

รายงานการวิจัย เรื่อง
พฤติกรรมและการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ กลุ่มผู้ใช้แรงงานก่อสร้างเคลื่อนที่ ในเขต
ก่อสร้าง จ.สมุทรปราการ ภายใต้ นโยบายการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
(30 บาทรักษาทุกโรค) ระยะที่ 1

“Health Seeking Behavior and Health Promotive Development Model for Temporary
Constructing Labors in Samuthrprakarn Province (Under UC Health Assurance Policy)
Phase 1”



อุดมศักดิ์ มหาวิวัฒน์ และคณะ
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

งานวิจัยนี้ ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจาก สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

คำนำ

การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค สำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต จำเป็นต้องอาศัยปัจจัยที่เอื้อต่อสุขภาพซึ่ง ได้แก่ ที่อยู่อาศัย การศึกษา ความมั่นคงทางสังคม ความสัมพันธ์ในสังคม อาหาร รายได้ ระบบนิเวศที่มั่นคง การใช้ทรัพยากรที่ยั่งยืน ความเป็นธรรมในสังคมการเคารพสิทธิมนุษยชน สันติภาพและความเสมอภาค การส่งเสริมสุขภาพเป็นองค์ประกอบสำคัญของการพัฒนาสุขภาพ เป็นกระบวนการเพิ่มความสามารถของประชาชนในการควบคุมดูแล และพัฒนาสุขภาพของตนเอง กิจกรรม และการลงทุนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพสามารถสร้างผลกระทบต่อนโยบายที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ กลยุทธ์ การส่งเสริมสุขภาพจึงเป็นแรงขับเคลื่อนที่ก่อให้เกิดการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงโครงสร้างชีวิต สภาพาสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพ และยังเป็นวิธีปฏิบัติที่ช่วยให้บรรลุความเสมอภาคทางสุขภาพของประชาชนได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งความสอดคล้องกับกิจกรรมหลัก 5 กลุ่มมีผลต่อความสำเร็จของการส่งเสริมสุขภาพคือ การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ เสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับกิจกรรมชุมชนพัฒนาสุขภาพส่วนบุคคล ปรับเปลี่ยนวิธีการบริการสาธารณสุข ประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศอยู่ในภาคแรงงาน อาทิ แรงงานเกษตรกรรม อุตสาหกรรม และแรงงานก่อสร้าง ซึ่งมีไม่น้อยที่ปรับวิธีการดำรงชีพ สลับกันกับภาคแรงงาน รวมถึงการก่อสร้างและแรงงานอื่นๆ งานวิจัย พฤติกรรมการแสวงหาการรักษาและสร้างเสริมสุขภาพ ของกลุ่มแรงงานก่อสร้างทั้งเคลื่อนที่และถาวรเป็นจุดที่หลายคนอาจมองข้ามความสำคัญ ทั้งๆที่เป็นภาคแรงงานที่สำคัญยิ่งต่อการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานของประเทศชาติ (Marginal People)

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) กระทรวงสาธารณสุข ได้พิจารณาเห็นความสำคัญและสนับสนุน ทุนอุดหนุนในการดำเนินงานวิจัย พฤติกรรมการแสวงหาการรักษาและสร้างเสริมสุขภาพ ของกลุ่มแรงงานก่อสร้าง และได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ สาธารณสุขอำเภอต่างๆ ของจังหวัดสมุทรปราการ ที่เห็นความสำคัญและอำนวยความสะดวกในด้านต่างๆ เกี่ยวกับสถานที่ก่อสร้างและกลุ่มตัวอย่างผู้ใช้แรงงานก่อสร้างเคลื่อนที่ กอปรกับสถาบันทางวิชาการได้ให้การสนับสนุน โดยเฉพาะ ศาสตราจารย์ น.พ. ศาสตราจารย์ เสาวคนธ์ คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา และ นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข ที่รับเป็นที่ปรึกษาโครงการ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดำเนินงานวิจัย จึงทำให้เกิดโครงการวิจัยที่เป็นหลักฐานทางวิชาการอันสำคัญอันหนึ่ง ที่ช่วยให้การอธิบาย สถานภาพทางสุขภาพของกลุ่มแรงงานก่อสร้างเคลื่อนที่ ใน จ.สมุทรปราการ มีความชัดเจน ยิ่งขึ้น และเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางานด้านการส่งเสริมสุขภาพ ต่อ ตัวจังหวัดสมุทรปราการ หรือ จังหวัดอื่นๆที่มีลักษณะสภาพที่ใกล้เคียงกันได้

คณะผู้วิจัย

บทคัดย่อ

พฤติกรรมและการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ กลุ่มผู้ใช้แรงงานก่อสร้างเคลื่อนที่ ในเขต
ก่อสร้าง จ.สมุทรปราการ ภายใต้ นโยบายการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
(30บาทรักษาทุกโรค) ระยะที่ 1

“Health Seeking Behavior and Health Promotive Development Model for Temporary
Constructing Labors in Samuthrakarn Province (Under UC Health Assurance Policy) Phase 1”

อุดมศักดิ์ มหาวิวัฒน์ M.P.H.,¹ นันทพร บุตรบำรุง M.Sc.,² พิสมัย หอมจำปา Ph.D.,² อรพิน ทองดี M.P.H.,²
สุนิสา แสงจันทร์ M.Sc.,² ศิริพร จันทร์ฉาย M.Sc.,² สุนันทา โอศิริ Ph.D.²

¹ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ² คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

การศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง ของกลุ่มแรงงานก่อสร้างเคลื่อนที่แบบชั่วคราว ที่มี
บัตรทอง(30 บาท รักษาทุกโรค) จำนวน 457 คน โดยการสุ่มตัวอย่างตามสัดส่วน ของจำนวนผู้ใช้
แรงงานที่กระจายอยู่ตามสถานที่ก่อสร้าง ในแต่ละอำเภอ ของจังหวัดสมุทรปราการ ในช่วง ปี 2546
พบว่า เป็นชาย(71.33%)มากกว่า หญิง(28.68%) อายุส่วนมากอยู่ระหว่าง 21-45 ปี ส่วนใหญ่ทำงาน
ก่อสร้างในสนามบินสุวรรณภูมิ(55.80%) หมู่บ้านจัดสรร(19.91%) และ โรงงาน(8.75%) ระดับการ
ศึกษาส่วนมาก จบ ชั้น ประถมศึกษาชั้นปีที่ 6(41.23%) ประถมศึกษาชั้นปีที่ 4 (28.29%)และชั้น
มัธยมต้น(17.76%) ค่าแรงที่ได้รับอยู่ระหว่าง วันละ 100-200 บาท เหตุที่มาทำงานก่อสร้างเคลื่อนที่
ส่วนมากเป็นเพราะ ที่บ้านไม่มีงานทำ(48.83%) รายได้ดีกว่าเดิม(33.26%) ว่างจากการทำการเกษตร
(20.57%)และมาตามคำชักชวน(14.44%) สถานะทางสุขภาพของตนเองในรอบปีคิดว่ามีสุขภาพดี
(73.85%) เจ็บป่วยเล็กน้อยๆ(16.92%) เช่น เป็นหวัด ปวดเมื่อยตามร่างกาย และปวดหัว สภาพที่
พักอาศัยเป็นห้องเดี่ยวไม่แยกส่วนห้องนอนและห้องครัว เป็นเรือนพักสองชั้น(55.80%)เพิงสังกะสี
(33.70%) บริเวณรอบๆจะมีน้ำขัง มีกลิ่น และเสียงรบกวน มีแมลงและสัตว์นำโรค ร้อนและค่อนข้าง
อบอ้าว ผู้ใช้แรงงานส่วนใหญ่ดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง(55.36%) เหล้าและยาแดง(53.61%) ยาชุดจาก
ร้านของชำ(30.42%) และยาของแก้ปวดเมื่อย(16.85%) เมื่อมีอาการเจ็บป่วยในรายที่ป่วยส่วนมาก
ไปรับบริการและซื้อยาจากโรงพยาบาลใกล้เคียง(59.4%)สถานีนอนมัย(21.1%) นอกนั้นเป็นคลินิก
และร้านยาเอกชน ส่วนมากมีความไม่พึงพอใจในเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษา ระยะเวลาารับบริการ
นาน และ คิดว่าคุณภาพของยาไม่ดีเท่าที่ควร ผู้ใช้แรงงานส่วนมากมีภาวะโภชนาการดัดชั้นมีผลกาย
อยู่ในเกณฑ์ปกติ(71.74%)ภาวะเกิน(17.6%) และภาวะโภชนาการต่ำเล็กน้อย(11.0%) การประกอบ
อาหารจะทำเองในมือเช้าและมือเย็น(63.76%, 69.78%) ที่เหลือจะเป็นการซื้ออาหารสำเร็จรูป ผู้ชาย

(49.8%)และหญิงบางส่วน(26.9%)มักจะรับประทานอาหารดิบๆหรือ สุกๆดิบๆ ประมาณสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง($P=0.03$)

การพักผ่อนนอนหลับของผู้ใช้แรงงานยอมรับว่าส่วนมากจะเพียงพอ(84.46%) และไม่มี ความวิตกกังวลใจ(52.52%) ส่วนมากจะนัดหมายการดูแลสุขภาพด้วยโทรศัพท์(63.7%)เกือบทุกวัน ใน กรณีที่ไม่ว่างใจจะมีที่นอนคลายคือ เกาะ(33.9%) ไปเที่ยวสถานบันเทิง กินเหล้าสูบบุหรี่ (24.1%) ส่วนมากไม่ได้ออกกำลังกาย (65.65%) แต่จะมีการทำกิจกรรมตามเทศกาลทางศาสนา (66.52%) อุบัติเหตุในการทำงานส่วนมาก จะเป็น วัตถุของแข็งชนหรือกระแทก(56.52%) ของมีคมบาด(26.96%) และเศษวัสดุกระเด็นเข้าตา(12.17%) การรับรู้การใช้บริการโดยทั่วไปตามสถาน บริการที่สามารถใช้สิทธิรับบริการรักษา (บัตรทอง 30 บาท) เมื่อมาทำงานที่สมุทรปราการทราบว่า สามารถใช้สิทธิได้ที่โรงพยาบาล(53.85%) ไม่ทราบว่าใช้ที่ไหน(21.10%) สถานีอนามัย(13.19%) ส่วนมากไม่เคยใช้บริการรักษาพยาบาล (78.10%) เคยใช้บริการที่โรงพยาบาล(15.71%) สถานี อนามัย(6.19%) ซึ่งในบรรดาที่ใช้บริการไม่มีโอกาสใช้สิทธิ30บาท เพราะอยู่นอกเขต (44.57%) ไม่ทราบเกี่ยวกับการใช้สิทธิ(22.17%) แนวคิดการจัดการเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ

การประชุมระดมสมอง (ZOPP technique) และสนทนากลุ่ม พบว่า น่าจะมีการจัดรูปแบบ ผสมผสานกัน ทั้งเชิงรุกและเชิงรับ โดยการมีส่วนร่วมทั้งนายจ้าง ผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ องค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานประกันสังคม และชุมชน โดยร่วมกำหนดรูปแบบที่เหมาะสม ตาม แต่สถานการณ์และสภาพของพื้นที่ก่อสร้าง อาทิ การค้นหาและจัดทำระบบทะเบียนแหล่งก่อสร้าง และที่พักอาศัยรวมถึงผู้ใช้แรงงาน ระบบการจัดสวัสดิการการดูแล ส่งเสริมสุขภาพ และสิ่งแวดล้อม แบบเชิงรุก การให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสิทธิของการใช้ระบบประกันสุขภาพ สถานที่ที่จะได้รับ การบริการตามสิทธิ ทั้งในกรณีปกติและจำเป็นเร่งด่วน และสุดท้ายคือการร่วมมือกันเพื่อพยายาม ผลักดันให้กลุ่มผู้ใช้แรงงานด้อยโอกาส(Marginal Group)เข้าสู่ระบบประกันสุขภาพที่ควรจะเป็นไป ได้และมีอยู่แล้ว เช่น ประกันสังคม และจัดสรรด้านงบประมาณ ผู้ที่ต้องรับผิดชอบ โดยใช้ภาคร่วม ระหว่าง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประกันสังคมจังหวัด สาธารณสุขจังหวัด นายจ้าง และผู้ใช้ แรงงาน ซึ่งอาจรวมถึงการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยมีการระดมทุนเฉพาะกิจเพื่อการสร้าง เสริมสุขภาพ ป้องกันและรักษาเบื้องต้น ในเชิงรุก สำหรับแรงงานก่อสร้างเคลื่อนที่ชั่วคราว เหล่านี้

Abstract

“Health Seeking Behavior and Health Promotive Development Model for Temporary Constructing Labors in Samuthrakarn Province (Under UC Health Assurance Policy) Phase 1”

Udomsak Mahaweerawat. M.P.H.,¹ Nanthaporn Butrbamroong. M.Sc.,² Pissamai Hormchampa. Ph.D.,²
Orapin Thongdee M.P.H.,² Sunisa Seangjun. M.Sc.,² Siriporn Chanchay. M.Sc.,² Sunantha Osiri. Ph.D.²
¹ Faculty of Public Health Mahasarakham University ² Faculty of Public Health Burapha University

This cross-sectional survey was conducted among 457 temporary constructing labors in Samuthprakarn province of Thailand to reveal the labors migration movement factors and their health status, health seeking behavior and places, health promotion, health care services utilities, and stake holders brainstorming provision idea for appropriate semi-package model of health promotion. (under Universal Coverage Health Assurance Policy of Thailand)

457 subjects with (UC) golden card provided were proportional random sampling through each six districts of Samuthprakhan Province in 2004. Found that most of labors were males(71.33%)higher amount than females(28.68%), major of age range between 21-45 years, most of them as the labors constructing in Suwannaphume International Airport(55.80%), residential real-estate(19.91%), various type factory/plant (8.75%). The labors educational level were mostly primary school (Prathom 6 = 41.23%, Prathom 4 = 28.29%) and secondary school level(17.76%). Most of income range 100-200 bath per day. Major factors of migration movement to be labors is no employment in their home town(48.83%), higher income (33.26%), leave from after agricultural harvested season(20.57%), and motivated(14.14%). Their self health perception for a year rounded were healthy(73.58%), mild-moderate illness (16.92%) eg. cold, muscle body pain, and headache. Housing style are single compartment rooms (non separation for bedroom and kitchen) in two level stair row house(55.80%), one level stair with zinc-metal-sheet roofing(33.70%). Residential environment condition still being water sewage flood, smelling, insect and other disease animal vehicles, ambient temperature/air seem to be wormy and less ventilation. Labors self medication and drinking were tonic drink(M-150 and Red bull Brand) (55.36%), alcohol and alcoholic herb(53.61%), glossary combined medicine(30.42%) and envelop anti pain(salicylic acid)(16.85%). Incase of sickness, mostly hospital utilization(59.4%), health center(21.1%), other left do the private clinic visiting, and quite unsatisfactory for remedy cost, long waiting time, and less quality of drugs. Labors nutritional status (Body mass Index) mostly be normal level(71.74%), over nutrition (17.6%), and a few are lower than actual status(11.0%). Breakfast and dinner's labors were self cooking (63.76% and 69.78%), the left were ready cooked purchasing. Males(49.8%) and some of females(26.9%) eat raw and semi-cooked food for 1-2 time weekly(p=0.03).

Most labors(84.46%)well enough sleeping, and less anxieties(52.52%) with watching television (63.7%). Incase of bad feeling and stress they do nothing(33.9%) almost every day, go outing to entertainment place and drinking club and smoking (24.1%). 66.65 per-cent of labors did not do physical exercise but seasonal religion practices(66.52%). The most of working accident is pierced/tackled by pieces of material(56.52%), injured by sharpness matters(26.96%), and eye attacked by bouncing matters(12.17%). Their general perception for health services utilization and enable to privilege when being in Samuthrprakhan are Hospital(53.85%), do not know where is(21.10%), village health center(13.19%), but most of them never(78.10%) vise-versa ever for hospital(15.17%), village health center(6.19%), all ever subjects had no chance to golden card declaration (44.57%) due to out of area registered, and do not know about this privilege declaration(22.17%).

Brain-storming provision idea among stake-holders by ZOPP Technique session for health promotive modeling and the theme which categorized are : should be setting model of health promotion through all integration sectors and both pertain active and passive activities by counterpart of employer, health services providers, labors, local thambol bureau, social insurance provincial office, and community participatory. The local area status appropriated health promotive modeling such as : constructing area and labors housing finding and registering system, health promotion and active environment management welfare system, UC and golden card privilege information and efficiency communication system included indicate setting area of health services place in case of urgent situation. Finally budget sharing responsibility and fund raising should be responsible with all related sectors above mentioned.

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1. ความสำคัญของปัญหา	1
1.2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย	6
1.3. ทฤษฎีหรือกรอบแนวคิดภาพรวมของโครงการ	7
1.4. นิยามศัพท์	9
1.5. ขอบเขตการวิจัย	9
1.6. การดำเนินงาน	9
1.7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับและหน่วยงานที่นำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์	10
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	12
2.1. การบริการที่พึงได้รับจากผู้ให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	12
2.2. พฤติกรรมการรักษาและการใช้ยาในกลุ่มผู้ใช้แรงงานและคนงานก่อสร้าง	20
2.3. วิถีชีวิตและสุขภาพของคนงานก่อสร้าง	28
2.4. การย้ายถิ่นของผู้ใช้แรงงาน	33
2.5. สภาพแวดล้อมและสภาพการทำงานในสถานประกอบการก่อสร้าง	39
บทที่ 3 วิธีการวิจัย	54
3.1. ระเบียบวิธีวิจัย	54
3.2. กลุ่มเป้าหมาย การสุ่มตัวอย่างและการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ	55
3.3. การวิเคราะห์ข้อมูลและการแปลความหมาย	57
3.4. เขียนรายงานผลการวิจัย	58
บทที่ 4 ผลการศึกษา	59
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างคนงานก่อสร้างเคลื่อนที่	60
ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่ทำให้เกิดการเคลื่อนย้ายแรงงานของผู้ใช้แรงงานก่อสร้างมาทำงานใน จ.สมุทรปราการ	63
ส่วนที่ 3 ข้อมูลสถานะสุขภาพและสถานการณ์ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพการเจ็บป่วย	63
สวัสดิการในการสร้างเสริม ป้องกันและการเข้ารับบริการการรักษาของ	
กลุ่มแรงงานเคลื่อนที่	
ส่วนที่ 4 ข้อมูลการสร้างเสริมสุขภาพแรงงานเคลื่อนที่ในด้านต่างๆ	73

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
ส่วนที่ 5 ข้อมูลด้านอุบัติเหตุจากการทำงาน	89
ส่วนที่ 6 ปัญหาในการเข้าถึงบริการของกลุ่มแรงงานก่อนและหลังโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค	95
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	101
ข้อมูลทั่วไปของแรงงานก่อสร้างเคลื่อนที่	101
ปัจจัยที่เกิดการเคลื่อนย้ายแรงงาน	101
ปัญหาการสร้างเสริมสุขภาพของแรงงานเคลื่อนที่ในด้านต่างๆ	102
บทวิจารณ์	104
ข้อเสนอแนะ	105

สารบัญตาราง

เรื่อง	หน้า
ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้บาดเจ็บรุนแรงจากอุบัติเหตุช่วงวันหยุดเทศกาลปีใหม่ เปรียบเทียบ ปี พ.ศ. 2545 และ พ.ศ. 2546	3
ตารางที่ 2 จำนวนผู้ป่วยทั่วไป(ที่ไม่ได้จำเพาะสำหรับผู้ใช้แรงงาน) และอัตราป่วยต่อ ประชากรแสนคน ด้วยโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา 10 อันดับแรก ปี พ.ศ. 2545	3
ตารางที่ 3 สถิติการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานก่อสร้างแยกตาม ขนาดความร้ายแรงของอุบัติเหตุ	45
ตารางที่ 4 สถิติการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานงานก่อสร้างจำนวน ตามความร้ายแรง	51
ตารางที่ 5 การแบ่งเขตการปกครองและจำนวนประชากรกลุ่มคนงานก่อสร้างเคลื่อนที่ จำแนกตามอำเภอในจังหวัดสมุทรปราการ	54
ตารางที่ 6 แสดงสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอำเภอ	56
ตารางที่ 7 แสดงลักษณะทางประชากรกลุ่มตัวอย่างของคนงานก่อสร้างเคลื่อนที่	60
ตารางที่ 8 ปัจจัยที่ทำให้เกิดการเคลื่อนย้ายแรงงานของผู้ใช้แรงงานก่อสร้างมาทำงานใน จ. สมุทรปราการ	62
ตารางที่ 9 ตารางแสดงสถานะสุขภาพเกี่ยวกับสุขภาพของกลุ่มผู้ใช้แรงงานก่อสร้าง	64
ตารางที่ 10 ตารางแสดงปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพของกลุ่มผู้ใช้แรงงานก่อสร้าง	64
ตารางที่ 11 ตารางแสดงการรับรู้อาการเจ็บป่วยหรือโรคในรอบเดือนที่ผ่านมาของ ผู้ใช้แรงงานก่อสร้าง	64
ตารางที่ 12 ตารางแสดงโรคประจำตัวของกลุ่มผู้ใช้แรงงานก่อสร้าง	65
ตารางที่ 13 ตารางแสดงวิธีการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยของกลุ่มผู้ใช้แรงงานก่อสร้าง	66
ตารางที่ 14 ตารางแสดงพฤติกรรมในการใช้ยาและการดื่มเครื่องดื่มชูกำลังของกลุ่มตัว อย่างผู้ใช้แรงงานก่อสร้าง	66
ตารางที่ 15 ตารางแสดงประเภทของเครื่องดื่มชูกำลังที่ของกลุ่มตัวอย่างผู้ใช้แรงงานก่อสร้างเคลื่อนที่ ใช้	66
ตารางที่ 16 ตารางแสดงประเภทของเหล้ายาคองกีของกลุ่มตัวอย่างผู้ใช้แรงงานก่อสร้างเคลื่อนที่ที่ใช้	68

สารบัญตาราง

เรื่อง	หน้า
ตารางที่ 17 ตารางแสดงประเภทของยาชุดจากร้านยา ร้านขายของชำที่ของกลุ่มตัวอย่างผู้ ใช้แรงงานก่อสร้างเคลื่อนที่ <u>ใช้</u>	68
ตารางที่ 18 ตารางแสดงประเภทของยาของแก้ปวดเมื่อยที่ของกลุ่มตัวอย่างผู้ใช้แรงงาน ก่อสร้าง เคลื่อนที่ <u>ใช้</u>	69
ตารางที่ 19 ตารางแสดงประเภทของยานอนหลับ กล่อมประสาท คลายเครียด แก้เครียดที่ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ใช้แรงงานก่อสร้างเคลื่อนที่ <u>ใช้</u>	70
ตารางที่ 20 ตารางแสดงข้อมูลด้านสถานบริการที่ได้รับบริการและชื่อยาของกลุ่มคนงาน ก่อสร้างเคลื่อนที่	71
ตารางที่ 21 ตารางแสดงสิทธิในการรักษาพยาบาลของกลุ่มแรงงานเคลื่อนที่เมื่อมา ทำงานที่ จ.สมุทรปราการ	72
ตารางที่ 22 ตารางแสดงสถานบริการที่กลุ่มตัวอย่างทราบว่าจะไปใช้สิทธิการรักษา พยาบาลได้หากเจ็บป่วยเมื่อมาทำงานที่ จ.สมุทรปราการ	72
ตารางที่ 23 ตารางแสดงปัญหาที่พบเมื่อใช้สิทธิการรักษาพยาบาล 30 บาท ของกลุ่มตัว อย่างผู้ใช้แรงงานก่อสร้างแรงงานก่อสร้างเคลื่อนที่ <u>ใช้</u>	72
ตารางที่ 24 ตารางเปรียบเทียบความพึงพอใจ ระหว่างสถานบริการหรือแหล่งรับยาต่างๆ ว่ามีความแตกต่างกันแค่ไหน อย่างไร และที่ไม่พึงพอใจในคือด้านใดบ้าง	73
ตารางที่ 25 สิ่งแวดล้อมของที่พักอาศัยของกลุ่มผู้ใช้แรงงานก่อสร้าง	74
ตารางที่ 26 สุขภาพเกี่ยวกับ การกำจัดขยะและน้ำเสียของที่พักอาศัย	74
ตารางที่ 27 ตารางแสดงสุขภาพเกี่ยวกับห้องน้ำการของที่พักอาศัย	75
ตารางที่ 28 ข้อมูลด้านสุขภาพเกี่ยวกับสถานที่ประกอบอาหารของแรงงาน	76
ตารางที่ 29 ข้อมูลด้านอาหารมื้อหลักที่รับประทานของแรงงานก่อสร้างเคลื่อนที่	76
ตารางที่ 30 ตารางแสดงความสัมพันธ์ของจำนวนมื้ออาหารที่รับประทานกับเพศของ แรงงานก่อสร้างเคลื่อนที่	76
ตารางที่ 31 ตารางแสดงความสัมพันธ์ของจำนวนมื้ออาหารที่รับประทานกับสถานภาพ สมรสของแรงงานก่อสร้าง	77
ตารางที่ 32 ตารางแสดงการรับประทานอาหารนอกเหนืออาหารมื้อหลักแยกตามเพศ	77

สารบัญตาราง

เรื่อง	หน้า
ตารางที่ 33 ตารางแสดงความสัมพันธ์ชนิดของอาหารที่รับประทานนอกเหนือจากอาหารมื้อหลักกับเพศ	77
ตารางที่ 34 ตารางแสดงพฤติกรรมการดื่มน้ำอัดลม	78
ตารางที่ 35 ตารางแสดงการรับประทานอาหารดิบหรือ สุกๆ ดิบๆ แยกตามเพศ	78
ตารางที่ 36 ตารางแสดงความถี่ในการรับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ แยกตามเพศ	78
ตารางที่ 37 ตารางแสดงการประกอบอาหารมื้อหลักที่รับประทาน	79
ตารางที่ 38 ตารางแสดงแหล่งที่มาของอาหารที่รับประทานในแต่ละมื้อ	79
ตารางที่ 39 ตารางแสดงภาวะโภชนาการของแรงงานก่อสร้างเคลื่อนที่แยกตามเพศ	80
ตารางที่ 40 ตารางแสดงภาวะโภชนาการของแรงงานก่อสร้างเคลื่อนที่แยกตามสถานภาพสมรส	80
ตารางที่ 41 ภาวะโภชนาการของแรงงานก่อสร้างเคลื่อนที่แยกตามการรับประทานอาหารที่นอกเหนือจากอาหารมื้อหลัก	81
ตารางที่ 42 ตารางแสดงความวิตกกังวลใจหรือไม่สบายใจของกลุ่มแรงงานแรงงานเคลื่อนที่	81
ตารางที่ 43 ตารางแสดงความเพียงพอของการพักผ่อนนอนหลับของกลุ่มแรงงานแรงงานเคลื่อนที่	82
ตารางที่ 44 กิจกรรมการออกกำลังกายและนันทนาการนอกเวลาของกลุ่มแรงงานแรงงานเคลื่อนที่	83
ตารางที่ 45 ตารางแสดงจำนวนครั้งในการทำกิจกรรมนันทนาการของกลุ่มแรงงานแรงงานเคลื่อนที่	83
ตารางที่ 46 ตารางแสดงจำนวนครั้งที่ออกกำลังกายต่อสัปดาห์ของกลุ่มแรงงานแรงงานเคลื่อนที่	83
ตารางที่ 47 กิจกรรมที่ใช้ผ่อนคลายเมื่อรู้สึกไม่สบายใจของกลุ่มแรงงานแรงงานเคลื่อนที่	84
ตารางที่ 48 บุคคลที่กลุ่มตัวอย่างไปปรึกษาหารือ หรือพูดระบายให้ฟังเมื่อมีปัญหาไม่สบายใจ	85
ตารางที่ 49 การทำบุญ หรือการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาของกลุ่มแรงงานแรงงานเคลื่อนที่	86
ตารางที่ 50 ความแตกต่างของความวิตกกังวลหรือไม่สบายใจในกลุ่มตัวอย่างที่มีเพศสถานภาพสมรส และอายุ แตกต่างกัน	87

สารบัญตาราง

เรื่อง	หน้า
ตารางที่ 51 ความแตกต่างของความพึงพอใจในการพักผ่อน ในกลุ่มตัวอย่างที่มีเพศ สถานภาพสมรส และอายุ แตกต่างกัน	87
ตารางที่ 52 ความแตกต่างของการทำกิจกรรมที่ใช้ผ่อนคลายเมื่อรู้สึกไม่สบายใจ ใน กลุ่มตัวอย่างที่มีเพศ สถานภาพสมรส และอายุ แตกต่างกัน	88
ตารางที่ 53 การเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน	89
ตารางที่ 54 ชนิดของอุบัติเหตุที่เกิดขึ้น	90
ตารางที่ 55 ลักษณะงานของพนักงานก่อสร้าง	90
ตารางที่ 56 ระยะเวลาการทำงานของพนักงานก่อสร้าง	92
ตารางที่ 57 พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานก่อสร้าง	93
ตารางที่ 58 พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานก่อสร้าง	98
บรรณานุกรม	107

สารบัญภาพ

เรื่อง	หน้า
แผนภูมิ 1 แนวคิดเชิงทฤษฎีความสัมพันธ์ของสถานะทางสุขภาพและการบริการสุขภาพ โดยสังเขป	7
แผนภูมิ 2 กรอบแนวคิดของโครงการวิจัยในระยะแรก	8
แผนภูมิ 3 กราฟแสดงจำนวนผู้ใช้แรงงานก่อสร้างเคลื่อนที่แต่ละอำเภอในจังหวัด สมุทรปราการ	60

บทที่ 1

บทนำ

1. ความสำคัญของปัญหา

นโยบายของรัฐทางด้านสาธารณสุขในทุกยุคทุกสมัยมุ่งหมายที่จะให้ประชากรเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึง แต่วิธีการที่รัฐใช้ในการขยายการเข้าถึงบริการสาธารณสุขนั้นมีวิวัฒนาการปรับเปลี่ยนแนวทางและวิธีการที่แตกต่างกันในแต่ละช่วงเวลา ภายใต้ระบบประกันสุขภาพนี้โรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ให้บริการและช่วงต่อมารัฐบาลก็มีการใช้ระบบประกันสุขภาพสำหรับลูกจ้างเอกชน โดยการออกเป็นพระราชบัญญัติประกันสังคมปี พ.ศ. 2533 ซึ่งโรงพยาบาลสามารถให้บริการผู้ประกันตนซึ่งจ่ายสมทบสะสมรวมกับนายจ้างทั้งของรัฐหรือเอกชนโดยโรงพยาบาลสามารถเป็นคู่สัญญาได้ แนวโน้มของการปรับเปลี่ยนนโยบายไปในทางประกันสุขภาพนี้ ยิ่งเห็นชัดเจนมากขึ้นเมื่อรัฐบาลประกาศใช้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal coverage) “30 บาทรักษาทุกโรค” เป็นโครงการหนึ่งที่สำคัญของการพัฒนาสาธารณสุขเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี โครงการนี้มีวัตถุประสงค์หรือนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี ตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและเป็นธรรม มีสิทธิเลือกใช้บริการจากผู้ให้บริการที่หลากหลาย ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพ โดยเน้นการสร้างเสริมสุขภาพอนามัยอันหมายถึงการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ซึ่งจะช่วยลดอัตราการเจ็บป่วยจากโรคต่างๆ ลงได้มาก อันจะส่งผลให้สามารถลดงบประมาณ หรือลดอัตราการเพิ่มขึ้นของงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลลงได้

นโยบายที่มีมาแต่เดิมนั้นเป็นมาตรการในแนวทางการจัดให้บริการทางสาธารณสุขโดยตรงโดยรัฐเป็นผู้จัดหาให้ เป็นนโยบายที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาที่ประเทศยังขาดแคลนสถานพยาบาล บุคลากรเครื่องมือเครื่องไม้ต่างๆ ทางสาธารณสุขมาก นโยบายสร้างหลักประกันทางสุขภาพโดยการจัดหาสิ่งเหล่านี้มาให้บริการ ทำให้เกิดมีทรัพยากรเหล่านี้ไว้ใช้ และให้กระจายออกไปในชนบท เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย ปัญหาเรื่องความสามารถในการจ่ายค่าบริการ ได้รับการจัดการโดยรัฐอุดหนุนในการจัดบริการผ่านโรงพยาบาลของรัฐทำให้สามารถเก็บค่าบริการในอัตราที่ไม่สูงมาก และยกเว้นการเก็บค่าบริการสำหรับประชาชนกลุ่มเป้าหมายบางกลุ่ม เช่นผู้มีรายได้น้อย ในระยะต่อมา ความพร้อมของโครงสร้างพื้นฐานมีมากขึ้น ยังมีปัญหาการกระจายตามภูมิภาค : เมือง-ชนบท แต่ต้นทุนของบริการสูงขึ้น ทำให้ต้องใช้งบประมาณของรัฐในการอุดหนุนมาก หากมีการเก็บค่าบริการที่สูงขึ้น ก็อาจมีปัญหาระงับการเข้าถึงบริการเนื่องจากความสามารถในการจ่ายของประชาชนบางกลุ่มไม่เพียงพอ การประกันสุขภาพเป็นมาตรการที่เน้นการใช้กลไกทางการเงินเป็นหลัก และมีกลไกด้านอื่นๆ อีกหลายด้านในการนำเอาระบบประกันสุขภาพมาใช้ รัฐบาลปรับเปลี่ยนบทบาทจากการเป็นผู้จัดหาบริการเป็นหลัก ไป

เป็นผู้กำหนดเกณฑ์ของการประกันและอาจเป็นผู้บริหารระบบประกัน (เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์, 2545)

กลไกการจัดสรรงบประมาณใช้หลักเหมาจ่ายรายหัวประชากร(Capitation)เพื่อให้เกิดการเท่าเทียมที่มีการสร้างเสริมสุขภาพและดูแลสุขภาพไปพร้อมๆกันและเกิดความใกล้ชิดกับสถานบริการใกล้บ้านใกล้ใจ โดยจะยึดฐานข้อมูลตามทะเบียนราษฎร์เป็นหลัก ในหน่วยงานหรือสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หรือ สถานพยาบาลอื่นที่เข้าร่วมโครงการ (หรือหน่วยงานอื่นๆ ตามที่จังหวัดนั้นๆ กำหนด) รับผิดชอบตรวจสอบคัดกรองคุณสมบัติผู้มีสิทธิตามที่กำหนด และดำเนินการขึ้นทะเบียนออกบัตรหลังจากนั้นให้ส่งข้อมูลข้างต้นให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดรวบรวมส่งให้สำนักงานประกันสุขภาพตรวจสอบข้อมูลเพื่อสนับสนุนงบประมาณต่อไป สำหรับกลุ่มนักเรียน นิสิตนักศึกษา ทหารเกณฑ์ คนงานข้ามถิ่น ผู้ต้องขังในเรือนจำ ฯลฯ ที่มาอาศัยประจำโดยไม่ได้ย้ายชื่อเข้ามาอยู่ในทะเบียนบ้านให้ดำเนินการขึ้นทะเบียน หรือนักเรียน นิสิตนักศึกษา หรือพนักงาน ที่เดินทางไปเช่ากลับเย็น ให้สามารถเลือกขึ้นทะเบียนได้ทั้งตามภูมิลำเนา สถานศึกษา หรือสถานประกอบการ ตามสะดวก โดยให้อุ่นใจ และมีการขึ้นทะเบียนทำบัตรให้ใหม่ โดยมีหลักฐานสำคัญคือ บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า(เดิม) สำเนาทะเบียนบ้านและสำเนาบัตรประชาชนของตนเอง รวมทั้งนำหลักฐานสำเนาทะเบียนบ้านพร้อมคำรับรองของเจ้าบ้านว่าได้มาอาศัยอยู่จริง หรือสำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านพร้อมลายมือชื่อรับรองของผู้นำชุมชน หรือนายจ้าง (กรณีที่มาอาศัยอยู่ในบ้านที่ไม่มีทะเบียนบ้าน) เจ้าหน้าที่จะดำเนินการส่งข้อมูลไปยังส่วนกลางเพื่อตรวจสอบสิทธิ (ระยะเวลาไม่เกิน 1 เดือน) และหลังจากนั้นก็จะสามารถให้บริการยังสถานบริการใหม่ได้ ซึ่งหลักเกณฑ์ดังกล่าวปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงแล้ว และ มาตรา 8 พรบ.หลักประกัน ที่ให้สิทธิผู้ยังไม่มีบัตร สามารถใช้บริการครั้งแรกได้ทันที(กระทรวงสาธารณสุข , 2545)

ประชากรวัยแรงงานเป็นประชากรที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาประเทศ กลุ่มวัยแรงงานที่มีสุขภาพที่ดี มีสมรรถนะสมบูรณ์ ย่อมมีส่วนสำคัญยิ่งที่จะช่วยให้การพัฒนาระบบเศรษฐกิจของประเทศชาติ รวมถึงแผนพัฒนาต่างๆ เป็นไปตามที่ตั้งเป้าหมายไว้

ข้อมูลด้านการเจ็บป่วยของประชากรผู้ป่วยทั่วไปส่วนใหญ่บ่งชี้ว่า ประชากรกลุ่มนี้จำนวนมากเจ็บป่วยด้วยโรคจากภาวะทุพโภชนาการ โรคติดเชื้อและโรคไร้เชื้อ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและติดยาเสพติด(บางชนิด) ปัญหาสุขภาพจิต และอุบัติเหตุต่างๆ ที่เกิดขึ้น จากรายงานผู้บาดเจ็บรุนแรงจากอุบัติเหตุขนส่งช่วงวันหยุดเทศกาลปีใหม่ เปรียบเทียบปี พ.ศ.2545 และ พ.ศ. 2546 พบว่า จำนวนผู้บาดเจ็บและเสียชีวิต ส่วนมากมักเป็น กลุ่มอาชีพผู้ใช้แรงงานที่มีการเดินทางกลับไปเยี่ยมภูมิลำเนาเดิม ดังตารางที่ 1

ตาราง 1 ลักษณะทั่วไปของผู้บาดเจ็บรุนแรงจากอุบัติเหตุช่วงวันหยุดเทศกาลปีใหม่ เปรียบเทียบ ปี พ.ศ. 2545 และ พ.ศ. 2546

ลักษณะทั่วไปของผู้บาดเจ็บ	จำนวน (คน)	
	ปี พ.ศ. 2546	ปี พ.ศ. 2545
จำนวนผู้บาดเจ็บรุนแรงทั้งหมด	1,927	1,893
จำนวนผู้เสียชีวิต	152	51
เพศชาย	1,606	1,510
อาชีพ		
- ผู้ใช้แรงงาน	690	737
- นักเรียน นักศึกษา	349	403
- เกษตรกร	293	237
- อื่นๆ	595	516
ประเภทยานพาหนะ	1,824	1,762
- จักรยานยนต์	1,544	1,485
- อื่นๆ	280	277

ที่มา รายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ กระทรวงสาธารณสุข:2546

ส่วนโรคติดเชื้ออื่นๆ มีรายงานตามตารางข้างล่าง คือ

ตาราง 2 จำนวนผู้ป่วยทั่วไป(ที่ไม่ได้จำเพาะสำหรับผู้ใช้แรงงาน) และอัตราป่วยต่อประชากรแสนคน ด้วยโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา 10 อันดับแรก ปี พ.ศ. 2545

ลำดับที่	โรค	จำนวนป่วย	อัตราป่วย/แสนคน
1.	อุจจาระร่วง	871,473	1407.9
2.	ตาแดง	381,502	616.32
3.	อาหารเป็นพิษ	110,156	177.96
4.	ปวดบวม	99,788	161.21
5.	ไข้มืดออก	93,131	150.45
6.	อีสุกอีใส	38,559	62.29
7.	ไข้หวัดใหญ่	32,141	51.92
8.	วัณโรค	24,844	40.14
9.	บิด	24,565	39.68
10.	มาลาเลีย	20,319	32.83

ที่มา : รายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำเดือน สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

จะเห็นได้ว่าโรคต่างๆ ที่เกิดขึ้นนั้น ส่วนใหญ่สามารถป้องกันได้ด้วยการพัฒนาสมรรถนะทาง ด้านสุขภาพอนามัยและความปลอดภัยในการทำงาน โดยสร้างเสริมสุขภาพให้แข็งแรง และปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ และพฤติกรรมด้านความปลอดภัยในการทำงานให้เหมาะสม

จากเหตุผลเหล่านี้ การบริการส่งเสริมสุขภาพอนามัย และป้องกันภัย จึงมีความสำคัญเป็น อย่างยิ่ง ซึ่งหมายความว่า “การสร้างสุขภาพ” ให้มีสุขภาพดีถ้วนหน้า เป็นการแก้ไขที่ต้นเหตุของการ เจ็บป่วยที่แท้จริง โดยจะส่งผลของการลดจำนวนผู้ป่วยที่ใช้บริการในสถานบริการระดับทุติยภูมิ และ ตติยภูมิ ให้น้อยที่สุดเท่าที่จะทำได้ แม้จะยังไม่ได้กำหนดเป้าหมายจำนวนผู้ใช้บริการที่ควรลดลง อย่างชัดเจนไว้ในสถานบริการระดับ ทุติยภูมิและตติยภูมิก็ตาม การให้บริการในระดับปฐมภูมิ (Primary Care Unit) จึงเป็นจุดเน้นที่สำคัญต่อการคัดกรองเพื่อแยกประชาชนที่เจ็บป่วยกับประชาชนที่อยู่ในกลุ่ม เสี่ยงต่อการเจ็บป่วย (กลุ่มที่เกี่ยวข้องถึงกลุ่มผู้ที่ไม่ตระหนักในการสร้างเสริมและป้องกันโรค) ออกจาก กันได้เบื้องต้น เพื่อประโยชน์ในการให้บริการสุขภาพในเชิงสร้างเสริมและป้องกันโรคอันเป็นการป้อง กันต้นเหตุของการเจ็บป่วยให้มีประสิทธิภาพที่สำคัญได้

การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคที่สำคัญต่อการสร้างเสริมสุขภาพจำเป็นต้องอาศัย ปัจจัยกำหนดที่เอื้อต่อสุขภาพ ได้แก่ ที่อยู่อาศัย การศึกษา ความมั่นคงทางสังคม ความสัมพันธ์ใน สังคม อาหาร รายได้ การเน้นบทบาทสตรี ระบบนิเวศที่มั่นคง การใช้ทรัพยากรที่ยั่งยืน ความเป็น ธรรมในสังคมการเคารพสิทธิมนุษยชน สันติภาพและความเสมอภาค การส่งเสริมสุขภาพเป็นองค์ ประกอบสำคัญของการพัฒนาสุขภาพ เป็นกระบวนการเพิ่มความสามารถของประชาชนในการควบคุมดูแล และพัฒนาสุขภาพของตนเอง กิจกรรมและการลงทุนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพสามารถสร้างผล กระทบต่อปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพได้ กลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพจึงเป็นแรงขับเคลื่อนที่ก่อให้เกิด การพัฒนาและเปลี่ยนแปลงครรตองชีวิต สภาวะสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพ และยังเป็นวิธีปฏิบัติที่ช่วยให้บรรลุความเสมอภาคทางสุขภาพของประชาชนได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับข้อ เสนอตามกฎบัตรโอตตาวาที่ระบุว่ากิจกรรมหลัก 5 กลุ่มมีผลต่อความสำเร็จของการส่งเสริมสุขภาพคือ การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ เสริมสร้างความเข้มแข็งให้ กับกิจกรรมชุมชน พัฒนาสุขภาพส่วนบุคคล ปรับเปลี่ยนวิธีการบริการสาธารณสุข

ที่จริงแล้วประเทศไทยก็ได้ดำเนินการส่งเสริมสุขภาพในสถานประกอบการมาบ้างแล้ว ส่วน ใหญ่ยังมีภาครัฐเป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินการ ซึ่งจากการศึกษาชนิดของงานหรือโครงการที่ ดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพของหน่วยงานภาครัฐและเอกชน ส่วนมากระบุว่า ดำเนินงานด้าน โภชนาการ รองลงมาคือโครงการด้านการออกกำลังกาย การลดน้ำหนัก การกีฬาเพื่อสุขภาพ การเลิก บุหรี่และการลดความเครียดหรือการส่งเสริมสุขภาพจิต (ประภาเพ็ญ สุวรรณและคณะ , 2541)

จากการศึกษาโครงการวิจัยเพื่อสร้างพื้นฐานการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพในสถานที่ทำงานภาค เอกชนพบว่า สถานที่ทำงานเอกชนหลายแห่งซึ่งเป็นสถานประกอบการที่มีระบบการผลิตและการ บริหารจัดการองค์กรทันสมัย ได้มีการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพให้แก่บุคลากรขององค์กร ซึ่งกิจกรรม

ที่ส่วนใหญ่ทำเพื่อการป้องกันปัญหาจากการทำงานที่จะมีผลกระทบต่อสุขภาพและความปลอดภัยของ
 คนทำงาน ส่วนกิจกรรมอื่นๆ นอกเหนือจากนั้นจะถือว่าเป็น “สวัสดิการ” ที่จัดให้แก่คนทำงานใน
 สถานที่ทำงาน เช่น การจัดสภาพแวดล้อมทางกายภาพให้สวยงามร่มรื่น รวมถึงกิจกรรมการฝึกอบรม
 เพื่อเสริมสร้างความรู้และความตระหนักในปัญหาสุขภาพ เช่น ปัญหาโรคเอดส์ และโรคตามฤดูกาล
 และยังพบว่าทุกแห่งให้ความสำคัญกับการให้บริการด้านการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพและการกีฬา ทั้งที่
 เป็นการเล่นเพื่อความสนุกสนานเป็นการพักผ่อนจนถึงการเล่นกีฬาเพื่อการแข่งขัน บางแห่งมีกิจกรรมที่
 มุ่งการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจโดยการฝึกให้คนทำงานทำสมาธิหรือกิจกรรมนันทนาการ แม้ว่า
 กิจกรรมต่างๆ ดังกล่าวจะเป็นการจัดแบบเฉพาะกิจและแยกส่วนแต่เมื่อพิจารณาโดยใช้แนวทางขององค์
 การอนามัยโลกที่เสนอ ยุทธศาสตร์ของการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพ 5 ประการ (Ottawa Charter) แล้ว
 สามารถอธิบายได้ว่าสถานที่ทำงานเอกชนดังกล่าว มีการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพครบทั้ง 5 ประการ
 คือ การกำหนดนโยบายเพื่อสุขภาพของคนทำงาน การสร้างสิ่งแวดล้อมเอื้อต่อสุขภาพของคนทำงาน
 การเสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่คนทำงาน การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และการปรับเปลี่ยนบริการสุขภาพ
 ในสถานประกอบการ (เกษม นครเขตต์และคณะ , 2542)

จังหวัดสมุทรปราการเป็นจังหวัดในเขตปริมณฑล มีอาณาเขตติดต่อกับกรุงเทพมหานคร มี
 ประชากรมากเป็นอันดับที่ 2 ของภาคกลางรองจากกรุงเทพมหานคร (หอการค้าจังหวัด
 สมุทรปราการ, 2545) สมุทรปราการเป็นจังหวัดรองรับการขยายตัวจากกรุงเทพมหานครทั้งทางด้านการ
 ผลิต คือ อุตสาหกรรม และการกระจายตัวของประชากร จังหวัดสมุทรปราการเป็นจังหวัดที่มี
 ประชาชนย้ายถิ่นจากที่อื่นเข้ามาในจังหวัดเป็นจำนวนมาก โดยมีสาเหตุสำคัญคือการย้ายตามบุคคลใน
 ครอบครัวและย้ายเพื่อประกอบอาชีพ ประชากรในวัยแรงงาน อายุ 13-60 ปี มีจำนวน 576,859 คน
 (สำนักงานทะเบียนราษฎร์ , 2543) และส่วนใหญ่จะประกอบอาชีพในโรงงานอุตสาหกรรม คิดเป็น
 ประมาณร้อยละ 70 จากจำนวนสถานประกอบการ 8,283 แห่ง พบว่ามีจำนวนลูกจ้าง (ทั้งแรงงาน
 ท้องถิ่นและแรงงานที่อพยพมาจากต่างจังหวัด) ประมาณ 538,206 คน ส่วนการประกอบอาชีพเกษตร
 กรรมมีประมาณร้อยละ 4.8 (หอการค้าจังหวัดสมุทรปราการ , 2545) สำหรับการกระจายตัวของโรงงาน
 อุตสาหกรรมพบที่มีการกระจายตัวอยู่ตามอำเภอต่างๆ โดยเฉพาะอำเภอเมืองสมุทรปราการ และอำเภอ
 พระประแดง ซึ่งมีโรงงานตั้งอยู่หนาแน่นกว่าอำเภออื่นๆ และในจำนวนนี้มีแหล่งอุตสาหกรรมก่อสร้าง
 ถึง 80 แห่ง (สำนักงานอุตสาหกรรมจังหวัดสมุทรปราการ, 2542) กลุ่มผู้ใช้แรงงานในอุตสาหกรรมก่อสร้าง
 ของจังหวัดสมุทรปราการ เป็นกลุ่มที่มีประชากรอพยพเข้ามาแฝงอยู่เป็นจำนวนมากทั้งแรงงานไทย
 และต่างชาติ ทำให้การสงเคราะห์ประชาชนและการบริการสาธารณะในระดับพื้นที่ไม่ทั่วถึงและขาด
 ความเท่าเทียมกัน เนื่องจากงบประมาณของรัฐจัดสรรให้ตามยอดจำนวนประชากรที่มีอยู่ในทะเบียนบ้าน
 ในบางพื้นที่ขาดบุคลากรทางการแพทย์และมีศูนย์บริการสาธารณสุขไม่ทั่วถึง อีกทั้งงานก่อสร้างเป็น
 งานที่มีลักษณะเฉพาะแตกต่างจากอุตสาหกรรมทั่วไป กล่าวคือ งานก่อสร้างเป็นงานที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุ
 จากการดำเนินงานได้ง่ายมากกว่างานประเภทอื่น คนงานก่อสร้างจึงมีความเสี่ยงในด้านสุขภาพมาก ดัง

นั้น กลุ่มผู้ใช้แรงงานในเขตก่อสร้างจึงเป็นกลุ่มที่ควรจะได้รับ การดูแลทางด้านสุขภาพเป็นอย่างยิ่ง เพราะเป็นกลุ่มที่มีโอกาสในสังคมน้อย เนื่องจากในปัจจุบันจัดเป็นกลุ่มที่การจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐบาลไม่ครอบคลุมถึง ประกอบกับกลุ่มคนงานเหล่านี้มีหลักประกันสุขภาพที่แตกต่างกันตาม ความสำคัญของนายจ้างในการให้มีการประกันสุขภาพ และคนงานเหล่านี้ส่วนใหญ่มีรายได้น้อย มี ความรู้ต่ำ บางส่วนอาจขาดความรู้ในการเอาใจใส่ดูแลสุขภาพของตนเองและคนในครอบครัว เป็น ประชากรที่ไร้ความมั่นคงทางที่อยู่อาศัยเนื่องจากการย้ายถิ่นฐานบ่อยครั้ง เหล่านี้ล้วนเป็นสังคมที่มีความ มี ผลต่อการดูแลและสร้างเสริมสุขภาพ ดังนั้นการศึกษายุทธศาสตร์การแสวงหา วิธีการและแหล่งรับ บริการการสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้ข่าวสารของรัฐเกี่ยวกับการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมทั้งพฤติกรรมความเสี่ยงต่อ สุขภาพทั้งจากการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันและจากการทำงาน อาทิ การ เกิดอันตรายต่อสุขภาพและการเกิดโรคจากสิ่งแวดล้อมที่คุกคามต่อสุขภาพของกลุ่มผู้ใช้แรงงานเหล่านี้ จึงเป็นข้อมูลอันสำคัญยิ่งในการกำหนดแผนกลยุทธ์ในการสร้างเสริมและส่งเสริมสุขภาพของคนงานก่อสร้างเหล่านี้

