

สถานะสุขภาพของคนงานก่อสร้างในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

บัณฑิต ถิ่นคำรพ*

รศ.อรุณ จิรวัดมนกุล**

รศ.ศิริพร จิรวัดมนกุล***

รศ.บุญศรี ปราบ ญ คักดี****

ผศ.พรทิพย์ คำพอ*****

คนงานก่อสร้าง เป็นกลุ่มอาชีพที่มีความเสี่ยงต่ออันตรายสูงมากกลุ่มหนึ่งและนับวันมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นตามการพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจของประเทศ โดยเฉพาะแรงงานจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อย่างไรก็ตาม พบว่ายังมี การศึกษาเกี่ยวกับสถานะสุขภาพของคนกลุ่มนี้น้อยมาก การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการสัมภาษณ์คนงานในสถานก่อสร้าง จำนวน 44 แห่งที่จังหวัดหนองคายและขอนแก่น ซึ่งได้พบว่า นอกจากอุบัติเหตุจากการทำงานแล้ว โรคติดต่อต่างๆ เช่น โรคระบบทางเดินหายใจ และระบบทางเดินอาหาร ยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ควรได้รับการป้องกันและแก้ไข ไปพร้อมกัน เนื่องจากลักษณะความเป็นอยู่ของคนงานไม่ได้อยู่รวมกันในสถานก่อสร้างตลอดเวลา แต่มีการเดินทางไป-กลับจากที่ทำงานและที่พักซึ่งอาจทำให้โรคเกิดการแพร่กระจายต่อคนในชุมชนทั่วไปได้เร็วขึ้น ดังนั้นจึงควรที่จะจัดทำมาตรการเสริมสร้างความปลอดภัยในการทำงานและอนามัยส่วนบุคคล ตลอดจนการเฝ้าระวังและการป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อไว้ในสถานก่อสร้างอย่างเร่งด่วน ด้วยการร่วมมือประสานงานจากหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง อย่างใกล้ชิด และต่อเนื่อง--บรรณาธิการ

ความนำ

งานก่อสร้างเป็นงานที่เสี่ยงต่ออันตรายมากที่สุด งานหนึ่ง ทั้งจากอุบัติเหตุ และโรคจากการประกอบอาชีพ หลายอย่าง (อรุณ, 2532), (Feldman, 1990), (Guidotti, 1995), (Kisner, 1994), (Rossignol, 1993), (Stone, 1993) ข้อมูลจากกรมแรงงาน กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม ระบุว่าในปีพ.ศ. 2533 คนงานก่อสร้างมีอัตราการตาย 1.52 ต่อพันคนต่อปี และมีอัตราการพิการ 3.66 ต่อพันคนต่อปี ซึ่งนับว่าเป็นอัตราที่สูงที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับการ

ประกอบอาชีพอื่น (กองวิชาการและวางแผน กรมแรงงาน, 2534) ยังผลให้เกิดการสูญเสียอย่างมากมาย ดังที่สะท้อนให้เห็นจากสถิติการประสบอันตรายจากการทำงาน ปีพ.ศ. 2531-2538 ซึ่งสถาบันความปลอดภัยแรงงานได้ประมาณการความสูญเสียรวมจาก การประสบอันตรายของลูกจ้าง เฉพาะจากสถานประกอบการที่อยู่ในข่ายกองทุนทดแทน ของประเทศ มีมูลค่าสูงถึง 301,468 ล้านบาท (สถาบันความปลอดภัยในการทำงาน, 2539)

สำหรับในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่ปัจจุบันมีการก่อสร้างเกิดขึ้นในเมืองใหญ่ๆ มากมาย จากรายงานการ

* M.P.H. (Epidemiology) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
 ** MSc. (Clinical Epidemiology) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
 *** Ph.D (Medical Anthropology) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
 **** นศ.ม. (นิเทศศาสตร์พัฒนาการ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
 ***** สศ.ม. (ประชากรศาสตร์) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ศึกษาเกี่ยวกับอุตสาหกรรมก่อสร้างทุกเรื่องในประเทศไทย พบว่าแรงงานก่อสร้างส่วนใหญ่เป็นคนที่มิภูมิลำเนาอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (มรท, 2522 และงานสถิติแรงงาน, 2539) อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีงานวิจัยใดๆ ที่ศึกษาปัญหาสุขภาพของแรงงานก่อสร้างที่ทำงานอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และยังไม่มีการรวบรวมข้อมูลการป่วยและตายจากโรคอื่นๆ ของแรงงานก่อสร้างอย่างเป็นระบบ แต่เป็นที่ทราบกันดีในหมู่นักวิชาการสุขภาพที่มีหน้าที่ควบคุมโรคติดต่อว่าที่พนักงานก่อสร้างมีสภาพแวดล้อมที่สกปรก มีการสุขาภิบาลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคระบาด เช่น โรคอุจจาระร่วง นอกจากนี้ การที่อุตสาหกรรมก่อสร้างจัดเป็นอุตสาหกรรมชนิดหนึ่งที่ได้รับผ่อนปรนให้รับแรงงานอพยพจากต่างชาติได้ ตามมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 25 มิถุนายน พ.ศ. 2539 ซึ่งอาจเป็นผลนำไปสู่การหวนกลับมาใหม่ของโรคระบาดที่เคยหายไปจากประเทศไทยเป็นเวลานาน เช่น โรคเท้าช้าง กาฬโรค (วิฑูร, 2539) ดังนั้น จึงสามารถคาดการณ์ได้ว่าปัญหาสุขภาพในกลุ่มแรงงานก่อสร้างน่าจะมีแนวโน้มจะเป็นปัญหาที่สำคัญต่อไป จึงควรริบหาทางแก้ไขโดยเร่งด่วน

