การพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมของแรงงานนอกระบบ ในอำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่

DEVELOPMENT OF AN APPROPRIATE HEALTH MANAGEMENT MODEL FOR INFORMAL WORKERS IN DOI SAKET DISTRICT, CHIANG MAI

ทรงยศ คำชัย

ดุษฎีนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของความสมบูรณ์ของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาศิลปศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวางแผนและพัฒนาชนบท
สำนักบริหารและพัฒนาวิชาการ มหาวิทยาลัยแม่โจ้
พ.ศ. 2553

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยแม่โจ้

ใบรับรองดุษฎีนิพนธ์

สำนักบริหารและพัฒนาวิชาการ มหาวิทยาลัยแม่โจ้

ปริญญาศิลปศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวางแผนและพัฒนาชนบท

ชื่อเรื่อง

การพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมของแรงงานนอกระบบ

ในอำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่

DEVELOPMENT OF AN APPROPRIATE HEALTH MANAGEMENT

MODEL FOR INFORMAL WORKERS IN

DOI SAKET DISTIRCT, CHIANG MAI

โดย

ทรงยศ คำชัย

พิจารณาเห็นชอบโดย

ประธานกรรมการที่ปรึกษา .....

(รองศาสตราจารย์ ดร.บุญสม วราเอกศิริ)

วันที่ 26 เดือน ต.ค. พ.ศ. 2553

กรรมการที่ปรึกษา .....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พหล ศักดิ์คะทัศน์)

วันที่ 26 เดือน ต.ค. พ.ศ. 2553

กรรมการที่ปรึกษา .....

(อาจารย์ ดร.สายสกุล ฟองมูล)

วันที่ 26 เดือน ต.ค. พ.ศ. 2553

กรรมการที่ปรึกษา .....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ บุญเชียง)

วันที่ 26 เดือน ต.ค. พ.ศ. 2553

ประธานกรรมการประจำหลักสูตร .....

(รองศาสตราจารย์ ดร.บุญสม วราเอกศิริ)

วันที่ 26 เดือน ต.ค. พ.ศ. 2553

สำนักบริหารและพัฒนาวิชาการรับรองแล้ว

.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จำเนียร ยศราช)

ประธานกรรมการบัณฑิตศึกษา

วันที่ 4 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2553

ชื่อเรื่อง การพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมของแรงงานนอกระบบในอำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่

ชื่อผู้เขียน นายทรงยศ คำชัย

ชื่อปริญญา ศิลปศาสตรดุษฎีนิพนธ์ สาขาวิชาการวางแผนและพัฒนาชนบท

ประธานกรรมการที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร.บุญสม วราเอกศิริ

บทคัดย่อ

ดุษฎีนิพนธ์ฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของแรงงานนอกระบบ ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงของแรงงานนอกระบบ และพัฒนารูปแบบในการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมของแรงงานนอกระบบ การดำเนินการวิจัยใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา โดยแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 เก็บข้อมูลเชิงปริมาณในแรงงานนอกระบบสัญชาติไทย อายุ 15 ปีขึ้นไปในอำเภอดอยสะเก็ด จำนวน 390 คน โดยวิธีการสุ่มแบบมีระบบ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว ขั้นตอนที่ 2 เป็นการพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมของแรงงานนอกระบบ โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงในแรงงานนอกระบบภาคการเกษตร ภาคการผลิต และภาคการบริการ ภาคละ 1 กลุ่ม เก็บข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์ การสังเกตทั้งแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม และการสนทนากลุ่ม และขั้นตอนที่ 3 นำรูปแบบไปทดลองใช้กับแรงงานนอกระบบอีก 1 กลุ่ม

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ 49 ปี จบการศึกษาประถมศึกษาปีที่ 6 สถานภาพสมรส พบสภาวะสุขภาพจากการทำงานต่ำ ทั้งด้านการยศาสตร์ ผิวหนัง และระบบทางเดินหายใจ แต่พบพฤติกรรมเสี่ยงสูงโดยเฉพาะด้านการยศาสตร์ เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ปัจจัยลักษณะการทำงาน การทำงานมานาน ระยะเวลาพักงาน และใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากการทำงาน ใช้ทำนายภาวะสุขภาพอย่างได้มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนจำนวนปีที่ศึกษา สถานภาพสมรส งานภาคการเกษตร งานภาคการผลิต และลักษณะการจ้าง ใช้ทำนายพฤติกรรมเสี่ยงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อทำการทดสอบความแปรปรวนทางเดียวของแรงงานนอกระบบ 3 ประเภทที่มีความเสี่ยง พบว่า ด้านภาวะสุขภาพ แรงงานแต่ละประเภท มีภาวะสุขภาพเฉพาะทางการยศาสตร์ และทางผิวหนัง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ นั้นแรงงานแต่ละประเภทมี

พฤติกรรมเสี่ยงเฉพาะทางผิวหนัง ทางระบบทางเดินหายใจ และพฤติกรรมเสี่ยงโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

รูปแบบการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมของแรงงานนอกระบบมี 7 ขั้นตอน คือ 1) การพัฒนาทีมจัดการสุขภาพ 2) การสำรวจชุมชนโดยใช้เครื่องมือ 7 ชิ้นและประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ 3) การวิเคราะห์ชุมชน 4) การทำแผนชุมชน 5) การดำเนินการตามแผน 6) การประเมินผล และ 7) การคืนข้อมูลสู่ชุมชน และทีมจัดการสุขภาพควรประกอบด้วย ผู้นำชุมชน สมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุข แรงงานนอกระบบที่เป็นสมาชิกองค์กรชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

Title Development of an Appropriate Health Management Model for Informal Workers in Doi Saket District, Chiang Mai

Author Mr. Songyos Khamchai

Degree of Doctoral of Philosophy in Rural Planning and Development

Advisory Committee Chairperson Associate Professor Dr. Boonsom Waraegsiri

ABSTRACT

This research aimed to explore informal worker health condition and health risk behavior; to find the relationships of factors effecting health condition and health risk behavior; and to develop appropriate health management model for informal workers. The method used in this research and development was divided into 3 parts. There were 1) quantitative data collection was used with 390 Thai informal workers aged 15 years old and above in Doi Saket district, Chiang Mai. The samples were obtained by systematic random sampling. Structured interview was used for data collection and analyzed by using descriptive statistics, logistic regression and analysis of variance; 2) development of an appropriate health management model in 4 purposive sampling groups of informal workers such as agriculture, production and service groups. The interview, participated and non-participated observation and focus groups were used for data collection; and 3) the model was tried out with 1 experimental group of the informal workers

The findings revealed that majority of the samples were female, 49 years old, elementary school graduates, and married. They had a low level of health condition (ergonomic, skins and respiratory system) but high risk behavior on ergonomic behavior. The relationships of all variables were found that work type, years of working, rest and using of work safety equipment were used to predict health condition. Educational attainment, status, agricultural work, productive work, and employment were used to predict risk behavior with .05 level of the statistical significance. The comparison of 3 types of risk informal workers by using one way ANOVA found that the informal workers were different in ergonomic and skin health condition. For risk behaviors, they were different in skin, respiratory and total risk behaviors with .05 level of the statistical significance.

The development of an appropriate health management model for informal workers consisted of 7 steps: 1) health management team development; 2) community survey by using 7 tools of community survey and health impact assessment; 3) community analysis; 4) community planning; 5) community's plan implementing; 6) evaluation, and 7) data feedback. The health management team should consist of community leaders, municipality members, health volunteers, informal workers who are community organization members, and public health officers.