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป :

1. เพื่อศึกษาสถานะทางสุขภาพ และ สถานการณ์ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วย ตลอดจน การสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและรักษาโรค ของกลุ่มผู้ใช้แรงงานก่อสร้าง
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมดูแลสุขภาพที่เหมาะสมของกลุ่มผู้ใช้แรงงานก่อสร้าง และ หรือของกลุ่มผู้ใช้แรงงานเคลื่อนที่ในเขตก่อสร้าง จ. สมุทรปราการ

วัตถุประสงค์เฉพาะ :

ระยะที่ 1

- 1) ศึกษาปัจจัยที่เป็นสาเหตุต่อการเคลื่อนย้ายที่อยู่เพื่อมาทำงานของกลุ่มผู้ใช้แรงงานเคลื่อนที่(ที่เป็นกลุ่มประชากรเป้าหมาย) ในเขตก่อสร้าง จ.สมุทรปราการ
- 2) ศึกษาสถานะทางสุขภาพ (Health Status) และการใช้บริการสุขภาพของกลุ่มผู้ใช้แรงงานเคลื่อนที่ในเขตก่อสร้าง จ.สมุทรปราการ
- 3) ศึกษาสถานการณ์ช่องว่างระหว่างการใช้บริการและการให้บริการ ในการสร้างเสริมป้องกันและดูแลรักษาสุขภาพ ของกลุ่มผู้ใช้แรงงานก่อสร้างเคลื่อนที่ภายใต้ นโยบายหลักประกันถ้วนหน้า (30 บาท รักษาทุกโรค) ในเขตก่อสร้าง จ.สมุทรปราการ
- 4) ศึกษาถึงแหล่งรับบริการและระบบบริการการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและรักษาโรคของกลุ่มผู้ใช้แรงงานเคลื่อนที่ ในเขตพื้นที่ก่อสร้าง ทั้งกรณีทั่วไปและกรณีเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน
- 5) ศึกษาและระดมความคิดเห็นระหว่างผู้ที่เกี่ยวข้อง(Stake Holder) อาทิ ผู้ว่าจ้าง ผู้ใช้แรงงาน และ ผู้ ให้บริการ เพื่อวิเคราะห์ปัญหา ก่อนและหลังการใช้ระบบ UC(30 บาทรักษาทุกโรค) และ

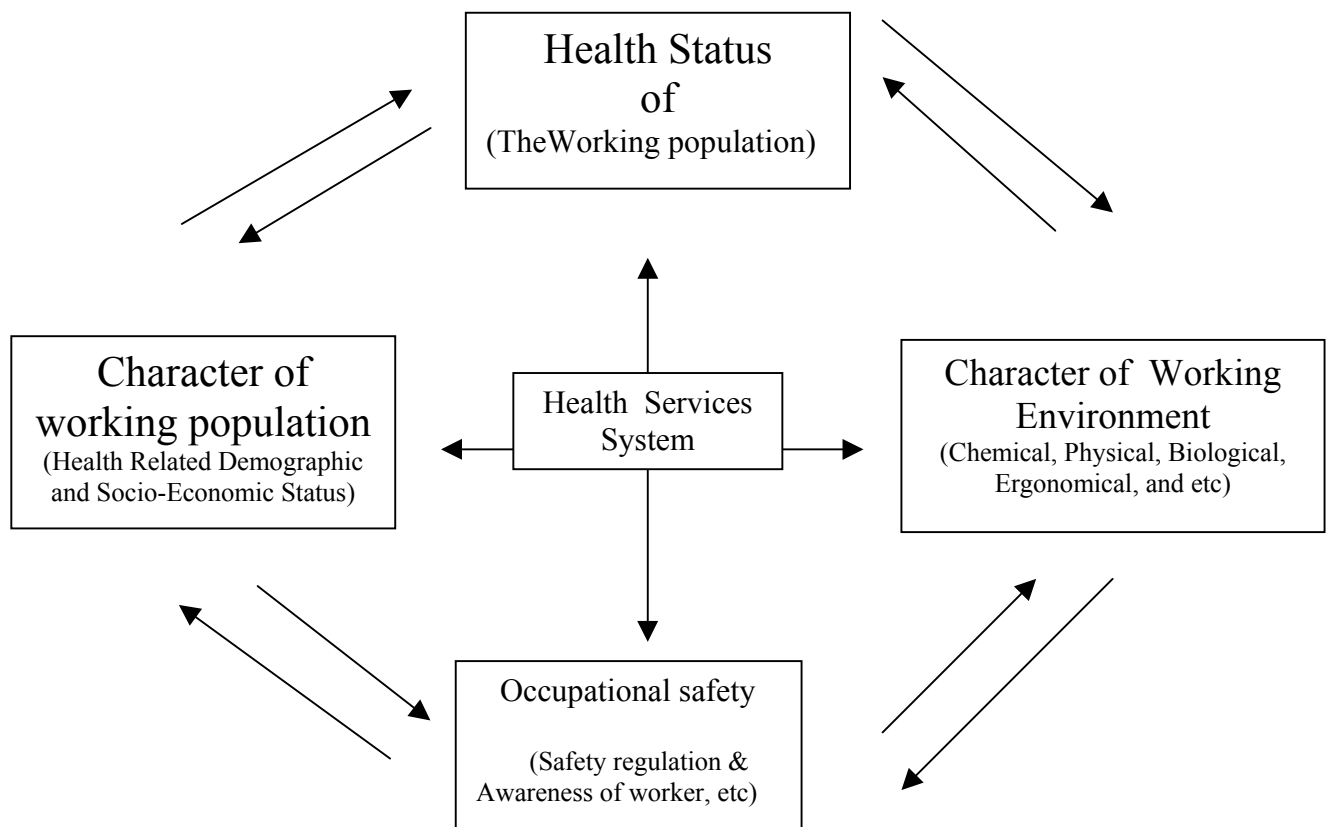
วางแผนกำหนดรูปแบบแนวทางที่เหมาะสมในการดำเนินงานการสร้างเสริมและป้องกันดูแล สุขภาพ ที่เป็นชุดบริการถึง สำเร็จรูป (Service Package Semi-Model) ภายใต้นโยบายหลัก ประกันถ้วนหน้าของกลุ่มประชากรเป้าหมาย โดยร่วมกันออกแบบระบบบริการที่เหมาะสมที่ รวมถึงการป้องกันและความปลอดภัย

ระยะที่ 2

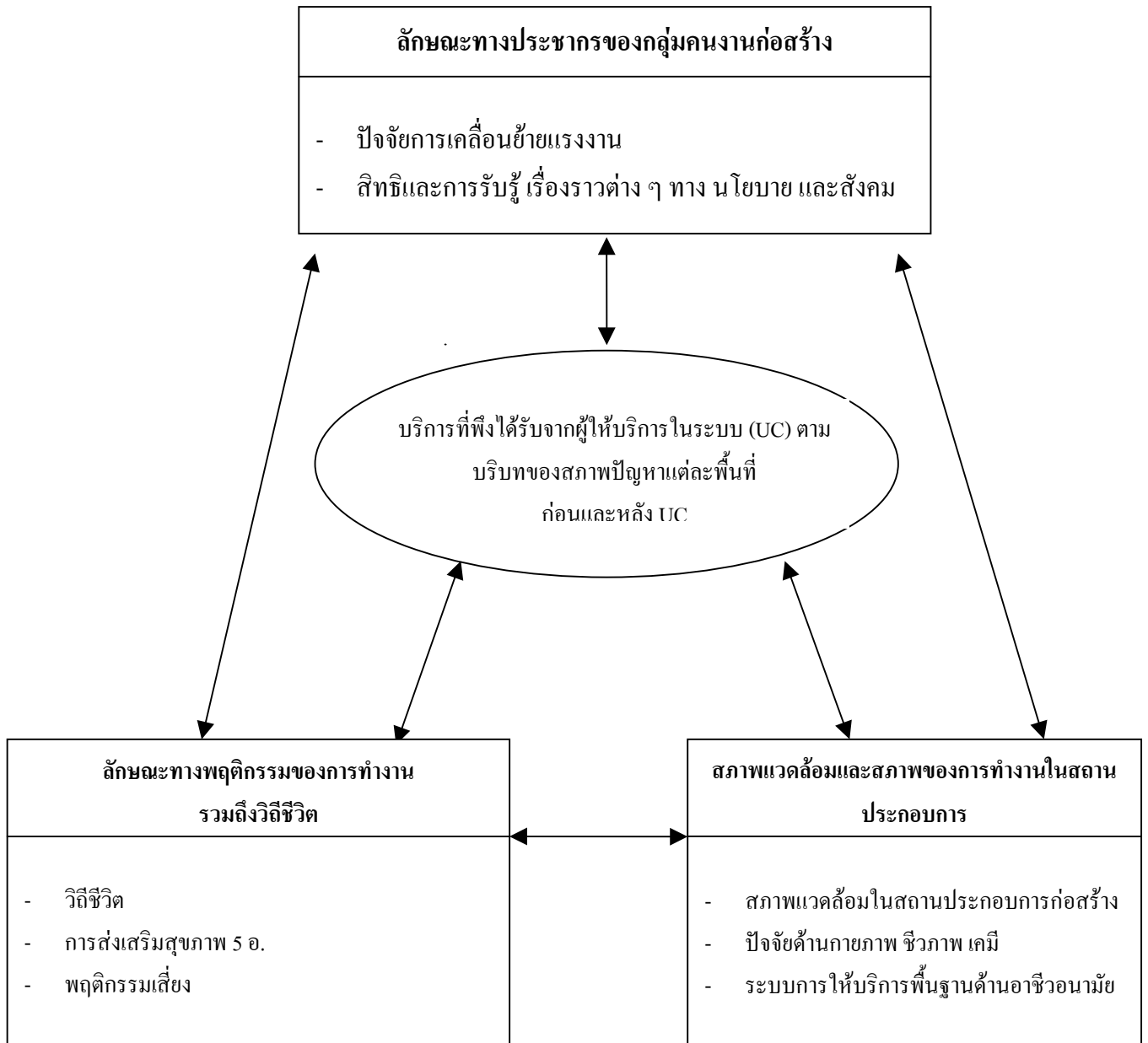
- 6) ทดลองใช้รูปแบบการให้บริการสุขภาพที่พัฒนาจากระยะที่ 1 เพื่อพัฒนาความเป็นไปได้ในวง กว้างโดยใช้แนวทางตามวิธีของ Deming Cycle (Plan-Do-Check-Act) ในพื้นที่ที่พบว่ามีปัญหา ช่องว่างในการให้บริการในพื้นที่ที่ทำการวิจัย
- 7) จัดประชุมสัมมนาเพื่อออกแบบวัตถุประสงค์ของการประเมินและประเมินผลการดำเนินงาน รวมถึงการติดตามความสำเร็จเป็นระยะๆตามความเหมาะสม

3. ทฤษฎีหรือกรอบแนวคิดภาพรวมของโครงการวิจัย

แนวคิดเชิงทฤษฎีความสัมพันธ์ของสถานะทางสุขภาพและการบริการสุขภาพโดยสังเขป



กรอบแนวคิดของโครงการวิจัยในระยะแรก



4. นิยามศัพท์ในการวิจัยครั้งนี้ (Terms of Definition in this study)

พฤติกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมหรือการกระทำเพื่อควบคุมที่เป็นผลต่อการพัฒนาสุขภาพของตนเอง ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมหรือการกระทำ ซึ่งเรียกว่า 5 อ ดังนี้

- 1) **อาหาร** หมายถึง การรับประทานอาหารตามวัย ตามสภาพการประกอบอาชีพ และครบ 5 หมู่
- 2) **ออกกำลังกาย** หมายถึง การออกกำลังกายที่เหมาะสมและเสริมสร้างพละอนามัย 30 – 50 นาทีต่อวัน
- 3) **อารมณ์** หมายถึง การรักษาสุขภาพจิตและเอาชนะความเครียด มีทัศนคติที่ดีต่อทุกคน รวมถึงสถานการณ์แวดล้อมด้วย
- 4) **อนามัยชุมชน** หมายถึง การดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว ชุมชน สังคม เพื่อลดปัญหาโรคติดต่อที่สามารถป้องกันได้ในระดับชุมชน และสังคม
- 5) **อโรคยา** หมายถึง การป้องกันตนเองมิให้เป็นโรคที่ไม่ติดต่อ โดยหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามต่อร่างกายและจิตใจ เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และอุบัติเหตุ เป็นต้น

การสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและรักษาโรค หมายถึง กระบวนการเพิ่มความสามารถของกลุ่มผู้ใช้แรงงาน ในการควบคุมดูแล พัฒนาสุขภาพ ป้องกันและรักษาโรคของบุคคลและครอบครัวให้ดียิ่งขึ้น เพื่อการบรรลุสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งร่างกาย สังคม และจิตใจ โดยมีปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญตามหลักพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ 5 อ.คือ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ อนามัยชุมชน และอโรคยา

กลุ่มผู้ใช้แรงงาน หมายถึง บุคคลที่ประกอบอาชีพรับจ้างและหรือใช้แรงงานในงานก่อสร้างชั่วคราวเคลื่อนที่ โดยย้ายตามนายจ้างหรือ รับเหมางานเฉพาะอย่างในระยะเวลาสั้นๆ เมื่อเสร็จงานแล้วก็ย้ายไปรับงานที่ใหม่ไปเรื่อยๆ โดยที่มีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า(30 บาท รักษาทุกโรค)ที่เป็นบัตรที่สามารถใช้สิทธิในภูมิลำเนาเดิม แต่ต่างภูมิลำเนาจากสถานที่ทำงาน

5.ขอบเขตการวิจัย

เป็นการศึกษาวิจัยในกลุ่มผู้ใช้แรงงานในเขตก่อสร้างโดยเลือกกลุ่มตัวอย่างในงานก่อสร้างในพื้นที่จังหวัดสมุทรปราการและดำเนินการในระยะของการก่อสร้างโครงสร้างเท่านั้น

6. การดำเนินงาน

6.1 การติดต่อประสานงานกับพื้นที่ในการทำการวิจัย

6.2 ดำเนินการข้อมูลเชิงปริมาณเบื้องต้น เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาเครื่องมือแบบสอบถาม, และเครื่องมือเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้อง

6.3 เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพและสร้างเครื่องมือในการเก็บข้อมูลพร้อมทั้งการทดสอบเครื่องมือ เชิงคุณภาพ

6.4 การเก็บข้อมูล :

6.4.1 ข้อมูลทุติยภูมิ: จาก การศึกษาเอกสาร เช่น คำสั่ง บันทึกกิจกรรม การให้บริการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคของกลุ่มคนงานเป้าหมาย

6.4.2 ข้อมูลปฐมภูมิ ทำการเก็บข้อมูลโดย

1) การสำรวจสถานการณ์ปัญหาและสถานะสุขภาพ รวมทั้งสวัสดิการ การบริการสุขภาพ ผู้ใช้แรงงานก่อสร้าง และบริการอื่น ๆ ที่ได้รับของผู้ใช้แรงงาน โดยใช้แบบสัมภาษณ์บางส่วน และข้อมูลอื่น ๆ จากการประชุมสัมมนาระดมสมองจาก Stake Holder ด้วยวิธีการ ZOPP technique

2) การสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth interview)

3) การสัมภาษณ์กลุ่มและประชุมระดมสมอง (Focus group discussion and ZOPP Approach) เป็นการจัดกลุ่มให้ผู้ใช้งานก่อสร้างสนทนากับสถานการณ์ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตในบริบทของสังคมกลุ่มผู้ใช้แรงงานก่อสร้าง

4) การสังเกตการให้บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค(Non-participatory observation)

6.5 การวิเคราะห์ข้อมูล การบริหารจัดการ การมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมายต่อชุมชน และการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค การรับบริการ การเข้าถึงบริการ ความพึงพอใจในการเปรียบเทียบผลการดำเนินการบริการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคก่อนและหลังการจัดโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับและหน่วยงานที่นำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

7.1 ได้ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและสถานการณ์ด้านสุขภาพ แหล่งและวิธีการรับรู้ข้อมูลด้านสารสนเทศเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพและสิทธิประโยชน์ ภายใต้บริบทของนโยบายการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ของกลุ่มเป้าหมายได้

7.2 ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานด้านการสาธารณสุขสำหรับวางแผนการปรับนโยบายด้านสุขภาพเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มผู้ใช้แรงงานก่อสร้าง

7.3 ใช้เป็นแผนต้นแบบ(Service Package semi-Model)เพื่อพัฒนาการขยายผลรูปแบบการให้บริการ(Intervention)ในพื้นที่อื่นๆ ต่อไป

7.4 ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานแก่ผู้ประกอบการ และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการวางแผนการดำเนินงาน เพื่อส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคในโรงงานอุตสาหกรรม

7.5 กระตุ้นให้ผู้ประกอบการ และคนงานได้ตระหนักถึงความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค

7.6 สามารถนำผลการวิจัยที่ได้เผยแพร่แก่คนงาน ผู้ประกอบการ และหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางการดำเนินงานแก้ไขปัญหาต่อไป

7.7 หน่วยงานที่นำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

7.7.1 สถานประกอบการและโรงงานอุตสาหกรรม

7.7.2 กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม

7.7.3 กระทรวงอุตสาหกรรม

7.7.4 กระทรวงสาธารณสุข

7.7.5 กระทรวงมหาดไทย

7.7.6 คณะแพทยศาสตร์และสาขาสารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยต่าง ๆ

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาพฤติกรรมและการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ ภายใต้นโยบายการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ของกลุ่มผู้ใช้แรงงานก่อสร้างเคลื่อนที่ ในเขตก่อสร้าง จ. สมุทรปราการ โดยผู้วิจัยได้ทบทวนแนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดขอบเขตการศึกษา ตามลำดับต่อไปนี้

- 2.1 การบริการที่พึงได้รับจากผู้ให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- 2.2 พฤติกรรมการรักษาและการใช้ยาในกลุ่มผู้ใช้แรงงานและคนงานก่อสร้าง
- 2.3 วิถีชีวิตและสุขภาพของคนงานก่อสร้าง
- 2.4 การย้ายถิ่นของผู้ใช้แรงงาน
- 2.5 สภาพแวดล้อมและสภาพการทำงานในสถานประกอบการก่อสร้าง

2.1 การบริการที่พึงได้รับจากผู้ให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

นโยบายสาธารณสุขของรัฐในทุกยุคสมัย มุ่งหมายที่จะให้ประชาชนเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึง แต่วิธีการที่รัฐใช้ในการขยายการเข้าถึงบริการสาธารณสุขนั้นมีวิวัฒนาการปรับเปลี่ยนแนวทางและวิธีการที่แตกต่างกันในแต่ละช่วงเวลา ในอดีต โดยเฉพาะช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับต้นๆ ในช่วง 20-40 ปีก่อน ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่เน้นการจัดโครงสร้างพื้นฐาน (infrastructures) เพื่อการพัฒนาประเทศ กระทรวงสาธารณสุขเริ่มใช้ระบบประกันสุขภาพในโครงการบัตรประกันสุขภาพเมื่อปี พ.ศ. 2526 และช่วงต่อมา รัฐบาลก็มีการใช้ระบบประกันสุขภาพสำหรับลูกจ้างเอกชน โดยการออกเป็นพระราชบัญญัติประกันสังคมปี พ.ศ. 2533 ซึ่งโรงพยาบาลไม่ว่าจะเป็นของรัฐหรือเอกชนสามารถให้บริการผู้ประกันตนโดยเป็นโรงพยาบาลคู่สัญญาได้ แนวโน้มของการปรับเปลี่ยนไปในแนวทางประกันสุขภาพยิ่งชัดเจนมากขึ้นเมื่อรัฐบาลประกาศใช้นโยบาย “30 บาทรักษาทุกโรค” หรือ “หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า”

เป้าหมายของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าคือ การสร้างหลักประกันให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพได้ตามความจำเป็น โดยถือเป็น “สิทธิ” ขั้นพื้นฐานของประชาชน มิใช่เป็นเรื่องที่รัฐสงเคราะห์หรือช่วยเหลือประชาชน ทั้งนี้เพื่อให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 มาตรา 52 ที่ว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน” และ “ผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ...” (กระทรวงสาธารณสุข, 2545)

อย่างไรก็ตามเนื่องจากการสร้างหลักประกันให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียวคงไม่เพียงพอที่จะทำให้ประชาชนทุกคนมี “สุขภาพดี” หรือมี “สุขภาพะ” ซึ่งเป็น

เป้าหมายสูงสุดของระบบสุขภาพได้ การที่ประชาชนจะมี “สุขภาพดี” ได้นั้น ประชาชนจะต้องสามารถพึ่งพาตนเองทางด้านสุขภาพได้มากขึ้น สามารถเข้ามามีส่วนร่วมดูแลและบริหารจัดการระบบสุขภาพได้ โดยถือว่า “สุขภาพ” เป็นเรื่องของประชาชนทุกคนและเพื่อประชาชนทุกคน (All for Health and Health for All) ทั้งหมดจะทำให้ระบบเน้นที่การ “สร้าง” สุขภาพมากกว่าการ “ซ่อม” สุขภาพ

การทบทวนแนวคิดหลักการประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1. เป้าหมายของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เป้าหมายของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ การสร้างหลักประกันให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการ ทางด้านสุขภาพได้ตามความจำเป็น โดยถือเป็น “สิทธิ” ขั้นพื้นฐานของประชาชน มิใช่เป็นเรื่องที่รัฐสงเคราะห์ หรือช่วยเหลือประชาชน ทั้งนี้เพื่อให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 มาตรา 52 ที่ว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิ เสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิ ได้รับการรักษาพยาบาล จากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ...”

อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการสร้างหลักประกันให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียว คงไม่เพียงพอที่จะทำให้ประชาชนทุกคนมี “สุขภาพดี” หรือมี “สุขภาพะ” ซึ่งเป็นเป้าหมายสูงสุดของระบบสุขภาพได้ การที่ประชาชนจะมี “สุขภาพดี” ได้นั้น ประชาชนจะต้องสามารถพึ่งพาตนเองทางด้านสุขภาพได้มากขึ้น สามารถเข้ามามีส่วนร่วมดูแลและบริหารจัดการ ระบบสุขภาพได้ โดยถือว่า “สุขภาพ” เป็นเรื่องของประชาชนทุกคน และเพื่อประชาชนทุกคน (All for Health and Health for All) ทั้งหมดจะทำให้ระบบเน้นที่การ “สร้าง” สุขภาพมากกว่าการ “ซ่อม” สุขภาพ การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อให้ประชาชนทุกคนมี “สุขภาพดี” นั้น จึงจะต้องสนับสนุน การสร้างเงื่อนไขต่างๆ ดังกล่าวให้เกิดขึ้นด้วย

2. หลักการสำคัญในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

กระบวนการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ควรให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในทุกระดับ และเป็นเจ้าของร่วมกัน มีความรับผิดชอบร่วมกันระหว่างรัฐกับประชาชน โดยมีเป้าหมายคือ สุขภาพตามหลักการสุขภาพพอเพียง ประชาชนจะต้องได้รับการคุ้มครองสิทธิในการได้รับบริการที่มีคุณภาพ และในระยะถัดไปเมื่อระบบการจัดการลงตัวแล้ว ประชาชนควรมีสิทธิในการเลือกขึ้นทะเบียนและใช้บริการจากหน่วยบริการระดับต้น หรือเครือข่ายหน่วยบริการ ระดับต้นที่ตนเองพึงพอใจ และใกล้บ้าน/ที่ทำงาน เพื่อเป็นสถานพยาบาลประจำบุคคลหรือประจำครอบครัว

สถานพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชนที่จะให้บริการ จะต้องเป็นสถานพยาบาลที่มีมาตรฐานและได้รับการรับรองคุณภาพ (quality accreditation) โดยถือว่าการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลเป็นเงื่อนไขที่จำเป็นเพื่อสร้างหลักประกันว่า ประชาชนจะได้รับบริการที่มีคุณภาพ

ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ จะให้ความสำคัญกับการมีและใช้หน่วยบริการระดับต้น (primary care) เป็นจุดบริการ ด้านแรก ซึ่งทำหน้าที่ให้บริการแบบผสมผสาน (ทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ) กรณีที่เกินความสามารถหน่วยบริการระดับต้นจะรับผิดชอบส่งผู้ป่วยไปรับบริการต่อที่ สถานพยาบาลอื่น สนับสนุนให้หน่วยบริการระดับต้นด้วยกันเอง และหน่วยบริการระดับต้นกับสถานพยาบาลระดับอื่น ให้บริการ ร่วมกันในลักษณะเครือข่าย (provider network) โดยอาจจะเป็นเครือข่ายของภาครัฐด้วยกันเอง หรือระหว่างภาครัฐ กับเอกชน

ระบบการเงินการคลังเพื่อการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะต้องเป็นระบบที่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ใน ระยะยาว (cost containment system) และต้องระวังไม่ให้เกิดสภาพที่ประชาชนมาพึ่งบริการมากเกินไปจนความจำเป็น กลไกการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลจะต้องเป็นการจ่ายแบบปลายปิด (close end) และเป็นการจ่ายเงินแบบมุ่งเน้น ผลลัพธ์การดำเนินงาน (performance related payment) สิทธิประโยชน์หลักและรูปแบบหรือกลไกการจ่ายเงิน (payment mechanism) แก่ผู้ให้บริการจะต้องเป็นมาตรฐาน เดียวกัน ไม่ว่าจะบริการโดยกองทุนประกันสุขภาพก็กองทุนก็ตาม

ระบบประกันสุขภาพในอนาคตหรือระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ควรจะประกอบด้วยกองทุนประกันสุขภาพเพียงกองทุนเดียว แต่ในระยะเปลี่ยนผ่านอาจจะมี 2 กองทุนที่มีเอกภาพในการบริหารงาน มีชุดสิทธิประโยชน์หลักเหมือนกัน (อาจจะมีกองทุนย่อยเพื่อบริหารจัดการการรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง เพื่อให้สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายและ ทราบข้อมูลการใช้บริการ) รูปแบบระบบประกันสุขภาพในอนาคต

3. ชุดสิทธิประโยชน์หลัก(core package)ของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ

ชุดสิทธิประโยชน์หลักของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ จะประกอบด้วยบริการพื้นฐานโดยอ้างอิงชุดสิทธิประโยชน์ของ โครงการประกันสังคม เพิ่มเติมด้วยบริการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรคที่เป็นบริการส่วนบุคคลและ ครอบครัว (personal and family preventive and promotive services) รวมทั้งบริการการแพทย์ทางเลือก ที่ผ่านการรับรอง การใช้บริการนอกเหนือจากชุดสิทธิประโยชน์หลักนี้ประชาชนหรือ/และนายจ้าง (กรณีที่เป็นลูกจ้างของ สถานประกอบการ) จะต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเอง บริการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรคที่เป็นบริการส่วนบุคคลและครอบครัว จะครอบคลุมทั้งบริการใน สถานพยาบาล และการจัดบริการในชุมชน เช่น การเยี่ยมบ้าน การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ฯลฯ บริการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรคที่เป็นบริการสำหรับชุมชนและกลุ่มเป้าหมายเฉพาะต่างๆ เช่น ผู้ติดยาเสพติด ฯลฯ การดำเนินงานกรณีที่มีการระบาดของโรค การบำบัดและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด/สารเสพติด การรณรงค์เพื่อควบคุมโรคเอดส์ ฯลฯ จะไม่รวมอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์หลัก แต่จะเป็นกิจกรรมที่มีการตั้งงบประมาณ เป็นการเฉพาะ หน่วยงานที่รับผิดชอบยังต้องรับผิดชอบในการขอตั้งงบประมาณดังกล่าวไปก่อน จนกว่าจะมีการกระจาย อำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (หรือคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่-กสพ.) เป็นผู้ตั้งงบประมาณในอนาคตตาม พรบ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ ฯ

4. งบประมาณที่จำเป็นสำหรับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและกลไกการจ่ายเงิน

สถานพยาบาล

4.1 งบประมาณขั้นต่ำที่จำเป็นสำหรับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเท่ากับ 1,202.40 บาทต่อประชากร (เฉพาะประชาชนที่ยังไม่ครอบคลุมโดยระบบประกันสังคมและสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการซึ่งมีประมาณ 46.6 ล้านคน) ทั้งนี้แยกเป็นรายละเอียดดังนี้

4.1.1 งบประมาณสำหรับการรักษาพยาบาล 934 บาทต่อคนต่อปี

- ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก 574 บาทต่อคนต่อปี
- ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน 303 บาทต่อคนต่อปี
- ค่ารักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง 32 บาทต่อคนต่อปี
- ค่ารักษาผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 25 บาทต่อคนต่อปี

4.1.2 งบประมาณสำหรับการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรค 175 บาทต่อคนต่อปี

4.1.3 งบลงทุน (คิด 10% ของ 4.1.1) 93.40 บาทต่อคนต่อปี

สำหรับงบประมาณที่จะจัดสรรให้กับพื้นที่หรือสถานพยาบาลจริง จะเท่ากับ 1,052 บาทต่อหัวประชากร โดยนอกจากนี้งบประมาณสำหรับการลงทุนแล้ว ยังกั้นงบประมาณสำหรับการรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง และค่ารักษาผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (รวม 150.40 บาทต่อประชากร) จากยอดเงิน 1,202.40 บาท ไว้เป็นกองทุนที่ส่วนกลาง ซึ่งในระยะเปลี่ยนผ่านสำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข จะทำหน้าที่บริหารงบกองทุนดังกล่าว ภายใต้การดูแลของคณะกรรมการนโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำหรับระยะเปลี่ยนผ่านในปีงบประมาณ 2545 งบประมาณที่จะจัดสรรให้กับพื้นที่ จะแยกงบประมาณหมวดเงินเดือนที่จะจ่าย ให้กับสถานพยาบาลของรัฐไว้เป็นการเฉพาะ โดยสถานพยาบาลของรัฐจะได้รับจัดสรรงบประมาณตาม อัตราหมาจ่ายรายหัวประชากร คุณ จำนวนประชากรที่ขึ้นทะเบียน หักด้วย งบประมาณหมวดเงินเดือน สำหรับสถานพยาบาลของเอกชนจะได้รับจัดสรรงบตาม อัตราหมาจ่ายรายหัวประชากร คุณ จำนวนประชากรที่ขึ้นทะเบียน

4.2 งบประมาณค่าใช้จ่ายสำหรับการบริหารระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Management cost) จะคิดให้ เท่ากับ 10% ของงบค่าใช้จ่ายรายหัว ตามข้อ 4.1 ดังนั้น สำหรับกรณีประชาชนที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพ 46.6 ล้านคน จะมีงบประมาณเพื่อการนี้ เท่ากับ 10 % ของ 51,680 ล้านบาท หรือเท่ากับ 5,168 ล้านบาทต่อปี ซึ่งงบประมาณส่วนนี้จะเป็นงบเพิ่มเติมจากข้อ 4.1 และจะกั้นไว้สำหรับเป็นค่าใช้จ่ายในการบริหารกองทุน หรือบริหารระบบประกันสุขภาพในส่วนกลาง และหน่วยงานหรือองค์กร

บริหารกองทุนในระดับพื้นที่ (area purchaser board = APB) และค่าใช้จ่ายในการเตรียมระบบเพื่อรองรับระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมทั้งการพัฒนาบุคลากรด้วย

4.3 งบประมาณสำรองเพื่อเสริมสร้างความมั่นคง และสนับสนุนการสร้างประสิทธิภาพของระบบ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Contingency fund) คิดให้ เท่ากับ 10% ของงบค่าใช้จ่ายรายหัวตามข้อ 4.1 หรือเท่ากับ 5,168 ล้านบาท และเป็นงบประมาณ เพิ่มเติมจากข้อ 4.1 เช่นเดียวกัน งบส่วนนี้จะจัดสรรเป็นงบกลาง และบริหารโดยคณะกรรมการ งบดังกล่าวจะใช้เพื่อสนับสนุน การปรับตัวของสถานพยาบาลของรัฐ ในระยะเปลี่ยนผ่าน (ระยะ 2-3 ปี) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการแก้ไขปัญหาการกระจายของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขระหว่างพื้นที่และสถานพยาบาลต่างๆ ดังนั้น จะเห็นว่างบประมาณในข้อ 4.2 และ 4.3 จะบริหารโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(ที่จะจัดตั้งขึ้นใหม่) ภายใต้การดูแลของคณะกรรมการนโยบายหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ

4.4 การบริหารงบประมาณในระยะเปลี่ยนผ่าน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจะเป็นองค์กรหลักที่รับผิดชอบบริหาร กองทุนระดับพื้นที่ โดยมีคณะกรรมการที่จัดตั้งขึ้นตามแนวทางการจัดตั้งคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ. หรือ Area Health Board = AHB) ทำหน้าที่ให้คำปรึกษา (advisory board)คณะกรรมการประกอบด้วยผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้แทนผู้บริโภค ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้แทนผู้ให้บริการ โดยมีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นเลขานุการ

สำหรับพื้นที่ที่ยังไม่สามารถจัดตั้ง กสพ.ได้ให้ข้อบังคับประกอบคณะกรรมการ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจังหวัด (ปสน.จังหวัด)ทำหน้าที่ดำเนินการไปก่อน

4.5 ทางเลือกในการจ่ายเงินให้สถานพยาบาลมี 2 ทางเลือกหลักๆ คือ

รูปแบบที่ 1 การจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัวรวม (inclusive capitation) โดยรวมงบสำหรับบริการผู้ป่วยนอก (บวกงบส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค)และบริการผู้ป่วยใน ให้หน่วยบริการระดับต้นที่รับขึ้นทะเบียน กรณีที่มีการ ส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาที่สถานพยาบาลอื่น หน่วยบริการระดับต้นจะต้องตามจ่าย แต่กรณีมีค่าบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง และค่ารักษาผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ให้สถานพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยเบิกจากกองทุนบัตรประกันสุขภาพที่ส่วนกลาง

การตามจ่ายกรณีส่งต่อผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาลภายในจังหวัด กรณีผู้ป่วยนอก ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่ กสพ. กำหนด กรณีผู้ป่วยใน จะตามจ่ายในอัตราราคาตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs)

รูปแบบที่ 2 การจ่ายเงินเหมาจ่ายรายหัวเฉพาะสำหรับบริการผู้ป่วยนอก (บวกงบส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค) ให้หน่วยบริการระดับต้น (capitation for ambulatory care) ส่วนงบสำหรับบริการผู้ป่วยในให้บริหารที่ กสพ. โดยจ่ายให้สถานพยาบาลที่รับดูแลผู้ป่วยในอัตราราคาตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs with global budget) ส่วนค่าบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินให้เบิกจ่ายจากสำนักงานประกันสุขภาพ ที่ส่วนกลาง

4.6 กสพ.จะเป็นองค์กรช่วยตัดสินใจเลือกกลไกการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลภายในจังหวัด ตามกรอบแนวทาง ที่กำหนด โดยคำนึงถึงความจำเป็นด้านสุขภาพ (health need) ของประชาชนในพื้นที่ และปัจจัยอื่นๆ ทั้งนี้ให้มีการประเมินผล รูปแบบกลไกการจ่ายดังกล่าว เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจ เลือกมาตรฐานกลไก การจ่ายเงินสถานพยาบาล (standardized payment mechanism) ในอนาคตต่อไป

4.7 กรณีที่มีการส่งผู้ป่วยเพื่อไปรับการรักษาต่อที่สถานพยาบาลนอกเขตพื้นที่จังหวัด ให้มีการตามจ่ายสถานพยาบาลดังกล่าว โดยใช้หลักเกณฑ์ดังนี้

- กรณีผู้ป่วยนอก ให้ตามจ่ายสถานพยาบาลตามที่จ่ายจริง แต่ไม่เกินเกณฑ์ที่กำหนด ทั้งนี้ ให้ใช้เกณฑ์การจ่ายเงิน ผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุมาใช้โดยอนุโลม
- กรณีผู้ป่วยใน ให้ตามจ่ายสถานพยาบาลที่รับดูแลผู้ป่วยในอัตราราคาตามกลุ่มวินิจฉัย โรคร่วม (DRGs) ทั้งนี้ ในเบื้องต้นกำหนดให้ใช้อัตรา 1 หน่วยน้ำหนัก DRG (RW) มีค่า เท่ากับ 10,000 บาท

4.8 ภายใต้รูปแบบการจ่ายเงินให้สถานพยาบาลที่ กสพ.กำหนด (ไม่ว่าจะเป็นรูปแบบที่ 1 หรือ 2 ของข้อ 4.5) กสพ.อาจกำหนด ให้อัตราเหมาจ่ายรายหัวประชากรที่จะจ่ายให้กับหน่วยบริการ ระดับต้นในพื้นที่ต่างๆ ของจังหวัดแตกต่างกันตามความจำเป็น ด้านสุขภาพของแต่ละพื้นที่ได้ (adjusted capitation) นอกจากนี้เพื่อเป็นการส่งเสริมประสิทธิภาพและคุณภาพของการจัดบริการ กสพ.ยังอาจกั้น เงินจำนวนหนึ่งจาก เงินเหมาจ่ายรายหัว เพื่อจ่ายให้สถานพยาบาลเมื่อสิ้นสุด (เช่น 6 เดือนหรือ 1 ปี) ตามผลงานการให้บริการ (ซึ่ง กสพ.สามารถ กำหนดตามสภาพปัญหาของพื้นที่) เช่น

อัตราการใช้บริการ (utilization rate)

ความครอบคลุมบริการพื้นฐาน เช่น ความครอบคลุมการให้วัคซีน (vaccine coverage) การวางแผนครอบครัว การอนามัยแม่และเด็ก ฯลฯ

อัตราการค้นพบผู้ป่วยใหม่ในชุมชน เช่น ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ความพึงพอใจของผู้รับบริการ (consumer satisfaction)

นวัตกรรมใหม่ๆ ในการสร้างสุขภาพ (health promotion innovation)

5. ระบบบริการสุขภาพภายใต้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ

หน่วยบริการระดับต้น หรือ เครือข่ายของหน่วยบริการระดับต้น ที่จะรับขึ้นทะเบียนประชาชน ได้ จะต้องสามารถให้ บริการแบบผสมผสานทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ ทั้งบริการภายในและภายนอกสถานพยาบาล โดยมีแพทย์อย่างน้อย 1 คน ร่วมกับบุคลากรอื่นๆ เป็นผู้ให้บริการ ปัจจุบันสถานพยาบาลที่ประชาชนจะสามารถเลือกขึ้นทะเบียนได้ คือ โรงพยาบาลชุมชน ศูนย์บริการ สาธารณสุขของเทศบาลและศูนย์แพทย์ชุมชน (ที่มีแพทย์ปฏิบัติงานประจำ) โรงพยาบาลและคลินิกเอกชน (ที่มีแพทย์ปฏิบัติงานเต็มเวลา) โรงพยาบาล สามารถเป็นผู้ให้บริการระดับต้นและรับขึ้นทะเบียนประชาชนได้ ทั้งนี้ต้องจัดระบบที่จะสามารถให้บริการแบบผสมผสานตามเงื่อนไขที่กำหนดเพื่อให้สามารถดำเนินการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ ภายใน

เงื่อนไขเวลาที่กำหนด ให้ถือว่ารพ.ของรัฐทั้งหมดได้มาตรฐานการให้บริการไปก่อน สำหรับสถานพยาบาลภาคเอกชนต้องผ่านการประเมินมาตรฐานเบื้องต้นก่อนเข้าร่วม ให้บริการ สถานพยาบาลของภาคเอกชนที่จะเข้าร่วมให้บริการ กรณีที่เป็นหน่วยบริการระดับต้น (เช่น คลินิก) จะต้องมีความสมบัติ ตาม และสามารถรับขึ้นทะเบียนประชาชนได้เฉพาะในอำเภอที่ตั้งและอำเภอใกล้เคียงที่ติดกันกรณี รพ.เอกชนจะจัดบริการระดับต้นได้ ต้องมีการจัดระบบที่จะสามารถให้บริการแบบผสมผสานตามเงื่อนไขที่กำหนด

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation Institute) หรือ พรพ. ซึ่งต่อไปจะพัฒนาเป็น “สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพบริการ (Health Care Accreditation Institute)” จะเป็นองค์กรหลักในการพัฒนา และรับรองคุณภาพบริการทั้งหมด (health care accreditation) รวมถึงบริการระดับต้นด้วย ในระยะเปลี่ยนผ่าน สำหรับจังหวัดที่จะดำเนินการในเดือนมิถุนายน 2544 สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล จะเป็นผู้กำหนด แนวทางการประเมินมาตรฐานเบื้องต้นสถานพยาบาลที่จะเข้าร่วมให้บริการ และให้กลไกระดับจังหวัดที่จัดตั้งโดย กสพ. เป็นกลไกประเมินมาตรฐานเบื้องต้นสถานพยาบาลไปก่อน โดยทีมเยี่ยมสำรวจจาก พรพ. จะประเมินซ้ำเพื่อกำกับ กระบวนการให้ได้มาตรฐานในระยะอันควรต่อไป

6. ระบบสารสนเทศและการขึ้นทะเบียนประชาชน

การลงทุนโครงสร้างพื้นฐานระบบสารสนเทศ เพื่อบริหารระบบประกันสุขภาพ มีความจำเป็นอย่างเร่งด่วน และควรเริ่มดำเนินการทันที (โดยมีการจัดสรรงบประมาณเพิ่มเติมจากงบประมาณต่อหัว 1,202.40 บาท) ซึ่งในขั้นต้นนี้การบริหารองค์กรสารสนเทศ เห็นควรดำเนินการในรูปโครงการภายใต้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขไปพลางก่อน เนื่องจากจะมีความคล่องตัวในการบริหารมากกว่า จนกว่าการจัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะแล้วเสร็จ จึงจะรวมองค์กรสารสนเทศดังกล่าวเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของสำนักงาน ฯ การขึ้นทะเบียนประชาชนผู้มีสิทธิ จะใช้ข้อมูลจากการสำรวจร่วมกับข้อมูลจากทะเบียนราษฎรที่ได้จากการประสานงาน กับสำนักทะเบียนราษฎร กรมการปกครอง เพื่อออกบัตรสิทธิ “บัตรทอง” ให้แก่ประชาชน ในระยะยาวเมื่อระบบสารสนเทศกลางได้จัดตั้ง เรียบร้อยแล้วจะมีการปรับระบบการขึ้นทะเบียนใหม่โดยอิง ข้อมูลจากระบบสารสนเทศกลางที่พัฒนาขึ้น การเลือกขึ้นทะเบียนกับหน่วยบริการระดับต้น ระยะแรกจะกำหนดโดยอาศัย เขตพื้นที่ปกครอง สภาพภูมิศาสตร์ และการกระจายของสถานพยาบาล (ทั้งรัฐและเอกชนที่จะเข้าร่วมให้บริการ) โดยให้ กสพ. ทำหน้าที่เป็นองค์กรตัดสินใจ ไปก่อน ระยะต่อไปจึงจะเปิดโอกาสให้ประชาชนสามารถเลือกขึ้นทะเบียนกับหน่วยบริการระดับต้นได้ด้วยตนเอง

7. องค์กรบริหารระบบประกันสุขภาพแห่งชาติและองค์กรเตรียมสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

จะมีการจัดตั้ง “คณะกรรมการนโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” และ “สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” ขึ้น เพื่อดูแลเรื่องการเตรียมการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าขึ้นเป็นการ

เฉพาะ โดยมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธานของ คณะกรรมการดังกล่าว สำนักงานดังกล่าวจะจัดตั้งขึ้นภายใต้สำนักนายกรัฐมนตรี โดยภารกิจของสำนักงานจะเสร็จสิ้น เมื่อมีพรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และมีการจัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่จะเป็นองค์กรถาวร (ภายใต้พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) เพื่อบริหารระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ

โครงสร้างการบริหารงาน ก่อนที่จะมีการจัดตั้งคณะกรรมการนโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้กระทรวงสาธารณสุข โดยปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบฝ่ายปฏิบัติการรับผิดชอบ การบริหารและการสนับสนุน การดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในพื้นที่จังหวัดต่างๆ ทั่วประเทศ และให้สำนักโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข เป็นสำนักงานประสานงานด้านวิชาการเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยมีบทบาทหลักในการประสานคณะทำงานเพื่อเตรียมการระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าทั้ง 10 คณะ และหน่วยงานภายนอกเพื่อพัฒนา นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

8. การเก็บค่าธรรมเนียม 30 บาท (co-payment)

จะเรียกเก็บค่าธรรมเนียม 30 บาทต่อครั้งของการไปรับบริการทางการแพทย์

9. การพัฒนากำลังคนเพื่อรองรับการประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะเปลี่ยนผ่าน ผู้เกี่ยวข้องกับโครงการฯ ทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค จะได้รับการพัฒนาโดยการฝึกอบรมอย่างเป็นระบบในระยะเร่งด่วน (พค. – กย. 2544) และในระยะต่อเนื่อง (พ.ศ.2545 – 2547) กลุ่มเป้าหมายการฝึกอบรมประกอบด้วย วิทยากรเขต ผู้บริหารระบบ ผู้บริหารสถานพยาบาล ผู้ปฏิบัติงาน และผู้สนับสนุนบริการ จากหน่วยงานภาครัฐและเอกชนที่เข้าร่วมโครงการ ผู้รับผิดชอบประสานการฝึกอบรมในส่วนกลาง ได้แก่ สถาบันพระบรมราชชนก โดยมีคณะกรรมการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุขในระดับเขตร่วมดำเนินการ ภายใต้การวางแผนฝึกอบรมร่วมกัน

ในระดับการปฏิบัติและการสร้างความเข้าใจ

สิทธิประโยชน์หลักของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

สิทธิประโยชน์หลักของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกอบด้วยบริการพื้นฐานโดยอ้างอิงชุดสิทธิประโยชน์ของโครงการประกันสังคม เพิ่มเติมด้วยบริการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรคที่เป็นบริการส่วนบุคคลและครอบครัว (personal and family preventive and promotive service) รวมทั้งบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ผ่านการรับรองของคณะกรรมการประกอบโรคศิลป์ การใช้บริการนอกเหนือจากชุดสิทธิประโยชน์หลักนี้ ประชาชนหรือ/และนายจ้าง (กรณีที่เป็นลูกจ้างของสถานประกอบการ) จะต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเอง ประชาชนที่เคยได้รับการคุ้มครองโดยระบบประกันสุขภาพอื่นของรัฐอยู่ก่อนหน้าที่จะมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เช่น โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) โครงการบัตรประกันสุขภาพ ผู้ได้

รับสิทธิยกเว้นค่ารักษาพยาบาลตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ อาสาสมัครมาเลเรีย ผู้บริจาคโลหิตตั้งแต่ 18 ครั้งขึ้นไป ฯลฯ จะมีการจัดระบบโดยพยายามคงสิทธิเดิม ให้มากที่สุด สำหรับผู้มีสิทธิในบัตรประกันสุขภาพเดิม ให้ได้รับสิทธิเท่ากับผู้ถือบัตรหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) สิทธิประโยชน์หลักในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สามารถแบ่งประเภทการให้บริการได้ ดังนี้

1. ด้านการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ

1.1 ชุดสิทธิประโยชน์ครอบคลุมการบริการทางการแพทย์ ต่อไปนี้

1.1.1 การตรวจรักษาโรคและฟื้นฟูสภาพทั่วไป ได้แก่

- การตรวจ วินิจฉัยโรค บำบัดและฟื้นฟูสภาพทางการแพทย์จนถึงสิ้นสุดการรักษา รวมแพทย์ทางเลือกที่ผ่านการรับรองของคณะกรรมการประกอบโรคศิลป์
- การคลอดบุตร รวมกันไม่เกิน 2 ครั้ง นับตั้งแต่เริ่มดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- การบริการอาหารและห้องผู้ป่วยสามัญ
- การถอนฟัน การอุดฟัน การขูดหินปูน การทำฟันปลอมฐานพลาสติก การรักษาโพรงประสาทฟันน้ำนม และการใส่ฟันเทียมในเด็กปากแหว่งเพดานโหว่
- ยาและเวชภัณฑ์ตามบัญชียาหลักแห่งชาติ
- การจัดส่งต่อเพื่อการรักษาระหว่างสถานพยาบาล

1.1.2 การรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง ได้แก่ การรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง การใช้ยาด้านไวรัสเอดส์ รวมทั้งอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ (ทั้งภายในและภายนอกร่างกาย) ตามเงื่อนไขการจ่ายที่คณะกรรมการกำหนด

1.1.3 กรณีอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ สามารถใช้บริการที่สถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการที่ใกล้จุดเกิดเหตุทั่วประเทศ โดยค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นภายใน 72 ชั่วโมงแรกให้เบิกจ่ายจากกองทุนประกันสุขภาพที่ส่วนกลาง หลังจากนั้นหน่วยบริการคู่สัญญาจะรับผิดชอบ ตามเงื่อนไขที่กำหนดคือกรณีฉุกเฉินประชาชนสามารถใช้บริการนอกเครือข่ายที่อยู่นอกจังหวัดได้ไม่เกิน 2 ครั้งต่อปี

1.2 ชุดสิทธิประโยชน์นี้ไม่ครอบคลุมการบริการทางการแพทย์ต่อไปนี้

1.2.1 กลุ่มบริการที่เกินกรอบความจำเป็นพื้นฐาน ได้แก่

- การรักษาภาวะมีบุตรยาก
- การผสมเทียม
- การเปลี่ยนเพศ
- การกระทำใดๆ เพื่อความสวยงาม โดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
- การตรวจ วินิจฉัย และรักษาใดๆ ที่เกินความจำเป็นและข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

1.2.2 กลุ่มอื่นๆ

- โรคเดียวกันที่ต้องใช้ระยะเวลารักษาวินิจฉัยในโรงพยาบาลประเภทคนไข้ในเกิน 180 วัน ยกเว้นหากมีความจำเป็นต้องรักษาต่อเนื่องจากมีภาวะแทรกซ้อน หรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
- การรักษาที่ยังอยู่ในระหว่างการค้นคว้าทดลอง
- การรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยการล้างไต (peritoneal dialysis) การฟอกเลือด (haemodialysis) ด้วยเครื่องไตเทียม
- การเปลี่ยนถ่ายอวัยวะ (organ transplantation)

2. บริการที่ปัจจุบันมีงบประมาณจัดสรรให้เป็นการเฉพาะ ได้แก่

- โรคจิต กรณีที่ต้องรับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในเกินกว่า 15 วัน
- การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาและสารเสพติดตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติด
- ผู้ประสบภัยจากกรณ ซึ่งสามารถใช้สิทธิตาม พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ

3. ด้านการส่งเสริมสุขภาพ และ การควบคุม ป้องกัน โรค ครอบคลุมบริการดังต่อไปนี้

- ให้มีและใช้สมุดบันทึกสุขภาพประจำตัวในการดูแลสุขภาพแต่ละบุคคลอย่างต่อเนื่อง
- การตรวจและดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์
- การดูแลสุขภาพเด็ก พัฒนาการ และภาวะโภชนาการของเด็ก รวมถึงให้ภูมิคุ้มกันโรคตามแผนงานการให้ภูมิคุ้มกันโรคของประเทศ
- การตรวจสุขภาพประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง (ตามแนวทางการตรวจสุขภาพของประชาชนไทย จัดทำโดยแพทยสภา, 2543 ซึ่งแนะนำโดยราชวิทยาลัยต่างๆ)
- การให้ยาด้านไวรัสเอดส์กรณีเพื่อการป้องกันและการแพร่กระจายเชื้อจากแม่สู่ลูก และการใช้ในผู้ติดเชื้อตามแนวทางที่คณะกรรมการกำหนด
- การวางแผนครอบครัว
- การเยี่ยมบ้าน (home visit) และการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (home health care)
- การให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการในระดับบุคคลและครอบครัว
- การให้คำปรึกษา(counseling) และการสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ
- การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในช่องปาก ได้แก่ การตรวจสุขภาพในช่องปาก การแนะนำด้านทันตสุขภาพ การให้ฟลูออไรด์เสริมในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อโรคฟันผุ เช่น กลุ่มเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยฉายรังสีบริเวณศีรษะและลำคอ และการเคลือบ หลุมร่องฟัน (ในกลุ่มอายุไม่เกิน 15 ปี)

ระบบบริการสุขภาพภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

หน่วยบริการที่เป็นคู่สัญญาให้บริการสุขภาพภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จัดได้เป็น 3 กลุ่ม คือ

1. **หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ (Contracting Unit for Primary care, CUP)**
หมายถึง หน่วยงานที่จัดให้มีบริการสุขภาพพื้นฐานทั่วไปทั้งส่วนที่เป็นการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ ที่เป็นลักษณะการให้บริการแบบผู้ป่วยนอก การให้บริการที่บ้าน และบริการในชุมชน ไม่รวมบริการทางการแพทย์ที่ต้องใช้ความเชี่ยวชาญเฉพาะ หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับนี้ จะต้องจัดให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิ หรือศูนย์สุขภาพชุมชน ขึ้น เป็นหน่วยบริการที่ประชาชนที่มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะเลือกขึ้นทะเบียนเพื่อเป็นหน่วยบริการประจำตัว/ครอบครัว หน่วยคู่สัญญานี้อาจจัดบริการโดยหน่วยบริการหน่วยเดียว หรือจัดเป็นเครือข่ายบริการย่อยที่ร่วมกันบริการก็ได้

2. **หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับทุติยภูมิ (Contracting Unit for Secondary care, CUS)**
หมายถึง หน่วยงานที่ให้บริการสุขภาพทั่วไปกรณีผู้ป่วยในเป็นหลัก ซึ่งได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย รวมถึงโรงพยาบาลอื่นของรัฐ และโรงพยาบาลเอกชนต่างๆ ที่สนใจสมัครเข้าร่วมเครือข่ายบริการทุติยภูมิ หน่วยบริการที่ให้บริการระดับนี้จะรับผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน

3. **หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับตติยภูมิ (Contracting unit for tertiary care, CUT)**
หมายถึง หน่วยงานที่ให้บริการที่เป็นบริการทางการแพทย์เฉพาะสาขา ต้องใช้เทคโนโลยีและค่าใช้จ่ายในการดูแลสูง หน่วยให้บริการระดับนี้อาจเป็นโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย หรือสถาบันที่ดูแลรักษาสุขภาพเฉพาะสาขาต่างๆ

ลักษณะสำคัญของบริการสุขภาพแต่ละระดับ

1. ลักษณะสำคัญของบริการระดับปฐมภูมิที่ดี คือ

- เป็นบริการด่านแรกที่ประชาชนเข้าถึงบริการได้สะดวก (Front-line care) ดูแลสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มอายุ และทุกกลุ่มโรคตามมาตรฐาน ให้บริการที่หลากหลายตามสภาพปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชาชน เป็นที่ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพแก่ประชาชน ก่อนที่จะไปรับบริการสาขาอื่นๆ
- เป็นบริการที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่อง (Ongoing / Longitudinal care) ตั้งแต่ก่อนป่วยจนถึงขณะป่วย และการฟื้นฟูสภาพตั้งแต่เกิดจนตาย รวมทั้งหมายถึงการมีความเข้าใจกันระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ/ประชาชนอย่างต่อเนื่อง
- เป็นบริการที่ดูแลประชาชนอย่างผสมผสาน (Comprehensive care) โดยคำนึงถึงปัจจัยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจที่เกี่ยวข้อง ให้บริการที่ผสมผสานทุกด้านตาม

ความจำเป็นของผู้รับบริการ ทั้งทางด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ

- เป็นหน่วยที่ทำหน้าที่ส่งต่อและเชื่อมประสาน (coordinated care) การบริการอื่นๆ ที่จำเป็นทั้งด้านการแพทย์และด้านสังคม รวมทั้งการเชื่อมต่อข้อมูลเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับประชาชน

2. ลักษณะสำคัญของบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ คือ

- ให้บริการทางการแพทย์ที่มีความซับซ้อนได้อย่างมีคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน
- มีบุคลากร อุปกรณ์ และเครื่องมือในการให้บริการได้ตามมาตรฐานที่คณะกรรมการกลางกำหนด
- มีระบบรองรับการให้บริการฉุกเฉิน และผู้ประสบอุบัติเหตุได้อย่างรวดเร็วมีประสิทธิภาพ
- มีระบบการรับส่งต่อผู้ป่วยและข้อมูลจากหน่วยบริการปฐมภูมิที่สะดวก ไม่มีช่องว่างและมีการส่งผู้ป่วยกลับไปรับบริการต่อเนื่องจากที่หน่วยบริการปฐมภูมิเมื่อเห็นว่าเหมาะสม พร้อมข้อมูลแผนการดูแล
- มีระบบการกำกับและพัฒนาคุณภาพที่ชัดเจนและสม่ำเสมอ

บริการที่พึงได้รับจากหน่วยบริการปฐมภูมิ

1. ประเภทของบริการที่ต้องมี

มีลักษณะบริการสุขภาพที่ผสมผสานทุกกลุ่มอายุ ครอบคลุมปัญหาสุขภาพพื้นฐานของประชากรในระดับบุคคล และครอบคลุมรวมทั้งการบริการด้านยา ตั้งแต่การจัดหายา และการให้ความรู้ด้านยาที่เหมาะสม

1.1 ด้านการรักษาพยาบาล ได้แก่

- ปัญหาสุขภาพทั่วไป และปัญหาสุขภาพเฉียบพลันที่พบบ่อย
- ปัญหาสุขภาพเรื้อรังที่พบบ่อย
- ระบบการคัดกรองโรคเรื้อรัง หรือโรคที่รุนแรง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน มะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม
- การดูแลที่บ้าน (home care)
- การบริการเบื้องต้นกรณีผู้ป่วยฉุกเฉินหรือประสบอุบัติเหตุรุนแรงก่อนการส่งต่อ
- การผ่าตัดเล็ก
- บริการตรวจชันสูตรพื้นฐาน (ทำเอง หรือส่งต่อ)
- บริการทันตกรรมพื้นฐาน ได้แก่ อุดฟัน ขูดหินน้ำลาย ถอนฟันกรณีปกติ

1.2 การส่งเสริมสุขภาพครอบคลุมการดูแลประชาชนตั้งแต่เกิดจนกระทั่งเสียชีวิต ได้แก่

- บริการดูแลหญิงวัยเจริญพันธุ์ หญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่ก่อนคลอดจนถึงหลังคลอด บริการ คลอด (ตามสภาพพื้นที่)
- บริการดูแลเด็กทั้งด้านพัฒนาการเด็ก วัคซีน
- บริการเด็กวัยเรียน
- บริการดูแลส่งเสริมสุขภาพประชาชนทั่วไป และประชาชนกลุ่มเสี่ยงอื่นๆ เช่น ตามกลุ่มอาชีพ
- บริการดูแลผู้สูงอายุ
- บริการที่บ้านเยี่ยมกลุ่มเป้าหมาย
- บริการส่งเสริมและป้องกันทันตสุขภาพ ได้แก่ การตรวจและให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพช่องปาก การใช้ฟลูออไรด์ในกลุ่มเสี่ยง การเคลือบหลุมร่องฟัน
- บริการให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการในระดับบุคคล ครอบครัว
- บริการให้คำปรึกษา
- การค้นหา(screening) โรคร้ายแรงหรือโรคเรื้อรังเพื่อการป้องกันล่วงหน้า

1.3 การฟื้นฟูสภาพพื้นฐาน ครอบคลุมการฟื้นฟูสภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ อย่างต่อเนื่อง ตลอดจนการกระตุ้นพัฒนาการเด็ก โดย

- เป็นส่วนที่เริ่มค้นหาปัญหาความต้องการจากประชาชนแล้วให้การดูแลขั้นต้น ก่อนส่งต่อไปยังผู้เชี่ยวชาญในการวางแผนการฟื้นฟูที่ครบถ้วน
- สามารถส่งต่อเพื่อการรักษา หรือ ฟื้นฟูสภาพ
- ดูแลต่อเนื่องหลังจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและการวางแผนการดูแลจากโรงพยาบาล

1.4 การควบคุมป้องกันโรคในระดับบุคคล และครอบครัวได้แก่การให้วัคซีนเพื่อป้องกันโรค การค้นหาผู้ป่วย เฝ้าระวัง และรายงานผู้ป่วยโรคติดต่อตามพระราชบัญญัติสาธารณสุขและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

1.5 สนับสนุนการพึ่งตนเองของประชาชน องค์กรประชาชนและชุมชนด้านสุขภาพ

- ให้ความรู้และสร้างความมั่นใจในการดูแลปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย
- ให้ความรู้และสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติตัว เพื่อให้มีสุขภาพที่แข็งแรง ในการดำรงชีวิต (กิน พักผ่อน ออกกำลังกาย)
- ประเมินสภาพบุคคล ครอบครัว ชุมชน โดยความร่วมมือเป็นเครือข่ายเพื่อทราบว่าพื้นที่มีปัญหา สุขภาพอะไรที่สำคัญ มีปัจจัยเชื่อมโยงกับปัญหาสุขภาพต่างๆ อย่างไร
- ร่วมมือกับหน่วยงานอื่นในการวางแผน และดำเนินการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน

1.6 บริการด้านยาตั้งแต่การจัดหายา การจ่ายยา และการให้ความรู้ด้านยา

2. การให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชนระดับบุคคลและครอบครัว

เป็นการดำเนินการสื่อสารด้วยรูปแบบต่างๆ ให้แก่ประชาชนที่อยู่ในความรับผิดชอบ ทั้งที่เป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม ทั้งในสถานพยาบาลและในชุมชน เพื่อให้ประชาชนในความรับผิดชอบมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพพื้นฐาน และการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย ดังนี้

- 2.1 มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองเมื่อมีอาการ เป็นไข้ ตัวร้อน เป็นหวัด ปวดหลัง ปวดท้อง ปวดเข่า ท้องเสีย ปวดศีรษะ และชัก
- 2.2 มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคที่พบบ่อย ได้แก่ โรคไข้เลือดออก โรคเอดส์ และโรคที่พบบ่อยในท้องถิ่นนั้น
- 2.3 มีความรู้และทักษะพื้นฐานในการปฐมพยาบาลเบื้องต้น ได้แก่ บาดเจ็บที่ตา กระตุกหัก เลือดออก เป็นลม ไฟฟ้าช็อต สัตว์กัด สิ่งแปลกปลอมเข้าหู เข้าจมูก เลือดกำเดาออก ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก บาดแผลทั่วไปและ ตะคริว
- 2.4 มีความรู้ในด้านการปฏิบัติตนเกี่ยวกับด้านอาหาร สุขาภิบาลอาหาร สุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม การดูแลสุขภาพช่องปาก การออกกำลังกาย การใช้สารเคมี และ การใช้ยาพื้นฐาน

3. การให้คำปรึกษา

สนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การประเมินสภาวะสุขภาพอย่างผสมผสานและให้คำแนะนำในการดูแลส่งเสริมสุขภาพที่มีความสำคัญของแต่ละบุคคล เช่น การกินอาหารที่พอเหมาะ การออกกำลังกายที่เหมาะสม การคลายเครียด การมีเพศสัมพันธ์ที่เหมาะสม การเลิกบุหรี่ การดื่มสุรา การป้องกันอุบัติเหตุหรืออันตรายจากการทำงาน

การขึ้นทะเบียนประชาชนผู้มีสิทธิและการคุ้มครองสิทธิประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การขึ้นทะเบียนประชาชนผู้มีสิทธิตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะยึดฐานข้อมูลตามทะเบียนราษฎร์เป็นหลัก ให้องค์กรหรือสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หรือสถานพยาบาลอื่นที่เข้าร่วมโครงการ (หรือหน่วยงานอื่นๆ ตามที่จังหวัดกำหนด) รับผิดชอบตรวจสอบคัดกรองคุณสมบัติผู้มีสิทธิตามที่กำหนด และดำเนินการขึ้นทะเบียนออกบัตร นำข้อมูลข้างต้นส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อจัดส่งให้สำนักงานประกันสุขภาพตรวจสอบข้อมูล

กรณีย้ายที่อยู่โดยมีการย้ายชื่อไปยังทะเบียนบ้านแห่งใหม่ ให้ผู้ที่ย้ายไปยื่นขอทำบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่สถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการในพื้นที่ใหม่ โดยมีหลักฐานสำคัญคือ บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (เดิม) สำเนาทะเบียนบ้านใหม่ และบัตรประชาชนพร้อมสำเนา สถานพยาบาลจะยึดบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (เดิม) บันทึกข้อมูลเพื่อส่งไปตรวจสอบและตัดโอนงบประมาณจากสถานพยาบาลเดิมมายังสถานพยาบาลใหม่ และจัดพิมพ์บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าใหม่ให้ และในกรณีที่

ย้ายที่อยู่โดยไม่ได้มีการย้ายชื่อไปยังทะเบียนบ้านแห่งใหม่ ให้ดำเนินการเช่นเดียวกับกรณีที่ย้ายชื่อไปยังทะเบียนบ้านแห่งใหม่ แต่เพิ่มเติมหลักฐานสำเนาทะเบียนบ้านพร้อมคำรับรองของเจ้าบ้านว่าได้มาอาศัยอยู่จริง หรือสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านพร้อมลายมือชื่อรับรองของผู้นำชุมชน หรือนายจ้าง (กรณีที่อาศัยอยู่ในบ้านที่ไม่มีทะเบียนบ้าน) หากเป็นการย้ายที่อยู่ในจังหวัดเดียวกัน เจ้าหน้าที่สามารถตรวจสอบหลักฐานข้อมูลและออกบัตรใหม่ได้ทันที กรณีที่เป็นการย้ายข้ามจังหวัด ให้ส่งข้อมูลให้ส่วนกลางเพื่อตรวจสอบก่อนออกบัตรใหม่ให้ระหว่างการตรวจสอบสิทธิ (ระยะเวลาไม่เกิน 1 เดือน) ประชาชนไม่สามารถใช้สิทธิที่สถานพยาบาลที่ใหม่ได้ กรณีสถานพยาบาลตรวจพบว่าการขอเปลี่ยนไม่ถูกต้องเงื่อนไข สถานพยาบาลมีสิทธิปฏิเสธการขอเปลี่ยนสถานพยาบาลได้

สำหรับกลุ่มนักเรียน นิสิต นักศึกษา ทหารเกณฑ์ ผู้ต้องขังในเรือนจำ คนงานที่ข้ามถิ่น ฯลฯ ได้รับการอนุโลมโดยสามารถเลือกขึ้นทะเบียนได้ทั้งตามภูมิลำเนา สถานศึกษา หรือสถานประกอบการ ตามสะดวกแต่ต้องปฏิบัติตามกฎระเบียบการขึ้นทะเบียนข้างต้น ประชาชนผู้มีสิทธิสามารถขอเปลี่ยนการขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลปฐมภูมิ (ภายในจังหวัดเดียวกันหรือระหว่างจังหวัด) ได้ไม่เกินปีละ 2 ครั้ง (นับตามปีงบประมาณ คือเดือนตุลาคม – เดือนกันยายน)

2.2 พฤติกรรมการรักษาและการใช้จ่ายในกลุ่มผู้ใช้แรงงานและคนงานก่อสร้าง

การบริโภคยาของคนไทยมีมูลค่ามากถึงประมาณปีละกว่า 90,000 ล้านบาท ในปี พ.ศ.2543 โดยมีแนวโน้มที่เพิ่มสูงมากขึ้น ค่าใช้จ่ายด้านยานี้คิดเป็นประมาณร้อยละ 30 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ นับเป็นสัดส่วนที่สูงมากเมื่อเทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้ว ซึ่งสัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านยาจะอยู่ระหว่าง ร้อยละ 10 - 20 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเท่านั้น มูลค่าการบริโภคยาของไทยกำลังเพิ่มขึ้นในอัตรา ร้อยละ 23 ต่อปี โดยเพิ่มสูงกว่าอัตราเพิ่มของค่าใช้จ่ายในด้านสุขภาพ (ร้อยละ 13 ต่อปี) และอัตราเพิ่มของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ (ร้อยละ 8 ต่อปี) โดยที่สุขภาพอนามัยของประชาชนไม่ได้ดีขึ้นในสัดส่วนที่เท่าเทียมกัน แสดงถึงปัญหาการสูญเสียทางเศรษฐกิจในระบบยา (ระบบยา, 2545) ระบบยาที่ขาดประสิทธิภาพเป็นปัญหาด้านต่อที่สำคัญที่สุดสำหรับการปฏิรูประบบสาธารณสุขในระยะยาวด้วย (วิจารณ์ ตั้งเจริญเสถียร, 2539)

ปัจจุบันประเทศไทยกำลังพัฒนาเข้าสู่เวทีเศรษฐกิจโลกมากขึ้น ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมมีผลกระทบต่อระบบสุขภาพของคนไทย และส่งผลต่อการใช้จ่ายทั้งในระดับปัจเจกและระดับประเทศ เศรษฐกิจที่ดีขึ้นทำให้มีกำลังซื้อและความต้องการบริโภคทั้งผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพมากขึ้นทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสารโฆษณาที่มีมากขึ้นจะกระตุ้นให้เกิดการบริโภคที่เป็นการเหนี่ยวนำให้เกิดความต้องการขึ้น การส่งเสริมการขาย ข้อมูลจากผู้ผลิต ซึ่งล้วนทำให้ผู้บริโภคยาไม่เหมาะสมและได้รับอันตรายจากการใช้จ่ายได้

ขณะเดียวกันการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมได้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัย เกิดปัญหาสังคมทั้งในชนบทและในเมือง การโยกย้ายถิ่นฐานเพื่อหางานทำ ปัญหาสิ่งแวดล้อมและมลภาวะ

การใช้สารเคมีทางการเกษตรหรือในโรงงานอุตสาหกรรม อันตรายจากการทำงาน ภาวะความเครียดจะส่งผลต่อสุขภาพทางกายและใจ

ผู้ใช้แรงงานและคนงานก่อสร้างเป็นกลุ่มประชากรที่เป็นชนชั้นใช้แรงงานที่มีฐานะยากจน มีปัญหาสุขภาพที่ไม่ได้รับการดูแลใส่ใจ ไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ และยาที่จำเป็นประชาชนกลุ่มนี้มักจะพบมีปัญหาระบบทางเดินหายใจ โรคและอาการกลุ่มโครงสร้างกระดูกและกล้ามเนื้อ มีอาการปวดเมื่อยจากการทำงานประกอบอาชีพ อุบัติเหตุ หรืออาการที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินอาหาร โรคติดเชื้อ รูปแบบการดำเนินชีวิตที่ขาดสุขลักษณะอนามัย ปัญหาจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆมากขึ้นและปัญหามีความซับซ้อนขึ้น ต้องการบริการสุขภาพที่ต่อเนื่องและยาที่มีประสิทธิภาพขึ้น การขาดความรู้และการใส่ใจในการดูแลสุขภาพ การบริโภคที่ไม่ถูกต้องนอกจากจะทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ ยังเกิดปัญหาการใช้ยาในทางที่ผิด เกิดปัญหารุนแรงตามมา และสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายด้านยาในการรักษาและดูแลผู้ป่วย

สภาพการใช้ยาของประชาชน

สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2543) สำรวจค่าใช้จ่ายในครัวเรือนในปี 2535-2543 สำหรับยาที่ครัวเรือนซื้อใช้เองที่มีมูลค่าสูงสุดคือ ยาในกลุ่ม ยาแก้ปวดลดไข้ 31-37% รองลงมาคือ ยาแก้หวัดไอ 15-21%

เนาวรัตน์ จารุพัฒพงษ์ และ รัสชาติ (Charupatanapong and Rascati. 1992) ได้ศึกษาการใช้ยาในการรักษาตนเอง (self-medication) ของประชาชนไทย พบว่ายา 3 กลุ่มที่มีการใช้มากที่สุดคือ ยาแก้ปวด ยาแก้หวัดไอ และยาปฏิชีวนะ อาการป่วย 3 ประเภทที่ทำให้ต้องใช้ยารักษาตนเองที่เป็นมากคือ ปวดศีรษะ ไข้หวัด และอาการผิดปกติในทางเดินอาหาร โดยแหล่งที่ประชาชนได้รับข้อมูลคำแนะนำการใช้ยารักษาตนเองมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ จาก เกสัชกร ผู้ขายยา และสมาชิกในครอบครัว

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะดูแลตนเองโดยอาจหาซื้อยากินเอง อย่างไรก็ตามแนวโน้มการใช้ยาของประชาชนโดยรับบริการจากผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์มีเพิ่มมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นแพทย์หรือเภสัชกร ดังนั้นแนวโน้มของการใช้ยาจะขึ้นกับอิทธิพลของผู้ประกอบวิชาชีพและความถูกต้องเหมาะสมของการใช้ยาของประชาชนจึงขึ้นกับผู้สั่งใช้ยามากขึ้นตามลำดับ (จิตร ลิทธิอมร, 2541)

จากการสำรวจรายจ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือน (ระบบยา, 2545) พบว่าหลังจากเกิดภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ แนวโน้มที่ประชาชนซื้อยากินเองกลับเพิ่มขึ้นจาก 15.4 ในปี 2542 เป็น 18.6 ในปี 2543 ขณะที่สัดส่วนการใช้บริการที่สถานพยาบาลลดลง และจากรายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ในปี 2544 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2545) พบว่าพฤติกรรมในการเลือกใช้บริการเมื่อเจ็บป่วยกรณีไม่ต้องนอนโรงพยาบาลของประชาชนไทยส่วนใหญ่ซื้อยากินเองร้อยละ 23 ใช้บริการที่สถานอนามัยร้อยละ 20 ใช้บริการที่โรงพยาบาลจังหวัด/โรงพยาบาลอื่นๆ ของรัฐ ร้อยละ 20 ใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชน ร้อย

ละ 13 ใช้บริการที่คลินิกเอกชนร้อยละ 12 และอื่นๆ (แนวโน้มสัดส่วนการรับบริการนี้อาจเปลี่ยนแปลงจากผลกระทบของโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ซึ่งขณะนี้ยังไม่มีข้อมูล)

ร้านยา เป็นสถานบริการหนึ่งที่ประชาชนเลือกใช้บริการเป็นด่านแรกและเป็นที่พึ่งทางด้านสุขภาพของประชาชนส่วนใหญ่ในการดูแลตนเอง มูลค่าสัดส่วนของการกระจายยาที่ผ่านทางร้านยามีสูง แต่ในปัจจุบันยังไม่มีมาตรการควบคุมดูแลการใช้ยาที่ผ่านช่องทางนี้ให้มีประสิทธิผลและลดการเกิดปัญหาการใช้ยาอย่างไม่เหมาะสมที่พบเป็นอันมาก เช่น การใช้ยาไม่ถูกขนาดและปริมาณ การใช้ไม่ถูกวิธี การใช้ยาฟุ่มเฟือย และการใช้ยาผิดวัตถุประสงค์ เป็นต้น บางกรณีกลายเป็นปัญหาการติดยา หรือเป็นผลให้ปัญหาด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นไม่สามารถทุเลาลงได้ หรืออาจทำให้อาการของโรครุนแรงกว่าเดิม ซึ่งกว่าจะถึงมือแพทย์หรือโรงพยาบาลก็มีอาการค่อนข้างหนัก หรืออาจจะรักษาไม่หาย อันส่งผลให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนและประเทศสูงขึ้นโดยไม่จำเป็น ดังนั้นร้านขายยาซึ่งเป็นสถานบริการทางสาธารณสุขเบื้องต้นที่สำคัญต่อประชาชน หากมีรูปแบบการบริการที่ดี น่าจะสามารถช่วยบรรเทาปัญหานี้ได้ โดยร้านขายยาจะต้องมีเภสัชกรปฏิบัติงานตลอดเวลาที่เปิดทำการ

ทิพาพร กาญจนราช (2545) ได้ศึกษาสถานการณ์การใช้ยาของประชาชน และสถานการณ์การให้บริการด้านเภสัชกรรมของร้านขายยา จากประชาชน ในจังหวัดอุดรธานี และขอนแก่น พบว่า พฤติกรรมการใช้ยา อันได้แก่ การซื้อยายังมีประชาชนบางส่วนที่ระบุถึงการใช้ยาที่ไม่มีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา ในการรักษาอาการดังกล่าว และมีบางส่วนของประชาชนทั้ง 2 จังหวัดที่มีความรู้ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับยาสามัญประจำบ้าน โดยพบว่าการซื้อยาที่ไม่ใช่ยาสามัญประจำบ้านจากร้านขายของชำหรือร้านอื่นที่ไม่ใช่ร้านขายยา เช่น ยาชาตุน้ำขาว ยาชุด และยาลูกกลอนแผนโบราณ เป็นต้น ทั้งนี้ตามกฎหมายระบุให้ยาสามัญประจำบ้านเท่านั้นที่สามารถจำหน่ายในร้านทั่ว ๆ ไปที่ไม่ใช่ร้านขายยาได้ สถานการณ์การให้บริการของร้านขายยา เมื่อไปซื้อยาที่ร้านขายยา ผู้ใช้บริการจะได้รับการซักถามอาการ จ่ายยาตามอาการ และแนะนำการใช้ยาเป็นหลัก มีการซักประวัติการใช้ยาและโรคประจำตัวของผู้ใช้บริการค่อนข้างน้อย และแทบไม่มีการตรวจร่างกายใดๆเลย ทั้งยังไม่มีความชัดเจนว่าบุคคลที่ได้พบในร้านขายยาเป็นเภสัชกรหรือไม่ ประชาชนยังต้องการให้เภสัชกรเพิ่มบริการมากขึ้นในด้านการให้ข้อมูลต่าง ๆ คือ วิธีการใช้ยา การสังเกตอาการข้างเคียง การดูแลรักษาและความหมายของฉลากยา เช่น วันผลิตและวันหมดอายุของยา การปฏิบัติตัวในการรับประทานยาหรือเมื่อมีอาการแพ้ยา เป็นต้น ตลอดจนการเขียนชื่อยานบนซองยาด้วย ส่วนเจ้าของร้านขายยามีความเห็นว่าควรพัฒนาศักยภาพของผู้ขายยา โดยบางส่วนเห็นว่าผู้ขายยาควรมีความรู้เรื่องยาดี แต่ไม่จำเป็นต้องเป็นเภสัชกร และให้บริการเฉพาะการขายยาอย่างที่เป็นอยู่ก็เพียงพอแล้ว ขณะที่ร้านขายยาส่วนหนึ่งที่มีเภสัชกรประจำร้านเห็นว่า ควรมีการพัฒนาให้ร้านขายยาสามารถบริการด้านเภสัชกรรมอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพมากกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน และผู้วิจัยเห็นว่า ในแง่ของการแนะนำการใช้ยาและการส่งเสริมสุขภาพนั้น ร้านขายยามีโอกาสที่ดีกว่าโรงพยาบาลในการดำเนินการดังกล่าว เนื่องจากผู้ป่วยที่มารับบริการที่ร้านขายยาไม่หนาแน่นเท่าผู้ป่วยที่ไปรอรับบริการที่ห้องยาของโรงพยาบาล

ศิริบุญ แก้วหินและธนวัฒน์ กลดี (2538) สำรวจพฤติกรรมของผู้ซื้อยาเรียกหาประเภทยาบรรเทาปวดลดไข้ชนิดแผนบรรจสุเสร็จ 126 คน พบว่าผู้มารับบริการส่วนใหญ่จะเรียกซื้อยาโดยระบุชื่อการค้า (79.3%) ยาที่มีการเรียกซื้อมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ Tiffy (29.6%), Sara (26.5%) และ Decolgen (12.2%) แหล่งข้อมูลที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเรียกซื้อยาประเภทนี้มากที่สุดคือ สื่อโฆษณาต่างๆ (50.8%) รองลงมาคือประสบการณ์การได้รับยาจากโรงพยาบาล (18.3%) เมื่อศึกษาการตัดสินใจในกรณีที่ไข้ไม่ถูกต้องเมื่อได้รับคำแนะนำต่อการรักษาที่เหมาะสมกว่าโดยเภสัชกร พบว่าส่วนใหญ่รับฟังเหตุผลและเปลี่ยนยาตามที่เภสัชกรแนะนำ (84.6%)

ประภาเพ็ญ สุวรรณ และคณะ (2541) ได้ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันและรักษาสุขภาพของลูกจ้างผู้ประกันตนในประเทศไทย จำนวน 7,615 ราย และผู้บริหาร/เจ้าของสถานประกอบการ จำนวน 94 แห่ง โดยสุ่มเลือกจาก 16 จังหวัด จากทั้ง 4 ภาค และกรุงเทพมหานคร โดยการสัมภาษณ์โดยใช้แบบสัมภาษณ์ ผลการวิจัยพบว่า ยังมีลูกจ้างผู้ประกันตนบางส่วนถึงแม้จะเป็นส่วนน้อยก็ตาม มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ยังไม่ถูกต้องใน ทุก ๆ ด้าน เกี่ยวกับ การรับประทานอาหาร การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่โฆษณาว่าสุขภาพดี การดื่มสุรา การออกกำลังกาย พฤติกรรมความปลอดภัย พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ พฤติกรรมการใช้ยา ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 83.4) ระบุว่าไม่มีโรคประจำตัว ในกลุ่มที่มีโรคประจำตัว พบว่าปวดศีรษะเป็นอาการที่ถูกระบุมากที่สุด (ร้อยละ 6.1) รองลงไปที่คือ ความดันโลหิตสูง หอบหืด และโรคกระเพาะอาหารอักเสบ เมื่อมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย พบว่าร้อยละส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างทุกภาคระบุว่า ซื้อยากินเองโดยเฉพาะพบสูงสุดในกลุ่มตัวอย่างภาคตะวันออกเฉียงเหนือ แต่กลุ่มตัวอย่างภาคใต้ ร้อยละสูงสุดระบุว่า ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล/สถานพยาบาลที่ระบุในบัตรรับรองสิทธิการรักษาของประกันสังคม เกี่ยวกับการใช้สิทธิประโยชน์จากการประกันตนเกือบครึ่ง (ร้อยละ 43.8) ของลูกจ้างผู้ประกันตน ไม่เคยไปใช้สิทธิประโยชน์จากการประกันตน

รณภพ เอื้อพันธเศรษฐ และ กิตติ ศศิวิมลลักษณ์ (2545) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันการเจ็บป่วยของประชาชน ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยการสำรวจกลุ่มประชากรในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่ จำนวน 400 คน โดยการสุ่มตัวอย่างจากทะเบียนบ้าน กลุ่มตำบลขนาดใหญ่ กลุ่มตำบลขนาดกลาง กลุ่มตำบลขนาดเล็ก และทำการสัมภาษณ์บุคคลในครัวเรือนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่าประชาชนร้อยละ 29.7 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป รองลงมาร้อยละ 24.8 ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว เป็นพนักงานรัฐวิสาหกิจ มีน้อยที่สุดคือ ร้อยละ 5.0 ร้อยละ 84.7 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 15.3 มีโรคประจำตัว โดยที่โรคที่พบมากที่สุด ได้แก่ โรคภูมิแพ้ รองลงมาคือ โรคความดันโลหิตสูง โรคกระเพาะ โรคเบาหวาน โรคหัวใจ ตามลำดับ ในด้านพฤติกรรมการใช้ยา พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 91.2 ไม่เคยใช้ยากล่อมประสาท หรือยานอนหลับ และมีเพียงร้อยละ 8.8 ที่เคยใช้ยาดังกล่าว โดยที่ใช้เฉลี่ยประมาณ 5.5 ครั้งต่อเดือน และปัจจุบันส่วนใหญ่ไม่ได้ใช้ยาประเภทนี้แล้ว มีบางส่วนที่ยังใช้ยาประเภทนี้เกือบทุกวัน การใช้ยาประเภทยาแก้ปวด ท้องใจ ปวดหาย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 81.0 ไม่เคยใช้ และกลุ่มที่เคยใช้จะใช้เฉลี่ยประมาณ 2.6 ครั้งต่อเดือน สำหรับการใช้อาหารจากร้านขายยา หรือร้านขายของชำ ส่วนใหญ่ร้อยละ 82.3 จะไม่เคยใช้ และกลุ่มที่เคยใช้จะใช้เฉลี่ยประมาณ 1.9 ครั้งต่อเดือน

แม้ว่าระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยได้มีพัฒนาการมาตามลำดับ โดยมีหน่วยงานหรือองค์กรที่ทำหน้าที่เป็น “ผู้ให้บริการ” ให้กับประชาชน เช่น กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง ทำหน้าที่เสมือนผู้ซื้อบริการสุขภาพให้กับข้าราชการและครอบครัว สำนักงานประกันสังคม ทำหน้าที่ซื้อบริการให้แก่กลุ่มคนงาน สำนักงานหลักประกันสุขภาพ และกระทรวงสาธารณสุข ทำหน้าที่ผู้ซื้อบริการให้กับ ผู้มีบัตรหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และกลุ่มประชาชนที่ยากจน แต่สิ่งที่ปรากฏคือ ปัญหาความครอบคลุม และการเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึงทุกคน ในปัจจุบันยังมีความเหลื่อมล้ำของการให้บริการสุขภาพของประชาชน ปัญหาความแตกต่างของคุณภาพสถานบริการ การกระจายตัวของสถานบริการที่ไม่เหมาะสม และการกระจายตัวของยาไม่เหมาะสม ความไม่เท่าเทียมนี้ส่งผลให้ประชาชนบางกลุ่มในเมืองและประชาชนในชนบทต้องพึ่งพาสถานบริการนอกระบบ ก่อให้เกิดปัญหาการใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง เช่น การใช้ยาชุดยาของ ยาแก้ปวดเมื่อย เกิดอันตรายแก่สุขภาพในระยะยาว

ปัญหาจากการใช้ยา

การศึกษา เป็นตัวแปรที่สำคัญตัวหนึ่งต่อสถานะสุขภาพอนามัย และพฤติกรรมการใช้บริการของประชาชน โดยระดับการศึกษาจะมีความสัมพันธ์กับความรู้ ความเข้าใจ ในการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นการเลือกใช้ รวมถึงการปกป้องสิทธิของตนเอง ประชากรกลุ่มผู้ใช้แรงงานส่วนใหญ่มีการศึกษาน้อย ความรู้และเข้าใจไม่พอเพียงต่อการดูแลสุขภาพตนเอง

เนื่องจากยามีทั้งประโยชน์และโทษ ถ้าใช้ไม่ถูกต้อง อาจจะทำให้ผลในการรักษาโรคไม่ดี หรืออาจจะก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ใช้ได้ จึงควรคำนึงว่าการใช้ยาต้องใช้ให้ถูกโรค ใช้ให้ถูกคน ใช้ให้ถูกขนาด และระยะเวลาในการรักษา ต้องรู้รายละเอียดกับผู้ใช้ยา เช่น อายุ น้ำหนัก ประวัติการแพ้ยา มีครรภ์หรือให้นมบุตรหรือไม่ โรคประจำตัวอื่นๆ เนื่องจากขาดความรู้ พบว่าประชาชนส่วนใหญ่มีการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องและไม่ครบกำหนด มีความเชื่อที่ผิด ไม่กินยาตามที่กำหนด ทำให้ไม่หายและทำให้การมารักษาครั้งหลังเกิดการวินิจฉัยที่ผิดพลาด เปลี่ยนยา เพิ่มยา เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากการใช้ยา ในการใช้ยาอาจพบการเกิดอันตรายจากการใช้ยา ซึ่งแบ่งได้ดังนี้

1. การใช้ยาเกินขนาด (Overdose toxicity) เช่น ยาแก้ปวด ลดไข้ พาราเซตามอล (Paracetamol) มากเกิน 15 กรัม (เม็ดละ 500 มิลลิกรัม จำนวน 20 เม็ด) ครั้งเดียวในผู้ใหญ่ และเด็ก 2 ขวบ กินมากกว่า 3 กรัมครั้งเดียว จะทำให้ตับถูกทำลายอย่างรุนแรงถึงเสียชีวิตได้ การใช้ยาอย่างต่อเนื่องระยะยาวก็มีผลต่อดับเช่นกัน จึงควรใช้ยานี้เท่าที่จำเป็นเพื่อบรรเทาอาการ ไม่ควรกินยานี้ติดต่อกันเกิน 5 วัน

2. ผลข้างเคียงของยา (Side effect) เป็นผลเสียของยาที่เราไม่ต้องการ เช่นยาปฏิชีวนะ เตตรา-ไซคลิน (Tetracycline) ทำให้เด็กฟันเหลืองถาวร ยาแก้แพ้ผื่นคัน ลดน้ำมูก Antihistamine เช่นคลอเฟนิรามีน (Chlorpheniramine) ซึ่งอยู่ในรูปยาเดี่ยวและยาสูตรผสมแก้หวัด ทำให้วังงวนนั้นจึงไม่ควรขับชียานยนต์หรือทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักรถ้าใช้ยาเหล่านี้

3. การแพ้ยา (Drug allergy) มีอาการได้ตั้งแต่เป็นน้อยคือ ผื่นคัน หงุดหงิด อากาศปานกลาง ได้แก่อักเสบ แสบหน้าอก หอบ ถ้าเป็นมากจะมีอาการเป็นลม ช็อก ผิวหนังลอกทั้งตัว เป็นต้น ยาที่แพ้ได้บ่อย ๆ เช่น ยาปฏิชีวนะ กลุ่มเพนนิซิลิน (Penicillin) กลุ่มซัลฟา (Sulfonamide) การแก้ไขให้หยุดยา ถ้าเป็นน้อยให้กินยาแก้แพ้ เช่น คลอเฟนิรามีน (Chlorpheniramine) 1 เม็ด วันละ 3 เวลา หลังอาหาร ถ้าเป็นมาก ให้ยาแก้แพ้ แล้วรีบนำส่งโรงพยาบาล

4. การดื้อยา (Drug resistance) มักจะเกิดกับการใช้ยาปฏิชีวนะ เช่น ใช้ยาไม่ครบตามระยะเวลาของการรักษา ทำให้เชื้อดื้อยา ปกติยาในกลุ่มนี้ควรกินติดต่อกันอย่างน้อย 5-7 วัน โรคติดต่อร้ายแรงเช่น วัณโรค ก็เป็นโรคที่มีปัญหาเกิดจากการรับประทานยาไม่ครบตามระยะเวลาที่กำหนด 6 เดือน ทำให้ไม่สามารถทำลายเชื้อได้หมด เกิดการดื้อยา และแพร่กระจายเชื้อสู่ผู้อื่น เป็นปัญหาต่อสังคมและชุมชน

5. การใช้ยาในทางที่ผิด (Drug abuse) มีการใช้ยาในทางที่ผิดมากมายในสังคมไทย เช่น การติดยาเสพติด เฮโรอีน มอร์ฟิน ยาบ้า (Amphetamine) การใช้ยากล่อมประสาท ยานอนหลับ การใช้ยาเพื่อลดความอ้วน การนำฮอร์โมนมาใช้เป็นยาขับประจำเดือนโดยหวังผลในการทำแท้ง หรือนำมาเสริมทรวดทรง ซึ่งเป็นการใช้ยาที่ไม่ตรงตามข้อบ่งใช้

6. ปฏิกริยาต่อกันของยา (Drug interaction) ยาตั้งแต่สองชนิดขึ้นไปเมื่อให้ร่วมกัน อาจทำปฏิกริยากัน ซึ่งอาจส่งผลให้มีการเสริมฤทธิ์กัน หรือต้านฤทธิ์กัน เช่น ยาปฏิชีวนะเตตราไซคลิน (Tetracycline) เมื่อกินร่วมกับนม ยาลดกรด หรือยาบำรุงเลือดพวกเหล็กเฟอรัส (FeSO_4) ทำให้การดูดซึมยาเตตราไซคลิน ลดลง

ในผู้ประกอบการอาชีพใช้แรงงานซึ่งการทำงานในชีวิตประจำวันเกี่ยวกับเครื่องจักรกล หากได้รับยาบางชนิดอาจก่อให้เกิดอุบัติเหตุอันตรายได้ เช่น ยาแก้แพ้ ยากดประสาทส่วนกลาง ยานอนหลับ ฯลฯ ประชากรกลุ่มเหล่านี้ควรได้รับการแนะนำในการหลีกเลี่ยงการใช้ยาดังกล่าว

การที่จะให้ผู้ป่วยใช้ยาอย่างเหมาะสมถูกต้อง ครอบตามที่กำหนด ผู้ประกอบวิชาชีพที่ให้บริการต้องเรียนรู้และเข้าใจถึงพฤติกรรม การดำเนินชีวิตในโลกแห่งความเป็นจริงของผู้รับบริการ การแนะนำให้ข้อมูลการใช้ยาต้องคำนึงถึงวิถีและแนวคิดของประชากรกลุ่มเหล่านี้ จึงจะทำให้ผู้ป่วยเหล่านั้นปฏิบัติตามและนำไปใช้ได้ผล (Fallsberg, 1994)

การบริโภคยาไม่เหมาะสม

ประเทศไทยมีตำรับยาที่ขึ้นทะเบียนยาจำนวนมากมาย ซึ่งมีทั้งที่ผลิตในประเทศ แบ่งบรรจุและนำเข้าจากต่างประเทศ ทำให้เป็นปัญหาในการติดตามดูแลยาในท้องตลาด และเนื่องจากระบบเฝ้าระวังและการรายงานอาการไม่พึงประสงค์ยังไม่ครอบคลุมครบถ้วน เมื่อเกิดปัญหาไม่สามารถหาแนวทางดำเนินการได้อย่างเหมาะสม การลดจำนวนตำรับยาที่ไม่เหมาะสมจะเป็นการป้องกันเพื่อไม่ให้เกิดความเสียหายแก่ประชาชน ลดปัญหาการใช้ยาซ้ำซ้อน และการบริโภคยาไม่เหมาะสม เนื่องจากการส่งเสริมการขายชักนำให้บริโภคเกินความจำเป็น หรือบริโภคผิดเนื่องจากสับสนเข้าใจผิด ซึ่งเกิดอันตรายและสูญเสียทางเศรษฐกิจ (สุวิทย์ วิบูลย์ผลประเสริฐและคณะ, 2537; กักดี โพธิศิริ, 2538)

พฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนซึ่งยังขาดความรู้และทัศนคติที่ถูกต้อง เป็นปัญหามากที่จะก่อให้เกิดความเสียหายทั้งต่อชีวิต ทรัพย์สินและสภาพเศรษฐกิจโดยรวม เพราะยาไม่เพียงแต่ให้ประโยชน์ต่อร่างกายด้านผลการรักษาแต่ยังอาจก่อให้เกิดโทษที่รุนแรงได้ ยาที่ใช้ส่วนใหญ่ที่ใช้ในประเทศไม่ว่าจะเป็นยาสำเร็จรูปหรือวัตถุดิบส่วนใหญ่ต้องนำเข้าจากต่างประเทศ ปัญหาการใช้ยาอย่างไม่เหมาะสมจึงส่งผลให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจด้วย

การตัดสินใจบริโภคยาของประชาชนส่วนใหญ่โดยอาศัยคำแนะนำจากญาติ เพื่อน หรือการโฆษณา กระแสบริโภคนิยม การส่งเสริมการขายที่ใช้การโฆษณาประชาสัมพันธ์อย่างหนักเพื่อกระตุ้นให้เกิดการบริโภคที่ไม่จำเป็น ประกอบกับเทคโนโลยีการแพทย์ที่ก้าวหน้า การบริการสุขภาพที่ทำให้เกิดการพึ่งพิง ทำให้ประชาชนมุ่งไปที่การรักษาหรือซ่อมสุขภาพมากกว่าการป้องกันหรือสร้างสุขภาพ การพึ่งตนเองด้านสุขภาพของประชาชนจึงลดลง ปัจจุบันประชาชนในเขตเมืองที่เข้าถึงการบริการได้ง่ายมีค่านิยมในการใช้บริการสุขภาพเกินความจำเป็น แม้เจ็บป่วยเล็กน้อย ขาดพฤติกรรมดูแลตนเองเบื้องต้นที่เหมาะสม

ปัญหาการบริโภคยาที่ไม่เหมาะสมนอกจากการที่ประชาชนขาดความรู้แล้ว ยังเกิดจากอิทธิพลด้านการโฆษณาที่ประชาชนถูกชักจูง และได้รับข้อมูลไม่ถูกต้อง ซึ่งแม้จะมีความเข้มงวดตามระเบียบต้องขออนุญาตก่อนโฆษณาทางวิทยุ ในต่างจังหวัดพบว่าร้อยละ 70 ไม่เคยขออนุญาต หรือขออนุญาตโฆษณาอย่างหนึ่งแต่โฆษณาอีกอย่างหนึ่ง (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ, 2537)

จากรายงานสถานการณ์ปัญหาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ผลิตภัณฑ์สุขภาพยังมีปัญหาด้านคุณภาพและความปลอดภัยเป็นปัญหาเดิมที่เกิดขึ้นเป็นเวลามากกว่า 10-20 ปี แต่ยังไม่สามารถแก้ปัญหาได้อย่างเด็ดขาด ปัญหาด้านยาที่พบคือ

1. ยาปลอม
2. ยาที่ถอนทะเบียนแล้วแต่ยังพบวางขายในร้านขายยา
3. ยาชุด ยาซอง
4. ยาจากสมุนไพรที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียน และปนเปื้อนสารต้องห้าม
5. ยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ยานอนหลับ ยาบ้า
6. ยาลดความอ้วน

นอกจากนี้ยังพบว่าเครื่องสำอางที่มีแคลเฟอิน ได้มีการบริโภคอย่างแพร่หลายในหมู่ผู้ใช้แรงงาน เพราะอิทธิพลของการโฆษณาทำให้เชื่อว่าสามารถเพิ่มพลังกำลังทำให้แข็งแรง โดยในปี 2542 ผู้ประกอบการขอให้แก้ไขเพิ่มปริมาณแคลเฟอินในเครื่องสำอางผสมแคลเฟอินจากข้อกำหนดเดิม 50 มก./หน่วยบรรจุ เป็น 80 มก./ หน่วยบรรจุ ท่ามกลางเสียงคัดค้านขององค์กรผู้บริโภคและนักวิชาการ (สมศักดิ์ อาภาศรีทองสกุล, 2543)

ปัญหาการใช้ยาชุด การรณรงค์ป้องกันและปราบปรามยาชุด ผลการตรวจสอบร้านขายยาและร้านชำ ในช่วงปีงบประมาณ 2530-2533 จำนวน 14,400 แห่ง ครอบคลุมสถานที่ร้อยละ 12.7 ของสถานที่ทั้งหมด (113,516 แห่ง) พบว่ามีการจำหน่ายยาชุด ถึงร้อยละ 5.9 (860 แห่ง จาก 14,400 แห่ง) ยาชุดส่วน

ใหญ่จะมีการรวมกันอยู่ตั้งแต่ 2-3 เม็ด ราคาจำหน่ายตั้งแต่ 2-7 บาท จนถึงจำนวน 15-18 เม็ด ราคาหลายสิบบาทเป็นต้น โดยมีสรรพคุณที่โอ้อวดเกินจริง และมักจะมียาที่ถูกต้องว่าเป็นวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท และยาควบคุมพิเศษ เช่น สเตียรอยด์ และยาอันตรายจำพวกยาปฏิชีวนะต่าง ๆ ผสมอยู่ด้วย

ปัญหาการใช้ยาของ ผลการศึกษาปัญหาการติดยาแก้ปวดลดไข้ พบว่ายาแก้ปวดลดไข้ชนิดที่มีตัวยา Phenacetin และ Caffeine ผสมอยู่ มีแนวโน้มทำให้เกิดการบริโภคยามากขึ้น และมีแนวโน้มให้เกิดการพึ่งยา (Drug Dependence) ในปี พ.ศ. 2527 กระทรวงสาธารณสุข จึงประกาศยกเลิก ยาสูตรผสม A.P.C (Aspirin, Phenacetin และ Caffeine) โดยให้ตัวยา Phenacetin ออกจากสูตรตำรับยาผสมทุกตำรับ และมีการเปลี่ยนแปลงชื่อยาที่มีลักษณะโฆษณาอวดอ้างสรรพคุณ ได้แก่ ทันใจ ปวดหาย ซึ่งผู้ประกอบการยังคงไว้ซึ่งชื่อที่คล้ายคลึงคือ ทัมใจ ปวดหาย เป็นต้น

ปัจจุบันยาของยังเป็นที่นิยม เนื่องมาเนื่องจากปัญหาพฤติกรรม และปัญหาทางเศรษฐกิจ เพื่อการยังชีพในภาคเกษตรกรรมซึ่งต้องใช้แรงงานทำให้เกิดความปวดเมื่อย เกิดภาวะพึ่งยา แนวทางแก้ปัญหานี้จะต้องมีการนำวิชาการรักษาแบบผสมผสานด้านอื่นมาใช้ เช่น การนวด การบริหารร่างกาย เป็นต้น เพื่อให้ลดการใช้ยาลง (สุนันทา โอศิริ, 2543)

มีหลักฐานว่ามีการใช้ยาเกินความจำเป็นในกลุ่มยาปฏิชีวนะ ยาแก้ปวดข้อกล้ามเนื้ออักเสบ ยาแก้ปวด ยาแก้ไอหวัด ร้านยาบางแห่งมีการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมตั้งแต่การขายยาแก้ไอโคเดอินจำนวนมากให้เยาวชน ถักลอบจำหน่ายยาชุดลดความอ้วน ยาชุดขับเลือด ยาหมอดอายุ และยาสัตว์ห้ามใช้ต่างๆ ทั้งเป็นแหล่งแพร่ระบาดของยาเสพติดบางชนิด พบว่าร้านชำหรือร้านค้าปลีกเป็นแหล่งที่ชาวบ้านไปซื้อยามากที่สุดมีการบริการด้านยาที่ไม่มีมาตรฐาน (ระบบยา, 2545)

ประชากรกลุ่มผู้ใช้แรงงานส่วนใหญ่หาซื้อยาจากร้านชำ จากการวิจัยเชิงสำรวจพบว่า ระดับการศึกษา มีอิทธิพลต่อการซื้อยาจากร้านชำ ส่วนระดับสถานะทางเศรษฐกิจ ระดับความรู้เรื่องการใช้อย่างเหมาะสม ระดับความสะดวกในการรับบริการจากสถานบริการสาธารณสุขในปัจจุบัน ไม่มีผลต่อการซื้อยาจากร้านชำ (สมบัติ รุ่งศิลป์ และคณะ, 2536) ประเภทยาที่พบมากที่สุดในร้านชำคือ ยาของแก้ปวดลดไข้ / ยาบรรจุน้ำร้อน (ภานุ อุดมผล และคณะ, 2542) โดยยาส่วนใหญ่ที่ประชาชนเลือกซื้อส่วนใหญ่จะเป็นยาในกลุ่มยาแก้ไอ หวัด แก้ปวดเมื่อย จากการสำรวจพบว่ามีความชุกของการกระจายยาผิดกฎหมายในร้านขายของชำตั้งแต่ร้อยละ 75 ถึง 100 (จักรพันธ์ เผ่าเพ็ง และคณะ, 2540; ดาวฤทัย กาญจนพงศ์กิจ และอมรรัตน์ พิมพรภิรมย์, 2540; ปัทมิตา เหล่าโน้นศรี และ อนรรฆอร โสแก้ว, 2540) กลุ่มยาผิดกฎหมายที่มีจำหน่ายมากที่สุด ได้แก่ยาแผนปัจจุบันที่ไม่ได้ระบุว่าเป็นยาสามัญประจำบ้าน โดยมีการกระจายยาในกลุ่มอันตรายถึงร้อยละ 96.67 ร้านขายของชำเหล่านี้เป็นด่านสุดท้ายของการกระจายยาไปถึงมือผู้บริโภคโดยไม่มีความถูกต้องของวิชาการ ผู้ประกอบการร้านขายของชำส่วนมากจะขายยาตามที่ชาวบ้านบอกชื่อ ไม่ได้แนะนำวิธีการใช้ยาหรืออันตรายของยาที่ขายให้แก่ชาวบ้าน ทั้งผู้ประกอบการร้านขายของชำ และชาวบ้านยังมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับยาไม่เพียงพอ ทำให้มีการขายยาที่ไม่ถูกต้องและตัดสินใจในการใช้ยาผิดพลาด ซึ่งอาจก่อให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพของประชาชนได้

