

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประเทศไทยได้รับผลกระทบจากการมีประชากรแฝงซึ่งเป็นบุคคลต่างด้าวที่เดินทางมาจากสาธารณรัฐแห่งสหภาพพม่า (Republic of the Union of Myanmar) หรือประเทศพม่า (Burma หรือ Myanmar) ที่เข้ามาอาศัยอยู่และประกอบอาชีพในพื้นที่หลายจังหวัด และถึงแม้ว่าภาครัฐจะดำเนินการสกัดกั้น และควบคุมบุคคลเหล่านี้แต่ในหลายพื้นที่ก็ยังมีปัญหาเกิดขึ้นอยู่ไม่น้อย อาทิเช่น ปัญหาการค้ามนุษย์ แรงงานผิดกฎหมาย และปัญหาอาชญากรรม เป็นต้น จังหวัดแม่ฮ่องสอน เป็นจังหวัดชายแดนของประเทศไทยที่มีพื้นที่ติดต่อกับรัฐฉานประเทศพม่า ในพื้นที่ 3 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมืองแม่ฮ่องสอน อำเภอปางมะผ้า อำเภอปาย และเป็นจังหวัดหนึ่งที่ได้รับผลกระทบจากประชากรแฝงที่เป็นบุคคลต่างด้าวที่เดินทางเข้าเมืองทั้งที่ถูกกฎหมายและไม่ถูกกฎหมายจากรัฐฉานประเทศพม่า ซึ่งเรียกได้ว่าเป็นรัฐที่มีความหลากหลายของการอยู่ร่วมกันของกลุ่มชาติพันธุ์ต่างๆ แต่ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ไทใหญ่ ซึ่งเป็นกลุ่มชาติพันธุ์ที่มีจำนวนประชากรมากที่สุดในรัฐฉาน นอกจากนี้มีกลุ่มชาติพันธุ์อีกหลากหลายกลุ่มชาติพันธุ์ เช่นกลุ่มชาติพันธุ์ปะโอ (ตองตู) ปะหล่อง ไทลื้อ อินตา ไทลื้อ ไทคำตี้ และคะฉิ่น เป็นต้น ทั้งนี้ด้วยสาเหตุอันเนื่องมาจากแผนยุทธศาสตร์ด้านการทหารของผู้นำประเทศพม่า ซึ่งยุทธวิธีที่รัฐบาลประเทศพม่าได้นำมาใช้กับประชาชนในรัฐฉานนั้นเป็นยุทธวิธีขั้นเด็ดขาดเรียกว่า “ยุทธวิธีตัด 4” (Four Cut) ได้แก่การขับไล่ที่ทำกิน การเผาทำลายบ้านเรือน การฆ่าผู้บริสุทธิ์ และการข่มขืน ซึ่งได้ทำมาเป็นเวลากว่า 50 ปี ส่งผลให้ประชาชนในรัฐฉานต้องทิ้งถิ่นฐานเข้ามาทำงานหาเลี้ยงชีวิตในประเทศไทยในฐานะผู้หนีภัยกว่า 2 ล้านคน (เจ้ายอดศึก, มปท. : 137) ซึ่งผู้หนีภัยจากรัฐฉานเหล่านี้ได้กลายมาเป็นประชากรแฝงในจังหวัดแม่ฮ่องสอน ส่งผลให้ปัจจุบันมีคนกลุ่มเหล่านี้เข้ามาอาศัยอยู่ปะปนร่วมกับประชาชนไทยในชุมชน หมู่บ้านต่างๆ โดยได้ประกอบอาชีพรับจ้าง และพักอาศัยอยู่กับนายจ้างในขณะที่บางกลุ่มปลูกกระท่อมในบริเวณใกล้ๆ กับชุมชนหมู่บ้าน หรือตามหัวไร่ปลายนา และส่วนใหญ่เข้ามาอาศัยอยู่ค่อนข้างถาวรเป็นเวลาหลายสิบปี จึงทำให้มีญาติพี่น้องจากรัฐฉานเดินทางเข้ามาเยี่ยมเยียนอยู่บ่อยครั้ง

และมีหลายคนไม่ได้เดินทางกลับไปรัฐฐาน ซึ่งทำให้ประชากรแฝงเหล่านี้กลายเป็นเครือข่ายของการลักลอบเข้าเมืองของบุคคลต่างด้าวจากรัฐฐานประเทศพม่าด้วย นอกจากนี้จะเป็นเครือข่ายของการลักลอบเข้าเมืองแล้วยังอาจเป็นบุคคลที่เป็นพาหะนำพาโรคต่างๆ จากประเทศพม่าเข้ามาในระดับหรือก่อให้เกิดปัญหาทางด้านสาธารณสุขต่างๆ ในพื้นที่จังหวัดแม่ฮ่องสอนได้ เนื่องจากประเทศพม่ามีความล้าหลังทางด้านสาธารณสุข ซึ่งรัฐบาลประเทศพม่าใช้งบประมาณด้านสาธารณสุขเพียงร้อยละ 1.8 ของงบประมาณทั้งหมดของประเทศ และจากผลพวงที่มาจากการละเมิดสิทธิมนุษยชนในรูปแบบต่างๆ จากการใช้กำลังทหารเข้าปราบปรามชนกลุ่มน้อย ในพื้นที่รัฐต่างๆ ตามแนวชายแดนด้านทิศตะวันตกของประเทศพม่า จึงส่งผลให้ประชาชนในรัฐฐาน ประเทศพม่ามีสุขภาพที่ไม่สมบูรณ์ และมีความยากลำบากในการเข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานของประชาชนในประเทศ (รายงานผลวิจัย : ขึ้นวิกฤติภาวะสุขภาพและสิทธิมนุษยชนในภาคตะวันออกของพม่า, 2553 : 10-11) ดังนั้นประชากรแฝงที่เป็นประชาชนจากรัฐฐานที่อาศัยอยู่ปะปนร่วมกับประชาชนไทยในชุมชน หมู่บ้านต่างๆ จึงมีโอกาสมีสุขภาพที่ไม่สมบูรณ์ มีโอกาสเจ็บป่วยสูง และอาจเป็นพาหะนำโรคติดต่อ หรือโรคที่ประเทศไทยเคยควบคุมได้เข้ามาแพร่ระบาดในพื้นที่จังหวัดแม่ฮ่องสอน ซึ่งส่งผลกระทบโดยตรงต่อความมั่นคงทางด้านสุขภาพของประชาชนในจังหวัดแม่ฮ่องสอน และความมั่นคงทางด้านสุขภาพของประเทศไทย