ในการกำหนดแนวทางการให้บริการสาธารณสุขเพื่อแก้ไขและป้องกันปัญหาดังกล่าว จำเป็นที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะต้องมีข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสภาพความเป็นอยู่รวมทั้งสถานะสุขภาพของประชากรเป้าหมายให้ถูกต้องสมบูรณ์ในระดับหนึ่ง รายงานนี้เป็นส่วนหนึ่งที่ได้เสนอข้อมูลเพื่อพรรณานะสถานะสุขภาพของแรงงานก่อสร้างด้านการเจ็บป่วย ประเภทการเจ็บป่วย และการรับบริการรักษาพยาบาล ตลอดจนสวัสดิการและบริการสาธารณสุขที่ได้รับ

เครื่องมือและวิธีการศึกษา

- 1) ประเภทของการศึกษา เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวาง (Cross-sectional Survey)
- 2) ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ควบคุมงานก่อสร้างและแรงงานก่อสร้างที่ทำงานอยู่ในจังหวัดขอนแก่นและ

จังหวัดหนองคาย ในระหว่างช่วงเวลาสำรวจ คือเดือนกรกฎาคม-กันยายน 2538

3) ตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้ควบคุมงานก่อสร้างและแรงงานก่อสร้าง จำนวนทั้งสิ้น 876 คน โดยมีผู้ควบคุมงานจำนวน 64 คนและแรงงานก่อสร้างจำนวน 812 คน ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่าง

4) วิธีการสุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มแบบเป็นระบบ 2 ขั้นตอน (Two Stage Systematic Sampling) โดยขั้นตอนที่ 1 สุ่มตัวอย่างสถานที่ก่อสร้าง ขั้นตอนที่ 2 สุ่มคนงานก่อสร้างจากสถานก่อสร้างตัวอย่าง ส่วนผู้ควบคุมงานคือผู้ที่รับผิดชอบการก่อสร้างของสถานที่ก่อสร้างตัวอย่างทุกแห่งที่สุ่มได้

5) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม ใช้สัมภาษณ์คนงานก่อสร้างที่ถูกสุ่มเป็นตัวอย่างในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับลักษณะส่วนตัว ครอบครัว การทำงาน ความเป็นอยู่ และภาวะสุขภาพอนามัย

6) การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้ค่าเฉลี่ยหรือมัธยฐานกรณีที่เป็นข้อมูลต่อเนื่อง และสัดส่วน (ร้อยละ) กรณีเป็นข้อมูลแจกนับ

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลพื้นฐานของตัวอย่างที่สุ่มศึกษา

คนงานที่ถูกสุ่มมาศึกษามีจำนวน 812 คน เป็นคนงานที่ทำงานอยู่ในจังหวัดขอนแก่น 407 คน จังหวัดหนองคาย 405 คน เป็นชายร้อยละ 69 หญิงร้อยละ 31 โดยคนงานมากกว่าร้อยละ 80 มีอายุต่ำกว่า 40 ปี

ในจังหวัดหนองคายมีคนงานอายุต่ำกว่า 25 ปี อยู่ร้อยละ 48.4 ซึ่งมีจำนวนมากเกือบ 2 เท่าของคนงานในกลุ่มอายุเดียวกันของจังหวัดขอนแก่น (ร้อยละ 27) คนงานเกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ มีภูมิลำเนาอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และจบการศึกษาระดับประถมศึกษา มีผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือตามหลักสูตรกระทรวงศึกษาธิการเพียงร้อยละ 2.1 มีคนงานที่แต่งงานแล้วและอยู่กินกับภรรยา ร้อยละ 69.8 ส่วนผู้ที่ไม่ได้อยู่กินกับภรรยามีเพียงร้อยละ 0.7

สถานะสุขภาพของคนงานก่อสร้างในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

เท่านั้น

ราย รายหนึ่งเสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุไฟฟ้าช็อต และอีกรายหนึ่งจากการพลัดตกลงมาจากที่สูง