กิตติกรรมประกาศ

ดุษฎีนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี โดยได้รับความกรุณาอย่างยิ่งจากคณะกรรมการที่ปรึกษา ประกอบด้วย รองศาสตราจารย์ ดร.บุญสม วราเอกศิริ ประธานกรรมการควบคุมดุษฎีนิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พหล ศักดิ์คะทัศน์ อาจารย์ ดร.สายสกุล ฟองมูล และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ บุญเชียง กรรมการควบคุมดุษฎีนิพนธ์ ที่กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำ และตรวจแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ มาโดยตลอด รวมทั้งรองศาสตราจารย์ ดร. ศิริเพ็ญ ตรัยไชยาพร ประธานกรรมการสอบป้องกันดุษฎีนิพนธ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สถิตย์ วิมล กรรมการสอบป้องกันดุษฎีนิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำ ซึ่งผู้วิจัยกราบขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่ง

ขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์ ดร.จิติมา กตัญญู ดร.วันทนีย์ ชวพงศ์ และ อาจารย์ประกายแก้ว ธนสุวรรณ ผู้เชี่ยวชาญที่ได้กรุณาตรวจสอบเครื่องมือวิจัย และขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในอำเภอคอยสะเก็ดทุกท่านที่ได้กรุณาให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งทีมจัดการสุขภาพทั้ง 4 ตำบลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการจัดการสุขภาพของแรงงานนอกระบบครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่มองเห็นความสำคัญของงานวิจัยฉบับนี้ โดยการให้การสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานวิจัย ผู้วิจัยขอกราบระลึกถึงคุณพ่อเจริญ คำชัย ที่ได้ปลูกฝังการทำงานที่เป็นระบบให้ ขอกราบขอบพระคุณคุณแม่จันทร์สม รวมทั้งคุณสิริลักษณ์ ค.ช.กานต์เมธัส และค.ช.กานต์ธาดา คำชัย ที่เป็นกำลังใจให้ตลอดการทำดุษฎีนิพนธ์ รวมทั้งเพื่อนๆ สาขาวิชาการวางแผนและพัฒนาชนบทรหัส 49 และท่านอื่นที่มิได้กล่าวนาม ณ ที่นี้ ที่มีส่วนให้งานดุษฎีนิพนธ์นี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดีตามที่มุ่งหวังทุกประการ

ท้ายที่สุดนี้ ประโยชน์อันพึงได้จากการศึกษาในครั้งนี้ ขอมอบสำหรับผู้สนใจเพื่อประโยชน์ของประเทศชาติต่อไป

ทรงยศ คำชัย

ตุลาคม 2553

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	(3)
ABSTRACT	(5)
กิตติกรรมประกาศ	(7)
สารบัญ	(8)
สารบัญตาราง	(12)
สารบัญภาพ	(15)
สารบัญภาพผนวก	(17)
บทที่ 1 บทนำ	1
ความสำคัญของปัญหา	3
ปัญหาการวิจัย	7
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	9
ขอบเขตของการวิจัย	9
ขอบเขตด้านเนื้อหา	9
ขอบเขตด้านประชากร	10
ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย	10
นิยามศัพท์ปฏิบัติการ	11
บทที่ 2 การตรวจเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	13
รูปแบบการจัดการสุขภาพและการดูแลสุขภาพโดยชุมชน	13
รูปแบบการพัฒนาชุมชน	14
การทำประชาพิจัยและพัฒนา	17
รูปแบบหมู่บ้านจัดการสุขภาพ	18
เครื่องมือศึกษาชุมชน	22
แนวคิดเกี่ยวกับแรงงานนอกระบบและปัญหาที่เกิดจากการประกอบอาชีพ	28
ความหมายของแรงงานนอกระบบ	28
ลักษณะของกลุ่มประชากรที่เป็นแรงงานนอกระบบ	30
สภาพปัญหาที่เกิดจากการประกอบอาชีพของแรงงานนอกระบบ	33
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพหรือการดูแลสุขภาพของประชาชน	45

หน้า

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชน 48
แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน 48
ทฤษฎีการมีส่วนร่วมของชุมชน 54
บริบทชุมชน 58
ลักษณะทางภูมิศาสตร์ชุมชน 58
ลักษณะทางประชากร 60
ประวัติศาสตร์ชุมชน 60
โครงสร้างทางเศรษฐกิจ 61
โครงสร้างทางสังคม 62
โครงสร้างอำนาจชุมชน 64
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 65
งานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการสุขภาพ 65
งานวิจัยเกี่ยวกับแรงงานนอกระบบ 68
งานวิจัยเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม 71
กรอบแนวคิดในการวิจัย 74
สมมติฐานการวิจัย 76
บทที่ 3 การดำเนินการวิจัย 77
สถานที่ดำเนินการวิจัย 77
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 78
ประชากรและกลุ่มตัวอย่างการวิจัยเชิงปริมาณ 78
ประชากรและกลุ่มตัวอย่างการวิจัยเชิงคุณภาพ 81
ขั้นตอนในการวิจัย 82
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 84
เครื่องมือการวิจัยเชิงปริมาณ 84
เครื่องมือการวิจัยเชิงคุณภาพ 87
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ 89
การวิเคราะห์ข้อมูล 90
การเก็บรวบรวมข้อมูล 91
งบประมาณในการวิจัย 92

หน้า

บทที่ 4 ผลการวิจัยและวิจารณ์สำหรับวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 และ 2 93
วัตถุประสงค์และการดำเนินการวิจัย 93
ผลการวิจัยและวิจารณ์ 93
ข้อมูลทั่วไป และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 94
ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยง 99
ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่มีผลต่อภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงของแรงงานนอกระบบ 102
ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 102
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ 105
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยง 112
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงโดยรวม 119
การเปรียบเทียบภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงของแรงงานนอกระบบแต่ละประเภท 121
การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของภาวะสุขภาพ 121
การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของพฤติกรรมเสี่ยง 124
สรุปผลการศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยง 126
บทที่ 5 ผลการวิจัยและวิจารณ์สำหรับวัตถุประสงค์ข้อที่ 3 127
วัตถุประสงค์และการดำเนินการวิจัย 127
ผลการวิจัยและวิจารณ์ 127
การพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพของแรงงานนอกระบบ 128
การสำรวจชุมชน 128
การวิเคราะห์ชุมชน 180
การจัดทำแผนงานและโครงการ 183
การดำเนินงานตามแผน 186
การประเมินผลการดำเนินงาน 188
สรุปผลการดำเนินงาน 195
การทดลองใช้รูปแบบการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมของแรงงานนอกระบบ 199
การพัฒนาศักยภาพทีมจัดการสุขภาพ 199
การสำรวจชุมชน 200

หน้า

การวิเคราะห์ชุมชน 214
การจัดทำแผนงานและโครงการ 214
การดำเนินงานตามแผน 215
การประเมินผลการดำเนินงาน 216
สรุปรูปแบบการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมของแรงงานนอกระบบ 221
ความสำเร็จของการจัดการสุขภาพแรงงานนอกระบบ 224
บทที่ 6 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ 225
สรุปผลการวิจัย 225
การอภิปรายผล 229
ข้อเสนอแนะ 255
บรรณานุกรม 257
ภาคผนวก 265
ภาคผนวก ก เครื่องมือการวิจัย 266
ภาคผนวก ข รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ 275
ภาคผนวก ค รายชื่อทีมจัดการสุขภาพแรงงานนอกระบบ 278
ภาคผนวก ง ลักษณะการทำงานของแรงงานนอกระบบ 281
ภาคผนวก จ โครงการจัดการสุขภาพแรงงานนอกระบบ 301
ภาคผนวก ฉ ประมวลภาพการจัดการสุขภาพแรงงานนอกระบบ 314
ภาคผนวก ช ประวัติผู้วิจัย 319

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามประเภทของแรงงานนอกระบบ	78
2	จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามตำบลที่แรงงานนอกระบบอยู่อาศัย	79
3	จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำแนกรายตำบล และลักษณะอาชีพหรือลักษณะงานที่ทำ	80
4	จำนวนและค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคุณลักษณะทั่วไป	95
5	จำนวนและค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยเสริม	97
6	จำนวนและค่าร้อยละของแรงงานนอกระบบจำแนกตามประเภทงานและเพศ	98
7	จำนวนและค่าร้อยละของแรงงานนอกระบบจำแนกตามภาวะสุขภาพ	100
8	จำนวนและค่าร้อยละของแรงงานนอกระบบจำแนกตามความเสี่ยงและประเภทของงาน	101
9	การวิเคราะห์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันของตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม	104
10	การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพโดยรวมของแรงงานนอกระบบ	105
11	ผลการทำนายกลุ่มแรงงานนอกระบบเกี่ยวกับภาวะสุขภาพโดยรวม	106
12	การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพทางการยศาสตร์ของแรงงานนอกระบบ	107
13	ผลการทำนายกลุ่มแรงงานนอกระบบเกี่ยวกับภาวะสุขภาพทางการยศาสตร์	108
14	การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพทางผิวหนังของแรงงานนอกระบบ	109
15	ผลการทำนายกลุ่มแรงงานนอกระบบเกี่ยวกับภาวะสุขภาพทางผิวหนัง	110
16	การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพทางระบบทางเดินหายใจของแรงงานนอกระบบ	111
17	การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงโดยรวมของแรงงานนอกระบบ	112
18	ผลการทำนายกลุ่มแรงงานนอกระบบเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงโดยรวม	113
19	การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางการยศาสตร์ของแรงงานนอกระบบ	114
20	ผลการทำนายกลุ่มแรงงานนอกระบบเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงทางการยศาสตร์	115