เป็นที่ทราบกันว่า “สุขภาพ” หมายถึงความไม่เจ็บป่วย หรือการไม่เป็นโรค และ “สุขภาพ” มีอยู่ในมนุษย์ทุกคน ทุกเพศ ทุกวัย ทุกเชื้อชาติ ศาสนา ทุกฐานะ ไม่ว่าร่ำรวยหรือยากจน ไม่ว่าจะอาศัยอยู่ในชนบทหรืออาศัยอยู่ในเมืองที่เจริญแล้วก็ตาม และสุขภาพของมนุษย์เริ่มตั้งแต่เมื่อมีการปฏิสนธิในครรภ์จนกระทั่งถึงวัยชรา และสุขภาพจะหมดไปจากตัวมนุษย์ก็ต่อเมื่อมนุษย์เสียชีวิต เราอาจเรียกความ “มีสุขภาพ” ในมนุษย์ได้ว่า “สุขภาพะ” ซึ่งมีความหมายในเชิงการประเมิน ความมีสุขภาพที่ดีของมนุษย์ และมนุษย์ทุกคนย่อมมีความต้องการสุขภาพะที่ดีหรือการมีสุขภาพดี ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ และต้องการมีชีวิตที่ยืนยาวจึงถือได้ว่า “สุขภาพ” เป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อมนุษย์อย่างยิ่ง เป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนต้องมี และเป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนต้องได้รับความคุ้มครองตามปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน (Universal Declaration of Human Rights หรือ UDHR) ซึ่งได้รับการรับรองจากสมัชชาใหญ่แห่งสหประชาชาติ (United Nation General Assembly)

ในปีพ.ศ.2491 ได้มีการก่อตั้งองค์การอนามัยโลก (World Health Organization หรือ WHO) ซึ่งเป็นหน่วยงานระหว่างประเทศในสังกัดสหประชาชาติมีสำนักงานใหญ่ตั้งอยู่ที่กรุงเจนีวา ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อที่จะคุ้มครองและส่งเสริมสุขภาพอนามัยของประชาชนทั่วโลก และมีประเทศต่างๆ ทั่วโลกร่วมมือช่วยเหลือกันเป็นการร่วมมือระหว่างชาติตลอดมาจนถึงปัจจุบัน โดยจุดมุ่งหมายของการร่วมมือระหว่างชาตินี้ก็เพื่อดำเนินการยกระดับ

สุขภาพอนามัยในทุกแห่งในโลก และช่วยส่งเสริมความก้าวหน้าในการสาธารณสุข และการคุ้มครองส่งเสริมสุขภาพอนามัยของประชาชนทั่วโลก WHO ได้มีเจตนารมณ์ กำหนดแนวทางและผลักดันรูปแบบการพัฒนาระบบสุขภาพในรูปแบบของ “การสร้างเสริมสุขภาพ” (Health Promotion) ตั้งแต่ปี พ.ศ.2529 จนถึงปัจจุบัน ซึ่งเป็นรูปแบบของการมุ่งให้ประชาชนทุกคนมีความรู้ความเข้าใจ มีสิทธิและหน้าที่ที่จะมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง และถือว่าการมีสุขภาพดีเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนทุกคน ซึ่งเป็นแนวทางที่หลายประเทศใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานสาธารณสุขของประเทศ (อำพล จินดาวัฒนะ และคณะ, 2550 : 34-52)