2. สถานะสุขภาพ

ส่วนการบาดเจ็บในการปฏิบัติงานจนทำให้ต้องหยุดงาน พบว่า มีจำนวนสถานก่อสร้างที่มีคนงานบาดเจ็บอยู่ร้อยละ 36.4 ของจำนวนสถานก่อสร้างทั้งหมด โดยมีจำนวนผู้ที่บาดเจ็บเท่ากับ 31 คน คิดเป็น 0.7 คน ต่อสถานก่อสร้าง 1 แห่ง ผู้บาดเจ็บเกือบทั้งหมดเป็นชาย มีเพียง 3 คนเป็นหญิง ร้อยละ 87 เป็นอุบัติเหตุที่เกิดจากสภาพแวดล้อมการทำงานที่ไม่ปลอดภัย เช่น เหยียบตะปู ถูกวัสดุตกใส่ ตกนังร้าน เป็นต้น ส่วนที่เหลือมีสาเหตุมาจากการขาดความชำนาญของคนงานเช่น ค้อนทุบมือ พลั่วตักดินตัดเท้า

2.1 การเจ็บป่วย: ข้อมูลจากผู้ควบคุมการก่อสร้างของสถานก่อสร้าง จำนวนทั้งสิ้น 44 แห่ง

ผู้ควบคุมการก่อสร้างของสถานก่อสร้าง 4 แห่ง (ร้อยละ 12.1) แจ้งว่า ภายในระยะเวลา 3 เดือน มีการระบาดของโรคอุจจาระร่วง และโรคไข้เลือดออกในสถานก่อสร้างจำนวน 1 แห่ง (ร้อยละ 3) ส่วนโรคไข้หวัดใหญ่ระบาดในสถานก่อสร้างจำนวน 8 แห่ง (ร้อยละ 24.2)

จำนวนคนงานที่เสียชีวิตตั้งแต่เริ่มทำงานก่อสร้างรวมทั้งสิ้นมี 2 ราย คิดเป็นอัตราการตายเท่ากับ 0.025 (2/815795) ต่อ 1000 คนต่อวัน (95% CI: 0.003-0.09) ผู้เสียชีวิตเป็นชายและอยู่ในสถานก่อสร้างขนาดใหญ่ทั้งสอง

2.2 การเจ็บป่วยจนต้องหยุดงาน: ข้อมูลจากคนงานก่อสร้างในสถานก่อสร้าง รวมทั้งสิ้น 812 คน

ตารางที่ 1 โรคหรืออาการป่วยครั้งสุดท้าย จำแนกตามที่พักอาศัย

โรคหรืออาการ	บ้านพักอื่นๆ		บ้านพักคนงาน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไข้หวัดใหญ่	43	35.3	22	42.3
ปวดศีรษะ	12	9.9	5	9.6
ปวดท้อง	8	6.6	5	9.6
กระเพาะอาหาร	5	4.1	3	5.8
ท้องร่วง	6	4.9	1	1.9
ไส้ติ่งอักเสบ	3	2.5	4	7.7
ลำไส้อักเสบ	6	4.9	-	-
ปอดอักเสบ	4	3.3	-	-
ปวดหลัง	2	1.7	2	3.8
ปวดเมื่อยตามตัว	3	2.5	1	1.9
ปวดข้อ	4	3.3	-	-
ไตอักเสบ	3	2.5	-	-
นิ่วไต	3	2.5	-	-
โลหิตจาง	2	1.7	-	-
โรคหัวใจ	-	-	2	3.8
ทอนซิลอักเสบ	-	-	2	3.8
ดีซ่าน	2	-	-	-
โรคหรืออาการอื่นๆ	15	12.4	5	9.6
ที่รายงานเพียงโรคละ 1 คน				
รวม	121	100	52	100

ในรอบหนึ่งปีที่ผ่านมา คนงานร้อยละ 24.7 (201/812) เคยมีอาการเจ็บป่วยหนักจนต้องหยุดงาน ในจำนวนนี้ร้อยละ 7 ป่วยมากกว่าหนึ่งครั้ง ในการป่วยหนักครั้งสุดท้าย ร้อยละ 13.9 (28/201) มีสาเหตุจากอุบัติเหตุ ส่วนที่เหลือร้อยละ 86.1 (173/201) ป่วยด้วยโรคต่างๆ (ตารางที่ 1) กล่าวคือ โรคหรืออาการที่เป็นมากที่สุด ได้แก่ ไข้หวัดใหญ่ร้อยละ 37.6 รองลงมา คือ ปวดศีรษะร้อยละ 9.8 และปวดท้องร้อยละ 7.5 คนงานที่พักอยู่ในบ้านพักคนงาน ป่วยเป็นโรคไข้หวัดใหญ่ร้อยละ 42.3 มากกว่าคนงานที่พักอยู่ในบ้านพักประเภทอื่น ซึ่งป่วยเป็นโรคไข้หวัดใหญ่ร้อยละ 35.5

