมากก็จะมีความต้องการแรงงานหรือจ้างงานเพิ่มขึ้นด้วย แรงงานถือเป็นปัจจัยการผลิตชนิดหนึ่ง นอกจากปัจจัยการผลิตอื่นในทางเศรษฐศาสตร์ อุปสงค์ ของแรงงานเป็นอุปสงค์ต่อเนื่อง (Derived Demand) หมายความว่า การเกิดขึ้นหรือ เปลี่ยนแปลงไปในอุปสงค์แรงงานเป็นผลสืบเนื่องจากอุปสงค์อื่น หรือเหตุการณ์อื่นๆ ที่มี ความสัมพันธ์กับแรงงาน ซึ่งก็คือ อุปสงค์สินค้าและบริการเพิ่มขึ้น หากผู้ผลิตเห็นโอกาสในการที่ จะได้รับผลประโยชน์เพิ่มขึ้น ก็จะผลิตสินค้าและบริการเพิ่มขึ้น จึงมีความต้องการแรงงานเพิ่มขึ้น และความสามารถในการผลิตของแรงงานคงที่ไม่เปลี่ยนแปลงหรือเรียกอีกอย่างหนึ่งคือผลิตภาพ ของแรงงานคงที่การที่จะผลิตสินค้าและบริการให้ได้เพิ่มขึ้นก็มีความจำเป็นต้องจ้างแรงงานเพิ่มมากขึ้น

๒. ทฤษฎีอุปทานแรงงาน (Supply of Labour Theory) อุปทานแรงงาน (Supply Of Labour) หมายถึง บุคคลเสนอขายแรงงาน การที่คนเราตัดสินใจเสนอขายแรงงานขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ได้แก่ อัตราค่าจ้าง สภาพแวดล้อม ในที่ทำงาน ความมั่นคง ความมีเกียรติ รสนิยมของผู้ใช้แรงงานแต่ที่สำคัญขึ้นอยู่กับ

กับอัตราค่าจ้าง ที่พอใจยอมรับ การเสนอขายแรงงาน วัดเป็นจำนวนกำลังแรงงาน หรือวัดแนวคิด อรรถประโยชน์ หรือความพอใจของผู้ใช้แรงงานว่าจะจัดสรรระหว่างเวลาทำงานและพักผ่อนอย่างไร (ศิริโล ชยางกูร, ๒๕๔๘)

๒.๑ ปัจจัยผลักดันจากประเทศที่แรงงานเคลื่อนย้ายออก (Push Factor) สาเหตุสำคัญที่ทำให้แรงงาน เคลื่อนย้ายออกจากประเทศบ้านเกิดของตนเองได้แก่

๑) อัตราการว่างงาน (Unemployment Rate) อยู่ในระดับสูงและการทำงานต่ำกว่าระดับ Underemployment)แรงงานส่วนเกิน (Labour Surplus) ที่เกิดจากการว่างงานและ การทำงานต่ำกว่าระดับใน ประเทศเป็นผลจากไม่สามารถหางานทำได้ตรงกับความรู้ความสามารถของ ตนเองได้ขณะที่มีแรงงานบางส่วนมี ความพยายามที่จะหางานทำในประเทศในช่วงระยะเวลาหนึ่ง แต่ถ้าเขาไม่สามารถหางานที่ตรงกับความต้องการ ได้แล้วทำให้แรงงานส่วนหนึ่งมีแนวโน้มอย่าง มากที่จะเคลื่อนย้ายออกไปสู่ต่างประเทศ

๒) ระดับค่าจ้างที่ต่ำกว่าเมื่อเทียบกับต่างประเทศและอาชีพที่มีลักษณะเดียวกัน ถ้า เปรียบเทียบกันในเรื่องค่าจ้างหรือเงินเดือนที่ได้รับขณะทำงานในประเทศ โอกาสการเคลื่อนย้ายแรงงานไป ต่างประเทศย่อมมีโอกาสมากกว่าถ้าค่าจ้างและเงินเดือนในต่างประเทศมีอัตราที่สูงกว่า

๓) การขาดสิ่งจูงใจสำหรับความก้าวหน้าในอาชีพแรงงานที่มีความรู้ความชำนาญสูงแต่ ไม่สามารถมีโอกาสก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่ตนย่อมเกิดความรู้สึกอยากเคลื่อนย้ายไปทำงานในต่างประเทศ นอกจากนี้สิ่งจูงใจซึ่งได้แก่ ความก้าวหน้าในอาชีพก็เป็นอีกประการหนึ่งที่ทำให้ แรงงานกลุ่มนี้ต้องเคลื่อนย้าย ไปทำงานในต่างประเทศ

๔) นโยบายการเคลื่อนย้ายกำลังพลที่ไม่เหมาะสม การวางแผนกำลังคนที่ไม่เหมาะสม ทำให้เกิดการพัฒนาไปตามระบบของงาน แต่ขณะที่ประเทศด้อยพัฒนาที่ไม่มีการวางแผนพัฒนา กำลังคน ทำให้ขาดความสมดุลระหว่างงานกับบุคลากร ทำให้กำลังแรงงานบางส่วนอาจเป็นส่วนเกินได้ (Labour Surplus)

๕) ปัจจัยทางสังคม และการเมือง แรงงานบางส่วนอาจต้องการอพยพเคลื่อนย้ายไป ต่างประเทศซึ่งเป็นเพราะไม่พอใจในสภาพสังคมและการเมืองที่เป็นอยู่ อันสืบเนื่องมาจากความวุ่นวายและ ความแตกแยกของกลุ่มการเมืองในประเทศ

๒.๒. ปัจจัยดึงดูดในประเทศที่แรงงานเคลื่อนย้ายเข้า (Pull Factor) สาเหตุที่ดึงดูดให้แรงงาน เคลื่อนย้ายจากประเทศบ้านเกิดเข้าสู่ประเทศใดประเทศหนึ่ง ได้แก่

๑) ระดับค่าจ้างและเงินเดือน ถ้าแรงงานในอาชีพต่าง ๆ พบว่าแรงงานประเภทเดียวกันกับเขา ในต่างประเทศนั้น มีระดับค่าจ้างหรือเงินเดือนสูงกว่ามาก ก็จะเป็นสิ่งดึงดูดให้แรงงานเหล่านี้ ต้องการอพยพ เคลื่อนย้ายออกไปทำงานที่ใหม่ได้

๒) การขาดแคลนกำลังคนในบางสาขาถ้าหากมีการเผยแพร่ข่าวสารความรู้เกี่ยวกับ ตลาด แรงงานทำให้แรงงานในต่างประเทศได้ทราบถึงประเภทแรงงานที่ขาดแคลนเหล่านี้เป็นอย่างดี แรงงานใน ต่างประเทศที่อยู่ในประเภทเดียวกันมีโอกาสได้รับทราบก็อาจถูกดึงดูดใจให้ เคลื่อนย้ายเข้ามาได้ถ้าระบบ ค่าจ้างและเงินเดือนดีพอ

๓) โอกาสสำหรับความก้าวหน้าในอาชีพ ประเทศที่พัฒนาแล้วย่อมมีสิ่งอำนวยความสะดวก แก่ การปฏิบัติงานได้เป็นอย่างดีประกอบกับการวางแผนพัฒนาบุคลากรที่ยุติธรรมย่อมเป็นสิ่งที่ พึงปรารถนา ของแรงงานโดยทั่วไป และสภาพนี้เองจะเป็นสิ่งดึงดูดให้แรงงานที่มีความรู้ความ ชำนาญจากประเทศด้อย

พัฒนาเคลื่อนย้ายมาทำงานในต่างประเทศเพื่อความก้าวหน้าในอาชีพ การงานของตนเอง

๔) การให้นักศึกษาต่างประเทศมีโอกาสเข้ามารับการศึกษาอบรมในประเทศที่มีการศึกษาในระดับสูงและเปิดโอกาสให้ชาวต่างประเทศเข้ามารับการศึกษาย่อมทำให้เกิดสิ่งจูงใจดึงดูดให้มี กำลังแรงงานในต่างประเทศเข้ามาตั้งหลักแหล่งทำงาน ซึ่งอาจเป็นเพราะแบบแผนและเนื้อหาของ การศึกษาอบรมเหมาะสมกับสภาพของประเทศที่ให้การศึกษานั้นมากกว่าในสภาพประเทศบ้านเกิดของผู้มารับการศึกษาหรืออาจเป็นเพราะนักศึกษามาจากประเทศที่กำลังพัฒนา (Development Country) เมื่อเข้ามารับการศึกษาในประเทศที่พัฒนาแล้ว (Developed Country) ซึ่งมีมาตรฐานการครองชีพที่สูงกว่า ได้พบกับความสะดวกสบายจากมาตรฐานการครองชีพที่สูงขึ้นทำให้เกิดความพอใจคุ้นเคยและไม่ปรารถนาจะกลับสู่ประเทศบ้านเกิด ซึ่งสภาพความเป็นอยู่ไม่สะดวกสบาย

๕) ปัจจัยทางสังคมและการเมือง ได้แก่การไม่มีการกีดกันทางด้านเชื้อชาติ ศาสนา สีผิว ฯลฯ การยินดีต้อนรับผู้ย้ายถิ่นเข้ามาทำงานเป็นอย่างดี ความผูกพันทางการเมืองระหว่างประเทศ และการมีเสรีภาพในระดับสูง เป็นต้น ๒.๓ ทฤษฎีการเคลื่อนย้ายแรงงานข้ามชาติ การเคลื่อนย้ายแรงงานเป็นกระบวนการปรับตัวของตลาดแรงงานเพื่อการจัดสรรแรงงาน อย่างมีประสิทธิภาพ การเคลื่อนย้ายแรงงานมีผลกระทบต่อกำลังแรงงาน ปัจจัยที่มีอิทธิพล เคลื่อนย้ายแรงงานมีทั้งปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมแต่ปัจจัยที่มีความสำคัญคือ โอกาสในการ ทำงานทำและรายได้ของแรงงานถ้าหน่วยงานหรือองค์กรขาดแคลนแรงงานหรือแรงงานมีความประสงค์จะหางานใหม่ การเคลื่อนย้ายแรงงานก็จะเกิดขึ้น

๒.๓. ลักษณะของการเคลื่อนย้ายแรงงาน

๑.) การเคลื่อนย้ายแรงงานจากชนบทเข้าสู่เมือง เป็นผลมาจากการขยายตัวของเศรษฐกิจ โดยส่วนรวมเนื่องจากในเขตเมืองมีโอกาสหางานทำเพิ่มรายได้มากกว่าเขตชนบทจึงเป็นปัจจัย ดึงดูดที่สำคัญให้มีการเคลื่อนย้ายแรงงานจากเขตชนบทเข้ามาหางานทำในเมือง ซึ่งทำให้สังคม เมืองมีปัญหามากมาย

๒.) การลักลอบเข้ามาหางานทำของแรงงานอพยพจากต่างประเทศการอพยพเคลื่อนย้ายแรงงานของแรงงานอพยพจากต่างประเทศที่ลักลอบเข้ามาหางานทำในประเทศไทยเช่น สาธารณรัฐ ประชาธิปไตย ประชาชนลาว ประเทศกัมพูชา สหภาพพม่า เนื่องจากสภาพทาง เศรษฐกิจการเมืองและความเป็นอยู่ด้อยกว่าประเทศไทย

๓.) การทำงานของคนต่างด้าวในประเทศไทย ประเทศไทยเปิดโอกาสให้ชาวต่างชาติเข้า มาประกอบกิจการในประเทศไทยตามพระราชบัญญัติการทำงานของคนต่างด้าวโดยแรงงานต่าง ด้าวในประเทศไทยแบ่งเป็น ๒ ประเภท คือ แรงงานต่างด้าวที่เข้าเมืองถูกต้องตามกฎหมายและผิด กฎหมาย ซึ่งทั้งสองประเภทนี้มีสิทธิขออนุญาตทำงานได้ตามพระราชบัญญัติคนต่างด้าว

๔.) การทำงานต่างประเทศของแรงงานไทย การไปท างานของแรงงานไทยในต่างประเทศ ถ้าประสบความสำเร็จจะก่อให้เกิดผลดีต่อระบบเศรษฐกิจทั้งในระดับครอบครัวและประเทศชาติ ในทางตรงข้ามถ้านายจ้างเลิกจ้างก่อนครบสัญญาปิดกิจการ หรือมีปัญหาต่างๆ ย่อมก่อให้เกิดผลเสียเช่นกัน (ศิริไล ชยางกูร ,๒๕๔๘)

๒.๔ แนวคิดเชิงทฤษฎีเรื่องการย้ายถิ่นของแรงงานข้ามชาติ กระบวนทัศน์ที่มีความส าคัญต่อแนวคิด ทฤษฎีการย้ายถิ่น ได้แก่

๒.๔.๑ ทศนะทางด้านเศรษฐศาสตร์แนวคิดสำนักนีโอคลาสสิกว่าด้วยดุลยภาพทางด้าน

เศรษฐกิจ (The Neo –Classical Economic Equilibrium Approach)ซึ่งก่อเกิดขึ้นจากกลุ่ม ทฤษฎีทาง ภูมิศาสตร์ในศตวรรษที่ ๑๙ หรือรู้จักกันดีในแนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยผลักดันและปัจจัย ดึงดูด (Push – Pull Theory)ให้เกิดการย้ายถิ่น โดยมองว่าการย้ายถิ่นเกิดจากปัจจัยผลักดัน เช่น ความยากจน การขาดแคลนที่ดิน ทำกิน การมีประชากรมากเกินไป การว่างงาน ในประเทศ ต้นทาง และปัจจัยดึงดูด เช่นโอกาสในการมีงานทำ จำรง ความทันสมัยของประเทศผู้รับนักเศรษฐศาสตร์นีโอคลาสสิก มองว่าผู้ย้ายถิ่นแต่ละคนจะทำตัดสินใจเลือก ว่าจะย้ายไปประเทศใด ขึ้นอยู่กับการประเมินโอกาสทางเศรษฐกิจของประเทศนั้นๆ ในตลาดแรงงาน ซึ่งจะ นำไปสู่ ความเท่าเทียมกันของค่าจ้างในระยะยาวและก่อให้เกิดดุลยภาพทางเศรษฐกิจระหว่างประเทศผู้ส่งและ ผู้รับ แนวคิดสำนักนีโอคลาสสิกเน้นสาเหตุที่ระดับจุลภาคไม่พิจารณาสาเหตุในระดับมหภาคคือละเลยไม่มอง บทบาทของภาครัฐและไม่พิจารณาถึงสาเหตุปัจจัยเชิงประวัติศาสตร์ที่ก่อให้เกิดการย้ายถิ่น

๒.๔.๒ แนวคิดเชิงโครงสร้างที่มองย้อนประวัติศาสตร์ (The Historical-Structuralist

Approach) เป็นแนวคิดของนักเศรษฐศาสตร์การเมือง เน้นความสนใจที่ปัจจัยด้านมหภาค ได้แก่ โครงสร้าง สังคมที่กดขี่ การกระจายอำนาจทางการเมืองและเศรษฐกิจที่ไม่เท่าเทียมกันในระบบ เศรษฐกิจโลก และเรื่อง ทุน (Capital) ว่าเป็นตัวกำหนดทุกอย่าง การย้ายถิ่นถูกมองว่าเป็นเสมือน การเคลื่อนย้ายแรงงานราคาถูกมา สู่แหล่งทุนซึ่งส่งผลถึงการพัฒนาที่ไม่ทัดเทียมกันตลอดชั่วกาลนาน และการขูดรีดทรัพยากรจากประเทศที่ ยากจนไปให้ประเทศที่ร่ำรวยให้รวยมากขึ้นไปอีก แนวคิดเชิงโครงสร้างที่มองย้อนประวัติศาสตร์นี้ได้ วิจารย์ แนวคิดเกี่ยวกับดุลยภาพทางเศรษฐกิจ ว่าการที่มองแต่ละบุคคลว่าสามารถมีทางเลือกได้อย่างอิสระนั้นเป็นสิ่งที่ ไม่เป็นจริง ความจริงแล้ว ความไม่เท่าเทียมกันเกิดจากโครงสร้างทางทรัพยากรและพลังอำนาจต่างๆ ในแต่ละ ประเทศที่แตกต่างกันมาตั้งแต่เดิม ประกอบกับนโยบายการเข้าประเทศของประเทศผู้รับจะเป็นข้อจำกัด ประการสำคัญต่อทางเลือกของผู้ย้ายถิ่น แนวคิดเชิงโครงสร้างที่มองย้อนประวัติศาสตร์นี้ มีรากฐานมาจาก ทฤษฎีเศรษฐศาสตร์การเมืองต่างๆซึ่งเน้นถึงความไม่เท่าเทียมกันของการกระจาย ตัวทางด้านเศรษฐกิจและ อำนาจทางการเมืองในระบบเศรษฐกิจโลก ทั้งแนวคิดของสำนักนีโอคลาสสิกและแนวคิดเชิงโครงสร้าง ประวัติศาสตร์ทั้งสองนี้ ได้รับการวิพากวิจารณ์บนพื้นฐานที่ว่าแนวคิดดังกล่าว เป็นแนวคิดที่มีมุมมองเพียงด้าน เดียวไม่พอที่จะนำไปวิเคราะห์วิจารณ์ ความจริงการย้ายถิ่นมีความซับซ้อนอย่างมหาศาล โดยแนวคิดของ สำนักนี โอคลาสสิก ละเลยมุมมองเชิงประวัติศาสตร์ ซึ่งเป็นสาเหตุของการเคลื่อนย้ายและมุมมองในด้าน บทบาทของภาครัฐ ในขณะที่แนวคิดเชิงโครงสร้างทางประวัติศาสตร์ให้ความสนใจแต่เรื่องทุนซึ่ง เป็น ตัวกำหนดทุกอย่าง แต่ให้ความสนใจต่อเป้าหมายและการกระทำของแต่ละคนและกลุ่มต่างๆ ที่เกี่ยวข้องน้อย เพื่อสนองตอบต่อข้อวิจารณ์ต่างๆดังกล่าว แนวคิดใหม่ซึ่งรู้จักกันในนามของ แนวคิดเชิงระบบของการย้ายถิ่น จึงเกิดขึ้นโดยประสานแนวคิด และมุมมองของทั้งสองแนวคิดเข้าด้วยกันนำเอารายละเอียดของแนวคิดทั้งสอง มา รวมเข้าด้วยกัน โดยพิจารณาการย้ายถิ่นระหว่างประเทศ (International Migration) ในรูปแบบระบบการ ย้ายถิ่นต่างๆ ที่เชื่อมโยงสานต่อกันและ มีปฏิสัมพันธ์ (Inter – Action) ซึ่งกันและกัน สามารถสร้างกรอบการ วิเคราะห์ความสัมพันธ์และ มิติต่างๆ ระหว่างประเทศต้นทางและปลายทาง (พิทยา เรือนแก้ว,๒๕๕๐)

๒.๔.๓ แนวคิดเชิงระบบการย้ายถิ่น (Migration Systems Approach) ถูกสร้างขึ้นโดยกลุ่มประเทศ ต่างๆซึ่งอยู่ในระหว่างการมีกระแสของผู้ย้ายถิ่นสูง มันอาจจะประกอบด้วยประเทศ เพียงสองประเทศ แต่มัน อาจมีประโยชน์มากกว่า ถ้าได้พยายามที่จะรวมเอาประเทศอีกหลายๆ ประเทศซึ่งถูกเชื่อมโยงโดยระบบอื่นๆ

เข้ากับระบบการย้ายถิ่น เพื่อวิเคราะห์ระบบการย้ายถิ่นเชิงภูมิภาค เช่นภูมิภาคแปซิฟิกใต้ ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ หรือเอเชียตะวันออก อย่างไรก็ตามอาจมีการนำเอาภูมิภาคที่มีสภาพภูมิศาสตร์ที่ไกลออกไปเข้ามาเชื่อมโยงด้วย เช่น ระบบการ ย้ายถิ่นที่รวมเอาฟิลิปปินส์และอเมริกาเข้ามา หรือการเชื่อมโยงประเทศในกลุ่มอาเซียนกับ ประเทศในกลุ่มทะเลอาหรับ แนวคิดเชิงระบบการย้ายถิ่น วางกรอบแนวความคิดโดยตรวจสอบ ทุกมิติของความสัมพันธ์ระหว่างกระแสการไหลของคน และกระแสอื่นๆ เช่นกระแสทุน สินค้าและเทคโนโลยีโดยแบบจำลองจะเน้นให้เห็นถึงกระแสของสิ่งต่างๆ ดังกล่าวในเชิงความเชื่อมโยงทาง ประวัติศาสตร์ เช่นการล่าอาณานิคม การส่งทหารไปประจำตามฐานทัพ การมีอิทธิพลทาง การเมือง การแทรกซึมทางด้าน การค้าหรือวัฒนธรรม ยิ่งกว่านั้นยังมีความเชื่อมโยงกันภายใน ระบบการย้ายถิ่นเอง ซึ่งสามารถทำให้เข้าใจ ปัจจัยแวดล้อมทางการเมืองสังคม ประชากรและเศรษฐกิจ ได้กว้างขวาง แนวคิดเชิงระบบการย้ายถิ่นยังช่วยให้ เข้าใจการไหลเวียนของประชากร และการ เปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์เชิงทิศทาง ระหว่างประเทศผู้ส่งและ ประเทศผู้รับในฐานะที่เป็นส่วน หนึ่งของกระบวนการทางโลกาภิวัตน์(ซึ่งแต่ก่อนได้ตัดชนบทออกมา) การ เปิดตัวสู่ระบบ เศรษฐกิจโลก เทคโนโลยี และอิทธิพลทางด้านวัฒนธรรม การย้ายถิ่นทั้งภายใน(จากชนบทสู่ เมือง) และการย้ายถิ่นระหว่างประเทศย่อมส่งผลกระทบต่อสิ่งต่างๆอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ การเปลี่ยนแปลงและการพัฒนาเกือบทั้งหมดมักจะทำให้เกิดการเคลื่อนย้ายของประชากรเสมอ ยิ่งกว่านั้นสิ่งเหล่านี้ไม่ได้ทำให้เกิดผลกระทบในทิศทางเดียว และในช่วงเวลานั้น เท่านั้น กล่าวคือ เมื่อเริ่มมีการย้ายถิ่นเมื่อไร ก็จะก่อให้เกิด ความเชื่อมโยงระหว่างพื้นที่ที่ย้ายออกและพื้นที่ที่ย้ายเข้า ทั้งในรูปของคนทรัพยากรทางเศรษฐกิจ ค่านิยมของ สังคม และการไหลเวียนของวัฒนธรรมใน ทั้งสองทิศทางหรือทั้งสองพื้นที่อย่างถาวร แนวคิดเชิงระบบของการ ย้ายถิ่นยังตีความรวมไปถึงกระแสการย้ายถิ่น แต่ละกระแสที่จะก่อให้เกิดปฏิสัมพันธ์เชิงโครงสร้างในระดับ มหภาคและจุลภาค โครงสร้างระดับมหภาค หมายถึง ปัจจัยด้านสถาบันในระดับที่กว้างขึ้น เช่น เศรษฐศาสตร์ การเมืองของตลาดโลก ความสัมพันธ์ ระหว่างประเทศและกฎหมาย โครงสร้างการบริหารและมาตรการต่างๆ ที่รัฐนำมาใช้ควบคุมการ เคลื่อนย้าย ส่วนโครงสร้างระดับจุลภาค หมายถึง เครือข่ายและการปฏิบัติที่ไม่เป็นทางการที่ได้รับ การพัฒนาโดยผู้ย้ายถิ่นและโดยชุมชน เพื่อแก้ไขผลพวงของการย้ายถิ่น โดยเครือข่ายที่ไม่เป็นทางการจะผูกมัดผู้ย้ายถิ่นและผู้ที่ไม่ได้ย้ายถิ่นเข้าด้วยกันอย่างซับซ้อน โดยอาศัยบทบาททาง สังคมและสายสัมพันธ์ส่วนตัว โดยที่โครงสร้างระดับมหภาคและจุลภาคดังกล่าวจะนำมาเชื่อมโยง กันทุกระดับ และถูก ตรวจสอบทุกแง่มุมของกระบวนการย้ายถิ่น แนวคิดหลักๆก็คือการนำเอา ปัจจัยและปฏิสัมพันธ์ที่ซับซ้อน ของปัจจัยทุกประเภทมาพิจารณาเข้าด้วยกันว่าสิ่งเหล่านั้นนำไปสู่ การย้ายถิ่นระหว่างประเทศอย่างไร และ ส่งผลกระทบกลับคือมาสู่ถิ่นต้นทางอย่างไร (กุศล สุนทร ธาดาและคณะ ,๒๕๔๐.)