ตารางที่		หน้า
21	การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางผิวหนังของแรงงานนอกระบบ	116
22	ผลการทำนายกลุ่มแรงงานนอกระบบเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงทางผิวหนัง	117
23	การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางระบบทางเดินหายใจของแรงงานนอกระบบ	118
24	ผลการทำนายกลุ่มแรงงานนอกระบบเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงทางระบบทางเดินหายใจ	119
25	การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงโดยรวมของแรงงานนอกระบบ	120
26	ผลการทำนายกลุ่มแรงงานนอกระบบเกี่ยวกับความเสี่ยงโดยรวม	121
27	การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวเพื่อเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของแรงงานนอกระบบ 3 ประเภท	123
28	การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมเสี่ยงของแรงงานนอกระบบ 3 ประเภท	125
29	ผลการประเมินภาวะเสี่ยงแรงงานนอกระบบอาชีพทำเมี่ยง บ้านปางไฮ หมู่ที่ 7 ตำบลเทพเสด็จ	163
30	ผลการประเมินสุขภาพแรงงานนอกระบบอาชีพทำร่มและพัด บ้านสันต้นแหนใต้ หมู่ที่ 5 ตำบลแม่คือ	172
31	การสำรวจภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพแรงงานนอกระบบอาชีพขายแคบหมู บ้านถ้ำ หมู่ที่ 3 ตำบลดลาดขวัญ	177
32	จำนวนและค่าร้อยละของแรงงานนอกระบบที่เจ็บปวดตามร่างกายจำแนกตามเพศ	189
33	จำนวนและค่าร้อยละของแรงงานนอกระบบที่เจ็บปวดจำแนกตามอายุ	190
34	จำนวนของแรงงานนอกระบบบ้านสันต้นแหนใต้เฉพาะที่มีอาการปวดตามร่างกายจำแนกตามเพศ และลักษณะการทำงาน	192
35	จำนวนของแรงงานนอกระบบบ้านสันต้นแหนใต้จำแนกตามตำแหน่งที่ปวดและประเภทของงาน	192
36	ภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพของแรงงานนอกระบบภาคการผลิตบ้านสันทราย หมู่ที่ 3 ตำบลแม่ฮ้อยเงิน	211

ตารางที่		หน้า
37	จำนวน และค่าร้อยละของแรงงานนอกระบกลุ่มทำผลิตภัณฑ์จากไม้มะม่วง จำแนกตามคุณลักษณะทั่วไป	217
38	จำนวน และค่าร้อยละของแรงงานระบบจำแนกตามความเสี่ยง และประเภทของสิ่งคุกคาม	218
39	ค่าคะแนนก่อนและหลังให้ความรู้แรงงานนอกระบบจำแนกตามความรู้	219

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	ขั้นตอนการพัฒนาชุมชน	16
2	ขั้นตอนการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ	20
3	บันได 10 ขั้นสู่งานพัฒนาชุมชน	56
4	แผนที่โดยสังเขปอำเภอดอยสะเก็ด	59
5	กรอบแนวคิดในการวิจัย	75
6	แผนที่เดินดินบ้านปางไฮ หมู่ที่ 7 ตำบลเทพเสด็จ	135
7	แผนที่เดินดินบ้านสันต้นแหนใต้ หมู่ที่ 5 ตำบลแม่คือ	136
8	แผนที่เดินดินบ้านถ้ำ หมู่ที่ 3 ตำบลตลาดขวัญ	137
9	ผังเครือญาติครอบครัวนายพล นางวิไล คร่องไหม บ้านปางไฮ หมู่ที่ 7 ตำบลเทพเสด็จ	138
10	ผังเครือญาติครอบครัวนายบุญทอง นางสุภาพ เชื้อเต๋ บ้านสันต้นแหนใต้ หมู่ที่ 5 ตำบลแม่คือ	139
11	ผังเครือญาติครอบครัวนายตวงเนตร นางอมร การคนเที่ยง บ้านถ้ำ หมู่ที่ 3 ตำบลตลาดขวัญ	140
12	โครงสร้างอำนาจชุมชนบ้านปางไฮ หมู่ที่ 7 ตำบลเทพเสด็จ	141
13	โครงสร้างอำนาจชุมชนบ้านสันต้นแหนใต้ หมู่ที่ 5 ตำบลแม่คือ	142
14	โครงสร้างอำนาจชุมชนบ้านถ้ำ หมู่ที่ 3 ตำบลตลาดขวัญ	143
15	ระบบสุขภาพชุมชนบ้านปางไฮ หมู่ที่ 7 ตำบลเทพเสด็จ	145
16	ระบบสุขภาพชุมชนบ้านสันต้นแหนใต้ หมู่ที่ 5 ตำบลแม่คือ	146
17	ระบบสุขภาพชุมชนบ้านถ้ำ หมู่ที่ 3 ตำบลตลาดขวัญ	147
18	ปฏิทินชุมชนบ้านปางไฮ หมู่ที่ 7 ตำบลเทพเสด็จ	148
19	ปฏิทินชุมชนบ้านสันต้นแหนใต้ หมู่ที่ 5 ตำบลแม่คือ	149
20	ปฏิทินชุมชนบ้านถ้ำ หมู่ที่ 3 ตำบลตลาดขวัญ	150
21	ประวัติศาสตร์ชุมชนบ้านปางไฮ หมู่ที่ 7 ตำบลเทพเสด็จ	152
22	ประวัติศาสตร์ชุมชนบ้านสันต้นแหนใต้ หมู่ที่ 5 ตำบลแม่คือ	153
23	ประวัติศาสตร์ชุมชนบ้านถ้ำ หมู่ที่ 3 ตำบลตลาดขวัญ	154
24	ประวัติชีวิตนางคำ ใจใส่ บ้านปางไฮ หมู่ที่ 7 ตำบลเทพเสด็จ	155

ภาพที่		หน้า
25	ประวัติชีวิตนางสุภาพ เชื้อเต๋ บ้านสันต้นแหนใต้ หมู่ที่ 5 ตำบลแม่คือ	156
26	ประวัติชีวิตนางอมร การคนเที่ยง บ้านถ้ำ หมู่ที่ 3 ตำบลตลาดขวัญ	157
27	รูปแบบการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมของแรงงานนอกระบบ 7 ขั้นตอนที่ใช้ในการวิจัย	198
28	แผนที่เดินดินบ้านสันทราย หมู่ที่ 3 ตำบลแม่ฮ้อยเงิน	202
29	ผังเครือญาติครอบครัวนายประภาส นางละมัย สามหงส์ บ้านสันทราย หมู่ที่ 3 ตำบลแม่ฮ้อยเงิน	203
30	โครงสร้างอำนาจชุมชนบ้านสันทราย หมู่ที่ 3 ตำบลแม่ฮ้อยเงิน	204
31	ระบบสุขภาพชุมชนบ้านสันทราย หมู่ที่ 3 ตำบลแม่ฮ้อยเงิน	205
32	ปฏิทินชุมชนบ้านสันทราย หมู่ที่ 3 ตำบลแม่ฮ้อยเงิน	206
33	ประวัติศาสตร์ชุมชนบ้านสันทราย หมู่ที่ 3 ตำบลแม่ฮ้อยเงิน	207
34	ประวัติชีวิตนางนิภา ยอดทองเลิศ บ้านสันทราย หมู่ที่ 3 ตำบลแม่ฮ้อยเงิน	208
35	รูปแบบการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมของแรงงานนอกระบบ 7 ขั้นตอน	223

สารบัญภาพผนวก

ภาพผนวกที่		หน้า
1	การปลูกเมี่ยง	282
2	การดูแลไร่เมี่ยง	282
3	การเก็บเมี่ยง	283
4	การนึ่งเมี่ยง	283
5	การมัดเมี่ยง	284
6	การหมักเมี่ยง	284
7	การส่งขายเมี่ยง	285
8	การทำหัวร่ม	286
9	การทำซี่ร่ม	287
10	การขึ้นรูปคันร่ม	288
11	การส่งคันร่มขาย	289
12	ต้นตับตอง	289
13	การใส่ด้ามร่ม และการเขียนลาย	290
14	การเตรียมหนังหมู	291
15	การรวน และหมักหนังหมู	292
16	การทอดแคบหมู	293
17	การบรรจุถุง	294
18	การขายแคบหมู	294
19	การเตรียมไม้มะม่วง	295
20	การตัด ขัด และทำคิ้วไม้	296
21	การขึ้นรูปผลิตภัณฑ์	297
22	การขัดผิวและทำสี	298
23	การแกะสลัก	299
24	การส่งขายผลิตภัณฑ์	300
25	การอธิบายแบบสัมภาษณ์ และการออกสัมภาษณ์	315
26	การพัฒนาศักยภาพ และการเตรียมทีม	315
27	การสำรวจชุมชน และการประเมินภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพ	316

ภาพผนวกที่		หน้า
28	การวิเคราะห์ชุมชน และการวางแผนงาน/โครงการ	316
29	การดำเนินโครงการ	317
30	การประเมินผล	317
31	การคืนข้อมูลสู่ชุมชน	318

บทที่ 1
บทนำ
(INTRODUCTION)