การรักษาตนเองเมื่อป่วยจนต้องหยุดงานของการป่วยครั้งสุดท้าย (ตารางที่ 2) พบว่าส่วนใหญ่จะไม่รับการรักษากรงพยาบาลของรัฐร้อยละ 41 รองลงมาคือ ซื้อมากินเอง ไปรักษาที่คลินิก และไปรักษาที่สถานีนอนามัยร้อยละ 23.7, 13.9 และ 7.5 ตามลำดับ ในจำนวนผู้ที่เจ็บป่วยนี้ มีร้อยละ 27.2 ที่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล มีคนงานร้อยละ 38.2 หยุดพักรักษาตัว 1-3 วัน และมีร้อยละ 30.6 ที่ต้องพักนาน 4-7 วัน

2.3 การประสบอุบัติเหตุจนต้องหยุดงาน

จากจำนวนคนงานที่ได้รับอุบัติเหตุ 28 คน พบว่า

ร้อยละ 32.1 มีสาเหตุมาจากการเดินทาง อีกร้อยละ 67.9 มีสาเหตุจากอุบัติเหตุที่เกิดจากการทำงาน คือถูกตะปูตำ และถูกไม้หล่นทับ ในสถานก่อสร้างขนาดใหญ่จะมีจำนวนการเกิดอุบัติเหตุและประเภทของอุบัติเหตุมากกว่าสถานก่อสร้างขนาดเล็ก สำหรับการรักษาพยาบาลเมื่อได้รับอุบัติเหตุ พบว่า คนงานไปรักษาตัวที่โรงพยาบาลรัฐร้อยละ 42.8 ซื้อมากินเองร้อยละ 14.3 และไปรักษาที่สถานีนอนามัยร้อยละ 14.3 คนงานที่ได้รับอุบัติเหตุร้อยละ 32.1 ต้องนอนพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล สำหรับการหยุดงานเพื่อพักรักษาตัว คนงานที่ได้รับอุบัติเหตุร้อยละ 32.1 หยุดพัก 1-3 วัน ส่วนผู้ที่ต้องพักนาน 4-7 วัน มีอยู่ร้อยละ 21.5

3. สถิติการด้านการรักษาพยาบาล

กรณีที่ได้รับอุบัติเหตุจากการเดินทาง คนงานร้อยละ 77.7 จะจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลเอง ขณะที่หากเป็นอุบัติเหตุจากการทำงาน คนงานจะจ่ายเงินเองร้อยละ 52.6 ซึ่งจะเห็นว่ามีส่วนของการจ่ายเองใกล้เคียงกันทั้งในสถานก่อสร้างขนาดใหญ่และสถานก่อสร้างขนาดเล็ก

ส่วนกรณีเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ คนงานร้อยละ 76.3

ตารางที่ 2 การรักษาพยาบาลเมื่อป่วยครั้งสุดท้าย แยกตามประเภทการเจ็บป่วย

สถานที่ไปรับบริการ	อุบัติเหตุ		โรคอื่นๆ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รพ.รัฐ	12	42.8	71	41
ซื้อมากินเอง	4	14.3	41	23.7
คลินิก	1	3.6	24	13.9
สถานีนอนามัย	4	14.3	13	7.5
ซื้อมากินเอง+รพ.รัฐ	-	-	6	3.5
โรงพยาบาลเอกชน	2	7.1	3	1.7
ซื้อมากินเอง+คลินิก	-	-	3	1.7
ซื้อมากินเอง+สถานีนอนามัย	1	3.6	2	1.2
สถานีนอนามัย+รพ./คลินิก	1	3.6	3	1.7
คลินิก+รพ.	-	-	1	0.6
มากกว่า 2 แห่ง	1	3.6	3	1.7
ไม่ได้ทำอะไร	2	7.1	3	1.7
รวม	28	100.0	173	100.0

ตารางที่ 3 การคุมกำเนิดของคนงานที่สมรสแล้ว

การคุมกำเนิด	จำนวน	ร้อยละ
คุมกำเนิดแบบถาวร	234	39.5
คุมกำเนิดแบบชั่วคราว	217	36.7
เคยคุมกำเนิดแต่เลิกแล้ว	36	6.1
ไม่ได้คุมกำเนิด	105	17.7
รวม	592	100.0

จะต้องจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลเอง สำหรับการหยุดงานเพื่อพักรักษาตัว หากมีสาเหตุมาจากอุบัติเหตุ คนงานร้อยละ 39.3 จะได้รับเงินค่าจ้างในระหว่างหยุดงาน แต่หากหยุดงานจากการเจ็บป่วยอื่นๆ จะได้รับค่าจ้างในขณะที่หยุดงานร้อยละ 6.9

4. การวางแผนครอบครัว

คนงานที่สมรสแล้วมีการคุมกำเนิดร้อยละ 75.7 ส่วนผู้ที่ยังไม่ได้คุมกำเนิดเลย มีร้อยละ 17.9 (ตารางที่ 3) การคุมกำเนิดโดยใช้ยาเกิน ยังคงได้รับความนิยมสูงในกลุ่มของการคุมกำเนิดแบบชั่วคราวคือ ร้อยละ 26.2 รองลงมาได้แก่การใช้ยาฉีดคุมกำเนิด ร้อยละ 7.6