ในการวิเคราะห์ ระบบการย้ายถิ่น ได้มีข้อเสนอแนะไว้ดังนี้ (Zlotnik ,๑๙๙๒)

๑.) การวิเคราะห์ระบบการย้ายถิ่นไม่ควรที่จะวิเคราะห์แง่มุมจากประเทศที่อยู่ในระบบเพียง ประเทศใดประเทศเดียว เช่น แค่ประเทศต้นทางเท่านั้น แต่ควรที่จะวิเคราะห์ปัจจัยแง่มุมของทั้ง สองประเทศ ที่เป็นคู่ระบบ คือ ทั้งประเทศต้นทางและปลายทาง เพราะการวิเคราะห์จากแง่มุมของ ประเทศเดียวอาจทำให้ ไม่สามารถอธิบาย พลวัตของระบบการย้ายถิ่นได้อย่างรอบด้านหรือ อาจจะทำให้คำอธิบายที่เอนเอียงไปด้านเดียว และในการพิจารณาตัวเลขการย้ายถิ่น ก็ไม่ควรที่จะใช้ตัวเลขของการย้ายถิ่นเข้าเป็นหลักแต่เพียงอย่างเดียว หากต้องพิจารณาตัวเลขการย้ายถิ่นออก นอกประเทศด้วย

๒.) ความไม่แน่นอนและการเปลี่ยนแปลงเป็นปรากฏการณ์ธรรมดาที่เกิดขึ้นในระบบการย้ายถิ่น เนื่องจากธรรมชาติของตัวมันที่เป็นพลวัต ดังนั้นจึงเป็นไปได้ที่จะให้คำอธิบายใดๆที่ตายตัวที่มีความถูกต้องตลอดไป นั่นคือ คำอธิบายต่างๆ ย่อมเปลี่ยนแปลงได้ตามภาวะที่ เปลี่ยนไปของระบบการย้ายถิ่น

๓.) ในระบบการย้ายถิ่น จะมีปฏิสัมพันธ์ต่างๆที่น่าสนใจ คือประเทศที่เปรียบเหมือนสะพาน (Bridge countries) นั่นคือประเทศที่อยู่ในระบบการย้ายถิ่นหลายระบบในเวลาเดียวกัน ตัวอย่างที่ดี คือ ประเทศอิตาลี ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับทวีปอเมริกาเหนือ หรือยุโรปตะวันตกและโอเชียเนีย ประเทศอิตาลี จะเป็นประเทศส่งออก แต่หากพิจารณาในส่วนของทวีปแอฟริกาเหนือ และบัลข่าน อิตาลี จะเป็นประเทศรับเข้า ในกรณีดังกล่าว Zlotnik แนะนำว่า ควรที่จะนำประเทศที่เป็นสะพาน นี้ เป็นหน่วยในการวิเคราะห์ เพื่อพิจารณา กระแสการย้ายถิ่น ในระบบการย้ายถิ่นต่าง ๆ

๒.๕ แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการอพยพ (Law of Migration) แนวคิดนี้อธิบายมูลเหตุแห่งการเข้ามาหางานทำของผู้ลี้ภัยหลบหนีเข้าเมืองในลักษณะ อพยพของประชากรแบ่งได้เป็น ๕ ลักษณะ คือ

๑) การอพยพแบบดั้งเดิมเป็นการอพยพย้ายถิ่นของประชากรในอดีตเป็นการย้ายถิ่นที่อยู่ เพื่อการดำรงชีวิต ซึ่งในปัจจุบันการอพยพเข้าสู่เมืองเพื่อแสวงหาวิถีการดำรงชีวิตแบบใหม่อยู่ใน ลักษณะนี้

๒) การอพยพย้ายถิ่นโดยถูกบังคับ เป็นการย้ายถิ่นที่อาจถูกบังคับโดยรัฐบาลหรือผู้มี อิทธิพลบางกลุ่ม

๓) การอพยพโดยถูกบีบคั้น เป็นการถูกบีบคั้น หรือกระตุ้นให้ถูกบีบคั้นเช่นกัน แต่ผู้ที่ถูก บีบคั้นยังมี สิทธิในการตัดสินใจว่าจะอยู่หรือไป

๔) การอพยพโดยเสรี เป็นการอพยพของปัจเจกชนโดยเสรีอาจจะเกิดจากแรงจูงใจจาก ภายนอก เช่น โดยตำแหน่งงาน รายได้ หรือเพื่อผจญภัย

๕) การอพยพแบบชนจำนวนมาก สืบเนื่องมาจากการอพยพเสรี ซึ่งย้ายถิ่นฐานเข้าบุงกรุก หรือผจญภัย ในถิ่นที่อยู่ใหม่ จูงใจให้ชนจำนวนมากย้ายถิ่นตามการอพยพย้ายถิ่นเป็นสิ่งที่เกิดใน ทุกประเทศ เป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ในสังคม การอพยพมีสาเหตุที่แตกต่างกัน ลักษณะการอพยพก็ แตกต่างกันไป เช่นการอพยพหนี ความแห้งแล้ง หนีภัยธรรมชาติ การอพยพเพื่อการอพยพแบบถาวร และแบบชั่วคราว และถ้าเป็นการอพยพ ของแรงงาน ข้ามชาติมีทั้งสาเหตุเกิดจากสภาพทางเศรษฐกิจในประเทศของผู้อพยพไม่เอื้ออำนวยต่อการ ทำงาน รายได้ไม่พอสำหรับการดำรงชีพ เกิดปัญหาความยากจน หรือเกิดภาวะแรงงานมีมากเกินไป หรือ ประเทศเกิดสงคราม ปัญหาการเมืองการปกครอง ทำให้ประชาชนไม่มีความปลอดภัย ในชีวิตและทรัพย์สิน อีกทั้งประเทศของผู้อพยพไม่มีมาตรฐานการควบคุมการออกนอกประเทศทำให้การอพยพออกนอกประเทศทำได้ง่ายขึ้น

๒.๖ ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

๑) พิศวาส สุคนธ์พันธุ์และปฐมภรณ์ บุชปธำรง (๒๕๔๐) ศึกษาวิจัย เรื่องการศึกษาและ วิเคราะห์ กฎหมายเกี่ยวกับการประกอบธุรกิจและการทำงานของคนต่างด้าวผลการศึกษาได้ให้ ข้อเสนอแนะว่าการ อนุญาตให้คนต่างด้าวทำงานระดับฝีมือ กรมการจัดหางานที่เกี่ยวข้องควร จัดทำบัญชีรายชื่อสาขาอาชีพหรือ วิชาชีพที่จัดว่าเป็นสาขาที่คนไทยทำไม่ได้ หรือเป็นสาขาที่ จำนวนคนไทย มีไม่เพียงพอที่จะสนองความต้องการ ของตลาดแรงงานในประเทศไทย ซึ่งควรจะช่วยให้การออกใบอนุญาตเป็นไปในแนวเดียวกันให้มากที่สุดเท่าที่ จะทำได้ และน่าจะช่วยทำให้มีการถ่ายทอดความรู้ ประสบการณ์หรือความชำนาญในสาขาที่ประเทศไทยยัง ต้องการมากขึ้น ส่วนการอนุญาตให้คนต่างด้าวทำงานระดับไร้ฝีมือในอนาคตหากหน่วยงานของรัฐมั่นใจว่า

แรงงานไทยระดับไร้ฝีมือขาดแคลน รัฐบาลน่าจะอนุญาตให้มีการจ้างแรงงานต่างด้าวได้ โดยยอมให้โอกาสแก่นายจ้าง ซึ่งนำแรงงานต่างด้าวไปรายงานตัวและขอใบอนุญาตตามกฎหมาย ค.ณะรัฐมนตรี ปี ๒๕๓๙ จ้างแรงงานไร้ฝีมือก่อน เหตุผลสำคัญสำหรับข้อเสนอนี้ คือ ควรช่วยผู้ซึ่งปฏิบัติตาม กฎหมายหรือให้ความร่วมมือแก่รัฐในความพยายามที่จะแก้ปัญหาส่วนรวมก่อน แต่ก่อนที่จะจ้าง แรงงานต่างด้าว นายจ้างต้องรับสมัครแรงงานไทย โดยทางหนังสือพิมพ์(ระดับชาติ)อย่างน้อย ๓๐ วัน ก่อนมีการรับสมัครแรงงานต่างด้าวเพื่อตรวจสอบเรื่องการขาดแคลนแรงงานอีกครั้ง หากมีแรงงานไทยซึ่งมีคุณสมบัติตามที่นายจ้างต้องการ นายจ้างต้องบรรจุแรงงานไทยก่อน

๒) ชมนาท รัตนมณี และคณะ (๒๕๔๓) ศึกษาเรื่องการใช้แรงงานข้ามชาติในระบบ เศรษฐกิจของไทย พบว่า การเคลื่อนย้ายของแรงงานข้ามชาติส่งผลกระทบต่อทั้งเชิงบวกและเชิงลบ ซึ่งผลดีทางเศรษฐกิจคือลดปัญหาการขาดแคลนแรงงานของประเทศในบางกิจการ และทำให้ ผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (Gross Domestic Product) เพิ่มขึ้นร้อยละ ๐.๑๖ เมื่อมีการจ้าง แรงงานข้ามชาติทุก ๆ ๑,๐๐๐,๐๐๐ คน

๓) เกียรติศักดิ์ พลมณี (๒๕๔๘) ศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อความจำเป็นในการจ้างแรงงาน ต่างชาติผิดกฎหมายของผู้ประกอบการที่จดทะเบียนนายจ้างในจังหวัดปทุมธานี พบว่า ปัจจัย ที่มีผลต่อการเข้ามาทำงานของแรงงานต่างชาติผิดกฎหมาย ได้แก่ ค่าจ้างแรงงาน การอพยพย้าย ถิ่นของแรงงานต่างชาติ และความอดทนของแรงงานต่างชาติ สามารถอธิบายแต่ละปัจจัยดังนี้

(๓. ๑) ปัจจัยด้านค่าจ้างแรงงานสามารถทำนายความจำเป็นในการจ้างแรงงานต่างชาติ ผิดกฎหมายของผู้ประกอบการได้ดีที่สุด ซึ่งนายจ้างต้องการลดค่าใช้จ่ายด้านค่าจ้างแรงงานจึง เลือกจ้างแรงงานต่างชาติผิดกฎหมายเพราะมีค่าจ้างต่ำกว่าแรงงานไทย ประกอบกับค่าจ้าง แรงงานไทยมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในทางเศรษฐศาสตร์ ค่าจ้างแรงงานเป็นปัจจัยหนึ่งของต้นทุนการผลิต ดังนั้นนายจ้างจึงมีความจำเป็นต้องลดต้นทุนด้านค่าจ้างแรงงานโดยเลือกจ้าง แรงงานต่างชาติผิดกฎหมายที่มีค่าจ้างต่ำกว่าค่าจ้างแรงงานไทยเพื่อผลประโยชน์

(๓.๒) ด้านการอพยพย้ายถิ่นของแรงงานต่างชาติ เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ระดับความ จำเป็นในการจ้างแรงงานต่างชาติผิดกฎหมายของผู้ประกอบการ เนื่องจากการอพยพย้ายถิ่นของแรงงานต่างชาติเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในทุกประเทศ ซึ่งในการอพยพก็มีสาเหตุแตกต่างกัน เช่นอพยพหนีความแห้งแล้ง อพยพหนีภัยธรรมชาติ อพยพไปทำงาน และอพยพเพื่อการศึกษา นักเศรษฐศาสตร์สำนักนีโอคลาสสิก อธิบายว่ามนุษย์ตัดสินใจย้ายถิ่นด้วยเหตุผลทางเศรษฐกิจ ดังนั้นผู้ย้ายถิ่นทางเศรษฐกิจก็เป็นปัจจัยดึงดูดที่สำคัญที่ทำให้มนุษย์ย้ายถิ่น ปัจจัยดังกล่าวคือ ค่าจ้างแรงงานที่สูงขึ้น และโอกาสการได้ทำงาน กล่าวคือ มนุษย์จะย้ายถิ่นไปยังประเทศที่มีความ เจริญทางเศรษฐกิจมากกว่า

(๓. ๓) ด้านความอดทนของแรงงานต่างชาติเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อความจำเป็นในการจ้างแรงงานต่างชาติที่ผิดกฎหมายของผู้ประกอบการ เนื่องจากความอดทนของแรงงานต่างชาติที่ ทำงานให้กับนายจ้างได้บรรลุตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่ตั้งไว้ ซึ่งความสำเร็จดังกล่าวส่วน หนึ่งก็เนื่องมาจากนายจ้างได้จัดสรรคนให้เหมาะกับงาน

๔) ปรีดา รอดนวล (๒๕๕๐) ศึกษาวิจัยเรื่อง ชีวิตแรงงานข้ามชาติของชุมชนชนบทไทย กรณีศึกษาแรงงานสัญชาติพม่าในชุมชนตำบลโคกขาม จังหวัดสมุทรสาคร โดยใช้แนวคิด สิทธิ มนุษยชน และสิทธิแรงงาน (Human Rights And Labour Rights)และแนวคิดความเป็นคน ขาดขอบ (Marginalization) ในการ

อธิบายชีวิตและการทำงานของแรงงานข้ามชาติในชุมชน รวมทั้งศึกษาทัศนคติและการปฏิบัติต่อแรงงานข้ามชาติของคนไทยในชุมชน พบว่าการศึกษาชีวิต แรงงานข้ามชาติในชุมชนโคกขาม ภายใต้แนวคิดสิทธิมนุษยชน สิทธิแรงงาน และแนวคิดความ เป็นคนชายขอบที่ผ่านมาทำให้มองเห็นชีวิตของคนที่ต้องจากบ้านเมืองเพื่อมาแสวงหาสิ่งที่ดีกว่า ภายใต้บริบทไม่คุ้นชินทั้งภาษาวัฒนธรรมและจิตใจของผู้คนต่างเชื้อชาติ ต่างภาษา การจะดำเนินชีวิตให้อยู่ภายใต้บริบทดังกล่าวได้นั้นแรงงานข้ามชาติเหล่านี้ต้องปรับตัว ปรับความคิดทั้งต่อผู้คนและสิ่งแวดล้อมใหม่ๆ ให้ได้เพื่อให้ตนเองรอดพ้นจากการถูกละเมิดสิทธิด้านต่างๆ เพราะ ความเป็นคนชายขอบของพวกเขา

๕) นงลักษณ์ พะไถยะ (๒๕๕๑) ศึกษาความต้องการกำลังคนดูแลผู้สูงอายุด้านสุขภาพ ข้อมูลที่นำมาใช้คาดการณ์นี้ คือ ข้อมูลมาตรฐานกำลังคนใช้ข้อมูลจากการศึกษาของสำนักวิจัย และพัฒนากำลังคน (๒๕๕๑) ข้อมูลการเจ็บป่วยจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (๒๕๕๑) โดยการคาดการณ์มีความสัมพันธ์กับข้อมูลผู้สูงอายุจากการรายงานของมูลนิธิสถาบันและพัฒนาผู้สูงอายุ (๒๕๔๔) พบว่าในการคาดการณ์ผู้สูงอายุพบว่า ในปี พ.ศ. ๒๕๕๓ ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุจำนวน ๗,๖๓๙,๐๐๐ คน และในจำนวนนี้มีผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือจาก ผู้อื่น ๔๙๙,๘๗๓ คน (ร้อยละ ๖.๕) และในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ ผู้สูงอายุจะเพิ่มมากขึ้นจำนวน ๑๐,๗๗๖,๐๐๐ คน และในจำนวนนี้มีผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น ๗๔๑,๗๖๖ คน (ร้อยละ ๖.๙) ทำให้คาดการณ์ได้ว่าภาระในการ ดูแลผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพและช่วยเหลือตนเองไม่ได้ จะเป็นปัญหาที่มีความสำคัญในอนาคต ดังนั้นแนวคิดการดูแลระยะยาวในครอบครัวต้องมี ความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยชรภาพให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้น

๓. แรงงานข้ามชาติในประเทศไทย ประเทศไทยมีแรงงานข้ามชาติเข้ามาอาศัยตั้งแต่สมัยสุโขทัยต่อเนื่องมาจนถึงสมัยกรุงศรีอยุธยา มีแรงงานหลายเชื้อชาติ เช่น พม่า ลาว เขมร อังกฤษ เดนมาร์ก ฝรั่งเศส ฮอลันดา สเปน แรงงานข้ามชาติบางประเทศเข้ามาอาศัยเป็นเวลานานจนสามารถโอนสัญชาติเป็นคนไทยในเวลาต่อมา แต่บางประเทศเข้ามาในลักษณะที่ขาดตอนเช่นอังกฤษ ฝรั่งเศสและเดนมาร์ก ซึ่งเข้ามามี บทบาททางการค้าในสมัย พระนารายณ์มหาราช แต่ได้ขาดตอนไปจนกระทั่งเข้ามาอีกครั้งในสมัย รัชกาลที่ ๔ เป็นต้นมา บางประเทศเคยเข้ามามีบทบาทมากแต่ก็ได้ลดลงตามลำดับ จนกลายเป็นประเทศที่มีความสัมพันธ์ทางการค้าในลักษณะธรรมดา เช่น ฮอลันดาและโปรตุเกส และบางชน ชาติเพิ่งเข้ามาติดต่อกับประเทศไทยภายหลังปี พ .ศ ๒๓๙๙ ซึ่งเป็นปีที่ประเทศไทยเริ่มทำสัญญาเบาริงกับประเทศอังกฤษเป็นต้นมา และได้เข้ามามีอิทธิพลทางด้านเศรษฐกิจในประเทศไทยจนถึง ปัจจุบัน ได้แก่ สหรัฐอเมริกา จีน ญี่ปุ่น และไต้หวัน ในอดีตแรงงานข้ามชาติมีบทบาทอย่างมากต่อเศรษฐกิจการค้าของประเทศไทย แต่แรงงานข้ามชาติจะเข้ามาในลักษณะทำการติดต่อค้าขายหรือเป็นเจ้าของกิจการ ไม่ได้เข้ามาใน ลักษณะของการเป็นลูกจ้างหรือรับจ้างแรงงาน เนื่องจากภาพรวมของตลาดแรงงานไทยในอดีตมี แรงงานจำนวนมากเกินความต้องการของตลาดแรงงาน จนทำให้เกิดปัญหามีผู้ว่างงานในอัตราที่ สูง ดังนั้นแรงงานข้ามชาติจึงไม่มีความจำเป็นสำหรับตลาดแรงงานในอดีต นับตั้งแต่ประเทศไทยใช้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๑ เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๐๔ จนถึงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับปัจจุบันคือฉบับที่ ๑๑ ประเทศไทยได้มี ความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างการผลิตเปลี่ยนแปลงไปตาม สถานการณ์ทางเศรษฐกิจของประเทศ มีการส่งเสริมทั้งการลงทุนในประเทศ และส่งเสริมให้นักลงทุนจากต่างประเทศเข้ามาลงทุนในประเทศไทย มีการปรับระบบการผลิต ทำให้เกิดความไม่สมดุลของการจ้างงาน โดยเฉพาะภาคอุตสาหกรรม

และบริการมีความต้องการแรงงานมากขึ้น แต่ขาดแคลนแรงงานในบางสาขาอาชีพ บางพื้นที่แรงงานที่มีอยู่ทักษะไม่ตรงกับความต้องการของตลาดแรงงาน ความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจทำให้อัตราค่าจ้าง ค่าครองชีพของแรงงานไทย สูงขึ้นมาก กิจกรรมธุรกิจที่ใช้แรงงานระดับล่าง เกิดปัญหาขาดแคลนแรงงาน ผู้ประกอบการจึงจำเป็นต้องหาแรงงานจากที่อื่นเข้ามาทดแทนแรงงานที่ขาดหายไป ทั้งในภาคการผลิตที่ต้องใช้ แรงงานเข้มข้น เช่นภาคเกษตรกรรม ภาคประมง ภาคการก่อสร้างและการค้าปลีก และภาคนอก การผลิต เช่น คนทำงานบ้าน หรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในขณะที่เดียวกันประเทศเพื่อนบ้านเช่นสหภาพพม่า สาธารณรัฐประชาชนลาว กัมพูชา มีสภาพความไม่มั่นคงในชีวิตและทรัพย์สิน ความกลัว หลังในการดำรงชีวิต มีอัตราค่าจ้างแรงงานที่ต่ำกว่าไทย จึงทำให้มีการเคลื่อนย้ายแรงงานข้ามชาติเหล่านี้ เข้ามาทดแทนแรงงานไทยที่ขาดแคลนและมีทักษะไม่สอดคล้องกับความต้องการใน ภาคการผลิตต่าง ๆ เข้ามาทำงานในประเทศไทยประกอบกับในอนาคตประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) ทำให้เกิดขาดแคลนแรงงาน (Labour Shortage) ดังนั้นการเข้ามา ของแรงงานต่างชาตินี้จะมีมากขึ้น โดยเข้ามาเป็นแรงงานในระบบเศรษฐกิจไทย และแรงงานข้ามชาติเหล่านี้สามารถนำมาพัฒนาศักยภาพได้ ในที่สุดจะเป็นแรงงานข้ามชาติที่ผลิตสินค้าและบริการที่มีคุณภาพได้

๓.๑ นโยบายแรงงานข้ามชาติ ประเทศไทยได้ดำเนินนโยบาย เกี่ยวกับการจดทะเบียนของแรงงานข้ามชาติ เริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ ๒๕๓๕ กำหนดให้นายจ้างที่ประสงค์จะจดทะเบียนแรงงานข้ามชาติต้องจ่ายค่าจดทะเบียน แต่ประสบความล้มเหลวเพราะค่าจดทะเบียนสูงเกินไป สี่ปีต่อมาปัญหาแรงงานข้ามชาติได้ขยาย ไปทั่วประเทศโดยที่แรงงานส่วนใหญ่มาจากสหภาพพม่าได้เคลื่อนย้ายไปยังจังหวัดต่างๆ รัฐบาล จึงได้ตั้งเป้าหมายที่จะควบคุมสถานการณ์โดยกระทรวงแรงงาน ได้ดำเนินนโยบายลดค่าธรรมเนียม และแรงงานข้ามชาติที่ไม่มีหลักฐานการ จดทะเบียนจะต้องถูกเนรเทศ มติดังกล่าวเป็นการบังคับให้แรงงานข้ามชาติจำนวนมากจำต้องจดทะเบียน หลังเกิดวิกฤตเศรษฐกิจ ปี พ.ศ ๒๕๔๐ รัฐบาลไทยต้องเร่งปรับโครงสร้างภาคแรงงานเพื่อรองรับคนตกงานจำนวนมาก ได้มีการจดทะเบียนแรงงานข้ามชาติแต่อย่างไรก็ตามยังมีจำนวน แรงงานข้ามชาติจำนวนมากที่ไม่มีใบอนุญาตทำงานจำนวนประมาณสองล้านคน เหตุที่แรงงานข้ามชาติไม่มาจดทะเบียน คือ ขาดการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับกระบวนการจดทะเบียน และ ความยากลำบากในการเดินทางและนายจ้างไม่ให้ความร่วมมือ (สุริย์พร พันพึ้งและคณะ, ๒๕๔๘) ในปี พ .ศ ๒๕๔๗ รัฐบาลได้เปลี่ยนนโยบายการจดทะเบียนใหม่ ให้แรงงานข้ามชาติ รายงานสถานภาพการอยู่อาศัยในประเทศไทยต่อกระทรวงมหาดไทยโดยไม่คิดค่าใช้จ่ายก่อนแล้ว จึงดำเนินการขอใบอนุญาตทำงาน กระทรวงมหาดไทย ได้จัดทำทะเบียนประวัติแรงงานข้ามชาติ เพื่อทราบจำนวนแรงงานข้ามชาติที่มีอายุ ๑ ปีขึ้นไป ได้เปิดจดทะเบียนครั้งใหญ่ที่สุดใน ประวัติศาสตร์ของการจดทะเบียนแรงงานข้ามชาติ ในลักษณะของการเป็นพลเมือง (Citizen) โดยมีการกำหนดเลข ๑๓ หลักประจำตัวแรงงานข้ามชาติ สัญชาติพม่า ลาว และกัมพูชา โดยเป็น คนละหมวดกับคนไทย และกำหนดให้จดทะเบียนผู้ติดตามกับแรงงานข้ามชาติที่ขออนุญาต ทำงานและให้นายจ้างเป็นผู้กำกับ โดยจดทะเบียนนายจ้างและให้แรงงานข้ามชาติเข้าไปอยู่ใน ทะเบียนบ้านของนายจ้างด้วย ในปีต่อๆ มา รัฐบาลเปิดกว้างให้นายจ้างที่ว่าจ้างแรงงานข้ามชาติที่ผิดกฎหมายทุกอาชีพ มาจดทะเบียนเพื่อให้ทราบจำนวนนายจ้างหลายครั้งแต่ยังมีแรงงานข้ามชาติ ลักลอบเข้ามา ทำงานและมีได้มาจดทะเบียนให้ถูกต้องอีกหลายล้านคน และมีแนวโน้มว่าแรงงานข้ามชาติ ลักลอบเข้าเมืองที่ผิดกฎหมายจะเพิ่มขึ้นอีกในอนาคต ถึงแม้ว่ารัฐบาลพยายามปราบปรามเคลื่อนย้ายแรงงานข้ามชาติผิดกฎหมายที่ลักลอบทำงานอยู่ในประเทศไทย และผลักดันแรงงาน เหล่านี้กลับประเทศ แต่ส่งกลับไปได้ไม่นานก็จะกลับเข้ามาอีก การแก้ไขปัญหาแรงงานข้ามชาติ ต้องแก้ไขทั้งระบบ ทั้ง

กฎหมายคนเข้าเมืองและ กฎระเบียบให้ยืดหยุ่นมากขึ้น เช่นอนุญาตให้แรงงานข้ามชาติที่ถูกกฎหมายเข้าและออกประเทศได้สะดวกขึ้น เปิดโอกาสให้มีการเปลี่ยนนายจ้างได้ง่ายขึ้น

๓.๒ หลังจากทำงานไปแล้วหนึ่งหรือสองปี หรือมีการจัดเก็บค่าธรรมเนียมการจ้างแรงงานข้ามชาติมาใช้ เป็นต้น สำหรับอาชีพที่น่าจะอนุญาตให้แรงงานข้ามชาติทำได้ ที่เป็นอาชีพงานพื้นฐาน ได้แก่ ผู้ที่ทำงานเรียบง่ายและเป็นประจำหรือทำซ้ำๆ หากใช้เครื่องมือก็จะเป็นเครื่องมือแบบไม่ซับซ้อนและใช้ร่างกาย ได้แบ่งตามภาคการจ้างงาน ๗ ประเภทคือ

(๑) ภาคการเกษตรและประมง ทั้งงานเพาะปลูก เลี้ยงสัตว์ และประมง ได้แก่ คนงานสวน ยาง คนงานกรีดยาง คนงานประจำฟาร์มปศุสัตว์ ผู้ไถ่ถอนไม้ คนตัดไม้ แรงงานประมง ผู้เก็บเกี่ยวผลไม้หรือพืชไร่ คนงานในฟาร์มทั่วไป

(๒) ภาคการก่อสร้าง มีทั้งทำงานใช้กำลังกาย และงานกึ่งฝีมือ ได้แก่ช่างรื้อถอน (สิ่งก่อสร้าง แรงงานก่อสร้างอาคารสิ่งปลูกสร้าง แรงงานรื้อถอนอาคารสิ่งปลูกสร้าง ผู้หล่อ ซีเมนต์คอนกรีตด้วยมือ ช่างยกตั้งนั่งร้าน ช่างฉาบปูน ช่างก่ออิฐ (ก่อสร้าง) เป็นต้น

(๓) ภาคการผลิตในโรงงานอุตสาหกรรม เป็นภาคการจ้างงานใหญ่ ครอบคลุมโรงงาน และอุตสาหกรรมการผลิตที่หลากหลาย ได้แก่ แรงงานบรรจุ ผู้ล้างและผึ่งยางแผ่นดิบ ผู้ทำยางแผ่นผึ่งแห้ง ช่างตัดไม้ ช่างเย็บด้วยมือและจักรทั่วไป ผู้ฆ่าสัตว์ในโรงฆ่าสัตว์ ผู้ทำเส้นขนมจีน ช่างตัดเย็บเสื้อผ้าสำเร็จรูป ผู้แปรรูปสัตว์น้ำ เบื้องต้น