การพัฒนาประเทศในอดีตที่ผ่านมาอาจถือได้ว่าเป็นการพัฒนาที่ไม่สมดุล กล่าวคือ เป็นการพัฒนาที่มุ่งเน้นสร้างความเจริญทางเศรษฐกิจมากกว่าการพัฒนาในทุกด้านพร้อมกันไป และมุ่งจัดสรรทรัพยากรให้แก่เมืองใหญ่ โดยเฉพาะเขตกรุงเทพมหานครมากกว่าการกระจายไปยังท้องถิ่นชนบทต่างๆ ให้เจริญทัดเทียมกัน สภาพการพัฒนาที่ไม่สมดุลดังกล่าวนี้ไม่ใช่การพัฒนาที่เป็นการเปลี่ยนรูปสังคมให้ก้าวไปสู่สภาวะที่ดีกว่าในทุกด้านอย่างแท้จริง แต่ทำให้เกิดการพัฒนาแบบที่เรียกว่า "เศรษฐกิจดี สังคมมีปัญหา การพัฒนาไม่ยั่งยืน" (ชาติชาย ณ เชียงใหม่, 2543: 2) ซึ่งผลดังกล่าวทำให้สังคมเกิดปัญหามากมาย อาทิเช่น ปัญหาความยากจน ความเสื่อมโทรมของทรัพยากรธรรมชาติ และการลดน้อยลงของทุนทางสังคมหรือความสัมพันธ์ทางสังคมของชุมชน กอปรกับวิกฤตการทางการเงินและเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นเมื่อต้นปี 2540 เป็นต้นมา ยิ่งทำให้ปัญหาต่างๆ ในชุมชน โดยเฉพาะชุมชนชนบททวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนชนบทเป็นนโยบายสำคัญประการหนึ่งที่รัฐบาลเร่งระดมความร่วมมือ และการสนับสนุนจากทุกฝ่ายเพื่อส่งเสริมให้ชุมชนชนบทมีความเข้มแข็งมากขึ้น สามารถจัดการแก้ปัญหาต่างๆ และดำเนินการพัฒนาชุมชนของตนได้ด้วยตนเองมากที่สุดเท่าที่ศักยภาพ โอกาส และขีดความสามารถของแต่ละชุมชนจะเอื้ออำนวย

ผลการพัฒนาดังกล่าวทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านสิ่งแวดล้อม สังคม เศรษฐกิจ และการเมือง ที่ล้วนแต่มีผลกระทบทำให้ชุมชนในชนบทเกิดความอ่อนแอที่เกิดขึ้นท่ามกลางกระแสการพัฒนาที่มุ่งสร้างความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจแบบทุนนิยม ทั้งในด้านวิธีคิด วิธีมองการพัฒนาชนบท และวิธีการบริหารงานพัฒนาชนบทของภาครัฐ ภายใต้แนวคิดการพัฒนาประเทศที่เร่งรัดการสร้างความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ ซึ่งพบว่ามีความบกพร่อง ไม่เหมาะสมกับสภาพเงื่อนไขทางวัฒนธรรม และศักยภาพความพร้อมของคนชนบทและทรัพยากรธรรมชาติ รวมทั้งยังไม่ได้เป็นวิถีทางที่มีประสิทธิภาพที่จะเสริมสร้างความเข้มแข็ง และความยั่งยืนของภาคชนบท (สภาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2545: 180) ซึ่งผลพวงจากการพัฒนาที่ผิดพลาดดังกล่าวยังคงแสดงผลของการสูญเสียบางอย่างมาจนถึงปัจจุบัน โดยเฉพาะสวัสดิการของคนในเขตชนบทที่ถูกละเลย ขาดกรอบการพัฒนาที่มีทิศทาง ขาดการสนับสนุนอย่างเป็นระบบ และการนำทรัพยากรชนบทไปสนับสนุนให้กับภาคอุตสาหกรรมเมือง และบริษัทเกษตรกรรมขนาดใหญ่

ทำให้มีกลุ่มที่ได้รับผลกระทบมากที่สุด คือ แรงงานนอกระบบ ซึ่งเป็นแรงงานเฉพาะที่มีสัญชาติไทยเท่านั้น กระจายตัวอยู่ในชนบท และมีบทบาทต่อการสร้างเศรษฐกิจในระดับชุมชนที่ขาดการดูแลเอาใจใส่ และขาดการพัฒนาฝีมือ จนเกิดความเสี่ยงด้านสุขภาพอันเนื่องมาจากการขาดความรู้ขาดมาตรฐานในการปฏิบัติงานและการป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพ ขาดความมั่นคงในการทำงาน และไม่ได้รับการคุ้มครองทางสังคมโดยเฉพาะการประกันสุขภาพที่เป็นธรรม (ชาติชาย ณ เชียงใหม่, 2543: 60-61) จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2548: ระบบออนไลน์) พบว่า ในปี 2548 มีแรงงานนอกระบบประสบกับปัญหาอุบัติเหตุมากถึง 2.9 ล้านคน โดยส่วนใหญ่เกิดจากการถูกของมีคมบาดมากถึง 1.8 ล้านคน รองลงมา คือ การพลัดตกหกล้มจำนวน 0.4 ล้านคน แรงงานเหล่านี้จะต้องช่วยเหลือตัวเองในด้านการรักษาพยาบาล หรือใช้สิทธิ์จากหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น นอกจากนี้ปัจจุบันประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายให้ความคุ้มครองแรงงานกลุ่มนี้ โดยเอกพงศ์ คลังกรณ์ (2545: บทคัดย่อ) กล่าวว่าในกฎกระทรวงพัฒนาแรงงานและทรัพยากรมนุษย์ฉบับที่ 9 ลงวันที่ 14 กันยายน พ.ศ. 2542 ได้บัญญัติไว้อย่างชัดเจนว่างานที่รับไปทำที่บ้านนั้นไม่ได้อยู่ภายใต้บังคับของพระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน พ.ศ. 2541 เป็นผลให้ผู้รับงานไปทำที่บ้านไม่ได้รับการคุ้มครองด้านแรงงานตามพระราชบัญญัติดังกล่าว ทั้งเรื่องค่าจ้างที่ได้รับต่ำ ช้ากว่ากำหนด ถูกหักค่าจ้างหรือปรับอย่างไม่ยุติธรรมหรือไม่ได้รับค่าจ้าง ขาดสวัสดิการ ขาดการป้องกันปัญหาสุขภาพอนามัยและความปลอดภัยจากการทำงานอย่างถูกต้อง มีเวลาพักผ่อนน้อย ไม่มีอุปกรณ์ในการป้องกันอันตรายจากการทำงาน ไม่ได้รับค่าทดแทนและการรักษาพยาบาลจากการเจ็บป่วยหรือประสบอุบัติเหตุจากการทำงาน ซึ่งแตกต่างกับกฎหมายเกี่ยวกับงานที่รับไปทำที่บ้านของบางประเทศ เช่น ฟิลิปปินส์ ออสเตรเลีย อาร์เจนตินา และญี่ปุ่น ที่ระบุบทบัญญัติในการให้ความคุ้มครองผู้รับงานไปทำที่บ้านไว้อย่างชัดเจน แสดงให้เห็นว่าต่างประเทศให้ความสำคัญและปกป้องสิทธิของแรงงานนอกระบบอย่างชัดเจน เพราะถือว่าเป็นผู้ใช้แรงงานประเภทหนึ่ง

นอกจากนี้ศูนย์วิจัยกสิกรไทย (2549: ระบบออนไลน์) ได้กล่าวไว้ว่า แรงงานไทยส่วนใหญ่ยังคงเป็นแรงงานนอกระบบที่ยังไม่ได้รับการคุ้มครองสวัสดิการต่างๆ ทั้งในด้านสุขภาพและความมั่นคงในชีวิต โดยเฉพาะสวัสดิการจากกองทุนประกันสังคมที่ปัจจุบันยังไม่มีกฎหมายที่จะรับรองสิทธิ์ให้แรงงานนอกระบบได้รับสวัสดิการเหมือนกับแรงงานในระบบ และยังขาดการรวมตัวกันเป็นกลุ่มที่ชัดเจน จึงขาดอำนาจการต่อรองในการเรียกร้องสิทธิ์ต่างๆ ตามกฎหมายแรงงาน ขาดมาตรการด้านความปลอดภัยในการทำงาน และขาดการพัฒนาฝีมือแรงงานนอกระบบ ซึ่งแตกต่างจากแรงงานในระบบที่มีหน่วยงานราชการดูแลอย่างชัดเจน ดังเช่น นิคมอุตสาหกรรมมาบตาพุด (บุญชัย สมบูรณ์สุข และคณะ, 2543: บทคัดย่อ) มีองค์กรที่เกี่ยวข้องทั้งทางตรงและ