ข้อมูลในทางทฤษฎีและผลการวิจัยในต่างประเทศพบว่า การรักษาดตนเองเป็นวัฒนธรรมของคนในทุกสังคม แต่การใช้จ่ายสมัยใหม่รักษาดตนเองของประชาชนในประเทศกำลังพัฒนาเป็นวัฒนธรรมใหม่ที่เกิดขึ้นภายหลัง ความแพร่หลายของยาสมัยใหม่ได้ก่อให้เกิดกระบวนการเห็นสุขภาพเป็นสินค้า (health commodification) คือการที่ประชาชนแสวงหาสุขภาพด้วยการบริโภคยาเหมือนบริโภคสินค้า เกิดการรับรู้ที่คลาดเคลื่อนว่ายาเป็นสิ่งจำเป็นที่สุดในการรักษาอาการเจ็บป่วย (no cure of disease is possible unless drugs are taken) เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติต่อความหมายของสุขภาพ ป่วยง่ายขึ้นและใช้จ่ายบ่อยขึ้น สิ่งที่เป็นปัญหาคือ การใช้จ่ายรักษาดตนเองที่ประชาชนขาดการเตรียมพร้อม พฤติกรรมการใช้จ่ายที่ปรากฏออกมาจึงเป็นอาการของปัญหาที่ซับซ้อน การแก้ไขจำเป็นต้องคำนึงถึงเงื่อนไขทางเศรษฐกิจและสังคมที่จะเป็นพื้นฐานให้เกิดการมีสุขภาพชีวิตที่ดีขึ้น ป่วยน้อยลง มีข้อมูลข่าวสารและสติปัญญาที่พร้อมมูลในการพิจารณาหาทางช่วยตนเองได้อย่างชาญฉลาดและเท่าทันขึ้น สร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี และการช่วยตนเองได้ของประชาชน ความรู้ที่จำเป็นทางสุขภาพจะต้องแพร่กระจายสู่วัฒนธรรมสาธารณะ ธุรกิจที่ไม่เอื้อต่อสุขภาพต้องได้รับการควบคุมหรือจำกัด และการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงของภาคอื่นๆ ในสังคม เป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2542)

ระบบบริการด้านยาในระบบสุขภาพที่พึงประสงค์

Marino and Hsiao (1995) ได้ระบุเป้าหมายของระบบบริการสาธารณสุขที่ดีมี 3 ประการ ดังนี้

1. การเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึงทุกคนเมื่อจำเป็น
2. สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายโดยรวมให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมได้
3. ใช้ทรัพยากรได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากนโยบายของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่ต้องการให้ประชาชนทุกคนมีหลักประกันในการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยครอบคลุมประชากรทุกกลุ่มทุกประเภท จึงมีความจำเป็นที่จะต้องศึกษาพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชากรกลุ่มเหล่านั้น โดยสถานบริการนั้นจะนอกจากให้บริการที่มีคุณภาพแล้วยังต้องให้คำแนะนำเรื่องการใช้จ่าย และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ทำให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจในการรับบริการทุกด้านดังนี้

1. ความสะดวกและการเข้าถึงบริการ
2. ระยะเวลาที่ใช้ในการรอรับบริการไม่นาน
3. ระยะเวลาที่ใช้ในการรับบริการมีความเหมาะสม
4. อธิบายและการให้บริการดี
5. ได้รับยาที่มีคุณภาพดี
6. ได้รับคำแนะนำการใช้จ่าย/ปฏิบัติตัว
6. ค่าใช้จ่ายในการรักษาไม่เป็นภาระแก่ผู้รับบริการ
7. ได้ผลในการรักษา

ประชากรกลุ่มผู้ใช้แรงงานก่อสร้างเป็นกลุ่มบุคคลที่มีโอกาสเข้าถึงบริการน้อย มีปัญหาสุขภาพ และมีความจำเป็นในการใช้ยา ควรมีการวางรูปแบบบริการให้เหมาะสม ครบวงจรให้ครอบคลุมทั้งในกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉินในขณะทำงาน ในกรณีเจ็บป่วยเล็กน้อย และในกรณีมีโรคประจำตัว ซึ่งต้องการบริการสุขภาพและการใช้ยาที่ต่อเนื่อง มีประสิทธิผลในการดูแลสุขภาพ และมีระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ เพื่อการรักษาในระดับสูงต่อไป โดยเน้นการดูแลป้องกันและส่งเสริมสุขภาพเป็นหลัก

2.3 วิถีชีวิตและสุขภาพของคนงานก่อสร้าง

นโยบายส่งเสริมพัฒนาอุตสาหกรรมทดแทนเกษตรกรรมซึ่งแต่เดิมเคยมีบทบาทหลักในเชิงเศรษฐกิจของประเทศไทย ได้ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างสำคัญทั้งในแง่ของการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและการเปลี่ยนแปลงทางสังคมอย่างเห็นได้ชัด นอกจากนี้เมืองใหญ่ๆ เช่น กรุงเทพมหานคร และปริมณฑล เชียงใหม่ สงขลา นครราชสีมา ยังได้กลายเป็นแหล่งรองรับแรงงานอพยพจำนวนมากจากเขตชนบท ประกอบกับปัจจัยต่างๆ ที่เป็นอุปสรรคต่อการประกอบอาชีพทางการเกษตร ได้ผลักดันให้ชาวชนบทโดยเฉพาะจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคเหนือตอนล่างหันเหชีวิตเข้าสู่อุตสาหกรรมก่อสร้าง (เกื้อ วงศ์บุญสินและคณะ, 2539)

ลักษณะทั่วไปของแรงงานก่อสร้างนั้นประกอบไปด้วยแรงงานหลายระดับชั้นไม่ว่าจะเป็น หัวหน้าโครงการ หัวหน้างาน ช่างปฏิบัติการ และคนงาน สำหรับแรงงานระดับหัวหน้าโครงการและหัวหน้างานนั้นจัดเป็นระดับผู้บริหาร ทำหน้าที่รับผิดชอบควบคุมดูแลโครงการให้เป็นไปตามรูปแบบและรายการที่กำหนด ส่วนแรงงานระดับช่างปฏิบัติการนั้นเป็นแรงงานที่มีฝีมือทำงานตามความชำนาญเฉพาะสาขาของตนและสำหรับแรงงานระดับคนงานก่อสร้างเป็นผู้ปฏิบัติการที่ไม่มีฝีมือระบุได้ว่า จะชำนาญงานช่างสาขาใด จึงทำงานทุกประเภทที่ไม่ต้องใช้ฝีมือ (กริพงษ์ ภิรมนัส และคณะ, 2544) ดังเช่นการศึกษาของ เกื้อ วงศ์บุญสินและคณะ (2539) ที่ระบุว่าคนงานก่อสร้างส่วนใหญ่ไม่มีความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับงานก่อสร้างจึงมักเริ่มต้นจากงานกรรมกรและเรียนรู้งานจากการสังเกต รวมทั้งการสอนงานของเพื่อนร่วมงานหรือหัวหน้างานซึ่งขาดความรู้และทักษะนี้นำไปสู่การขาดอำนาจต่อรองในเรื่องค่าจ้าง การขาดโอกาสหรือมีโอกาสดำกัในการเลื่อนระดับการทำงาน นอกจากนี้คนงานยังไม่ได้รับความคุ้มครองในด้านสวัสดิภาพและขาดความรู้เรื่องสิทธิประโยชน์ที่พึงได้รับ และคนงานก่อสร้างยอมรับว่างานก่อสร้างเป็นงานหนักและไม่มีอิสระแต่สามารถให้รายได้นำมาจ่ายในครอบครัวและชำระหนี้สิน รวมทั้งเก็บออมได้บ้าง อย่างไรก็ตาม คนงานก่อสร้างเป็นกลุ่มที่มีอัตราป่วยและอัตราตายโดยมีสาเหตุจากการทำงานสูงที่สุดในกลุ่มคนงานทุกประเภท (กรมแรงงาน, 2534) รวมทั้งต้องเผชิญกับปัญหาทางสังคมและสาธารณสุขต่างๆ ดังเช่นผลการวิจัยในกลุ่มคนงานก่อสร้างที่พบในประเทศไทยดังนี้

เกื้อ วงศ์บุญสิน และคณะ (2539) ศึกษาปัญหาสังคมและสาธารณสุขของคนงานก่อสร้างในเขตเทศบาลแหลมฉบัง จังหวัดชลบุรี ได้รายงานและวิเคราะห์บริบททางสังคม และวัฒนธรรมของวิถี

ชีวิต สภาพการทำงานและปัญหาสาธารณสุขของคนงานในอุตสาหกรรมก่อสร้างพบว่า ปัญหาที่คนงานก่อสร้างประสบได้แก่ ปัญหาความยากจนเรื้อรัง การขาดภาวะสมดุลในครอบครัว ปัญหาการเลี้ยงดูบุตรในที่ทำงานและที่พัก ปัญหาการปรับตัวทางสังคมและพฤติกรรมเบี่ยงเบน ในส่วนปัญหาสาธารณสุขนั้นพบว่ามีความสัมพันธ์กับปัญหาสังคม เนื่องจากคนงานมีการศึกษาน้อยอีกทั้งมีอำนาจในการต่อรองน้อย ความสามารถในการดูแลตนเองและความรู้ด้านสุขภาพมีจำกัด ปัญหาสุขภาพของคนงานก่อสร้างส่วนหนึ่งยังมีสาเหตุมาจากการอยู่อาศัยในที่พักซึ่งไม่ถูกสุขลักษณะและการทำงานที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุสูง คนงานโดยส่วนใหญ่ไม่ได้รับเครื่องมือป้องกันภัยอย่างเพียงพอจากนายจ้าง และยังขาดความรู้อย่างมากในเรื่องมาตรการรักษาความปลอดภัยในการทำงาน และเจ้าของกิจการหรือผู้รับเหมาก็มักขาดการเอาใจใส่หรือสนใจในสวัสดิภาพของคนงาน และสำหรับประเด็นของการเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลตามเจ็บป่วย หากการเจ็บป่วยนั้นเกี่ยวข้องกับการทำงาน ส่วนใหญ่เจ้าของกิจการเป็นผู้ออกค่ารักษาพยาบาล หากการเจ็บป่วยนั้นไม่เกี่ยวข้องกับการทำงาน คนงานก่อสร้างต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง อย่างไรก็ตาม คนงานก่อสร้างบางคนก็รับสิทธิประโยชน์จากประกันสังคมแต่สิทธิประโยชน์ไม่ได้ครอบคลุมถึงสมาชิกๆ ในครอบครัว และพบว่า คนงานชายเป็นจำนวนมากมีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การนิยมดื่มสุราเป็นประจำ ซึ่งบ่อยครั้งนำไปสู่ปัญหาครอบครัว ปัญหาสังคม และปัญหาสุขภาพในระยะยาว นอกจากนี้ยังพบว่าคนงานก่อสร้างชายโสด และคนงานก่อสร้างที่สมรสแล้วแต่ภรรยาไม่ได้อยู่ด้วยนิยมไปเที่ยวหญิงบริการซึ่งอาจนำไปสู่โอกาสของการเป็นโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์

คณะผู้วิจัย จากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (2540) ได้ศึกษาปัญหาสังคมและสาธารณสุขของคนงานก่อสร้างในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า คนงานก่อสร้างต้องมีชีวิตอยู่อย่างด้อยโอกาสและยากไร้ท่ามกลางความไม่แน่นอนทางด้านเศรษฐกิจ สภาพแวดล้อมในการทำงานไม่ปลอดภัย และสถานที่อยู่อาศัยรวมถึงสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมยังอยู่ในเกณฑ์ที่ไม่ดี อันส่งผลให้เกิดปัญหาด้าน สังคม สุขภาพ-อนามัย และสิ่งแวดล้อม ซึ่งปัญหาสังคม ได้แก่ ปัญหาความยากจน ปัญหาการศึกษาต่ำ ปัญหาขาดความรู้และทักษะในการทำงานก่อสร้าง ปัญหาครอบครัวขาดภาวะสมดุลของหน้าที่ในสังคม ปัญหาขาดกิจกรรมร่วมทางสังคมและการรับรู้ข่าวสาร ปัญหาการปรับตัวทางสังคมและการโยกย้าย ปัญหาที่พักอาศัยและปัญหาสภาพแวดล้อม ปัญหาการดื่มสุรา ปัญหาความมั่นคงในชีวิต ปัญหาสถานภาพคนงานก่อสร้างหญิง ปัญหาความสัมพันธ์กับหัวหน้างาน ปัญหาขาดการดูแลจากรัฐ และปัญหาสาธารณสุขได้แก่ ปัญหาการเจ็บป่วยหนัก โดยมีอัตราป่วยหนักในช่วง 1 ปี พบประมาณ 33% ปัญหาสุขภาพของคนงานก่อสร้างหญิง ปัญหาสุขภาพเด็ก ปัญหาสุขภาพของคนงานก่อสร้างชายซึ่งมักมีอาการป่วยเป็นหวัด ปวดหลัง ปวดขามากที่สุด และบางคนเคยถูกเหล็กเส้นฟาดหน้าอก ปัญหาโรคระบาดในคนงานก่อสร้างอันดับแรกคือ ไข้หวัด รองมาคือตาแดง และอุจจาระร่วง สาเหตุเนื่องจากคนงานทำงานกลางแจ้งมีการสูดฝุ่นละอองเข้าไปตลอดวัน พักผ่อนน้อยเนื่องจากการทำงานล่วงเวลา นอนในห้องพักที่แออัดและร้อน ทำให้มีการอักเสบทางระบบทางเดินหายใจได้ง่าย การพักอยู่ในเขตก่อสร้างห้องติดๆ กัน ทำให้เชื้อโรคสามารถแพร่กระจายไปได้อย่างรวดเร็ว สำหรับโรคตาแดงนั้นอาจมีสาเหตุเกิดจากฝุ่น

ละอองเข้าตา คนงานไม่ได้ล้างมือและเช็ดตา การอาบน้ำในอ่างรวมกันทุกคนทำให้โรคตาแดงระบาดได้ง่าย ส่วนโรคอุจจาระร่วงคาดว่าเกิดจากการดื่มน้ำไม่สะอาด เป็นน้ำที่ไม่ได้ต้ม การรับประทานอาหารที่ซื้อจากรถเข็นที่มาขายอาจจะมีฝุ่นละอองและจุลินทรีย์ปนเปื้อน การสุขาภิบาลเรื่องห้องน้ำห้องส้วมในเขตก่อสร้างไม่สะอาด มีน้ำไหลเฉอะแฉะโดยรอบ และการทิ้งขยะไม่เป็นที่เป็นทางรอบๆ ที่พักทำให้มีแมลงวันอันเป็นพาหะนำโรคอุจจาระร่วงมาสู่คนงานได้ และมีปัญหาสุขภาพจิตเรื่องการปรับตัวจากการอยู่ในชนบทมาอยู่ในเมืองใหญ่และอยากกลับบ้าน นอกจากนั้นคนงานก่อสร้างยังมีปัญหาพฤติกรรมส่วนบุคคลได้แก่ การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การรับประทานยาแก้ปวด และการดื่มเครื่องดื่มบำรุงกำลัง ส่วนการกินยาฆ่าและ การเที่ยวโสเภณีพบไม่มากนัก และพบพฤติกรรมเสี่ยงในคนชายมากกว่าหญิง ส่วนการพักผ่อนหย่อนใจมักเป็นการพูดคุยกันหรือดูโทรทัศน์ ในด้านความต้องการความพอใจของคนงานก่อสร้างพบว่า คนงานก่อสร้างส่วนมากพอใจในงานที่ทำ แม้ว่ารายได้ต่ำมาก แต่เมื่อถามว่าต้องการให้ลูกหลานทำงานก่อสร้างหรือไม่ ส่วนมากตอบว่าไม่ ซึ่งถือเป็นส่วนสะท้อนว่าตัวคนงานเองก็ไม่สู้พอใจกับอาชีพนี้สักเท่าไรนัก แต่โอกาสในการประกอบอาชีพอื่นๆ อยู่ในวงจำกัด และผู้วิจัยได้ให้ข้อเสนอแนะที่สำคัญคือ การให้การศึกษา พัฒนาทักษะ และความสามารถในการทำงานรวมทั้งการให้ข้อมูลข่าวสารที่ควรทราบแก่คนงานก่อสร้าง เพื่อให้ได้ผลผลิตที่มีมาตรฐาน และคนงานมีอำนาจต่อรองเรื่องรายได้มากยิ่งขึ้น รวมถึงการจัดสวัสดิการดูแลสุขภาพของคนงานเพื่อลดปัญหาภายในครอบครัว

ภิรมย์ กมลรัตนกุล และคณะ (2540) ได้ศึกษาสภาพแวดล้อมในการทำงานและสภาพที่อยู่อาศัยของคนงานก่อสร้างในกรุงเทพมหานคร โดยเปรียบเทียบระหว่างสถานก่อสร้างขนาดใหญ่และขนาดเล็กในเขตกรุงเทพมหานครรอบในและรอบนอก ผลการศึกษาพบว่าสภาพแวดล้อมในการทำงานที่อยู่อาศัยรวมทั้งสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมยังอยู่ในเกณฑ์ไม่ดีและขาดความปลอดภัย เช่น มาตรการเกี่ยวกับความปลอดภัยในสถานที่ก่อสร้างยังหย่อนยาน รวมทั้งการจัดให้มีอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลยังมีน้อย แหล่งน้ำดื่มน้ำใช้ของสถานก่อสร้างในเขตลาดกระบังยังใช้น้ำบาดาลในอัตราที่สูง ซึ่งไม่มีความปลอดภัยเพียงพอ สุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมไม่จะเป็นการกำจัดขยะ การมีน้ำขังเฉอะแฉะส้วมยังอยู่ในสภาพที่ไม่สะอาด ซึ่งอาจเป็นแหล่งระบาดของโรคติดต่อหลายชนิด และคนงานยังอยู่กันในสภาพที่แออัด ภายใต้อุณหภูมิสิ่งแวดล้อมบริเวณที่พักไม่ได้นัก ไม่จะเป็นความสะอาด แสงสว่างทางระบายอากาศ ขยะมูลฝอยที่ทิ้งเกลื่อนกลาด การมีน้ำเน่าขัง จำนวนส้วมไม่เพียงพอและความสะอาดของน้ำดื่มมาใช้

วินัย เอกพลากร และคณะ (2540) ศึกษาปัญหาสังคมและสาธารณสุขของคนงานก่อสร้างในเขตเทศบาลแหลมฉบัง จังหวัดชลบุรี พบว่าลักษณะคนงานก่อสร้างในภาคตะวันออกไม่แตกต่างจากคนงานภาคอื่นๆ กล่าวคือ 2 ใน 3 เป็นเพศชายอยู่ในวัยทำงาน (20-39 ปี) และมากกว่าครึ่งหนึ่งมีภูมิลำเนาจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 54.8) มีปัญหาในด้านสถานที่แออัด สุขอนามัยไม่ดี การทำงานเสี่ยงต่ออันตราย และต้องรับภาระค่ารักษาพยาบาลเองมีพฤติกรรมเสี่ยงส่วนบุคคลสูง และพบว่าโดยภาพรวมสภาพความเป็นอยู่ สวัสดิการ ความปลอดภัยจากการทำงานของคนงานในสถานที่ก่อสร้างขนาดใหญ่ดีกว่าขนาดเล็กเล็กน้อย ทว่าทั้งสองแหล่งนี้ยังไม่ดีเท่าที่ควร อาจเป็นเพราะว่าสถานที่ก่อสร้าง

สร้างใหญ่ไม่ได้รับดำเนินการก่อสร้างโดยบริษัทขนาดใหญ่ที่มีระบบการทำงานดี ดังนั้นจึงพบว่าในเขตที่สำรวจสถานที่ก่อสร้างขนาดใหญ่ไม่มีความแตกต่างจากสถานที่ก่อสร้างขนาดเล็กมากนัก

บัณฑิต ถิ่นคำพ และคณะ (2540) สำรวจอนามัยของแรงงานก่อสร้างในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ : ปัญหาและแนวทางแก้ไข โดยจังหวัดขอนแก่นและจังหวัดหนองคายได้รับเลือกให้เป็นพื้นที่สำรวจ ผลการศึกษาพบว่า การสำรวจด้านสุขภาพอนามัยในแรงงานก่อสร้างจำเป็นต้องสร้างกรอบตัวอย่างสถานที่ก่อสร้าง เนื่องจากไม่มีแหล่งข้อมูลรายชื่อสถานที่ก่อสร้างที่มีอยู่แล้วอย่างสมบูรณ์เป็นปัจจุบัน ส่วนกรอบตัวอย่างแรงงานก่อสร้างส่วนมากจะมีที่สถานที่ก่อสร้าง โดยบัตรแรงงาน คือแหล่งข้อมูลที่ดีสมบูรณ์ และการเก็บข้อมูลไม่ควรเกิน 20 นาทีต่อคนในช่วงบ่าย ณ จุดที่คนงานทำงานในสถานที่ก่อสร้าง ควรหลีกเลี่ยงการเก็บข้อมูลในวันที่ 2, 3, 17 และ 18 ของเดือน เพราะเป็นวันหลังวันจ่ายค่าแรง ซึ่งมีคนงานมาทำงานจำนวนน้อยมาก และผลการศึกษาปัญหาสังคมและสาธารณสุขของแรงงานก่อสร้าง : การศึกษาเปรียบเทียบระหว่างขอนแก่นและหนองคาย ของบัณฑิต ถิ่นคำพ และคณะ (2540) โดยการสัมภาษณ์แรงงานก่อสร้างทั้งหมด 812 คน จำแนกเป็นแรงงานก่อสร้างจังหวัดขอนแก่น 407 คน และจังหวัดหนองคาย 405 คน พบว่า ความเป็นอยู่ทั่วไปของแรงงานก่อสร้างมีสภาพไม่ดี และไม่มีความแตกต่างกันระหว่างสองจังหวัด ผลการศึกษายังชี้ว่า สภาพการทำงานและความเป็นอยู่ของแรงงานก่อสร้างควรได้รับการพัฒนาอย่างยิ่ง ควรส่งเสริมการใช้เครื่องป้องกันอันตรายส่วนบุคคลให้มากขึ้น และควรจัดให้มีสวัสดิการแก่คนงานก่อสร้างและครอบครัว และนอกจากนี้ยังพบว่า แหล่งน้ำอุปโภคบริโภคส่วนใหญ่เป็นน้ำประปา (กว่าร้อยละ 80) ทุกแห่งไม่มีการจัดสถานที่สำหรับรับประทานอาหาร ไม่มีการจัดเก็บและกำจัดขยะ และไม่มีการระบายหรือกำจัดน้ำเสีย มีส่วนใช้การได้เฉลี่ย 2 แห่งต่อสถานที่ก่อสร้าง (เฉลี่ย 30 คนต่อส่วน) และมีสภาพสกปรก ทั้งนี้ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างสถานที่ก่อสร้างใหญ่และเล็ก จากการสำรวจที่พักคนงาน 33 แห่ง โดยเฉลี่ยคนงานพักอาศัย 2 คนต่อห้องกว่าร้อยละ 80 ไม่สะอาดและสภาพห้องมีดทึบ มีส่วนใช้ในที่พักเฉลี่ย 28 คนต่อที่ ซึ่งชี้ให้เห็นว่าในสถานที่ก่อสร้างและที่พักอาศัยคนงานนั้น น้ำและที่พัก แต่มีปัญหาสภาพที่ไม่ถูกสุขลักษณะ ซึ่งควรได้รับการแก้ไข

ณรงค์ ทองสันติ และคณะ (2541) ศึกษาการพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงของแม่บ้านคนงานก่อสร้าง นิคมอุตสาหกรรมมาบตาพุด จังหวัดระยอง เพื่อประเมินประสิทธิผลของการจัดกิจกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของแม่บ้าน ใช้กลวิธีสุศึกษาที่กำหนดไว้ตามโปรแกรมร่วมกับรณหน่วยปฏิบัติการสุศึกษาและประชาสัมพันธ์เคลื่อนที่ตามรูปแบบการปฏิบัติงานปกติโดยทั่วไป แต่เพียงอย่างเดียว ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล 2 ครั้ง คือ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการทดลอง แม่บ้านในกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงให้แก่เด็กและสมาชิกในครอบครัวอื่นๆ ถูกต้องเพิ่มขึ้นและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในเรื่องความรู้ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคอุจจาระร่วง การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคอุจจาระร่วง การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ

นำในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง ทศนคติต่อการใช้สารละลายน้ำตาลเกลือแร่ รักษาโรคอุจจาระร่วง และการปฏิบัติในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงให้แก่เด็กและสมาชิกของครอบครัวอื่นๆ

ศิริพร ทูลศิริ และสมสมัย รัตนกริทากุล (2543) ศึกษารูปแบบการดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมสุขภาพของกรรมกรก่อสร้างในเขตจังหวัดชลบุรี เปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมสุขภาพของกรรมกรก่อสร้าง โดยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experiment Research) ในกลุ่มที่ได้รับการอบรมกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการอบรม และกลุ่มกรรมกรก่อสร้างก่อนและหลังได้รับการอบรม สำหรับกลุ่มทดลองให้การอบรมการดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วยคู่มือการดูแลตนเองด้านสุขภาพ และสัมภาษณ์ซ้ำหลังจากอบรมแล้ว 1 เดือน ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมสุขภาพของกรรมกรก่อสร้างที่ได้รับการอบรมดีกว่ากรรมกรก่อสร้างที่ไม่ได้รับการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมสุขภาพหลังได้รับการอบรมดีกว่าก่อนได้รับการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งรายละเอียดของการดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วย 1) การดูแลตนเองทั่วไป 2) การดูแลตนเองตามพัฒนาการ และ 3) การดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนด้านสุขภาพ โดยการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ได้แก่ การคงไว้ซึ่งอาหาร น้ำ และอากาศที่เพียงพอ การคงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ รักษาสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน รักษาความสมดุลระหว่างการใช้เวลาเป็นส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การป้องกันอันตรายต่างๆ ต่อชีวิต หน้าที่และสวัสดิภาพ และการส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุดภายใต้ระบบสังคม และความสามารถของตนเองและในส่วนของตนเองตามพัฒนาการ ได้แก่ การดูแลตนเองที่เกิดขึ้นที่เกิดจากกระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่างๆ เช่น การเข้าสู่วัยต่างๆ การตั้งครรภ์ การสูญเสียคู่ชีวิต หรือบิดา มารดา เป็นต้น และสำหรับการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนด้านสุขภาพเป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเนื่องจากความพิการ โครงสร้าง หน้าที่ของร่างกายผิดปกติ เช่น การเกิดโรค หรือการเจ็บป่วย เป็นต้น

ฉิรพงษ์ ภิรมนัส และคณะ (2544) ศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุและการบาดเจ็บจากการทำงานในบริเวณก่อสร้าง ในเขตจังหวัดชลบุรี กลุ่มศึกษาเป็นพนักงานก่อสร้างมีการบาดเจ็บตั้งแต่ไม่ต้องหยุดงานถึงขั้นหยุดงานเกิน 3 เดือน และกลุ่มควบคุมเป็นพนักงานก่อสร้างที่อยู่ในแคมป์เดียวกันกับกลุ่มศึกษา วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์และช่วงความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการประสบอุบัติเหตุและการบาดเจ็บจากการทำงานในบริเวณก่อสร้าง เช่น การดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง การดื่มเครื่องดื่มชูกำลังในเวลาทำงานก่อสร้าง การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเวลาทำงานก่อสร้าง กรณีโรคประจำตัว ความรู้รายข้อเกี่ยวกับการแต่งกายไม่รัดกุมมีโอกาสดังกล่าวได้ ทศนคติต่อการปฏิบัติด้านความปลอดภัยโดยรวม เป็นต้น และเมื่อทำการวิเคราะห์ปัจจัยร่วมเพื่อศึกษาอิทธิพลของตัวแปรต่างๆ โดยมีการควบคุมอิทธิพลซึ่งกันและกัน โดยอาศัยการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบลอจิสติก และเลือกตัวแปรโดยวิธี Forward stepwise พบว่า ตัวแปรที่

มีอิทธิพลต่อการประสบอุบัติเหตุและการบาดเจ็บจากการทำงานได้แก่ ระยะเวลาทำงานในแต่ละวัน การดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง และการแต่งกายรุ่มร่ามไม่รัดกุม

2.4 การย้ายถิ่นของผู้ใช้แรงงาน

1. ความหมาย และรูปแบบของการย้ายถิ่น

การย้ายถิ่น หมายถึงการเปลี่ยนที่อยู่อาศัย ความหมายนี้เป็นเพียงเงื่อนไขประการหนึ่งของกระบวนการย้ายถิ่น เพราะเพียงการเปลี่ยนที่อยู่อาศัยมีความหมายรวมผู้ย้ายที่อยู่อาศัยจากหัวถนนหนึ่งไปยังอีกหัวถนนหนึ่ง หรือผู้ย้ายจากจังหวัดหรือประเทศไปยังอีกจังหวัดหรืออีกประเทศหนึ่ง ด้วยเงื่อนไขการเปลี่ยนที่อยู่อาศัยประการเดียวคงไม่เพียงพอจะให้ความหมายการย้ายถิ่นได้ชัดเจน เพราะระยะทางมีความหมายสำคัญต่อการตัดสินใจย้ายที่อยู่อาศัย นอกจากนี้การย้ายถิ่นเป็นกระบวนการปรับตัว ดังนั้นความหมายการย้ายถิ่นที่ค่อนข้างให้คำจำกัดความชัดเจนเพิ่มขึ้น จึงรวมเงื่อนไขเรื่องระยะทางและการผ่านอุปสรรคต่างๆ สิ่งที่สะท้อนให้เห็นเรื่องระยะทางและอุปสรรคของการย้ายถิ่นได้ค่อนข้างเป็นรูปธรรม คือ เขตการปกครอง การใช้ระยะทางอย่างเดียวไม่สามารถสะท้อนให้เห็นกระบวนการปรับตัวได้ดีเท่ากับการที่บุคคลต้องย้ายข้ามเขตการปกครองเช่น การย้ายที่อยู่อาศัยภายในเขตการปกครองเดียวกัน (เช่น การย้ายภายในอำเภอ หรือจังหวัดเดียวกัน) แม้เป็นระยะทางเป็น 50 หรือ 100 กิโลเมตร ก็ยังไม่ถือว่าเป็นการย้ายถิ่น เพราะการย้ายที่อยู่อาศัยนี้ไม่ต้องผ่านอุปสรรคมากเท่ากับการย้ายที่อยู่อาศัยที่ต้องผ่านกระบวนการข้ามเขตการปกครอง เช่น ข้ามจังหวัดหรือข้ามประเทศ แม้จะเป็นการย้ายที่อยู่อาศัยเพียงระยะ 10 หรือ 20 กิโลเมตร แต่เป็นการย้ายข้ามเขตการปกครอง ข้ามจังหวัด ข้ามประเทศ จึงถือว่าเป็นการย้ายถิ่น

ความหมายของการย้ายถิ่นจะมีความสมบูรณ์และชัดเจนขึ้น ต้องคำนึงถึงระยะเวลาของการอยู่อาศัยในที่ใหม่ เพราะหากบุคคลย้ายถิ่นตามคำจำกัดความที่กล่าวมา แต่มาอยู่ในที่อยู่ใหม่เพียงหนึ่งหรือสองวัน เปรียบเทียบกับการอยู่ย้ายที่มาอยู่ในที่ใหม่เป็นเดือนหรือเป็นปี ย่อมแตกต่างในการที่จะเรียนรู้และปรับตัวเข้ากับวัฒนธรรมท้องถิ่น ดังนั้นการกำหนดระยะเวลา เช่น 6 เดือน 1 ปี 3 ปี 5 ปี หรือ 10 ปี หรือตั้งแต่เกิด จึงทำให้มีผู้ย้ายถิ่นหลายประเภท หลายกลุ่มตามระยะเวลาที่ผู้ศึกษาต้องการเลือกและกำหนด การศึกษาเรื่องการย้ายถิ่นจึงขึ้นอยู่กับผู้ศึกษาว่าจะมุ่งศึกษาการย้ายถิ่นของกลุ่มผู้ย้ายถิ่นช่วงระยะเวลาเท่าใด ซึ่งในทางปฏิบัติ มีการเรียกผู้ย้ายถิ่นหลายประเภท เช่น ผู้ย้ายถิ่นชั่วคราว หมายถึงผู้ย้ายถิ่นที่ย้ายที่อยู่เป็นเวลา 5 เดือน หรือ 1 ปี หรือ 3 ปี ผู้ย้ายถิ่นถาวรหมายถึงผู้ย้ายถิ่นหลังจากถิ่นกำเนิดมายังที่อยู่ปัจจุบันตลอดไป นอกจากนี้ยังมีผู้ย้ายถิ่นตามฤดูกาล ย้ายถิ่นหลังจากจบสิ้นฤดูการหนึ่งๆไปยังที่อยู่ใหม่และย้ายกลับเมื่อเริ่มต้นฤดูกาล เช่น ผู้ใช้แรงงานย้ายถิ่นจากถิ่นกำเนิดในชนบทเข้าสู่เขตเมืองเมื่อสิ้นสุดฤดูทำนา แล้วย้ายกลับสู่ถิ่นกำเนิดเดิมอีกครั้งเมื่อถึงฤดูทำนาเป็นต้น (สันทัด เสริมศรี, 2539)

กล่าวโดยสรุป การย้ายถิ่นหมายถึง การเคลื่อนย้ายเชิงพื้นที่ของเขตการปกครองจากพื้นที่ที่เป็นที่ อยู่ปกติ ข้ามเขตการปกครองไปยังพื้นที่อื่น และในการศึกษาผู้ย้ายถิ่นก็ใช้เกณฑ์ของเวลา และอาณาเขต มาเป็นตัวกำหนดด้วย(สาธิต พยอมยงค์, 2533)

2. ทฤษฎีว่าด้วยการย้ายถิ่น

ศาสตราจารย์เอฟเวอร์เร็ต ลี (Everett Lee, 1966; อ้างถึงในสมจิตต์ วงศ์อินทร์, 2545) เป็นผู้เสนอ ทฤษฎีว่าด้วยการย้ายถิ่น (Theory of migration) ซึ่งพัฒนามาจากการสังเกตการณ์จากหลายประเทศและ ศึกษาเรื่องการย้ายถิ่นจากประสบการณ์ที่ผ่านมาจนวิวัฒนาการมาเป็นแนวคิดและต่อมาได้เสนอเป็น ทฤษฎีโดยกล่าวว่า การเข้าใจเรื่องราวการย้ายถิ่นที่เกิดขึ้นทั่วไปในภูมิภาคต่างๆจะชัดเจนจำเป็นต้อง พิจารณาองค์ประกอบสำคัญ 4 องค์ประกอบ ซึ่งได้แก่

2.1 ปัจจัยหรือเงื่อนไขในพื้นที่ต้นทาง การย้ายถิ่นเกิดขึ้นบนพื้นที่ต้นทางหมายถึงการที่ บุคคลย้ายออกจากที่พักอาศัยประจำเนื่องจากอิทธิพลหรือปัจจัยที่มีอยู่ในพื้นที่ต้นทางมีส่วนกำหนด โดยพื้นที่ต้นทางจะประกอบด้วยปัจจัยที่เป็นทั้งปัจจัยผลักดัน และปัจจัยดึงดูดหรือยึดบุคคลไว้ ปัจจัยที่ผลักดันซึ่งถือเสมือนเป็นปัจจัยลบ(-) ที่ทำให้คนรู้สึกที่ไม่ประสงค์จะอยู่ในที่เดิมในขณะที่เดียวกันปัจจัยดึงดูดหรือสิ่งที่ยึดบุคคลไว้เป็นเสมือนปัจจัยบวก(+) เป็นสิ่งที่คอยยึดเหนี่ยวให้บุคคลประสงค์จะอยู่ในถิ่นที่ เดิมหรือไม่ยอมละทิ้งที่อาศัย นอกจากปัจจัยดึงดูดและผลักดันแล้วอิทธิพลยังรวมถึงปัจจัยที่มีภาวะเป็น กลาง [ปัจจัยมีค่าเท่ากับ (0)] คือ ไม่ผลักดันหรือดึงดูด

2.2 ปัจจัยหรือเงื่อนไขในพื้นที่ปลายทาง จุดของพื้นที่ปลายทางก็มีปัจจัยสำคัญ 3 ประการ เช่นกัน คือ ประกอบด้วยปัจจัยต่อต้านหรือดึงดูด และปัจจัยที่เป็นกลางๆ ปัจจัยดึงดูดในปลายทาง

2.3 ปัจจัยหรืออุปสรรคที่อยู่ระหว่างพื้นที่ต้นทางและพื้นที่ปลายทาง (intobstaceles) การ ย้ายถิ่นจะเกิดขึ้นเมื่ออุปสรรคระหว่างพื้นที่ต้นทางกับปลายทางมีมากอุปสรรครวมถึงแต่กระบวนการ ของการเดินทาง

2.4 ปัจจัยด้านบุคคล บุคคลผู้ย้ายถิ่นมีลักษณะอย่างไรจะเป็นเงื่อนไขสำคัญหนึ่งในการตัดสินใจย้ายถิ่น และการดำเนินการย้ายถิ่น ลักษณะบุคคลจะเป็นผู้กำหนดคุณค่าของปัจจัยต่างๆ เปรียบ เทียบระหว่างพื้นที่ปลายทางและพื้นที่ต้นทาง ความแตกต่างของบุคคลไม่ว่าจะเป็น อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ และแม้แต่ประสบการณ์ชีวิตก็จะเป็นสิ่งที่บอถึงปัจจัยต่างๆว่ามีคุณค่า หรือไม่มีคุณค่าต่อผู้ ย้ายถิ่น

3. การย้ายถิ่นในประเทศไทย

ประเทศไทยมีรูปแบบหลักๆเกี่ยวกับการย้ายถิ่น 4 รูปแบบ คือ 1). การย้ายถิ่นระหว่างชนบทกับ ชนบท 2). การย้ายถิ่นระหว่างชนบทสู่เมือง 3). การย้ายถิ่นระหว่างเมืองสู่ชนบท และ 4). การย้ายถิ่น ระหว่างเมืองกับเมือง การย้ายถิ่น 4 รูปแบบนี้ การย้ายถิ่นระหว่างชนบทสู่เมืองมีมากที่สุด โดยมีรูปแบบที่

คล้ายคลึงกับประเทศกำลังพัฒนาประเทศอื่นๆ กล่าวคือ มีการย้ายถิ่นแบบชั่วคราวเป็นส่วนใหญ่ติดกัน เช่น การย้ายถิ่นตามฤดูกาล และการย้ายถิ่นหมุนเวียนเป็นต้น (วาทีนิ บุญชะลิกษ์, 2540) การสำรวจแรงงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ.2532 รอบที่ 1 (เดือนกุมภาพันธ์) พบว่าแรงงานในแต่ละภาคมีการย้ายถิ่นภายในภาคมากกว่าย้ายออกจากภาค แต่สำหรับกรุงเทพมหานครและปริมณฑลมีแรงงานที่ย้ายมาจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นจำนวนที่มากกว่ามาจากภาคอื่นๆ รองลงมา คือ มาจากภาคกลาง และภาคเหนือ ซึ่งมีปริมาณแรงงานจากแต่ละภาคในจำนวนที่ใกล้เคียงกัน คือ ประมาณครึ่งหนึ่งของแรงงานจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ส่วนแรงงานจากภาคใต้มีการเคลื่อนย้ายเข้าสู่กรุงเทพมหานคร และปริมณฑลในปริมาณต่ำที่สุดเมื่อเทียบกับภาคอื่นๆ

โดยทั่วไป การย้ายถิ่นของประชากรในประเทศไทย มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการซึ่งพอสรุปได้ดังนี้ คือ

3.1 สภาพทางการเกษตรกรรมและพื้นที่ทำกิน ประชากรส่วนใหญ่ของประเทศยังคงมีอาชีพเป็นเกษตรกร ซึ่งต้องพึ่งพาธรรมชาติในการทำการเพาะปลูก ดังนั้น เมื่อภาวะดินฟ้าอากาศไม่อำนวย การเพาะปลูกก็จะมีปัญหา ทำให้รายได้ของเกษตรกรโดยทั่วไปจะขึ้นลงตามปริมาณการผลิตพืชผลทางการเกษตรในแต่ละปี แม้ว่ารัฐบาลจะหาทางช่วยเหลือในด้านวิชาการ ใช้เทคนิคใหม่ๆ ในการเพาะปลูก รวมทั้งจัดการในเรื่องการตลาดด้วยแล้วก็ตาม ความมั่นคงในด้านรายได้ของเกษตรกรก็ยังอยู่ในระดับต่ำ นอกจากนี้ก็ยังมีปัญหาเรื่องที่ดินทำกิน ซึ่งมีปริมาณน้อยลงเมื่อเทียบกับจำนวนประชากร จึงทำให้ประชากรที่อาศัยอยู่ในชนบท ซึ่งไม่มีที่ดินเป็นของตนเอง หรือไม่สามารถเพาะปลูกพืชผลได้ผลดีก็จะอพยพเข้ามาในเขตเมือง ซึ่งคาดว่าจะมีโอกาสด้านเศรษฐกิจดีกว่า เพื่อหางานทำและผู้ที่ย้ายถิ่นเข้ามาในเขตเมืองส่วนใหญ่ก็จะอยู่ในวัยหนุ่มสาว และเป็นแรงงานไร้ฝีมือ

3.2 สภาพเศรษฐกิจในเขตเมือง ก็เป็นปัจจัยดึงดูดที่สำคัญในการย้ายถิ่นของประชากรจากชนบท การมีอุตสาหกรรม การพาณิชย์กรรม และการบริการที่เจริญในเขตเมือง ทำให้เป็นแหล่งที่หางานทำได้ง่าย แม้แต่แรงงานที่ไร้ฝีมือและทักษะก็ยังมีโอกาสด้านงานทำเป็นกรรมกรแบกหาม หรือบริการตามร้านอาหารได้ จึงทำให้ประชากรในชนบทที่ต้องการยกระดับรายได้ของตนต่างมุ่งหน้าเข้ามาในเมือง โดยคาดว่าจะมีความก้าวหน้าในชีวิตมากกว่าอยู่ในชนบท นอกจากนี้การที่มีระบบคมนาคมที่สะดวกและรวดเร็ว ก็เป็นปัจจัยเสริมในการย้ายถิ่น เพราะการมีระบบสื่อสารที่ทันสมัย จะช่วยเผยแพร่ข่าวสารข้อมูลต่างๆ ที่เกิดขึ้นทั้งในเมืองและชนบทให้ประชากรทั่วไปได้รับรู้อย่างทั่วถึง ซึ่งจะช่วยในการตัดสินใจย้ายถิ่น รวมทั้งการคมนาคมที่สะดวกและรวดเร็ว ระหว่างเขตชนบทและเมือง ก็ทำให้การเดินทางของผู้ย้ายถิ่นเป็นไปได้ง่าย ซึ่งเป็นส่วนที่ทำให้มีการย้ายถิ่นหมุนเวียนมากขึ้นด้วย

3.3 ปัจจัยทางประชากร จากการมีขนาดของประชากรแตกต่างกันในแต่ละภาคของประเทศ จึงทำให้ภาคที่มีจำนวนประชากรมาก มีการย้ายถิ่นออกจากภาคสูงกว่าภาคอื่นๆ ซึ่งได้แก่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อันมีประชากรประมาณ 1 ใน 3 ของประชากรทั้งประเทศ จากข้อมูลการย้ายถิ่นของสำนักงานสถิติแห่งชาติก็ยืนยันได้ชัดเจนว่าภาคนี้มีการย้ายถิ่นออกมากกว่าภาคอื่น โดยเฉพาะเข้ามา

อยู่ในกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล นอกจากนี้การมีขนาดครอบครัวที่แตกต่างกันก็มีผลต่อการย้ายถิ่นด้วย โดยทั่วไปครอบครัวในชนบทจะมีขนาดใหญ่กว่าครอบครัวในเมือง และในขณะเดียวกันประชากรในชนบทก็มีอาชีพเกษตรกรรมเป็นหลัก ซึ่งต้องอาศัยพื้นที่ดินทำมาหากิน เมื่อครอบครัวมีขนาดใหญ่ สัดส่วนของพื้นที่ต่อจำนวนคนในครอบครัวจะน้อย ทำให้ผลผลิตต่อหัวในครอบครัวต่ำ จำเป็นที่จะต้องมีคนในครอบครัวบางคนต้องออกไปหางานทำที่อื่น เพื่อเป็นการลดภาระในครอบครัว และเป็นการเพิ่มรายได้ให้แก่ครอบครัวด้วย ซึ่งเป็นภาวะที่ผลักดันให้เกิดการย้ายถิ่นขึ้น ผู้ที่ย้ายถิ่นเหล่านี้มักจะเป็นผู้ที่อยู่ในช่วงอายุ 15-24 ปี และเป็นโสด ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่สามารถย้ายถิ่นได้สะดวก และสามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างไปจากเดิมได้ง่ายกว่าคนกลุ่มอายุอื่นๆ

3.4 ค่าจ้างแรงงานที่แตกต่างกัน ในการย้ายถิ่นเพื่อหางานทำนั้น สิ่งที่สำคัญอย่างหนึ่งที่จะจูงใจให้แรงงานย้ายไปก็คือค่าจ้าง ในแหล่งที่มีค่าจ้างสูงกว่าย่อมจะมีแรงงานย้ายเข้าไปหางานทำมาก จากข้อมูลการสำรวจแรงงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติก็แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างของค่าจ้างแรงงานต่อจำนวนแรงงาน โดยพิจารณาจากในเขตและนอกเขตเทศบาลเป็นหลัก พบว่า แรงงานในเขตเทศบาลมีค่าจ้างเฉลี่ยต่อเดือนของลูกจ้างเอกชนสูงกว่าเมื่อเทียบกับนอกเขตเทศบาล จะเป็นแรงดึงดูดให้แรงงานในชนบทย้ายเข้ามาในเขตเมืองเพื่อรายได้ที่ดีกว่า ผลการวิเคราะห์นี้สอดคล้องกับการศึกษาของสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย ในโครงการวิจัยอุตสาหกรรมและการจ้างงานในชนบทที่ทำการศึกษเกี่ยวกับความแตกต่างของค่าจ้างในระดับภาค ซึ่งแสดงให้เห็นว่าค่าจ้างในภาคต่างๆ มีความแตกต่างกัน โดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สำหรับลูกมือจะมีค่าจ้างรายวันต่ำกว่าภาคอื่นๆ อย่างชัดเจน จึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้แรงงานในภาคนี้ย้ายไปหางานทำในภาคอื่นมาก

3.5 การบริการทางสังคมที่ก้าวหน้า ก็เป็นอีกปัจจัยที่ช่วยให้ประชากรย้ายเข้ามาอยู่ในเขตเมืองเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในด้านการศึกษา เพราะผู้ที่อยู่ในเมืองเล็กและมีฐานะดีก็จะนิยมส่งบุตรหลานเข้ามาเรียนในสถานที่เมืองใหญ่ๆ เพราะต้องการให้ได้รับการศึกษาที่ดีกว่า เพื่อจะได้ประกอบอาชีพที่ก้าวหน้าต่อไป ซึ่งคนเหล่านี้เมื่อเรียนจบแล้วก็มักจะหางานทำในเมืองมากกว่าจะกลับไปอยู่ในภูมิลำเนาเดิม เพราะประเภทของงานที่ภูมิลำเนาเดิมจะน้อยกว่าในเมืองใหญ่ ทำให้ทางเลือกในอาชีพมีจำกัด ดังนั้นผู้ที่ย้ายถิ่นเข้ามาศึกษาในเมืองใหญ่ จึงมีแนวโน้มที่จะอาศัยอยู่ในเมืองเป็นการถาวรต่อไป

สำหรับการย้ายถิ่นตามฤดูกาลซึ่งเป็นลักษณะการย้ายถิ่นของผู้ใช้แรงงานโดยส่วนใหญ่ นั้น เป็นไปตามอุปทานของแรงงานเป็นกระแสการย้ายที่เกิดขึ้นเมื่อเกิดการว่างงานตามฤดูกาล ณ ถิ่นต้นทาง เช่น เมื่อพ้นฤดูการทำงานในไร่นา หรือเมื่อเกิดภาวะแห้งแล้งขึ้นในถิ่นต้นทาง การว่างงานตามฤดูกาลนี้ทำให้เกิดกระแสการย้ายถิ่นไปหางานทำในเมืองหรือตามท้องถื่นที่คาดว่าจะมีงานทำ กระแสการย้ายถิ่นตามฤดูกาลที่เกิดจากการว่างงานในบางช่วงเวลาของปีเช่นนี้มีแนวโน้มลดลงในระยะหลังนี้ เนื่องจากระบบการชลประทานที่ครอบคลุมเป็นที่กว้างขวางขึ้น และเทคโนโลยีการเกษตรที่ก้าวหน้าขึ้น ทำให้การปลูกพืชพันธุ์หลายอย่างสามารถทำได้ตลอดทั้งปี และช่วงเวลาว่างงานของเกษตรกรในหลายพื้นที่ของประเทศก็มีน้อยลง(ปราโมทย์ ปราสาทกุล และพิมลพรรณ อิศรภักดี, 2542)