(๔) ภาคการค้าปลีกและค้าส่ง ซึ่งกระจายตัวทั่วไปทุกภูมิภาค และเป็นภาคการจ้างงานที่ ยังมีข้อถกเถียงในเรื่องความจำเป็นต้องใช้แรงงานข้ามชาติ และความอ่อนไหวในประเด็นความปลอดภัยของชุมชน โดยเฉพาะพนักงานขายของหน้าร้านที่ต้องรับเงินและมีปฏิสัมพันธ์กับลูกค้า เช่นผู้ทำงานให้บริการตามห้างสรรพสินค้า ผู้จัดการขายสินค้าตามห้างสรรพสินค้า (ยกเว้นอาหาร) พนักงานประจำสถานีบริการน้ำมัน พนักงานขายในสถานประกอบการค้า ส่ง - ปลีก

(๕) ภาคการให้บริการ ทั้งการดูแลบ้านเรือนและสถานที่ต่าง ๆ การบริการอาหารและเครื่องดื่มต่างๆ การดูแลเด็กและผู้สูงอายุเบื้องต้น การให้บริการส่วนบุคคล เช่นผู้ช่วยงานบ้าน พนักงานทำความสะอาดภายใน เครื่องครัว ผู้ซักล้างเสื้อผ้าด้วยมือ พนักงานซักรีด พนักงานทำความสะอาดอาคารผู้ทำความสะอาดยานพาหนะด้วยมือ คนรับใช้ พนักงานเสิร์ฟอาหารและ เครื่องดื่ม แม่บ้านทั่วไป แม่บ้าน (ส่วนบุคคล)

(๖) ภาคกิจการขนส่ง ทั้งทางน้ำและทางบก อาชีพที่อาจจะกำหนดให้แรงงานต่างชาติ ทำงานในภาคกิจการขนส่ง ได้แก่ ผู้ขนถ่ายสินค้าประจายานพาหนะ ผู้ขนถ่ายสินค้าทางเรือ ผู้ปฏิบัติงานขนส่งสินค้าอื่นๆ เช่น แบกหาม เนื้อปลา ผลไม้ และผลิตภัณฑ์อาหารอื่นๆ ในตลาด ขายส่ง คนเข็นของ คนถีบสามล้อ

(๗) ภาคครัวเรือนและบริการชุมชน อาชีพบางส่วนอาจซ้ำกับภาคการจ้างงานอื่นๆ เช่น ผู้ช่วยงานบ้าน และผู้ทำความสะอาดบ้าน ผู้ซักล้างเสื้อผ้าด้วยมือ หรือพนักงานซักรีด นอกจากนี้ ได้แก่ พนักงานทำความสะอาด อาคาร คนงาน (เก็บขยะ) ผู้เก็บขยะ คนงานท่อระบายน้ำ พนักงานคัดแยกขยะ ผู้ช่วยพยาบาลอื่นๆ ผู้ช่วยผดุงครรภ์อื่นๆ เป็นต้น (กฤตยา อาชวนิจกุล)

๓.๓ ผลกระทบด้านเศรษฐกิจและสังคมจากการจ้างแรงงานข้ามชาติ การใช้ประโยชน์จากการจ้างแรงงานข้ามชาตินั้นทำให้ผู้ประกอบการได้รับประโยชน์ ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการผลิตหากเข้ามาทำงานร่วมกับแรงงานไทย ต้นทุนค่าแรงต่ำ ช่วยเพิ่มอุปทาน แรงงานเมื่อเกิดการขาดแคลนแรงงานในประเทศ

อย่างไรก็ตามก็เกิดผลกระทบทั้งทางเศรษฐกิจ และสังคมต่อประเทศไทย

๓.๓.๑ ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ ค่าจ้างในประเทศไทยสูงกว่าประเทศเพื่อนบ้าน เช่น สปป.ลาว สหพันธรัฐเมียนมาร์ กัมพูชา จึงจูงใจให้แรงงานข้ามชาติโดยเฉพาะแรงงานระดับล่างเข้ามาทำงานทำในประเทศไทย และผู้ประกอบการในประเทศไทยต้องการแรงงานราคาถูกเพื่อลดต้นทุนการผลิต อีกทั้งประเทศไทยขาดแคลนแรงงาน ระดับล่าง จึงเลือกจ้างแรงงานข้ามชาติในลักษณะงานที่ไม่ต้องใช้ทักษะ ส่งผลให้แรงงานไทย ระดับล่างมีโอกาสได้งานทำน้อยลง โดยเฉพาะจังหวัดที่มีแรงงานข้ามชาติจำนวนมาก ซึ่งจากการ มีอุปทานแรงงานระดับล่างเพิ่มขึ้นส่งผลต่ออัตราค่าจ้างที่แรงงานไทยได้รับต่ำลงด้วย การที่ผู้ประกอบการได้เปรียบด้านต้นทุนค่าแรงที่ต่ำ ทำให้ผู้ประกอบการไม่หาทางเพิ่ม ประสิทธิภาพการผลิต จากการที่ ประสิทธิภาพการผลิตที่ต่ำลงจากการใช้แรงงานไร้ทักษะเพิ่มขึ้น จะทำให้เกิดความเสียเปรียบในการแข่งขันในระยะยาว ขะลอกการเดินหน้าไปสู่การเป็นสังคมแห่งการเรียนรู้ และจะยิ่งส่งผลเสียต่อความสามารถในการ ต่อรองเวทีการค้าระหว่างประเทศ หากประเทศคู่แข่งหยิบยกเรื่องปัญหาการคุ้มครองแรงงานข้ามชาติที่ใช้ใน กระบวนการผลิตมาเป็น ประเด็นกีดกันทางการค้า

๓.๓.๒ ผลกระทบด้านสังคมส่วนใหญ่แรงงานข้ามชาติที่เข้ามาทำงานในประเทศไทยลักลอบเข้า ประเทศอย่างผิด กฎหมาย และไม่ได้ขึ้นทะเบียนแรงงานข้ามชาติ จึงไม่มีการจัดทำประวัติเช่นเดียวกับแรงงาน ไทย แรงงานข้ามชาติระดับล่างมักมีการศึกษาที่ไม่สูงนัก รายได้ค่อนข้างต่ำ เมื่อลำบากขัดสนจึงก่อ อาชญากรรม เช่น การลักทรัพย์ การทะเลาะวิวาท ค่าของเถื่อน เมื่อก่อปัญหามักหลบหนีไปอยู่กับ ญาติหรือ เพื่อนสัญชาติเดียวกันไม่ได้หนีออกนอกประเทศ ทำให้ยากที่จะติดตามมาดำเนินคดีอีก ทั้งภาพรวมของชุมชนที่มี แรงงานข้ามชาติระดับล่างอาศัยจำนวนมากมักเป็นแหล่งมั่วสุมอบายมุข ซึ่งเป็นภาพลักษณ์ที่ไม่ดีในสายตา ของคนไทยและของคนต่างชาติที่เข้ามาท่องเที่ยวในไทย นอกจากนี้ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับตัวแรงงานข้าม ชาติเองที่เข้ามาอย่างผิดกฎหมาย คือ การเสียสิทธิที่จะได้รับการคุ้มครองและรับสวัสดิการขั้นพื้นฐานจาก รัฐบาล เช่น

(๑) สิทธิของแรงงาน เนื่องจากเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานภาครัฐยังมีไม่เพียงพอที่จะเข้าไปตรวจสอบ สภาพการจ้างงานได้ทั่วทุกสถานประกอบการ ดังนั้นแรงงานข้ามชาติจึงมีปัญหาเมื่อ ไม่ได้รับความยุติธรรมจาก นายจ้าง ทั้งยังไม่เข้าใจกฎหมายไทย จึงถูกละเมิดสิทธิบ่อยครั้ง และ แรงงานเหล่านี้ไม่มีสิทธิในการรวมตัวเป็น สหภาพแรงงานเพื่อเรียกร้องสิทธิเมื่อไม่ได้รับความ ยุติธรรม

(๒) สิทธิการได้รับการศึกษาขั้นพื้นฐานของบุตร บุตรของแรงงานข้ามชาติที่ผิดกฎหมาย อาจไม่ได้ รับบริการด้านการศึกษาขั้นพื้นฐานจากรัฐเทียบเท่าคนไทย แม้ว่าจะอนุญาตให้บุตรของแรงงานข้ามชาติทุก คนเข้าเรียนขั้นพื้นฐานได้ เมื่อไม่ได้รับการศึกษา เด็กเหล่านี้ไม่สามารถพัฒนาตนเองให้หลุดพ้นวงจรความ ยากจนได้

(๓) สิทธิในการเข้ารับการรักษายาบาล แรงงานข้ามชาติที่ถูกต้องตามกฎหมายสามารถเข้า รับการรักษาในสถานพยาบาลของรัฐที่กำหนด แต่อย่างไรก็ตามบางครั้งนายจ้างมักพาไป รักษาสถานพยาบาล เอกชนมากกว่า นอกจากนี้ยังมีปัญหาความไม่เข้าใจภาษาไทยทำให้ ยากลำบากในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ของรัฐ นอกจากนี้แรงงานข้ามชาติยังถูกหลอกลวงโดยนายหน้า ถูกเอาเปรียบจากนายหน้าอีกด้วย

วิธีดำเนินการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

๑. พื้นที่ดำเนินการ: ในพื้นที่ ๑๐ จังหวัด (จังหวัดเชียงใหม่ ตาก นครพนม อุบลราชธานี สมุทรปราการ กาญจนบุรี ชลบุรี ตราด ตรัง และจังหวัดสงขลา) โดยคัดเลือกจังหวัดที่มีความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์สูง ในแต่ละภูมิภาค และคัดเลือกจังหวัดที่กองทุนโลกให้การสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานโครงการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ฯ

๒. ประชากรเป้าหมาย ได้แก่

- ๒.๑ กลุ่มแรงงานข้ามชาติ อายุตั้งแต่ ๑๕ ปีขึ้นไป ทั้งที่จดทะเบียน และไม่ได้จดทะเบียน
- ๒.๒ กลุ่มแรงงานข้ามชาติที่มาจาก ๓ ประเทศ ได้แก่ สหภาพเมียนมาร์, สปป.ลาว และกัมพูชา โดยพักอาศัยอยู่ในประเทศไทยนานมากกว่า ๖ เดือน
- ๒.๓ กลุ่มแรงงานข้ามชาติที่ประกอบอาชีพประมง ประมงที่ต่อเนื่อง กรรมกรก่อสร้าง เกษตรกรรม และอาชีพพนักงานในโรงงานอุตสาหกรรม
- ๒.๔ ไม่รวมแรงงานข้ามชาติที่ประกอบอาชีพแบบเข้าไปเย็นกลับ โดยไม่พักอาศัยในประเทศไทย

อาชีพของกลุ่มเป้าหมายที่เก็บข้อมูล (occupation of respondent) ได้แก่ อาชีพของประชากรที่กองทุนโลกได้กำหนดไว้ โดยให้การสนับสนุน ในการดำเนินกิจกรรม

๑. อาชีพประมง หมายถึง การออกหาปลาทั้งน้ำเค็มและน้ำจืด
๒. อาชีพประมงที่ต่อเนื่อง หมายถึง การประกอบอาชีพอื่นภายหลังการประกอบอาชีพประมง เช่น การลอกเปลือกกุ้ง ตากปลาหมึก ทำน้ำปลา
๓. อาชีพกรรมกรก่อสร้าง หมายถึง การใช้แรงงานเพื่อก่อสร้างสิ่งปลูกสร้าง
๔. อาชีพเกษตรกรรม หมายถึง การประกอบอาชีพในกระบวนการผลิตอาหาร และผลิตภัณฑ์อื่นๆโดยวิธีการเพาะปลูกพืช และวิธีการเลี้ยงสัตว์ทั้งสัตว์บก สัตว์น้ำ
๕. อาชีพพนักงานในโรงงานอุตสาหกรรม หมายถึง การประกอบอาชีพโดยใช้แรงงานในโรงงานอุตสาหกรรม

๓. การดำเนินการเก็บข้อมูล

- ๓.๑ ขนาดตัวอย่างจำนวน ๓,๐๐๐ คน โดยมีเกณฑ์ขั้นต่ำในการเก็บตัวอย่างแรงงานข้ามชาติ รวมจังหวัดละ ๓๐๐ คน
- ๓.๒ การเก็บข้อมูล ให้เริ่มเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ ๑ กรกฎาคม เป็นต้นไป จนกว่าจะได้จำนวนตัวอย่างครบ อนึ่ง ควรดำเนินการจัดเก็บข้อมูลให้แล้วเสร็จภายในวันที่ ๑๕ สิงหาคม เพื่อให้สามารถส่งข้อมูลให้สำนักกระบวนวิทย์ได้ ภายในวันที่ ๓๑ สิงหาคม

๔. วิธีดำเนินการสำรวจ

ดำเนินการสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey) ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ แยกตามพื้นที่ดำเนินการทั้ง ๑๐ จังหวัด การเลือกขนาดตัวอย่าง มีวิธีการสำรวจที่อาศัยหลักความน่าจะเป็น คือ Multi stage cluster sampling with equal probability

การคำนวณขนาดประชากร

จำนวนตัวอย่างสำหรับการเฝ้าระวังที่เหมาะสมเพื่อใช้ในการติดตามข้อมูลในระดับจังหวัดนั้นสามารถคำนวณได้จากสูตรการประมาณค่า

$$n = \frac{Z^2 PQ}{d^2}$$

Z = ค่ามาตรฐานจากตาราง Z ที่ระดับ Type I Error ที่ α

กำหนด $\alpha = 0.05$ Z จะเท่ากับ ๑.๙๖

P = สัดส่วนที่คาดว่าจะพบในประชากร ในที่นี้หมายถึง Prevalence ของประชากรในแต่ละพื้นที่

$Q = 1 - P$

d = ช่วงกว้างของความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้โดยมีหน่วยการวัดเดียวกับค่า p

การเลือกขนาดตัวอย่าง

๑. สุ่มเลือกอำเภอที่ดำเนินการเฝ้าระวัง
๒. จัดทำบัญชีรายชื่อสถานประกอบการ และชุมชนที่พักอาศัยของกลุ่มแรงงานข้ามชาติภายในอำเภอที่เลือกสุ่ม โดยประสานงานกับหน่วยงานจัดหางานจังหวัด สำหรับสถานประกอบการ และประสานงานกับองค์กรเอกชนในพื้นที่ สำหรับชุมชนอาศัยของแรงงานข้ามชาติ จากนั้นทำรายชื่อ สถานที่ทำงานหรือชุมชนที่อยู่อาศัยของแรงงานข้ามชาติและจำนวนตัวอย่างแรงงานข้ามชาติที่สุ่มตรวจได้ลงในแบบฟอร์ม (ภาคผนวก ๒)

การเลือกตัวอย่าง แบ่งเป็น ๓ กรณี

กรณีที่ ๑ จังหวัดมีกลุ่มแรงงานข้ามชาติในอำเภอใดอำเภอหนึ่ง มากกว่าขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้

กรณีที่ ๒ หากในจังหวัดไม่มีอำเภอใด ที่มีจำนวนประชากรแรงงานข้ามชาติครบ

กรณีที่ ๓ จังหวัดมีขนาดตัวอย่าง น้อยกว่าจำนวนตัวอย่างที่คำนวณได้

กรณีที่ ๑ จังหวัดมีกลุ่มแรงงานข้ามชาติในอำเภอใดอำเภอหนึ่ง มากกว่าขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้

๑. ให้เลือกทำการเฝ้าระวังในอำเภอ ที่มีจำนวนกลุ่มแรงงานข้ามชาติ มากที่สุดเพียงอำเภอเดียว
๒. ให้จัดทำบัญชีรายชื่อสถานที่ทำงานหรือชุมชนที่อยู่อาศัยของแรงงานข้ามชาติทั้งหมดที่มีอยู่ในอำเภอที่จะทำการเฝ้าระวัง พร้อมทั้งระบุจำนวนคนและกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ที่ทำงานอยู่ในสถานที่ทำงานหรือชุมชนที่อยู่อาศัยแต่ละแห่ง

เพื่อป้องกันการได้ตัวอย่างซ้ำซ้อนระหว่างสถานที่ทำงานและชุมชนที่พักอาศัย ในพื้นที่ที่สามารถเข้าถึงประชากรแรงงานข้ามชาติในชุมชนที่อยู่อาศัยได้ง่าย ควรใช้การสุ่มจากชุมชน ส่วนพื้นที่ใดเข้าถึงในสถานที่ทำงานได้ง่าย ให้ใช้การสุ่มจากสถานที่ทำงาน

๓. ทำสลากสำหรับการสุ่มตัวอย่าง เพื่อคัดเลือกสถานที่ทำงานหรือชุมชนที่อยู่อาศัยโดย เขียนชื่อสถานที่ทำงานหรือชุมชนที่อยู่อาศัยลงในกระดาษ ๑ ใบต่อ ๑ สถานที่ทำงานหรือชุมชนที่อยู่อาศัย แล้วให้นำรายชื่อสถานที่ทำงานหรือชุมชนที่อยู่อาศัยทั้งหมดไปใส่ในกล่อง

๔. จับสลากดังกล่าวขึ้นมาครั้งละ ๑ ใบ พร้อมทั้งจดจำนวนแรงงานข้ามชาติ ในสถานที่ทำงาน หรือชุมชนที่อยู่อาศัยที่ถูกเลือกไว้ ให้ทำการสุ่มเลือกสถานที่ทำงานหรือชุมชนที่อยู่อาศัยต่อไปจนกระทั่ง เลือกจำนวนแรงงานข้ามชาติ ได้ตามขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้

๕. ดำเนินการเก็บข้อมูลจากแรงงานข้ามชาติทุกคน ที่ทำงานอยู่ในสถานที่ทำงานหรือชุมชนที่อยู่อาศัย ที่สุ่มเลือกได้

กรณีที่ ๒ ถ้าจังหวัดไม่มีอำเภอใด ที่มีจำนวนแรงงานข้ามชาติ มากกว่าจำนวนขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ ให้ดำเนินการเก็บข้อมูลในอำเภอ ที่มีจำนวนแรงงานข้ามชาติ มากที่สุดก่อน แล้วจึงเลือกอำเภออื่นๆต่อไป เพื่อดำเนินการเก็บข้อมูลเพิ่มเติม จนกว่าจะได้จำนวนตัวอย่างครบ ตามขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ ในการคัดเลือกอำเภออื่น มาเพื่อการเฝ้าระวัง แนะนำให้จังหวัดคัดเลือกอำเภอที่มีปัญหาของการแพร่ระบาดของเชื้อ เอชไอวี ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ มากที่สุดเข้ามาเพื่อทำการเฝ้าระวังก่อนในกรณีที่ต้องทำการสุ่มเลือกสถานที่ทำงานหรือชุมชนที่อยู่อาศัย ในอำเภอใดๆ ให้ใช้วิธีการเลือกตัวอย่าง ตามข้อ ๑- ๕ ที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น ของกรณี
ที่ ๑

กรณีที่ ๓ จังหวัดมีขนาดตัวอย่าง น้อยกว่าจำนวนตัวอย่างที่คำนวณได้ ให้ดำเนินการเก็บข้อมูลเฝ้าระวังในแรงงานข้ามชาติ ทุกคน โดยไม่ต้องทำการสุ่ม.

นิยามศัพท์

อาสาสมัคร หมายถึง กลุ่มตัวอย่างที่เลือกสุ่มได้ มีคุณสมบัติครบเกณฑ์ และยินยอมเข้าร่วมโครงการ

เจ้าหน้าที่ หมายถึง เจ้าหน้าที่ที่ดำเนินโครงการ เข้าร่วมทำงานภาคสนามในการเก็บข้อมูลภาคสนาม ทั้งบุคลากรภาครัฐ และเอกชนทุกคน ซึ่งประกอบด้วย นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาล ผู้ให้การปรึกษา ผู้ทำการบริหารทีม พนักงานสาธารณสุขต่างด้าว(พสต.) อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว(อสต.) ผู้ทำหน้าที่ล่ามในการสัมภาษณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการเฝ้าระวัง

๑. แบบสอบถามพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี จำแนกตามสัญชาติของกลุ่มประชากรที่เฝ้าระวัง ประกอบด้วยส่วนต่างๆ ดังนี้ (ภาคผนวก ๖)

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์	จำนวน ๙ ข้อ
ส่วนที่ ๒ สภาพครอบครัว และภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย	จำนวน ๑๑ ข้อ
ส่วนที่ ๓ ความรู้เกี่ยวกับถุงยางอนามัย	จำนวน ๔ ข้อ
ส่วนที่ ๔ พฤติกรรมทางเพศและการใช้ถุงยางอนามัย	จำนวน ๒๐ ข้อ
ส่วนที่ ๕ ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์	จำนวน ๖ ข้อ
ส่วนที่ ๖ แหล่งความรู้เรื่องโรคเอดส์	จำนวน ๒ ข้อ
ส่วนที่ ๗ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	จำนวน ๒ ข้อ

๒. แบบเก็บรวบรวมข้อมูลทางห้องปฏิบัติการ

ใบนำส่งตัวอย่างซีรัมของกลุ่มแรงงานข้ามชาติ (ภาคผนวก ๗)

ใบนำส่งตัวอย่างปัสสาวะ Urine PCR log sheet (ภาคผนวก ๘)

๓. แบบยินยอมเข้าร่วมโครงการ

๔. แบบบันทึกกิจกรรม เพื่อตรวจสอบความครบถ้วนของกิจกรรม

กระบวนการเก็บข้อมูล

๑.เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและทีมงาน เข้าไปในชุมชนหรือสถานที่ทำงาน โดยจัดหาสถานที่ที่มิดชิดส่วนบุคคล อธิบายรายละเอียดโครงการให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้เข้าร่วมโครงการ ประโยชน์และความเสี่ยงของการเข้าร่วมกิจกรรม รวมถึงสิทธิที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการ เนื้อหาการชี้แจงขั้นตอนการเข้าร่วมโครงการเผื่อระวังฯ ของแรงงานข้ามชาติ มีดังนี้

๑.๑ วัตถุประสงค์ ขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลเพื่อประกอบการวางแผนการป้องกันและการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของกลุ่มแรงงานข้ามชาติ

๑.๒ ขอความร่วมมือในหัวข้อต่อไปนี้

๑.๒.๑. เครื่องมือในการเก็บข้อมูลใช้แบบสอบถาม ซึ่งใช้ได้ง่าย ไม่ต้องกังวลว่าจะมีผู้ใดทราบข้อมูลของคำตอบ เนื่องจากเป็นแบบสอบถามที่ไม่ระบุชื่อ

๑.๒.๒. ตรวจปัสสาวะหาหนองใน และหนองในเทียม โดยวิธีพิเศษ

- ย้ำเรื่องหนองในและหนองในเทียมอาจไม่มีการแสดงให้เห็นแต่รักษาหายขาดได้
- สุภาพสตรีใช้วิธีตรวจพิเศษนี้ทราบผลได้โดยไม่ต้องตรวจภายใน
- ตรวจโดยไม่คิดค่าใช้จ่าย ปกติค่าใช้จ่ายในการตรวจ ราคา ๑,๐๐๐ บาท /ครั้ง
- การตรวจครั้งนี้ไม่มีการตรวจหาสารเสพติด

๑.๒.๓. ตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

- ปัจจุบันมียารักษาเพื่อไม่ให้เจ็บป่วย การรักษาอยู่ในโครงการบัตรทอง หรือบัตรสุขภาพ

๑.๒.๔ การเก็บข้อมูลและผลการตรวจเป็นความลับ ไม่มีใครทราบเนื่องจากใช้รหัส ไม่เกี่ยวข้องกับชื่อจริง นามสกุล

๒. เปิดโอกาสให้ซักถามจนพอใจ และให้เวลาคิดตัดสินใจ

๓. สอบถามความสมัครใจ หากผู้ได้รับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ยินยอมยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการเป็นอาสาสมัคร เจ้าหน้าที่ผู้สัมภาษณ์จะทำเครื่องหมายในช่องยินยอมให้สัมภาษณ์ และลงลายมือชื่อของเจ้าหน้าที่ผู้สัมภาษณ์ พร้อมดำเนินการลงทะเบียนอาสาสมัครโดยใช้วิธีให้รหัสแรงงานข้ามชาติลงในบัตรนัดฟังผลสุขภาพที่จัดทำขึ้นเฉพาะ (ไม่มีการใส่ชื่อ-สกุล)

ผู้ที่ยินยอมให้สัมภาษณ์ จะได้รับบริการให้การปรึกษาก่อนเจาะเลือด/เก็บปัสสาวะ และถ้ายินยอมให้เจาะเลือด/เก็บปัสสาวะ เจ้าหน้าที่ผู้สัมภาษณ์จะทำเครื่องหมายในช่องยินยอม และลงลายมือชื่อของเจ้าหน้าที่ผู้สัมภาษณ์

หมายเหตุ

- การเก็บตัวอย่างในพื้นที่สุ่มตัวอย่างในแต่ละวัน จะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน ๑ วัน ไม่ให้เข้าดำเนินการซ้ำในที่เดิม เพื่อป้องกันความลำเอียง
- กรณีไม่สามารถเขียนชื่อในใบยินยอมได้ ให้ดำเนินการโดยใช้วิธีประทับลายนิ้วมือด้านขวา

๔. เจ้าหน้าที่จะขอให้อาสาสมัครผู้เข้าร่วมโครงการตอบคำถามด้วยตนเอง โดยใช้แบบสอบถามที่มีภาษาไทย ในกรณีที่อาสาสมัครไม่สามารถอ่านเขียนภาษาไทยได้ อาสาสมัครสามารถขอให้พนักงานสาธารณสุขต่างด้าว (พสต.) หรือ อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต.) เป็นผู้สัมภาษณ์อาสาสมัครได้

๕. หลังจากทีอาสาสมัครได้ตอบแบบสอบถามแล้ว จะได้รับการเจาะเลือดจากหลอดเลือดดำบริเวณแขน จำนวน ๕ มิลลิลิตร และเก็บปัสสาวะเพื่อตรวจหาการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

๖. อาสาสมัครที่เจาะเลือด/เก็บปัสสาวะทุกคน จะได้รับบัตรนัดฟังผลสุขภาพที่จัดทำขึ้นเฉพาะ เพื่อนัดหมายมาฟังผลตรวจเลือดและผลตรวจปัสสาวะ ณ สถานบริการสาธารณสุขของรัฐที่โครงการกำหนดภายในเวลา ๒ - ๘ สัปดาห์ พร้อมกับมีข้อมูลของเจ้าหน้าที่และสถานที่ติดต่อ เพื่อให้อาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการฯ สามารถไปรับบริการปรึกษาเพิ่มเติมได้