ถ้าพิจารณาแยกตามประเภทที่พักอาศัย พบว่า คนงานที่พักอยู่ในบ้านพักคนงานนิยมคุมกำเนิดโดยใช้ยาเกินมากกว่าคนงานที่พักอยู่ในบ้านพักประเภทอื่น ส่วนการคุมกำเนิดแบบถาวรมีการทำหมันหญิงร้อยละ 96.2 ขณะที่มีการทำหมันชายมีเพียงร้อยละ 3.8 เท่านั้น สำหรับสถานที่ไปขอรับบริการคุมกำเนิด พบว่าคนงานส่วนใหญ่ไม่ว่าจะพักอยู่ในที่พักประเภทใด จะไปขอรับบริการคุมกำเนิดแบบชั่วคราวจากสถานอนามัย สำหรับการทำหมันจะไปทำที่โรงพยาบาล โดยคิดเป็นร้อยละ 97.8

ในเรื่องการตั้งครรภ์ พบมีคนงานตั้งครรภ์ 3 คน คิดเป็นร้อยละ 1.2 โดยเป็นคนงานที่ทำงานอยู่ที่จังหวัดขอนแก่น 2 คน และทำงานอยู่ในจังหวัดหนองคาย 1 คน คนงานที่จังหวัดขอนแก่น ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาล 1 คน และที่สถานีอนามัย 1 คน ส่วนคนงานที่จังหวัดหนองคาย พบว่ายังไม่ได้ไปฝากครรภ์

5. อนามัยแม่และเด็ก

คนงานที่สมรสแล้วจำนวน 34 คนหรือร้อยละ 5.7 มีบุตรอายุต่ำกว่า 1 ขวบ ในขณะที่สัมภาษณ์ พบว่าอายุเด็กที่สูงที่สุดในกลุ่มนี้คือ 11 เดือน เด็กเกิดในช่วงที่บิดามารดาทำงานในสถานที่ก่อสร้างในขณะที่สำรวจมีร้อยละ 64.4 และคนงานที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 1 ขวบเกือบทั้งสิ้นเป็นคนงานชาย มีเพียง 1 คนที่เป็นคนงานหญิง

ที่พักอาศัยของคนงานที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 1 ขวบ พบว่าร้อยละ 61.1 พักอยู่บ้านตนเอง อีกร้อยละ 36.9 พักในบ้านพักคนงาน สำหรับการดูแลสุขภาพของมารดาในขณะที่ตั้งครรภ์ พบว่า คนงานหญิงร้อยละ 94 ไปฝากครรภ์มีเพียงภรรยาของคนงานชาย 2 คนที่พักอยู่บ้านตนเองที่ไม่ได้ไปฝากครรภ์ สำหรับการเลี้ยงดูบุตร คนงานมีคนอื่นเลี้ยงดูลูกให้ในเวลากลางวันเพียงร้อยละ 11.8 อย่างไรก็ตามเด็กทุกคนได้รับการเลี้ยงดูด้วยนมมารดา มี 2 คนที่เสริมด้วยนมผง 3 คนเสริมด้วยนมชั้นหวาน และอีก 3 คนเสริมทั้งนมผงและนมชั้นหวาน

เรื่องการได้รับวัคซีนของเด็กกลุ่มนี้ พบว่ามีคนงาน 7 คน หรือร้อยละ 20.6 ที่จำไม่ได้หรือไม่ทราบว่าบุตรได้รับวัคซีนหรือไม่ มีอยู่เพียง 1 คนที่บอกว่าบุตรยังไม่ได้รับวัคซีนที่เหลือร้อยละ 96.3 ของผู้ที่ทราบว่าลูกได้รับวัคซีนตอบว่าลูกเคยได้รับวัคซีน 1-6 ครั้ง โดยถ้าพิจารณาตามแผนการฉีดวัคซีนของกระทรวงสาธารณสุข จะพบว่ามีผู้ที่ยังไม่ได้รับวัคซีนตามเกณฑ์อายุ 8 คน คิดเป็นร้อยละ 29.6

บทวิจารณ์และข้อเสนอแนะ

ลักษณะการเจ็บป่วยหนักของคนงานจำเป็นต้องหยุดงานส่วนใหญ่เกิดจากการเป็นโรคไข้หวัดใหญ่ที่มักมีสาเหตุจากเชื้อไวรัสซึ่งสามารถติดต่อกันได้ง่าย คนงานที่พักอยู่ในบ้านพักคนงานมีแนวโน้มที่จะมีอัตราการป่วยเป็นไข้หวัดมากกว่ากลุ่มที่พักอยู่บ้านตนเอง เนื่องจากระบบการถ่ายเทอากาศในที่พักไม่ถูกสุขลักษณะ แต่ถ้าดูในภาพรวมทุกโรคหรือทุกอาการแล้ว ปรากฏว่าทั้งคนงานที่พักที่บ้านตนเอง และที่พักอยู่ในที่พักของคนงานก่อสร้างจะมีอัตราการป่วยแตกต่างกัน