ทางอ้อมในการจัดการแรงงานทั้งด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วยองค์กรในประเทศ 5 กระทรวง คือ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงแรงงาน กระทรวงอุตสาหกรรม และกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม และองค์กรต่างประเทศที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์การอนามัยโลก องค์การพิทักษ์สิ่งแวดล้อมแห่งสหรัฐอเมริกา ที่ให้การสนับสนุนทั้งด้านการพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาล การให้บริการส่งเสริมสุขภาพ วางแผนครอบครัว การควบคุมและป้องกันโรค การตรวจสุขภาพ การจัดหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ และการจัดการสิ่งแวดล้อมในนิคมอุตสาหกรรม อย่างมีระบบ ด้วยเหตุผลนี้จึงทำให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องหลายๆ ฝ่ายได้เล็งเห็นถึงผลกระทบของความแตกต่างทางด้านสิทธิและสวัสดิการของแรงงานทั้ง 2 ประเภท จึงต้องเร่งหาทางแก้ไข โดยเฉพาะการหาแนวทางการคุ้มครองสิทธิด้านการประกันสังคมที่มีทางเป็นไปได้สูง ซึ่งในระยะแรกๆ อาจจะครอบคลุมแรงงานบางประเภทเท่านั้น แต่จากสถิติการเจ็บป่วยของแรงงานนอกระบบข้างต้น นับวันยิ่งทวีความรุนแรงมากขึ้น การรอความคุ้มครองจากหลักประกันสังคมคงจะเป็นสิ่งที่รอไม่ได้ ดังนั้นควรต้องมีการกระตุ้นให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพของแรงงานนอกระบบ ก็จะทำให้การแก้ปัญหาดังกล่าวทันท่วงที และตรงกับประเด็นปัญหาหรือความต้องการของแรงงานนอกระบบในชุมชนนั้นๆ ได้

ความสำคัญของปัญหา
(Significance of the Problem)

การพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ นับตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 1 ถึงฉบับที่ 10 ถือว่าประสบความสำเร็จอย่างมาก ส่งผลให้มูลค่าผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ (gross national product: GNP) เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (โครงการประสานการพัฒนาคุณภาพชีวิตการทำงานของแรงงานนอกระบบ, 2548: 3) จาก 1.2 ล้านบาทในปี 2503 เป็น 1.4 พันล้านบาทในปี 2545 หรือ 2.3 พันล้านบาทในปี 2552 ซึ่งมูลค่าผลิตภัณฑ์มวลรวมดังกล่าวเป็นผลผลิตและบริการที่เกิดจากการทำงานของผู้ใช้แรงงานทั้งประเทศไม่น้อยกว่า 3.3 ล้านคนในปี 2545 หรือเพิ่มเป็น 3.8 ล้านคนในปี 2552 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2546: ระบบออนไลน์; 2553: ระบบออนไลน์) ซึ่งแรงงานทั้งหมดนี้แบ่งออกเป็นแรงงาน 2 ประเภทใหญ่ๆ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2548: 42) ได้แก่ แรงงานในระบบ (formal worker) คือ แรงงานที่อยู่ในระบบการจ้างประจำ มีรายได้แน่นอน เช่น พนักงานในโรงงานอุตสาหกรรม พนักงานรับจ้าง ข้าราชการ และลูกจ้างประจำ เป็นต้น และแรงงานนอกระบบ

(informal worker) คือ แรงงานอิสระที่ไม่อยู่ในระบบการจ้างประจำ เช่น ผู้ที่รับงานไปทำที่บ้าน เกษตรกร แม่ค้าหาบเร่ ช่างตัดผม เป็นต้น จากข้อมูลของโครงการประสานการพัฒนาคุณภาพชีวิตการทำงานของแรงงานนอกระบบ (2548: 3) พบว่าร้อยละ 43 ของมูลค่าผลิตภัณฑ์มวลรวมข้างต้นเป็นผลผลิตและบริการที่ได้จากการทำงานของแรงงานนอกระบบ ที่ทำงานโดยอิสระ ปราศจากกฎเกณฑ์ และการคุ้มครองทางกฎหมาย แรงงานกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เป็นแรงงานในชนบทที่นับว่ามีความสำคัญต่อระบบเศรษฐกิจของประเทศ มีการขยายตัวอย่างรวดเร็ว รวมทั้งมีบทบาทในการเพิ่มผลผลิต สร้างเศรษฐกิจ และเป็นแหล่งจ้างงานในชุมชนที่กระจายอยู่ทั้งภาคการผลิต ภาคเกษตร และธุรกิจค้าส่งหรือค้าปลีก ที่นอกจากช่วยเพิ่มรายได้ของประเทศแล้ว ยังช่วยลดปัญหาการอพยพแรงงานเข้าสู่เมือง ช่วยรักษาศิลปะ หัตถกรรมท้องถิ่นไม่ให้สูญหาย และเป็นแหล่งการท่องเที่ยวสำคัญในชุมชนแห่งนั้น (ศูนย์วิจัยกสิกรไทย, 2549: ระบบออนไลน์)

สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2548: ระบบออนไลน์; 2551: ระบบออนไลน์) ได้ทำการสำรวจ พบว่าในปี 2551 ประเทศไทยมีกำลังแรงงานเพิ่มขึ้นจากปี 2548 จำนวน 36.3 ล้าน เป็น 37.8 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นแรงงานนอกระบบมากถึง 22.5 ล้านคน หรือร้อยละ 62.14 ในปี 2548 เพิ่มขึ้นเป็น 24.1 ล้านคน หรือร้อยละ 63.73 ของผู้มีงานทำทั้งประเทศ ในปี 2551 นอกจากนี้แรงงานนอกระบบไม่มีนายจ้างและไม่ได้รับการคุ้มครองทางกฎหมายทั้งด้านสิทธิแรงงาน และการประกันสังคมต่ำในปี 2551 มีประมาณ 13 ล้านคน หรือร้อยละ 36.27 จะเห็นได้ว่าแรงงานนอกระบบเป็นแรงงานขนาดใหญ่ ซึ่งครอบคลุมแรงงานในภาคเกษตรกรรม ภาคบริการ และภาคการผลิต เมื่อแยกประเภทแรงงานในปี 2551 พบว่า เป็นแรงงานนอกระบบภาคเกษตรกรรมมากที่สุด จำนวน 15 ล้านคน (ร้อยละ 62.24) รองลงมา คือ แรงงานนอกระบบด้านการค้าส่งและค้าปลีก จำนวน 3.7 ล้านคน (ร้อยละ 15.35) ด้านโรงแรมและภัตตาคาร 1.7 ล้านคน (ร้อยละ 7.05) ด้านการผลิต 1.2 ล้านคน (ร้อยละ 4.99) ด้านการก่อสร้าง 1.1 ล้านคน (ร้อยละ 4.56) ด้านการขนส่ง 0.6 ล้านคน (ร้อยละ 2.50) ด้านบริการชุมชนและสังคม 0.5 ล้านคน (ร้อยละ 2.07) และด้านอื่นๆ 0.3 ล้านคน (ร้อยละ 1.24) ซึ่งโครงการประสานการพัฒนาคุณภาพชีวิตการทำงานของแรงงานนอกระบบ (2548: 3) กล่าวเสริมว่าแรงงานกลุ่มนี้มีสิ่งที่เหมือนกัน คือ การขาดอำนาจต่อรองและหลักประกันในการทำงาน การขาดสิทธิด้านแรงงาน และการคุ้มครองทางสังคม และการไม่สามารถเข้าถึงบริการของรัฐ เนื่องจากส่วนใหญ่มีการศึกษาน้อย ขาดทักษะและเงินทุนหมุนเวียน ขาดการรวมกลุ่มแบบสหภาพแรงงาน ส่งผลให้ขาดหลักประกันและความมั่นคงในการทำงาน รายได้น้อยและไม่แน่นอน ถูกเอารัดเอาเปรียบจากผู้ว่าจ้าง และมีโอกาสได้รับอันตรายจากการทำงานสูง โดยเฉพาะการเจ็บป่วยจากสภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัย ซึ่งแรงงานนอกระบบมีโอกาสสัมผัสกับสภาพแวดล้อมในการทำงานทั้งด้านกายภาพ เคมี ชีวภาพ หรือด้านการยศาสตร์

ได้เช่นเดียวกับแรงงานในระบบ แค่เมื่อเกิดการเจ็บป่วยจากการทำงาน แรงงานกลุ่มนี้ต้องรับผิดชอบดูแลสุขภาพอนามัยด้วยตนเอง เพราะถือว่าเป็นแรงงานที่อยู่นอกเหนือการคุ้มครองสิทธิจากกฎหมายแรงงานและการประกันสังคม ถึงแม้ว่าจะได้รับสิทธิจากหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่ค่าใช้จ่ายด้านอื่นๆ ยังจำเป็นต้องเสียอยู่ เช่น ค่าเสียเวลาในการนอนรักษาพยาบาล รายได้ที่ขาดหายไป ค่าเดินทางไปสถานพยาบาล โดยที่ไม่มีสิทธิเรียกร้องค่าชดเชย หรือสินไหมทดแทนกรณีเกิดอุบัติเหตุ หรือเสียชีวิตจากการทำงานได้ (ศูนย์วิจัยกสิกรไทย, 2549: ระบบออนไลน์) สิ่งเหล่านี้ทำให้แรงงานนอกระบบต้องต่อสู้ ดิ้นรน และแสวงหาแนวทางที่จะดำรงชีวิตภายใต้ความเปลี่ยนแปลงของภาวะเศรษฐกิจและสังคมในปัจจุบันด้วยตนเอง