การให้บริการปรึกษาและแจ้งผลตรวจเลือด/ปัสสาวะ ดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่ผู้ให้การศึกษาที่ผ่านการอบรม ทั้งนี้จะให้บริการปรึกษาโดยใช้ทะเบียนผลการตรวจและรหัส ซึ่งไม่มีข้อมูลส่วนบุคคลอื่นใด โดยเจ้าหน้าที่ผู้ให้การศึกษาจะแจ้งให้อาสาสมัครทราบถึง การดำเนินการตรวจรักษาในระบบปกติของทางราชการ

การจัดทำรหัสแรงงานข้ามชาติ

๑. รหัสประกอบด้วยตัวอักษรและตัวเลข ๙ หลัก (MW - XX - XXXX - XXX)

๑.๑ หลักที่ ๑ - ๒ ได้แก่ MW หมายถึง กลุ่มประชากรแรงงานข้ามชาติ

๑.๒ หลักที่ ๓ - ๔ เป็นรหัสจังหวัด

๑.๓ หลักที่ ๕ - ๘ เป็นรหัสโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ ฯ ซึ่งเป็นสถานที่ส่งต่อ

๑.๔ ลำดับที่ของตัวอย่างเลือดตรงกับหลักที่ ๙ - ๑๑

ตัวอย่าง MW-๗๐-๐๐๑๐-๐๐๑ MW หมายถึง แรงงานข้ามชาติ ๗๐ หมายถึง จังหวัดราชบุรี ๐๐๑๐ หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี ๐๐๑ หมายถึง ผู้เข้าร่วมโครงการคนที่ ๑

๒. การติดสติ๊กเกอร์ มีสติ๊กเกอร์ที่เตรียมสำหรับอาสาสมัคร จำนวน ๑๖ ชิ้น ที่มีลำดับเลขเดียวกันใน ๑ คน

๒.๑ ชั้นที่ ๑ ติดที่ใบตรวจสอบความครบถ้วน

๑.๒ ชั้นที่ ๒ ติดที่ใบยินยอมเข้าร่วมโครงการ

๑.๓ ชั้นที่ ๓ ติดที่มุมขวาของแบบสอบถาม

๑.๔ ชั้นที่ ๔ ติดที่หลอดเลือดเพื่อส่งตรวจที่ห้องปฏิบัติการชันสูตรของโรงพยาบาล

๑.๕ ชั้นที่ ๕ ติดที่ใบนำส่งตัวอย่างซีรัมของกลุ่มแรงงานข้ามชาติ

๒.๕ ชั้นที่ ๖ ติดที่ภาชนะใส่ปัสสาวะบริเวณตัวกระป๋อง งดการติดที่ฝากระป๋อง

๒.๖ ชั้นที่ ๗ ติดที่ใบนำส่งตัวอย่างปัสสาวะ Urine PCR log sheet

๒.๗ ชั้นที่ ๘ ติดที่บัตรนัดฟังผล

๒.๘ ชั้นที่ ๙ ติดที่แบบฟอร์มบันทึกการจ่ายเงินค่าตอบแทน

๒.๙ ชั้นที่ ๑๐-๑๓ ให้เหลือไว้จำนวน ๓-๔ ชั้น เพื่อให้ห้องชันสูตรไว้ติดภาชนะส่งตรวจ

๒.๑๐ ชั้นที่ ๑๔-๑๖ ให้บริหารจัดการใช้ในการทำงานภาคสนามระหว่างปฏิบัติการ

๓. วิธีการติดสติ๊กเกอร์

๓.๑ โดยการติดสติ๊กเกอร์ให้ติดมุมบนด้านขวา กรณีที่ไม่ระบุสถานที่ติดไว้

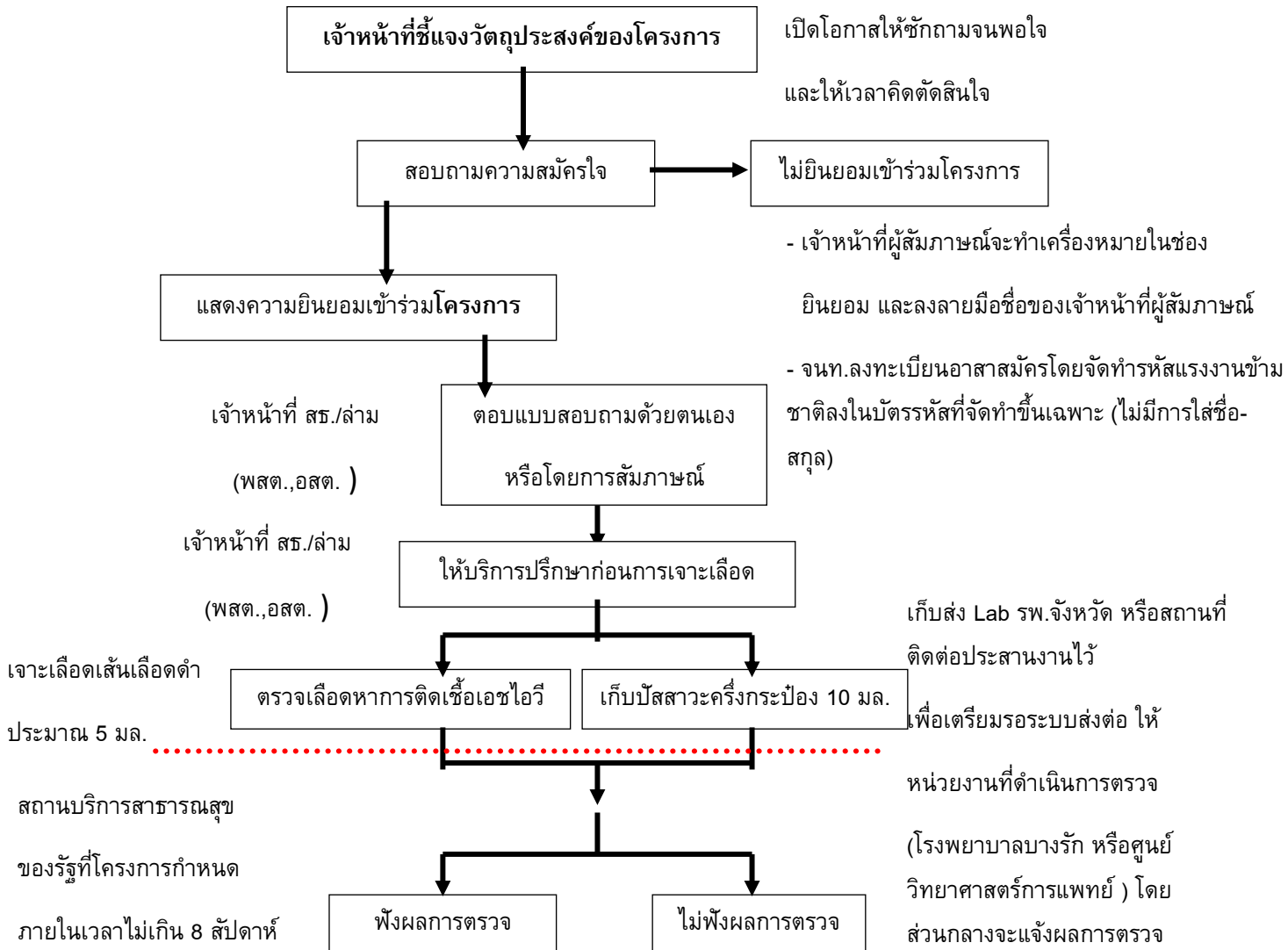
๓.๒ วัตถุตัวอย่างที่อยู่ในภาชนะบรรจุ ให้ติดตามที่เป็นข้อตกลงกับทีมชั้นสูตร โดยมีรูปแบบเดียวกัน และไม่มีการติดสติ๊กเกอร์ที่ทำการเขียนด้วยตนเอง

หมายเหตุ รหัสของโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำหนดพื้นที่ ซึ่งเป็นสถานที่ส่งต่อในการพึงผล หรืออยู่ในพื้นที่ดำเนินการเฝ้าระวัง

รหัสจังหวัด

จังหวัด	รหัสจังหวัด	จังหวัด	รหัสจังหวัด
1. เชียงใหม่	๕๐	๒. ตาก	๖๓
๓. นครพนม	๔๘	๔. อุบลราชธานี	๓๔
๕. สมุทรปราการ	๑๑	๖. กาญจนบุรี	๗๑
๗. ชลบุรี	๒๐	๘. ตราด	๙๒
๙. ตรัง	๒๓	๑๐. สงขลา	๙๐

แผนภูมิการดำเนินงานการเฝ้าระวังในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ



ขั้นตอนการดำเนินการ

ขั้นตอนการชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการ

- แนะนำโครงการ โดยแจกแผ่นพับแนะนำโครงการพร้อมอธิบาย (ภาคผนวก ๓) โดยพนักงานสาธารณสุขต่างด้าว (พสต.) หรือ อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต.)
- แสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการ (ภาคผนวก ๕) โดยเจ้าหน้าที่ผู้สัมภาษณ์จะทำเครื่องหมาย ในช่องยินยอม และลงลายมือชื่อของเจ้าหน้าที่ผู้สัมภาษณ์

ขั้นตอนการดำเนินการตอบแบบสอบถาม

- แนะนำขั้นตอนการตอบแบบสอบถามที่มีภาษาตรงกับสัญชาติ สหภาพเมียนมาร์ สเปน.ลาว และกัมพูชา ในกรณีที่อาสาสมัครไม่สามารถอ่านเขียนได้ อาสาสมัครสามารถขอให้พนักงานสาธารณสุขต่างด้าว (พสต.) หรือ อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต.) เป็นผู้สัมภาษณ์

อาสาสมัครได้ พร้อมดำเนินการลงทะเบียนอาสาสมัครโดยใช้วิธีให้รหัสแรงงานข้ามชาติลงในบัตรรหัสที่จัดทำขึ้นเฉพาะ (ไม่มีการใส่ชื่อ-สกุล)

- เมื่อผู้เข้าร่วมโครงการตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว เจ้าหน้าที่ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล แล้วส่งต่อไปที่จุดการตรวจหาเชื้อเอชไอวีและการตรวจปัสสาวะหาเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ขั้นตอนการให้การปรึกษาก่อนเก็บสิ่งส่งตรวจ

- ก่อนเก็บสิ่งส่งตรวจ เจ้าหน้าที่ให้การปรึกษาจะให้บริการปรึกษา ก่อนที่อาสาสมัครผู้เข้าร่วมโครงการจะเก็บสิ่งส่งตรวจและจะสอบถามผู้เข้าร่วมโครงการ ว่าต้องการฟังผลตรวจหรือไม่
- และเซ็นชื่อลงในแบบ check list และรับบัตรรหัสที่จัดทำขึ้นเฉพาะ เพื่อนัดหมายมาฟังผลตรวจเลือดและผลตรวจปัสสาวะ ณ สถานบริการสาธารณสุขของรัฐที่โครงการกำหนด ภายในเวลาไม่เกิน ๘ สัปดาห์

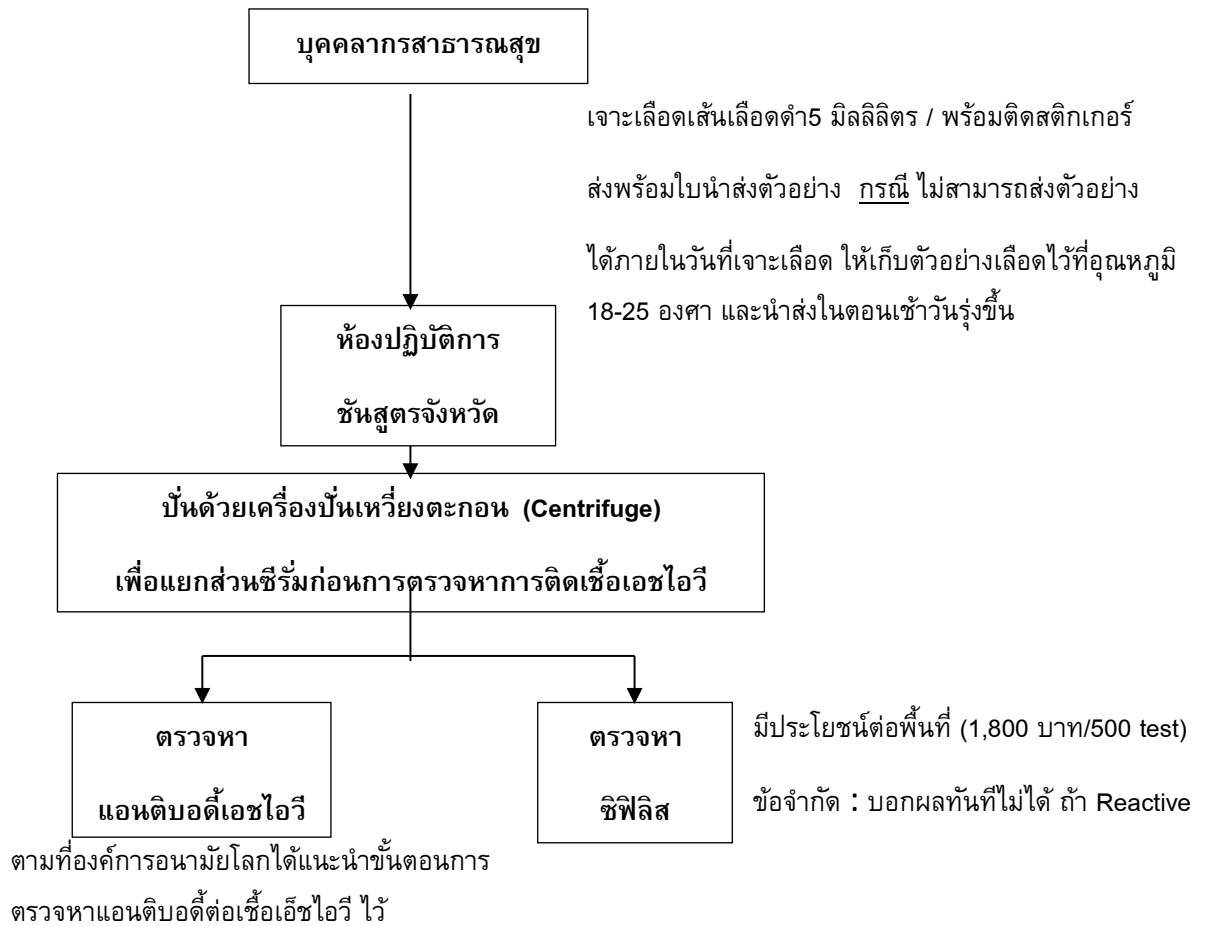
ขั้นตอนการเจาะเลือด

- เจ้าหน้าที่ติดสติ๊กเกอร์ที่มีหมายเลข ลงบนหลอดเลือด
- เจ้าหน้าที่เจาะเลือดผู้เข้าร่วมโครงการประมาณ ๕ มิลลิลิตร โดยใช้หลอดแก้วเพื่อตรวจเชื้อเอชไอวี เจ้าหน้าที่ติดสติ๊กเกอร์ที่มีหมายเลข ลงในใบนำส่งตัวอย่างเลือด(ภาคผนวก ๙) ไปที่ห้องปฏิบัติการชันสูตรโรงพยาบาลของรัฐที่โครงการกำหนด

ขั้นตอนการส่งตัวอย่างเลือดไปตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี

- เก็บตัวอย่างเลือดไว้ที่อุณหภูมิ ๑๘-๒๕ องศาเซลเซียส และนำส่งพร้อมใบนำส่งตัวอย่างไปที่ห้องปฏิบัติการชันสูตรโรงพยาบาลของรัฐที่โครงการกำหนด ในตอนเช้าวันรุ่งขึ้น
- เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการจะทำการตรวจและส่งผลตรวจให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัด ภายใน ๗ วัน

ขั้นตอนการเจาะเลือดและการส่งตัวอย่างเลือดไปตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี



ขั้นตอนเก็บปัสสาวะ

- เจ้าหน้าที่นำสติ๊กเกอร์ที่มีหมายเลขรหัสติดที่ตัวกระป๋องปัสสาวะด้านบนสุด (งัดปิดที่ฝาปิด)
- เจ้าหน้าที่อธิบายให้ผู้เข้าร่วมโครงการ ทราบว่า ให้เก็บปัสสาวะส่วนแรก (เมื่อเริ่มปัสสาวะทันที) โดยเก็บประมาณ **ครึ่งกระป๋อง (๑๐ มิลลิลิตร)** ปิดฝาให้แน่น และเช็ดกระป๋องภายนอกก่อนนำส่งให้เจ้าหน้าที่
- เมื่อผู้เข้าร่วมโครงการ นำกระป๋องพร้อมปัสสาวะมาส่ง ให้เจ้าหน้าที่บันทึกจำนวนปัสสาวะพร้อมทั้งติด sticker ลงใน Urine PCR log sheet กรณีที่ได้ปัสสาวะปริมาณน้อย ให้รอเก็บปัสสาวะเพิ่ม (ถ้าสามารถทำได้) โดยการดื่มน้ำมากๆ ถ้าไม่ได้ ก็ให้ตรวจรับปัสสาวะนั้น และนำกลับห้องปฏิบัติการโดยใส่ในกล่องโฟมที่มี Ice-pack และเก็บไว้ในตู้เย็นไม่ต้องแช่แข็ง (freeze) และส่งไปตรวจหาเชื้อหนองในและหนองในเทียมสัปดาห์ละ ๒ ครั้ง.

ขั้นตอนการเก็บรักษาตัวอย่างปัสสาวะ โดยเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการในพื้นที่

๑. เตรียมอุปกรณ์ดังนี้
 - Transfer pipette เพียงพอกับจำนวนปัสสาวะ โดยให้ใช้ครั้งเดียวทิ้ง
 - หลอด micro tube ขนาด ๒ มิลลิลิตร โดยปิดสติกเกอร์ตัวอย่างละ ๓ หลอด
 - กระจกใส่น้ำยาฆ่าเชื้อสำหรับทิ้ง transfer pipette ที่ใช้แล้ว
 ๒. ตรวจสอบกระป๋องปัสสาวะว่าปิดสนิทดีแล้ว และเขย่ากระป๋องปัสสาวะเบาๆ โดยให้ปัสสาวะเข้ากันให้ดี
 ๓. เปิดฝากระป๋องปัสสาวะ ดูดปัสสาวะด้วย Transfer pipette ใส่ในหลอด micro tube ทั้ง ๓ หลอด โดยใส่หลอดละประมาณ ๑.๕ มิลลิลิตร และปิดฝา หลังจากนั้นส่งมาที่กลุ่มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (โรงพยาบาลบางรัก) ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์จังหวัดเชียงราย หรือศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ จังหวัดสงขลาเพื่อตรวจหาการติดเชื้อหนองใน และหนองในเทียม
- หมายเหตุ ขั้นตอนการดูดปัสสาวะลงใน micro tube ต้องใช้เทคนิคปราศจากเชื้อ (aseptic technique)

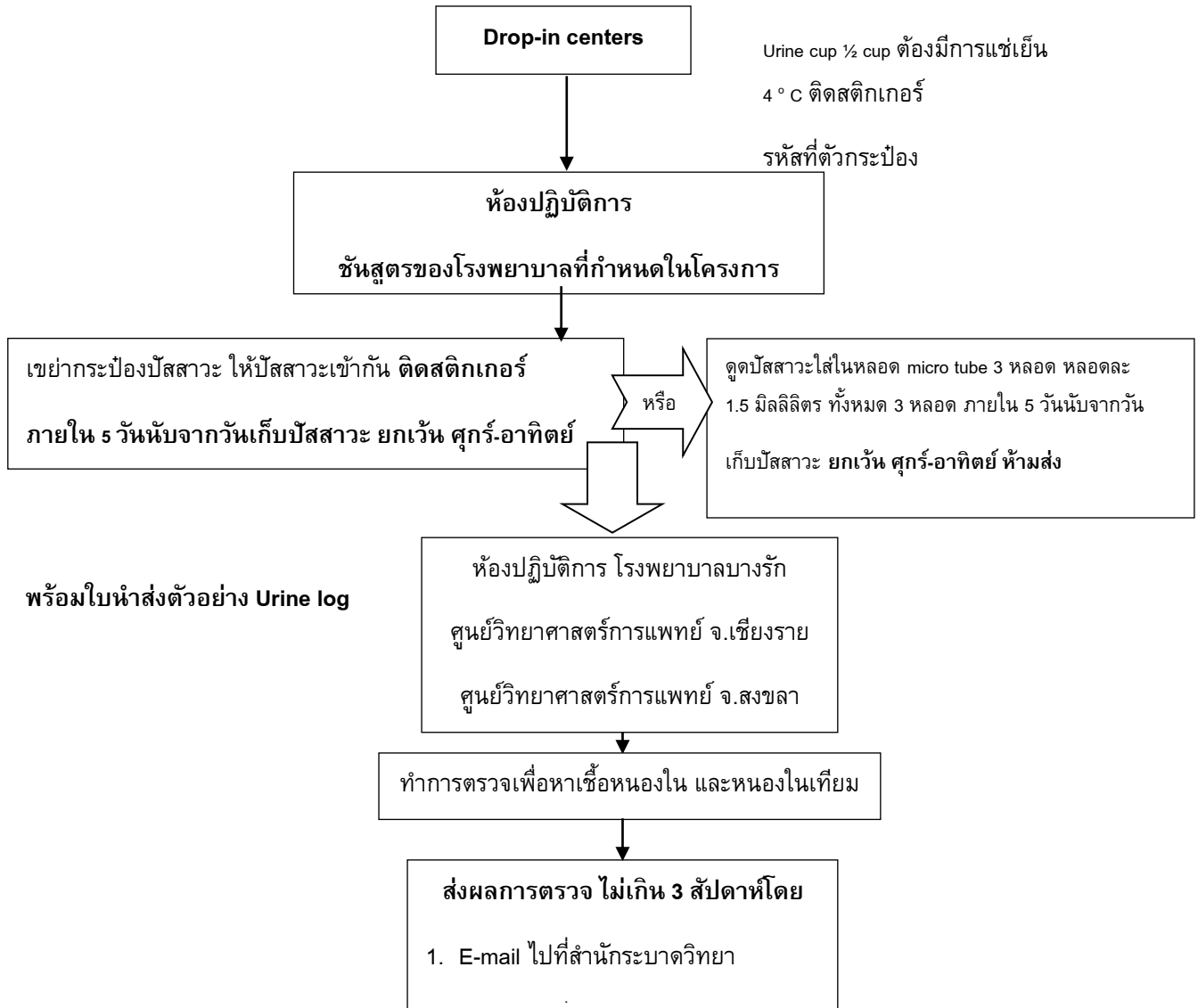
วิธีการนำส่งตัวอย่างปัสสาวะไปที่กลุ่มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หรือศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์

๑. เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการจะทำการดูดปัสสาวะลงใน micro tube ภายในวันที่ที่ได้รับตัวอย่าง โดยแบ่งเป็น ๓ หลอด โดยหลอดทั้งหมดที่เตรียมส่งให้เก็บรักษาไว้ในตู้เย็น ไม่ต้องแช่แข็ง (อุณหภูมิ ~ ๔ องศาเซลเซียส)
๒. ให้ทำการส่งหลอดปัสสาวะสัปดาห์ละ ๒ ครั้ง โดยไม่เกิน ๓ วันหลังจากเก็บปัสสาวะมาแล้ว

ขั้นตอนการขนส่งตัวอย่างปัสสาวะ

๑. นำหลอดปัสสาวะทั้งหมด บรรจุลงในกล่องบรรจุตัวอย่างที่จัดเตรียมไว้ให้
๒. นำกล่องบรรจุตัวอย่างทั้งหมดใส่ในถุงพลาสติก ที่เตรียมให้แล้วบรรจุในกล่องโฟม
๓. บรรจุ Ice pack ลงในกล่องโฟม
๔. ใส่ใบนำส่งตัวอย่างปัสสาวะ Urine PCR log sheet (ตัวจริง) ซึ่งบันทึกวัน เวลา ที่แยกตัวอย่างปัสสาวะ และส่งตัวอย่างปัสสาวะให้เรียบร้อย โดยทำสำเนาเก็บ ไว้ที่ห้องปฏิบัติการในพื้นที่
๕. ที่มุมบนซ้ายของกล่องโฟมเขียนชื่อ โรงพยาบาล หรือสถานที่ทำการแยกตัวอย่างปัสสาวะ ที่ด้านบนกล่องโฟม แล้วนำส่งไปที่กลุ่มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรงพยาบาลบางรัก , ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่ได้มีการติดต่อประสานงานไว้.