ต่างกันไม่มากนัก อาจจะเป็นเพราะว่าคนงานส่วนใหญ่อยู่ในวัยฉกรรจ์ ร่างกายแข็งแรง ถึงแม้สิ่งแวดล้อมและสถานที่พักอาศัยในบ้านพักคนงานก่อสร้างจะไม่สะอาด ไม่ถูกหลักสุขาภิบาลและแตกต่างจากบ้านพักประเภทอื่นๆ ก็อาจจะไม่มีผลต่อการเกิดโรคที่แตกต่างจากกันมากนักอย่างไรก็ดีที่น่าเป็นห่วงคือ การที่คนงานส่วนใหญ่มาจากหมู่บ้านรายรอบเมืองใหญ่ ดังนั้นในตอนเช้าทุกคนจะต้องเข้ามาอยู่ร่วมกันในสถานที่ที่เอื้อต่อการแพร่กระจายโรคได้ง่าย และเมื่อตกเย็นเลิกงานก็ต้องเดินทางกลับบ้านทุกวัน ลักษณะนี้จึงเป็นปรากฏการณ์ที่นำไปสู่การระบาดของโรคได้อย่างกว้างขวางและรวดเร็ว

การเจ็บป่วยที่เกิดจากอาชีพโดยตรงมีเฉพาะที่เกิดจากอุบัติเหตุ ทั้งอุบัติเหตุขณะทำงานและจากการเดินทาง ส่วนโรคภัยไข้เจ็บอื่นๆ นั้นพบว่าไม่แตกต่างจากผู้ที่ประกอบอาชีพอื่นๆ

สำหรับการรักษาตัวเมื่อมีการป่วยหนักจนต้องหยุดงาน โรงพยาบาลของรัฐยังเป็นแหล่งให้บริการที่สำคัญ กลุ่มที่อยู่บ้านตนเองยังคงเลือกไปรับบริการที่สถานอนามัยอยู่บ้าง แต่จำนวนผู้ป่วยที่ไปหาแพทย์ที่คลินิกมีมากกว่า ซึ่งเป็นการแสดงให้เห็นการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนว่าเมื่อมีกำลังทรัพย์พอที่จะจ่ายได้ คนงานจะเริ่มเลือกบริการที่เขาคิดว่าดีกว่า สำหรับการซื้อยากินเองยังอยู่ในลำดับสองรองลงมาจากกาไปโรงพยาบาลของรัฐทั้งที่ป่วยหนักจนต้องหยุดงาน ทั้งนี้เพราะโรคส่วนใหญ่ที่คนงานเป็น มากกว่าร้อยละ 50 เป็นโรคทั่วไปที่เขารู้จักดี เช่น เป็นไข้ ปวดศีรษะ ปวดท้อง เป็นต้น การไปซื้อยาจากร้านขายยาจึงเป็นวิธีที่สะดวกที่คนงานเลือกรักษาตนเอง

กล่าวได้ว่าคนงานจะใช้บริการการรักษาพยาบาลในกรณีที่เกิดความเจ็บป่วยที่รุนแรง หรือมีผลกระทบต่อการทำงาน เช่น ต้องหยุดงาน ส่วนบริการด้านป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพยังไม่ปรากฏชัดเจน โดยเฉพาะการฝึกเจ้าหน้าที่ของบริษัทก่อสร้างให้รู้จักวิธีการปฐมพยาบาลเมื่อคนงานได้รับอุบัติเหตุขึ้นไม่ได้พบเลย

เนื่องจากการเจ็บป่วยที่ศึกษาในที่นี้ เป็นการเจ็บป่วยหนักจนต้องหยุดงาน และศึกษาเฉพาะผู้ที่มาทำงานใน

วันสัมพัทธ์เท่านั้น จึงไม่รวมถึงคนงานที่ป่วยและต้องหยุดงานในระยะเวลาที่ศึกษา ดังนั้น ขนาดของปัญหาในที่นี้จึงถือว่าเป็นขนาดที่น้อยที่สุดที่พบ อย่างไรก็ตาม ลักษณะของการเจ็บป่วยไม่น่าจะแตกต่างจากที่พบมากนัก