4. ผลกระทบของการย้ายถิ่น

การย้ายถิ่นส่งผลกระทบต่อทั้งพื้นที่ต้นทางและพื้นที่ปลายทางด้วย ผลกระทบของการย้ายถิ่นต่อพื้นที่ที่มีความหมายว่า การย้ายถิ่นก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในพื้นที่ ซึ่งบุคคลเดินทางออกมาหรือเข้าไปอาศัย การย้ายถิ่นออกจากพื้นที่จำนวนมากจะทำให้ขนาดของประชากร ในพื้นที่เดิมลดจำนวนลงและถ้าหากเป็นการย้ายถิ่นซึ่งไม่ได้เกิดกับประชากรกลุ่มต่างๆ คละกันไป ทั้งในด้านเพศ หรือ อายุ หรือ อาชีพ หรือระดับการศึกษา ก็จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างประชากร และการกระจายตัวของประชากรเสียความสมดุล ตัวอย่างที่ชัดเจนคือการย้ายถิ่นของคนหนุ่มสาวและวัยแรงงานในชนบทของไทยที่มุ่งมาหางานทำในเมืองจำนวนมาก โดยทิ้งให้คนชราและเด็กอยู่เฝ้าหมู่บ้าน ซึ่งทำให้การพัฒนาชนบทไม่มีแรงงานหรือหนุ่มสาวรับช่วงหรือดำเนินการพัฒนา การที่แรงงานหนุ่มสาวและบุคคลในวัยแรงงานไม่มีอยู่ในหมู่บ้าน ถือได้ว่าชนบทขาดแคลนทรัพยากรมนุษย์ที่จะดำเนินการพัฒนาชนบทของตนเองในลักษณะเดียวกันการย้ายถิ่นออกจากพื้นที่ของประชากรบางกลุ่มบางอาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล และวิศวกร ที่เดินทางไปทำงานในต่างประเทศก็ถือว่าเป็นการสูญเสียทรัพยากรมนุษย์ของพื้นที่เช่นกัน ซึ่งเรียกว่า สมองไหล หรือสมองล่อง(brain drain) จึงมีผลกระทบต่อพื้นที่ ซึ่งการย้ายถิ่นออกดังกล่าวส่งผลกระทบเป็นปัญหาวิกฤติเมื่อเกิดเฉพาะบางกลุ่ม บางอาชีพ ซึ่งผลที่ตามมาคือเกิดความไม่สมดุลในโครงสร้างของประชากรในพื้นที่ต้นทาง และทำให้พื้นที่ต้นทางขาดแคลนแรงงาน ขาดแคลนพลังงานในการพัฒนาและมีผลต่อสถานะต่างๆ ทางสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ และการเมือง ของพื้นที่ต้นทาง อย่างไรก็ตามการย้ายถิ่นออกก็มีผลดีในกรณีพื้นที่ใดมีแรงงานส่วนเกินมากอยู่แล้ว เช่น เขตชนบทที่มีแรงกดดันทางประชากรโดยมีการเพิ่มประชากรสูง ตำแหน่งงานมีจำกัดและที่ดินทำกินก็ลดน้อยถอยลงในแต่ละครอบครัว การย้ายถิ่นออกจากพื้นที่จึงเป็นการแก้ปัญหาแรงงานที่มีมากทั้งในรูปแบบ การมีแรงงานแฝงจำนวนมาก(surplus labor force) หรือการมีการทำงานต่ำกว่าระดับ(under employed) นอกจากนี้การย้ายถิ่นออกยังเป็นการพัฒนาฝีมือและทักษะให้กับพื้นที่ เช่น การเกิดอาชีพเจียรไนพลอย และการทำเครื่องเงินในหมู่บ้านภาคตะวันออกเฉียงเหนือสะท้อนให้เห็นกรณีดังกล่าว เพราะหลักการย้ายถิ่นจะมีทั้งการย้ายออกและการย้ายเข้า พื้นที่ซึ่งมีแรงงานย้ายออกก็ย่อมมีแรงงานย้ายกลับด้วยเช่นกัน ซึ่งก่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ และเทคโนโลยีเกิดขึ้นในพื้นที่ต้นทางด้วยเช่นกัน

การย้ายถิ่นที่มีต่อพื้นที่ปลายทางจะมีผลกระทบทำนองเดียวกัน คือการเพิ่มจำนวนแรงงานในพื้นที่ปลายทางเป็นการได้ทรัพยากรมนุษย์ที่จะช่วยในการพัฒนาท้องถิ่นสะดวกขึ้น กล่าวอีกนัยหนึ่งการย้ายถิ่นเป็นการแก้ปัญหาคาดแคลนแรงงานระหว่างพื้นที่ เช่น การย้ายถิ่นของแรงงานไทยไปประเทศตะวันออกกลาง หรือประเทศญี่ปุ่นหรือไต้หวัน หรือสิงคโปร์ ซึ่งเป็นกรณีที่มีการขาดแคลนแรงงานในประเทศดังกล่าว หรือเป็นการขาดแคลนแม่บ้านในประเทศฮ่องกงหรือการขาดแรงงานประเทศผู้ช่วยแม่บ้านในเขตเมืองของประเทศไทย ตัวอย่างดังกล่าวเหล่านี้แสดงให้เห็นการย้ายถิ่นเป็นการแก้ปัญหาคาดแคลนแรงงานประเภทใดประเภทหนึ่ง รวมถึงแต่แรงงานไร้ฝีมือระดับต่ำ เช่น แรงงานชาวพม่าที่มาเป็นคนใช้ และลูกจ้างร้านค้าหรือโรงงานในชายแดน แรงงานกรรมกรชาวจีนฮ่อในงานก่อสร้าง หรือแรงงานจากประเทศด้อยพัฒนาที่ทำงานก่อสร้างในญี่ปุ่น ไต้หวัน หรือสิงคโปร์ เป็นต้น

ผลกระทบของการย้ายถิ่นต่อพื้นที่ปลายทางจะเป็นไปในทางลบก็ต่อเมื่อการย้ายถิ่นดังกล่าวเกิดขึ้นในพื้นที่หนึ่ง หรือเกิดกับจุดหมายปลายทางพื้นที่เดียว เช่น การย้ายถิ่นของชาวชนบทจำนวนมากที่มุ่งมาสู่กรุงเทพมหานครเป็นเป้าหมายเดียวก็จะทำให้การหางานทำยากลำบากมากขึ้น มีการว่างงานในหมู่ผู้ย้ายถิ่นสูง และยังเกิดชุมชนแออัดหรือสลัมเพิ่มขึ้น มีผลกระทบต่อปัญหาความยากจน ปัญหาผลกระทบปัญหาสุขภาพจิต ปัญหาโสเภณี ปัญหาโรคเอดส์ ปัญหาความเครียด การใช้ความรุนแรง และปัญหาการบริการทางสังคมที่ขาดแคลนและขาดประสิทธิภาพ นอกจากนี้การย้ายถิ่นที่มีจำนวนมาก และมีจุดหมายปลายทางแห่งเดียวยังก่อให้เกิดชุมชนของชนกลุ่มน้อย ทั้งในเรื่องเชื้อชาติ ศาสนา หรือภูมิภาค เช่น ชุมชนชาวจีน ชุมชนชาวเม็กซิกัน ชุมชนชาวอิตาเลียน ชุมชนชาวเกาหลี ในเมืองของประเทศสหรัฐอเมริกา หรือชุมชนชาวอิสาน หรือชาวดั หรือชาวเหนือ หรือชาวมอญ หรือชุมชนชาวสิงห์บุรี ชาวชัยภูมิ เป็นต้น ในเขตกรุงเทพฯ และถ้าเป็นการย้ายถิ่นมาสู่เขตเมืองจำนวนมากก็เป็นการเพิ่มแหล่งสลัมและชุมชนแออัดของชนกลุ่มน้อยต่างๆ และถ้าหากการปรับตัวเข้ากับวิถีการดำเนินชีวิตแบบใหม่ในพื้นที่ปลายทางทำไม่ได้ก็สร้างปัญหาความขัดแย้งระหว่างกลุ่มคนต่างๆเกิดขึ้น

ตามการย้ายถิ่นก็ให้ผลดี เพราะเป็นการเปิดสังคมรับความรู้ใหม่ในการพัฒนาพื้นที่ สร้างความก้าวหน้าของสังคมจากการแลกเปลี่ยนเทคโนโลยีแบบต่างๆการย้ายถิ่นไปยังพื้นที่ปลายทางถ้าหากเกิดกับกลุ่มแรงงานต่างๆ กระจายไป เช่น กลุ่มอาชีพต่างๆ หรือกลุ่มการศึกษาต่างๆ จะเป็นการสร้างแรงกระตุ้นในการเพิ่มผลผลิต การมีอาชีพต่างๆ หรือกลุ่มการศึกษาต่างๆ การมีจำนวนผู้ย้ายถิ่นสู่พื้นที่ปลายทางเป็นการสร้างความต้องการทั้งในการบริโภคและการบริการเพิ่มขึ้น เมื่ออุปสงค์เพิ่มขึ้น อุปทานในการเพิ่มผลผลิตก็ตามมา ซึ่งก็เป็นแนวทางการเติบโตทางเศรษฐกิจสมัยใหม่ที่มีผู้บริโภคสินค้าเพิ่มขึ้น ทำให้ต้องมีการผลิตเพิ่มขึ้น ซึ่งก็ต้องจ้างแรงงานเพิ่มขึ้น ผลที่ตามมาคือ ผลผลิตสูงขึ้นและรายได้ของคนในพื้นที่สูงขึ้น

2.4 สภาพแวดล้อมและสภาพการทำงานในสถานประกอบการก่อสร้าง

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรค/ อุบัติเหตุของคณงานก่อสร้าง

ปัจจัยทางกายภาพ ได้แก่ แสงสว่าง ความร้อน ความสั่นสะเทือน ฝุ่นละอองที่เกิดจากการก่อสร้าง เหล่านี้ย่อมบั่นทอนประสิทธิภาพในการทำงานของคณงานและอาจก่อให้เกิดอุบัติเหตุได้

- แสงที่จ้าเกินไปอาจทำให้เกิดการระคายเคืองตา ตาพร่ามัว หรือการทำงานในบริเวณที่อับแสงหรือทำงานตอนกลางคืนซึ่งมีแสงสว่างไม่เพียงพอ อาจก่อให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย
- ความร้อน งานก่อสร้างเป็นงานที่หนักเพราะต้องทำงานกลางแจ้ง ความร้อนอาจทำให้คณงานเกิดความเครียด และอ่อนเพลียได้ง่าย ทำให้เกิดอาการหน้ามืด เป็นลม ตามประกาศกระทรวงมหาดไทยให้นายจ้างจัดให้ลูกจ้างที่ทำงานในบริเวณที่มีอุณหภูมิสูงกว่า 45 องศาเซลเซียส ต้องสวมชุดแต่งกาย รองเท้า และถุงมือสำหรับป้องกันความร้อน

- เสียงรบกวน ตัวอย่างลักษณะงานที่ทำให้เกิดเสียงดังเกินมาตรฐาน ได้แก่ งานตอกเสาเข็มงานจัดโลหะ โดยประกาศกระทรวงมหาดไทยกำหนดไว้ว่า
 - ⇒ การทำงานไม่เกิน 7 ชั่วโมง ระดับเสียงดังที่ได้รับติดต่อกันต้องไม่เกิน 91 เดซิเบล (เอ)
 - ⇒ การทำงาน 7-8 ชั่วโมง ระดับเสียงดังที่ได้รับติดต่อกันต้องไม่เกิน 90 เดซิเบล (เอ)
 - ⇒ การทำงาน > 8 ชั่วโมง ระดับเสียงดังที่ได้รับติดต่อกันต้องไม่เกิน 80 เดซิเบล (เอ)
 - ⇒ ห้ามทำงานในที่ที่มีระดับเสียงดังเกิน 140 เดซิเบล (เอ)
- ความสั่นสะเทือน เกิดจากงานตอกเสาเข็มและงานขุดเจาะ ความสั่นสะเทือนจากลักษณะงานเหล่านี้อาจก่อให้เกิดความเมื่อยล้าและอ่อนเพลียอันนำมาซึ่งความง่ายของการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน และยังมีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานของผู้ใช้อาคารข้างเคียงได้
- ฝุ่นและควัน เกิดจากงานขุดเจาะ ก่ออิฐ ฉาบปูน ใส/ เลื่อยไม้ ทำให้คนงานสูดหายใจเอาฝุ่นเข้าสู่ร่างกายในปริมาณที่เกินมาตรฐานกำหนด อันอาจนำมาซึ่งโรคที่เกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจได้ หรือทำให้เกิดการระคายเคืองตา เกิดอาการแพ้บริเวณผิวหนังที่สัมผัส ประกาศกระทรวงมหาดไทยกำหนดไว้สำหรับฝุ่นที่ก่อให้เกิดความรำคาญ (Nuisance Dust)
 - ⇒ ฝุ่นทุกขนาด (Total dust) ค่าเฉลี่ยการรับสัมผัสตลอดระยะเวลาการทำงานต้องไม่เกิน 15 มก/ลบ.ม.
 - ⇒ ฝุ่นขนาดเล็ก (Respirable dust) ค่าเฉลี่ยการรับสัมผัสตลอดระยะเวลาการทำงานต้องไม่เกิน 5 มก/ลบ.ม.

ปัจจัยทางเคมี ในบริเวณก่อสร้างมีการใช้สารเคมีอันตราย วัตถุไวไฟ และสารเคมีที่อาจก่อให้เกิดการระเบิดได้ ตัวอย่างสารเคมีที่ใช้ในงานก่อสร้าง ได้แก่

- น้ำยารักษาเนื้อไม้ (Wood preservatives)
- น้ำยาทำความสะอาด (Chemical cleaners)¹
- ยาฆ่าแมลง (Pesticides)
- สี ทินเนอร์ (Paint thinners)
- น้ำมันเชื้อเพลิง (Fuels)
- กาว วัสดุติดยึด (Adhesives)
- สเปรย์น้ำไล่แมลง (Water repellents)
- ปูนขาว (Lime)
- ซีเมนต์ (Cement)

สถานที่เก็บสารเหล่านี้ ต้องอยู่ในที่ปลอดภัยแยกห่างจากตัวอาคาร และต้องมิดชิด เพื่อป้องกันการหก รั่วไหล และป้องกันไม่ให้บุคคลที่ไม่เกี่ยวข้องเข้าไปในบริเวณนั้น เพราะการประมาทหรือ

¹ น้ำยาทำความสะอาด เป็นสารเคมีประเภทกัดกร่อน ส่วนประกอบของสารมีคุณสมบัติเป็นกรดหรือด่าง เช่น กรดไฮโดรคลอริก, กรดไนตริก, กรดฟอสฟอริก, โซเดียมไฮดรอกไซด์, โพแทสเซียมไฮดรอกไซด์

สะพานเพียงชนิดเดียว เช่น การทิ้งก้นบูห์หรือทิ้งไม้ขีดที่ยังดับไม่สนิทก็อาจทำให้เกิดเพลิงไหม้ได้ นอกจากนั้นแล้วของเสียอันตราย (Hazardous waste) ที่เกิดจากงานก่อสร้างอาจปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อมได้ เช่น ปนเปื้อนไปกับน้ำใต้ดิน ดิน น้ำ อาหาร จึงต้องมีระบบการจัดการของเสียในพื้นที่ก่อสร้างให้ดี ถูกต้องเพื่อความปลอดภัยต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม

ปัจจัยทางชีวภาพ การเจ็บป่วยที่เกิดจากปัจจัยทางชีวภาพอาจมีสาเหตุมาจากการประกอบอาชีพ ก่อสร้างหรือการดำเนินชีวิตในชุมชนก่อสร้าง แหล่งของโรคอาจเกิดจากคน / สัตว์ที่เป็นพาหะนำโรค อาจเป็นสัตว์เลี้ยงหรือสัตว์กัดแทะ หรืออาจมาจากดินหรือมูลสัตว์ แล้วทำให้เกิดการติดเชื้อแพร่ระบาด เนื่องด้วยชุมชนก่อสร้างมักมีปัญหาด้านกายภาพมากมายดังที่ได้กล่าวไปแล้วเบื้องต้น ดังนั้นคนในชุมชนก่อสร้างจึงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากปัจจัยทางชีวภาพได้ เช่น การสูดหายใจเอาฝุ่นละอองที่มีสปอร์ของเชื้อรา เช่น เชื้อฮิสโตพลาสโมซิส (Histoplasmosis), เชื้อคอคซิไดโอไมโคซิส (Coccidioidomycosis) ซึ่งอาจทำให้เกิดโรคปอดอักเสบได้ หรือการสัมผัสเชื้อราเหล่านี้ทางผิวหนัง อาจทำให้เกิดโรคผิวหนังอักเสบได้ เชื้อเหล่านี้จะปะปนอยู่ในดิน นอกจากจะสามารถเข้าสู่ร่างกายได้ทางตรงแล้วยังสามารถเข้าสู่ร่างกายทางอ้อมโดยผ่านมาจากสัตว์เลี้ยง เช่น สุนัข แมว ได้ด้วย

อย่างไรก็ตามความแตกต่างระหว่างบุคคล (Individual Susceptibility) ทั้งในด้านอายุ เพศ พันธุกรรม ระบบภูมิคุ้มกัน พฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ (เช่นการดื่มเหล้า สูบบุหรี่ เสพยา การไม่ใส่อุปกรณ์ป้องกันฯ) วัฒนธรรม ความเชื่อที่ผิดๆ เหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยที่เอื้อต่อการเกิดโรคและอุบัติเหตุของคนในชุมชนก่อสร้างทั้งสิ้น

สภาพแวดล้อมในสถานประกอบการก่อสร้าง

ปัญหาสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพในบริเวณพื้นที่ก่อสร้าง และที่พักอาศัย หลักๆ ได้แก่

1. ปัญหาเรื่องขยะในชุมชน (รวมความถึงการกำจัดขยะ, กลิ่นและเชื้อโรคที่เกิดจากขยะตกค้าง)
2. ปัญหามลพิษทางน้ำและทางอากาศ
3. ปัญหาเรื่องอาหาร / น้ำดื่ม มีสารพิษ/ เชื้อโรคเจือปน, ภาชนะบรรจุอาหารไม่สะอาดเพียงพอ, ความรู้เรื่องโภชนาการ และการเลือกรับประทานอาหารที่ดีมีคุณค่า
4. ปัญหาสภาพที่อยู่อาศัยไม่ได้คุณภาพ ขาดระบบสาธารณูปโภค และอยู่ในพื้นที่ที่ไม่เหมาะสมต่อการตั้งบ้านเรือน

ปัญหาสิ่งแวดล้อมทางสังคม หลักๆ ได้แก่

1. อบายมุข อาชญากรรม และสิ่งเสพติดในชุมชน เช่น สุรา ยาเสพติด บุหรี่ ยาเส้น เครื่องดื่มชูกำลัง

ปัญหาด้านการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ หากลูกหลานของช่างก่อสร้างต้องเติบโตขึ้นมาท่ามกลางสภาพสิ่งแวดล้อมและสังคมที่เต็มไปด้วยปัญหาเช่นนี้ มันจะเป็นการยากที่เราจะได้บุคลากรที่มีคุณภาพ

สิ่งที่ ฯพณฯนายกรัฐมนตรี กล่าวว่า "ยุคข้างหน้าเป็นยุคที่ต้องแข่งขันกันด้วยสมอง ถ้าสมองของชาติถูกทำลายโอกาสที่เราจะแข่งขันกับคนอื่นก็เป็นไปได้ยาก" ฉะนั้นเราควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ควบคู่ไปกับการพัฒนาสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ปัญหาหลักๆ ที่พบ ได้แก่

1. การด้อยโอกาสทางการศึกษาของเด็ก
2. ไม่มีศูนย์กิจกรรมสำหรับเด็ก

ปัญหาด้านความปลอดภัยในงานก่อสร้าง



อันตรายในงานก่อสร้างเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาหากไม่มีการป้องกันที่ดี งานก่อสร้างส่วนใหญ่จะมีคนงานประสบอุบัติเหตุจากการทำงาน ซึ่งมีทั้งบาดเจ็บเล็กน้อย สูญเสียอวัยวะ และรุนแรงถึงเสียชีวิต เนื่องจากแรงงานก่อสร้างส่วนใหญ่เป็นแรงงานที่ไม่มีความชำนาญเฉพาะสาขา คนงานจะเริ่มจากการทำงานทุกประเภท แล้วอาจสนใจฝึกหัดงานช่างเฉพาะสาขาในระหว่างที่ทำงานอยู่และเลื่อนขึ้นเป็นช่างกึ่งฝีมือได้ เมื่อทดลองฝึกหัดทำงานก่อสร้างนานพอสมควร ทำให้โอกาสเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานมีมากขึ้น

อุบัติเหตุที่เกิดขึ้นในงานก่อสร้างเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ ไม่ว่าจะเป็น (1) ความประมาทเลินเล่อของคนงาน (2) ลักษณะของงานที่ทำที่มีโอกาสสูงในการเกิดอุบัติเหตุ เช่น งานในที่สูง ที่อับอากาศ การทำงานกับอุปกรณ์ไฟฟ้า สารเคมีอันตราย (3) สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเกิดโรค / อุบัติเหตุจากการทำงาน เช่น ทำงานกลางแจ้งที่ร้อน เสียงดัง และความสั่นสะเทือน จากการสำรวจเบื้องต้นพบว่าลักษณะของอุบัติเหตุที่มักเกิดขึ้นกับคนงานก่อสร้าง (อากร) ส่วนใหญ่จะมีลักษณะดังต่อไปนี้

- การพลัดตกจากที่สูง
- วัสดุ/ สิ่งของตกใส่, บาด/ ทิ่มแทง, กระเด็นเข้าตา
- อากร/ สิ่งก่อสร้างชั่วคราวพังทับ
- การใช้เครื่องมือ/ เครื่องจักร/ เครื่องทุ่นแรง
- การใช้เครื่องมือ/ อุปกรณ์ไฟฟ้า

นอกจากนั้นอุบัติเหตุบนถนนก็เกิดขึ้นได้กับคนงานได้เช่นกัน โดยจากสถิติอุบัติเหตุบนท้องถนนพบว่า วัยรุ่นและวัยทำงาน เป็นกลุ่มเสี่ยงที่เสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุบนท้องถนนสูงสุด องค์การ

อนามัยโลกได้คาดการณ์ไว้ว่า ในปี ค.ศ.2020 อุบัติเหตุบนท้องถนน จะเป็นสาเหตุแห่งการตายอันดับ 3 ของพลเมืองโลก (อ้างในจุฑามาศ ประทีปวงนิช, 2546) อย่างไรก็ตาม คนงานก่อสร้างส่วนใหญ่ไม่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่งต้องย้ายตามงาน และอยู่ไม่ไกลจากที่พักอาศัย หรืออาจได้รับสวัสดิการรถรับ-ส่งจากผู้รับเหมาก่อสร้าง คนงานส่วนใหญ่จึงไม่มียานพาหนะใช้ ฉะนั้นปัญหาอุบัติเหตุบนท้องถนนของคนงานก่อสร้างจึงเป็นในประเด็นของความปลอดภัยจากการเดินทางมากกว่าการขับขี่ยานยนต์ แต่ไม่ว่าจะเป็นอุบัติเหตุจากการทำงานหรืออุบัติเหตุบนท้องถนนแล้วทำให้เกิดการสูญเสียทั้งทรัพย์สิน ทรัพยากรบุคคล และขวัญกำลังใจในการทำงานของคนงาน และนำมาซึ่งผลกระทบต่างๆ อีกมากมายทั้งในเชิงเศรษฐกิจและสังคม

"งานก่อสร้าง" ตามความหมายของประกาศกระทรวงมหาดไทย หมายความว่า การประกอบกิจการเกี่ยวกับการก่อสร้างอาคาร สนามบิน ทางรถไฟ ทางรถราง ทางเรือ ทางน้ำ ถนน การโทรเลข โทรศัพท์ ไฟฟ้า ก๊าซ หรือประปา และหมายความรวมถึงการต่อเติม ซ่อมแซม ซ่อมบำรุง คัดแปลง หรือรื้อถอนอาคาร หรือสิ่งก่อสร้างนั้นๆ ด้วย (สมาคมส่งเสริมความปลอดภัยและอนามัยในการทำงาน, 2543) งานก่อสร้างในจังหวัดสมุทรปราการมีทั้งงานก่อสร้างขนาดใหญ่และเล็ก ซึ่งใช้ระยะเวลาในการก่อสร้างต่างกันออกไป ตั้งแต่ มากกว่า 2 ปี ถึง 1-2 เดือน งานก่อสร้างในจังหวัดสมุทรปราการ ส่วนใหญ่เป็นงานก่อสร้างอาคารที่พัก, อาคารสาธารณะ เช่น อาคารพาณิชย์ อาคารเรียน, งานก่อสร้างถนนและสนามบิน เนื่องจากคนงานก่อสร้างส่วนใหญ่มาจากต่างจังหวัด จึงมักมีการปลูกสร้างที่พักอาศัยในบริเวณสถานที่ก่อสร้าง ซึ่งที่ถูกต้องหากไม่สามารถแยกที่พักให้อยู่คนละแห่งกับสถานที่ก่อสร้างแล้ว จะต้องทำรั้วกั้นบริเวณบ้านพักกับบริเวณสถานที่ก่อสร้าง ทั้งนี้เพื่อป้องกันไม่ให้บุคคลที่ไม่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะเด็กเข้าไปเล่นบริเวณนั้นได้ เพราะเด็กมีความระมัดระวังน้อยกว่าผู้ใหญ่ และรู้เท่าไม่ถึงการณ์จึงอาจเป็นอันตรายได้ง่าย ควรมีป้ายเตือน "ปลอดภัยไว้ก่อน" ป้าย "อันตราย! ห้ามเข้าในบริเวณก่อสร้าง" ติดไว้บริเวณรั้วของเขตพื้นที่ก่อสร้าง เพื่อเตือนให้เกิดความปลอดภัยสำหรับบุคคลภายนอก และควรมีป้ายเตือนภัยอื่นๆ สำหรับเตือนสติคนงานก่อสร้างเองด้วย เช่น หากลิฟท์ชำรุดต้องติดป้าย "ห้ามใช้" ที่เห็นได้ชัด หรือล็อกไม่ให้คนเข้าไปใช้ได้ เพราะอาจเกิดอุบัติเหตุตกลงมาตายได้ ป้าย "ห้ามสูบบุหรี่" ในบริเวณพื้นที่ที่เสี่ยงต่อการเกิดเพลิงไหม้ไม่ว่าจะเป็น บริเวณที่เก็บเชื้อเพลิง / วัสดุไวไฟ บริเวณที่มีการต่ออุปกรณ์ไฟฟ้า ซึ่งในสภาพความเป็นจริงจากการเข้าสำรวจพื้นที่ก่อสร้างเบื้องต้นพบว่า ยังขาดมาตรการด้านความปลอดภัยในเขตก่อสร้างอีกมาก โดยเฉพาะงานก่อสร้างขนาดกลาง และเล็ก ซึ่งอาจสรุปได้ดังนี้

- ไม่มีเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยในการทำงาน หรือผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลด้านความปลอดภัย ซึ่งตามประกาศกระทรวงมหาดไทย เรื่อง "ความปลอดภัยในการทำงานของลูกจ้าง" กำหนดไว้ว่า "ให้นายจ้างที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 100 คนขึ้นไป ในสถานประกอบกิจการแต่ละแห่งจัดให้มีเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยในการทำงานอย่างน้อยแห่งละ 1 คน เพื่อปฏิบัติหน้าที่ตลอดเวลาในการทำงาน"
- ไม่มีป้ายเตือน ป้ายห้าม และกฎระเบียบข้อบังคับเพื่อความปลอดภัย
- ไม่มีหน่วยปฐมพยาบาลในบริเวณก่อสร้าง

- ไม่มีการจัดทำรั้วกันเพื่อแสดงขอบเขตพื้นที่ก่อสร้าง ป้องกันบุคคลภายนอกเข้ามาในบริเวณก่อสร้าง และเพื่อป้องกันเศษวัสดุตกหล่นใส่ผู้ที่สัญจรไปมา ตลอดจนไม่มีการป้องกันคนตกจากที่สูง
- ขาดความเป็นระเบียบ/วินัยในการทำงาน เช่น กองวัสดุ อุปกรณ์วางระเกะระกะ ไม่เป็นระเบียบ การเก็บสารเคมีอันตรายต่างๆ อย่างไม่ถูกต้อง เช่น วางไว้กลางแดด ภาชนะที่ใส่ไม่ปิดฝาให้มิดชิด หยอกลื้อกันในขณะที่ปฏิบัติงาน
- คนงานส่วนมากจะทำตัวตามสบาย สวมรองเท้าแตะ ไม่สวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล เช่น หมวกนิรภัย รองเท้านิรภัย ถุงมือ เข็มขัดนิรภัย ซึ่งปัญหาที่พบมีทั้งไม่สะดวกที่จะใส่ปฏิบัติงานและนายจ้างไม่มีให้ใส่

จากสถิติการประสบอันตรายหรือการเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานของกองทุนเงินทดแทนปี พ.ศ. 2544 พบว่า กิจกรรมงานก่อสร้างในข่ายกองทุนเงินทดแทน ที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 10 คนขึ้นไป มีลูกจ้างเสียชีวิตจำนวน 97 คน ทุพพลภาพ 7 คน สูญเสียอวัยวะบางส่วน 127 คน หายงานเกิน 3 วัน 3,373 คน และหายงานไม่เกิน 3 วัน 10,182 คน รวมทั้งสิ้น 13,786 คน คิดเป็นร้อยละของกิจการทั้งหมดทั่วประเทศ (ตารางที่ 1)

จากข้อมูลสถิติการเกิดอุบัติเหตุจากงานก่อสร้างตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540-2544 พบว่าจำนวนการเกิดอุบัติเหตุมีแนวโน้มลดลง แต่ไม่สามารถสรุปได้ว่าการบริหารจัดการความปลอดภัยในงานก่อสร้างมีการพัฒนา หรือมาตรการป้องกันอันตรายในงานก่อสร้างประสบความสำเร็จมากขึ้น เนื่องจากปัจจัยต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อธุรกิจทำงานก่อสร้าง เช่น สภาวะการชะลอตัวทางเศรษฐกิจ การหดตัวของภาคธุรกิจก่อสร้าง มีผลทำให้จำนวนการทำงานก่อสร้างลดลงส่งผลให้อัตราการเกิดอุบัติเหตุลดลงในทางปฏิบัติ แต่ความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุในงานก่อสร้างยังคงมีอยู่ในอัตราที่สูงเมื่อเทียบกับธุรกิจ กิจการประเภทอื่นๆ สาเหตุสำคัญมาจากการขาดการควบคุมดูแลของนายจ้างและเจ้าหน้าที่รัฐในการปฏิบัติตามกฎหมายมาตรฐานความปลอดภัย เช่น

- ขาดการตรวจสอบพื้นที่งานก่อสร้างจากเจ้าหน้าที่รัฐ อีกทั้งขาดการส่งเสริม สนับสนุนการดำเนินงานของนายจ้างให้เป็นไปตามมาตรฐานกฎหมายความปลอดภัย
- นายจ้างไม่เห็นความสำคัญในงานด้านความปลอดภัย ไม่จัดงบประมาณด้านความปลอดภัยไว้ในโครงการก่อสร้างของตน

ความปลอดภัยในงานก่อสร้างสามารถเกิดขึ้นได้ และลดจำนวนการเกิดอุบัติเหตุได้โดยการจัดการแบบไตรภาคี ทั้งฝ่ายนายจ้าง ฝ่ายลูกจ้างและเจ้าหน้าที่รัฐต้องประสานงานให้ความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาความไม่ปลอดภัยดังกล่าว หากเมื่อใดนายจ้างมีความตั้งใจในการแก้ไขปัญหาความไม่ปลอดภัย สนับสนุนงบประมาณ ปฏิบัติตามกฎหมาย มีแผนการทำงานที่ดี ปัญหาความไม่ปลอดภัยในงานก่อสร้างย่อมสามารถแก้ไขให้เป็นรูปธรรมได้ เช่น จัดให้มีการฝึกอบรมการปฏิบัติงานที่ถูกต้องเพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการทำงาน, จัดให้มีมาตรการการจ่ายค่าทดแทนต่อผู้ประสบอุบัติเหตุที่แน่ชัด

และเป็นไปตามกฎหมายคุ้มครองแรงงาน แต่หากนายจ้างไม่ใส่ใจในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น หน่วยงานภาครัฐจะต้องมีบทบาทในการเข้มงวด กำกับ ดูแลให้นายจ้างปฏิบัติตามกฎหมายด้วยเครื่องมือ กลไกที่ภาครัฐมีอยู่ เช่น การเพิ่มเงินกองทุนเงินทดแทนสำหรับบริษัทที่มีอุบัติเหตุสูง การใช้มาตรการด้านกฎหมาย บทลงโทษที่เข้มงวดมากขึ้น พร้อมกับมาตรการส่งเสริมให้มีการบริหารงานความปลอดภัยที่ดี เหล่านี้จะทำให้ปัญหาความไม่ปลอดภัยในการทำงานก่อสร้างลดลงได้อย่างมีนัยสำคัญ

การจัดให้มีการสร้างโครงข่ายความปลอดภัยทางสังคม (Social Safety Network) ของชุมชนก่อสร้าง เช่น ระบบเครือข่าย จะเป็นอีกกลไกหนึ่งที่สำคัญที่จะช่วยสร้างผลประโยชน์หรือการร่วมด้วยช่วยกัน (Mutual Help) จะก่อให้เกิดความร่วมมือร่วมใจสร้างความปลอดภัยให้เกิดขึ้นในชุมชนก่อสร้างได้ดี จะรวมสมาชิกในชุมชนให้ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมทำ และร่วมรับผลกำไรทั้งสุขภาพกาย, สุขภาพจิต และสิ่งแวดล้อมในชุมชน และนำไปสู่ความมีคุณภาพชีวิตที่ดีของชุมชนก่อสร้างได้

ตารางที่ 4 สถิติการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานงานก่อสร้างจำแนกตาม
ความร้ายแรง

ประเภทความร้ายแรง	ปี พ.ศ.					
	2544	2543	2542	2541	2540	2545
1. ตาย	97	104	108	168	231	307
2. ทุพพลภาพ	7	8	2	5	11	19
3. สูญเสียอวัยวะบางส่วน	127	134	137	252	383	504
4. หยุดงานเกิน 3 วัน	3,373	3,536	4,912	7,577	11,269	15,565
5. หยุดงานไม่เกิน 3 วัน	10,182	9,611	12,180	17,017	26,953	38,013
รวม	13,786	13,393	17,339	25,019	38,847	54,408

ที่มา : สำนักงานกองทุนเงินทดแทน สำนักงานประกันสังคม

การจ่ายค่าทดแทนเมื่อเกิดอุบัติเหตุ

งานก่อสร้างเป็นงานที่มีลักษณะเป็นงานชั่วคราว มีอัตราการเข้า-ออกของคนงานสูง อีกทั้งมีโอกาสเสี่ยงต่อการประสบอุบัติเหตุหรืออันตรายจากการทำงานค่อนข้างมาก เมื่อเทียบกับโรงงานอุตสาหกรรมประเภทอื่น และจากสถิติพบว่านายจ้างส่วนใหญ่มักจะละเลยไม่เอาใจใส่ดูแลเรื่องสวัสดิการและความปลอดภัยในการทำงานให้กับคนงานก่อสร้างมากนัก ตามกฎหมายแล้วคนงานก่อสร้างจะต้องได้รับสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลกล่าวคือ

คนงานก่อสร้างจะได้รับเงินทดแทนในกรณี

- คนงานก่อสร้างได้รับอุบัติเหตุหรือได้รับอันตรายแก่ร่างกายหรือจิตใจ หรือถึงแก่ความตาย เนื่องจากการทำงานให้นายจ้างหรือรักษาผลประโยชน์ให้นายจ้าง
- คนงานประสบอุบัติเหตุ/ อันตรายระหว่างการเดินทางไปหรือกลับจากสถานที่ทำงาน
- คนงานเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน

คนงานก่อสร้างไม่มีสิทธิรับเงินทดแทนในกรณี

- นายจ้างไม่จ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนเงินทดแทน
- คนงานไม่ได้เจ็บป่วยหรือประสบอุบัติเหตุ/ อันตรายเนื่องจากการทำงาน
- คนงานดื่มสุราจนไม่สามารถครองสติได้ หรือจงใจให้ตนเองหรือผู้อื่นประสบอันตราย หรือยอมให้ผู้อื่นทำให้ตนเองประสบอันตราย

คนงานก่อสร้างส่วนใหญ่ในจังหวัดสมุทรปราการไม่มีสิทธิรับเงินทดแทนในกรณีที่เกิดอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน เพราะนายจ้างไม่จ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนเงินทดแทน เมื่อเกิดอุบัติเหตุขึ้นคนงานมักจะไปรับการรักษาตามสถานพยาบาลของรัฐ หรือเอกชนโดยจ่ายเงินค่ารักษาเอง หรือถ้าไม่มีเงินจริงๆ ทางสถานพยาบาลของรัฐบางแห่งก็ให้การรักษาฟรี หรือถ้านายจ้าง/ ผู้รับเหมาพามาจะจ่ายเงินให้เลย

จากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีข้อสรุปที่สามารถชี้ประเด็นและข้อเสนอแนะที่ที่มีความชัดเจนจากการศึกษาของการวิจัยคนงานก่อสร้างต่างๆโดยสังเขป ดังนี้:

วิชัย เอกพลกร และคณะ 2540 : ศึกษาปัญหาสังคมและสาธารณสุขของคนงานก่อสร้างในเขตเทศบาลแหลมฉบัง จงชลบุรี พบว่า คนงานต้องอยู่ในสถานที่แออัด สุขอนามัยไม่ดี การทำงานเสี่ยงต่ออันตราย และต้องรับภาระค่ารักษาพยาบาลเอง ในขณะที่ยังมีพฤติกรรมเสี่ยงส่วนบุคคลสูง และเหตุผลของการมาทำงานก่อสร้างเพราะ ขาดเงิน ร้อยละ 49.5 ไม่มีที่ทำกินหรือสภาพที่ทำกินแห้งแล้ง อีกร้อยละ 35 อยากได้เงิน และนอกจากนั้นเป็นเหตุผลอื่นๆ เช่น มาตามเพื่อน ญาติ ไม่มีความรู้ที่จะทำอาชีพอื่น เป็นงานที่มีรายได้ดี อาชีพอิสระ คนงานก่อสร้างที่มีบุตร ระหว่าง 0-1 ปี ร้อยละ 20 ต้องฝากผู้อื่นเลี้ยงในเวลากลางวัน ส่วนผู้ที่มีบุตรอายุ 1-5 ปี และ 6-8 ปี บุตรไม่ได้อยู่กับพ่อแม่ นอกจากนี้ยังพบความไม่ปลอดภัยในสถานที่ก่อสร้าง ซึ่งเป็นอัตราการบาดเจ็บจากการทำงาน ร้อยละ 9.5 ต่อเดือน และข้อมูลเหล่านี้สมควรอย่างยิ่งที่หน่วยงานที่เป็นผู้รับผิดชอบ ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแรงงาน และสวัสดิการสังคม ควรหันมาให้ความร่วมมืออย่างจริงจังในการดูแล เพื่อปรับปรุงสภาพความเป็นอยู่ สุขภาพและความปลอดภัยในการทำงานในกลุ่มผู้ใช้แรงงานก่อสร้าง อันถือเป็นกลไกที่สำคัญในการพัฒนาระบบเศรษฐกิจต่อไป

บัณฑิต ถิ่นคำรพ และคณะ 2540 ได้ทำการสำรวจอนามัยของคนงานก่อสร้างในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ปัญหาและแนวทางแก้ไข พบว่า องค์ความรู้ทางด้านสาธารณสุข ในกลุ่มคนงานก่อสร้างมีน้อยมาก ในขณะที่คนงานก่อสร้างมีเพิ่มมากขึ้นเป็นลำดับ ทั้งยังมีการรับแรงงานต่างชาติเข้ามา

ทำงาน อาจส่งผลต่อปัญหาสังคมและสาธารณสุขที่ซับซ้อนขึ้นได้ ข้อค้นพบจากประสบการณ์นี้ ยังพบว่าปัญหาสังคมและสาธารณสุขได้แก่ อุบัติเหตุจากการทำงาน โรคติดต่อต่างๆ เช่น ระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินอาหาร เนื่องจากลักษณะความเป็นอยู่ของแรงงานที่ไม่ได้อยู่รวมกันในสถานที่ก่อสร้างตลอดเวลา แต่มีการเดินทางไป-กลับ จากที่ทำงานและที่พัก ซึ่งอาจทำให้เกิดโรคแพร่กระจาย ต่อไปยังชุมชนทั่วไปได้เร็วขึ้น จึงควรจัดมาตรการ เสริมสร้าง ความปลอดภัย ในการทำงาน และอนามัยส่วนบุคคล ตลอดจนการเฝ้าระวัง การป้องกันควบคุมโรคติดต่อ ไว้ในสถานที่ก่อสร้างอย่างเร่งด่วน ด้วยความร่วมมือ ประสานจากหน่วยงานภาครัฐ ที่เกี่ยวข้องอย่าง อย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง

กฤษฎิ์ กมลรัตน์ และคณะ 2540 ศึกษาสภาพแวดล้อมในการทำงาน และสถานที่อยู่อาศัยของแรงงานก่อสร้างในเขตกรุงเทพมหานครอย่างครบถ้วนทุกด้าน โดยเปรียบเทียบระหว่างสถานที่ก่อสร้างขนาดใหญ่และขนาดเล็ก รอบในและรอบนอกในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งพบว่า : สภาพแวดล้อมในการทำงาน ที่อยู่อาศัย รวมทั้งสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม ยังอยู่ในเกณฑ์ที่ไม่ดี สภาพแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัยของแรงงานก่อสร้างต้องมีชีวิตความเป็นอยู่อย่างด้อยโอกาสและค่อนข้างยากไร้ ท่ามกลางความไม่แน่นอนทางเศรษฐกิจ ความไม่ปลอดภัยต่อสถานที่อยู่อาศัย รวมถึงสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมที่ไม่ดีเหล่านี้ จะส่งผลให้เกิด ปัญหาด้านสังคม สุขภาพอนามัย การให้การศึกษา พัฒนาทักษะและความสามารถในการทำงาน รวมทั้งการให้ข้อมูลข่าวสารที่ควรทราบแก่แรงงานก่อสร้าง เพื่อให้ได้ผลผลิตที่มีมาตรฐาน และคนงานมีอำนาจในการต่อรองเรื่องรายได้มากยิ่งขึ้น การจัดสวัสดิการดูแลบุตรหลานของคนงานเพื่อลดปัญหาครอบครัว และควรสร้างจิตสำนึกทั้งเจ้าของกิจการและคนงานก่อสร้าง รวมทั้งหน่วยงานภาครัฐที่รับผิดชอบ ให้ร่วมกันตระหนักถึงปัญหานี้ เพื่อการมีส่วนร่วมในการปรับปรุงสภาพแวดล้อม และความปลอดภัยในการทำงานให้ดีขึ้น

บทที่ 3

วิธีการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

3.1. ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้มุ่งศึกษาถึงพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มคนงานก่อสร้างเคลื่อนที่ในเขตจังหวัดสมุทรปราการ และเพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของประชากรกลุ่มนี้ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค) เป็นการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross Sectional Exploratory Research) ประกอบด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1

1.1 สํารวจข้อมูลพื้นฐานเบื้องต้นเกี่ยวกับ จำนวนประชากรแรงงานก่อสร้างเคลื่อนที่ และสถานที่ก่อสร้างที่กำลังดำเนินการในปัจจุบัน ทั้ง 6 อำเภอในเขตจังหวัดสมุทรปราการ โดยการส่งแบบสำรวจ ขอความอนุเคราะห์ความร่วมมือ ข้อมูลเบื้องต้นไปยังสาธารณสุขอำเภอ เพื่อให้สํารวจข้อมูลในแต่ละพื้นที่ย่อยที่รับผิดชอบ (อาทิเช่น ระดับตำบล) ดังแสดงในตารางที่ 3

1.2 ศึกษาถึงวิธีและระบบการให้บริการสุขภาพพื้นฐานเบื้องต้นของหน่วยให้บริการสุขภาพระดับต่างๆ และศึกษาดูงานในพื้นที่ เพื่อคาดการณ์ความเป็นไปได้(Feasibility study)ในการเข้าทำการศึกษาวางกว้าง โดยการสุ่มเลือกเฉพาะระดับอำเภอ 3 อำเภอ และเจาะจงในระดับตำบล อำเภอ ละ 1 ตำบล เพื่อการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับบุคลากรผู้รับผิดชอบในระดับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสถานีนามัยระดับตำบลในสังกัดอำเภอนั้นๆ จำนวน 3 แห่ง ประกอบด้วย อำเภอเมืองสมุทรปราการ อำเภอ บางพลี และอำเภอพระสมุทรเจดีย์ โดยมีบุคลากรผู้รับผิดชอบเข้าร่วมในแต่ละอำเภอประมาณ 6-8 คน

ขั้นตอนที่ 2

1.3 สํารวจข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับสภาพสุขภาพ การดูแลสุขภาพของตนเองและการรับบริการรักษาพยาบาล สวัสดิการการรักษาพยาบาล และความต้องการในการให้บริการสุขภาพของแรงงานก่อสร้างเคลื่อนที่ ในเขตพื้นที่ 6 อำเภอดังกล่าว โดยมีแรงงานก่อสร้างเคลื่อนที่ที่ทำงานในสถานที่ก่อสร้างทั้งขนาดเล็ก (มีพื้นที่ก่อสร้างน้อยกว่า 10,000 ตารางเมตร) และขนาดใหญ่ (มีพื้นที่ก่อสร้างมากกว่า 10,000 ตารางเมตร) จำนวน 450 คนโดยใช้ข้อมูลจากข้อ 1.1 และ 1.2 ประกอบการวางแผนคำนวณกลุ่มตัวอย่าง ออกแบบสํารวจ และแบบสอบถาม

1.4 สํารวจข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ และความต้องการในการรับบริการดูแลสุขภาพ ในเชิงคุณภาพ และเชิงปริมาณบางส่วน ตลอดจนรูปแบบที่พึงประสงค์ในการรับบริการสุขภาพของแรงงานก่อสร้างเคลื่อนที่ในเขตพื้นที่ที่ศึกษาโดยการจัดทำสนทนากลุ่มเฉพาะในพื้นที่ที่ศึกษา โดยเจาะจงให้ครอบคลุมกลุ่มแรงงานก่อสร้างเคลื่อนที่ ในพื้นที่ก่อสร้างขนาดเล็ก และ

ขนาดใหญ่ รวมจำนวนกลุ่มสนทนาเฉพาะทั้งสิ้น 4 กลุ่ม ในพื้นที่ ที่ศึกษา โดยใช้ข้อมูลจากข้อ 1.1 และ 1.2 ประกอบการวางแผนเลือกกลุ่มตัวอย่าง ออกแบบสำรวจและออกแบบแนวทาง

1.5 จัดประชุมระดมสมอง จากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง((Stake Holders: ประกอบด้วย กลุ่มแรงงานหญิง กลุ่มแรงงานชาย กลุ่มนายจ้างหญิงและ/หรือชาย) โดยเทคนิคของซ็อป (ZOPP Technique) เกี่ยวกับเป้าหมาย วัตถุประสงค์ และกิจกรรมการจัดการ กลวิธีการให้และรับบริการ ตลอดจนทรัพยากร และเงื่อนไขสำคัญที่สามารถสร้างเสริมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ ตามบริบทของสภาพงานและท้องที่นั้นๆอย่างมีส่วนร่วม ทั้งหมด 3 ครั้ง โดยข้อมูลที่ได้จะนำไปสู่ การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ กึ่งสำเร็จรูป ที่สอดคล้องกับปัญหา และความต้องการในการดูแลสุขภาพในกลุ่มแรงงานก่อสร้างเคลื่อนที่ในแต่ละพื้นที่ของจังหวัดสมุทรปราการ

3.2. กลุ่มเป้าหมาย การสุ่มตัวอย่างและการเก็บรวบรวมข้อมูล เชิงปริมาณ

3.2.1 การศึกษาวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาในผู้ใช้แรงงานก่อสร้าง ที่ปฏิบัติงานกับสถานก่อสร้าง ทั้งเล็กและใหญ่ในเขตจังหวัดสมุทรปราการ โดยจำแนกเขตต่าง ๆ ในจังหวัดสมุทรปราการออกเป็น กลุ่มพื้นที่ที่มีการขยายตัวและมีเขตก่อสร้างมากและกลุ่มพื้นที่ที่มีการขยายตัวและมีเขตก่อสร้างน้อย แล้วเลือกที่จะศึกษาในพื้นที่ที่มีการขยายตัวและมีเขตก่อสร้างมาก จากนั้นดำเนินการสำรวจข้อมูลและจำนวนของประชากรกลุ่มคนงานก่อสร้างเคลื่อนที่ของจังหวัดสมุทรปราการซึ่งได้จากการสำรวจเบื้องต้นซึ่งแบ่งตามลักษณะการปกครองของจังหวัดสมุทรปราการ ตามตาราง 5

ตารางที่ 5 การแบ่งเขตการปกครองและจำนวนประชากรกลุ่มคนงานก่อสร้างเคลื่อนที่จำแนกตามอำเภอในจังหวัดสมุทรปราการ

อำเภอ / กิ่งอำเภอ	พื้นที่(ตร.กม.)	ตำบล	สถานก่อสร้าง (แห่ง)	คนงานก่อสร้าง (คน)	
				ชาย	หญิง
เมือง	160.557	13	8	998	667
บางบ่อ	245.007	8	13	152	83
บางพลี	259.992	6	17	7729	3899
พระประแดง	73.368	15	9	457	180
พระสมุทรเจดีย์	120.378	5	26	946	597
กิ่ง อ.บางเสาธง	114.790	3	9	193	158
รวม	947.092	50	82	10,475	5,584

ที่มา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ , 2546

รายละเอียดการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยสังเขป

สถานที่ก่อสร้างทุกแห่งในพื้นที่ที่เลือกศึกษา เมื่อหากรอบการสุ่มตัวอย่าง (Sampling Frame) แล้วจำแนกสถานที่ก่อสร้างออกเป็น 2 ลักษณะ คือขนาดเล็ก (พื้นที่ใช้สอยเมื่อก่อสร้างเสร็จรวมทุกชั้นน้อยกว่า 10,000 ตารางเมตร) และขนาดใหญ่ (พื้นที่ใช้สอยเมื่อสร้างเสร็จรวม ทุกชั้นเท่ากับหรือมากกว่า 10,000 ตารางเมตร) และเลือกศึกษาเฉพาะในสถานที่ก่อสร้างที่อยู่ในระยะที่มีการดำเนินการก่อสร้างเท่านั้น เมื่อได้กรอบการสุ่มตัวอย่างแล้วจะทำการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย จากกลุ่ม สถานที่ก่อสร้างทั้งขนาดเล็กและขนาดใหญ่) กลุ่มละ 3 แห่ง แล้วทำการสุ่มอย่างมีระบบ (accidental sampling) เพื่อคัดเลือกผู้ใช้แรงงานก่อสร้าง และผู้มีส่วนได้เสีย (Stake Holders) มาสัมภาษณ์ ประชุมสัมมนาเพื่อระดมสมองรับทราบและวิเคราะห์ปัญหาในการวางแผน(Situational Analysis and Planing) โดยใช้กระบวนการ ZOPP Approach แห่งละ 10-15 คน

นอกจากนี้คณะผู้วิจัยจะใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพบางกลุ่ม เพื่อศึกษาวิถีชีวิตการทำงาน กระบวนการและปัจจัยในการเคลื่อนย้ายแรงงาน การจ้างงาน ความเป็นอยู่ ตลอดจนพฤติกรรมสังคม และพฤติกรรมสุขภาพต่าง ๆ ของผู้ใช้แรงงานก่อสร้างและครอบครัว โดยการเก็บข้อมูลแบบสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ในสถานที่ก่อสร้าง 4 แห่ง (ขนาดเล็ก 2 แห่ง และขนาดใหญ่ 2 แห่ง) โดยประกอบด้วย กลุ่ม ผู้ใช้แรงงานก่อสร้าง 4 แห่งในแต่ละแห่งเป็น 1 กลุ่มๆละประมาณ เป็น 6-8 คน และสำรวจบริเวณเขตก่อสร้าง ที่เลือกศึกษา คือ สถานที่ก่อสร้างขนาดเล็ก 5 แห่ง และสถานที่ก่อสร้างขนาดใหญ่ 5 แห่ง โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ผู้ใช้แรงงานทั้งชายและหญิง กระจายตามกลุ่มอายุตั้งแต่ต่ำสุดถึงสูงสุดของกลุ่มประชากรเป้าหมาย แบบเป็นระบบ(Systematic) แห่งละ 5 คน รวม 50 คน และเพื่อให้สามารถอธิบายความหมายของปรากฏการณ์ต่าง ๆ ได้ชัดเจนขึ้น