แผนภูมิการนำส่งปัสสาวะ
Urine Transportation flow chart



การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี วิธีการตรวจหาแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี

การตรวจหาแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี มักตรวจพบได้ในเวลา ๓-๑๒ สัปดาห์หลังจากได้รับเชื้อ ผู้ติดเชื้อบางรายอาจจะต้องใช้เวลาานานกว่านี้แต่มีไม่เกิน ๖ เดือน แบ่งการตรวจหาแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวีเป็น ๒ ขั้นตอนคือ

๑. การตรวจคัดกรองเบื้องต้น (screening test)
๒. การตรวจยืนยัน (confirmatory test)

ลำดับขั้นตอนการตรวจหาแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี

องค์การอนามัยโลกได้แนะนำขั้นตอนการตรวจหาแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี ไว้ ๓ แนวทางขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการทดสอบ และความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในประชากรนั้นๆ (ตารางที่ ๑ และ รูปที่ ๑)

แนวทางที่ ๑

ให้ตรวจทุกตัวอย่างตรวจโดยวิธี ELISA หรือ particle agglutination หรือ วิธีการตรวจโดยวิธีรวดเร็ว หนึ่งการทดสอบ ถ้าให้ผลบวก ก็ให้ถือว่าการตรวจหาแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี ให้ผลบวก ถ้าเป็นผลลบ ก็ให้ถือว่าการตรวจหาแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี ให้ผลลบ

แนวทางที่ ๒

ให้ตรวจทุกตัวอย่างตรวจโดยวิธี ELISA หรือ particle agglutination หรือ วิธีการตรวจโดยวิธีรวดเร็ว สองวิธีที่ใช้แอนติเจนหรือหลักการที่ต่างกัน

๑. ถ้าผลการตรวจโดยวิธีแรกให้ผลลบ ก็ให้ถือว่าการตรวจหาแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี ให้ผลลบ โดยไม่ต้องทำการตรวจโดยวิธีที่สอง

๒. ถ้าผลการตรวจโดยวิธีแรกเป็นบวก ก็ให้ตรวจด้วยการวิธีที่สอง ถ้าได้ผลบวกอีกให้ถือว่าการตรวจหาแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี ให้ผลบวก แต่ถ้าให้ผลลบ ในครั้งที่สอง ก็ให้ถือว่าการตรวจหาแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี ให้ผลลบ

แนวทางที่ ๓

๑. ให้ตรวจทุกตัวอย่างตรวจโดยวิธี ELISA หรือ particle agglutination หรือ วิธีการตรวจโดยวิธีรวดเร็ว สามวิธีที่ใช้แอนติเจนหรือหลักการที่ต่างกัน

๒. ถ้าผลการตรวจโดยวิธีแรกให้ผลลบ ก็ให้ถือว่าการตรวจหาแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวีให้ผลลบ โดยไม่ต้องทำการตรวจโดยวิธีที่สองและสาม

๓. ถ้าผลการตรวจโดยวิธีแรกเป็นบวก ก็ให้ตรวจด้วยการวิธีที่สองและสาม และให้แปลผล ดังนี้

๓.๑ ถ้าผลการตรวจโดยวิธีแรกเป็นบวก ก็ให้ตรวจด้วยการวิธีที่สองให้ผลบวก ให้ถือว่าการตรวจหาแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี ให้ผลบวก โดยไม่ต้องทำการตรวจโดยวิธีที่สาม

๓.๒ ถ้าผลการตรวจโดยวิธีแรกเป็นบวก ก็ให้ตรวจด้วยการวิธีที่สองและสามให้ผลลบ ก็ให้ถือว่าการตรวจหาแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี ให้ผลลบ

๓.๓ ถ้าผลการตรวจโดยวิธีแรกเป็นบวกและวิธีที่สองเป็นลบ แต่วิธีที่สามเป็นบวก ให้ถือว่าการตรวจหาแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี เป็นบวก

การที่จะเลือกทดสอบโดยใช้แนวทางที่ ๒ และ ๓ วิธีการแรกควรจะใช้ชุดทดสอบที่มีความไวสูงสุดการทดสอบครั้งที่สองและสามให้เลือกใช้ชุดทดสอบที่มีความจำเพาะสูงกว่าชุดทดสอบแรก แต่อย่างไรก็ตาม การตรวจเพื่อการวินิจฉัยให้ทำการเจาะเลือดซ้ำและทำการตรวจซ้ำทุกรายที่ให้ผล **การ**ตรวจเป็นบวก เพื่อป้องกันความผิดพลาดทางห้องปฏิบัติการและความผิดพลาดที่เกิดจากการสับเปลี่ยนของตัวอย่างเลือด

ตารางที่ ๑ ข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลกในการเลือกใช้แนวทางสำหรับการทดสอบโดยมีเงื่อนไขของวัตถุประสงค์และอัตราความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี

วัตถุประสงค์	ความชุก	แนวทาง
เพื่อการตรวจเลือดและบริจาคเลือด	ทุกอัตราความชุก	แนวทางที่ ๑
เพื่อการเฝ้าระวัง	> ๑๐ %	แนวทางที่ ๑
	< ๑๐ %	แนวทางที่ ๒
เพื่อการวินิจฉัย		
- มีอาการแสดงของการติดเชื้อเอชไอวี	ทุกอัตราความชุก	แนวทางที่ ๒
- ไม่มีอาการ	> ๑๐ %	แนวทางที่ ๒
	< ๑๐ %	แนวทางที่ ๓

การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี

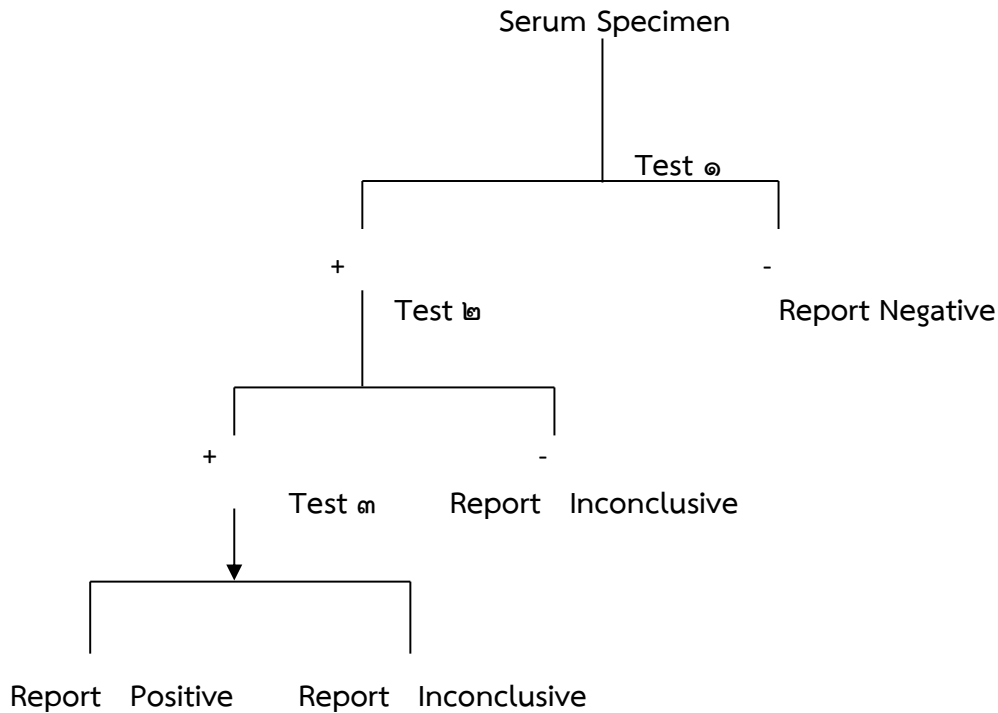
การตรวจทางห้องปฏิบัติการสำหรับการเฝ้าระวังความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีนั้น มิได้เน้นการตรวจเพื่อหาการติดเชื้อเป็นรายบุคคลแต่เป็นการวัดความชุก (prevalence) ของการติดเชื้อของกลุ่มคนในทางปฏิบัติจึงอาศัยผลจากวิธีตรวจคัดกรองขั้นต้น (screening test) เป็นหลัก ไม่มีความจำเป็นต้องใช้ supplementary test ร่วมด้วย

เนื่องจากค่าพยากรณ์ผลบวก (Predictive Value Positive) จะเพิ่มมากขึ้น ถ้าความชุกในประชากรนั้นๆ สูง องค์การอนามัยโลกจึงได้มีข้อเสนอแนะว่าให้ใช้ความชุกที่ร้อยละ ๑๐ เป็นเส้นแบ่งว่าควรตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ดังนี้

ในกรณีที่ความชุกของการติดเชื้อในพื้นที่สูงกว่าร้อยละ ๑๐ อาศัยการตรวจด้วย simple test หรือ rapid test หากได้ผลบวกครั้งเดียวก็ถือว่ามีการติดเชื้อ

ในกรณีที่ความชุกของการติดเชื้อในพื้นที่ต่ำกว่าร้อยละ ๑๐ อาศัยการตรวจด้วย simple test หรือ rapid test หากได้ผลบวกให้ตรวจซ้ำอีกครั้งด้วยชุดน้ำยาทดสอบที่มีหลักการหรือการเตรียมแอนติเจนแตกต่างจากวิธีทดสอบครั้งแรก

ในประเทศไทย สำนักระบาดวิทยาได้ประยุกต์ใช้แนวทางขององค์การอนามัยโลก โดยอาศัยการตรวจด้วยวิธี Screening test เป็นหลัก หากผลการตรวจด้วย Screening test ด้วย ELISA สองวิธีที่ต่างหลักการให้ผลบวกเหมือนกันหรือตรวจด้วย ELISA และ Particle agglutination test (PA) ให้ผลบวกเหมือนกันก็ถือว่ามีการติดเชื้อ (รูปที่ ๑)



รูปที่ ๑ ขั้นตอนการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีในงานเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี / (HIV Testing Algorithm for Sero-surveillance)

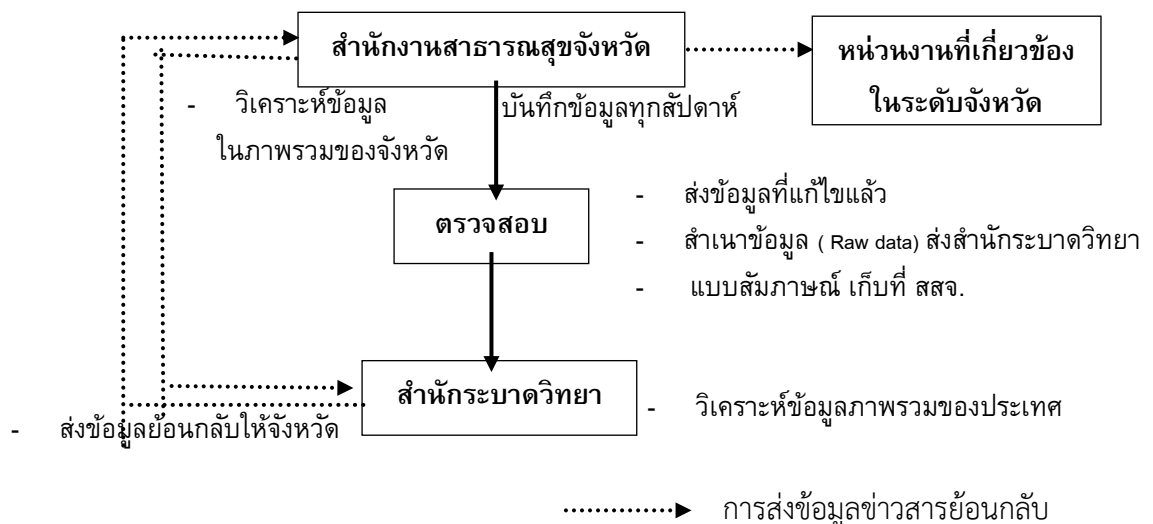
การรายงานผลการตรวจหาเชื้อเอชไอวี

- เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัด ติดตามผลการตรวจหาเชื้อเอชไอวี จากห้องปฏิบัติการและลงบันทึกในฐานข้อมูลตามแบบเก็บรวบรวมข้อมูลทางห้องปฏิบัติการ (ภาคผนวก ๗)

การบันทึกข้อมูล

ให้หน่วยงานที่รับผิดชอบในการเฝ้าระวัง (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) ดำเนินการบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่ได้จัดไว้ให้ ผู้รับผิดชอบควรบันทึกข้อมูลทุกสัปดาห์ เมื่อเก็บข้อมูลเสร็จขอให้ส่งข้อมูลดิบพร้อมส่งแบบสอบถามที่เรียงลำดับตรงกับข้อมูลที่บันทึกในระบบคอมพิวเตอร์ ให้ทางสำนักกระบาดวิทยา โดยทันที

Flow Chart การไหลเวียนของข้อมูล



การเรียบเรียงและการวิเคราะห์ข้อมูล(Consolidation and Analysis)

นำข้อมูลจากแบบสอบถามพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี มาตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถาม และคีย์ลงในโปรแกรมสำเร็จรูปของสำนักกระบาดวิทยา เพื่อทำการวิเคราะห์โดยนำข้อมูลที่รวบรวมได้มาเรียบเรียงให้เห็นลักษณะของการกระจาย การเกิดโรคตามบุคคล เวลา สถานที่ นำมาวิเคราะห์และแปลผล เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมและผลตรวจต่างๆ

การแปลผลและการนำเสนอข้อมูล (Interpretation and Presentation)

การแปลผลเกี่ยวกับข้อมูลด้านชีววิทยา ผลการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวี การตรวจปัสสาวะเพื่อหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และข้อมูลทางด้านพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งจะสามารถใช้อธิบายสถานการณ์ได้ดีกว่าการดำเนินการเฝ้าระวังความชุกการติดเชื้อเอชไอวี อย่างเดียว

นำเสนอข้อมูลโดยวิธีการทางสถิติ เพื่อให้อยู่ในรูปแบบที่เข้าใจง่ายและผู้ที่เกี่ยวข้องนำไปใช้ประโยชน์ได้

กำหนดบทบาทของบุคลากรและเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติงาน

๖.๑ หัวหน้างาน (Project manager) เป็นบุคลากรที่รับผิดชอบงานในระบบเฝ้าระวังโรคเอดส์ ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทำหน้าที่

๖.๑.๑ เป็นผู้ประสานหลักในการดำเนินการเฝ้าระวังโรคเอดส์ระดับจังหวัด ร่วมกับทีมผู้ให้การปรึกษา ทีมเก็บตัวอย่างสิ่งส่งตรวจ (specimen) โดยเจ้าหน้าที่ห้องตรวจทางปฏิบัติการ และทำหน้าที่ประสานการส่งตัวอย่างสิ่งส่งตรวจให้ห้องตรวจทางปฏิบัติการ หรือศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์

๖.๑.๒ เป็นหัวหน้าทีมดำเนินงานเก็บข้อมูลภาคสนาม โดยประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย (NGO) ในพื้นที่ เพื่อดำเนินการเก็บข้อมูลการเฝ้าระวังฯ และรวบรวมข้อมูลรายวัน

๖.๑.๓ ติดตามสนับสนุนการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคเอดส์การเก็บข้อมูลภาคสนาม และสรุปผลการดำเนินงานทุกวัน

๖.๒ เจ้าหน้าที่สัมภาษณ์ ซึ่งเป็นพนักงานอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติ (พสต.) หรืออาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติ (อสต.) ทำหน้าที่เป็นล่ามในการสัมภาษณ์เพื่อตอบแบบสอบถาม และเป็นล่ามในการให้การปรึกษาก่อนการเจาะเลือด

คุณสมบัติของพนักงานอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติ (พสต.) หรือ อาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติ (อสต.) คือ อ่าน เขียนภาษาไทยได้ สามารถพูดได้ทั้ง ๒ ภาษา (ภาษาไทยและภาษาของตนเอง)

๖.๓ เจ้าหน้าที่ให้บริการปรึกษาก่อน / หลังการเจาะเลือด เป็นบุคลากรทางสาธารณสุขของรัฐที่ทำหน้าที่บริการปรึกษาในโรงพยาบาล หรือเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติ (พสต.) หรือ อาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติ (อสต.) โดยผ่านการอบรมการให้การปรึกษาที่ได้รับการรับรองจากกระทรวงสาธารณสุข (มีใบประกาศนียบัตร)

๖.๔ เจ้าหน้าที่ทางห้องปฏิบัติการชั้นสูงตร เป็นบุคลากรทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งทำหน้าที่ในการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อหาเชื้อเอชไอวีในพื้นที่ และทำหน้าที่ในการแยกสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ (เลือดและปัสสาวะ) บรรจุหีบห่อเพื่อรอรถขนส่งมารับ

๖.๕ เจ้าหน้าที่องค์กรเอกชนสาธารณสุขประโยชน์ ที่ดำเนินงานเกี่ยวกับแรงงานข้ามชาติในพื้นที่ (NGO) ทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานระหว่างบุคลากรทางด้านสาธารณสุข กับบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับแรงงานข้ามชาติในพื้นที่

บุคลากร	หน่วยงาน/คุณสมบัติ	บทบาทหน้าที่
๑. หัวหน้างาน (Project manager)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	๑. เป็นผู้ประสานหลักในการดำเนินการเฝ้าระวังโรคเอดส์ระดับจังหวัด ร่วมกับทีมผู้ให้การปรึกษา ทีมเก็บตัวอย่างสิ่งส่งตรวจ (specimen) โดยเจ้าหน้าที่ห้องตรวจทางปฏิบัติการ และทำหน้าที่ประสานการส่งตัวอย่างสิ่งส่งตรวจให้ห้องตรวจทางปฏิบัติการหรือศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ ๒. เป็นหัวหน้าทีมดำเนินงานเก็บข้อมูลภาคสนาม โดยประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย (NGO) ในพื้นที่ เพื่อดำเนินการเก็บข้อมูลการเฝ้าระวังฯ และรวบรวมข้อมูลรายวัน ๓. ติดตามสนับสนุนการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคเอดส์การเก็บข้อมูลภาคสนาม และสรุปผล การดำเนินงานทุกวัน
บุคลากร	หน่วยงาน/คุณสมบัติ	บทบาทหน้าที่
๒. เจ้าหน้าที่ สัมภาษณ์	อาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติด (อสต.) / พนักงานอาสาสมัคร สาธารณสุขต่างชาติด (พสต.)	- ทำหน้าที่เป็นล่ามในการสัมภาษณ์เพื่อตอบแบบสอบถาม และเป็นล่ามในการให้การปรึกษาก่อนการเจาะเลือด - อ่าน เขียนภาษาไทยได้ สามารถพูดได้ทั้ง ๒ ภาษา (ภาษาไทยและภาษาประเทศตนเอง)
๓. เจ้าหน้าที่ให้ บริการปรึกษาก่อน / หลังการเจาะเลือด	บุคลากรทางสาธารณสุขของรัฐ	ทำหน้าที่บริการปรึกษาก่อนการเจาะเลือด
๔. เจ้าหน้าที่ทาง ห้องปฏิบัติการ ชั้นสูง	เป็นบุคลากรในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ	ทำหน้าที่ในการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อหาเชื้อเอชไอวีในพื้นที่ และทำหน้าที่ในการแยกส่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ (เลือดและปัสสาวะ) บรรจุหีบห่อเพื่อรถขนส่งมารับ
๕. เจ้าหน้าที่องค์กร เอกชนสาธารณ ประโยชน์ (NGO)	Drop- In	ทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานระหว่างบุคลากรทางด้านสาธารณสุข กับบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับแรงงานข้ามชาติในพื้นที่

ข้อควรปฏิบัติในการเตรียมการเฝ้าระวัง

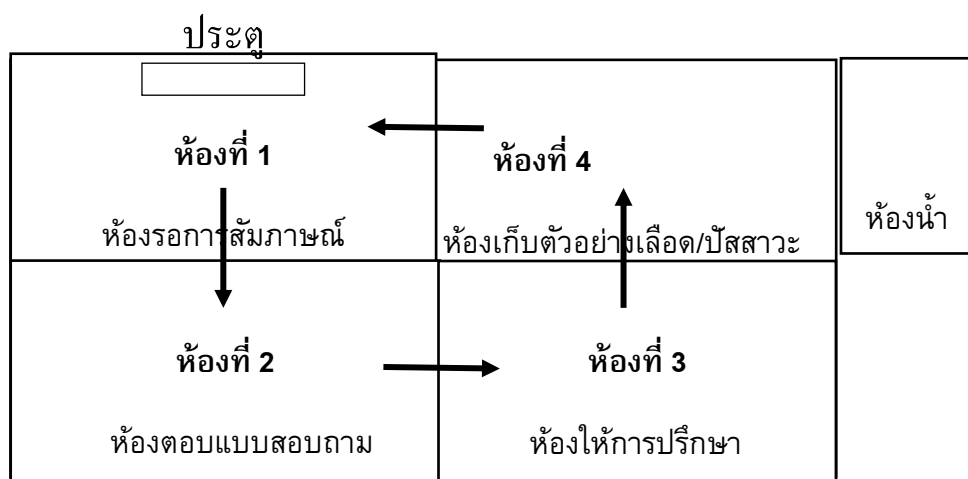
สถานที่ในการดำเนินงานเฝ้าระวังในกลุ่มประชากรแรงงานข้ามชาติ

๑. ควรเป็นสถานที่ที่ปลอดภัยสำหรับทั้งเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครผู้เข้าร่วมโครงการ
๒. เป็นสถานที่ที่หาง่าย มีลักษณะเป็นสัดส่วน มีความเป็นส่วนตัว เช่น โรงงาน.หรือบ้านคนในชุมชน
๓. สะดวกในการเดินทาง สำหรับอาสาสมัครผู้เข้าร่วมโครงการ
๔. การประสานงานกับสถานประกอบการ เพื่อขอความอนุเคราะห์นำแรงงานข้ามชาติออกนอกสถานประกอบการ หรือการประสานงานขอเข้าดำเนินงานเฝ้าระวังในสถานประกอบการ ควรดำเนินการขออนุญาตอย่างเป็นทางการ
๕. การเตรียมอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ ฯ ควรมีการจำกัดได้ว่าอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ ฯ ในแต่ละวัน ตามศักยภาพของทีมดำเนินการ โดยไม่มีการเข้าดำเนินการซ้ำในโรงงานหรือชุมชนเดิม

การจัดสถานที่

๑. ควรจัดห้องให้เป็นสัดส่วน เพื่อให้สอดคล้องกับการดำเนินงาน (เข้าออกทางเดียวเพื่อป้องกันการให้ข้อมูลผู้เข้าร่วมโครงการ)
๒. ส่วนแรกของห้อง ใช้สำหรับการดำเนินงานในขั้นตอนการตอบแบบสอบถามโดยการสัมภาษณ์
๓. ส่วนด้านในของห้อง ใช้สัมภาษณ์ และเก็บตัวอย่างเลือด/ปัสสาวะ ควรมีห้องน้ำในตัว เพื่อให้สะดวกในการเก็บปัสสาวะ
๔. ควรจัดเตรียมพื้นที่สำหรับอาสาสมัครที่รอการสัมภาษณ์ และจัดเตรียมแบบบันทึกต่างๆ พร้อมชุดเก็บสิ่งส่งตรวจ

ตัวอย่างแผนผังการจัดพื้นที่การดำเนินงานเฝ้าระวัง



ห้องที่ ๑ ห้องรอการสัมภาษณ์ โดยเจ้าหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุข

- ลงทะเบียนอาสาสมัคร และจัดทำแฟ้มประวัติอาสาสมัคร
- แสดงใบยินยอมเข้าร่วมโครงการ

- จัดทำรหัสแรงงานข้ามชาติลงในสติ๊กเกอร์
- จัดบัตรรหัสนัดฟังผลสุขภาพที่จัดทำขึ้นเฉพาะ (ไม่มีการใส่ชื่อ-สกุล)
- จุดรับและเซ็นชื่อในแบบฟอร์มการรับค่าเดินทาง

ห้องที่ ๒ ห้องตอบแบบสอบถามโดยการสัมภาษณ์ โดยล่าม

ห้องที่ ๓ ห้องให้การปรึกษา โดยผู้ให้บริการปรึกษา

ห้องที่ ๔ ห้องเก็บตัวอย่างเลือด/ปัสสาวะ

- อุปกรณ์ในการเก็บตัวอย่างเลือด/ปัสสาวะ
- อุปกรณ์ในการเจาะเลือด

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี พฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ (Migrant worker) ในจังหวัด ๑๐ จังหวัด ประเทศไทย พ.ศ.๒๕๕๓ ในการวิเคราะห์ข้อมูลและการแปลผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยจะนำเสนอวิธีการและผลการวิเคราะห์ข้อมูล โดยมีรายละเอียดตามลำดับดังนี้

สรุปผลการเฝ้าระวัง

กลุ่มแรงงานข้ามชาติที่รวบรวมข้อมูลได้ จำนวน ๓๐๐๑ คน จากพื้นที่เฝ้าระวัง ๑๐ จังหวัด จังหวัดละ ๓๐๐ คน ยกเว้นจังหวัดนครพนม ๓๐๑ คน จำแนกเป็นเพศหญิง ๑,๕๗๐ คน (ร้อยละ ๕๒.๓) เพศชาย ๑,๔๓๑ คน (ร้อยละ ๔๗.๗)

เมื่อวิเคราะห์การกระจายของอายุของกลุ่มตัวอย่าง (จำนวนที่ตอบแบบสอบถามในข้อนี้ (N)=๒,๙๘๘) พบว่า ค่าเฉลี่ย ๒๙.๑±๘.๘ ปี ค่ามัธยฐานอายุ ๒๙.๓ ปี (Q๑-Q๓ ๒๒-๓๕ ปี) กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือ ๒๐ - ๒๔ ปี (ร้อยละ ๒๒.๒) หากพิจารณาจากกลุ่มอายุที่มีสัดส่วนสูง พบว่าเกือบสามในสี่มีอายุ ๑๕-๓๔ ปี (ร้อยละ ๗๑.๘)

แรงงานข้ามชาติโดยส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (N=๓,๐๐๑) คู่ (ร้อยละ ๖๑.๐) นอกจากนั้น ไม่ได้แต่งงานหรือเป็นโสด ร้อยละ ๓๒.๒ เป็นกลุ่มที่แยกกันอยู่ หม้าย หรือหย่าร้าง ร้อยละ ๖.๘ ในด้านการพักอาศัย (N=๓,๐๐๑) พบว่า อยู่กับบุคคลในครอบครัว ร้อยละ ๖๗.๐ อยู่กับเพื่อนหรือเพื่อนร่วมงาน ร้อยละ ๑๕.๑ อยู่กับเจ้าของสถานประกอบการ ร้อยละ ๑๐.๖ และอยู่คนเดียว ร้อยละ ๗.๓ ซึ่งสถานที่พักอาศัย (N=๒,๙๘๘) นั้น นายจ้างเป็นผู้จัดหาให้ ร้อยละ ๕๔.๓ ที่เหลือจัดหาเอง ส่วนสัญชาติของแรงงาน (N=๒,๙๘๘) พบว่าเป็นชาวเมียนมาร์มากที่สุด ร้อยละ ๖๐.๒ ลาว ร้อยละ ๒๐.๐ และกัมพูชา ร้อยละ ๑๙.๘ อาชีพ (N=๒,๙๘๖) ที่พบมากที่สุดคือลูกจ้างในโรงงานอุตสาหกรรม ร้อยละ ๓๙.๙ ต่อเนื่องจากการประมง ร้อยละ ๒๐ กรรมกรรับจ้าง ร้อยละ ๑๘.๖ ลูกจ้างเกษตรกรรม ร้อยละ ๑๓.๖ ประมง ร้อยละ ๖.๘ และอื่นๆ ร้อยละ ๑.๑ ในข้อมูลด้านระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในเมืองไทย (N=๓,๐๐๑) พบว่า กลุ่มที่อยู่ระหว่าง ๑-๔ ปี พบมากที่สุดถึงร้อยละ ๔๒.๙ ระหว่าง ๕-๙ ปี ร้อยละ ๑๘.๖ ต่ำกว่า ๑ ปี ร้อยละ ๑๗.๗ มากกว่าหรือเท่ากับ ๑๕ ปี ขึ้นไป ร้อยละ ๑๐.๘ และระหว่าง ๑๐-๑๔ ปี ร้อยละ ๑๐ ค่าเฉลี่ยของเวลาที่พักอาศัยเท่ากับ ๔.๖±๔.๒ ปี ข้อมูลด้านใบอนุญาตทำงาน (N=๓,๐๐๑) กลุ่มตัวอย่างเป็นแรงงานข้ามชาติที่มีใบอนุญาตทำงาน ร้อยละ ๔๕.๙ นอกนั้น ไม่มีใบอนุญาต