สำหรับประเทศไทยมีการประยุกต์แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพมาใช้ในการพัฒนาสาธารณสุขของประเทศอย่างจริงจังในปี พ.ศ.2541 จากการที่ได้มีการจัดประชุมวิชาการในหัวข้อ “ส่งเสริมสุขภาพ : บทบาทใหม่แห่งยุคของทุกคน” (จัดโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข) โดยได้รวบรวมและเผยแพร่หลักการสร้างกระแส และองค์ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพให้แก่บุคลากรสาธารณสุขทั่วประเทศ ซึ่งในขณะนั้นประเทศไทยยังคงใช้คำว่า “การส่งเสริมสุขภาพ” ซึ่งแปลมาจากคำว่า “Health Promotion” โดยมีความหมาย 2 ลักษณะดังนี้ 1) การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพโดยบุคลากรสาธารณสุขให้ประชาชนทั่วไปที่ไม่เป็นโรค มีสุขภาพแข็งแรง เช่น การใช้สุขภาพศึกษาให้คนทั่วไปมีความรู้ในการดูแลสุขภาพ และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เป็นต้น และ 2) กระบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมเพื่อให้ประชาชนเพิ่มความสามารถในการควบคุมปัจจัยกำหนดสุขภาพ และพัฒนาสุขภาพให้ดีขึ้น ทั้งคนปกติทั่วไป และผู้ที่เจ็บป่วย ดังนั้นเพื่อป้องกันความสับสนจึงใช้คำว่า “การสร้างเสริมสุขภาพ” แทนความหมายลักษณะที่ 2 และยังคงคำว่า “การส่งเสริมสุขภาพ” ไว้สำหรับความหมายแรกเป็นการเฉพาะ (อำพล จินดาวัฒนะ, 2550 : 58-74) หลังจากนั้นในปี พ.ศ.2543 ได้เกิดกระแส “การปฏิรูประบบสุขภาพ” ในประเทศไทยโดยเน้นกระบวนการ “สร้างสุขภาพนำซ่อมสุขภาพ” ซึ่งมีผลพวงมาจากรายงานสุขภาพประชาชาติที่คณะกรรมการสาธารณสุข วุฒิสภาได้เสนอว่า การสร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพ และเพื่อให้ประชาชนทุกคนมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพของตนเอง ทำให้การพัฒนาระบบสุขภาพประเทศไทยมีการเคลื่อนไหวไปในทางการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเห็นได้ชัด โดยมีการใช้กระบวนการ “สมัชชาสุขภาพ” ซึ่งเป็นกระบวนการมีส่วนร่วมระหว่างประชาชน และภาครัฐในการแลกเปลี่ยน และเรียนรู้ เพื่อมุ่งสู่การกำหนดนโยบายสาธารณะเป็นเครื่องมือในการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพ เพื่อยกร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ตามแนวทางการสร้างสุขภาพของ “กฎบัตรออตตาวา” (Ottawa Charter) และตามหลักการของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย หลังจากนั้นได้มีการออก “พระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ” ในปี พ.ศ.2544 และมีการออกกฎหมายเก็บภาษีเหล้าและบุหรี่มาตั้งเป็นกองทุน และก่อตั้ง “สำนักงานกองทุน

สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ” (สสส.) เพื่อบริหารกองทุน และใช้หลักการการสร้างเสริมสุขภาพตาม “กฎบัตรออตตาวา” (Ottawa Charter) ผนวกกับแนวคิด “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา” ซึ่งเป็นหลักการขับเคลื่อน 3 ประการ ได้แก่ การทำงานสร้างความรู้ การเคลื่อนไหวทางสังคม และการเชื่อมต่อการเมืองของศาสตราจารย์นายแพทย์ประเวศ วะสี (ประเวศ วะสี, 2545 : 23-46) เป็นหลักการและแนวทางในการดำเนินงาน โดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนตั้งแต่ประชาชน ภาครัฐบาล ภาคเอกชน และองค์กรพัฒนาเอกชน (NGOs) ต่อมารัฐบาลได้มีการตรา “พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ.2545” และมีนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรคสำหรับประชาชนไทย และมีการจัดตั้ง “กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่” (กองทุนตำบล) ซึ่งเป็นการสร้างเสริม และกระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพของภาคองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชนและในปี พ.ศ.2545 รัฐบาลมีนโยบายให้เป็น “ปีเริ่มต้นของการสร้างสุขภาพ” ซึ่งรัฐบาลได้จัดสรรงบการเสริมสุขภาพโดยการเดินแอโรบิก ณ บริเวณท้องสนามหลวง มีผู้เข้าร่วมกว่า 50,000 คน จากทั่วประเทศ และทำการถ่ายทอดสดผ่านสัญญาณโทรทัศน์ทั่วประเทศ จากนั้นในปี พ.ศ.2546 รัฐบาลกำหนดให้วันที่ 27 พฤศจิกายน ของทุกปี เป็นวันสร้างสุขภาพแห่งชาติ และมีการประกาศยุทธศาสตร์แห่งชาติ “รวมพลังสร้างสุขภาพเพื่อคนไทยแข็งแรงเมืองไทยแข็งแรง” (Healthy Thailand) ด้วยผลงานการพัฒนาระบบสาธารณสุขของประเทศไทยที่ได้นำแนวคิดหลักการจาก “กฎบัตรออตตาวา” (Ottawa Charter) ที่ว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพตลอดทศวรรษที่ผ่านมาทำให้ประเทศไทยได้รับบทบาทในการเป็นเจ้าภาพจัดประชุมวิชาการ “การสร้างเสริมสุขภาพโลก” (Global Conference on Health Promotion) ซึ่งจัดขึ้นระหว่างวันที่ 7-11 สิงหาคม พ.ศ.2548 และมีการประกาศ “กฎบัตรกรุงเทพเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในยุคโลกาภิวัตน์” (The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalization World) เพื่อย้ำกระบวนกรสร้างเสริมสุขภาพในยุคโลกาภิวัตน์ และกำหนดแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพของประเทศที่เป็นสมาชิกขององค์การอนามัยโลกทุกประเทศ จะเห็นได้ว่าเป็นเวลากว่าทศวรรษที่ผ่านมาประเทศไทยเป็นที่ยอมรับ และก้าวสู่ความเป็นผู้นำทางด้านการสาธารณสุขในประชาคมโลกด้วยการนำเอาหลัก “การสร้างเสริมสุขภาพ” (Health Promotion) มาเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบสาธารณสุขของประเทศอย่างเป็นรูปธรรมหลังจากนั้นรัฐบาลมีการออกพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ.2550 (วันที่ 3 มีนาคม พ.ศ.2550) ในหมวด 5 มาตรา 46 ให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) จัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติเพื่อใช้เป็นกรอบแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประชาชนเสนอคณะรัฐมนตรีเพื่อขอความเห็นชอบ และในปี พ.ศ.2550 คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ได้เริ่มจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2552 โดยกำหนดหลักการมีส่วนร่วม และรับฟังความคิดเห็นจากทุกภาคส่วน โดยใช้