ข้อมูลที่สำรวจเบื้องต้น จากข้อ 1.2 และ 1.3 พบว่ากลุ่มคนงานก่อสร้างส่วนใหญ่จำนวน 26 คน (74.4%) มีบัตร 30 บาทรักษาทุกโรค รองลงมาไม่มีสิทธิใดๆ 3 คน (8.7%) และคนงานก่อสร้างส่วนใหญ่ ไม่เคยไปใช้สิทธิ จำนวน 19 คน คือร้อยละ 54.3 และ เคยไปใช้สิทธิ จำนวน 15 คน ร้อยละ 42.9

การหากลุ่มตัวอย่าง (Sample Size) โดยอาศัย (John Wiley & Sons ,NY,1965 Proportional to size) ซึ่งจำนวนคนงานก่อสร้างเคลื่อนที่ส่วนใหญ่ที่ไม่เคยไปใช้สิทธิ 54.3% และเคยไปใช้สิทธิ 42.9% (ใช้ 0.429 เป็นตัว Estimator เป็น P ดังนี้)

$$\frac{Z^2_{\alpha} PQ}{d^2} = \frac{1.96 \times 1.96 \times 0.429 \times 0.571}{0.05 \times 0.05}$$

$$= 375$$

โดยแทนค่า

Z^2_{α}	= 95%	= 1.96
P		= 0.429
Q		= 0.571

ประมาณการจำนวนตัวอย่างเพิ่มสำหรับกรณีที่ ผู้ให้สัมภาษณ์ทั้งการให้สัมภาษณ์ หรือในกรณีที่ ข้อมูลไม่สมบูรณ์ทุกรายการอีก 20 % เพราะฉะนั้น กลุ่มตัวอย่างของผู้ใช้แรงงานคนงานก่อสร้าง จ.สมุทรปราการ ได้ทั้งสิ้น 450 คน สามารถแบ่งจำนวนของกลุ่มตัวอย่างเป็นส่วนในแต่ละอำเภอ ของจังหวัดสมุทรปราการดังนี้

ตารางที่ 6 แสดงสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอำเภอ

อำเภอ / กิ่งอำเภอ	สถานก่อสร้าง (แห่ง)	คนงานก่อสร้าง (คน)		รวม	จำนวนกลุ่ม ตัวอย่าง
		ชาย	หญิง		
เมือง	8	998	667	1,665	47
บางบ่อ	13	152	83	235	7
บางพลี	17	7729	3899	11,628	325
พระประแดง	9	457	180	637	18
พระสมุทรเจดีย์	26	946	597	1,543	43
กิ่ง อ.บางเสาธง	9	193	158	351	10
รวม	82	10,475	5,584	16,059	450

3.2.2 เนื่องจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้มุ่งที่จะศึกษา เพื่อให้สามารถเข้าใจถึงบริบทของ สังคมและการจัดการทางสาธารณสุขซึ่งเป็นเรื่องที่มีความสัมพันธ์กันและเกี่ยวพันไปกับวิถีชีวิต วัฒนธรรมและความเชื่อของคนในบริบทต่าง ๆ จึงจะทำการศึกษาโดยการสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการในกลุ่มเจ้าของกิจการก่อสร้าง เท่าที่โอกาสจะเอื้ออำนวยเกี่ยวกับนโยบายด้านสวัสดิการสำหรับผู้ใช้ แรงงาน และข้อจำกัดต่าง ๆ ที่สถานก่อสร้างประสบปัญหา เกี่ยวกับการจัดการด้านสวัสดิการต่าง ๆ รวมทั้ง การตระหนักเกี่ยวกับการดูแลด้านสุขภาพของผู้ใช้แรงงาน นอกจากนี้คณะผู้วิจัยจะทำการสัมภาษณ์ ผู้นำชุมชนและบุคลากรด้านสุขภาพในชุมชน ที่เป็นที่ตั้งของสถานก่อสร้าง ในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับ ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ สังคม และด้านการบริการต่าง ๆ ในชุมชน รวมทั้งการบริการด้านสุขภาพ เพื่อให้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์เฉพาะ ตั้งแต่ข้อ 1-4 เป็นสาระหลัก

3.3. การวิเคราะห์ข้อมูลและการแปลความหมาย

แบบสอบถามข้อมูลเชิงปริมาณ จะได้รับการตรวจสอบความถูกต้องและวิเคราะห์ข้อมูลโดยนัก วิจัย เช่น การแสดงสถานะทางสุขภาพที่ได้จากแบบสอบถามตอนทำการสำรวจ ความถี่ประวัติในการเจ็บ ป่วยในรอบ 3-6 เดือนที่ผ่านมาว่าเป็นโรคอะไรบ้างโดยอิงเกณฑ์มาตรฐานขั้นต้นของกระทรวงสาธารณสุขแล้วแต่กรณีและโดยการอิงกลุ่ม การวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ใช้โปรแกรม SPSS และแสดงในรูปตาราง ไขว้ พร้อมทั้ง อัตรา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าพิสัย

ข้อมูลเชิงคุณภาพ จะได้รับการถอดข้อความจากเทปแล้วทำการวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมการพิมพ์ข้อความอย่างง่าย เพื่อจัดกลุ่มหัวข้อซึ่งเป็นสาระสำคัญ (Theme) พร้อมกับหัวข้อย่อย เพื่ออธิบายและให้ความหมายปรากฏการณ์ต่าง ๆ

ข้อมูลอื่นๆที่เกี่ยวข้อง อาทิเช่น การประชุมสัมมนาระดมสมอง จะดำเนินการจัดทำเอกสารรายงานสรุป การประชุมสัมมนาระดมสมอง (ZOPP Document Report)

3.4. เขียนรายงานผลการวิจัย

จัดทำรายงานการวิจัย ต้นฉบับ พร้อมด้วยวิธีการวิจัยตามขั้นตอนต่างๆและแบบสอบถาม แบบสอบถาม กึ่งโครงสร้าง (Semi structure Interview) การทำสนทนากลุ่มเฉพาะ (Focus group discussion) รายละเอียดในการดำเนินการได้จัดไว้ในภาคผนวกต่อไป

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การศึกษาภาพรวมทั้งจังหวัด

โครงการพฤติกรรมและการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ ภายใต้นโยบายการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ของกลุ่มผู้ใช้แรงงานก่อสร้างเคลื่อนที่ ในเขตก่อสร้าง จ.สมุทรปราการ เป็นการศึกษาแบบ ภาคตัดขวาง ณ. จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross Sectional Exploratory Research) โดยแบ่งการนำเสนอข้อมูล เป็น 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างคนงานก่อสร้างเคลื่อนที่

ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่ทำให้เกิดการเคลื่อนย้ายแรงงานของผู้ใช้แรงงานก่อสร้างมาทำงานใน จังหวัดสมุทรปราการ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลสถานะสุขภาพและสถานการณ์ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพการเจ็บป่วย สวัสดิการในการสร้างเสริม ป้องกันและการเข้ารับบริการการรักษา

ส่วนที่ 4 ข้อมูลการสร้างเสริมสุขภาพของแรงงานเคลื่อนที่ในด้านต่างๆ ได้แก่

- ข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อมเกี่ยวกับที่พักอาศัย การสุขาภิบาล (ขยะ น้ำเสีย) และสถานที่ในการปรุงอาหารและการรับประทานอาหาร
- ข้อมูลด้านการดูแลสุขภาพของแรงงานเมื่อเจ็บป่วย ทั้งกรณีทั่วไป และกรณีเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยา วิธีการดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วย สถานที่และการเข้ารับบริการเมื่อเจ็บป่วย
- พฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มแรงงาน
- การออกกำลังกายและสันทนาการ

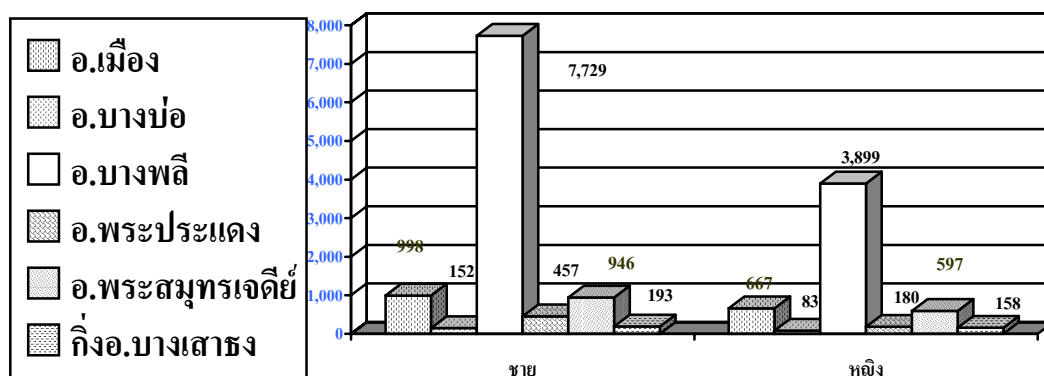
ส่วนที่ 5 ข้อมูลด้านอุบัติเหตุจากการทำงาน

ส่วนที่ 6 ปัญหาที่พบในการเข้าถึงบริการของกลุ่มแรงงานก่อนและหลังโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรคและรูปแบบที่เหมาะสมในการดำเนินการจากการอภิปรายกลุ่ม รวมทั้งช่องว่างในการไปรับบริการจากสถานพยาบาลของรัฐ และสภาพปัญหาจากการให้บริการของสถานพยาบาลของรัฐ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างคนงานก่อสร้างเคลื่อนที่

กลุ่มตัวอย่าง จากการคำนวณ 450 คน คณะผู้วิจัย มีการปรับแก้จำนวนผู้ให้ข้อมูลตามสัดส่วนของแต่ละอำเภอเพื่อความเหมาะสมและเมื่อรวมทั้งหมดแล้วเป็น 457 คน ดังที่ได้แสดงไว้ในแผนภูมิที่ 1

กราฟที่ 1 แสดงจำนวนผู้ใช้แรงงานก่อสร้างเคลื่อนที่แต่ละอำเภอในจังหวัดสมุทรปราการ



กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ใช้แรงงานเคลื่อนที่ใน จ.สมุทรปราการ จำนวน 457 คน แบ่งตามอำเภอที่ออกเก็บข้อมูลดังนี้ อำเภอบางพลี จำนวน 255 คน (ร้อยละ 55.80) อ.พระประแดง จำนวน 30 คน (ร้อยละ 6.56) อ.บางบ่อ จำนวน 30 คน (ร้อยละ 6.56) อ.บางเสาธง จำนวน 30 คน (ร้อยละ 6.56) อ.เมือง จำนวน 56 คน (ร้อยละ 12.25) และ อ.พระสมุทรเจดีย์ จำนวน 56 คน (ร้อยละ 12.25) ลักษณะงานของการก่อสร้างของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 84.46 ของกลุ่มตัวอย่างเป็นแรงงานจากสถานที่ก่อสร้างขนาดใหญ่จำนวน 3 แห่ง ได้แก่ การก่อสร้างสนามบินหนองงูเห่า ร้อยละ 55.80 สร้างโรงงาน ร้อยละ 8.75 สร้างหมู่บ้าน 19.91 และ ร้อยละ 15.53 เป็นแรงงานจากสถานที่ก่อสร้างขนาดเล็กจำนวน 3 แห่ง ได้แก่ สร้างถนนและทางด่วน ร้อยละ 6.56 สร้างอาคารที่พักอาศัย ร้อยละ 7.88 และสร้างวัด ร้อยละ 1.09 โดยกลุ่มแรงงานส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 71.33) มีอายุอยู่ในช่วงของวัยทำงาน ร้อยละ 78.28 (อายุ 21-45 ปี) แรงงานส่วนใหญ่สถานะภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 76.15) รองลงมาสถานะภาพโสด (ร้อยละ 20.79) จากศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 69.52) จบการศึกษามัธยม ร้อยละ 23.24 สูงกว่าชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 3.84 ค่าตอบแทนรายวันที่กลุ่มผู้ใช้แรงงานคนงานก่อสร้างได้รับ ร้อยละ 55.38 ได้รับวันละ 151 บาท ถึง 200 บาท รองลงมา ร้อยละ 18.68 ได้รับวันละ 101 บาท ถึง 150 บาท และภูมิถิ่นกำเนิดของกลุ่มผู้ใช้แรงงานคนงานก่อสร้าง ส่วนใหญ่เป็นแรงงานจากภาคอีสาน (ร้อยละ 55.60) รองลงมาจากภาคเหนือ จังหวัดที่มีแรงงานเดินทางมาทำงาน มากที่สุดคือ จังหวัดหนองบัวลำภู

ตารางที่ 7 แสดงลักษณะทางประชากรกลุ่มตัวอย่างของแรงงานก่อสร้างเคลื่อนที่

เขตอำเภอที่ก่อสร้าง	ร้อยละ
บางพลี	55.80
เมือง	12.25
พระสมุทรเจดีย์	12.25
พระประแดง	6.56
บางบ่อ	6.56
บางเสาธง	6.56
ลักษณะของการก่อสร้าง	ร้อยละ
สนามบินหนองงูเห่า	55.80
หมู่บ้าน	19.91
โรงงาน	8.75
อาคารที่พักอาศัย	7.88
ทางด่วน	6.56
วัด	1.09
เพศ	ร้อยละ
ชาย	71.33
หญิง	28.67
กลุ่มอายุ	ร้อยละ
ต่ำกว่า 18 ปี	3.29
19 – 20 ปี	4.39
21 – 25 ปี	15.35
26 – 30 ปี	20.61
31 – 35 ปี	14.25
36 – 40 ปี	15.57
41 – 45 ปี	12.50
46 – 50 ปี	7.24
51 – 55 ปี	4.61
56 – 60 ปี	1.10
60 ปีขึ้นไป	1.10

ตารางที่ 7 แสดงลักษณะทางประชากรกลุ่มตัวอย่างของแรงงานก่อสร้างเคลื่อนที่ (ต่อ)

สถานภาพสมรส	ร้อยละ
คู่	76.15
โสด	20.79
แยกกันอยู่	1.53
หย่า	0.88
หม้าย	0.66
ระดับการศึกษา	ร้อยละ
ไม่ได้เรียน	2.63
ประถมต้น(ป.4)	28.29
ประถมปลาย(ป.6)	41.23
มัธยมต้น	17.76
มัธยมปลาย	5.48
ปวช	1.97
ปวส	1.32
ปริญญาตรี	0.22
อบรมการอาชีพ	1.10
ค่าตอบแทนรายวัน(บาท)	ร้อยละ
น้อยกว่า 100 บาท	0.44
101-150 บาท	18.68
151-200 บาท	55.38
201-250บาท	14.73
มากกว่า 250 บาท	10.77
ภูมิลำเนาเดิม	ร้อยละ
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ(อีสาน)	55.60
ภาคเหนือ	32.09
ภาคกลาง	8.35
ภาคตะวันออก	3.08
ภาคใต้	0.88

ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่ทำให้เกิดการเคลื่อนย้ายแรงงานของผู้ใช้แรงงานก่อสร้างมาทำงานใน

จ.สมุทรปราการ

จากการสัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างผู้ใช้แรงงานก่อสร้างเคลื่อนที่ จำนวน 457 คน พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการย้ายถิ่นเพื่อมาทำงานก่อสร้างใน จ.สมุทรปราการ สามารถแบ่งหัวข้อและร้อยละได้ดังนี้คือ ที่บ้านเกิดไม่มีงานทำ จำนวน 214 คน คิดเป็นร้อยละ 46.83 ไม่มีพื้นที่สำหรับการเกษตร จำนวน 58 คน คิดเป็นร้อยละ 12.69 มีโอกาสในการทำงานมากกว่า จำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 9.41 มีโอกาสในการทำงานมากกว่า จำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 33.26 รายได้ดีกว่างานเดิม จำนวน 152 คน คิดเป็นร้อยละ 33.26 ว่างจากทำการเกษตร (การทำนา/ทำสวน/ทำไร่) จำนวน 94 คน ร้อยละ 20.57 มีคนชักชวนมาทำงาน จำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 14.44 (จากตารางที่ 8)

ตารางที่ 8 ปัจจัยที่ทำให้เกิดการเคลื่อนย้ายแรงงานของผู้ใช้แรงงานก่อสร้างมาทำงานใน

จ.สมุทรปราการ

ปัจจัยที่ทำให้เกิดการเคลื่อนย้ายแรงงานของผู้ใช้แรงงานก่อสร้างมาทำงานใน จ.สมุทรปราการ	จำนวน (457 คน)	ร้อยละ (100.00)
ที่บ้านเกิดไม่มีงานทำ	214	46.83
ไม่มีพื้นที่สำหรับการทำนา/ทำสวน/ทำไร่ (ทำการเกษตร)	58	12.69
มีโอกาสในการทำงานมากกว่า	43	9.41
รายได้ดีกว่างานเดิม	152	33.26
ว่างจากการทำนา/ทำสวน/ทำไร่ (ทำการเกษตร)	94	20.57
มีคนชักชวนมาทำงาน	66	14.44

ส่วนที่ 3 ข้อมูลสถานะสุขภาพและสถานการณ์ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพการเจ็บป่วย สวัสดิการ

ในการสร้างเสริม ป้องกันและการเข้ารับบริการการรักษาของกลุ่มแรงงานเคลื่อนที่

ข้อมูลด้านสุขภาพของแรงงาน

จากการสำรวจโดยการสัมภาษณ์ เกี่ยวกับการเจ็บป่วย ในรอบหนึ่งเดือนที่ผ่านมา พบว่า ร้อยละ 26.04 มีการเจ็บป่วยด้วยปัญหาสุขภาพทั้งเฉียบพลันและเป็นปัญหาโดยทั่วไป และแรงงานก่อสร้างเคลื่อนที่บางส่วนร้อยละ 16.63 มีการเจ็บป่วยเนื่องจากมีโรคประจำตัวอยู่ก่อนแล้ว ส่วนใหญ่ผู้ใช้แรงงานคิดว่าตนเองไม่มีปัญหาทางด้านสุขภาพ (ร้อยละ 74.83) ส่วนที่มีอาการเจ็บป่วยในรอบ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ก็เป็นการเจ็บป่วยด้วยอาการไข้หวัดและปวดเมื่อยตามร่างกาย (ร้อยละ 29.57 และ 17.39 ตามลำดับ) แสดงในตารางที่ 9-11

ตารางที่ 9 สถานะสุขภาพเกี่ยวกับสุขภาพของกลุ่มผู้ใช้แรงงานก่อสร้าง

สถานะสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
มีสุขภาพดี	338	73.96
มีการเจ็บป่วย		
○ เจ็บป่วยเนื่องจากมีโรคประจำตัว	76	16.63
○ เจ็บป่วยเล็กน้อย	20	4.38
○ เจ็บป่วยบ่อยๆ	16	3.50
○ เจ็บป่วยเนื่องจากอุบัติเหตุจากการทำงาน	7	1.53

ตารางที่ 10 ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพของกลุ่มผู้ใช้แรงงานก่อสร้าง

ปัญหาสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีปัญหา	342	74.83
มีปัญหา	115	25.16

ตารางที่ 11 การรับรู้อาการการเจ็บป่วยหรือโรคในรอบเดือนที่ผ่านมาของผู้ใช้แรงงานก่อสร้าง

ข้อมูลการเจ็บป่วย (อาการ)	จำนวน	ร้อยละ
ไข้หวัด	34	29.57
ปวดเมื่อยตามร่างกาย	20	17.39
ปวดศีรษะ	17	14.78
ท้องเสีย	11	9.57
อุบัติเหตุจากการทำงาน	7	6.09
หน้ามืด เวียนศีรษะ	4	3.48
ปวดท้อง	2	1.74
เจ็บหน้าอก	2	1.74
แน่นท้อง	2	1.74
ไข้	2	1.74
แสบตา	2	1.74
หายใจไม่สะดวก	1	0.87
เป็นลม	1	0.87
โรคกระเพาะอาหารอักเสบ	1	0.87
ไอเรื้อรัง	1	0.87

ตารางที่ 11 การรับรู้อาการเจ็บป่วยหรือโรคในรอบเดือนที่ผ่านมาของผู้ใช้แรงงานก่อสร้าง

ข้อมูลการเจ็บป่วย (อาการ)	จำนวน	ร้อยละ
หอบหืด	1	0.87
มีพยาธิ	1	0.87
ปวดฟัน	1	0.87
แพ้สี	1	0.87
ปวดท้องประจำเดือน	1	0.87
เนื้องอกในจมูก	1	0.87
ร่างกายอ่อนเพลีย	1	0.87
โรคเกี่ยวกับความดันโลหิต	1	0.87

ส่วนโรคประจำตัวที่แรงงานก่อสร้างเคลื่อนที่เจ็บป่วย 5 อันดับแรกก็คือ โรคกระเพาะอาหาร โรคปอด ความดันโลหิตสูง หอบหืด ภูมิแพ้ นอกจากนี้ยังพบว่าแรงงานกลุ่มดังกล่าวมีปัญหาโรคประจำตัวชนิดที่เป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคหัวใจ โรคเกาต์ ปวดเมื่อยตามร่างกายและปวดหลัง ตับอักเสบ โรคไต โรคผิวหนัง”สังคัง” โรคเบาหวาน และโรคโลหิตจางทาลัสซีเมีย

ตารางที่ 12 โรคประจำตัวของกลุ่มผู้ใช้แรงงานก่อสร้าง

โรคประจำตัว	จำนวน	ร้อยละ
โรคเกี่ยวกับทางเดินหายใจ	20	26.32
โรคกระเพาะอาหาร	14	18.42
โรคเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือด	10	13.16
โรคเกี่ยวกับกระดูก	8	10.53
โรคเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ	7	9.21
โรคอื่นๆ	7	9.21
โรคภูมิแพ้	4	5.26
โรคผิวหนัง	3	3.95
โรคเกี่ยวกับระบบไต	3	3.95

การดูแลรักษาเมื่อมีปัญหาสุขภาพ

จากตารางที่ 13 เมื่อมีการเจ็บป่วย ครึ่งหนึ่งของกลุ่มผู้ใช้แรงงานก่อสร้าง จะใช้วิธีดูแลตนเอง โดยการไปซื้อยามากินเอง (ร้อยละ 45.45) รองลงมาได้แก่ รับการรักษาพยาบาลกับแพทย์แผนปัจจุบัน (ร้อยละ 43.75)

ตารางที่ 13 วิธีการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยของกลุ่มผู้ใช้แรงงานก่อสร้าง

วิธีการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย	จำนวน	ร้อยละ
ซื้อยามากินเอง	208	45.45
รับการรักษาพยาบาลกับแพทย์แผนปัจจุบัน	200	43.75
ดูแลสุขภาพตนเอง	21	4.54
ไม่รักษา	15	3.40
ใช้สมุนไพร	8	1.70
สังเกตอาการ	6	1.35

ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยา

จากตารางที่ 14 ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ใช้แรงงานก่อสร้างเคลื่อนไหวทั้งหมดมีการใช้เครื่องคั้นชูกำลัง และการคั้นเห็ด ขาดอง (ร้อยละ 55.36 และ ร้อยละ 53.61 ตามลำดับ) รองลงมาได้แก่ การซื้อยาชุดจาก ร้านขายหรือร้านขายของชำ (ร้อยละ 30.42) ยาของแก้ปวดเมื่อย (ร้อยละ 16.85) และยานอนหลับ กล่อมประสาท คลายเครียด แก้เครียด (4.16)

ตารางที่ 14 พฤติกรรมในการใช้ยาและการคั้นเครื่องคั้นชูกำลังของกลุ่มตัวอย่างผู้ใช้แรงงานก่อสร้าง

พฤติกรรมในการใช้ยาและการคั้นเครื่องคั้น ชูกำลัง	เพศ					
	ชาย		หญิง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เครื่องคั้นชูกำลัง	224	68.71	29	22.14	253	55.36
เห็ด ขาดอง	227	69.63	13	13.74	245	53.61
ยาชุดจากร้านยา ร้านขายของชำ	108	33.13	31	23.66	139	30.42
ยาของแก้ปวดเมื่อย	63	19.33	14	10.69	77	16.85
ยานอนหลับ กล่อมประสาท คลายเครียด แก้เครียด	7	2.15	12	9.16	19	4.16

การใช้เครื่องดัดงูกำลัง

การดัดเครื่องดัดงูกำลังของกลุ่มผู้ใช้แรงงานก่อสร้างเคลื่อนที่ พบว่า โดยส่วนใหญ่มีการดัดเป็นประจำครั้งละ 1 ขวด (ร้อยละ 92.13) ครั้งละ 2 ขวด ร้อยละ 7.87 การดัดเฉลี่ย 4 ครั้งต่อสัปดาห์ ส่วนใหญ่ดัดทุกวัน/สัปดาห์(ร้อยละ 32.94) ยี่ห้อเครื่องดัดงูกำลังที่มีการใช้มากที่สุด คือ เอ็ม 150 (ร้อยละ 70.08) รองลงมาคือ กระทั่งแดงร้อยละ 14.57 และอื่นๆ โดยมีราคาต่อหน่วย 8-14 บาท คิดเป็นค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 9 บาท (จากตารางที่ 15) โดยมีเพศชายดัดเครื่องดัดงูกำลัง ร้อยละ 68.71 หญิง ร้อยละ 22.14 (จากตารางที่ 14) และจากการทดสอบทางสถิติพบว่าเพศชายและหญิงมีพฤติกรรมในการดัดเครื่องดัดงู แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.001$)

ตารางที่ 15 ประเภทของเครื่องดัดงูกำลังที่ของกลุ่มตัวอย่างผู้ใช้แรงงานก่อสร้างเคลื่อนที่ที่ใช้

ประเภทของเครื่องดัดงูกำลัง ที่กลุ่มแรงงานใช้	เพศ					
	ชาย		หญิง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เอ็ม 150	157	70.09	20	68.97	177	70.08
กระทั่งแดง	34	15.18	3	10.34	37	14.57
การาขาวแดง	10	4.46	0	0.00	10	3.94
แรงเซอร์	8	3.57	0	0.00	8	3.15
สปอนเซอร์	4	1.79	4	13.79	8	3.15
กาแฟ	6	2.68	0	0.00	6	2.36
ไม่ระบุ	2	0.89	0	0.00	2	0.79
ลูกทุ่ง	1	0.45	1	3.45	2	0.79
ลิโพ	1	0.45	1	3.45	2	0.79
.357	1	0.45	0	0.00	1	0.39

การดัดเหล้ายาดอง

การดัดเครื่องมีแอลกอฮอล์(เหล้า ยาดอง) แรงงานก่อสร้างมีผู้ที่ดัดเหล้า ยาดอง ร้อยละ 53.61 (ตามตารางที่ 14) โดยส่วนใหญ่มีการดัดเป็นประจำครั้งละ 1 แก้วถึง 1 ขวด ซึ่งพบสูงสุดถึงร้อยละ 45.72 โดยบางรายมีการดัดนานๆครั้ง และดัดทุกวัน/สัปดาห์ (ร้อยละ 25.82) ชนิดที่มีการใช้มากที่สุด คือ เหล้าขาว 40 ดีกรี ร้อยละ 42.45 รองลงมาคือ ยาดอง ร้อยละ 36.73 เบียร์ ร้อยละ 16.33 และเหล้าโรง ร้อยละ 4.49 โดยมีราคาตั้งแต่ 5 บาทถึง 500 บาท (ตามตารางที่ 16) โดยมีเพศชายดัดเหล้า ยาดอง ร้อยละ 69.63 หญิง ร้อยละ 13.74 (จากตารางที่ 14) และจากการทดสอบทางสถิติพบว่าเพศชายและหญิงมีพฤติกรรมในการดัดยาดองเหล้า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.001$)

ตารางที่ 16 แสดงประเภทของเหล้ายาของที่ของกลุ่มตัวอย่างผู้ใช้แรงงานก่อสร้างเคลื่อนที่ใช้

ประเภทของเหล้ายาของ	เพศ					
	ชาย		หญิง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เหล้าขาว 40 ดีกรี	101	44.49	3	16.67	104	42.45
ยาของ	84	37.00	6	33.33	90	36.73
เบียร์	31	13.66	9	50.00	40	16.33
เหล้าโรง	11	4.85	0	0.00	11	4.49

การใช้ยาชุด

แรงงานก่อสร้างมีผู้ใช้ยาชุดร้อยละ 30.42 โดยมีการใช้เป็นประจำ เฉลี่ย 7.62 ครั้งต่อเดือน สูงสุด 22 วัน/เดือน รายชื่อยาที่มีการใช้มากที่สุด คือ ยาชุดแก้ปวดร้อยละ 35.97 ยาชุดแก้หวัด ร้อยละ 16.55 ยาชุดแก้ยอก ร้อยละ 14.39 ยาชุดแก้ไข้ ร้อยละ 9.35 และอื่นๆ แหล่งที่ซื้อคือ ร้านค้าร้อยละ 71.94 และ ร้านยาร้อยละ 22.30 โดยมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 23.25 บาท สูงสุดชุดละ 100 บาท โดยมีเพศชายใช้ยาชุด ร้อยละ 33.13 หญิง ร้อยละ 23.66 (จากตารางที่ 14)จากการทดสอบทางสถิติพบว่าเพศชายและหญิงมีพฤติกรรมในการใช้ยาชุดไม่แตกต่างกัน (p-value = 0.56)

ตารางที่ 17 แสดงประเภทของยาชุดจากร้านยา ร้านขายของชำที่ของกลุ่มตัวอย่างผู้ใช้แรงงานก่อสร้างเคลื่อนที่ใช้

ประเภทของยาชุดจากร้านยา ร้านขายของชำ ที่กลุ่มแรงงาน <u>ใช้</u>	เพศ					
	ชาย		หญิง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
แก้ปวด	40	37.04	10	32.26	50	35.97
แก้หวัด	19	17.59	4	12.90	23	16.55
แก้ยอก	13	12.04	7	22.58	20	14.39
แก้ไข้	10	9.26	3	9.68	13	9.35
แก้เจ็บท้อง	8	7.41	1	3.23	9	6.47
คลายเส้น	5	4.63	2	6.45	7	5.04
ไม่รู้ประเภทยา	4	3.70	0	0.00	4	2.88
แก้แสบ	3	2.78	0	0.00	3	2.16

ตารางที่ 17 แสดงประเภทของยาชุดจากร้านยา ร้านขายของชำที่ของกลุ่มตัวอย่างผู้ใช้แรงงานก่อสร้างเคลื่อนที่ใช้ (ต่อ)

ประเภทของยาชุดจากร้านยา ร้านขายของชำ ที่กลุ่มแรงงาน <u>ใช้</u>	เพศ					
	ชาย		หญิง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
กระสับเส้น	2	1.85	1	3.23	3	2.16
ยาล้างไต	0	0.00	2	6.45	2	1.44
แก้ท้องเสีย	1	0.93	1	3.23	2	1.44
แก้คัน	1	0.93	0	0.00	1	0.72
ยาธาตุน้ำแดง	1	0.93	0	0.00	1	0.72
แก้แพ้	1	0.93	0	0.00	1	0.72

การใช้จ่ายแก้ปวด

แรงงานก่อสร้างมีผู้ที่ใช้จ่ายแก้ปวดร้อยละ 16.85 (ตามตารางที่ 14) โดยมีการใช้เป็นประจำเฉลี่ย 8.27 ครั้งต่อเดือน บางรายใช้ทุกวัน รายชื่อยาที่มีการใช้มากที่สุด คือ ทัมใจ (ร้อยละ 76.32) รองลงมาได้แก่ ทิฟฟี ร้อยละ 9.21 พาราเซตามอล ร้อยละ 5.26 บุรา ร้อยละ 3.95 แก้ปวด(ไม่ระบุชื่อ) ร้อยละ 3.95 และแอสไพริน ร้อยละ 1.32 แหล่งที่ซื้อคือ ร้านค้า ร้อยละ 88.16 และ ร้านยา ร้อยละ 11.84 โดยมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 13.82 บาท สูงสุด 40 บาท (ตามตารางที่ 18) โดยมีเพศชายใช้จ่ายแก้ปวดเมื่อย ร้อยละ 19.33 หญิง ร้อยละ 10.69 (จากตารางที่ 14) และจากการทดสอบทางสถิติพบว่าเพศชายและหญิงมีพฤติกรรมในการใช้จ่ายแก้ปวดเมื่อย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.02$)

ตารางที่ 18 ประเภทของยาของแก้ปวดเมื่อยที่ของกลุ่มตัวอย่างผู้ใช้แรงงานก่อสร้างเคลื่อนที่ใช้

ประเภทของยาแก้ปวดเมื่อย	เพศ					
	ชาย		หญิง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
تامใจ	51	80.95	8	57.14	59	76.32
ทิฟฟี	5	7.94	2	14.29	7	9.21
พาราเซตามอล	2	3.17	2	14.29	4	5.26
แก้ปวด	2	3.17	1	14.29	3	3.95
บุรา	2	3.17	1	7.14	3	3.95
แอสไพริน	1	1.59	0	0.00	1	1.32

การใช้ยานอนหลับ/ ยากล่อมประสาท

แรงงานก่อสร้างมีผู้ที่ใช้นอนหลับ/ยากล่อมประสาทร้อยละ 4.2 (จากตารางที่ 14) โดยมีการใช้เป็นประจำ เฉลี่ย 7.3 ครั้งต่อเดือน สูงสุดทุกวัน/เดือน รายการยาที่มีการใช้มากที่สุด คือ ยานอนหลับร้อยละ 55.56 ยาคลายเครียดร้อยละ 27.78 มีการนำยาแก้แพ้มาใช้(ให้ง่วงนอน) ร้อยละ 5.56 ยาลมประสาทร้อยละ 5.56 และสมุนไพรร้อยละ 5.56 แหล่งที่ได้รับยาก็คือ ร้านยา ร้อยละ 36.84 โรงพยาบาล ร้อยละ 31.58 สถานีอนามัย ร้อยละ 15.79 คลินิก ร้อยละ 10.53 โดยมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 55.58 บาท สูงสุด 200 บาท ดังตารางที่ 19 โดยมีเพศชายใช้นอนหลับและยากล่อมประสาท ร้อยละ 2.15 หญิง ร้อยละ 9.16 (จากตารางที่ 14) และจากการทดสอบทางสถิติพบว่าเพศชายและหญิง มีพฤติกรรมในการใช้นอนหลับและยากล่อมประสาท แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.001$)

ตารางที่ 19 ประเภทของยานอนหลับ ยากล่อมประสาท คลายเครียด แก้เครียดที่ของกลุ่มตัวอย่างผู้ใช้แรงงานก่อสร้างเคลื่อนที่ที่ใช้

ประเภทของยานอนหลับ ยากล่อมประสาท คลายเครียด แก้เครียด ที่กลุ่มแรงงานใช้	เพศ					
	ชาย		หญิง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
นอนหลับ	5	71.43	6	50.00	11	55.56
คลายเครียด	2	28.57	3	25.00	5	27.78
แก้แพ้	0	0.00	1	8.33	1	5.56
ลมประสาท	0	0.00	1	8.33	1	5.56
สมุนไพร	0	0.00	1	8.33	1	5.56

นอกจากนี้ยังพบว่ายาที่ใช้ประจำของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

แรงงานก่อสร้างมีโรคประจำตัวพบร้อยละ 16.5 โรคที่เป็นมีความหลากหลายชนิดแตกต่างกัน ได้แก่ โรคกระเพาะอาหาร (2.63%) โรคปอด (1.32%) ความดันโลหิตสูง (1.32%) คอพอก(ไทรอยด์) (1.10%) หอบหืด (1.10%) และอื่นๆ จำนวนยาที่ใช้ในการรักษาโรคประจำตัว 1,2,3,4 ขนาน ร้อยละ 9.87, 1.97, 1.54 และ 0.22 ตามลำดับ

ผู้ป่วย 63 รายให้ข้อมูลเกี่ยวกับยาที่ใช้ ซึ่งส่วนใหญ่ไม่รู้ชื่อยา ใช้วิธีการบอกถึงลักษณะของยาตามรูปแบบขนาดและสี เช่น ยาเม็ดสีเขียวแคปซูล ยาเม็ดเล็กสีขาว พบว่ามีผู้ที่สามารถระบุชื่อยาได้เพียงร้อยละ 27.27 ได้แก่ พาราเซตามอล แอนดาซิล คลอเฟนิรามีน แอคติเฟด ฟิคอน ชูราดิน ยาชาตุน้ำขาว ยาชาตุน้ำแดง คาลาไมน์ เป็นต้น ผู้ที่สามารถระบุสรรพคุณของยาได้ร้อยละ 69.70 ผู้ที่สามารถระบุวิธีใช้ได้ร้อยละ 76.77 และมีเพียงร้อยละ 8.08 เท่านั้นที่สามารถบอกได้ถึงผลข้างเคียงของยาที่ใช้

การปฏิบัติตนในการใช้ยา การได้รับคำแนะนำในการใช้ยา การแพ้ยา

ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำเรื่องการใช้ยา 78.74% ส่วนอีก 18.64% ไม่ได้รับคำแนะนำเรื่องการใช้ยา และอีก 2.62% ได้รับคำแนะนำแต่ไม่เข้าใจ การปฏิบัติตนและการใช้ยาขณะการรักษาของคณงานก่อสร้างเคลื่อนที่ ร้อยละ 65.43 ปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด ร้อยละ 31.43 ปฏิบัติตามบ้าง และร้อยละ 3.14 ไม่ปฏิบัติตามเลย และประวัติการเกิดอาการแพ้ยา/สารเคมี ของคณงานก่อสร้างเคลื่อนที่พบ ร้อยละ 15.70 ที่เหลือร้อยละ 84.30 ไม่เคยแพ้ยา

สถานบริการและแหล่งที่ได้รับยาของกลุ่มคณงานก่อสร้างเคลื่อนที่

คณงานก่อสร้างเคลื่อนที่ มีการใช้บริการที่สถานบริการ ร้อยละ 59.4 ใช้บริการที่สถานีนามัย ร้อยละ 21.1 ไปหาหมอที่คลินิก และร้อยละ 8.3 ซื้อยาที่ร้านยากินเอง ร้อยละ 7.1 ตามตารางที่ 20

ตารางที่ 20 ข้อมูลด้านสถานบริการที่ได้รับบริการและซื้อยาของกลุ่มคณงานก่อสร้างเคลื่อนที่

ข้อมูลด้านสถานบริการที่ไปรับบริการ - ซื้อยา	จำนวน (n =457)	ร้อยละ (100.0)
โรงพยาบาล	158	59.4
สถานีนามัย	56	21.1
คลินิก	22	8.3
ร้านยา	19	7.1
อื่นๆ	11	4.1

การใช้บริการเมื่อเจ็บป่วย

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างผู้ใช้แรงงานก่อสร้างเคลื่อนที่ 457 คน พบว่า มีสิทธิบัตรทอง 30 บาท รักษาทุกโรค 279 ราย คิดเป็นร้อยละ 61.1 บัตรทองฟรี 27 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.9 ประกันสังคม 116 ราย คิดเป็นร้อยละ 25.4 ไม่มีสิทธิใดๆ 32 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.0 และไม่ทราบว่าตนเองมีสิทธิหรือไม่ 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.7 สถานบริการที่กลุ่มตัวอย่างทราบว่าจะไปใช้สิทธิการรักษาได้หากเจ็บป่วย คือ โรงพยาบาล ร้อยละ 53.85 ไม่ทราบว่าตนเองสามารถใช้ได้ที่ไหนร้อยละ 21.10 สถานีนามัย ร้อยละ 13.19 และที่คลินิก ร้อยละ 11.87 (คลินิกในโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค) และจากการศึกษาก็พบว่า ร้อยละ 78.10 ไม่เคยใช้บริการ ร้อยละ 15.71 เคยใช้บริการที่โรงพยาบาล และร้อยละ 6.19 เคยใช้บริการที่สถานีนามัย ตามตารางที่ 21-22 จากการใช้บริการร้อยละ 28.16 พบปัญหาไม่สามารถใช้บัตรทอง 30 บาทได้เพราะอยู่นอกเขต ไม่มีโอกาสได้ใช้บริการ 30 บาท ร้อยละ 44.57 ร้อยละ 22.17 ไม่ทราบเกี่ยวกับการใช้บัตร 30 บาท และร้อยละ 5.10 มีปัญหาอื่นๆ ตามตารางที่ 23

เมื่อได้รับการบริการผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อสถานบริการและแหล่งรับยา อยู่ในระดับ พอใจ ในทุกด้านได้แก่ ความสะดวกในการรับบริการ ระยะเวลาที่รอรับบริการ ระยะเวลาที่รอรับบริการทั้งหมด อัตราย้ายในการบริการ การให้คำแนะนำ คุณภาพของยาที่ได้รับ ค่าใช้จ่ายในการรักษา ผลการรักษา โดยมีค่าคะแนนอยู่ในระดับนี้ คิดเป็นร้อยละ 72.9, 69.14, 72.00, 57.71, 67.05, 62.75, 56.16, 68.48 ตามลำดับ ตามตารางที่ 24

ตารางที่ 21 สิทธิในการรักษาพยาบาลของกลุ่มแรงงานเคลื่อนที่เมื่อมาทำงานที่ จ.สมุทรปราการ

สิทธิในการรักษาพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ
บัตรทองนอกเขต (ไม่มี ท)	279	61.1
บัตรทองนอกเขต (มี ท)	27	5.9
ประกันสังคม	116	25.4
ไม่มีสิทธิใดๆ	32	7.0
ไม่ทราบว่าสิทธิหรือไม่	3	0.7

ตารางที่ 22 สถานบริการที่กลุ่มตัวอย่างทราบว่าจะไปใช้สิทธิการรักษาพยาบาลได้หากเจ็บป่วยเมื่อมาทำงานที่ จ.สมุทรปราการ

สถานบริการ	ร้อยละ
โรงพยาบาล	53.85
ไม่ทราบว่าสามารถใช้ที่ไหนได้	21.10
สถานีนามัย	13.19
คลินิก	11.87

ตารางที่ 23 ปัญหาที่พบเมื่อใช้สิทธิการรักษาพยาบาล 30 บาท ของกลุ่มตัวอย่างผู้ใช้แรงงานก่อสร้าง

ปัญหาที่พบเมื่อใช้สิทธิการรักษาพยาบาล 30 บาท ของกลุ่มตัวอย่างผู้ใช้แรงงานก่อสร้างเคลื่อนที่ใน จ.สมุทรปราการ	ร้อยละ (100.00)
ไม่มีปัญหา	44.57
มีปัญหาเพราะอยู่นอกเขต	28.16
ไม่ทราบ	22.17
อื่นๆ	5.10

ตารางที่ 24 เปรียบเทียบความพึงพอใจ ระหว่างสถานบริการหรือแหล่งรับยาต่างๆ ว่ามีความแตกต่างกัน
แค่ไหน อย่างไร และที่ไม่พึงพอใจในข้อด้านใดบ้าง

ความพึงพอใจ	ร้อยละ			
	พอใจมาก	พอใจ	ไม่พอใจ	ไม่พอใจมาก
ความสะดวกในการรับบริการ	2.9	72.9	4.3	0
ระยะเวลาที่รอรับบริการ	18.86	69.14	11.43	0.57
ระยะเวลาที่รอรับบริการทั้งหมด	20.00	72.00	7.43	0.57
อัตราย้ายในการบริการ	37.71	57.71	4.29	0.29
การให้คำแนะนำ	29.23	67.05	3.44	0.29
คุณภาพของยาที่ได้รับ	30.09	62.75	6.88	0.29
ค่าใช้จ่ายในการรักษา	28.94	56.16	12.32	2.58
ผลการรักษา	26.65	68.48	4.87	0

ส่วนที่ 4 การสร้างเสริมสุขภาพของแรงงานเคลื่อนที่ในด้านต่างๆ

ด้านสิ่งแวดล้อมเกี่ยวกับที่พักอาศัย

จากตารางที่ 25-27 ลักษณะที่พักอาศัยของผู้ใช้แรงงาน ส่วนใหญ่เป็นเรือนพักสองชั้น (ร้อยละ 55.80) และรองลงมาได้แก่ ที่พักอาศัยแบบเพิงสังกะสี (ร้อยละ 33.70) ในบริเวณที่พักอาศัยผู้ใช้แรงงาน มีความเห็นว่าสิ่งที่ยากจนมากที่สุด คือ แมลง และสัตว์นำโรค เช่น ยุง หนู แมลงสาบ แมลงวัน (ร้อยละ 88.84) รองลงมาได้แก่ กลิ่น ร้อยละ 29.76 การกำจัดสิ่งปฏิกูล เช่น ขยะมูลฝอย ประมาณครึ่งหนึ่งของแรงงาน ยังไม่มีการจัดเก็บที่ถูกต้องลักษณะ (ร้อยละ 48.86) โดยจะใช้วิธีทิ้งรวมกับกองขยะบริเวณสถานที่ก่อสร้าง บ้างก็กองไว้ข้างที่พัก บ้างก็ทิ้งทั่วไป ลักษณะห้องน้ำของกลุ่มแรงงานส่วนมากมีทางระบายน้ำออกแต่ยังมีน้ำขัง (ร้อยละ 54.87) และพบว่าลักษณะของห้องน้ำของที่พักอาศัยของกลุ่มแรงงาน ส่วนใหญ่ เป็นห้องน้ำรวมที่ใช้ร่วมกันหลาย ๆ ครอบครัวมากถึง ร้อยละ 93.00 และพบว่าร้อยละ 78.53 มีห้องน้ำที่สะอาด และเกือบทั้งหมดจะมีทางระบายน้ำ (ร้อยละ 90.99) และมีปริมาณน้ำชำระล้างเพียงพอ (ร้อยละ 94.53) สำหรับการมีถังเกราะที่รองรับน้ำเสียที่อยู่ห่างจากแหล่งน้ำอุปโภคบริโภคพบร้อยละ 40.27 และ พบว่า กลุ่มแรงงานถึงร้อยละ 22.15 ที่ไม่ทราบว่าในบริเวณที่พักของตนเองมีถังเกราะ

ตารางที่ 25 สิ่งแวดล้อมของที่พักอาศัยของกลุ่มผู้ใช้แรงงานก่อสร้าง

ลักษณะที่พักอาศัย	จำนวน	ร้อยละ
เรือนพัก สองชั้น	255	55.80
เพิงสังกะสี	154	33.70
เรือนพักชั้นเดียว	32	7.00
เพิงกระเบื้อง	16	3.51
เสียงรบกวน	จำนวน	ร้อยละ
มี	122	26.70
ไม่มี	335	73.30
กลิ่นรบกวน	จำนวน	ร้อยละ
มี	136	29.76
ไม่มี	321	70.24
แมลงและสัตว์นำโรค (ยุง หนู แมลงสาบ แมลงวัน)		
มี	406	88.84
ไม่มี	51	11.16

ตารางที่ 26 สุขภาพเกี่ยวกับ การกำจัดขยะและน้ำเสียของที่พักอาศัย

การกำจัดขยะ	จำนวน	ร้อยละ
ใช้ถุงพลาสติกแทนถังขยะ	238	52.08
ถังขยะ มีฝาปิด	117	25.60
ทั้งรวมกับกองขยะบริเวณสถานที่ก่อสร้าง	112	24.51
ถังขยะ ไม่มีฝาปิด	70	15.60
กองไว้ข้างที่พัก	27	5.91
เผา	22	4.81
ไม่มีถังขยะ ทั้งทั่วไป	13	2.84

ตารางที่ 26 สุขาภิบาลเกี่ยวกับ การกำจัดขยะและน้ำเสียของที่พักอาศัย (ต่อ)

การกำจัดน้ำเสียจากที่พัก	จำนวน	ร้อยละ
มีทางระบาย แต่มีน้ำขัง	251	54.87
มีทางระบายน้ำ ไม่มีน้ำขัง	109	23.89
ลาดทิ้งบนพื้นทั่วไป	54	11.73
มีบ่อพัก หรือรวบรวมน้ำเสีย	20	4.42
อื่น ๆ	19	4.20
ไม่ทราบ	4	0.88
รวม	457	100.00

ตารางที่ 27 สุขาภิบาลเกี่ยวกับห้องน้ำการของที่พักอาศัย

ลักษณะของห้องน้ำ	จำนวน	ร้อยละ
ห้องน้ำรวม	425	93.00
แยกครอบครัว	32	7.00
ความสะอาด		
สะอาด	359	78.53
ไม่สะอาด	98	21.44
การมีทางระบายน้ำจากห้องน้ำ		
มี	414	90.99
ไม่มี	41	9.01
มีน้ำสำหรับชำระล้างเพียงพอ		
พอ	432	94.53
ไม่พอ	25	5.42
ถังกรองรองรับน้ำเสีย	จำนวน	ร้อยละ
มี	180	40.27
ไม่มี	168	37.58
ไม่ทราบ	99	22.15

จากตารางที่ 28 กลุ่มผู้ใช้แรงงานส่วนใหญ่ยังมีความเห็นว่าสถานที่ในการประกอบอาหาร ไม่สะอาด ไม่เป็นระเบียบและไม่เป็นสัดส่วน (ร้อยละ 67.25 ร้อยละ 66.21 และร้อยละ 63.02 ตามลำดับ)

ตารางที่ 28 ข้อมูลด้านสุขาภิบาลเกี่ยวกับสถานที่ประกอบอาหารของแรงงาน

สุขาภิบาลเกี่ยวกับสถานที่ประกอบอาหาร	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เป็นสัดส่วน	288	63.02
ไม่สะอาด	307	67.25
ไม่เป็นระเบียบ	303	66.21

พฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มแรงงาน

จากตารางที่ 29-31 แรงงานก่อสร้างส่วนใหญ่รับประทานอาหารเช้า (ร้อยละ 90.59) ส่วนอาหารมื้อกลางวันและมื้อเย็นแรงงานก่อสร้างเกือบทั้งหมดรับประทานอาหารเช้า (ร้อยละ 99.34 และ ร้อยละ 98.69 ตามลำดับ) และจากการทดสอบทางสถิติระหว่างจำนวนมื้อในการรับประทานอาหารของกลุ่มแรงงานกับเพศ และจำนวนมื้อในการรับประทานอาหารของกลุ่มแรงงานกับสถานภาพสมรส พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.80$, $p\text{-value}=0.64$ ตามลำดับ) คือ จำนวนในการรับประทานอาหารระหว่างชายและเพศหญิงไม่มีความแตกต่างกัน และจำนวนมื้อในการรับประทานอาหารของกลุ่มแรงงานกับสถานภาพสมรส ก็ไม่มีความแตกต่างกันเช่นเดียวกัน

ตารางที่ 29 ข้อมูลด้านอาหารมื้อหลักที่รับประทานของแรงงานก่อสร้างเคลื่อนที่

มื้ออาหาร	รับประทาน		ไม่รับประทาน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มื้อเช้า	414	90.59	43	9.41
มื้อกลางวัน	454	99.34	3	0.66
มื้อเย็น	451	98.69	6	1.31

ตารางที่ 30 ความสัมพันธ์ของจำนวนมื้ออาหารที่รับประทานกับเพศของแรงงานก่อสร้างเคลื่อนที่

จำนวนมื้อ อาหาร	ชาย		หญิง		λ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
1 มื้อ	1	0.3	1	0.8	0.45	0.80
2 มื้อ	38	11.4	15	11.5		
3 มื้อขึ้นไป	287	88.3	115	87.8		

ตารางที่ 31 ความสัมพันธ์ของจำนวนมื้ออาหารที่รับประทานกับสถานภาพสมรสของแรงงานก่อสร้าง

จำนวนมื้อ อาหาร	คู่		ไม่ใช่คู่		λ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
1 มื้อ	2	0.6	0	0.0	0.90	0.64
2 มื้อ	38	11.0	14	12.8		
3 มื้อขึ้นไป	307	88.5	95	87.2		