การแก้ปัญหาสุขภาพของคนงานก่อสร้าง ต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่าย หน่วยงานหลายหน่วยของภาครัฐควรให้ความสนใจมากขึ้น เนื่องจากสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่มาจากการหย่อนยานในการปฏิบัติหน้าที่ แม้จะมีกฎหมายระเบียบข้อบังคับต่างๆ ที่บังคับใช้อยู่แล้วหลายฉบับแล้วก็ตาม (กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน, 2537 และ โกวิน, 2539) การผลักดันให้ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หันมาทำหน้าที่อย่างจริงจังมีประสิทธิภาพจึงเป็นสิ่งแรกที่ต้องกระทำ เช่น แม้สำนักงานแรงงานจังหวัดมีอัตรากำลังน้อยไม่อาจตรวจสอบสภาพการทำงานในสถานก่อสร้างได้ทุกแห่ง แต่หากใช้วิธีเลือกตรวจสอบสถานก่อสร้างเฉพาะขนาดใหญ่ได้ทั้งหมดก็จะถือได้ว่าครอบคลุมการปฏิบัติหน้าที่ด้านการดูแลคนงานจำนวนมากได้เช่นกัน ซึ่งวิธีการนี้จะช่วยให้การตรวจตรามีประสิทธิภาพสูงขึ้น นอกจากนี้หน่วยงานบางหน่วยที่ทำงานดูแลหรือรณรงค์ด้านความปลอดภัยอยู่แล้ว แต่มีจุดเน้นอยู่ที่คนกลุ่มอื่น เช่น กองอาชีวอนามัย คณะกรรมการป้องกันอุบัติเหตุแห่งชาติ ก็ควรหันมาสนใจเรื่องของคนงานก่อสร้างด้วย กล่าวคือ จากที่กองอาชีวอนามัยเคยเน้นเรื่องความปลอดภัยในโรงงาน หรือคณะกรรมการอุบัติเหตุแห่งชาติ เคยเน้นเรื่องอุบัติเหตุการจราจรและอุบัติเหตุในครัวเรือน ก็ควรหันมาจับงานด้านความปลอดภัยในงานก่อสร้าง ส่วนแรงงานจังหวัดในแต่ละจังหวัดก็ควรแสวงหาความร่วมมือจากหน่วยงานด้านสุขภาพและสังคมอื่นๆ ที่มุ่งดูแลกลุ่มคนงานก่อสร้างอยู่แล้วให้มีการร่วมมือประสานงานกันมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หน่วยงานเทศบาล สื่อมวลชน สถาบันการศึกษา หรือองค์กรเอกชนต่างๆ โดยการสร้างจิตสำนึกเกี่ยวกับความปลอดภัยและคุณภาพชีวิตของคนงานก่อสร้าง

กลุ่มเป้าหมายของการรณรงค์ในเรื่องดังกล่าว ควรจะจำแนกเป็นหมู่เหล่าที่ชัดเจน ได้แก่ เจ้าของงานก่อสร้าง

สถานะสุขภาพของคนงานก่อสร้างในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

(ผู้ว่าจ้าง) ผู้บริหารบริษัทรับเหมาก่อสร้าง ผู้รับเหมาช่วง ผู้ควบคุมการก่อสร้าง หัวหน้าคนงาน และที่สำคัญคือตัวคนงานก่อสร้าง กิจกรรมการรณรงค์อาจประกอบด้วย โครงการสื่อสารรูปแบบต่างๆ และการส่งเสริมด้วยมาตรการต่างๆ ได้แก่

ก. การให้ความรู้ การโน้มน้าวใจให้เอาใจใส่เรื่องอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานที่ก่อสร้าง ตลอดจนความปลอดภัย โดยผ่านสื่อมวลชนและสื่อเฉพาะกิจ เช่น โปสเตอร์ สติกเกอร์ สิ่งพิมพ์ คู่มือการทำงาน คู่มือการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัย

ข. จัดการฝึกอบรม ประชุมสัมมนา เพื่อให้ความรู้ และเพื่อรวบรวมความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ และการประสานความร่วมมือเกี่ยวกับความปลอดภัยในระดับต่างๆ

ค. กำหนดมาตรการหรือการให้คุณให้โทษต่อผู้ที่มีส่วนร่วม และผู้ที่จะละเลยต่อมาตรการความปลอดภัย เช่น

- สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน กำหนดเป็นเงื่อนไขว่า จะสนับสนุนการลงทุนที่ตระหนักในสุขภาพอนามัยและความปลอดภัยของคนงานก่อสร้าง
- หน่วยลงทุนกำหนดเป็นเงื่อนไขการจ้างว่าผู้รับเหมาก่อสร้างจะต้องดูแลเรื่องสิ่งแวดล้อมที่ทำงานและความปลอดภัยของคนงาน
- หน่วยงานราชการและเอกชน ต้องเข้าใจ และกำหนดให้ผู้รับเหมาก่อสร้างเสนอราคา ค่าก่อสร้างที่รวมราคาค่าสวัสดิการเกี่ยวกับการจัดการด้านสุขภาพอนามัยและอนามัยสิ่งแวดล้อม รวมทั้งความปลอดภัยต่างๆ ไว้ด้วย

ส่วนข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยต่อไป ควรมีการศึกษา รูปแบบการให้และรับข้อมูลข่าวสารที่เหมาะสมกับวิถีชีวิตของคนงานก่อสร้าง เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการรณรงค์ให้ความรู้ แนวคิด การปฏิบัติตนเพื่อการมีสุขภาพอนามัยที่ดี และปลอดภัยจากอันตรายจากการทำงานแก่คนงานก่อสร้างต่อไป และควรมีการศึกษารูปแบบการจัดบริการ สาธารณสุขที่เหมาะสมสำหรับคนงานก่อสร้างโดยเฉพาะ กลุ่มคนงานที่อพยพไปพักอาศัยตามสถานก่อสร้าง และ