หลักวิชาการ และการจัดการความรู้เป็นฐาน เพื่อให้สังคมได้ใช้เป็นฐานอ้างอิงในการกำหนดทิศทาง และเป้าหมายของระบบสุขภาพในอนาคต และเปิดโอกาสให้ภาคี เครือข่ายระดับพื้นที่สามารถจัดทำ ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพของพื้นที่ของตน โดยต้องไม่ขัดแย้งหรือขัดแย้งกับธรรมนูญว่าด้วยระบบ สุขภาพแห่งชาติ และคณะรัฐมนตรีได้ลงนามเห็นชอบในการประชุมเมื่อวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ.2550 ปัจจุบันธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2552 มีผลบังคับใช้แล้ว (อำพล จินดาวัฒนะ และคณะ, 2550 : 78-97)

ปัจจุบันจากข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอนได้มีการให้บริการด้าน สุขภาพแก่ผู้อพยพย้ายถิ่นจากประเทศพม่าที่ถือเป็นหน้าที่ตามหลักสิทธิมนุษยชน ซึ่งนับวันจะมี จำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ แม้จะมีโครงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแนวชายแดนเป็นโครงการ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน ได้ดำเนินการร่วมกับองค์กรต่างประเทศ USAID ภายใต้โครงการชิลด์ (SHIELD) เพื่อพัฒนาเครือข่ายสุขภาพชุมชนและจัดระบบบริการ เพื่อสร้าง โอกาสการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนแนวชายแดน โดยการจัดหาพนักงานสาธารณสุข (พสข.) และสร้างอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนชายแดน (อสขช.) เข้าไปประจำและจัดบริการ สุขภาพอนามัยแก่ประชาชน เริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ.2549 ถึงปี พ.ศ.2553 ต่อมาในปี พ.ศ.2553 ได้ ร่วมกับองค์กรระหว่างประเทศเพื่อการโยกย้ายถิ่นฐาน หรือไอโอเอ็ม (International Organization for Migration : IOM) ดำเนินโครงการส่งเสริมความเป็นอยู่ของประชากรแบบบูรณาการ ภายใต้โครงการ IOM ตั้งแต่ปี พ.ศ.2553 ถึงปี พ.ศ.2555 ได้ดำเนินการแก้ปัญหาด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนใน พื้นที่ยากลำบากในการเข้าถึงบริการสุขภาพโดยเฉพาะในพื้นที่แนวชายแดนไทยพม่า วัตถุประสงค์ เพื่อจัดระบบบริการสุขภาพให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างครอบคลุม สร้างความเข้มแข็ง ให้ชุมชน และเป็นเครือข่ายในการวางแผนดูแลสุขภาพอนามัยของตนเองและชุมชนในพื้นที่ แนวชายแดน สิ้นสุดโครงการเมื่อวันที่ 30 เมษายน พ.ศ.2556 และจะได้ดำเนินการในโครงการ ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแนวชายแดน (Project for Local Empowerment : PLE) ร่วมกับ องค์กร ไอ อาร์ ซี (IRC) โดยเริ่มตั้งแต่ พ.ศ.2555 ถึง พ.ศ.2558 วัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มการเข้าถึง บริการสุขภาพอนามัย สำหรับกลุ่มประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลบริเวณชายแดนในพื้นที่ อำเภอมืองแม่ฮ่องสอน และอำเภอยุชบง จำนวน 12 หมู่บ้าน จากโครงการดังกล่าวพบว่าการเข้าถึง การรับบริการสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ที่เป็นประชากรผู้อพยพย้ายถิ่นจากรัฐน่าน นั้นมีไม่ ถึง 1 หมู่บ้านเนื่องจากมีเพียง 2 หย่อมบ้าน (ห้วยทรายขาว และดินดอย) ของหมู่บ้านห้วยผึ้ง ที่เป็นผู้อพยพย้ายถิ่นจากรัฐน่าน ดังนั้นโครงการที่กล่าวมาเป็นโครงการที่ยังไม่ครอบคลุมกับการ เข้าถึงบริการสุขภาพของผู้อพยพจากรัฐน่านในจังหวัดแม่ฮ่องสอนทั้งหมด ทำให้ผู้อพยพย้ายถิ่น จากรัฐน่านกลุ่มนี้ยังไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่ดีได้

จากรายงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอนย้อนหลังแสดงจำนวนผู้ป่วยนอก 21 กลุ่มโรคของต่างด้าว สรุปสาเหตุการป่วยของต่างด้าว ปี พ.ศ.2553-พ.ศ.2555 จากอัตราการรักษาในโรงพยาบาลศรีสังวาลย์ จังหวัดแม่ฮ่องสอนมากที่สุด 5 อันดับได้แก่ 1) โรคระบบทางเดินหายใจ 2) อาการแสดงและสิ่งผิดปกติที่พบได้จากการตรวจทางคลินิกและห้องปฏิบัติการที่ไม่สามารถจำแนกโรคในกลุ่มอื่นได้ 3) โรคระบบย่อยอาหารรวมโรคในช่องปาก 4) โรคระบบกล้ามเนื้อรวมโครงร่างและเนื้อเยื่อเสริม 5) โรคติดเชื้อและปรสิต เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่เป็นคนไทย ในอันดับต้นมีความคล้ายคลึงกันคือ โรคระบบหายใจเป็นสาเหตุอันดับแรก จากการวิเคราะห์สถานะการของการเจ็บป่วยแล้วมีแนวโน้มการเจ็บป่วยมากขึ้นเนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยและการเข้ารับการรักษาเพิ่มมากขึ้น เช่นในกลุ่มโรคที่เป็นกันมากที่สุดคือโรคระบบหายใจนั้นพบว่า ในปี พ.ศ.2553 มีการรักษาจำนวน 55,409 ครั้ง ปี พ.ศ.2554 เพิ่มขึ้นเป็น 201,441 ครั้ง และในปี พ.ศ.2555 จำนวน 242,568 ครั้ง จากอัตราการเจ็บป่วยที่เพิ่มขึ้นแสดงให้เห็นว่ายังไม่มีมาตรการในการป้องกันหรือเข้าไปแก้ไขปัญหการเจ็บป่วยดังกล่าว ซึ่งมีแนวโน้มว่าจะมีอัตราสูงขึ้นเรื่อยๆ ส่งผลกระทบต่อปัญหาด้านงบประมาณที่เพิ่มขึ้นในการแบกรับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ไม่สามารถเรียกเก็บค่าใช้จ่ายในการให้บริการแก่คนต่างด้าว/ผู้ไม่มีสิทธิในการรักษาพยาบาลที่ไม่ได้รับจัดสรรงบประมาณจากรัฐขององค์กรสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดแม่ฮ่องสอน ซึ่งมีค่าใช้จ่าย 3 ปีย้อนหลังตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ.2551-พ.ศ.2553 คิดเป็นเงิน 44,949,922 บาท (สี่สิบล้านเก้าแสนสี่หมื่นเก้าพันเก้าร้อยยี่สิบสองบาทถ้วน) หรือประมาณ 45 ล้านบาท หรือโดยเฉลี่ยต่อปีเท่ากับ 14,983,307.33 บาท (สิบล้านเก้าแสนแปดหมื่นสามพันสามร้อยเจ็ดบาทสามสิบสามสตางค์) หรือประมาณ 15 ล้านบาทต่อปี ซึ่งพื้นที่อำเภอเมืองแม่ฮ่องสอน โดยเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลศรีสังวาลย์แบกรับภาระค่าใช้จ่ายไว้ประมาณครึ่งหนึ่งของภาระค่าใช้จ่ายทั้งหมด หรือคิดเป็นเงินโดยเฉลี่ยต่อปีประมาณ 7.5 ล้านบาท ซึ่งแสดงถึงความรุนแรงของพื้นที่ที่ประสบปัญหาในเรื่องของงบประมาณด้านสาธารณสุขของคนต่างด้าว และปัญหาด้านสุขภาพได้อย่างชัดเจนถึงแม้ว่าปัจจุบัน คณะรัฐมนตรีจะมีมติให้สิทธิขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขกับบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน พ.ศ.2553 และจัดหางบประมาณในการดำเนินการ โดยมีกลุ่มเป้าหมายทั่วประเทศ 457,409 คน เป็นจำนวนเงิน 472,823,683 บาท (สี่ร้อยเจ็ดสิบล้านแปดแสนสองหมื่นสามพันหกร้อยแปดสิบบาทถ้วน) เพื่อชดเชยและเป็นงบประมาณในการเหมาจ่ายค่ารักษาพยาบาลรายหัวที่ 2,067.40 บาทต่อคนต่อปี ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2554 เป็นต้นไปก็ตาม แต่ข้อเท็จจริงในพื้นที่จังหวัดแม่ฮ่องสอน มีการลงทะเบียนผู้มีสิทธิตามมติคณะรัฐมนตรี (ผู้มารายงานตัวขึ้นทะเบียนต่อกรมการปกครอง) เพียง 16,103 คน จากกลุ่มเป้าหมายทั้งหมดประมาณ 20,000 คน และยังมีผู้ไม่มีสิทธิตามมติการคืนสิทธิของคณะรัฐมนตรี (ผู้ไม่มีเอกสารแสดงตัวตนและไม่มารายงานตัวขึ้นทะเบียนต่อกรมการปกครอง)

ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดแม่ฮ่องสอนอีกจำนวนหนึ่งซึ่งเป็นจำนวนที่ไม่สามารถตรวจสอบได้ ซึ่งจะทำให้การเบิกจ่ายงบประมาณไม่สามารถครอบคลุมและไม่เพียงพอต่อการให้บริการในการรักษาพยาบาลแก่คนต่างด้าว และผู้ที่มีปัญหาสถานะและสิทธิที่อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดแม่ฮ่องสอน ดังนั้นจังหวัดแม่ฮ่องสอนจะยังคงเผชิญปัญหาในเรื่องของการแบกรับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ไม่สามารถเรียกเก็บค่าใช้จ่ายในการให้บริการด้านสุขภาพแก่ผู้ที่ไม่มีความสามารถในการรักษาพยาบาลต่อไป ย่อมส่งผลกระทบต่องบประมาณในด้านการพัฒนาสาธารณสุขของประชาชนไทยในพื้นที่ นอกจากด้านงบประมาณแล้วยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพของคนไทยในพื้นที่ที่ต้องรับความเสี่ยงกับโรคติดต่อที่มาจากกลุ่มคนเหล่านี้ และอีกด้านคือคุณภาพชีวิตของกลุ่มคนเหล่านี้ การสร้างสุขภาพที่ดีควรจะได้รับในสิทธิขั้นพื้นฐานในความเป็นมนุษย์