การรับประทานอาหารที่นอกเหนือจากอาหารมื้อหลัก

จากตารางที่ 32 ตารางที่ 33 และตารางที่ 34 แรงงานก่อสร้างเคลื่อนที่ที่รับประทานอาหารอื่นๆ ที่นอกเหนือจากอาหารมื้อหลักมีประมาณครึ่งหนึ่ง โดยไม่มีความแตกต่างระหว่างเพศในเรื่องการรับประทานหรือไม่รับประทานอาหารดังกล่าว อาหารที่รับประทานมีทั้งของขบเคี้ยว ผลไม้ และอาหารหวานคาวอื่นๆ ในอัตราที่ใกล้เคียงกัน ทั้ง 3 ชนิดและไม่มีความแตกต่างในระหว่างเพศอีกเช่นเดียวกัน และมีแรงงานก่อสร้างเคลื่อนที่ถึงประมาณ 1 ใน 3 ที่ดื่มน้ำอัดลมเป็นประจำ

ตารางที่ 32 การรับประทานอาหารนอกเหนือจากอาหารมื้อหลักแยกตามเพศ

อาหารนอก เหนือ มื้อหลัก	ชาย		หญิง		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
รับประทาน	155	48.0	70	53.8	1.27	0.26
ไม่รับประทาน	168	52.0	60	46.2		

ตารางที่ 33 ความสัมพันธ์ชนิดของอาหารที่รับประทานนอกเหนือจากอาหารมื้อหลักกับเพศ

ชนิดขออาหาร	ชาย		หญิง		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ของขบเคี้ยว	60	38.0	24	33.3	1.33	0.51
ผลไม้	39	24.7	23	31.9		
อื่นๆ	59	37.3	25	34.7		

ตารางที่ 34 พฤติกรรมการดื่มน้ำอัดลม

พฤติกรรมการดื่มน้ำอัดลม	จำนวน	ร้อยละ
ดื่ม	175	38.72
ไม่ดื่ม	277	61.28

การรับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ หรืออาหารดิบ

จากตารางที่ 35-36 แรงงานก่อสร้างเคลื่อนที่ประมาณเกือบครึ่งของทั้งหมดรับประทานอาหารดิบหรือ สุกๆ ดิบๆ และประมาณครึ่งหนึ่งของบุคคลเหล่านี้หรือประมาณ 1 ใน 4 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดรับประทานอาหารดิบหรือสุกๆ ดิบๆ นี้อย่างน้อยอาทิตย์ละครั้งเป็นประจำโดยที่เพศชายมีอัตรา การรับประทานอาหารที่สูงกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยทางสถิติที่ **p-value** น้อยกว่า 0.05

ตารางที่ 35 การรับประทานอาหารดิบหรือ สุกๆ ดิบๆ แยกตามเพศ

อาหารดิบ หรือ สุกๆดิบๆ	ชาย		หญิง		รวม		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
รับประทาน	162	49.8	35	26.9	197	43.3	19.87	0.00
ไม่รับประทาน	163	50.2	95	73.1	258	56.7		

ตารางที่ 36 ความถี่ในการรับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ แยกตามเพศ

ความถี่ในการรับ ประทานอาหาร อาหารสุกๆดิบ	ชาย		หญิง		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
มากกว่า อาทิตย์ละ 2 ครั้ง	44	27.7	8	22.9	6.75	0.03
อาทิตย์ละ 1-2 ครั้ง	41	25.8	3	8.6		
น้อยกว่าอาทิตย์ละครั้ง	74	46.5	24	68.6		

การประกอบอาหารและแหล่งที่มาของอาหารมือหลัก

จากตารางที่ 37-38 แรงงานก่อสร้างเคลื่อนที่ส่วนใหญ่ประกอบอาหารเองในมือเช้าและมือเย็น (ร้อยละ 63.76 และ 69.78 ตามลำดับ) ส่วนอาหารมือกลางวันมีผู้ประกอบอาหารรับประทานร้อยละ 45.70 ซึ่งใกล้เคียงกับผู้ซื้ออาหารสำเร็จรูปรับประทาน (ร้อยละ 49.89) โดยแหล่งที่ได้อาหารมารับ

ประทานในแต่ละมือส่วนใหญ่เป็นร้านในแคมป์ทั้งมือเช้า กลางวัน และเย็น (ร้อยละ 85.34 , 84.92 และ 87.02 ตามลำดับ) รถขายกับข้าวและตลาด ร้านค้านอกแคมป์ได้รับความนิยมใกล้เคียงกันคือ ประมาณร้อยละ 5-7 และมีเพียงไม่ถึงร้อยละ 1 ของกลุ่มตัวอย่างที่ได้อาหารมาจากแหล่งธรรมชาติ

ตารางที่ 37 การประกอบอาหารมือหลักที่รับประทาน

การประกอบอาหาร	มืออาหาร					
	เช้า		กลางวัน		เย็น	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ทำเอง	263	63.53	208	45.81	315	69.84
ซื้ออาหารสำเร็จรูป	151	36.47	226	49.78	134	29.71
อาหารเหลือจากมือเช้า	0	0	20	4.41	2	0.44

ตารางที่ 38 แหล่งที่มาของอาหารที่รับประทานในแต่ละมือ

แหล่งที่มาของอาหาร	มืออาหาร					
	เช้า		กลางวัน		เย็น	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ร้านค้าในแคมป์	358	78.34	386	85.02	392	87.11
ตลาด/ร้านค้านอกแคมป์	627	6.52	27	5.95	27	6.00
รถขายกับข้าว	27	6.52	25	5.51	30	6.67
หาจากอาหารที่มีอยู่ตามธรรมชาติ	2	0.44	16	3.52	1	0.22

ภาวะโภชนาการ

การประเมินภาวะโภชนาการใช้ Body mass index (BMI) เป็นดัชนีชี้วัดโดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มคือ ภาวะโภชนาการต่ำ คือผู้ที่มี BMI ต่ำกว่า 18.5 ภาวะโภชนาการปกติคือ BMI 18.5 – 24.9 และภาวะโภชนาการเกินคือ BMI 25 ขึ้นไป

จากตารางที่ 39 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 71.4 มีภาวะโภชนาการปกติ ผู้ที่มีภาวะทุพโภชนาการ มีทั้งหมดร้อยละ 28.7 โดยแยกเป็นภาวะโภชนาการต่ำ 11.0 และภาวะโภชนาการเกินร้อยละ 17.6 แยกตามเพศพบว่าเพศชายมีภาวะโภชนาการปกติ 75.7 ภาวะโภชนาการต่ำร้อยละ 12.0 และภาวะโภชนาการเกินร้อยละ 12.3 ส่วนเพศหญิงมีภาวะโภชนาการปกติ 60.8 ภาวะโภชนาการต่ำร้อยละ 8.5 และภาวะโภชนาการเกินร้อยละ 30.8 เพศชายและเพศหญิงมีภาวะโภชนาการแตกต่างกันมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P-value น้อยกว่า 0.05

กลุ่มแรงงานก่อสร้างเคลื่อนที่ ที่มีสถานภาพสมรสคู่ และไม่ใช้สถานภาพสมรสคู่ มีอัตราภาวะโภชนาการต่ำใกล้เคียงกันคือ ร้อยละ 11.2 และ ร้อยละ 10.2 ตามลำดับ อัตราภาวะโภชนาการปกติมากกว่าในกลุ่มที่ไม่ใช้สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 82.4) ซึ่งตรงข้ามกับอัตราของภาวะโภชนาการในระหว่างกลุ่มที่มีสถานภาพสมรสคู่มากกว่า (ร้อยละ 20.7) ความแตกต่างของภาวะโภชนาการในระหว่างกลุ่มที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกันมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P-value น้อยกว่า 0.05 (ตามตารางที่ 40)

จากตารางที่ 41 มีกลุ่มแรงงานที่มีภาวะโภชนาการผิดปกติ ร้อยละ 28.2 และจากการทดสอบความสัมพันธ์ทางสถิติพบว่ายังไม่มีหลักฐานเพียงพอที่จะสรุปว่า การรับประทานอาหารนอกเหนือจากอาหารมื้อหลักมีผลต่อภาวะโภชนาการ ($p\text{-value} > 0.51$)

ตารางที่ 39 ภาวะโภชนาการของแรงงานก่อสร้างเคลื่อนที่แยกตามเพศ

เพศ	ภาวะโภชนาการ						χ^2	p-value
	ต่ำ		ปกติ		เกิน			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ชาย	39	12.0	246	75.7	40	12.3	21.95	0.00
หญิง	11	8.5	79	60.8	40	30.8		
รวม	50	11.0	325	71.4	80	17.6		

ตารางที่ 40 ภาวะโภชนาการของแรงงานก่อสร้างเคลื่อนที่แยกตามสถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส	ภาวะโภชนาการ						χ^2	p-value
	ต่ำ		ปกติ		เกิน			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
คู่	39	11.2	236	68.0	72	20.7	10.81	0.004
โสด หม้าย หย่า แยกกันอยู่	11	10.2	89	82.4	8	7.4		
รวม	50	11.0	325	71.4	80	17.6		

ตารางที่ 41 ภาวะโภชนาการของแรงงานก่อสร้างเคลื่อนที่แยกตามการรับประทานอาหารที่นอกเหนือจากอาหารมื้อหลัก

การรับประทาน อาหารฯ	ภาวะโภชนาการ						χ^2	p-value
	ต่ำ		ปกติ		เกิน			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
รับประทาน	25	11.2	163	73.1	35	15.7	1.35	0.51
ไม่รับประทาน	25	11.2	158	69.3	45	19.7		
รวม	50	11.1	321	71.2	80	17.1		

การออกกำลังและการพักผ่อน

จากตารางที่ 42 กลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 52.52) ระบุว่าไม่มีความวิตกกังวลหรือไม่สบายใจใด ๆ ในขณะที่รองลงมาร้อยละ 34.79 ระบุว่าวิตกกังวลหรือไม่สบายใจในบางครั้ง ความวิตกกังวล และไม่สบายใจที่เกิดขึ้นนั้น จากข้อมูลการระดมสมอง ระบุว่าเกิดจากความหุดหู่ทำงานเหนื่อย คิดถึงบ้าน ไม่ได้อยู่กับครอบครัว และสถานที่อยู่คับแคบ แออัด ต้องอาศัยอยู่กับคนจำนวนมาก บางคนทะเลาะวิวาทกัน ดื่มสุรา ส่งเสียงดัง ทำให้มีความเครียดมากขึ้น สำหรับคนที่ระบุว่าไม่มีความเครียดให้เหตุผลว่าอยู่กับเพื่อนสนุกดี มีงานทำตลอด มีเงินใช้ ทำงานทุกวัน ก็ได้เงินทุกวัน ได้มีเงินเก็บ เพราะอยู่ที่บ้านไม่มีเงินใช้

ตารางที่ 42 ความวิตกกังวลหรือไม่สบายใจของกลุ่มแรงงานแรงงานเคลื่อนที่

ความวิตกกังวลหรือไม่สบายใจ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มี	240	52.52
มีเป็นบางครั้ง	159	34.79
มีบ่อยๆ	58	12.69
รวม	457	100.00

จากตารางที่ 43 กลุ่มตัวอย่างส่วนมาก ร้อยละ 84.46 นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ เพราะทำงานเหนื่อยในตอนกลางวัน ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่เหลือ ร้อยละ 15.54 ระบุว่านอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ จากข้อมูลการระดมสมอง ระบุว่า การนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ มีสาเหตุเกี่ยวข้องกับ ความเครียดและวิตกกังวลที่มีอยู่โดยเฉพาะความเครียดจากความวุ่นวาย และทะเลาะวิวาทของแรงงาน การส่งเสียงดัง เช่น เม้าเหล้า ไล่ตี ฟันกัน เป็นต้น นอกจากนี้ยังบอกว่า นอนไม่สบาย อากาศร้อน สภาพแวดล้อมคับแคบ แออัด มีกลิ่นเหม็น และขุงมาก ซึ่งเป็นสาเหตุส่วนหนึ่งในการรบกวนการนอนหลับ

ตารางที่ 43 ความเพียงพอของการพักผ่อนนอนหลับของกลุ่มแรงงานแรงงานเคลื่อนที่

การพักผ่อนนอนหลับ	จำนวน	ร้อยละ
เพียงพอ	386	84.46
ไม่เพียงพอ	71	15.54
รวม	457	100.00

จากตารางที่ 44 กิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างทำเพื่อออกกำลังกายและสันทนาการนอกเวลางานมากที่สุด คือ ดูโทรทัศน์ฟังเพลงร้อยละ 63.7 รองลงมาคือ อ่านหนังสือ ร้อยละ 22.54 ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างมีกิจกรรมเดินวิ่ง เล่นตระกร้อ และเล่นฟุตบอลใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 13.13 12.91 และร้อยละ 8.53 ตามลำดับ ส่วนกิจกรรมที่ทำน้อยที่สุด คือ เต้นแอโรบิก ร้อยละ 0.66

อย่างไรก็ตาม จากข้อมูลการระดมสมอง แรงงานก่อสร้างระบุว่า ต้องการผ่อนคลายความเครียดด้วยการกีฬา แต่มีอุปสรรคหลายประการ โดยเฉพาะในด้านสถานที่ เช่น สถานที่ไม่เหมาะสม ไม่มีลานกีฬาบริเวณใกล้กับที่พัก และที่ทำงาน นายจ้างไม่ได้จัดสถานที่ไว้ให้ ไม่ได้จัดกิจกรรมสันทนาการให้ และไม่เคยสนับสนุนอุปกรณ์กีฬา เป็นต้น

และตารางที่ 45 ประมาณครั้งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (ร้อยละ 52.52) ทำกิจกรรมสันทนาการที่ตนเองชอบประมาณ 3 – 7 ครั้งต่อสัปดาห์ มีกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 4.16 ทำกิจกรรมสันทนาการ สัปดาห์ละ 1- 2 ครั้ง อย่างไรก็ตามมีกลุ่มตัวอย่างมากถึง 1 ใน 4 (ร้อยละ 25.6) ที่ไม่ทำกิจกรรมสันทนาการใด ๆ นอกเวลางาน จากข้อมูลการระดมสมองระบุว่า เพราะทำงานมาเหนื่อยมากแล้วตลอดทั้งวัน จึงอยากอยู่เฉย ๆ เมื่อกลับถึงที่พักหาข้าวกินเสร็จก็หมดแรงแล้ว จึงไม่อยากทำกิจกรรมใด ๆ ประกอบกับไม่เคยทำกิจกรรมกีฬา และสันทนาการมาก่อนจึงไม่ทำกิจกรรมเมื่อว่าง ส่วนมากจะนอนมากกว่า

จากตารางที่ 46 กลุ่มตัวอย่างไม่ได้ออกกำลังกายนอกเวลางานมากที่สุด (ร้อยละ 65.65) รองลงมา คือ กลุ่มที่ออกกำลังกายนอกเวลางานออกกำลังกาย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ขึ้นไปร้อยละ 28.88 จากข้อมูลการระดมสมอง ในการที่กลุ่มตัวอย่างไม่ออกกำลังกาย เพราะมีเหตุผลสำคัญ คือ ได้ใช้แรงงานจากการทำงานมาแล้ว ซึ่งถือเป็นการออกกำลังกายอย่างหนึ่ง และจากการทดสอบทางสถิติพบว่าเพศชายและหญิง มีพฤติกรรมกายออกกำลังกายของเพศและหญิงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.002$) โดยเพศชายออกกำลังกายมากเป็น 2 เท่าของเพศหญิง ($1.25 < OR < 3.31$)

ตารางที่ 44 กิจกรรมการออกกำลังกายและนันทนาการนอกเวลาของกลุ่มแรงงานแรงงานเคลื่อนที่

กิจกรรมการออกกำลังกายและนันทนาการ	จำนวน (457)	ร้อยละ
ดูโทรทัศน์ฟังเพลง	291	63.7
อ่านหนังสือ	103	22.54
เดินวิ่ง	60	13.13
ตระกร้อ	59	12.91
ฟุตบอล	39	8.53
ดูแลต้นไม้	27	5.90
ขี่จักรยาน	11	2.41
เดินโรบิค	3	0.66

ตารางที่ 45 จำนวนครั้งในการทำกิจกรรมนันทนาการของกลุ่มแรงงานแรงงานเคลื่อนที่

จำนวนครั้งการทำกิจกรรมนันทนาการ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีกิจกรรม	117	25.60
1-2 ครั้งต่อสัปดาห์	19	4.16
3 – 7 ครั้งต่อสัปดาห์	240	52.52
มากกว่า 8 ครั้งต่อสัปดาห์	81	17.72
รวม	457	100.00

ตารางที่ 46 จำนวนครั้งที่ออกกำลังกายต่อสัปดาห์ของกลุ่มแรงงานแรงงานเคลื่อนที่

จำนวนครั้งที่ออกกำลังกายต่อ สัปดาห์	เพศ					
	ชาย		หญิง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ออกกำลังกาย	200	61.35	100	76.34	300	65.65
1-2 ครั้งต่อสัปดาห์	21	6.44	24	18.32	25	5.47
3 ครั้งต่อสัปดาห์ขึ้นไป	105	32.21	7	5.34	132	28.88

จากตารางที่ 47 เมื่อกลุ่มตัวอย่างรู้สึกไม่สบายใจ กลุ่มตัวอย่างผ่อนคลายโดยการอยู่เฉย ๆ ไม่ทำกิจกรรมใด ๆ เป็นพิเศษ รอให้อาการไม่สบายใจหายไปเอง มากที่สุด (ร้อยละ 33.9) รองลงมา ร้อยละ 24.1 ระบุว่าเมื่อมีความเครียด หรือไม่สบายใจจะไปเที่ยวสถานเริงรมย์ กินเหล้า สูบบุหรี่ ซึ่งกลุ่มนี้จะเป็นกลุ่มเพศชายเป็นส่วนใหญ่

โดยเฉพาะจากข้อมูลการระดมสมอง ชายวัยรุ่นระบุว่า การไปเที่ยว และสูบบุหรี่ดื่มสุราจะทำให้ตนเองเปิดหูเปิดตา คลายเครียด และได้เพื่อน กลุ่มตัวอย่างระบุว่าไม่เคยกินเหล้า แต่มาพบเพื่อนจึงมากินเหล้า และบางคนให้เหตุผลว่าทำงานเหนื่อยก็เลยดื่มสุราในตอนเย็น จึงเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างพยายามปรับตัวไม่ให้เครียดจากการทำงาน แต่ใช้วิธีการปรับตัวในทางลบ เช่น การเที่ยวตามสถานเริงรมย์ การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ เพราะเชื่อว่าวิธีการดังกล่าวสามารถช่วยคลายความเครียดได้ แต่เมื่อปฏิบัติต่อเนื่อง จึงเกิดความเคยชิน และติดบุหรี่ สุรา ในที่สุด ประกอบกับไม่มีการส่งเสริมสุขภาพ การคลายเครียดในเชิงบวก จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข นายจ้าง และเทศบาล กลุ่มตัวอย่างจึงไม่ได้ให้คำแนะนำ และขาดแรงจูงใจที่ดีในการคลายเครียดอย่างถูกวิธี

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 13.6 และ 11.7 ที่ผ่อนคลายโดยการคุยกับเพื่อน และ ดูทีวี อ่านหนังสือ เดินเล่น ฟังเพลงเล่นดนตรี ซึ่งเป็นกิจกรรมที่สามารถปฏิบัติได้ในห้องพัก ซึ่งประเภทของหนังสือที่อ่านจะเป็นหนังสือดารา หนังสือการ์ตูน เป็นส่วนใหญ่ สำหรับการดูทีวีนั้น เนื่องจากบางห้องเท่านั้นที่มีทีวี จึงมานั่งดูทีวีรายการที่ตนเองชอบรวม ๆ กันในห้องที่มีทีวี

ตารางที่ 47 กิจกรรมที่ใช้ผ่อนคลายเมื่อรู้สึกไม่สบายใจของกลุ่มแรงงานแรงงานเคลื่อนที่

กิจกรรมที่ใช้ผ่อนคลายเมื่อรู้สึกไม่สบายใจ	เพศ					
	ชาย		หญิง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เฉยๆ	99	32.35	56	44.44	155	35.88
ไปเที่ยวสถานเริงรมย์ กินเหล้า สูบบุหรี่	107	34.97	3	2.38	110	25.46
คุยกับเพื่อน	39	12.75	23	18.25	62	14.35
ดูทีวี อ่านหนังสือ เดินเล่น ฟังเพลงเล่นดนตรี	37	12.09	17	13.49	54	12.50
นอนหลับ	20	6.54	17	13.49	37	8.56
ซื้อของ	3	0.98	5	3.97	8	1.85
ทำงานให้หนักขึ้น	0	0.00	4	3.17	4	0.93
ร้องไห้	1	0.33	1	0.79	2	0.46

จากตารางที่ 48 กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 47.03) ปรึกษาแฟนเมื่อไม่สบายใจหรือวิตกกังวล และประมาณ 1 ใน 3 (ร้อยละ 32.75) ปรึกษาหรือพูดระบายให้เพื่อนฟัง มีเพียงร้อยละ 2.41 เท่านั้นที่ปรึกษานายจ้างเมื่อไม่สบายใจ และจากการทดสอบทางสถิติพบว่าเมื่อมีปัญหาเพศชายและหญิง จะไปปรึกษาปัญหากับบุคคลที่ปรึกษาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.002$)

จากข้อมูลการระดมสมอง ให้เหตุผลว่า เพราะความสัมพันธ์ระหว่างนายจ้าง และคนงานก่อสร้างอยู่ในลักษณะของความสัมพันธ์แบบหลวม ๆ เป็นความสัมพันธ์เชิงบังคับบัญชา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จึงเลือกปรึกษาคคนในครอบครัวเป็นคนแรกเมื่อไม่สบายใจ ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างมากถึง 1 ใน 3 ที่ไม่ได้ปรึกษาคคนในครอบครัว แต่เลือกปรึกษาหรือพูดระบายให้เพื่อนฟัง เพราะเดินทางจากต่างจังหวัดมาทำงานเพียงลำพังคนเดียว ไม่ได้พาครอบครัวมาด้วย จึงมีความใกล้ชิดกับเพื่อนมากกว่า รวมทั้งกลุ่มวัยรุ่นที่ให้ความสำคัญกับเพื่อนมากก็จะเลือกปรึกษากับเพื่อนมากกว่าครอบครัวเช่นกัน ดังการให้สัมภาษณ์ของแรงงานคนหนึ่งที่ว่า “อยู่บ้านเห็นพ่อแม่ มาอยู่ที่นี่เห็นแต่เพื่อนและที่ทำงาน” ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มเพื่อนมีความสำคัญกับพฤติกรรมสุขภาพของคนงานก่อสร้างที่มาทำงานไกลจากบ้านเพียงลำพังมาก

ตารางที่ 48 บุคคลที่กลุ่มตัวอย่างไปปรึกษาหารือ หรือพูดระบายให้ฟังเมื่อมีปัญหาไม่สบายใจ

บุคคลที่กลุ่มตัวอย่างปรึกษา (ตอบได้มากกว่า 1 อย่าง)	เพศ					
	ชาย		หญิง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
แฟน	137	37.03	77	47.83	214	40.30
เพื่อน	108	29.19	41	25.47	149	28.06
อื่นๆ	78	21.08	18	11.18	96	18.08
บุคคลในครอบครัว	40	10.81	21	13.04	61	11.49
นายจ้าง	7	1.89	4	2.48	11	2.07

จากตารางที่ 49 กลุ่มตัวอย่างมากกว่า 2 ใน 3 (ร้อยละ 66.52) ทำบุญหรือทำกิจกรรมทางศาสนาตามเทศกาล มีเพียงร้อยละ 12.25 ที่ระบุว่าทำบุญหรือทำกิจกรรมทางศาสนา โดยดัดบาตรตอนเช้า อย่างไรก็ตามพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 21.23 ไม่เคยทำบุญหรือทำกิจกรรมทางศาสนาในขณะที่มาทำงานก่อสร้างเลย เพราะวิถีชีวิตเปลี่ยนไปจากเดิมในชนบท มีความไม่สะดวก ต้องรับทำงานตั้งแต่เช้า ดังการให้ข้อมูลของแรงงานในขณะเข้ากลุ่มระดมสมอง ที่ระบุว่า “กินข้าวแต่เช้า” “ต้องตื่นแต่เช้ารีบไปทำงาน” ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ทำบุญดัดบาตรตอนเช้ามักจะเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย

สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ทำกิจกรรมทางศาสนาตามเทศกาลซึ่งเป็นกลุ่มที่มากที่สุด คือ การทำกิจกรรมตามวันสำคัญที่เป็นวันหยุด โดยเฉพาะการกลับไปประกอบกิจกรรมดังกล่าวที่บ้านเกิดของตนเอง

ตารางที่ 49 การทำบุญ หรือการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาของกลุ่มแรงงานแรงงานเคลื่อนที่

การทำบุญ หรือกิจกรรมทางศาสนา	เพศ					
	ชาย		หญิง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เคยทำกิจกรรม						
- ตามเทศกาล	213	65.34	91	69.47	304	66.52
- ดักบาตรตอนเช้า	30	9.20	26	19.85	56	12.25
ไม่เคยทำกิจกรรม	83	25.46	14	10.69	97	21.23

จากตารางที่ 50 ผลการศึกษาความแตกต่างของความวิตกกังวล หรือไม่สบายใจในกลุ่มที่มี เพศ สถานภาพสมรส และอายุ แตกต่างกัน พบว่า ความวิตกกังวลในกลุ่มตัวอย่างที่มีเพศ สถานภาพสมรส และอายุ แตกต่างกัน ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 50 ความแตกต่างของความวิตกกังวลหรือไม่สบายใจในกลุ่มตัวอย่างที่มีเพศ สถานภาพสมรส และอายุ แตกต่างกัน

เพศ สถานภาพสมรส และอายุ	ความวิตกกังวล						p-value
	ไม่วิตกกังวล		บางครั้ง/บ่อยครั้ง		รวม		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ							0.106
ชาย	179	74.6	147	67.7	326	71.3	
หญิง	61	25.4	70	32.3	131	28.7	
รวม	240	100.0	217	100.0	457	100.0	
สถานภาพสมรส							0.296
คู่	178	74.2	170	78.3	348	76.1	
โสด หม้าย หย่า แยก	62	25.8	47	21.7	109	23.9	
รวม	240	100.0	217	100.0	457	100.0	
อายุ							0.889
≤ 30 ปี	104	43.3	95	44.0	199	43.6	
> 30 ปี	136	56.7	121	56.0	257	56.4	
รวม	240	100.0	216	100.0	456	100.0	

จากตาราง 51 ผลการศึกษาความแตกต่างของ ความเพียงพอในการพักผ่อน ในกลุ่มตัวอย่างที่มี เพศ สถานภาพสมรส และอายุ แตกต่างกัน พบว่า เพศชาย และเพศหญิงมีการพักผ่อนที่เพียงพอแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 (ค่า $\chi^2 = 11.064$) ในขณะที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มี สถานภาพสมรส และอายุ แตกต่างกัน มีการพักผ่อนไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 51 ความแตกต่างของความเพียงพอในการพักผ่อน ในกลุ่มตัวอย่างที่มีเพศ สถานภาพสมรส และอายุ แตกต่างกัน

เพศ สถานภาพสมรส และอายุ	การพักผ่อนที่เพียงพอ						p-value
	ไม่เพียงพอ		เพียงพอ		รวม		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ							0.001
ชาย	39	54.9	287	74.4	326	71.3	
หญิง	32	45.1	99	25.6	131	28.7	
รวม	71	100.0	386	100.0	457	100.0	
สถานภาพสมรส							0.374
คู่	57	80.3	291	75.4	348	76.1	
โสด หม้าย หย่า แยก	14	19.7	95	24.6	109	23.9	
รวม	71	100.0	386	100.0	457	100.0	
อายุ							0.600
≤ 30 ปี	33	46.5	166	43.1	199	43.6	
> 30 ปี	38	53.5	219	56.9	257	56.4	
รวม	71	100.0	385	100.0	456	100.0	

จากตารางที่ 52 ผลการศึกษาความแตกต่างของการทำกิจกรรมที่ใช้ผ่อนคลายเมื่อรู้สึกไม่สบายใจ ในกลุ่มตัวอย่างที่มีเพศ สถานภาพสมรส และอายุ แตกต่างกัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีเพศ สถานภาพสมรส และอายุแตกต่างกันมีการทำกิจกรรมที่ใช้ผ่อนคลายความรู้สึกไม่สบายใจ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.001 (ค่า $\chi^2 = 49.934, 16.711$ และ 11.593 ตามลำดับ)

ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าเพศชายส่วนใหญ่ร้อยละ 97.3 มีพฤติกรรมการผ่อนคลายในทางลบ คือ การดื่มสุรา สูบบุหรี่ และไปเที่ยวตามสถานเริงรมย์ต่าง ๆ มากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 2.7) ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานสมรสคู่ ก็มีพฤติกรรมดังกล่าวแตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่า แยก เช่นกัน และพบว่ากลุ่มที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี มีพฤติกรรมการผ่อนคลายในทางลบ คือ การดื่มสุรา สูบบุหรี่ และไปเที่ยวตามสถานเริงรมย์ต่าง ๆ มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่อายุมากกว่า 30 ปี

ตารางที่ 52 ความแตกต่างของการทำกิจกรรมที่ใช้ผ่อนคลายเมื่อรู้สึกไม่สบายใจ ในกลุ่มตัวอย่างที่มีเพศ สถานภาพสมรส และอายุ แตกต่างกัน

เพศ สถานภาพสมรส และอายุ	กิจกรรมที่ใช้ผ่อนคลาย						p-value
	ทางลบ		ทางบวก		รวม		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ							0.000
ชาย	107	97.3	199	61.8	306	70.8	
หญิง	3	2.7	123	38.2	126	29.2	
รวม	110	100.0	322	100.0	432	100.0	
สถานภาพสมรส							0.000
คู่	68	61.8	261	81.1	329	76.2	
โสด หม้าย หย่า แยก	42	38.2	61	18.9	103	23.8	
รวม	110	100.0	322	100.0	432	100.0	
อายุ							0.001
≤ 30 ปี	63	57.3	124	38.6	187	43.4	
> 30 ปี	47	42.7	197	61.4	244	56.6	
รวม	110	100.0	321	100.0	431	100.0	

ส่วนที่ 5 ข้อมูลด้านอุบัติเหตุจากการทำงาน

นอกจากการสัมภาษณ์หัวหน้าคนงานที่ทำหน้าที่ดูแลทั้งเรื่อง งาน สุขภาพและความปลอดภัยของลูกจ้างแล้ว ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ยังได้จากการสัมภาษณ์คนงานก่อสร้าง รวมทั้งหมด 457 คน โดยพบว่าส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 75 ของคนงานไม่เคยเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน แต่เกิดไม่บ่อย ส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 90 เกิดแบบนานๆ ครั้ง ดังแสดงในตารางที่ 53 ชนิดของอุบัติเหตุที่เกิดขึ้น ส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 57 เกิดจากวัตถุของแข็งชน กระแทก รองลงมาร้อยละ 27 เกิดจากของมีคมบาด (ดูตาราง 54)

คนงานก่อสร้างที่ให้สัมภาษณ์เก็บข้อมูลมีลักษณะงานที่ต่างกันดังแสดงในตารางที่ 55 หากแบ่งกลุ่มคนงานออกเป็น 3 กลุ่มตามลักษณะงาน ได้แก่ กลุ่มคนงานกรรมกรทั่วไป กลุ่มคนงานที่เป็นช่างเฉพาะทาง และหัวหน้างาน / เจ้าหน้าที่ความปลอดภัย โดยพบว่า *กลุ่มกรรมกรทั่วไป* มีประมาณร้อยละ 33 ส่วนใหญ่เป็นคนงานหญิงหรือคนงานชายที่เพิ่งเข้ามาทำงานใหม่ๆ หรือไม่ใช่ช่างเฉพาะทาง อุบัติเหตุที่เกิดขึ้นมักเป็นชนิดของมีคมบาด ส่วน*กลุ่มคนงานที่เป็นช่างเฉพาะทาง* ซึ่งได้แก่ ช่างปูน (ร้อยละ 19.04) ช่างไม้ (ร้อยละ 12.47) ช่างเหล็ก (ร้อยละ 11.16) ช่างประกอบ (ร้อยละ 8.10) ช่างเชื่อม (ร้อยละ 7.44) ช่างทาสี (ร้อยละ 5.25) ช่างไฟ (ร้อยละ 1.09) ซึ่งอุบัติเหตุที่มักเกิดกับคนงานที่เป็นช่างเฉพาะทางมักเป็นชนิดวัตถุของแข็งชน กระแทก เศษวัสดุกระเด็นเข้าตา และตกจากนั่งร้าน ส่วนอีกร้อยละ 2.41 เป็นหัวหน้าคนงาน / เจ้าหน้าที่ความปลอดภัย คนกลุ่มนี้ทำหน้าที่คุมงานก่อสร้าง โดยลักษณะงานแล้วมีความเสี่ยงน้อยกว่าคนงาน จึงไม่เคยเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานเลย

ตารางที่ 53 การเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน

การเกิดอุบัติเหตุและความถี่ในการเกิด	ร้อยละ
อุบัติเหตุจากการทำงาน	
ไม่เคย	74.95
เคย	25.05
ความถี่ของการเกิดอุบัติเหตุ	
ทุกวัน	0.88
วันเว้นวัน	4.42
อาทิตย์ละ 2-3 ครั้ง	0.88
เดือนละ 3-4 ครั้ง	4.42
นานๆ ครั้ง	89.38

ตารางที่ 54 ชนิดของอุบัติเหตุที่เกิด.

ชนิดของอุบัติเหตุ	เคยได้รับบาดเจ็บ	ไม่เคยได้รับบาดเจ็บ
	ร้อยละ	ร้อยละ
วัตถุของแข็งชน กระแทก	56.52	43.48
ของมีคมบาด	26.96	73.04
เศษวัสดุกระเด็นเข้าตา	12.17	87.83
ตกนั่งร้าน	10.43	89.57
โดนความร้อน	4.35	95.65

ตารางที่ 55 ลักษณะงานของคนงานก่อสร้าง

ลักษณะงาน	ร้อยละ
กรรมกรทั่วไป	33.04
ช่างปูน	19.04
ช่างไม้	12.47
ช่างเหล็ก	11.16
ช่างประกอบ	8.10
ช่างเชื่อม	7.44
ช่างทาสี	5.25
หัวหน้าคนงาน / เจ้าหน้าที่ความปลอดภัย	2.41
ช่างไฟ	1.09

เกี่ยวกับอุบัติเหตุหรือโรคจากการทำงาน จากการสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถามพบว่า การเจ็บป่วยของคนงานก่อสร้างทั้งชายและหญิงมีทั้งอุบัติเหตุและ/หรือโรคจากการทำงานทั้งในงานและนอกงาน จากการสอบถามสัมภาษณ์กลุ่มคนงานก่อสร้างพบว่า สาเหตุของการเจ็บป่วยที่ไม่ได้มาจากการทำงาน คือ อาการของโรคประจำตัว เช่น โรคกระเพาะ ภูมิแพ้ ปวดท้อง/ท้องเสีย ปวดหัวข้างเดียว (คนงานเรียกกันว่า “ปวดหัวคิบ”) บางคนก็รวมอาการปวดเมื่อยตามร่างกายด้วย นอกจากนั้นก็เป็นอุบัติเหตุจากรถมอเตอร์ไซด์ล้ม, อุบัติเหตุเล็กน้อยในที่พัก เช่น มิดทำคว่ำบาด การสะดุดหกล้ม ทำให้ขาเจ็บ เป็นต้น ส่วนสาเหตุของการเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากการทำงาน คือ อุบัติเหตุจากงาน (หัวแตก, ตาเจ็บ, เท้าเจ็บ), ตัวร้อน/ เป็นไข้จากการทำงานกลางแดดนานๆ (คนงานเรียกกันว่า “ไข้แดด”), อาการปวดเมื่อยตามร่างกาย (จากการยกของหนัก, ทำงานเป็นเวลานานหลายชั่วโมง), ปูนกัด แพ้ปูน คนงานผู้

หนึ่งกล่าวว่า “เกิดอุบัติเหตุมากกว่าเป็นไข้ ปวดหัว” อย่างไรก็ตามคนงานอีกคนหนึ่งบอกว่า “อุบัติเหตุในงานที่เกิดขึ้นก็ไม่รุนแรง ไม่ถึงกับได้เลือด นานๆ ครั้ง จึงเกิดอุบัติเหตุถึงขั้น ขาหัก แขนหัก หรือเสียชีวิต”

โดยอุบัติเหตุ/โรคจากการทำงานที่มักเกิดบ่อยกับคนงานก่อสร้างชายตามลำดับ ได้แก่ 1. เหยียบตะปู / ค้อนตีมือ, นิ้ว 2. ของหล่นใส่ 3. ตกนั่งร้าน 4. ปวดหัว / ปวดเมื่อย (ตำแหน่งใดแล้วแต่ลักษณะงาน) 5. แพ้ปูน ผื่นคัน ปูนกัด 6. ไข้แดด 7. เหล็กบาดมือ (เวลามัดเหล็ก) 8. อื่นๆ เช่น กินเหล้าแล้วเพลียทำให้ทำงานไม่ได้ ส่วนคนงานก่อสร้างหญิง ตามลำดับ ได้แก่ 1. อาการปวดที่ตำแหน่งต่างๆ ตามร่างกาย (ปวดเอว, ปวดคอ, ปวดหลัง, ปวดไหล่, ปวดหัว (คิ๊บ)) 2. แพ้ปูน 3. เหล็กข่วน/บาดเป็นแผล 4. เหยียบตะปู/ เหล็กหรืออิฐหล่นใส่เท้า

ปัญหาจากการทำงาน/ การเจ็บป่วยจากการทำงานของคนงานชายกับหญิงก็ต่างกัน

กลุ่มคนงานที่ให้สัมภาษณ์ให้ข้อมูลว่า

“อุบัติเหตุชายจะเยอะกว่าหญิง”

“ผู้หญิงเป็นกรรมกร ผู้ชายเป็นช่าง หญิงทำงานตลอดทั้งวัน”

“ช่างปูน ช่างไม้ อุบัติเหตุก็ต่างกัน”

“เป็นเพราะงานต่างกัน การเจ็บป่วยเลยไม่เหมือนกัน”

“เจ็บป่วยหนักมักจะเป็นหญิง เนื่องจากทำงานหนักกว่า หรืออาจเป็นเพราะว่าผู้หญิงบ่นมากกว่าเวลาเจ็บ”

“เวลาเกิดอุบัติเหตุหนักๆ ผู้ชายมักเป็นมากกว่า เนื่องจากทำงานในที่สูง จะตกสูงและเจ็บหนัก”

คนงานก่อสร้างส่วนใหญ่มีความเห็นว่าปัญหาจากการทำงาน/ การเจ็บป่วยจากการทำงานของคนงานชายกับหญิงต่างกัน เนื่องจากลักษณะงานที่ต่างกัน งานที่คนงานก่อสร้างหญิงรับผิดชอบ ได้แก่ งานผสมปูน, ฉาบปูน, ยกถังปูน, ผูกเหล็ก, ขุดดิน (ต้องขึ้นห้อยร้านบางครั้ง ซึ่งไม่สูงมากเป็นงานก่อสร้างแค่ 2 ชั้น) งานที่คนงานชายรับผิดชอบ ได้แก่ งานช่างต่างๆ เช่น ช่างไม้ ช่างเชื่อม ช่างประกอบ ช่างเจียร ฯลฯ นอกจากนั้นแล้วสภาพร่างกายหรือสรีระที่ต่างก็ทำให้เกิดปัญหาที่ต่างกันด้วย

อย่างไรก็ตามอาการเจ็บป่วยต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับคนงาน อาจเกี่ยวข้องกับโรคประจำตัวของคนงานก่อสร้าง จากการสัมภาษณ์กลุ่มคนงาน พบว่า โรคประจำตัวของคนงานส่วนใหญ่ที่พบ ได้แก่ 1. โรคกระเพาะ / ปวดท้อง 2. โรคปวดหัว (ข้างเดียว, ปวดหัวคิ๊บ) 3. ความดันสูงและต่ำ 4. โรคหอบหืด 5. โรคเบาหวาน 6. ภูมิแพ้ (แพ้อากาศ, ฝุ่น) 7. ตะคริวที่มือ (ถ้าเกร็งมาก)

สำหรับข้อมูลเกี่ยวกับระยะเวลาการทำงาน ตาม พรบ.คุ้มครองแรงงาน พ.ศ.2541 ระบุให้คนงานทำงานไม่เกินวันละ 8 ชั่วโมงหรือไม่เกินสัปดาห์ละ 48 ชั่วโมง ในกรณีจำเป็นลูกจ้างสามารถทำงานล่วงเวลา ทำงานในวันหยุด และทำงานล่วงเวลาในวันหยุดได้อีกสัปดาห์ละไม่เกิน 36 ชั่วโมง โดยได้รับความยินยอมจากลูกจ้างก่อน เป็นคราวๆ ไป ซึ่งจากข้อมูลการทำงานของคนงาน พบว่าคน

งานส่วนใหญ่ร้อยละ 73 ทำงาน 7 วันต่อสัปดาห์ และร้อยละ 20 ทำงาน 6 วันต่อสัปดาห์ และประมาณร้อยละ 7 ทำงานน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 วันต่อสัปดาห์ มีลูกจ้างร้อยละ 3 ที่ทำงานเกิน 84 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ประมาณร้อยละ 29 ทำงานสัปดาห์ละ 60-84 ชั่วโมง หรือเฉลี่ยทำงาน 7 วันๆ ละไม่เกิน 8.5 ชั่วโมง (7-8.5 ชั่วโมง) ร้อยละ 50 ทำงานสัปดาห์ละ 48-60 ชั่วโมง หรือเฉลี่ยทำงาน 7 วันๆ ละไม่เกิน 12 ชั่วโมง (8.6-12 ชั่วโมง) มีเพียงร้อยละ 18 ที่ทำงานไม่เกินสัปดาห์ละ 48 ชั่วโมง หรือเฉลี่ยทำงาน 7 วันๆ ละไม่เกิน 7 ชั่วโมง (ดูตาราง 56) จากชั่วโมงการทำงานที่ค่อนข้างมากของคนงานแสดงให้เห็นว่าคนงานก่อสร้างมีความเสี่ยงค่อนข้างสูงต่อการเกิดอุบัติเหตุหรือโรคจากการทำงาน

ตารางที่ 56 ระยะเวลาการทำงานของคนงานก่อสร้าง

ระยะเวลาการทำงาน			
วันต่อสัปดาห์	ร้อยละ	ชั่วโมงต่อวัน	ร้อยละ
1	0.22	5	0.22
2	0.44	6	0.66
3	1.32	7	0.44
4	0.44	8	60.79
5	4.84	9	20.04
6	19.78	10	8.15
7	72.97	11	2.86
		12	3.74
		13	0.66
		14	0.88
		15	1.10
		16	0.22
		17	0.22
		18	0.22

ด้านพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน

คนงานก่อสร้างมีพฤติกรรมด้านการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตราย (ตาราง 57) ดังต่อไปนี้

- สวมใส่เสื้อแขนยาว กางเกงขายาว และรองเท้าหุ้มส้นมิดชิด ประมาณร้อยละ 80
- สวมใส่ถุงมือ และหมวกนิรภัย ประมาณร้อยละ 70
- สวมใส่ที่ปิดจมูกในที่ทำงานที่มีฝุ่น ละอองสารเคมี ประมาณร้อยละ 60
- สวมใส่เข็มขัดนิรภัยในการทำงานบนที่สูง และสวมใส่แว่นตานิรภัย ประมาณร้อยละ 40 และ 35

- สวมใส่ปลั๊กอุดหูในที่ทำงานที่มีเสียงดัง ประมาณร้อยละ 15

ด้านพฤติกรรมการทำงานเพื่อความปลอดภัย พบว่า

- หยอกล้อกันในที่ทำงานและ นอนพักในบริเวณก่อสร้าง ประมาณร้อยละ 50
- สูบบุหรี่ในที่ทำงานขณะทำงาน ประมาณร้อยละ 40
- ประกอบ ปรุงอาหารในบริเวณก่อสร้าง ประมาณร้อยละ 20
- เล่นกีฬาและนำบุตรหลานมาดูแลเลี้ยงดูในขณะที่ปฏิบัติงานบริเวณก่อสร้าง มีเพียงประมาณ

ร้อยละ 7

- ดื่มเหล้า ยาองในที่ทำงาน ขณะทำงานมีเพียงประมาณร้อยละ 4

นอกจากนั้นเมื่อสอบถามถึงเรื่องความผิดปกติของสายตาของคนงานก่อสร้าง พบว่า ส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 76 มีสายตาปกติ มีคนงานร้อยละ 12 และ 8 ที่มีสายตาวัวและสั้นตามลำดับ ซึ่งคนงานที่มีสายตาผิดปกติ อาจเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน

ตารางที่ 57 พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของคนงานก่อสร้าง

พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน	ร้อยละ		
	ไม่เคย	เคย	บางครั้ง
สวมใส่เสื้อแขนยาว กางเกงขายาว ขณะปฏิบัติงาน	6.71	90.83	2.46
สวมใส่รองเท้าหุ้มส้นปิดเท้ามีดชิคในขณะที่ปฏิบัติงาน	13.93	84.27	1.80
สวมใส่ถุงมือในขณะที่ปฏิบัติงาน	20.41	72.34	7.26
สวมใส่หมวกนิรภัย	30.48	67.67	1.85
สวมใส่ที่ปิดจมูกในที่ทำงานที่มีฝุ่น ละอองสารเคมี	32.17	58.97	8.86
สวมใส่เข็มขัดนิรภัยในการทำงานบนที่สูง	46.47	52.07	1.46
นอนพักในบริเวณก่อสร้าง	43.17	47.80	9.03
หยอกล้อกันในที่ทำงาน	28.88	47.26	23.85
สวมใส่แว่นตานิรภัยเมื่อต้องปฏิบัติงานที่เสี่ยงต่อดวงตา	49.74	44.27	5.99
สูบบุหรี่ในที่ทำงานขณะทำงาน	55.03	36.91	8.05
ประกอบ ปรุงอาหารในบริเวณก่อสร้าง	76.27	20.62	3.10
สวมใส่ปลั๊กอุดหูในที่ทำงานที่มีเสียงดัง	78.09	15.98	5.93
เล่นกีฬาในบริเวณก่อสร้าง	90.09	7.66	2.25
นำบุตรหลานมาดูแลเลี้ยงดูในขณะที่ปฏิบัติงานบริเวณก่อสร้าง	91.28	6.94	1.79
ดื่มเหล้า ยาองในที่ทำงาน ขณะทำงาน	95.33	3.56	1.11

จะเห็นว่าคนงานก่อสร้างส่วนใหญ่ตระหนักถึงอันตรายที่อาจเกิดจากการทำงาน โดยมีปัจจัยเอื้อต่อการปฏิบัติดังกล่าว ได้แก่ กฎ ระเบียบที่เคร่งครัด เช่น การห้ามดื่มสุราในบริเวณก่อสร้าง การห้ามเล่นกีฬาในบริเวณก่อสร้าง การห้ามบุคคลภายนอกเข้าในบริเวณเขตก่อสร้างก่อนได้รับอนุญาต อย่างไรก็ตามก็ยังมีคนงานที่ไม่ปฏิบัติตามกฎ นโยบายเพื่อความปลอดภัย เช่น ละเลยการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล การสูบบุหรี่ในที่ทำงาน เหตุผลสำคัญ คือ กฎ ระเบียบที่ไม่เคร่งครัด การไม่เห็นผลเสีย หรือการเจ็บป่วยจากการกระทำที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ หรือพฤติกรรมที่ไม่ปลอดภัยอย่างชัดเจน ความไม่สะดวกในการทำงาน การไม่มีอุปกรณ์ป้องกันฯ ให้กับคนงานก่อสร้าง เหล่านี้ย่อมส่งผลให้คนงานมีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุและโรคจากการทำงานเพิ่มขึ้น

วิเคราะห์

คนงานก่อสร้างเป็นหนึ่งในสามอาชีพ ที่มีความเสี่ยงจากการทำงานมากที่สุด ในประเทศไทยมีคนงานก่อสร้างอยู่ประมาณ 1.9 ล้านคน (ร้อยละ 6 ของผู้มีงานทำทั้งหมด) (นสพ.กรุงเทพธุรกิจ, ฉบับวันที่ 4 มิ.ย. 47) แต่กลับพบว่า เป็นกลุ่มที่มีอัตราการประสบอันตรายสูงสุดเป็นอันดับแรก จากสถิติการประสบอันตรายของกองทุนเงินทดแทน สำนักงานประกันสังคมปี 2545 พบว่ากลุ่มก่อสร้างมีจำนวนผู้ประสบอันตราย 12,274 ราย จากจำนวนผู้ประสบอันตรายทั้งหมด 190,979 ราย

คนงานก่อสร้างเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากหลายปัจจัย ปัจจัยหลักที่ก่อให้เกิดการสูญเสียชีวิตในคนงานก่อสร้าง ได้แก่ การตกจากที่สูงซึ่งเป็นอุบัติเหตุที่พบได้บ่อยมากที่สุดของคนงานก่อสร้างโดยทั่วไป การประสบอันตรายจากการขนส่ง การประสบอันตรายจากอุปกรณ์และเครื่องมือต่างๆ และถูกไฟฟ้าดูดจากการสัมผัสกับสายไฟฟ้าแรงสูง

การป้องกันการเกิดอันตรายเหล่านี้จึงมีความจำเป็น โดยผู้รับเหมาหรือนายจ้างจะต้องมีการวางแผนป้องกันอันตรายต่างๆ และก่อให้เกิดการปฏิบัติได้จริง เช่น การจัดชั่วโมงการทำงานอย่างเหมาะสม การจัดระบบป้องกันอันตรายจากการตกจากที่สูง การสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล ได้แก่ รองเท้าหัวเหล็ก ถุงมือ แวนตา รวมทั้งจัดให้มีบริการปฐมพยาบาลและการรองรับอุบัติเหตุฉุกเฉิน หน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องก็ควรต้องบังคับใช้กฎหมายที่มีอยู่อย่างเข้มงวด เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาอุบัติเหตุจากการก่อสร้างซ้ำซาก

นอกจากปัญหาการประสบอันตรายแล้วคนงานก่อสร้างยังเสี่ยงต่อการสัมผัสปัจจัยเสี่ยงอื่น อาทิ เช่น เสียงดัง ความร้อน แสงสั่นสะเทือน สารเคมีและวัตถุอันตรายต่างๆ และโรคติดต่อระหว่างเพื่อนร่วมงาน สำหรับปัญหาทางด้านสังคม สิ่งแวดล้อมคนงานก่อสร้างประสบกับปัญหาการย้ายถิ่นฐานเข้ามาทำงานในเมืองใหญ่ การอยู่อาศัยในที่พักรั่วครวที่แออัดและไม่ถูกหลักสุขอนามัย ปัญหาลูกของคนงานก่อสร้างที่ต้องเร่ร่อนตามพ่อแม่และวิ่งเล่นบริเวณสถานที่ก่อสร้าง และปัญหาค่าแรงและสวัสดิการ

เป็นต้น การป้องกันแก้ไขปัญหาล่าช้าจะก่อให้เกิดสภาวะที่ดีของกลุ่มคนงานก่อสร้างและครอบครัว ตลอดจนลดปัญหาทางสังคมอื่นๆ ที่จะตามมาด้วย

- การทำงานจะย้ายที่ไปเรื่อยๆ ตามหัวหน้า ก่อสร้างตรงนี้เสร็จก็ย้ายไปทำที่อื่นต่อ
- อาการแพ้ฝุ่น ฝุ่นกีดนั้น จากการสัมภาษณ์พบว่า มักเกิดกับคนงานก่อสร้างที่ไม่สวมใส่ถุงมือ (ยาง) เวลาผสมปูน ฉาบปูน ส่วนคนงานที่สวมใส่ถุงมืออย่างไม่ถูกปูนกีด และไม่มีอาการแพ้ใดๆเกิดขึ้น