การเจ็บป่วยจากการทำงานของแรงงานนอกระบบ สามารถพบได้ทุกระบบของร่างกายขึ้นอยู่กับลักษณะและความเสี่ยงในการทำงาน ถึงแม้ลักษณะการเจ็บป่วยจะไม่รุนแรงแต่การเจ็บ ป่วยบ่อยครั้งย่อมทำให้สุขภาพร่างกายทรุดโทรมลง หรือพฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยก็มีหลายรูปแบบ ถ้าหากเป็นไปอย่างไม่ถูกต้องเหมาะสมก็จะเกิดปัญหาได้ ดังเช่น การศึกษาของสุนทรี ศรีโกไสย์ (2539: บทคัดย่อ) และสุสัณหา ยิ้มแย้ม และคณะ (2547: บทคัดย่อ; 36-37) ที่พบว่าถึงแม้แรงงานนอกระบบส่วนใหญ่ทราบว่าตนเองมีภาวะเสี่ยงและปัญหาสุขภาพจากการทำงาน แต่เมื่อเกิดขึ้นจะทำการรักษาด้วยตนเอง เพราะคิดว่าโรคที่เกิดขึ้นไม่รุนแรง และไม่ต้องเสียเวลาในการเดินทางไปรักษา รองลงมาคือ ไม่ได้รักษาหรือปล่อยให้หายเอง เพราะต้องรีบทำงานจนอาการเหล่านั้นหายไปเอง และรักษาด้วยแผนปัจจุบันจะเลือกเป็นลำดับสุดท้าย ถ้าหากเจ็บป่วยโดยไม่สามารถรักษาด้วยตนเองได้จะไปรักษาที่คลินิกเอกชนในเวลาเย็นหลังเลิกงาน หรือซื้อยาจากร้านขายยามารับประทานเอง และใช้บริการตามสิทธิบัตรหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่สถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลเป็นอันดับสุดท้าย จากพฤติกรรมเหล่านี้ (ชญาภา คุจจานุทัศน์, 2548: 21) ทำให้แรงงานนอกระบบเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยเรื้อรังและรุนแรงหรือเกิดความพิการ ได้ส่งผลกระทบต่อผลผลิตและเศรษฐกิจของท้องถิ่นโดยรวม รัฐบาลต้องสูญเสียผลประโยชน์ที่ควรจะได้รับ เกิดปัญหาด้านศีลธรรม ผู้บริโภคมีความเสี่ยงต่อสินค้าและบริการที่ไม่ได้มาตรฐานและขาดความปลอดภัย รวมทั้งต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพโดยไม่จำเป็นอีกด้วย

การที่แรงงานนอกระบบเหล่านี้เป็นผู้ที่อยู่นอกเหนือบทบัญญัติแห่งพระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน พ.ศ. 2541 โดยกฎกระทรวงฉบับที่ 9 พ.ศ. 2541 กำหนดไว้ว่าห้ามมิให้นำบทบัญญัติแห่งพระราชบัญญัติดังกล่าวใช้บังคับกับกรณีแรงงานที่รับงานไปทำที่บ้าน และแรงงานภาคเกษตรกรรม ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของแรงงานนอกระบบและเป็นแรงงานที่มีส่วนสำคัญในการพัฒนาเศรษฐกิจ ทำให้สิทธิประโยชน์ที่ได้รับแตกต่างไปจากแรงงานในระบบที่ระบุในพระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน (ทยทัตต์ อากรกิจ, 2545: บทคัดย่อ) จึงทำให้แรงงานนอกระบบ

ประสบปัญหาหลายๆ ด้าน อาทิเช่น ค่าจ้างต่ำกว่าค่าจ้างขั้นต่ำ ค่าจ้างไม่ปรับตัวตามอัตราภาวะเงินเฟ้อ ชั่วโมงการทำงานติดต่อกันยาวนาน เพราะเกิดภาวะกดดันจากการจ่ายค่าจ้างตามจำนวนของงาน ไม่ได้รับประกันสังคม สวัสดิการ และผลประโยชน์อื่นๆ เกิดปัญหาสุขภาพและความปลอดภัยในการทำงานบ่อย ได้แก่ อันตรายจากการทำงานของเครื่องกล เครื่องมือที่แหลมคม ผลเสียจากการทำงานที่ต่อเนื่องกันยาวนานมาก และการไม่คำนึงถึงหลักการยศาสตร์ เป็นต้น (ศูนย์วิจัยกสิกรไทย, 2549: ระบบออนไลน์) จึงทำให้กระทรวงสาธารณสุข (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2548: 50-62; 111-189) ได้กำหนดตัวชี้วัดบางตัวเพื่อช่วยแก้ปัญหาเหล่านี้ ได้แก่ อุบัติการณ์โรคระบบกล้ามเนื้อและกระดูก เป็นตัวชี้วัดสถานะสุขภาพด้านภาวะทางสุขภาพ ค่าเฉลี่ยจำนวนวันของการจำกัดกิจกรรมเนื่องจากการเจ็บป่วย และความชุกของผู้ที่ไม่สามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง เป็นตัวชี้วัดสถานะสุขภาพด้านการทำงานของร่างกาย ส่วนรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของบุคคล และอัตราค่าใช้จ่ายของรัฐบาลด้านสุขภาพต่อหัวประชากร เป็นตัวชี้วัดปัจจัยกำหนดสถานะสุขภาพด้านสภาพความเป็นอยู่และการทำงาน และอัตราการป้องกันการตายจากการบาดเจ็บ เป็นตัวชี้วัดประเมินระบบสุขภาพด้านประสิทธิผลการให้บริการ กอปรกับได้มีการพยายามผลักดันเรียกร้องให้ภาครัฐทบทวนปรับเปลี่ยนแนวคิด นโยบาย และวิธีการพัฒนาชนบทให้เป็นไปตามแนวทางการพัฒนาที่พัฒนาทุกด้านไปพร้อมกันแบบองค์รวม เป็นการพัฒนาที่ดำเนินการโดยและเพื่อประโยชน์ของคน ครอบครัว และชุมชนชนบท หรือที่เรียกกันว่าเป็นการพัฒนาที่คนเป็นศูนย์กลาง (people-centered development) (สภาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2545: 180) ที่เริ่มเห็นทิศทางได้ชัดเจนในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 เป็นต้นมา ทั้งยังปรับเปลี่ยนแนวทางการบริหารการพัฒนาชนบทจากการพัฒนาที่รัฐเป็นผู้ดำเนินการมาเป็นการพัฒนาที่คนและชุมชนเป็นผู้ดำเนินการ รวมเรียกว่า "การพัฒนามนุษย์ที่ยั่งยืน" (sustainable human development) โดยมีแนวคิดที่สำคัญ 4 ประการ ที่แตกต่างไปจากตัวแบบการสร้างความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ ได้แก่ ความเท่าเทียม (equity) ความยั่งยืน (sustainability) ผลิตภาพ (productivity) และศักยภาพ (potentiality) (Haq, 1995: 16-20) จึงทำให้ทุกๆ ฝ่ายที่เกี่ยวข้องหันมาสนใจดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบมากขึ้น เพื่อให้ตัวชี้วัดเหล่านี้ผ่านเกณฑ์ ซึ่งหมายถึงสุขภาพของประชากรในท้องถิ่นนั้นๆ อยู่ในเกณฑ์ดี และเป็นการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ที่เน้นคนเป็นศูนย์กลางนั่นเอง

ปัญหาการวิจัย
(Research Problem)