การศึกษาติดตามเผื่อระวังเกี่ยวกับการเจ็บป่วยโดยเฉพาะอย่างยิ่งการบาดเจ็บจากการทำงาน เพื่อทราบสาเหตุของปัญหาอันจะได้จัดทำแนวทางป้องกันแก้ไขที่บังเกิดประสิทธิผลต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน กระทรวงแรงงาน และสวัสดิการสังคม. (2537) *รวมกฎหมายแรงงาน ฉบับพิมพ์ 2537*. กรุงเทพฯ.
2. กองวิชาการและวางแผน กรมแรงงาน. (2534) *สถิติแรงงาน 2533*. กระทรวงมหาดไทย, กรุงเทพฯ.
3. โกวิน วิวัฒน์พงษ์พันธ์. (2539) *เอกสารการสอนชุดวิชา หลักความปลอดภัยในการทำงาน สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช: หน่วยที่ 11 การสุขภาพและความปลอดภัยในสถานประกอบการ*. ห้างหุ้นส่วนจำกัดโรงพิมพ์ชวนพิมพ์, กรุงเทพฯ.
4. งานสถิติแรงงาน ฝ่ายสถิติแรงงาน กองสวัสดิการสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2539) *โครงการสำรวจสภาวะการทำงานของประชากร รอบ 1 กุมภาพันธ์ 2539*. กรุงเทพฯ.
5. มรกต สิงหะเชนทร์. (2522) *การศึกษาวิเคราะห์สภาพและปัญหาแรงงานในอุตสาหกรรมก่อสร้างในเขตกรุงเทพมหานคร*. กรุงเทพฯ.
6. วิฑูร แสงสิงแก้ว. (2539) *สรุปสาระสำคัญปาฐกถาพิเศษ หัวข้อ "นโยบายของรัฐบาลไทยด้านสุขภาพของแรงงานอพยพต่างชาติ"*. เอกสารประกอบการสัมมนา The 27th Formal Meeting of Directors and the 15th International Symposium on Health and Safety of Migrant Workers, 10-14 ธันวาคม 2539 , หอประชุมวิทยาทศน์ มหาวิทยาลัยธรรมาธิราช จ.นนทบุรี ประเทศไทย.
7. สถาบันความปลอดภัยในการทำงาน กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม. (2539) *สถิติการประสบอันตรายจากการทำงาน*

- ปี 2531-2538. บริษัท 5 เค การพิมพ์จำกัด, กรุงเทพฯ.
8. อรุณ ชัยเสรี. (2532) *แนวคิดในการป้องกันอุบัติเหตุอันตรายในงานก่อสร้าง: แนวคิดด้านนายจ้าง ลูกจ้าง รัฐบาล. การอภิปรายในการสัมมนาไตรภาคี เรื่อง "การบริหารงานความปลอดภัยในงานก่อสร้างกับกฎหมายความปลอดภัย"*, 8-9 สิงหาคม 2532 โรงแรมรัตนโกสินทร์ กรุงเทพมหานคร.
 9. Feldman JP.; Gerber LM. (1990) Sentinel Health Events (Occupational): analysis of death certificates among residents of Nassau County, NY between 1980-82 for occupationally related causes of death. *Am J Public Health* (80), 158-161.
 10. Guidotti TL. (1995) Occupational injuries in Alberta: responding to recent trends. *Occup Med Oxf* (45), 81-88.
 11. Kisner SM.; Fosbroke DE. (1994) Injury hazards in the construction industry. *J Occup Med* (36), 137-143.
 12. Rossignol M.; Pineault M. (1993) Fatal occupational injury rates: Quebec, 1981 through 1988. *Am J Public Health*. (83), 1563-1566.
 13. Stone PW. (1993) Traumatic occupational fatalities in South Carolina, 1989-90. *Public Health Rep* (108), 483-488.



คมคำ ♦ ความคิด

“ความแตกต่างประการสำคัญระหว่างแนวคิดทางการตลาดแบบคิดจากบนลงล่างกับแนวคิดจากล่างขึ้นบนคือ วิธีคิดจากเบื้องบนจะใช้การเปลี่ยนความเข้าใจของลูกค้า แต่วิธีคิดจากกระต๊อบล่างจะเป็นการเข้าไปจัดการกับความเข้าใจของลูกค้า

“การเข้าไปจัดการกับความเข้าใจของลูกค้าก็คือ การทำการเปลี่ยนแปลงสิ่งต่างๆ ในบริษัทหรือในตัวสินค้า มิใช่การพยายามเข้าไปเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมอื่นๆ เวลาเร็วเร็ว คุณคงไม่พยายามวิดน้ำออกจากทะเลสาบ แต่คุณต้องอุดรูรั่วในเรือ”

➔ อัล รีส และ แจ็ค เทราท์ “ทวนกระแสการตลาด”

อภิชาติ ธรรมสโรช-แปล