จากสถานการณ์ในพื้นที่จังหวัดแม่ฮ่องสอนที่ได้กล่าวในข้างต้นนี้เป็นปัญหาด้านสุขภาพที่ต้องดำเนินการป้องกันและแก้ไข เพื่อลดผลกระทบที่เกิดขึ้น และเพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับการก้าวเข้าสู่การพัฒนาประเทศต่อไป และจากสภาพปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยมีความเห็นว่า “การสร้างเสริมสุขภาพ” (Health Promotion) ตามหลักการขององค์การอนามัยโลก (WHO) ในกลุ่มผู้อพยพย้ายถิ่นที่เป็นประชาชนที่มาจากรัฐฉานประเทศพม่า โดยการให้กลุ่มผู้อพยพย้ายถิ่นเหล่านี้เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการดูแลสุขภาพของตนเอง และการนำหลักเศรษฐกิจพอเพียงและหลักการทรงงานของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวในการสร้างความเข้มแข็งให้ครอบครัวและชุมชน การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมและสอดคล้องต่อความต้องการเป็นประโยชน์ต่อสภาพแวดล้อม เกิดประโยชน์ต่อส่วนรวมและพัฒนาจากภูมิปัญญาชาวบ้านก่อน เพื่อให้มีสุขภาพที่สมบูรณ์ขึ้นอย่างยั่งยืน สามารถจัดการกับปัญหาด้านสุขภาพของตนบนพื้นฐานของวัฒนธรรมของกลุ่มชาติพันธุ์ และเพื่อการลดการพึ่งพาทรัพยากรด้านสาธารณสุข ลดภาระค่าใช้จ่ายขององค์กรสาธารณสุขจากภาครัฐในพื้นที่จังหวัดแม่ฮ่องสอน ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดที่จะพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมในการสร้างเสริมสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของผู้อพยพย้ายถิ่นจากรัฐฉานที่อาศัยอยู่ในจังหวัดแม่ฮ่องสอน เพื่อเป็นทางเลือกหนึ่งในการลดปัญหาด้านสาธารณสุขในพื้นที่ และเป็นการป้องกันความมั่นคงทางด้านสุขภาพของประเทศไทย

คำถามการวิจัย

ผู้อพยพย้ายถิ่นจากรัฐฉานที่อาศัยอยู่ในจังหวัดแม่ฮ่องสอนมีวิธีการจัดการดูแลสุขภาพของตนเองบนพื้นฐานวัฒนธรรมของตนอย่างไร และมีวิธีการปรับวิถีชีวิตความเป็นอยู่อย่างไร รวมทั้งควรมีรูปแบบการจัดการสุขภาพของตนเองอย่างไรจึงจะมีสุขภาพดี บนรากฐานวัฒนธรรมของตนเพื่อนำสู่การไม่พึ่งพาบริการสาธารณสุขจากภาครัฐหากไม่จำเป็น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหา และลักษณะการจัดการดูแลสุขภาพของผู้อพยพย้ายถิ่นจากรัฐานที่อาศัยอยู่ในจังหวัดแม่ฮ่องสอน
2. เพื่อศึกษาปัจจัยกำหนดสุขภาพ ของผู้อพยพย้ายถิ่นจากรัฐานที่อาศัยอยู่ในจังหวัดแม่ฮ่องสอน
3. เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของผู้อพยพย้ายถิ่นจากรัฐานที่อาศัยอยู่ในจังหวัดแม่ฮ่องสอน

ประโยชน์ที่รับจากการวิจัย

1. ผู้อพยพย้ายถิ่นจากรัฐานที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านห้วยขาน สามารถเรียนรู้วิเคราะห์ และมีส่วนร่วมในกิจกรรมการแก้ไขปัญหาสุขภาพ และกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของตน นำไปสู่การมีสุขภาพะ และการมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยวิธีการพึ่งตนเองบนรากฐานวัฒนธรรมของตน และไม่พึ่งพาบริการสาธารณสุขจากภาครัฐหากไม่จำเป็น และนำสู่การมีความมั่นคงด้านสุขภาพของจังหวัดชายแดน และประเทศไทย
2. ได้รูปแบบที่เหมาะสมของกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพผู้อพยพย้ายถิ่นจากรัฐานที่อาศัยอยู่ในจังหวัดแม่ฮ่องสอน โดยผ่านการมีส่วนร่วมของชุมชนและผู้อพยพย้ายถิ่นจากรัฐานที่สามารถปรับใช้ได้กับพื้นที่อื่นๆ ที่มีความใกล้เคียงด้านบริบท เพื่อลดค่าใช้จ่ายในการให้บริการด้านสาธารณสุขจากการให้บริการแก่บุคคลต่างด้าว และผู้ไม่มีสิทธิในการรักษาพยาบาลใดๆ ขององค์กรที่เกี่ยวข้องในพื้นที่จังหวัดแม่ฮ่องสอน

ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการดำเนินงานวิจัยในครั้งนี้ ได้แก่ ผู้อพยพย้ายถิ่นจากรัฐานที่อาศัยอยู่ร่วมกับคนไทยในจังหวัดแม่ฮ่องสอน

กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ตัวแทนผู้อพยพย้ายถิ่นจากรัฐานที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านห้วยขานจำนวน 109 คน จากทุกหลังคาเรือนที่มีผู้อพยพย้ายถิ่นจากรัฐานที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านห้วยขานทั้งหมด 109 หลังคาเรือน (รายละเอียดในบทที่ 3)

ขอบเขตด้านเนื้อหา

1. สภาพปัญหา และลักษณะการจัดการดูแลสุขภาพของผู้อพยพย้ายถิ่นจากรัฐานที่อาศัยอยู่ในจังหวัดแม่ฮ่องสอน

2. ปัจจัยกำหนดสุขภาพ ของผู้อพยพย้ายถิ่นจากรัฐานที่อาศัยอยู่ในจังหวัดแม่ฮ่องสอน ประกอบด้วย 3 ปัจจัยหลัก ดังนี้ คือ

2.1 บุคคลประกอบด้วย

2.1.1 ปัจจัยด้านชีวภาพ ได้แก่ พันธุกรรม อายุ และเพศ

2.1.2 ปัจจัยด้านจิตใจซึ่งเป็นสิ่งกำหนดพฤติกรรมของบุคคล ได้แก่ ทัศนคติ ค่านิยม และแรงจูงใจ