ความสามารถในการสื่อสารภาษาไทยของแรงงานข้ามชาติ (N=๓,๐๐๑) จำแนกตามสัญชาติ พบว่า สัญชาติลาว (N=๑,๑๐๐) สามารถพูดภาษาไทยได้มากที่สุด ร้อยละ ๗๖.๐ และอ่านภาษาไทยได้มากที่สุด คือ ร้อยละ ๕๑.๒ แรงงานข้ามชาติกัมพูชา (N=๔๐๑) สามารถพูดภาษาไทยได้ ร้อยละ ๕๐.๗ อ่านภาษาไทยได้ ร้อยละ ๑๔.๗ ส่วนแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ (N=๑,๐๐๐) สามารถพูดภาษาไทยได้ ร้อยละ ๔๐.๕ และอ่านภาษาไทยได้ ร้อยละ ๑๐.๑

ข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ ในประเด็นบัตรประกันสุขภาพ (N=๓,๐๐๑) พบว่ามีบัตรประกันสุขภาพ ร้อยละ ๔๐.๑ นอกนั้นไม่มี สำหรับประวัติการมีอาการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในช่วงระยะเวลา ๖ เดือน ก่อนตอบแบบสอบถาม (N=๑,๘๐๙) พบว่า เคยมีอาการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อย่างน้อยหนึ่งอาการ ๖๑๘ ราย (ร้อยละ ๓๔.๒) และหากพิจารณาประวัติแต่ละอาการ พบอาการ

ที่พบสูงที่สุดคือมีตกขาวผิดปกติ ร้อยละ ๑๒.๘ รองลงมาคือปวดแสบปวดร้อนเมื่อถ่ายปัสสาวะ (ร้อยละ ๑๒.๐) เป็นผื่นบนผิวหนังตามร่างกาย (ร้อยละ ๖.๖) มีอาการเจ็บหรือปวดผิดปกติที่บริเวณอวัยวะเพศ (ร้อยละ ๖.๒) เป็นผื่นคันหรือมีอาการแดงบริเวณอวัยวะเพศ เป็นปื้น หรือ ตุ่มขึ้นบริเวณอวัยวะเพศ (ร้อยละ ๖.๒) ปวดและแสบบวม บริเวณขาหนีบ เจ็บหรือปวดเมื่อมีเพศสัมพันธ์ (ร้อยละ ๒.๕) มีแผลเปื่อย แผลพุพองบริเวณอวัยวะเพศ (ร้อยละ ๑.๘) อาการอื่นๆ (ร้อยละ ๐.๖)

ในกลุ่มผู้ที่ตอบว่าเคยมีอาการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อย่างน้อยอาการใดอาการหนึ่ง มีผู้ที่ตอบประวัติวิธีการรักษาเมื่อมีอาการผิดปกติ (N=๖๑๕) พบว่า ไม่ได้ไปรับการรักษาสูงถึง ร้อยละ ๓๖.๔ มีผู้ที่รักษาเองหรือซื้อยากินเอง ร้อยละ ๒๙.๘ ไปหาหมอที่โรงพยาบาล ร้อยละ ๑๗.๔ ไปคลินิกเพื่อพบแพทย์ หรือโรงพยาบาล ร้อยละ ๘.๘ ไปสถานอนามัย ร้อยละ ๕.๗ ไปหาหมอที่บ้าน (รักษาด้วยสมุนไพร) ร้อยละ ๑.๑ และอื่นๆ ร้อยละ ๐.๕

ข้อมูลการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี (N=๓,๐๐๑) พบว่า มีผู้เคยได้รับการตรวจ ร้อยละ ๒๐.๘ นอกนั้นไม่เคยตรวจ ในจำนวนที่เคยตรวจนี้ทราบผลการตรวจ ร้อยละ ๖๔.๔ ข้อมูลตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีใน ๑๒ เดือนที่ผ่านมา (N=๓,๐๐๑) ผู้เคยตรวจในช่วงเวลาดังกล่าว ร้อยละ ๑๐.๔ นอกนั้นไม่เคยตรวจ และในจำนวนที่เคยตรวจ (N=๓๑๒) ทราบผลการตรวจ ร้อยละ ๖๑.๓

แรงงานข้ามชาติมีการรับรู้เกี่ยวกับถุงยางอนามัย ดังนี้ ในประเด็นการเคยเห็นหรือรู้จักถุงยางอนามัย (N=๓,๐๐๑) กลุ่มตัวอย่างรู้จักหรือเคยเห็นถุงยางอนามัย ร้อยละ ๘๑.๔ นอกนั้นไม่รู้จักหรือไม่เคยเห็น การทราบว่าถุงยางอนามัยใช้เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ) ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ร้อยละ ๗๑.๕ ป้องกันตัวจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ร้อยละ ๔๕.๖ ป้องกันการตั้งครรภ์/เป็นวิธีหนึ่งในการวางแผนครอบครัว ร้อยละ ๔๕.๑ และเพื่อความสุขทางเพศ ร้อยละ ๑๑.๑ ข้อมูลแหล่งที่จะหาหรือซื้อถุงยางอนามัย (N=๒,๘๐๐) ได้แก่ สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ องค์กรเอกชน (Drop-in center) สำนักงานเอกชน (outreach service) เครื่องจำหน่ายถุงยางอนามัย และอื่นๆ (เพื่อน คลินิก ร้านค้า) เป็น ร้อยละ ๒๙.๖, ๒๕.๔, ๑๕.๒ ๑๐.๑ และ ๑๒.๙ ตามลำดับ สำหรับประเด็นการได้รับหรือซื้อถุงยางอนามัย (N=๒,๑๓๕) กลุ่มตัวอย่างได้รับจากองค์กรเอกชน (Drop-in center) สูงที่สุด ร้อยละ ๒๐.๐ รองลงมา ได้แก่ สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ร้อยละ ๑๓.๑ สำนักงานเอกชน (outreach service) ร้อยละ ๑๐.๓ เครื่องจำหน่ายถุงยางอนามัย ร้อยละ ๔.๕ และอื่นๆ ร้อยละ ๒๓.๓

ประวัติการเคยมีเพศสัมพันธ์ของแรงงานข้ามชาติ (N=๓,๐๐๑) พบว่า ส่วนใหญ่เคยมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ ๗๔.๔ โดยในประวัติการมีสามีหรือภรรยา (N=๒,๒๓๓) แรงงานข้ามชาติตอบแบบสอบถามว่า มีสามีหรือภรรยาแล้ว ร้อยละ ๙๙.๖ ไม่มี ร้อยละ ๐.๔ ในกลุ่มที่มีสามีหรือภรรยาแล้ว ตอบข้อคำถามเรื่องการมีเพศสัมพันธ์กับภรรยาหรือสามีในรอบ ๖ เดือนที่ผ่านมา (N=๒,๐๗๓) ว่า มี ร้อยละ ๗๙.๒ และไม่มี ร้อยละ ๒๐.๘ ในประเด็นการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับภรรยาหรือสามี ในรอบ ๖ เดือนที่ผ่านมา (N=๑,๕๙๖) พบว่า ใช้ทุกครั้ง ร้อยละ ๕.๕ ใช้บางครั้ง ร้อยละ ๑๐.๘ และไม่เคยใช้เลย ร้อยละ ๘๖.๘ ต่อข้อคำถามเรื่องการมีเพศสัมพันธ์กับคนอื่นที่ไม่ใช่ภรรยาหรือสามีในรอบ ๖ เดือนที่ผ่านมา (N=๒,๐๗๑) ตอบว่า มี ร้อยละ ๗.๙ และไม่มี ร้อยละ ๙๒.๑ สำหรับการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับคนอื่นที่ไม่ใช่ภรรยาหรือสามี ในรอบ ๖ เดือนที่ผ่านมา (N=๑๕๕) ตอบว่า ใช้ทุกครั้ง ร้อยละ ๔๙.๗ ใช้บางครั้ง ร้อยละ ๒๐ และไม่เคยใช้เลย ร้อยละ ๓๐.๓ ข้อคำถามเรื่อง แรงงานข้ามชาติเพศชายมีเพศสัมพันธ์กับพนักงานหญิงบริการในรอบ ๖ เดือนที่ผ่านมา (N=๙๔๗) ตอบว่า มี ร้อยละ ๙.๘ และไม่มี ร้อยละ ๙๐.๒ และข้อคำถามเรื่องการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับพนักงานบริการหญิงในรอบ ๖ เดือนที่ผ่านมา (N=๙๑) ตอบว่า ใช้ทุกครั้ง ร้อยละ ๗๕.๘ ใช้บางครั้ง ร้อยละ ๑๕.๔ และไม่เคยใช้เลย ร้อยละ ๘.๘ สำหรับจำนวนคู่นอนทั้งหมดในช่วง ๑๒ เดือนที่ผ่านมา

(N=๒,๐๘๐) พบว่าแรงงานข้ามชาติที่ตอบว่ามีคู่นอน จำนวน ๑ คน ร้อยละ ๘๙.๗ จำนวน ๒ คน ร้อยละ ๔.๗ จำนวน ๓ คน ร้อยละ ๒.๕ และมากกว่า ๓ คน ร้อยละ ๓.๒ สำหรับประวัติประเภทของคู่นอนในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดของแรงงานข้ามชาติ (N=๒,๑๑๙) พบว่า คู่เพศสัมพันธ์ที่มากที่สุด ได้แก่ มีเพศสัมพันธ์กับสามี/ภรรยา ร้อยละ ๘๖.๒ กับพนักงานบริการหญิง ร้อยละ ๖.๗ กับแฟน/คนรัก ร้อยละ ๕.๓ กับชาย/หญิงอื่นที่ไม่ใช่แฟน ร้อยละ ๑.๒ และอื่นๆ ร้อยละ ๐.๖ โดยการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดกับสามี/ภรรยา (N=๑,๘๑๔) พบว่ามีการใช้ถุงยางอนามัย ร้อยละ ๖.๘ และไม่ใช่ ร้อยละ ๙๓.๒ การใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มที่มีเพศสัมพันธ์กับพนักงานบริการทางเพศหญิง (N=๑๑๓) พบว่า มีการใช้ ร้อยละ ๗๘.๘ และไม่ใช่ ร้อยละ ๒๑.๒ การใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มที่มีเพศสัมพันธ์กับแฟน/คนรัก (N=๑๔๒) พบว่า มีการใช้ ร้อยละ ๓๖.๖ และไม่ใช่ ร้อยละ ๖๓.๔ การใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย/หญิงอื่นที่ไม่ใช่แฟน (N=๒๓) พบว่า มีการใช้ ร้อยละ ๔๗.๘ และไม่ใช่ ร้อยละ ๕๒.๒ การใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มที่มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนอื่นๆ (N=๔) พบว่า มีการใช้ ร้อยละ ๕๐ และไม่ใช่ ร้อยละ ๕๐

แรงงานข้ามชาติรู้จักสถานที่ให้บริการปรึกษา และรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (N=๓,๐๐๑) จากโรงพยาบาลของรัฐ/สถานอนามัย มากที่สุด ร้อยละ ๕๒.๖ และรู้จักจาก อสต./พสต. รองลงมา ร้อยละ ๑๑.๕ คลินิก/โรงพยาบาลเอกชน ร้อยละ ๑๐.๕ จากคลินิกขององค์กรเอกชน ร้อยละ ๘.๑ และคลินิกภาครัฐ ร้อยละ ๔.๔

ประวัติการได้รับความรู้เรื่องโรคเอดส์ในรอบ ๑๒ เดือนที่ผ่านมาของแรงงานข้ามชาติ (N=๒,๘๖๗) พบว่า ส่วนใหญ่ได้รับความรู้จากองค์กรเอกชน (Drop-in center) ร้อยละ ๒๑.๖ รองลงมาคือสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ร้อยละ ๙.๐ บริการเข้าถึงในชุมชน (outreach service) ร้อยละ ๖.๓ และมีแรงงานข้ามชาติจำนวนมากที่ไม่เคยได้รับความรู้เรื่องโรคเอดส์เลย ร้อยละ ๖๓.๑ โดยมีผู้ที่เคยได้รับความรู้ (N=๑,๐๑๘) มีความถี่ในการได้รับความรู้จำนวน ๑ ครั้ง ร้อยละ ๕๒.๑ จำนวน ๒-๓ ครั้ง ร้อยละ ๓๐.๒ และมากกว่า ๓ ครั้ง ร้อยละ ๑๗.๗

ประวัติการเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของแรงงานข้ามชาติ (N=๓,๐๐๑) พบว่า เคยดื่ม ร้อยละ ๕๔.๒ และไม่เคยดื่ม ร้อยละ ๔๕.๘ ในกลุ่มที่เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตอบคำถามเรื่องดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อนการมีเพศสัมพันธ์ในช่วง ๑ เดือนที่ผ่านมา (N=๑,๒๒๐) ว่า ดื่มทุกครั้ง ร้อยละ ๔.๑ ดื่บบางครั้ง ร้อยละ ๔๕.๗ และไม่เคยดื่ม ร้อยละ ๕๐.๒

ในส่วนของความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ แรงงานข้ามชาติ มีความรู้ถูกต้องตามตัวชี้วัดของ UNGASS (ตอบถูกต้อง ๕ ข้อ) (N=๗๘๗) ร้อยละ ๒๖.๒ (ตารางที่ ๑) เมื่อจำแนกเป็นรายข้อ พบว่า แรงงานข้ามชาติตอบคำถาม “การใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งสามารถ ป้องกันการติดเชื้อเอดส์ได้” ได้ถูกต้อง มากที่สุด ร้อยละ ๘๑.๒ ส่วนข้อคำถามที่ตอบถูกต้องน้อยที่สุด คือ “ยุ่งสามารถเป็นพาหะนำเชื้อเอดส์มาสู่คนได้” โดยมีผู้ตอบถูกต้องเพียงร้อยละ ๕๑.๐

ผลการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พบว่า แรงงานข้ามชาติในการศึกษา มีอัตราการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ ๑.๓ ติดเชื้อ *Chlamydia trachomatis* ร้อยละ ๐.๙๓ ติดเชื้อหนองใน (*Neisseria gonorrhea*) ร้อยละ ๐.๘๗ และติดเชื้อซิฟิลิส ร้อยละ ๐.๕๙ โดยอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในแต่ละจังหวัดกระจายอยู่ระหว่าง ร้อยละ ๐.๓-๕.๐ เชื้อ *Chlamydia trachomatis* ร้อยละ ๐-๒.๐ เชื้อหนองใน ร้อยละ ๐-๓.๓ และเชื้อซิฟิลิส ร้อยละ ๐-๑.๓ รายละเอียดข้อมูลในตารางที่ ๒

ตารางที่ ๑ ผลการตอบแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ของแรงงานข้ามชาติ (N=๓,๐๐๑) ปี พ.ศ.

๒๕๕๓

ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์	ตอบถูกต้อง		ตอบไม่ถูก/ ไม่ทราบ	
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)
๑. การใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งสามารถ ป้องกัน การติดเชื้อเอดส์ได้	๒,๔๓๖	(๘๑.๒)	๕๖๕	(๑๘.๘)
๒. การมีคู่นอนเพียงคนเดียวที่ไม่มีเชื้อเอดส์เป็นวิธี หนึ่งที่สามารถป้องกันการติดเชื้อเอดส์ได้	๒,๒๔๐	(๗๔.๖)	๗๖๑	(๒๕.๔)
๓. ยุงสามารถเป็นพาหะนำเชื้อเอดส์มาสู่คนได้	๑,๕๓๐	(๕๑.๐)	๑,๔๗๑	(๔๙.๐)
๔. การกินอาหารร่วมกับผู้ติดเชื้อเอดส์สามารถติด เชื้อเอดส์ได้	๒,๑๑๐	(๗๐.๓)	๘๙๑	(๒๙.๗)
๕. คนที่เรามองเห็นว่ามีสุขภาพร่างกายแข็งแรงดี อาจจะเป็นคนที่ติดเชื้อเอดส์ได้	๑,๖๓๘	(๕๔.๖)	๑,๓๖๗	(๔๕.๔)
๖. ในปัจจุบันมียาที่สามารถยับยั้งเชื้อเอดส์ (ยา ด้านไวรัสเอดส์) ได้	๑,๗๑๖	(๕๗.๒)	๑,๒๘๕	(๔๒.๘)
ตอบถูกต้องทั้ง ๕ ข้อ (ข้อ ๑ – ข้อ ๕ ตามตัวชี้วัด UNGASS)	๗๘๗	(๒๖.๒)	-	-

ตารางที่ ๒ อัตราความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี และเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ของแรงงานข้ามชาติ จำแนกรายจังหวัด ปี พ.ศ.๒๕๕๓

จังหวัด	HIV			C. trachomatis			N. gonorrhea			ซิฟิลิส		
	จำนวน	บวก	%	จำนวน	บวก	(%)	จำนวน	บวก	(%)	จำนวน	บวก	(%)
ตราด	๓๐๐	๑๕	๕.๐	๓๐๐	๔	๑.๓	๓๐๐	๐	๐.๐	๓๐๐	๒	๐.๗
สมุทรปราการ	๓๐๐	๕	๑.๗	๓๐๐	๒	๐.๗	๓๐๐	๐	๐.๐	๓๐๐	๓	๑.๐
เชียงใหม่	๓๐๐	๕	๑.๗	๓๐๐	๖	๒.๐	๓๐๐	๑	๐.๓	๓๐๐	๐	๐.๐
กาญจนบุรี	๓๐๐			๓๐๐			๓๐๐	๑		๓๐๐		
		๔	๑.๓		๒	๐.๗		๐	๓.๓		๖	๒.๐
ตรัง	๓๐๐	๓	๑.๐	๓๐๐	๐	๐.๐	๓๐๐	๒	๐.๗	๓๐๐	๐	๐.๐
นครพนม	๓๐๑	๒	๐.๗	๓๐๑	๑	๐.๓	๓๐๑	๓	๑.๐	๓๐๑	๐	๐.๐
สงขลา	๓๐๐	๒	๐.๗	๓๐๐	๕	๑.๗	๓๐๐	๙	๓.๐	๓๐๐	๑	๐.๓
ชลบุรี	๓๐๐	๑	๐.๓	๓๐๐	๒	๐.๗	๓๐๐	๐	๐.๐	๓๐๐	๔	๑.๓
อุบลราชธานี	๓๐๐	๑	๐.๓	๓๐๐	๖	๒.๐	๓๐๐	๑	๐.๓	-	-	-
ตาก	๓๐๐	๑	๐.๓	๓๐๐	๐	๐.๐	๓๐๐	๐	๐.๐	๓๐๐	๐	๐.๐
มัธฐาน Median	-	-	๐.๘	-	-	๐.๗	-	-	๐.๓	-	-	๐.๓
ค่าเฉลี่ยเลข คณิต Mean	๓,๐๐๑	๓๙	๑.๓	๓,๐๐๑	๒๘	๐.๙๓	๓,๐๐๑	๒๖	๐.๘๗	๒,๗๐๑	๑๖	๐.๕๙

หมายเหตุ จังหวัดอุบลราชธานีไม่ได้ดำเนินการตรวจซีฟิลิส

ในกลุ่มที่พบว่าติดเชื้อเอชไอวี เป็นเพศชาย ๑๘ ราย คิดเป็นอัตราการติดเชื้อในเพศชาย ร้อยละ ๑.๒๖ และเป็นเพศหญิง ๒๑ ราย เป็นอัตราการติดเชื้อในเพศหญิง ร้อยละ ๑.๓๔ เมื่อวิเคราะห์อัตราการติดเชื้อเอชไอวีจำแนกตามสัญชาติพบว่า อัตราความชุกสูงสุดในแรงงานชาวกัมพูชา (ร้อยละ ๒.๑๕) รองลงมาคือ เมียนมาร์ (ร้อยละ ๑.๑๖) และลาว (ร้อยละ ๐.๕๑) (ตารางที่ ๓) โดยอัตราการติดเชื้อเอชไอวีจำแนกตามกลุ่มอายุ พบว่าในกลุ่มอายุน้อยกว่า ๒๕ ปี มีการติดเชื้อร้อยละ ๐.๖๕ ส่วนกลุ่มที่อายุ ๒๕ ปีขึ้นไป ติดเชื้อร้อยละ ๑.๖๘ สำหรับอัตราการติดเชื้อเอชไอวีจำแนกตามระยะเวลาที่อยู่ในประเทศไทย พบว่า กลุ่มที่อยู่ในประเทศไทยต่ำกว่า ๑ ปี มีอัตราการติดเชื้อ ร้อยละ ๐.๓๘ และในกลุ่มที่อยู่ยาวนานขึ้น มีแนวโน้มติดเชื้อเพิ่มขึ้นกล่าวคือ กลุ่มที่อยู่ ๑-๔ ปี ๕-๙ ปี และ ๑๐-๑๔ ปี มีอัตราการติดเชื้อ ร้อยละ ๑.๒๔, ๑.๖๑ และ ๒.๓๓ ตามลำดับ แต่กลุ่มที่อยู่ ๑๕ ปีขึ้นไป กลับมีอัตราการติดเชื้อเอชไอวีลดลงเล็กน้อย เป็นร้อยละ ๑.๕๕ เมื่อพิจารณาอัตราการติดเชื้อเอชไอวีจำแนกตามอาชีพ พบว่า อาชีพต่อเนื่องจากการประมงอัตราการติดเชื้อสูงสุดคือ ร้อยละ ๒.๓๔ รองลงมา คือ ประมง และ ลูกจ้างในโรงงานอุตสาหกรรม ร้อยละ ๑.๙๖ และ ๑.๐๙ ตามลำดับ (ตารางที่ ๑๙)

ตารางที่ ๓ อัตราการติดเชื้อเอชไอวีของแรงงานข้ามชาติ จำแนกตามเพศ สัญชาติ กลุ่มอายุ ระยะเวลาที่อยู่ในประเทศไทย และอาชีพ ปี พ.ศ.๒๕๕๓

ปัจจัย	จำนวนทั้งหมด	ติดเชื้อเอชไอวี	ความชุก (%)
เพศ (N=๓,๐๐๑)			
ชาย	๑,๔๓๑	๑๘	๑.๒๖
หญิง	๑,๕๗๐	๒๑	๑.๓๔
สัญชาติ (N=๒,๙๙๘)			
เมียนมาร์	๑,๘๐๖	๒๑	๑.๑๖
กัมพูชา	๖๐๐	๑๕	๒.๑๕
ลาว	๕๙๒	๓	๐.๕๑
กลุ่มอายุ (N=๒,๙๘๘)			
น้อยกว่า ๒๕ ปี	๑,๐๘๑	๗	๐.๖๕
๒๕ ปี ขึ้นไป	๑,๙๐๗	๓๒	๑.๖๘
ระยะเวลาที่อยู่ในประเทศไทย (N=๓,๐๐๑)			
ต่ำกว่า ๑ ปี	๕๓๐	๒	๐.๓๘
๑-๔ ปี	๑,๒๘๘	๑๖	๑.๒๔
๕-๙ ปี	๕๕๙	๙	๑.๖๑
๑๐-๑๔ ปี	๓๐๑	๗	๒.๓๓
๑๕ ปีขึ้นไป	๓๒๓	๕	๑.๕๕
อาชีพ (N=๒,๙๙๖)			
ลูกจ้างในโรงงานอุตสาหกรรม	๑,๑๙๖	๑๓	๑.๐๙
ต่อเนื่องจากการประมง	๕๙๘	๑๔	๒.๓๔
กรรมกรรับจ้าง	๕๕๘	๕	๐.๙๐
ลูกจ้างเกษตรกรรม	๔๐๘	๓	๐.๗๔
ประมง	๒๐๔	๔	๑.๙๖
อื่นๆ	๓๒	๐	๐

ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้สภาวะการติดเชื้อเอชไอวีของแรงงานข้ามชาติที่ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า รู้ว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวีก่อนการตรวจในการเฝ้าระวัง ๗ ราย (ร้อยละ ๑๘) มีผู้ที่เคยตรวจแต่ไม่ทราบผล ๒ ราย (ร้อยละ ๕) และผู้ที่ไม่เคยตรวจเลือดถึง ๓๐ ราย (ร้อยละ ๗๗)

แรงงานข้ามชาติที่ติดเชื้อเอชไอวี มีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด มากที่สุดกับสามี/ภรรยา ๒๔ ราย (ร้อยละ ๖๒) กับแฟน/คนรัก และหญิงบริการ เท่ากัน กลุ่มละ ๔ ราย (ร้อยละ ๑๐) และไม่ตอบคำถามข้อนี้ ๗ ราย (ร้อยละ ๑๘) สำหรับคำถามเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด พบว่า มีการใช้ถุงยางอนามัย ๗ ราย (ร้อยละ ๑๘) ไม่ใช่ ๒๗ ราย (ร้อยละ ๖๙) ไม่ตอบคำถามข้อนี้ ๕ ราย (ร้อยละ ๑๓) และในกลุ่มที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดกับสามี/ภรรยา (N=๒๔) มีการใช้ถุงยางอนามัย ๑ ราย (ร้อยละ ๔) ไม่ใช่ ๒๓ ราย (ร้อยละ ๙๖) กลุ่มที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดกับพนักงานบริการหญิง (N=๔) มีการใช้ถุงยางอนามัย ๓ ราย (ร้อยละ ๗๕) ไม่ใช่ ๑ ราย (ร้อยละ ๒๕) กลุ่มที่เพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดกับแฟน/คนรัก (N=๔) มีการใช้ถุงยางอนามัย ๓ ราย (ร้อยละ ๗๕) ไม่ใช่ ๑ ราย (ร้อยละ ๒๕) และในกลุ่มที่เพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดแต่ไม่ระบุประเภทคู่นอน (N=๗) ไม่มีรายใดที่ตอบว่าได้มีการใช้ถุงยางอนามัย ตอบว่า ไม่ใช่ ๒ ราย (ร้อยละ ๒๙) และไม่ตอบ ๕ ราย (ร้อยละ ๗๑)

สำหรับความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ของแรงงานข้ามชาติที่ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า มีความรู้ถูกต้องตามตัวชี้วัด UNGASS (ตอบถูกต้อง ๕ ข้อ) ร้อยละ ๓๕.๐ เมื่อจำแนกรายข้อ พบว่า การตอบคำถาม “การใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งสามารถป้องกันการติดเชื้อเอดส์ได้” ตอบถูกต้องมากที่สุด ร้อยละ ๙๗ ส่วนข้อคำถามที่ตอบถูกต้องน้อยที่สุด คือ “ยุ่งสามารถเป็นพาหะนำเชื้อเอดส์มาสู่คนได้” โดยมีผู้ตอบถูกต้องเพียงร้อยละ ๕๙ นอกจากนี้ แรงงานข้ามชาติที่ติดเชื้อเอชไอวี ตอบถูกต้อง ๕ ข้อ ร้อยละ ๓๕ (ตารางที่ ๔)

ตารางที่ ๔ ผลการตอบแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ของแรงงานข้ามชาติที่ติดเชื้อเอชไอวี (N= ๓๙) ปี พ.ศ.๒๕๕๓

ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์	ตอบถูกต้อง		ตอบไม่ถูก/ ไม่ทราบ	
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)
๑. การใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งสามารถป้องกันการติดเชื้อเอดส์ได้	๓๘	(๙๗)	๑	(๓)
๒. การมีคู่นอนเพียงคนเดียวที่ไม่มีเชื้อเอดส์เป็นวิธีหนึ่งที่สามารถป้องกันการติดเชื้อเอดส์ได้	๓๓	(๘๕)	๖	(๑๕)
๓. ยุ่งสามารถเป็นพาหะนำเชื้อเอดส์มาสู่คนได้	๒๓	(๕๙)	๑๖	(๔๑)
๔. การกินอาหารร่วมกับผู้ติดเชื้อเอดส์สามารถติดเชื้อเอดส์ได้	๓๕	(๙๐)	๔	(๑๐)
๕. คนที่เรามองเห็นว่ามึสสุขภาพร่างกายแข็งแรงดี อาจจะเป็นคนที่มีเชื้อเอดส์ได้	๒๙	(๗๔)	๑๐	(๒๖)
๖. ในปัจจุบันมียาที่สามารถยับยั้งเชื้อเอดส์ (ยาต้านไวรัสเอดส์) ได้	๒๙	(๗๔)	๑๐	(๒๖)
ตอบถูกต้องทั้ง ๕ ข้อ (ข้อ ๑ – ข้อ ๕ ตามตัวชี้วัด UNGASS)	๑๔	(๓๕)	-	-
ตอบถูกต้องทั้ง ๕ ข้อ (ข้อ ๑ – ข้อ ๖)	๑๓	(๓๓)	-	-

อภิปรายผล

อภิปรายผล

การเฝ้าระวังครั้งนี้สุ่มพื้นที่มา ๑๐ จังหวัด มีแรงงานข้ามชาติสัญชาติเมียนมาร์มากที่สุด(ร้อยละ ๖๐) ในขณะที่เป็นสัญชาติกัมพูชา และ ลาว ในสัดส่วนใกล้เคียงกัน ซึ่งสอดคล้องระดับหนึ่งกับรายงานของสำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กระทรวงแรงงาน^๓ ซึ่งรายงานไว้ว่าแรงงานข้ามชาติจากประเทศเมียนมาร์ กัมพูชา และ ลาว ที่ได้รับอนุญาตให้ทำงานในประเทศไทยนั้น มี สัญชาติเมียนมาร์มากที่สุด จำนวน ๘๑๒,๙๘๔ คน (ร้อยละ ๘๗) กัมพูชา ๕๖,๔๗๙ คน (ร้อยละ ๖) และลาว ๖๒,๗๙๒ คน (ร้อยละ ๗) อย่างไรก็ตาม ในกลุ่มตัวอย่างที่เฝ้าระวังครั้งนี้เป็นประชากรที่ครอบคลุมทั้งแรงงานที่มีใบอนุญาตให้ทำงานและไม่มีใบอนุญาต จึงอาจเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้สัดส่วนสัญชาติของกลุ่มตัวอย่างในการเฝ้าระวังครั้งนี้แตกต่างไปจากข้อมูลสัดส่วนของแรงงานข้ามชาติที่ได้รับอนุญาตให้ทำงานในประเทศไทยได้ตามที่ระบุข้างต้น เป็นที่น่าสังเกตว่าจำนวนขนาดตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีมากเพียงพอต่อการติดตามเฝ้าระวังสถานการณ์ของการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมทั้งการวิเคราะห์ข้อมูลด้านพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี หากได้มีการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องในพื้นที่เดิมต่อไป ก็จะสามารถติดตามแนวโน้มการเปลี่ยนแปลง ซึ่งจะทำให้ได้ข้อมูลสำหรับพัฒนาแนวทางที่เหมาะสมในการป้องกันควบคุมการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ต่อไปได้เป็นอย่างดี

แรงงานข้ามชาติที่ทำงานในจังหวัดต่าง ๆ ในการเฝ้าระวังครั้งนี้ มีสัดส่วนเพศหญิงมากกว่าเพศชายเล็กน้อย อาจเนื่องมาจากลักษณะงานที่มีในแต่ละพื้นที่แตกต่างกัน เช่น จังหวัดชายทะเลมีอาชีพประมง จังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอาชีพเกี่ยวกับการเกษตรหรือโรงงานบางประเภท เป็นต้น ลักษณะงานที่ต่างกัน อาจเกี่ยวข้องกับความต้องการแรงงานเพศหญิงหรือชายแตกต่างกันไป ความแตกต่างของแต่ละพื้นที่นี้เป็นสิ่งช่วยชี้ว่าการเฝ้าระวังควรพิจารณาทั้งในแง่ภาพรวม และวิเคราะห์ติดตามแนวโน้มรายพื้นที่ด้วย

ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี หากพิจารณารายจังหวัดจะเห็นความแตกต่างกันชัดเจน จังหวัดที่มีความชุกการติดเชื้อเอชไอวีสูงสุดคือ ตราด อัตราติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ ๕.๐ ในขณะที่จังหวัดที่ติดเชื้อต่ำสุดคือ ชลบุรี ตาก และอุบลราชธานี ร้อยละ ๐.๓ เท่ากันสามจังหวัด แตกต่างกันเกินกว่า ๑๖ เท่า และหากพิจารณาพื้นที่ที่มีความชุกการติดเชื้อร้อยละ ๑.๐ ขึ้นไป มี ๕ จังหวัด ได้แก่ ตราด เชียงใหม่ สมุทรปราการ กาญจนบุรี และตรัง ร้อยละ ๕.๐, ๑.๗, ๑.๗, ๑.๓, และ ๑.๐ ตามลำดับ พื้นที่ทั้ง ๕ จังหวัดนี้ เป็นพื้นที่ที่มีแรงงานเมียนมาร์ และ กัมพูชา สูง ควรกำหนดให้เป็นพื้นที่เพิ่มความเข้มข้นในมาตรการควบคุมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในแรงงานข้ามชาติ

อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในรายงานแต่ละสัญชาติ พบว่า สูงสุดในแรงงานสัญชาติกัมพูชา (ร้อยละ ๒.๑๕) รองลงมาคือ เมียนมาร์ (ร้อยละ ๑.๑๖) และ ลาว (ร้อยละ ๐.๕๑) การคาดประมาณความชุกการติดเชื้อเอชไอวีในกัมพูชา โดย UNAIDS พบว่า ประชากรวัย ๑๕-๔๙ ปี มีความชุกสูงสุดเมื่อปี ๒๕๔๓ (ค.ศ. ๒๐๐๐) ประมาณร้อยละ ๑.๖ และค่อยๆ ลดลงมาเป็นร้อยละ ๐.๘ ในปี พ.ศ.๒๕๕๐ (ค.ศ.๒๐๐๗) และเป็นร้อยละ ๐.๕ ในปี ๒๕๕๒ (ค.ศ. ๒๐๐๙)^๔ จะเห็นว่า แรงงานกัมพูชาที่มาอยู่ในประเทศไทยมีอัตราการติดเชื้อสูงกว่าประชากรภาพรวมในประเทศกัมพูชา แสดงว่า แรงงานข้ามชาติสัญชาติกัมพูชาที่มาทำงานในประเทศไทยน่าจะมีภาวะพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีสูง ซึ่งอาจเนื่องมาจากการมีรายได้จากงานในขณะที่ความรู้ด้านเอช

ไอวียังค่อนข้างต่ำ (ตามข้อคำถาม ๕ ข้อของ UNGASS) ทำให้มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านพฤติกรรมทางเพศซึ่งเป็นวิธีการถ่ายทอดโรคที่พบสูงสุดในประเทศกลุ่มเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ในขณะที่เมียนมาร์และลาวก็มีลักษณะเดียวกันกับกัมพูชา เป็นที่น่าสังเกตว่า จากการคาดประมาณของ UNAIDS ประเทศเมียนมาร์มีความชุกในประเทศเริ่มสูงกว่ากัมพูชาในปี ๒๐๐๙ การเฝ้าระวังและมาตรการควบคุมโรคควรให้ความสำคัญกับกลุ่มสัญชาติเมียนมาร์มากขึ้นด้วย

สำหรับอัตราการติดเชื้อเอชไอวีจำแนกตามระยะเวลาที่อยู่ในประเทศไทย เมื่อพิจารณาผลการเฝ้าระวังพบว่าเป็นข้อมูลสำคัญที่แสดงถึงระดับการติดเชื้อที่สูงขึ้นสัมพันธ์กับระยะเวลาในช่วง ๐-๑๔ ปี โดยเพิ่มจาก ร้อยละ ๐.๓๘ ในปีแรก และสูงถึง ร้อยละ ๒.๓๓ ในผู้ที่อยู่ในประเทศไทย ๑๐-๑๔ ปี แต่เมื่อพิจารณาในกลุ่มที่อยู่นาน ๑๕ ปีขึ้นไป อัตราการติดเชื้อลดระดับลงเป็นร้อยละ ๑.๕๕ ซึ่งอาจเป็นเนื่องจากการเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อ หรือการย้ายกลับประเทศก็เป็นได้

อาชีพของแรงงานข้ามชาติที่มีอัตราการติดเชื้อเอชไอวีสูง คืออาชีพต่อเนื่องจากประมง และอาชีพประมง อาจมีความเกี่ยวข้องกับลักษณะงานที่ฝ่ายชายมักจะทำงานในเรือประมงเป็นระยะเวลานาน และเมื่อกลับเข้าท่าเรือ ได้ใช้จ่ายเงินในการพักผ่อนและเที่ยวสถานบันเทิง ทำให้มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศได้ และเมื่อมีการติดเชื้อแล้วก็จะสามารถถ่ายทอดไปยังคู่ (ฝ่ายหญิง) ที่เป็นกลุ่มทำอาชีพต่อเนื่องจากการประมง

ความรู้ตามข้อคำถามของ UNGASS ในกลุ่มแรงงานที่ติดเชื้อ ตอบถูกต้องสูงกว่าแรงงานทั้งหมดในภาพรวม (ร้อยละ ๓๕ เปรียบเทียบกับ ร้อยละ ๒๖.๒) อาจเป็นจากมีผู้ติดเชื้อบางส่วนรู้สถานะการติดเชื้อและได้เข้าถึงข้อมูลหลังการติดเชื้อ อย่างไรก็ตามสมมติฐานข้อนี้ยังไม่มีข้อสรุป ควรศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

ในประเด็นเรื่องการเข้าถึงการรักษาเมื่อเจ็บป่วย พบว่า เมื่อแรงงานข้ามชาติเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการรักษา หรือรักษาด้วยการหาซื้อยากินเอง สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาด้านสุขภาพของแรงงานข้ามชาติในประเทศไทย เพราะแรงงานเหล่านี้ส่วนใหญ่มักจะประสบปัญหาในเรื่องของสถานะทางกฎหมาย การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ และมีบัตรประกันสุขภาพจำนวนไม่มากทำให้ต้องรับผิดชอบจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง^๕ ซึ่งสิ่งต่างๆ เหล่านี้ก่อให้เกิดผลกระทบต่องานตามมา โดยเฉพาะการแพร่ระบาดของโรคติดต่อต่างๆ รวมถึงการติดเชื้อเอชไอวี นอกจากนี้ยังพบว่า แรงงานข้ามชาติส่วนใหญ่ยังเข้าไม่ถึงบริการ การตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและการบริการปรึกษา แต่มีความรู้เกี่ยวกับถุงยางอนามัยเป็นอย่างดี แรงงานข้ามชาติได้รับความรู้ข่าวสารและบริการปรึกษาเรื่องโรคเอดส์จากองค์กรเอกชน (Drop-in center) มากกว่าหน่วยงานราชการ ซึ่งคาดว่าน่าจะเป็นผลจากปัญหาด้านการสื่อสาร ซึ่งจำเป็นต้องใช้ล่ามที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต.) หรือพนักงานสาธารณสุขต่างด้าว (พสต.) ซึ่งในองค์กรเอกชนสามารถจัดบริการได้ทั่วถึงกว่า และถือว่า อสต. และ พสต. นี้มีบทบาทสำคัญในการช่วยให้ความรู้ และสามารถที่จะให้คำปรึกษาขั้นพื้นฐาน

พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ แรงงานข้ามชาติมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด กับสามีหรือภรรยามากที่สุด ซึ่งอาจเป็นผลจากสภาพความเป็นอยู่ของแรงงานข้ามชาติที่เข้ามาทำงานในประเทศไทย ส่วนใหญ่จะอาศัยอยู่กับบุคคลในครอบครัว ส่วนการใช้ถุงยางอนามัยนั้นขึ้นอยู่กับประเภทของคู่นอน ซึ่งแรงงานข้ามชาติจะใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดกับคู่นอนไม่ประจำที่เป็นพนักงานบริการสูงที่สุด แต่ยังคงไม่สวมถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดกับชายหรือหญิงอื่นที่ไม่ใช่แฟน นับเป็นสัญญาณของพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของแรงงานข้ามชาติที่อาจจะเพิ่มมากขึ้นอีกได้ในอนาคต

สำหรับข้อมูลประวัติการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในระยะเวลา ๑ เดือนที่ผ่านมา แรงงานข้ามชาติดื่ม

เครื่องมือที่มีแอลกอฮอล์ก่อนการมีเพศสัมพันธ์ทุกครั้ง และดื่มบางครั้ง ร้อยละ ๓.๑ และ ๓๔.๓ ตามลำดับ ซึ่งน่าจะเป็นผลจากรายได้จากการทำงานของแรงงานข้ามชาติ ประเด็นนี้เป็นประเด็นที่น่าสนใจเนื่องจากการดื่มสุราก็ทำให้ขาดความยับยั้งชั่งใจ ส่งผลให้ไม่ระมัดระวังในการมีเพศสัมพันธ์และการใส่ถุงยางอนามัย ดังนั้นในการรณรงค์เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมทางเพศที่ปลอดภัย จึงต้องนำประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มาเป็นประเด็นหนึ่งของการรณรงค์ด้วย

จากผลการเฝ้าระวังครั้งนี้จะเห็นว่า ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ที่พบว่าเท่ากับ ร้อยละ ๑.๓ สูงกว่าการเฝ้าระวังการติดเชื้อเฉพาะพื้นที่ในกลุ่มประชากรไทย ซึ่งดำเนินการในระบบเฝ้าระวังของสำนักโรคบาติวิทยา ที่พบอัตราความชุกมีฐาน ร้อยละ ๐.๔๓ และพบว่า แรงงานข้ามชาติมีอัตราความชุกของการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เชื้อ *Chlamydia trachomatis* เชื้อหนองใน *Neisseria gonorrhoe* และ ซิฟิลิส ร้อยละ ๐.๙๓, ๐.๘๗ และ ๐.๕๕ ตามลำดับ ซึ่งการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ดังกล่าว น่าจะเป็นตัวชี้วัดทางด้านพฤติกรรมทางเพศของแรงงานข้ามชาติ ที่แสดงถึงโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ดังนั้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยรวมถึงพัฒนาระบบ กลไก หรือมาตรการที่จะนำไปใช้ส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยอย่างเป็นรูปธรรมและมีประสิทธิภาพ จึงเป็นเรื่องที่ทุกภาคส่วนควมให้ความใส่ใจเป็นพิเศษ ทั้งนี้ต้องมีความตระหนักว่ากลุ่มแรงงานข้ามชาติเป็นผู้ที่มีความเปราะบาง และมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่ากลุ่มคนไทยโดยทั่วไป

ข้อเสนอแนะ

๑. จากข้อค้นพบที่ว่าอัตราความชุกการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มแรงงานข้ามชาติมีความแตกต่างกันในแต่ละจังหวัด และในแต่ละกลุ่มสัญชาติ จึงสามารถนำข้อมูลดังกล่าวมากำหนดมาตรการเพื่อการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอชไอวี โดยจังหวัดที่มีแรงงานข้ามชาติที่พบอัตราการติดเชื้อเอชไอวีสูง ควรได้รับการสนับสนุนด้วยทรัพยากรที่เพียงพอเพื่อให้สามารถดำเนินการด้วยมาตรการเน้นหนักต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านต่างๆ และการสื่อสาร เพื่อให้สามารถลดปัญหาในด้านพฤติกรรมเสี่ยงและปัญหาการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้

๒. ควรให้ความรู้ด้านเอชไอวีแก่แรงงานข้ามชาติที่เพิ่งเข้ามาอยู่ในประเทศไทยอย่างเข้มข้นและเน้นให้มีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีที่ถูกต้องเป็นกิจกรรมที่จะเป็นประโยชน์ในการลดการติดเชื้อรายใหม่ในแรงงานข้ามชาติได้

๓. ควรมีการเพิ่มศักยภาพให้อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต.) หรือ พนักงานสาธารณสุขต่างด้าว (พสต.) ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้ และเป็นแหล่งสำคัญในการติดต่อประสานงานกับหน่วยงานภาคประชาสังคม และหน่วยงานที่ดำเนินงานด้านสุขภาพในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ให้สามารถช่วยงานด้านสาธารณสุข งานชุมชน ช่วยในการประสานงานและการสื่อสาร

๔. สนับสนุนให้แรงงานข้ามชาติเข้าสู่ระบบการจ้างงานของทางราชการ ในเรื่องการขอใบอนุญาตทำงาน ซึ่งจะทำให้แรงงานข้ามชาติสามารถเข้าถึงระบบประกันสุขภาพและบริการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๕. ส่งเสริมความร่วมมือและกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และประสบการณ์การดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคในแรงงานข้ามชาติระหว่างภาครัฐกับภาคประชาสังคม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัด และเครือข่ายองค์กรสาธารณสุขประโยชน์ที่ดำเนินงานเกี่ยวกับแรงงานข้ามชาติ ในจังหวัดที่ดำเนินการเก็บข้อมูลเป็นครั้งแรกของประเทศไทย ทั้ง ๑๐ จังหวัด ได้แก่จังหวัด เชียงใหม่ ตาก นครพนม อุบลราชธานี กาญจนบุรี สมุทรปราการ ชลบุรี ตราด ตรัง สงขลา รวมถึงแรงงานข้ามชาติทั้งสามสัญชาติ เมียนมาร์ ลาว และกัมพูชา ที่กรุณาตอบแบบสอบถาม เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนการดำเนินงานควบคุมป้องกันในกลุ่มแรงงานข้ามชาติในประเทศไทย

เอกสารอ้างอิง

1. UNAIDS, data.unaids.org/pub/.../๐๘๐๘๑๓_gro๘_prev ๑๕๔๙_๑๙๕๐_๒๐๐๗_en.xls, http://www.unaids.org/documents/๒๐๑๐๑๑๒๓_๒๐๑๐_hiv_prevalence_em.pdf
2. United Nation General Assemble Special Session on HIV/AIDS. Guidelines on construction of core indicators. General: UNAIDS, ๒๐๐๒
3. การบริหารจัดการการทำงานของคนต่างด้าว สรุปี ๒๕๕๓, กรมการจัดหางาน สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กระทรวงแรงงาน, หน้า ๙
<http://wp.doe.go.th/sites/default/files/statistic/๘/sy๒๕๕๓.pdf>
4. กุศล สุนทรธาดาและคณะ . ๒๕๕๐. กระบวนการจ้างแรงงานข้ามชาติที่ลักลอบเข้าเมืองและความคิดเห็นของภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้อง. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยประชากร และสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
5. เกียรติศักดิ์ พลมณี . ๒๕๕๘. ปัจจัยที่มีผลต่อความจำเป็นในการจ้างแรงงานต่างชาติดัด กฎหมายของผู้ประกอบกิจการที่จดทะเบียนนายจ้างในจังหวัดปทุมธานี, จันทบุรี: สำนักงานจัดหางานจังหวัดจันทบุรี กรมการจัดหางาน.
6. กฤตยา อาชวนิจกุลและคณะ. ๒๕๕๑. การจ้างแรงงานข้ามชาติ ตามพระราชบัญญัติการ ทำงานของคน ต่างด้าว พ. ศ ๒๕๕๑ กับการจัดทำบัญชีรายชื่ออาชีพ สำหรับคนต่างชาติ สนับสนุนโดย Usaid. กรมการจัดหางาน.สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว. การบริหารจัดการการทำงานของ คนต่าง ด้าวในประเทศไทย สรุปี ๒๕๕๓.
7. ชมนาท รัตนมณีและคณะ. ๒๕๕๗. รายงานการวิจัยแรงงานต่างด้าวเข้าเมืองผิดกฎหมายกับ ปัญหาความมั่นคงแห่งชาติ สาธารณสุข สังคมและเศรษฐกิจ: สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา.
8. นงลักษณ์ พะไยยะ. ๒๕๕๑. ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพ สืบค้นจาก <http://www.thainhf.org / document / media-๖๗๗.pdf>.
9. ปรีดา รอดนวล . ๒๕๕๐. ชีวิตแรงงานข้ามชาติของชุมชนชนบทไทย กรณีศึกษาแรงงาน สัญชาติพม่าในชุมชนโคกขาม จังหวัดสมุทรสาคร. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาชนบทศึกษา และการพัฒนาสำนักบัณฑิตอาสาสมัคร:มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
10. พัทยา เรือนแก้ว. ๒๕๕๐. รายงานการศึกษาวิจัยสิทธิมนุษยชนไทยกรณีการเคลื่อนย้ายแรงงาน ข้ามชาติ กรุงเทพมหานคร: คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ.
11. พิศวาส สุคนธ์พันธุ์ และ ปฐมาภรณ์ บุชปอ์ . ๒๕๕๐. การศึกษาและวิเคราะห์กฎหมายเกี่ยวกับการประกอบธุรกิจและการทำงานของคนต่างด้าว. กรุงเทพมหานคร :สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล.