นโยบายการกระจายอำนาจให้กับท้องถิ่นของกระทรวงมหาดไทยปี พ.ศ. 2545-2554 ได้มีนโยบายให้การส่งเสริมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความเข้มแข็งและมีศักยภาพในการให้บริการสาธารณะ และการบริหารการพัฒนาตามศักยภาพของท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพและได้มาตรฐานบนพื้นฐานของหลักการประชาธิปไตย พร้อมทั้งสนับสนุนส่งเสริมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรต่างๆ ในการพัฒนาความเข็มแข็งของชุมชน (กระทรวงมหาดไทย, 2550: ระบบออนไลน์) ซึ่งการดูแลสุขภาพชุมชนเป็นงานบริการสาธารณะอย่างหนึ่งที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องรับผิดชอบ แต่จากการศึกษาหลายๆ เรื่องที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกลับพบว่า ในเรื่องการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพยังเป็นเรื่องใหม่ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องเรียนรู้เพิ่มมากขึ้น และยังมีปัญหาและอุปสรรคอีกมากมาย ดังเช่น การศึกษาของกรรณิการ์ พงษ์สนิท และคณะ (2541: บทคัดย่อ) เรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตใน 6 หมู่บ้านของตำบลขุนคง อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าปัจจัยที่เป็นอุปสรรคของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ คือ เวลาที่ไม่สอดคล้องระหว่างสมาชิกในชุมชนและทีมปฏิบัติงาน รวมทั้งขาดทักษะพื้นฐานที่สำคัญ คือ ทักษะในการสื่อสารข้อมูลข่าวสาร ทักษะในการแก้ไขปัญหา และทักษะในการทำงานเป็นทีม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชรินทร์ ศึกษากิจ (2544: บทคัดย่อ) เรื่องการมีส่วนร่วมของสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลในการดูแลสุขภาพประชาชนอำเภอบ้านแพ้วและอำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร พบว่าถึงแม้การมีส่วนร่วมขององค์การบริหารส่วนตำบลทั้ง 2 อยู่ในระดับมาก แต่ยังมีปัญหาในการมีส่วนร่วม คือ การขาดความรู้และประสบการณ์ วัสดุอุปกรณ์ เทคโนโลยี และงบประมาณในการสนับสนุน และยังมีข้อเสนอแนะว่าควรพัฒนาความรู้ในเรื่องบทบาทหน้าที่ของสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลเพื่อการพัฒนางานสาธารณสุข และองค์การบริหารส่วนตำบลควรส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในด้านสาธารณสุขและการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชน แต่อย่างไรก็ตามยังไม่มีรูปแบบการดูแลสุขภาพแรงงานนอกระบบที่เหมาะสม แต่มีแนวทางการดำเนินงานที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้ เช่น การดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีทั้งหมด 5 ขั้นตอน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2549: 29) ประกอบด้วย การสำรวจกลไกหลักและประเมินสถานการณ์การดำเนินงานด้านสุขภาพของหมู่บ้านที่ผ่านมา การสร้างเวทีเรียนรู้ชุมชน กระบวนการทำแผนชุมชน ปฏิบัติการตามแผน และการประเมินผล ซึ่งถ้าประยุกต์ใช้

ร่วมกับทฤษฎีการพัฒนาอื่นๆ เช่น หลักการพัฒนาชนบท 7 ขั้นตอน (สนธยา พลศรี, 2545: 87) ทฤษฎีการมีส่วนร่วมของชุมชน และการใช้เครื่องมือต่างๆ ในการสำรวจชุมชนก็จะเกิดการพัฒนารูปแบบในการแก้ปัญหาดังกล่าวให้เกิดประโยชน์สูงสุดและมีประสิทธิภาพได้ ทำให้สามารถเข้าถึงชุมชนและสามารถเข้าใจวิถีชีวิตชุมชนได้อย่างแท้จริง เป็นรูปแบบที่นำไปประยุกต์ใช้ในการการค้นหาและแก้ปัญหาของชุมชนได้มากกว่าที่จะเน้นการเข้าใจและเข้าถึงชุมชนแต่เพียงอย่างเดียว (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ, 2545: 16-18)

เนื่องจากแรงงานนอกระบบเป็นแรงงานกลุ่มใหญ่ และมีลักษณะการทำงานที่แตกต่างกัน รวมทั้งมีปัญหาสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงที่หลากหลายตามลักษณะของการทำงาน ซึ่งความหลากหลายเหล่านี้เห็นได้ในทุกๆ แห่งของประเทศไทย ถึงแม้จังหวัดเชียงใหม่จะยังไม่มีการสำรวจอย่างเป็นทางการ แต่ก็พบว่าในหลายๆ อำเภอมีแรงงานนอกระบบกระจายอยู่ทั่วไป เช่น อำเภอดอยสะเก็ดที่มีแรงงานนอกระบบจำนวน 14,632 คน หรือร้อยละ 24 ของประชาชนวัย 15-60 ปี ซึ่งมีหลากหลายกลุ่มอาชีพ เช่น เกษตรกร แม่ค้า ทำเมี่ยง เลี่ยนไม้ เขียนพัดและร่ม เป็นต้น (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอดอยสะเก็ด, 2551: 8) จึงจำเป็นต้องมีการศึกษาถึง 1) แรงงานนอกระบบมีภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงอย่างไร 2) มีปัจจัยอะไรบ้างที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของแรงงานนอกระบบในชุมชน และ 3) สามารถประยุกต์รูปแบบในการดำเนินงานด้านสุขภาพแบบต่างๆ มาใช้ในการจัดการสุขภาพของแรงงานนอกระบบอย่างเหมาะสมได้หรือไม่ และควรมีขั้นตอนอย่างไรบ้าง ด้วยเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความเสี่ยงของแรงงานนอกระบบ แล้วจัดกลุ่มเพื่อให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพของแรงงานนอกระบบอย่างเหมาะสม เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อการใช้บทบาทของชุมชนในการดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบ โดยการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยมีความต้องการทราบถึงภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยง รวมถึงปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงดังกล่าว รวมทั้งจัดกลุ่มแรงงานนอกระบบเพื่อดำเนินการพัฒนารูปแบบในการจัดการสุขภาพให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาและความเป็นจริงที่เกิดขึ้น จนสามารถเป็นชุมชนที่เป็นแบบอย่างในการดูแลสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับงานพัฒนาชนบทด้านอื่นๆ ได้ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย
(Objectives of the Study)

วัตถุประสงค์หลักของงานวิจัย คือ เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมของแรงงานนอกระบบ โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะดังต่อไปนี้

1. เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของแรงงานนอกระบบ
2. เพื่อหาความสัมพันธ์และความแตกต่างของปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่มีผลต่อภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงของแรงงานนอกระบบ
3. เพื่อพัฒนารูปแบบในการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมของแรงงานนอกระบบโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ขอบเขตของการวิจัย
(Scope of the Study)

ขอบเขตด้านเนื้อหา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปริมาณควบคู่กับเชิงคุณภาพ โดยเชิงปริมาณเป็นการสำรวจภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงของแรงงานนอกระบบ รวมทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงนั้น โดยตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย

1. ตัวแปรอิสระ ประกอบด้วย

1.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพการสมรส และรายได้

1.2 ปัจจัยเสริม ได้แก่ ประเภทงาน ลักษณะงาน ทำงานมานาน สภาพการจ้างงาน ชั่วโมงการทำงาน เวลาพัก และการใช้อุปกรณ์ป้องกันตัว

2. ตัวแปรตาม ประกอบด้วย

2.1 ภาวะสุขภาพโดยรวม ประกอบด้วย ภาวะสุขภาพทางการยศาสตร์ ภาวะสุขภาพทางผิวหนัง และภาวะสุขภาพทางระบบทางเดินหายใจ

2.2 พฤติกรรมเสี่ยงโดยรวม ประกอบด้วย พฤติกรรมเสี่ยงทางการยศาสตร์ พฤติกรรมเสี่ยงทางผิวหนัง และพฤติกรรมเสี่ยงทางระบบทางเดินหายใจ

2.3 ความเสี่ยงโดยรวม ซึ่งหมายถึง แรงงานนอกระบบมีภาวะสุขภาพอย่างน้อยด้านใดด้านหนึ่งร่วมมีพฤติกรรมเสี่ยงอย่างน้อยด้านใดด้านหนึ่งเช่นกัน

ส่วนการศึกษาเชิงคุณภาพ เป็นการพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพโดยประยุกต์จากรูปแบบของหมู่บ้านจัดการสุขภาพ และหลักการพัฒนาชุมชน เพื่อหารูปแบบที่เหมาะสม พร้อมทั้งใช้เครื่องมือการศึกษาชุมชน ได้แก่ เครื่องมือ 7 ชิ้น และการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ (HIA: health impact assessment) โดยทุกขั้นตอนจะต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างแท้จริง เพื่อให้ได้รูปแบบในการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมของแรงงานนอกระบบในชุมชน

ขอบเขตด้านประชากร

ประชากรในการศึกษา คือ แรงงานนอกระบบสัญชาติไทย ทั้งเพศชายและหญิง มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปที่มีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ โดยแบ่งเป็น

1. การศึกษาเชิงปริมาณ ประชากรที่ศึกษา คือ แรงงานนอกระบบ 3 ประเภท ได้แก่ แรงงานนอกระบบภาคการเกษตร ภาคการผลิต และภาคการบริการ จำนวน 14,632 คน

2. การศึกษาเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามประเภทของแรงงานนอกระบบ ประเภทละ 1 กลุ่ม รวม 3 กลุ่ม รวมทั้งองค์กรชุมชนในพื้นที่ที่ศึกษาที่มีส่วนเกี่ยวข้องพื้นที่ละ 11 คน และกลุ่มทดลองรูปแบบและองค์กรชุมชน จำนวน 1 กลุ่ม