2.1.3 พฤติกรรม ได้แก่ การดำเนินชีวิตประจำวัน พฤติกรรมสุขภาพและการดูแลสุขภาพตนเอง ได้แก่ พฤติกรรมที่ส่งผลด้านบวกต่อสุขภาพและพฤติกรรมที่ส่งผลด้านลบต่อสุขภาพ

2.2 สิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย

2.2.1 ด้านกายภาพ ได้แก่ ปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิต (ที่อยู่อาศัย น้ำ อากาศ อาหาร เครื่องนุ่งห่ม และสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ) การคมนาคม สิ่งเสพติด สิ่งอำนวยความสะดวกและมลภาวะ

2.2.2 ด้านชีวภาพ ได้แก่ สิ่งมีชีวิตในชุมชน (พืช สัตว์ เชื้อโรค และมนุษย์)

2.2.3 ด้านสังคม ได้แก่ ครอบครัว ชุมชน ระบบสังคม

2.3 ระบบบริการสาธารณสุขประกอบด้วย

2.3.1 การส่งเสริมสุขภาพ (การหาทางส่งเสริมให้ร่างกายแข็งแรง ลดความเสี่ยงและหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ที่ทำให้สุขภาพไม่ดี) ได้แก่ ความรู้ และความตระหนักของผู้อพยพย้ายถิ่นจากรัฐานที่อาศัยอยู่ในชุมชน และบทบาทของหน่วยงานสาธารณสุขภาครัฐในการส่งเสริมสุขภาพชุมชน

2.3.2 การป้องกันโรค (มาตรการ หรือการปฏิบัติเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคในชุมชนเมื่อชุมชนมีความเสี่ยง) ได้แก่ มาตรการ กฎระเบียบ กิจกรรมของชุมชนที่มุ่งให้เกิดการป้องกันโรคในชุมชน และบทบาทของหน่วยงานสาธารณสุขภาครัฐในการป้องกันโรคในชุมชน

2.3.3 การรักษาพยาบาล (การรักษาอาการเจ็บป่วย) ได้แก่ วิธีการรักษาพยาบาลของผู้อพยพย้ายถิ่นจากรัฐานที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมื่อมีอาการเจ็บป่วย และบทบาทของหน่วยงานสาธารณสุขภาครัฐในการให้การรักษาพยาบาลแก่ผู้อพยพย้ายถิ่นจากรัฐานที่อาศัยอยู่ในชุมชน

2.3.4 การฟื้นฟูสุขภาพ (การฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังจากเข้ารับการรักษาพยาบาลของผู้อพยพย้ายถิ่นจากรัฐานที่อาศัยอยู่ในชุมชน) ได้แก่ วิธีการฟื้นฟูสุขภาพของผู้อพยพย้ายถิ่นจากรัฐานที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมื่อมีอาการเจ็บป่วยและบทบาทของหน่วยงานสาธารณสุขภาครัฐในการฟื้นฟูสุขภาพแก่ผู้อพยพย้ายถิ่นจากรัฐานที่อาศัยอยู่ในชุมชน

2.3.5 รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของผู้อพยพย้ายถิ่นจากรัฐานที่อาศัยอยู่ในจังหวัดแม่ฮ่องสอน เป็นการเน้นให้ผู้อพยพย้ายถิ่นในพื้นที่เรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการดำเนินการวิจัย โดยเริ่มจากการศึกษาปัญหาสุขภาพ การระดมความคิดเพื่อค้นหาสาเหตุของปัญหาสุขภาพ และลักษณะการจัดการดูแลสุขภาพบนพื้นฐานของวัฒนธรรม ความเชื่อ และภูมิปัญญา การนำไปปฏิบัติจริง และการร่วมกันประเมินผล เพื่อนำเสนอรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพในลักษณะเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย และข้อเสนอแนะเชิงการปฏิบัติการให้แก่องค์กรที่เกี่ยวข้อง

ขอบเขตด้านพื้นที่

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เจาะจงเลือกพื้นที่ในการดำเนินการศึกษาจำนวน 1 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่บ้านห้วยขาน หมู่ที่ 3 ตำบลหมอกจำแป่ อำเภอเมือง จังหวัดแม่ฮ่องสอน เหตุผลที่ผู้วิจัยเลือกหมู่บ้านห้วยขานเป็นพื้นที่ในการดำเนินการศึกษาในครั้งนี้มีดังนี้

ประการแรก อำเภอเมืองแม่ฮ่องสอนมีประชากรแฝงที่เป็นผู้อพยพย้ายถิ่นจากรัฐานอาศัยอยู่ร้อยละ 28 ของประชากรทั้งอำเภอ ซึ่งมากกว่าทุกอำเภอในจังหวัดแม่ฮ่องสอน (สำนักบริหารการทะเบียน จ.แม่ฮ่องสอน, 2553) และเป็นพื้นที่รับผิดชอบของเครือข่ายบริการสุขภาพของโรงพยาบาลศรีสวาลัย ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ของจังหวัดแม่ฮ่องสอนมีพื้นที่ในการให้บริการด้านสุขภาพครอบคลุมเขตพื้นที่อำเภอเมืองแม่ฮ่องสอนทั้งหมด และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจากการให้บริการแก่บุคคลต่างด้าวและผู้ไม่มีสิทธิในการรักษาพยาบาลใดๆ โดยเฉลี่ยปีละ 7.5 ล้านบาท ซึ่งคิดเป็นประมาณครึ่งหนึ่งของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจากการให้บริการแก่บุคคลต่างด้าวและผู้ไม่มีสิทธิในการรักษาพยาบาลทั้งจังหวัด (ข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน, 2554) ซึ่งแสดงถึงความรุนแรงของพื้นที่ที่ประสบปัญหาในเรื่องของงบประมาณด้านสาธารณสุขของคนต่างด้าวและปัญหาด้านสุขภาพได้อย่างชัดเจน