12. ยงยุทธ แฉล้มวงษ์ .๒๕๕๕. รายงานข้ามชาติ. ประชาชาติธุรกิจ.ฉบับวันจันทร์ ๙ -๑๑ ,มกราคม ๒๕๕๕ ฉบับที่ ๔๓๘๒ .
13. ศิวีโล ชยางกูร.๒๕๔๘ . เศรษฐศาสตร์แรงงาน. กรุงเทพมหานคร:มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. ๒๕๕๓. Online www.nso.go.th ๒๕๕๔.
14. รายงานการสำรวจประจำปี. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. ๒๕๕๑. รายงานการ เปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรและผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อการพัฒนาประเทศ. ๒๕๕๕. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
15. สุรีย์พร พันพั่งและคณะ ๒๕๔๘ คนรับใช้ในบ้านแรงงานอพยพจากพม่ามาไทย: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ.
16. สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.๒๕๕๓ . ผลกระทบจากการจ้างแรงงานข้ามชาติของ ไทย ภายใต้ยุคพิสูจน์สัญญาชาติ. รายงานทีดีอาร์ไอ ฉบับที่ ๘๖ เดือน กันยายน ๒๕๕๓.ผู้สรุป วาทีนี แก้วทับทิม บรรณาธิการ พูนสิน วงศ์กลธิต พิมพ์ครั้งที่ ๑ เมษายน ๒๕๕
17. สถานการณ์แรงงานต่างด้าว. ฉบับที่ ๖ / ๒๕๕๔ มิถุนายน ๒๕๕๔
18. วิพุธ พูลเจริญ,ปิติพร จันทรทัต ณ อยุธยา, วิภา ภวานาภรณ์, วรัญญา เตียวสกุล, ขวลิต ตันตินิมิตกุล.วิวัฒนาการควบคุมโรคเอดส์ในประเทศไทย: แบบอย่างของการพัฒนาแนวคิดส่งเสริมสุขภาพ. นนทบุรี: โครงการสำนักพิมพ์ สถาบันวิจัยสาธารณสุข. พ.ศ.๒๕๔๒; สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
19. อภิชาติ จำรัสสุทธิรงค์,วาทีนี บุญหลักชี. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๕๒ นครปฐม (เอกสารทางวิชาการ/สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ; หมายเลข ๓๖๔

ภาคผนวก

ภาคผนวกที่ ๑

จำนวนแรงงานข้ามชาติที่จดทะเบียน และลักษณะประชากร ในจังหวัดที่ดำเนินการเฝ้าระวัง

จังหวัด	อำเภอ	แรงงานข้ามชาติ ที่จดทะเบียน จำนวน (คน)	สัญชาติ	อาชีพ
เชียงใหม่	เมือง	๖๓,๓๑๕	พม่า,ลาว	ประมง,ก่อสร้าง,เกษตร,โรงงาน
	สารภี	๑,๓๗๒	พม่า,ลาว	ประมง,ก่อสร้าง,เกษตร,โรงงาน
	ฝาง	๗,๔๒๖	พม่า,ลาว	ประมง,ก่อสร้าง,เกษตร,โรงงาน
ตาก	แม่สอด	๗๒,๐๐๐	พม่า	ก่อสร้าง,เกษตร,โรงงาน
	พบพระ	๑๒,๐๐๐	พม่า	ก่อสร้าง,เกษตร,โรงงาน
ชลบุรี	เมือง	๑๐,๖๘๘	พม่า,ลาว,เขมร	ประมง,ก่อสร้าง,เกษตร,โรงงาน
	แหลมฉบัง	๔,๙๕๘	พม่า,ลาว,เขมร	ประมง,ก่อสร้าง,เกษตร,โรงงาน
	ศรีราชา	๑,๗๓๑	พม่า,ลาว,เขมร	ประมง,ก่อสร้าง,เกษตร,โรงงาน
	สัตหีบ	๑,๒๑๑	พม่า,ลาว,เขมร	ประมง,ก่อสร้าง,เกษตร,โรงงาน
สมุทรปราการ	เมือง	๒๒,๒๐๑	พม่า,ลาว,เขมร	ประมง,ก่อสร้าง,เกษตร,โรงงาน
	บางบ่อ	๕,๗๖๗	พม่า,ลาว,เขมร	ประมง,ก่อสร้าง,เกษตร,โรงงาน
	บางจาก	๘,๘๐๕	พม่า,ลาว,เขมร	ประมง,ก่อสร้าง,เกษตร,โรงงาน
	บางพลี	๘,๔๕๔	พม่า,ลาว,เขมร	ประมง,ก่อสร้าง,เกษตร,โรงงาน
	พระสมุทรเจดีย์	๕,๖๕๔	พม่า,ลาว,เขมร	ประมง,ก่อสร้าง,เกษตร,โรงงาน
กาญจนบุรี	เมือง	๒,๓๐๒	พม่า,ลาว,เขมร	แรงงานรับจ้าง,เกษตร,โรงงาน
	ท่าม่วง	๒,๐๙๑	พม่า,ลาว,เขมร	แรงงานรับจ้าง,เกษตร,โรงงาน
	ท่ามะกา	๘,๑๕๘	พม่า,ลาว,เขมร	แรงงานรับจ้าง,เกษตร,โรงงาน
	สังขละบุรี	๔๙	พม่า,ลาว,เขมร	แรงงานรับจ้าง,เกษตร,โรงงาน
ตราด	เมือง	๓,๔๗๓	พม่า,ลาว,เขมร	ประมง,ก่อสร้าง,เกษตร,โรงงาน
	คลองใหญ่	๔๙๘	พม่า,ลาว,เขมร	ประมง,ก่อสร้าง,เกษตร,โรงงาน
	เขาสมิง	๑,๐๙๖	พม่า,ลาว,เขมร	ประมง,ก่อสร้าง,เกษตร,โรงงาน
	บ่อไร่	๔๕๘	พม่า,ลาว,เขมร	ประมง,ก่อสร้าง,เกษตร,โรงงาน
	แหลมงอบ	๙๒๙	พม่า,ลาว,เขมร	ประมง,ก่อสร้าง,เกษตร,โรงงาน
	เกาะกูด	๑๔๙	พม่า,ลาว,เขมร	ประมง,ก่อสร้าง,เกษตร,โรงงาน
	เกาะช้าง	๑,๑๒๐	พม่า,ลาว,เขมร	ประมง,ก่อสร้าง,เกษตร,โรงงาน
นครพนม	เมือง	๒๗๐	พม่า,ลาว,เขมร	แรงงานรับจ้าง,เกษตร,โรงงาน
	บ้านแพง	๓๐๐	พม่า,ลาว,เขมร	แรงงานรับจ้าง,เกษตร,โรงงาน
	ธาตุพนม	๑๕๐	พม่า,ลาว,เขมร	แรงงานรับจ้าง,โรงงาน
	ท่าอุเทน	๑๓๕	พม่า,ลาว,เขมร	แรงงานรับจ้าง,เกษตร,เกษตร,โรงงาน

จังหวัด	อำเภอ	แรงงานข้ามชาติ ที่จดทะเบียน จำนวน (คน)	สัญชาติ	อาชีพ
อุบลราชธานี	เมือง	๒,๐๕๐	พม่า,ลาว,เขมร	แรงงานรับจ้าง,เกษตร,โรงงาน
	สำโรง	๑,๙๒๐	พม่า,ลาว,เขมร	แรงงานรับจ้าง,เกษตร,โรงงาน
	วารินชำราบ	๑,๔๐๐	พม่า,ลาว,เขมร	แรงงานรับจ้าง,เกษตร,โรงงาน
	สว่างวีระวงศ์	๓๑๐	พม่า,ลาว,เขมร	แรงงานรับจ้าง,เกษตร,โรงงาน
	สิรินธร	๑๒๐	พม่า,ลาว,เขมร	แรงงานรับจ้าง,เกษตร,โรงงาน
	เขมราฐ	๑๘๐	พม่า,ลาว,เขมร	แรงงานรับจ้าง,เกษตร,โรงงาน
ตรัง	กันตัง	๘๓๐	พม่า,ลาว,เขมร	ประมง,ก่อสร้าง,เกษตร,โรงงาน
	เมือง	๓๕๗	พม่า,ลาว,เขมร	ประมง,ก่อสร้าง,เกษตร,โรงงาน
	ห้วยยอด	๒๕๘	พม่า,ลาว,เขมร	ประมง,ก่อสร้าง,เกษตร,โรงงาน
	สิเกา	๒๑๘	พม่า,ลาว,เขมร	ประมง,ก่อสร้าง,เกษตร,โรงงาน
	ปะเหลียน	๒๐๐	พม่า,ลาว,เขมร	ประมง,ก่อสร้าง,เกษตร,โรงงาน
	ย่านตาขาว	๑๒๐	พม่า,ลาว,เขมร	ประมง,ก่อสร้าง,เกษตร,โรงงาน
สงขลา	เมือง	๔,๖๓๐	พม่า,ลาว,เขมร	ประมง,ก่อสร้าง,เกษตร,โรงงาน
	หาดใหญ่	๑๖,๕๖๒	พม่า,ลาว,เขมร	ประมง,ก่อสร้าง,เกษตร,โรงงาน
	บางกล่ำ	๔๑๖	พม่า,ลาว,เขมร	ประมง,ก่อสร้าง,เกษตร,โรงงาน
	จะนะ	๑,๗๓๕	พม่า,ลาว,เขมร	ประมง,ก่อสร้าง,เกษตร,โรงงาน
	สะเดา	๕,๔๒๒	พม่า,ลาว,เขมร	ประมง,ก่อสร้าง,เกษตร,โรงงาน

ภาคผนวกที่ ๒

ตารางแสดงรายชื่อสถานประกอบการ หรือชุมชนที่อยู่อาศัย
และจำนวนตัวอย่างแรงงานข้ามชาติ ที่สุ่มตรวจได้

[illegible]

ภาคผนวก ที่ ๓

แผนปฏิบัติงานโครงการ สำหรับ พสท./อสต.อธิบายให้ผู้เข้าร่วมโครงการ

ชื่อโครงการ

โครงการสำรวจพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีและความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยการสนับสนุนการดำเนินการภายใต้กองทุนโลกร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข

วัตถุประสงค์ของโครงการ

1. เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี
2. เพื่อคาดประมาณความชุกของการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
3. เพื่อประเมินความชุกของพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ท่านจะได้รับประโยชน์อะไรจากการเข้าร่วมโครงการ

1. ท่านจะได้รับทราบภาวะสุขภาพ โดยการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีและตรวจปัสสาวะเพื่อหาการติดเชื้อหนองใน โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ กรณีที่พบความผิดปกติ จะบริการส่งต่อเพื่อรับการรักษาในระบบของรัฐตามปกติ
2. ข้อมูลที่ได้จากโครงการนี้ จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาและปรับปรุงรูปแบบการให้บริการแก่ท่านและเพื่อนๆ ตลอดจนการให้บริการด้านการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ในประเทศไทย

ท่านจะได้รับประโยชน์อะไรจากการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี

1. ท่านจะได้รับทราบภาวะสุขภาพ เพื่อการป้องกันตนเอง
2. เมื่อทราบภาวะสุขภาพของตนเองแล้ว อาจเป็นการป้องกันเพื่อนหรือคนรักของท่านให้ปลอดภัยจากโรคได้
3. เป็นโอกาสสำหรับการดูแลรักษาตนเอง เพื่อการมีสุขภาพที่ดี

การตรวจหาการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ตรวจปัสสาวะหาหนองใน และหนองในเทียม โดยวิธีพิเศษนี้ ไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆทั้งสิ้น

- โรคหนองในและหนองในเทียมอาจไม่มีอาการแสดงให้เห็น
- วิธีพิเศษนี้สามารถทราบผลการติดเชื้อได้ โดยไม่ต้องตรวจภายใน (สำหรับสตรี)
- ปกติราคาค่าตรวจหาเชื้อหนองใน และหนองในเทียม ๑,๐๐๐ บาท
- โรคหนองในและหนองในเทียม สามารถรักษาหายขาดได้
- การตรวจครั้งนี้ไม่มีการตรวจหาสารเสพติดใดๆทั้งสิ้น

1. เราจะขอสัมภาษณ์ท่านเกี่ยวกับ ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลทางพฤติกรรม การเข้าถึงบริการการรักษา รวมถึงการเข้าถึงโครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ซึ่งจะใช้เวลาประมาณ ๓๐ นาที หากมีคำถามใดที่ไม่ต้องการตอบท่านสามารถข้ามคำถามข้อนั้นๆได้
2. เจ้าหน้าที่จะพูดคุยกับท่านเรื่องการ ตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี และการตรวจหนองใน หนองในเทียม และขอเจาะเลือดเพื่อตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี โดยขอให้กลับมาฟังผล ภายหลังจากเจาะเลือด ๒ สัปดาห์ และจะขอเก็บปัสสาวะ ซึ่งจะนำไปตรวจหาการติดเชื้อหนองในและหนองในเทียม โดยจะทราบผลหลังจากเก็บปัสสาวะ ๒ - ๘ สัปดาห์ เช่นเดียวกัน โดยกลับมาฟังผล ณ สถานบริการสาธารณสุขของรัฐที่โครงการกำหนด ขอให้ท่านนำบัตรฟังผลมาด้วย เนื่องจากเป็นการตรวจโดยไม่มีชื่อระบุตัวบุคคล แต่ใช้เลขรหัสเป็นการรักษาความลับเฉพาะส่วนบุคคล

ข้อมูลของท่านจะถูกเก็บเป็นความลับหรือไม่

ข้อมูลของท่านจะถูกรักษาไว้เป็นความลับสูงสุด ทั้งนี้ขอยืนยันว่า จะไม่มีการบันทึกชื่อของท่านลงบนแบบสอบถามและสิ่งส่งตรวจทั้งหมด

ขอขอบคุณทุกทุกท่านที่สละเวลาเข้ามามีส่วนร่วมในโครงการนี้ หากมีข้อสงสัยใดๆเกี่ยวกับโครงการ ท่านสามารถสอบถามได้จากเจ้าหน้าที่ หรือโทรศัพท์ติดต่อ คุณ..... ที่เบอร์โทร. ที่เบอร์โทร.

ภาคผนวก ที่ ๔

แบบตรวจสอบความครบถ้วนในการทำกิจกรรม Checklist
สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัด

วันที่ (ว/ด/พ.ศ.) _____

- | | | |
|--------------------------------------|--|---|
| ๑. ชี้แจงรายละเอียดและแสดงความยินยอม | ☐ ยินยอม (ให้สัมภาษณ์) | ☐ ไม่ยินยอม |
| | ☐ ยินยอมให้ (ตรวจเลือด) | ☐ ไม่ยินยอม |
| | ☐ ยินยอมให้ (ตรวจปัสสาวะ) | ☐ ไม่ยินยอม |
| ๒. เก็บข้อมูลพฤติกรรม | ☐ ทำ | ☐ ยังไม่ได้ทำ |
| ๓. แจกบัตรนัดฟังผลสุขภาพ | ☐ แจก | ☐ ยังไม่ได้แจก |
| ๔. ให้การปรึกษาก่อนตรวจเอชไอวี | ☐ ทำ | ☐ ยังไม่ได้ทำ |
| ๕. การเจาะเลือดตรวจ | ☐ ทำ | ☐ ยังไม่ได้ทำ |
| ๖. การเก็บปัสสาวะ | ☐ ทำ | ☐ ยังไม่ได้ทำ |
| ๗. หลักฐานการเงิน | ☐ เซ็นรับ | ☐ ยังไม่ได้เซ็นรับ |
| ๘. ตรวจสอบความครบถ้วนของเอกสาร | ☐ เรียบร้อย | ☐ ยังไม่เรียบร้อย |

ลายเซ็นของผู้ตรวจสอบความครบถ้วนของกิจกรรม.....

วันที่.....เดือน พ.ศ.....

ภาคผนวกที่ ๕

แบบยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ

โครงการบูรณาการการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบ simple random sampling ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ

วันให้คำยินยอม วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ก่อนที่จะลงนามในแบบยินยอมให้ทำการเฝ้าระวังนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้ดำเนินโครงการเฝ้าระวังถึงวัตถุประสงค์ของการเฝ้าระวัง วิธีการเฝ้าระวัง อันตรายหรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการดำเนินงานเฝ้าระวัง รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการเฝ้าระวังอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว

ผู้ดำเนินโครงการเฝ้าระวังรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการนี้เมื่อใดก็ได้ และเข้าร่วมโครงการนี้โดย สมัครใจ และการบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไป

ผู้ดำเนินโครงการรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวท่านเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการดำเนินโครงการ หรือการเปิดเผยข้อมูลต่อผู้มีหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนและกำกับดูแลโครงการ

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ จึงได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

ลงนาม.....พยาน

ลงนาม.....พยาน

ภาคผนวก ๖

แบบสอบถามพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี
โดยวิธีการสัมภาษณ์ ในกลุ่มประชากรแรงงานข้ามชาติ

ชื่อสถานประกอบการ/ชุมชน.....	สำหรับผู้วิจัย
ถนน.....	Sector.....
ตำบล.....	Road.....
อำเภอ.....	Tambon.....
จังหวัด.....	Amphure.....
สรุปรูปแบบของการได้ข้อมูลชุดนี้	Province.....
[] ๑ ตอบด้วยตนเอง	Method []
[] ๒ สัมภาษณ์โดย	Method๑ []
[] ๑ พสต.	
[] ๒ อสต.	
[] ๓ เจ้าหน้าที่	

ชื่อผู้สัมภาษณ์.....	Viewname [][]
วัน/เดือน/ปีที่สัมภาษณ์.....	
เวลาที่เริ่มสัมภาษณ์น. สิ้นสุดเวลา.....น	
ชื่อผู้คุมงานสนาม.....	Cname [][]

สำนักกระบาดวิทยา

การแนะนำตัวก่อนสัมภาษณ์

กระผม/ดิฉัน จะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลแรงงานข้ามชาติที่ทำงาน
อยู่ในพื้นที่ โดยมีวัตถุประสงค์สำคัญเพื่อการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และ
พฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี (Second generation surveillance) ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ

ข้อมูลที่ได้ถือเป็นความลับและขึ้นอยู่กับผู้ให้สัมภาษณ์จะยินยอมให้ข้อมูลหรือไม่

ขณะนี้เรากำลังศึกษาเพื่อเก็บข้อมูลเกี่ยวกับการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
และพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี (Second generation surveillance) ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ
ของคนที่ย้ายมาทำงานในเมืองนี้ ผลที่ได้จากการศึกษาจะมีประโยชน์ยิ่งต่อบุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่ในการวางแผน
แก้ไขปัญหาสุขภาพของท่านในอนาคต ผม/ดิฉัน จะถามคำถามที่ค่อนข้างเป็นเรื่องส่วนตัว ซึ่งบางคนอาจรู้สึก
ลำบากที่จะตอบ แต่ทุกคำตอบที่ได้รับจะถือเป็นความลับ เนื่องจากไม่มีการระบุชื่อของท่าน และท่านไม่
จำเป็นต้องตอบคำถามที่ไม่ต้องการจะตอบ และสามารถหยุดการตอบคำถามได้ตลอดเวลา อย่างไรก็ตาม
คำตอบที่ท่านตอบตามความเป็นจริง จะช่วยให้เราเข้าใจในข้อมูลพฤติกรรมต่างๆ ที่ท่านปฏิบัติอยู่ เราต้อง
ขอขอบคุณสำหรับการสละเวลาตอบคำถามในการสำรวจครั้งนี้ การสัมภาษณ์ครั้งนี้จะใช้เวลาประมาณ ๓๐ นาทีใน
การสอบถาม ไม่ทราบว่าท่านยินดีที่จะร่วมตอบคำถามเหล่านี้หรือไม่

☐

ยินยอม

☐

ไม่ยินยอม

☐

ให้สัมภาษณ์

☐

ให้เจาะเลือด

☐

ให้เก็บปัสสาวะ

ภาคผนวก ๗

ใบนำส่งตัวอย่างซีรัมของกลุ่มแรงงานข้ามชาติ

โรงพยาบาล..... จังหวัด.....

รหัสชุดตรวจกรอง (Screening test) ที่ใช้ตรวจการติดเชื้อเอชไอวี.....

รหัสชุดตรวจเสริมที่ ๑ (Supplementary test ๑) ที่ใช้ตรวจการติดเชื้อเอชไอวี.....

รหัสชุดตรวจเสริมที่ ๒ (Supplementary test ๒) ที่ใช้ตรวจการติดเชื้อเอชไอวี.....

ที่	รหัส	อายุ	ผลการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี					ผลซีฟิลิส	หมายเหตุ
			จุด ทะเบียน	ไม่ได้จุด ทะเบียน	Screening	Supplementa ry test ๑	Supplementary test ๑		
๑	ติดสติกเกอร์								
๒	ติดสติกเกอร์								
๓	ติดสติกเกอร์								
๔	ติดสติกเกอร์								
๕	ติดสติกเกอร์								

วันที่เจาะเลือด

เวลาที่เจาะเลือด.....

ชื่อผู้ส่งเลือด.....

วันที่แยกซีรัม

เวลาแยกซีรัม

วันที่ส่งซีรัม

ชื่อผู้ส่งซีรัม

ภาคผนวก ๘

ใบนำส่งตัวอย่างปัสสาวะ Urine PCR log sheet

วันที่ เดือน พ.ศ. ๒๕๕๓ เวลา

รหัสสถานบริการ ชื่อสถานบริการ

ลำดับที่	รหัส	จำนวนน้ำ ปัสสาวะ Volume urine (ml)	ผลตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ		หมายเหตุ
			CT	NG	
๑	(MW - XX - XXXX - XXX)				
๒	ติดสติ๊กเกอร์				
๓	ติดสติ๊กเกอร์				
๔	ติดสติ๊กเกอร์				
๕	ติดสติ๊กเกอร์				
๖	ติดสติ๊กเกอร์				
๗	ติดสติ๊กเกอร์				
๘	ติดสติ๊กเกอร์				

ชื่อผู้แยกตัวอย่าง

สำหรับเจ้าหน้าที่
ห้องปฏิบัติการ

ชื่อผู้ส่งตัวอย่าง

สำหรับเจ้าหน้าที่
ห้องปฏิบัติการ

ชื่อผู้รับตัวอย่าง

สำหรับเจ้าหน้าที่
ห้องปฏิบัติการ โรงพยาบาลบางรัก
ห้องปฏิบัติการ ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์

National IBBS in migrant worker, Thailand 2010

ICAAP10
Seoul, Korea 2011
Bilateral donor support

The Global Fund
To Fight AIDS, Tuberculosis, and Malaria

Authors: S. Poonkaesorn, C. Namwat, W. Seenor
Institutes: Bureau of Epidemiology, MOPH
Authors: S. Thanaisawanyangoon
Institutes: Bureau of AIDS / STI, MOPH

Authors: O. Sangwonloy
Institutes: Academician BKK

Background

Due to migration of migrant worker were increasing in Thailand, HIV/STIs was assumed increase in regions along the border, and had many survey in various aspect but didn't have continuous surveillance system to following the trend of HIV/STIs and health behavior. Thailand was initiated the surveillance system use IBBS in migrant worker, collaborated with many GO and NGO network.

Objective

To determine prevalence of HIV/STIs and health behavior, with identify the associated factors of all migrant worker(MV)

Fig 1 Due to migration of migrant worker were increasing in Thailand

Migrant worker (IBBS 2010): Surveillance Provinces

Fig 2 HIV prevalence in Migrant and Seafarer in Thailand 1998 - 2010

Fig 3 Integration of surveillance

Method and methodology

In 2010, BOE MOPH was developed the model which suitable for migrant worker. 10 provinces were selected by high HIV prevalence of ANC group in 4 regions

Fig 4 10 provinces in 4 regions

Fig 5 Nationality for 1 countries Myanmar, Laos and Cambodia

A cross-sectional survey was conducted biannual in July-August, 10 leading provinces in 4 regions. Sampling technique: multistage cluster sampling proportional to size. Interview Questionnaire for data collection with 3 languages interviewer. Questionnaire were developed by expert group. Operational steps were developed, reviewed, and test carefully before implementation.

Target population specific only 5 occupation (agriculture, seafarer, and fishery worker, factory worker and employee). Not include house servant and service business. Respondent was limited only who stay in Thailand more than 6 months. Sample size were 300 cases per province. Data was processed by computer program Epi-info 2003 using percent and P-value.

Data collection process took about 3 months to complete with 3000 respondents. Trained provincial health officer with their volunteer were responsible for data collection. 3 languages interviewer can read, write and listen well Thai language.

Results

Fig 6 Migrant classified by sex

Sex	Number	Percent
Male	1,806	85.4
Female	200	14.6
Total	2,006	100.0

Fig 7 Migrant classified by agegroup

Age (year)	Number	Percent
15-19	418	20.8
20-24	683	34.0
25-29	396	19.7
30-34	459	22.9
35-39	332	16.6
40-44	267	13.3
45-49	142	7.1
50-54	138	6.9
≥55	29	1.5
Total	2,006	100.0

Fig 8 Migrant classified by nationality

Nationality	number	percent
Myanmar	1,806	60.2
Laos	600	20.0
Cambodia	592	19.8

Fig 9 Migrant classified by occupations

Occupations	number	percent
factory worker	1,196	39.9
fishery worker	598	20.0
employee	555	18.6
agriculture	408	13.6
seafarer	204	6.8

Fig 10 Proportion of migrant by residential, 2010

Fig 11 HIV positive classified by sexual partner in the last sex, 2010

Sexual partner in the last sex	Number	Percent
Spouse / Wife	1,112	55.4
Partner	111	5.6
Sex worker	181	9.0
Other men / women	28	1.4
Unknown	16	0.8
No answer	544	27.1
Total	1,992	100.0

Fig 12 Condom use in the last sex

Condom use in the last sex	Use	No use	No answer
Spouse / Wife (n=1,806)	124	6.9	1,700
Partner (n=111)	91	79.1	20
Sex worker (n=160)	54	33.7	106
Other men / women (n=28)	12	42.9	16
Unknown (n=16)	2	12.5	14

Fig 13 HIV status, classified by sexual partner and condom use in the last 12 months

Sexual partner	Condom use	HIV positive (n=202)	HIV negative (n=1,794)
Spouse / Wife	Use	12	1,188
Spouse / Wife	No use	11	1,193
Partner	Use	80	31
Partner	No use	31	80
Sex worker	Use	44	116
Sex worker	No use	16	144
Other men / women	Use	6	22
Other men / women	No use	12	16
Unknown	Use	1	15
Unknown	No use	1	15

Fig 14 HIV tested group by HIV status

HIV status	Number	Percent
HIV positive	202	10.1
HIV negative	1,794	89.9
Total	1,996	100.0

Fig 15 Percentage of condom use in the last sex of migrant who known results of HIV tested group

Condom use in the last sex	Use	No use	No answer
Spouse / Wife	36	15.8	207
Partner	18	85.7	9
Sex worker	9	42.9	12
Other men / women	2	33.3	3
Unknown	0	0.0	0
No answer	1	20.0	3
Total	65	15.0	324

Fig 16 Percentage of condom use in the last sex of migrant who known results of HIV tested group

Condom use in the last sex	Use	No use	No answer
Spouse / Wife	23	18.0	130
Partner	9	84.3	5
Sex worker	6	42.9	8
Other men / women	2	100.0	0
Unknown	0	0.0	0
No answer	2	33.3	3
Total	42	27.2	108

Fig 17 Prevalence of Syphilis, NG, CT, HIV by province, 2010

Fig 18 Percentage of AIDS knowledge in HIV positive migrant

AIDS knowledge	Number	Percent
Correct	10	5.0
Wrong	190	95.0
Total	200	100.0

Conclusion

The HIV prevalence was higher than National HIV sentinel sero surveillance. Main infection were from their family. A safer sex will reduce their risk behavior, so urgently need for help MV to have a safer sexual practice.

Thank you for good collaboration

- Ten provincial health officer
- Government health officer from 10 provincial health office
- General and regional hospital in 10 PHO
- STIs cluster DDC-MuPH Thailand





ICAAP10
Busan, Korea 2011
Diverse Voices, United Action

28-30 August, 2011
BEXCO, Busan, Republic of Korea

"Diverse Voices, United Action"

The 10th International Congress on AIDS in Asia and the Pacific

Issued Date: 19 July 2011

Country: Thailand	Date of Birth (DD/MM/YYYY): 16/01/1964
Full Name: Sahaphap Poonkesorn	Passport No.: F514346
Affiliation: Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health	Email: cdckp@hotmail.com
Address: AIDS/TB/STIs section Bureau of Epidemiology , Flr.6 Bldg 6 Ministry of Public Health Nonthaburi, 11000	Length of visit: 7 Days

Invitation Letter

Dear Mr. Sahaphap Poonkesorn

It is with great pleasure that I write on behalf of the International Congress on AIDS in Asia and the Pacific Local Organizing Committee (ICAAP10 LOC) to invite you to the ICAAP10, which will be convened at Bexco, Busan Republic of Korea from 26 to 30 August 2011.

ICAAP is the second largest HIV/AIDS forum in the world; and is a biennial gathering for the release and discussion of scientific, programmatic and policy developments in the global response to the issues of HIV/AIDS. The Co-convenor of ICAAPs is the ASAP and UNAIDS. ICAAP promotes opportunities for greater regional collaboration, sharing of ideas amongst people infected and affected by the HIV/AIDS epidemics from across the Asia and the Pacific region and provides regional and national organizations, governments and individual stakeholders with space to enhance their mutual contributions in the response to HIV/AIDS.

I look forward to having the opportunity welcoming you to Busan this August.

Sincerely yours,

Myung-Hwan CHO
Chair of the ICAAP10

This invitation letter has been offered upon the request of the participant.
It is understood that this letter is intended to assist potential attendees for visa application process or for seeking

ICAAP10 Secretariat

20th floor, Koosan Tower 3250 Bangbae 2-dong, Seocho-gu, Seoul 137-967, Korea
http://www.icaap10.org / Phone: +82-2-6288-6328/ Fax: +82-2-6288-6398/ Email: registration@icaap10.org