ส่วนที่ 6 ปัญหาที่พบในการเข้าถึงบริการของกลุ่มแรงงานก่อนและหลังโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคและรูปแบบในการดำเนินการ รวมทั้งช่องว่างในการไปรับบริการจากสถานพยาบาลของรัฐ และสภาพปัญหาจากการให้บริการของสถานพยาบาลของรัฐ จากการอภิปรายกลุ่ม

ข้อสรุปที่ได้จากการสนทนากลุ่มของแรงงานเคลื่อนที่ จ.สมุทรปราการ

หัวข้อสนทนาในกลุ่ม

1. ปัญหาสุขภาพของพนักงาน ประกอบด้วย ปัญหาสุขภาพทั่วไป และปัญหาสุขภาพจากการทำงานระดับการเจ็บป่วย โรคประจำตัว
2. การดูแลรักษาสุขภาพเมื่อมีปัญหาสุขภาพและแหล่งที่ให้บริการสุขภาพเมื่อมีปัญหาสุขภาพ
3. ปัญหาอุปสรรคในการใช้บริการจากแหล่งบริการสุขภาพนั้นๆ
4. ผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายและการใช้สวัสดิการในการรักษาพยาบาลในการเจ็บป่วยครั้งหนึ่งๆ
5. ข้อมูลอื่นๆ เช่น สวัสดิการรักษาพยาบาลอื่นๆที่นายจ้างหรือผู้ประกอบการจัดไว้สำหรับแรงงานก่อสร้างเคลื่อนที่ เช่น การมียาและเวชภัณฑ์ไว้บริการพนักงานในกรณีเจ็บป่วยเล็กน้อย หรือในยามฉุกเฉิน สวัสดิการการหยุดงาน การออกค่าใช้จ่ายเมื่อเจ็บป่วย
6. ข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อมที่พ่อกอาศัย สุขภาพ การกำจัดขยะและน้ำเสีย

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำเนื้อความที่ได้จากการสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นของสมาชิกในกลุ่ม แล้วนำมาวิเคราะห์โดยการสร้างข้อสรุปเบื้องต้น เป็นประเด็นสำคัญๆ ได้ 7 ประเด็น ดังนี้

(1) ลักษณะทั่วไปทางประชากรแรงงานชาย ทุกคนจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ป.4-ป.6) ส่วนใหญ่มีครอบครัวแล้ว (4 คน จาก 6 คน) และครึ่งหนึ่งของแรงงานที่มีครอบครัวแล้ว ภรรยาเป็นผู้ติดตาม โดยมีบุตรที่ยังเรียนหนังสืออยู่ที่ภูมิลำเนาเดิม โดยทั่วไปแก้มปีก่อสร้างแห่งนี้มีคนทำงาน 27 คน ในจำนวนนี้เป็นหญิง 8 คน และทั้งหมดเป็นภรรยาของแรงงานชายที่มาทำงานที่นี่

(2) ปัญหาสุขภาพของแรงงานชาย ปวดเมื่อยตามร่างกาย ปวดศีรษะธรรมดา และปวดศีรษะแบบไมเกรน ปวดท้อง/ท้องเสีย อุบัติเหตุจากการทำงาน เช่น เหยียบตะปู ค้อนตีมือ/เนื้อ แผลพุพอง ผื่นคัน ปูนกีด โรคประจำตัวของแรงงานชายได้แก่ ปวดท้อง ตะคริวที่มือ (ถ้างานที่ใช้มือและมีการเกร็ง

มือมากๆ ขณะทำงาน) ปวดหัวข้างเดียว โรคหอบ การจัดระดับความเจ็บป่วยแบ่งเป็น เจ็บป่วยเล็กน้อย ได้แก่ ปวดศีรษะ ปวดท้อง/ท้องเสีย เจ็บป่วยปานกลาง ไม่มี และเจ็บป่วยมาก ได้แก่ ไฟฟ้าช็อต ไฟฟ้าดูด ตกนั้งร้าน

พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพด้านการบริโภคของแรงงานชาย พบว่ามีแรงงานชายส่วนใหญ่ (2 ใน 3) ดื่มสุรา และส่วนใหญ่จะดื่มทุกวันตอนเย็น มากบ้างน้อยบ้าง (1 เป๊ก (30 มล.) – 1 ขวดเหล้าขาว) ส่วนใหญ่ระบุว่าดื่มเครื่องดื่มชูกำลังพวก M 150 เกือบทุกวัน เพราะช่วยให้มีแรง และรู้สึกดีขึ้นใจเมื่อดื่ม แรงงานส่วนน้อย (1 ใน 6) ระบุว่าดื่มกาแฟทุกวัน เพราะเคยชินและรู้สึกว่าดื่มแล้วมีแรงทำงาน

(3) การดูแลรักษาเมื่อมีปัญหาสุขภาพ แรงงานชายระบุว่า ถ้าเจ็บป่วยไม่มาก เช่น ปวดหัวเป็นไข้ธรรมดา (เจ็บป่วยเล็กน้อย) ส่วนใหญ่จะรอดูอาการก่อน หรือดูแลกันเองโดยแบ่งยาจากเพื่อนแรงงานที่เอายามาจากบ้าน ซึ่งส่วนใหญ่จะมียาแก้ปวด (พาราเซตามอล) และยาแก้ไอ (ทิฟฟี) มาหรือหาซื้อยามากินเอง แต่ถ้าเจ็บป่วย เช่น ท้องเสีย แล้วซื้อยามากินเองไม่หายก็จะไปที่สถานีอนามัยใกล้บ้านที่คลองห้า ถ้าป่วยในกรณีฉุกเฉิน เช่น อุบัติเหตุจากการทำงาน ได้แก่ เหยียบตะปูและแผลลึกจึงจะไปล้างแผลที่สถานีอนามัยเพื่อรับการฉีดวัคซีนป้องกันบาดทะยัก แต่ถ้าเหยียบไม่มากจะล้างแผลที่ที่พัก ในกรณีฉุกเฉินแล้วมีอาการหนักส่วนใหญ่จะไปโรงพยาบาลเพราะมีเครื่องมือมากกว่าสถานีอนามัยและถึงไปสถานีอนามัยก็จะได้รับการส่งต่ออยู่แล้ว กรณีโรคประจำตัวแรงงานชายระบุว่าซื้อยามากินเองหรือบางคนอาจมียาที่ได้มาจากแหล่งรักษาที่บ้านเดิมมาด้วย ในกรณีโรคหอบหืด แรงงานชายแจ้งว่าจะหยุดพักไม่ได้ใช้ยา

สำหรับแหล่งรักษาพบว่า แรงงานบางคนนำยาติดตัวมาจากบ้าน เช่น ยาแก้ปวด พาราเซตามอล และยาสามัญประจำบ้านและเวชภัณฑ์ที่ใช้ทำแผล นายจ้างจะหาмаาไว้ให้ใช้ในยามจำเป็นที่ทำงาน หากไปซื้อยามากินเองจะไปซื้อร้านขายยาในเมืองไกลจากที่พัก 5-6 กิโลเมตร จะเดินทางโดยนั่งรถมอเตอร์ไซด์รับจ้าง เสียค่า 15 บาท (ไปกลับ 30 บาท) จะไปสถานีอนามัยซึ่งไกลจากที่พัก 5-6 กิโลเมตรเช่นเดียวกัน หากรักษาโดยการกินยาเองแล้วไม่หายและในกรณีไปรับการฉีดวัคซีน โดยเฉพาะเมื่อเหยียบตะปูลึก หากเจ็บป่วยหนักส่วนใหญ่แรงงานจะไปรักษาที่โรงพยาบาลบางพลี มีส่วนน้อยที่ไปรักษาที่คลินิกใกล้ที่พักเนื่องจากค่าใช้จ่ายแพงกว่าโรงพยาบาลของรัฐและสถานีอนามัย สำหรับร้านขายยาแรงงานชายแจ้งว่า คนขายยาจะมีความรู้ให้คำแนะนำดีและจัดยาซึ่งราคาไม่แพงซึ่งบางครั้งกินก็ไม่หายบางครั้งก็ไม่หาย

(4) ปัญหาอุปสรรคในการใช้บริการตามแหล่งรักษาต่างๆ

- ส่วนใหญ่มีบัตร 30 บาท แต่รับทราบว่าใช้ข้ามเขตจังหวัดไม่ได้บางคนนำบัตรฯติดมาด้วย บางคนไม่ได้นำบัตรฯมา แรงงานอยากให้ใช้บัตร 30 บาทรักษาทุกโรคได้ทุกแห่ง เช่น สถานีอนามัย โรงพยาบาลของรัฐ และคลินิกโดยที่คลินิกสุขภาพ แรงงานชายอยากให้มีส่วนลดเมื่อใช้บัตร 30 บาท รักษาทุกโรค

(5) การใช้สวัสดิการรักษายาบาล แรงงานชายที่ร่วมสนทนาทั้งหมด ไม่ได้ใช้บัตรสวัสดิการ 30 บาท เพราะเข้าใจว่าใช้ไม่ได้เนื่องจากข้ามเขตจังหวัด

(6) สวัสดิการที่นายจ้างจัดให้ พบว่า มียาสามัญประจำบ้าน และเวชภัณฑ์รวมทั้งอุปกรณ์ทำแผลไว้ที่ที่พักใกล้ที่ทำงาน ซึ่งหากพนักงานไม่ชื้อยากินเองก็จะใช้บริการยาจากแหล่งนี้ แรงงานชายมีความประสงค์ให้นายจ้างพาไปพบแพทย์เมื่อป่วยหนัก ที่เป็นอยู่ทุกวันนี้หากป่วยในงานนายจ้างจึงจะพาไปและรับผิดชอบค่ารักษาให้ให้นายจ้างจะอนุญาตให้หยุดงานโดยไม่มีค่าตอบแทนในกรณีเจ็บป่วยจากการทำงาน

ข้อมูลอื่นๆ

- กิจวัตรประจำวัน -
- เงื่อนไขการทำงานเป็นแรงงานก่อสร้างเคลื่อนที่ - ที่บ้านไม่มีงานทำ
- สวัสดิการ - เสื้อผ้าในการทำงาน (เสื้อแขนยาว) ยาสามัญประจำบ้านบางชนิดเป็นยาพาราเซตามอล ยาทิฟฟี่ และยาแดง สำลี ผ้าทำแผลต่างๆ อยากให้นายจ้างจัดไว้และมาเติมให้อย่างสม่ำเสมอ
- เครื่องใช้ในบ้าน – หม้อหุงข้าว พัดลม กระทะไฟฟ้า โทรทัศน์
- ชีวิตอื่นๆ ส่วนใหญ่ผู้ชายเป็นช่าง มีทั้งช่างปูน ช่างไม้ ช่างเหล็ก แรงงานบอกว่าหากเป็นงานต้องใช้แรงงานเป็นคนชนปูน ส่วนใหญ่นายจ้างจะรับเฉพาะคนที่...ปูนได้
- ไม่มีแรงงานก่อสร้างกลุ่มใดที่จะต้องได้รับดูแลเป็นพิเศษ

เพิ่มความรู้อื่นๆ

- การดูแลรักษาเมื่อเจ็บป่วยในงาน โดยเฉพาะ ตะปูตำหรือของมีคมบาดเพราะฉะนั้น ส่วนใหญ่ถ้าเหยียบไม่มากและแผลไม่ลึกจะไม่ไปรับการฉีดวัคซีนป้องกันบาดทะยัก

การให้สวัสดิการ

- นายจ้าง มียาสามัญประจำบ้าน วัสดุทำแผล จัดให้มีไว้อย่างสม่ำเสมอที่แคมป์ + ที่พัก กรณีเจ็บป่วยหนักอยากให้นายจ้างพาไปโรงพยาบาล

(7) สิ่งแวดล้อมด้านสุขภาพจากการระดมสมอง

จากการสัมมนาระดมสมอง ของโครงการวิจัยกับผู้ที่เกี่ยวข้องซึ่ง ได้แก่ สมาชิกกลุ่มแรงงาน กลุ่มผู้ว่าจ้าง/หัวหน้าแรงงาน กลุ่มเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชน โดยใช้กระบวนการวางแผนโครงการตามวัตถุประสงค์ (ZOOP; Objective Oriented Project Planning) ซึ่งจากการระดมสมองโดยวิธีดังกล่าวนี้สรุปความคิดเห็นของผู้ที่เกี่ยวข้องในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพได้ดังนี้

1. ลักษณะของที่พักอาศัยและสิ่งรบกวน

จากการรวบรวมความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมกระบวนการระดมสมอง พบว่า ลักษณะของที่พักอาศัยและสิ่งรบกวนนั้น กลุ่มผู้ใช้แรงงานจะมีลักษณะความคิดเห็นที่ได้ระบุลงไปในบัตรแสดงความคิดเห็น

เห็นออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่มีความเห็นในเชิงบวก กลุ่มที่มีความคิดเห็นก้ำกึ่งทั้งเชิงบวกและลบ และกลุ่มที่มีความคิดเห็นกับที่พวกอาศัยและสิ่งรบกวนในเชิงลบ ซึ่งความคิดเห็นของกลุ่มผู้ใช้งานที่มีต่อลักษณะที่พวกอาศัย สามารถสรุปได้ดังตารางที่ 58

ตารางที่ 58 ความคิดเห็นของกลุ่มผู้ใช้งานกับลักษณะของที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อม
จากการระดมสมอง

ความคิดเห็นเชิงบวก
- พอลอยู่ได้
- ที่อยู่พอลอยู่ได้ ไม่มีกลิ่นเหม็น
- สภาพแวดล้อมเป็นที่พักของคนงาน 2 ชั้นติดกัน ดี สะอาดดี
- ที่พักดี ห้องน้ำดี สภาพแวดล้อมดี
- จัดว่าดีครับ ITO อิตาลี-ไทย
- ที่พักอาศัยดี ห้องน้ำดี ดีสะดวกทุกอย่าง
ความคิดเห็นที่มีทั้งบวกและลบ
- ที่พักดี แต่ยุ่งเยอะ เพราะน้ำเน่า
- พักอยู่ในวัดสะดวกสบาย สุขลักษณะดี แต่ยุ่งลายเยอะ
- ที่บ้าน ไม่มีปัญหา ปกติ แต่ได้ทุนบ้านมีน้ำนิดหน่อย
ความคิดเห็นในเชิงลบ
- ห้องเล็กนอน 3 คน
- แค้มปีที่อยู่ก็แออัด
- ห้องพักคับแคบ
- เหม็นครับ แต่ก็หลับเป็นตายทุกคืน
- สิ่งแวดล้อมไม่ค่อยดี ยุงชุม น้ำค้ำเหม็น
- ยุงเยอะ
- ยุงมาก
- น้ำเน่ามากทำให้มียุงเยอะ
- ที่พักอาศัยมีบ่อน้ำเป็นที่เพราะพันธุ์ของยุงมาก
- กินเหล้าเสียงดังนอนไม่หลับ
- เสียงดัง
- เสียงดัง
- สุนัขจรจัดมาก

ความคิดเห็นในเชิงลบ (ต่อ)
- วิทยุรุ่นขับรถเครื่องเสียงดัง
- คนกินเหล้าแล้วเสียงดัง
- คนงานร้องเพลงคาราโอเกะในบ้าน
- ขับรถมอเตอร์ไซด์รับกวณ
- เมมาเหล้า ไล่ตี ฟันกัน

สำหรับกลุ่มนายจ้าง/หัวหน้าคนงานได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับลักษณะของที่พักอาศัยและสิ่งรบกวนไว้ดังนี้

- ที่พักคนงานแออัด
- กลุ่มวิทยุรุ่นชอบเกาะกลุ่มกันอยู่ตามหน้าปากซอยหรือสะพานลอยและเสียงของรถเครื่อง รบกวณเวลาพัก

- มีสุนัขจรจัดมาก (ส่งเสียงดัง)

กลุ่มเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชน ซึ่งเป็นผู้ให้บริการทางด้านสุขภาพกับผู้ใช้แรงงานได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับลักษณะที่พักอาศัยและสิ่งรบกวนของผู้ใช้แรงงานดังต่อไปนี้

- ที่อยู่อาศัยคับแคบแออัด
- ชุมชนแออัด สังกะสี
- สภาพแวดล้อมรอบๆที่พักก่อสร้าง เช่น บ่อน้ำขัง เน่า เสีย
- สถานที่พักร้อนอบอ้าว เสียสุขภาพจิต
- พักอยู่ในสภาพแออัด มีการทำงานที่ต้องแข่งกับเวลา
- ที่พักคับแคบแออัด ไม่ถูกหลักสุขาภิบาล ทั้งน้ำดื่ม น้ำใช้
- สถานที่พักไม่ถูกสุขลักษณะ
- สภาพความเป็นอยู่ สถานที่อยู่/พักอาศัยคับแคบแออัด
- ที่อยู่อาศัยไม่ถูกหลักสุขาภิบาล (เลี้ยงสัตว์ในบ้านพัก)
- คุณภาพชีวิตต่ำ เช่น ที่อยู่ อาหาร
- มีฝุ่นละออง/ปัญหาเรื่องโรคผิวหนัง/ระบบทางเดินหายใจ
- ปัญหาเรื่องการลงทุนในด้านที่พักอาศัย เป็นการเพิ่มทุน ผู้ประกอบการพยายามลดต้นทุนทุกๆด้าน
- ที่พักอาศัยอยู่ไกลจากสถานบริการ การเดินทางมารับบริการไม่สะดวก ไม่มียานพาหนะ

2. การกำจัดและรวบรวมขยะมูลฝอย

ความคิดเห็นเกี่ยวกับการรวบรวมขยะมูลฝอยของกลุ่มผู้ใช้แรงงานจากการระดมสมอง มีเพียงความเห็นเดียวคือ

- คลองระบายน้ำ น้ำเสีย มีขยะ สังกัดเหม็น

3. น้ำดื่ม น้ำใช้ กำจัดน้ำเสีย และลักษณะของห้องน้ำ ห้องส้วม

ความคิดเห็นของกลุ่มผู้ใช้แรงงานเกี่ยวกับดื่ม น้ำใช้ กำจัดน้ำเสีย และลักษณะของห้องน้ำ ห้องส้วมสามารถแสดงได้ดังนี้

- น้ำสะอาดไม่พอ
- น้ำไม่พอใช้ น้ำไหลไม่สะดวก
- ห้องน้ำไม่เพียงพอ
- ส้วมไม่พอ
- ห้องส้วมไม่สะดวก ผู้ชายอาบน้ำไม่ชอบปิดประตู
- น้ำขัง
- ขาดระบบระบายน้ำ
- คลองระบายน้ำ น้ำเสีย มีขยะ สังกัดเหม็น

เจ้าหน้าที่ศูนย์สาธารณสุขชุมชน ได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับดื่ม น้ำใช้ กำจัดน้ำเสีย และลักษณะของห้องน้ำ ห้องส้วม ของกลุ่มผู้ใช้แรงงานไว้คือ

- ที่พักคับแคบแออัด ไม่ถูกหลักสุขาภิบาล ทั้งน้ำดื่ม น้ำใช้

4. สถานที่ประกอบอาหาร ประเภทของอาหารและแหล่งของอาหารมือหลัก

กลุ่มผู้ใช้แรงงานได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับสถานที่ประกอบอาหาร ประเภทของอาหาร และแหล่งของอาหารมือหลักไว้ดังนี้

- ทำกินไม่สะอาด แออัดมาก

เจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนได้แสดงความคิดเห็นไว้ดังนี้คือ

- อาหารเป็นพิษ (ทานสุกๆดิบๆ)
- โรคระบบทางเดินอาหาร ท้องเสีย อาหารเป็นพิษ
- พฤติกรรมการบริโภคอาหารดิบ
- การปรุงอาหาร กินอาหาร สุกๆดิบๆ
- ภาชนะอุปกรณ์การทำอาหารสกปรก
- กินอาหารสุกๆดิบๆตามความเคยชิน
- ทานอาหารสุกๆดิบๆ

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

สรุป และอภิปรายผลการศึกษา

โครงการพฤติกรรมและการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ ภายใต้นโยบายจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ของกลุ่มผู้ใช้แรงงานก่อสร้างเคลื่อนที่ ในเขตก่อสร้าง จ.สมุทรปราการ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา เหตุปัจจัยของการเคลื่อนที่แรงงานมาทำงานก่อสร้างใน จ.สมุทรปราการ โดยเป็นผู้มีภูมิลำเนานอกเขต จ.สมุทรปราการ มาทำงานก่อสร้างเคลื่อนที่ระยะสั้น และการศึกษานี้มีมุ่งอธิบายสภาพปัญหาทางด้านสุขภาพ พฤติกรรมการเสริมสร้างป้องกันการดูแลสุขภาพ และการแสวงการรักษาเมื่อเวลาเจ็บป่วยในระดับต่างๆ รวมทั้งแหล่งรับบริการ การเสริมสร้างดูแลป้องกันรักษาสุขภาพ ตลอดจนการใช้สิทธิในการรับบริการจากสถานบริการของรัฐภายใต้ นโยบาย หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท รักษาทุกโรค) ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ว่า มีรูปแบบและวิธีการแตกต่างจากเดิมอย่างไร และระดมสมองจากผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย (Stake Holders) เพื่อร่วมกันสรุปหาแนวทางการแก้ไขต่อปัญหาเหล่านี้เพื่อพัฒนารูปแบบที่เหมาะสม และเป็นไปได้ ในการให้และรับบริการสร้างเสริมป้องกันดูแลและรักษาสุขภาพของผู้ใช้แรงงานเคลื่อนที่ในจ.สมุทรปราการ ซึ่งพอสรุปและอภิปรายผลเป็นประเด็นหลักๆดังนี้

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างคนงานก่อสร้างเคลื่อนที่

กลุ่มตัวอย่างคนงานก่อสร้างเคลื่อนที่ ส่วนใหญ่มาจากสถานที่ก่อสร้างขนาดใหญ่ ได้แก่ การก่อสร้างสนามบินหนองงูเห่า สร้างโรงงาน สร้างหมู่บ้าน และส่วนน้อยเป็นแรงงานจากสถานที่ก่อสร้างขนาดเล็ก ได้แก่ สร้างถนนและทางด่วน สร้างอาคารที่พักอาศัย และสร้างวัด โดยกลุ่มแรงงานส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุอยู่ในช่วงของวัยทำงาน (อายุ 21-45 ปี) แรงงานส่วนใหญ่สถานะภาพสมรสอยู่ รองลงมาสถานะภาพโสด การศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา รองลงมา ได้แก่ การศึกษาชั้นมัธยม ค่าตอบแทนรายวันที่กลุ่มผู้ใช้แรงงานคนงานก่อสร้างได้รับ ส่วนใหญ่วันละ 151 บาท ถึง 200 บาท รองลงมา ได้รับวันละ 101 บาท ถึง 150 บาท และภูมิลำเนาเดิมของกลุ่มผู้ใช้แรงงานคนงานก่อสร้าง ส่วนใหญ่เป็นแรงงานจากภาคอีสาน รองลงมาจากภาคเหนือ จังหวัดที่มีแรงงานเดินทางมาทำงาน มากที่สุด คือ จังหวัดหนองบัวลำภู

ปัจจัยที่ทำให้เกิดการเคลื่อนย้ายแรงงานของผู้ใช้แรงงานก่อสร้างมาทำงาน

ปัจจัยที่มีผลต่อการย้ายถิ่นเพื่อมาทำงานก่อสร้าง คือ ที่บ้านเกิดไม่มีงาน ไม่มีพื้นที่สำหรับการเกษตร มีโอกาสในการทำงานมากกว่า จำนวน 43 รายได้ดีกว่างานเดิม ว่างจากทำการเกษตร (การทำนา/ทำสวน/ทำไร่) มีคนชักชวนมาทำงาน

สถานะสุขภาพและสถานการณ์ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพการเจ็บป่วย

ในรอบหนึ่งเดือนที่ผ่านมา พบว่าคนงาน มีการเจ็บป่วยด้วยปัญหาสุขภาพทั้งเฉียบพลันและเป็นปัญหาโดยทั่วไป และแรงงานก่อสร้างเคลื่อนส่วนใหญ่ผู้ใช้แรงงานคิดว่าตนเองไม่มีปัญหาทางด้านสุขภาพ ส่วนที่มีอาการเจ็บป่วยในรอบ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ก็เป็นการเจ็บป่วยด้วยอาการไข้หวัดและปวดเมื่อยตามร่างกาย

ปัญหาการสร้างเสริมสุขภาพของแรงงานเคลื่อนที่ในด้านต่างๆ

ปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมเกี่ยวกับที่พักอาศัยของคนงานก่อสร้างเคลื่อนที่ ควรจะมีการปรับปรุงในเรื่องความสะอาดบริเวณที่พักคนงานและสิ่งแวดล้อมบริเวณที่พัก เพื่อลดจำนวนแมลง สัตว์นำโรค และกลิ่นที่ไม่พึงประสงค์ นอกจากนี้ควรเน้นให้เห็นอันตรายที่จะเกิดขึ้นในภายหลังก่อรูปกับการสร้างจิตสำนึกให้คนงานก่อสร้าง รู้จักรักษาความสะอาดบริเวณที่พัก และสิ่งแวดล้อมบริเวณที่พัก ในด้านของนายจ้างหรือเจ้าของโครงการควรปรับปรุงที่พักคนงานให้อยู่แยกเป็นสัดส่วน ห้องน้ำรวมควรแยกชายและหญิง ทางระบายน้ำที่พบส่วนใหญ่ไม่ได้มาตรฐาน และควรจัดหาที่ทิ้งขยะรวมโดยกำหนดจุดที่แน่นอน มีฝาปิดมิดชิด และประสานงานให้มีเจ้าหน้าที่มาจัดเก็บเป็นประจำ นอกจากนี้หน่วยงานของรัฐที่มีหน้าที่รับผิดชอบในด้านสิ่งแวดล้อมควรจะมาตรวจและให้คำแนะนำสถานที่ก่อสร้างอย่างสม่ำเสมอ

ปัญหาการดูแลสุขภาพของแรงงานเมื่อเจ็บป่วย

เมื่อมีการเจ็บป่วยคนงานส่วนใหญ่จะใช้วิธีในการดูแลรักษาตนเองโดยการไปซื้อยามารับประทานเอง เนื่องจากคนงานก่อสร้างเป็นลูกจ้างรายวัน หากต้องหยุดงานไปรับการตรวจที่สถานพยาบาลของรัฐก็จะทำให้ขาดรายได้ และสิทธิในการรับการรักษาจากภาครัฐ (บัตรทอง 30 บาท) ก็ไม่สามารถใช้สิทธิได้เนื่องจากอยู่นอกเขตการให้บริการ ส่วนยาที่กลุ่มคนงานซื้อมารับประทาน ได้แก่ ยาชุดโดยมีการใช้เป็นประจำ เฉลี่ย 7.62 ครั้งต่อเดือน สูงสุด 22 วัน/เดือน รายชื่อยาที่มีการใช้มากที่สุด คือ ยาชุดแก้ปวด รองลงมา คือ ยาชุดแก้หวัด ร้อยละ แหล่งที่ซื้อคือ ร้านค้าในแคมป์ หรือ ร้านขายยา โดยมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 23.25 บาท สูงสุดชุดละ 100 บาท

พฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มแรงงาน

แรงงานก่อสร้างส่วนใหญ่รับประทานอาหารเช้า ส่วนอาหารมื้อกลางวันและมื้อเย็นแรงงานก่อสร้างเกือบทั้งหมดรับประทานอาหารเช้า นอกจากนี้อาหารที่นอกเหนือจากอาหารมื้อหลักที่กลุ่มคนงานรับประทานมีทั้งของขบเคี้ยว ผลไม้ และอาหารหวานคาวอื่นๆ ในอัตราที่ใกล้เคียงกันทั้งเพศชายและเพศหญิง และมีการดื่มน้ำอัดลมเป็นประจำถึงประมาณ 1 ใน 3 ของจำนวนคนงานทั้งหมด นอกจากนี้ ประมาณเกือบครึ่งของแรงงานก่อสร้างเคลื่อนที่ที่ยังรับประทานอาหารเช้าหรือ สุกๆ ดิบๆ โดยประมาณ 1 ใน 4 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดรับประทานอาหารเช้าหรือสุกๆ ดิบๆ อย่างน้อยอาทิตย์ละครั้งเป็นประจำโดยที่เพศชายมีอัตราการรับประทานอาหารเช้าที่สูงกว่าเพศหญิง

การออกกำลังกายและสันทนาการ

กิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างทำเพื่อออกกำลังกายและสันทนาการนอกเวลาว่างมากที่สุด คือ ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง รองลงมาคือ อ่านหนังสือ เดินวิ่ง เล่นตลกหรือ และเล่นฟุตบอล เดินแอโรบิก แต่มีอุปสรรคหลายประการ โดยเฉพาะในด้านสถานที่ เช่น สถานที่ที่ไม่เหมาะสม ไม่มีลานกีฬาบริเวณใกล้กับที่พัก และที่ทำงาน นายจ้างไม่ได้จัดสถานที่ไว้ให้ ไม่ได้จัดกิจกรรมสันทนาการให้ และไม่เคยสนับสนุนอุปกรณ์กีฬา เป็นต้น

แรงงานประมาณครึ่งหนึ่ง มีความวิตกกังวลหรือไม่สบาย จากข้อมูลการระดมสมอง ระบุว่าเกิดจากความห่อหุ้ม ทำงานเหนื่อย คิดถึงบ้าน ไม่ได้อยู่กับครอบครัว และสถานที่อยู่คับแคบ แออัด ต้องอาศัยอยู่กับคนจำนวนมาก บางคนทะเลาะวิวาทกัน ดื่มสุรา ส่งเสียงดัง ทำให้มีความเครียดมากขึ้น สำหรับคนที่ระบุว่าไม่มีความเครียดให้เหตุผลว่าอยู่กับเพื่อนสนุกดี มีงานทำตลอด มีเงินใช้ทำงานทุกวัน ก็ได้เงินทุกวัน ได้มีเงินเก็บ เพราะอยู่ที่บ้านไม่มีเงินใช้

จากข้อมูลการระดมสมอง ระบุว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่ง นอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอมีสาเหตุเกี่ยวเนื่องกับความเครียดและวิตกกังวลที่มีอยู่ โดยเฉพาะความเครียดจากความวุ่นวายและทะเลาะวิวาทของคนงาน การส่งเสียงดัง เช่น เมาเหล้า ไล่ตี ฟันกัน เป็นต้น นอกจากนี้ยังบอกว่านอนไม่สบาย อากาศร้อน สภาพแวดล้อมคับแคบ แออัด มีกลิ่นเหม็น และขุมมาก ซึ่งเป็นสาเหตุส่วนหนึ่งในการรบกวนการนอนหลับ

อุบัติเหตุจากการทำงาน

ลักษณะงานของกลุ่มแรงงาน ได้แก่ กลุ่มคนงานกรรมกรทั่วไป กลุ่มคนงานที่เป็นช่างเฉพาะทาง และหัวหน้างาน / เจ้าหน้าที่ความปลอดภัย โดยพบว่า *กลุ่มกรรมกรทั่วไป* อุบัติเหตุที่เกิดมักเป็นชนิดของมีคมบาด ส่วน*กลุ่มคนงานที่เป็นช่างเฉพาะทาง* ซึ่งได้แก่ ช่างปูน ช่างไม้ ช่างเหล็ก ช่างประกอบ ช่างเชื่อม ช่างทาสี ช่างไฟ ซึ่งอุบัติเหตุที่เกิดเป็นชนิดวัตถุของแข็งชน กระแทก เศษวัสดุ กระเด็นเข้าตา และตกจากนั่งร้าน ส่วนหัวหน้าคนงาน / เจ้าหน้าที่ความปลอดภัย คนกลุ่มนี้ทำหน้าที่คุมงานก่อสร้าง โดยลักษณะงานแล้วมีความเสี่ยงน้อยกว่าคนงาน จึงไม่เคยเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน โดยอุบัติเหตุจากการทำงานที่มักเกิดบ่อยกับคนงานก่อสร้างชาย ได้แก่ 1. เขี่ยบตะปู / ค้อนตีมือ, นิ้ว 2. ของหล่นใส่ 3. ตกนั่งร้าน 4. เหล็กบาดมือ (เวลามัดเหล็ก) 5. อื่นๆ เช่น กินเหล้าแล้วพลีทำให้ทำงานไม่ได้ ส่วนคนงานก่อสร้างหญิง ตามลำดับ ได้แก่ 1. แพ้ปูน 2. เหล็กข่วน/บาดเป็นแผล 3. เขี่ยบตะปู/เหล็กหรืออิฐหล่นใส่เท้า

ตาม พรบ. คุ้มครองแรงงาน พ.ศ.2541 ระบุให้คนงานทำงานไม่เกินวันละ 8 ชั่วโมงหรือไม่เกินสัปดาห์ละ 48 ชั่วโมง ในกรณีจำเป็นลูกจ้างสามารถทำงานล่วงเวลา ทำงานในวันหยุด และทำงานล่วงเวลาในวันหยุดได้อีกสัปดาห์ละไม่เกิน 36 ชั่วโมง โดยได้รับความยินยอมจากลูกจ้างก่อนเป็นคราวๆ ไป ซึ่งจากข้อมูลการทำงานของคนงาน พบว่าคนงานส่วนใหญ่ทำงาน 7 วันต่อสัปดาห์ มี

ลูกจ้างร้อยละ 3 ที่ทำงานเกิน 84 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ จากชั่วโมงการทำงานที่ค่อนข้างมากของพนักงาน แสดงให้เห็นว่า พนักงานก่อสร้างมีความเสี่ยงค่อนข้างสูงต่อการเกิดอุบัติเหตุหรือโรคจากการทำงาน

จะเห็นว่าพนักงานก่อสร้างส่วนใหญ่ตระหนักถึงอันตรายที่อาจเกิดจากการทำงาน โดยมีปัจจัยเอื้อต่อการปฏิบัติดังกล่าว ได้แก่ กฎ ระเบียบที่เคร่งครัด เช่น การห้ามดื่มสุราในบริเวณก่อสร้าง การห้ามเล่นกีฬาในบริเวณก่อสร้าง การห้ามบุคคลภายนอกเข้าในบริเวณเขตก่อสร้างก่อนได้รับอนุญาต อย่างไรก็ตามก็ยังมีพนักงานที่ไม่ปฏิบัติตามกฎ นโยบายเพื่อความปลอดภัย เช่น ละเลยการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล การสูบบุหรี่ในที่ทำงาน เหตุผลสำคัญ คือ กฎ ระเบียบที่ไม่เคร่งครัด การไม่เห็นผลเสีย หรือการเจ็บป่วยจากการกระทำที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ หรือพฤติกรรมที่ไม่ปลอดภัยอย่างชัดเจน ความไม่สะดวกในการทำงาน การไม่มีอุปกรณ์ป้องกันฯ ให้กับพนักงานก่อสร้าง เหล่านี้ย่อมส่งผลให้พนักงานมีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุและโรคจากการทำงานเพิ่มขึ้น

บทวิจารณ์

1. สิ่งแวดล้อมบริเวณที่พักยังไม่ได้มาตรฐาน มีแมลงและสัตว์นำโรคชุกชุม ห้องน้ำยังไม่มีทางระบายน้ำอย่างถูกสุขลักษณะ ที่ทิ้งขยะและสิ่งปฏิกูลต่างยังไม่ถูกหลักสุขาภิบาล นอกจากนี้สถานที่ในการประกอบอาหารไม่แบ่งเป็นสัดส่วน และสถานที่ประกอบอาหารและบริเวณโดยรอบสถานที่ประกอบอาหารยังไม่สะอาดเพียงพอ
2. พนักงานยังละเลยในการใช้อุปกรณ์ในการป้องกันอันตรายส่วนบุคคล นอกจากนี้ยังมีการสูบบุหรี่ในสถานที่ทำงาน
3. ปัญหาสุขภาพและปัญหาในการใช้สิทธิการรับการรักษาเมื่อเจ็บป่วย
พนักงานส่วนใหญ่เป็นลูกจ้างรายวัน เมื่อมีการเจ็บป่วยทั้งทั่วไปและอุบัติเหตุ จะใช้วิธีในการดูแลสุขภาพตนเองก่อนโดยการหาซื้อยามารับประทาน เนื่องจากหากต้องไปรับการรักษาที่สถานพยาบาลของรัฐก็จะต้องหยุดงาน ซึ่งทำให้ขาดรายได้และรวมทั้งไม่สามารถใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลของรัฐ (บัตรทอง 30 บาท) เนื่องจากอยู่นอกเขตการให้บริการ
4. การรับบริการจากสถานบริการของรัฐยังไม่มีรูปแบบที่เหมาะสม ทั้งที่สิทธิตามกฎหมายแรงงานแล้วพนักงานเหล่านี้จะได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายแรงงานและประกันสังคม ไม่ว่าจะเป็นการเจ็บป่วยจากการทำงานหรือเจ็บป่วยจากสาเหตุอื่นๆ
5. ปัญหาการดื่มสุราของพนักงานก่อสร้าง การดื่มสุราเป็นพฤติกรรมของพนักงานก่อสร้างที่พบได้ในที่พักคนงานหลังจากเลิกงานแล้ว โดยพบในคนงานชายเป็นส่วนใหญ่ ปัญหาที่ตามมาก็คือการทะเลาะวิวาทกันและยังก่อให้เกิดปัญหาในครอบครัวและเพื่อนบ้านในเขตก่อสร้าง
6. ปัญหาที่พบในระบบสาธารณสุขของกลุ่มตัวอย่างคนงานก่อสร้างเคลื่อนที่

ด้านการบริการไม่ครอบคลุม เจ้าหน้าที่สาธารณสุขขาดการทำงานเชิงรุก โดยขาดเจ้าหน้าที่ขาดงบประมาณ และนายจ้างไม่ให้ความร่วมมือด้านทะเบียนรายชื่อและไม่ให้ความร่วมมือด้านการประสานงาน ความเข้าใจด้านการบริการสาธารณสุข

ด้านการเข้าถึงบริการ คนงานก่อสร้างไม่มีความรู้เรื่องเงื่อนไขการใช้บัตร เจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์ด้านสถานบริการไม่ทั่วถึง และนายจ้างไม่ดูแลในบางคนที่ไม่สามารถมาเองได้หรือไม่มีเงินค่าเดินทาง

ไม่พึงพอใจด้านบริการ (สำหรับผู้ใช้แรงงานที่เคยไปใช้บริการ) ของเจ้าหน้าที่เนื่องจากต้องรอนาน และเจ้าหน้าที่พูดจาไม่เพราะ

แหล่งรับบริการ ระบบบริการ และพฤติกรรมการใช้บริการ พบว่าระบบบริการก่อนที่มีการใช้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกโรค) เดิมเคยปฏิบัติในลักษณะเชิงรุก โดยจัดสรรงบประมาณในการป้องกันส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มของสถานีนามัย เป็นโครงการพิเศษเป็นการให้บริการสุขภาพเคลื่อนที่ออกหน่วยทุกๆ 2 เดือน นับตั้งแต่มีการประกาศใช้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกโรค) ซึ่งงบประมาณในส่วนของการส่งเสริมป้องกันโรคและสร้างเสริมสุขภาพจะต้องเหลืองบประมาณที่น้อยลง การทำงานเชิงรุกแบบเดิมๆ จะลดลงหรือแทบไม่ได้ทำเลย เพราะเนื่องจากขาดงบประมาณและแบ่งส่วนงานไปสู่โรงพยาบาลที่รับผิดชอบในการป้องกัน

ข้อเสนอแนะ

1. ปัญหาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ผู้ประกอบการ นายจ้าง ควรจัดหาเครื่องกรองน้ำ / ภาชนะบรรจุ น้ำสะอาดให้เพียงพอ จัดทำระบบระบายน้ำในบริเวณที่พักอาศัย แยกขยะที่เป็นเศษอาหารจากขยะทั่วไป จัดเวรทำความสะอาดบริเวณที่พักอาศัย จัดห้องพักไว้หลายขนาดเพื่อรองรับแรงงานตามความเหมาะสม และมีการตรวจสอบ สิ่งแวดล้อมที่พักอาศัย จัดที่ทิ้งขยะและจัดการเก็บขยะอย่างสม่ำเสมอ
2. ปัญหาด้านความปลอดภัย ควรมีการจัดอบรมให้ความรู้แก่คนงานในเรื่องของความปลอดภัยในการทำงาน เพื่อเพิ่มมาตรฐานความปลอดภัยในการทำงานให้มากขึ้น นายจ้างต้องมีการวางแผนป้องกันอันตรายและวางแผนแนวทางในการปฏิบัติ เช่น การจัดชั่วโมงทำงานให้เหมาะสม จัดหาอุปกรณ์ที่มีมาตรฐานสามารถป้องกันอันตรายได้จริง ให้แก่แรงงานในขณะทำงาน รวมทั้งมีการบริการปฐมพยาบาลและการรองรับอุบัติเหตุที่จะเกิดขึ้น
3. การสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มแรงงานก่อสร้างเคลื่อนที่ ควรโดยใช้บัตรทองได้ทั่วประเทศทุกกรณี โดยรัฐสมทบทุนค่าใช้จ่ายในการรักษา ยกเว้นค่าธรรมเนียมและค่ารักษาสำหรับแรงงาน เพิ่มระบบการแจ้งการเคลื่อนย้ายแรงงานโดยเฉพาะผู้มีบัตร 30 บาท จัดให้มีบริการสุขภาพนอกเวลา สร้างจิตสำนึกในการให้บริการและมีบทลงโทษกับเจ้าหน้าที่ของรัฐ

4. รัฐควรจัดให้มีการอบรมชี้แจงเกี่ยวกับพื้นที่ที่มาก่อสร้างตลอดจนสถานพยาบาลที่อยู่ในพื้นที่ จัดตั้งกองทุนสำหรับแรงงานเรื่องการเจ็บป่วย ประชาสัมพันธ์แจ้งข่าวสาร จัดทำทะเบียนแรงงานก่อสร้างสำหรับบริการสุขภาพ / องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น ให้มีชุดยาสามัญประจำบ้าน / ปฐมพยาบาลตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
5. ควรให้บริการด้านสุขภาพที่บริเวณก่อสร้าง / สถานที่พักของแรงงานเป็นระยะ มีการประสานงานระหว่างผู้ประกอบการและสถานพยาบาลในพื้นที่ จัดตรวจสุขภาพคนงานกับศูนย์สุขภาพชุมชน สถานีอนามัย ที่ใกล้เคียงสถานที่ก่อสร้าง จัดตั้งอาสาสมัครดูแลสุขภาพในกลุ่มแรงงานก่อสร้าง โดยปริิษัรับรองสถานภาพ
6. ด้านพฤติกรรมสุขภาพ / การสุขภาพ โดยมอบหมายให้ศูนย์สุขภาพชุมชนสถานีอนามัยรับผิดชอบ จัดอบรมการทำงานที่ถูกต้อง จัดอบรมแรงงานที่ถูกต้อง มอบหมายให้องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น เข้าไปดูแลด้านสิ่งแวดล้อมและแหล่งอาหาร กำหนดให้ผู้ประกอบการ จัดอุปกรณ์กีฬาสนันทนาการ และจัดอบรมให้ความรู้เรื่องการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย ปรับพฤติกรรมแรงงานเรื่องสุขวิทยา อาหาร จัดกิจกรรมสนันทนาการ ออกกำลังกาย

บรรณานุกรม

- เกื้อ วงศ์บุญสิน และคณะ. (2539) ปัญหาและสาธารณสุขของแรงงานก่อสร้างในเขตเทศบาลแหลม
ฉะเชิงเทราชลบุรี : ส่วนการวิจัยเชิงคุณภาพ .สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
กรุงเทพฯ
- ศิริบุญ แก้วหิน และ ธนวัฒน์ กกลี. การสำรวจพฤติกรรมของผู้ซื้อยาเรียกหาประเภทยา
บรรเทาปวดลดไข้ชนิดแผงบรรจุเสร็จของผู้มารับบริการในร้านยาหน้ามอ. ภาควิชาเภสัชกรรม
ชุมชน คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2538.
- จิตร ลิทธิธร. การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล : ประสพการณ์ในประเทศไทยและประสพการณ์นานาชาติ.
ใน การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลในทางอายุรกรรม. วิทยา ศรีมาดา, ชัยชน โลว์เจริญกุล
บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร : ยูนิตี พับลิเคชัน, 2541. หน้า 1-10.
- จักรพันธ์ เผ่าเพ็ง, จีรวัตร จักรเที่ยงธรรม, ประธาน ฤาชา. การศึกษาสถานการณ์การกระจายยา
ที่ผิดกฎหมายในร้านชำ: กรณีศึกษา ณ อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น. คณะเภสัช
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2540.
- ณรงค์ ทองสันติ , สรศักดิ์ กัญญา ควงคำสวัสดิ์ และจิราพร อิศรางกูร ณ อยุธยา . (2541) การพัฒนาพฤติ
กรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของแม่บ้านคนงานก่อสร้าง นิคมอุตสาหกรรมมาบตาพุด
จังหวัดระยอง . วารสารนโยบายและแผนสาธารณสุข. ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม หน้า
17-26.
- ดาวฤทัย กาญจนพงศ์กิจ, อมรรัตน์ พิมพรภิรมย์. การศึกษาสถานการณ์การกระจายยาที่ผิด
กฎหมายในร้านขายของชำและศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.): กรณี
ศึกษาอำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น. คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2540.
- ธีรพงษ์ ธีรมนัส และคณะ. (2544) ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุและการเกิดอุบัติเหตุและการบาดเจ็บ
จากการทำงานในบริเวณก่อสร้างในเขตจังหวัดชลบุรี . คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัย
บูรพา ชลบุรี
- ทิพาพร กาญจนราช. ร้านขายยาและการใช้ยาของประชาชน. วารสาร มข.วิจัย ปีที่ 4 ฉบับที่
1 มกราคม-เมษายน 2545.
- บัณฑิต ถิ่นคำธม และคณะ. (2540) การสำรวจอนามัยของแรงงานก่อสร้างในภาคตะวันออกเฉียง
เหนือ : ปัญหาและแนวทางแก้ไข . วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 หน้า 120-
128
- ปัทมิตา เหล่าไฉ่นคร้อย , อนรรฆอร โสแก้ว. การกระจายยาในร้านขายของชำ: กรณีศึกษา
อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น. คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2540.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ, กุหลาบ รัตนสังขธรรม, จารุวรรณ นิพนานนท์, นวลตา อาภาศัพท์กุล, และ

คณะ. รายงานการวิจัย: การศึกษาพฤติกรรมการป้องกันและรักษาสุขภาพของ

ลูกจ้างผู้ประกันตนในประเทศไทย. 2541.

ปราโมทย์ ปราสาทกุล และพิมลพรรณ อิศรภักดี.(2542).ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการใช้ยาของชาว

ชนบท:กรณีศึกษาของอำเภอนางรอง จ.บุรีรัมย์ ,รายงานการวิจัย.สถาบันวิจัยประชากรและสังคม .มหาวิทยาลัยมหิดล กทม.

ผายัน พยอมยงค์.(2533).นโยบายการย้ายถิ่นในประเทศไทย,รายงานการสัมมนานโยบายการย้ายถิ่นใน

ประเทศไทย การสัมมนาเรื่องข้อมูลที่เป็นจัดโดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม ม.มหิดล

ร่วมกับกองวางแผนทรัพยากรมนุษย์สง.คณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจฯ วันอังคารที่ 21

สิงหาคม 2533 ณ. ห้องโมเน็ท โรงแรมโนโวเทล กรุงเทพฯ.

ภิรมย์ กมรัตน์กุล และคณะฯ .(2540) การสำรวจคนงานก่อสร้างในกรุงเทพฯ : บทเรียนในแง่ระเบียบ

วิธีวิจัย ,วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข ปีที่ 5 ฉบับที่2 หน้า 101-111

ภักดี โพธิ์ศิริ. 2538. แง่มุมต่าง ๆ ของระบบยาในประเทศไทย. วารสารอาหารและยา.ปีที่ 2

ฉบับที่ 1/2538. หน้า 7-9

ภานุ อุดมผล และคณะ. รายงานการวิจัย: การศึกษาปัญหาของการใช้ฉลากและการจำหน่าย

ยา อาหารและเครื่องสำอาง กรณีศึกษา: ร้านชำในเขตจังหวัดพังงา. พังงา: กลุ่ม

งานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา; 2542.

ระบบยาของประเทศไทย. 2545. คณะกรรมการโครงการศึกษาวิเคราะห์ระบบยาของประเทศไทย.

กระทรวงสาธารณสุข.

รณภพ เอื้อพันธเศรษฐ. กิตติ ศศิวิมลลักษณ์. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันการ

เจ็บป่วย ของประชาชนในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในเขตเทศบาล

นครเชียงใหม่. วารสารการส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม ปีที่ 25 ฉบับที่ 3

กค-กย 2545.

วาทินี บุญชะลิกษ์.(2540).การติดตามผู้ย้ายถิ่นในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รายงานการวิจัยสถาบันวิจัย

ประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล กทม.

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร ทุกข์ สมุทัยในระบบสาธารณสุข และหลักประกันสุขภาพคนไทย. กรุงเทพฯ :

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2539.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจค่าใช้จ่ายในครัวเรือน. กรุงเทพมหานคร. 2543

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ในปี 2544. กรุงเทพมหานคร. 2545

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. มิติทางสังคมวัฒนธรรมของการใช้ยาในชุมชน: การพัฒนา

องค์ความรู้จากทฤษฎีและการวิจัย นนทบุรี. 2542

สมจิตต์ วงศ์อินทร์.(2545).ผลกระทบที่มีต่อการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและบริการทางสังคมอันเนื่องมาจากปัญหาการเคลื่อนย้ายแรงงานในภาคตะวันออก กรณีศึกษาพื้นที่โดยรอบนิคมอุตสาหกรรมอมตะนคร อ.เมือง จ.ชลบุรี วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขา นโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยบูรพา. ชลบุรี

สมบัติ รุ่งศิลป์ และคณะ. รายงานการวิจัย: ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริโภคยาจากร้านขายของประชาชนจังหวัดพัทลุง. พัทลุง: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง; 2536.

สมศักดิ์ อาภาศรีทองสกุล. การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข ใน เกณฑ์สาธารณสุข. สุนันทา โอศิริ บรรณาธิการ, โครงการตำราหลักสูตรสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. 2543.

สันทนต์ เสริมศรี.(2539).ปกครองศาสตร์ทางสังคม.กรุงเทพฯ;มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุนันทา โอศิริ. ปัญหาการใช้ยาของประเทศไทยและการใช้ยาอย่างเหมาะสม. เกณฑ์สาธารณสุข. โครงการตำราหลักสูตรสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. 2543. หน้า 33-62.

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ บรรณาธิการ. ระบบยาของประเทศไทย. รายงานผลการศึกษาของคณะทำงานเพื่อศึกษาวิเคราะห์ระบบยาของประเทศไทย สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. กรุงเทพมหานคร : อรุณการพิมพ์. 2537.

ศิริพร ทูลศิริ และสมสมัย รัตนศรีชากุล .(2543) รูปแบบการดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมสุขภาพของกรรมกรก่อสร้างในเขตจ.ชลบุรี .วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ปีที่ 8 ฉบับที่ 1 (มกราคม – เมษายน 2543) หน้า 1-11

Charupatanapong, N. and Rascati, K.L. **Self-medication practices in Thailand.** *Journal of Pharmacoepidemiology*, 2(4), 13-34. 1992.

Fallsberg, M. **Medication compliance in real life.** *Drug Information Journal*. 28(2): p 565-569. 1994.

Marino, B.S. and Hsiao, W. **Creating the optimal health system.** in Catkins, D : *Health Care Policy*. Blackwell science. Massachusetts. 1995, 230-231.