ประการที่สอง ตำบลหมอกจำแป่ มีประชากรแฝงที่เป็นผู้อพยพย้ายถิ่นจากรัฐานอาศัยอยู่หนาแน่นที่สุดกว่าทุกตำบลในอำเภอเมืองแม่ฮ่องสอนคือ มีประชากรแฝงคิดเป็นร้อยละ 39 ของประชากรทั้งตำบลและหมู่บ้านห้วยขานเป็นหมู่บ้านที่มีประชากรแฝงที่เป็นผู้อพยพย้ายถิ่นจากรัฐานอาศัยอยู่หนาแน่นที่สุดหมู่บ้านหนึ่งเมื่อเทียบกับหมู่บ้านอื่นในอำเภอเมืองแม่ฮ่องสอน

คือมีประชากรแฝงคิดเป็นร้อยละ 41 ของประชากรทั้งหมู่บ้าน (สำนักบริหารการทะเบียน จังหวัดแม่ฮ่องสอน, 2553)

ประการที่สาม หมู่บ้านห้วยขาน หมู่ที่ 3 ตำบลหมอกจำแป่ อำเภอเมือง จังหวัดแม่ฮ่องสอน เป็นหมู่บ้านที่ผู้นำชุมชน และองค์กรภาครัฐในพื้นที่ให้ความร่วมมือกับ โครงการพัฒนาต่างๆ ของชุมชนเป็นอย่างดี ประการสำคัญผู้วิจัยได้รับความร่วมมือจากภาคีต่างๆ ในชุมชน เช่น ผู้นำชุมชน โรงเรียน โครงการตามพระราชดำรินในพื้นที่รวมถึงกลุ่มประชากรเป้าหมายในการเก็บรวบรวม ข้อมูลนับตั้งแต่การระดมความคิดการค้นหาแนวทางต่างๆ ในการสร้างเสริมสุขภาพบนพื้นฐาน ของวัฒนธรรมของกลุ่มชาติพันธุ์ต่างๆ จากรัฐงาน และการนำไปปฏิบัติจนสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ ของงานวิจัยได้

ขอบเขตด้านเวลา

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ใช้เวลาทั้งสิ้น 7 เดือน คือ ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2554 ถึงเดือน เมษายน 2555

นิยามศัพท์เฉพาะ

การสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการเคลื่อนไหว และการปฏิบัติที่มุ่งดำเนินการกับ บุคคลและสังคม ทั้งคนปกติทั่วไปและผู้ที่เจ็บป่วยเพื่อเพิ่มความสามารถในการควบคุมปัจจัย กำหนดสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงทางสุขภาพ และพัฒนาสุขภาพให้ดีขึ้น มีสุขภาพดี มีร่างกาย สมบูรณ์แข็งแรงปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ (มีสุขภาพะ) สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง การแสวงหาวิธี และแนวทางในการจัด กิจกรรมในเชิงปฏิบัติอย่างเหมาะสมในการควบคุมปัจจัยกำหนดสุขภาพของบุคคล และสังคม โดยผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อให้สามารถควบคุมปัจจัยกำหนดสุขภาพที่มุ่งจะ ส่งผลต่อการมีสุขภาพดี (มีสุขภาพะ) มีร่างกายสมบูรณ์แข็งแรงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ

ผู้อพยพย้ายถิ่นจากรัฐงาน หมายถึง บุคคลที่เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ที่เดินทางมาจากรัฐงาน ประเทศพม่าซึ่งเป็นบุคคลที่ไม่มีสัญชาติไทยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ไทใหญ่ และกลุ่มชาติพันธุ์ อื่นๆ ได้แก่ กลุ่มชาติพันธุ์ปะโอ (ตองอู) คะฉิ่น และปะหล่อง เป็นต้น ที่หนีภัยการละเมิดสิทธิมนุษยชน จากรัฐงานประเทศพม่า หรือหลบหนีเข้าเมืองโดยผิดกฎหมายเพื่อมาหางานทำ ซึ่งเข้ามาอาศัยอยู่ ร่วมกับประชาชนไทย หรือเป็นประชากรแฝงในหมู่บ้าน หรือชุมชนต่างๆ เป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า

10 ปี ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปเลี้ยงตนและครอบครัวโดยมีลักษณะการอาศัยอยู่แบบถาวร ร่วมกับคนไทยในหมู่บ้าน หรือปลูกกระท่อมหลบซ่อนอยู่ตามหัวไร่ปลายนา

การวิจัยสุขภาพชุมชน (PRECEDE) หมายถึง การค้นหา และศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผล กระทบต่อปัญหาด้านคุณภาพชีวิต และปัญหาด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านกาย ด้านจิต ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณของผู้อพยพย้ายถิ่นจากรัฐฐาน (กลุ่มตัวอย่าง) เพื่อมุ่งตอบประเด็น สภาพปัญหา ลักษณะการจัดการสุขภาพ รวมถึงปัจจัยกำหนดสุขภาพทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านบุคคล ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านระบบบริการสาธารณสุขของผู้อพยพย้ายถิ่นจากรัฐฐาน เพื่อนำข้อมูลไป ใช้ประโยชน์ในการกำหนดวิสัยทัศน์ด้านการบริหารนโยบาย และแผนการสร้างเสริมสุขภาพ ในชุมชนที่มีผู้อพยพย้ายถิ่นจากรัฐฐานอาศัยอยู่ร่วมกับคนไทยในลักษณะประชากรแฝง