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย
(Expected Results)

1. ทำให้ทราบระดับสุขภาพ และพฤติกรรมเสี่ยง รวมทั้งสามารถจัดกลุ่มแรงงานนอกระบบที่สามารถนำไปใช้วางแผนและแก้ปัญหาร่วมกับชุมชนต่อไป

2. ได้ทราบปัจจัยที่มีผลกับภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมเสี่ยง เพื่อนำไปใช้ในการวางแผนและแก้ปัญหาร่วมกับชุมชนต่อไป

3. สามารถเรียนรู้และนำเทคโนโลยี ได้แก่ โปรแกรมทางคอมพิวเตอร์เข้ามาประยุกต์ใช้ในการจัดการสุขภาพด้านต่างๆ ได้

4. มีรูปแบบในการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมของแรงงานนอกระบบที่ผู้ที่สนใจสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้

5. เป็นแนวทางในการสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนและท้องถิ่น เพื่อให้มีส่วนร่วมในการจัดการกับปัญหาของแรงงานนอกระบบในพื้นที่ตนเองและชุมชนอื่นๆ สามารถนำรูปแบบไปใช้ในการวางแผนและแก้ปัญหาอื่นๆ ได้

นิยามศัพท์ปฏิบัติการ
(Operational definition of Terms)

แรงงานนอกระบบ หมายถึง บุคคลผู้ที่มีสัญชาติไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปที่ทำงานอยู่ในชุมชน โดยมีรายได้หรือการจ้างงานที่ไม่มีกฎเกณฑ์ที่แน่นอน และไม่ได้รับการคุ้มครองจากประกันสังคม ซึ่งกระจายอยู่ในชุมชน โดยแยกเป็น 3 ประเภทใหญ่ๆ คือ แรงงานนอกระบบภาคการเกษตร ภาคการผลิต และภาคการบริการ

แรงงานนอกระบบภาคการผลิต หมายถึง บุคคลที่ประกอบอาชีพเกี่ยวข้องกับการการผลิตในชุมชน ทั้งแบบรับช่วงมาทำที่บ้าน รับจ้างในโรงงาน หรือเป็นธุรกิจของตนเอง เช่น การเกี่ยนไม้ ทำพัดและร่ม แกะสลัก น้ำพริกตาแดง จักสาน ผลิตนมผึ้ง เป็นต้น

แรงงานนอกระบบภาคเกษตรกรรม หมายถึง บุคคลที่ประกอบอาชีพเกี่ยวข้องกับการเกษตรกรรมในชุมชน โดยเป็นการทำทั้งในแบบรับจ้าง หรือเป็นกิจกรรมของตนเอง เช่น ปลูกข้าว ปลูกหอมแดง ปลูกแตงโม ปลูกพริก เก็บใบเมี่ยง หาของป่า เป็นต้น

แรงงานนอกระบบภาคการบริการ หมายถึง บุคคลที่ประกอบอาชีพเกี่ยวข้องกับการให้บริการในชุมชน โดยเป็นการทำในรูปแบบรับจ้างหรือเป็นกิจการของตนเอง เช่น หมอนวดแผนไทย แพทย์พื้นบ้าน ผู้ประกอบอาชีพขายบริการ พนักงานเสริฟ์ แม่ค้าในตลาด ช่างตัดผม ช่างเสริมสวย เจ้าของร้านอาหารหรือร้านขายของชำ เป็นต้น

การมีส่วนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพ หมายถึง การเปิดโอกาสส่งเสริม สนับสนุน หรือชักนำให้ประชาชนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้ามามีบทบาทในการดูแลสุขภาพตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา ตัดสินใจและวางแผน ร่วมดำเนินการ ประเมินผล และรับผลประโยชน์ร่วมกัน ก่อให้เกิดการเรียนรู้ และร่วมดูแลสุขภาพได้ด้วยตัวเองเพื่อคนในชุมชนเอง

ภาวะสุขภาพของแรงงานนอกระบบ หมายถึง การบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยของแรงงานนอกระบบที่ปรากฏอาการให้เห็นหรือตรวจทางการแพทย์ได้ โดยงานวิจัยฉบับนี้ทำการศึกษาเฉพาะด้านร่างกายและจิตใจที่มีสาเหตุมาจากการทำงานโดยตรงเท่านั้น ประกอบด้วย ภาวะสุขภาพทางการยศาสตร์ ทางผิวหนัง และทางระบบทางเดินหายใจ

ภาวะสุขภาพทางการยศาสตร์ หมายถึง พยาธิสภาพหรืออาการแสดงของโรคที่มีสาเหตุมาจากการทำงาน และปรากฏออกมาให้เห็นด้วยอาการทางด้านระบบกล้ามเนื้อและโครงร่าง และอุบัติเหตุต่างๆ เช่น ปวดหลัง ปวดขา หรือถูกของมีคมบาด ฯลฯ

ภาวะสุขภาพทางผิวหนัง หมายถึง พยาธิสภาพหรืออาการแสดงของโรคที่มีสาเหตุมาจากการทำงาน และปรากฏออกมาให้เห็นด้วยอาการทางระบบผิวหนัง เช่น ผื่นคัน แผลหรือรอยไหม้ หรือบาดแผล ฯลฯ

ภาวะสุขภาพทางระบบทางเดินหายใจ หมายถึง พยาธิสภาพหรืออาการแสดงของโรคที่มีสาเหตุมาจากการทำงาน และปรากฏออกมาให้เห็นด้วยอาการทางเดินหายใจ เช่น ภูมิแพ้ หอบหืด วัณโรค เป็นต้น

พฤติกรรมเสี่ยงของแรงงานนอกระบบ หมายถึง การแสดงออกหรือการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการทำงานของแรงงานนอกระบบที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพของตนเอง โดยแบ่งออกเป็นพฤติกรรมเสี่ยงทางด้านการยศาสตร์ ทางด้านผิวหนัง และทางด้านระบบทางเดินหายใจ

พฤติกรรมเสี่ยงทางการยศาสตร์ หมายถึง การแสดงออกหรือการปฏิบัติตนขณะทำงานในท่าทางเดิมเป็นระยะเวลานาน หรืออาจมีการเปลี่ยนท่าทางหรืออิริยาบถระหว่างการทำงานน้อย หรือการขาดความใส่ใจป้องกันอันตรายจากการทำงาน จนทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกายของแรงงานนอกระบบ เช่น ปวดหลัง ปวดขา หรืออุบัติเหตุ ฯลฯ

พฤติกรรมเสี่ยงทางผิวหนัง หมายถึง การแสดงออกหรือการปฏิบัติตนขณะทำงานที่ต้องสัมผัสกับสารเคมีโดยตรง โดยไม่ได้คำนึงถึงการป้องกัน เช่น การสวมใส่ถุงมือ แว่นครอบตา หรือเสื้อผ้ามิดชิด จนทำให้เกิดอาการทางผิวหนัง เช่น ผื่นคัน แผลหรือรอยไหม้ หรือบาดแผล ฯลฯ

พฤติกรรมเสี่ยงทางระบบทางเดินหายใจ หมายถึง การแสดงออกหรือการปฏิบัติตนขณะทำงานโดยไม่คำนึงถึงการป้องกัน เช่น หน้ากากป้องกันฝุ่นละออง การระบายอากาศ การทำความสะอาดสถานที่ หรือการทิ้งสารเคมี ฯลฯ จนทำให้เกิดอาการทางเดินหายใจ เช่น ภูมิแพ้ หอบหืด วัณโรค เป็นต้น

รูปแบบการจัดการสุขภาพ หมายถึง ขั้นตอนการดูแลสุขภาพของประชาชน เพื่อประชาชนในพื้นที่ โดยการเปิดโอกาสให้ชุมชนหรือองค์กรชุมชนเข้ามามีบทบาทในการดำเนินงานร่วมกันใน 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสำรวจชุมชน 2) การวิเคราะห์ปัญหาชุมชน 3) การวางแผนงานหรือโครงการ 4) การดำเนินงานตามแผน และ 5) การประเมินผลการจัดการด้านสุขภาพในหมู่บ้าน เพื่อให้เกิดการเรียนรู้และการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับพื้นที่นั้นๆ

บทที่ 2
การตรวจเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง
(REVIEW OF RELATED LITERATURE)

การศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมของแรงงานนอกระบบในอำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ ผู้วิจัยได้ดำเนินการค้นคว้าและรวบรวมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องไว้ดังนี้

1. รูปแบบการจัดการสุขภาพและการดูแลสุขภาพโดยชุมชน
2. แนวคิดเกี่ยวกับแรงงานนอกระบบและโรคจากการประกอบอาชีพ
3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพหรือการดูแลสุขภาพของประชาชน
4. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชน
   4.1 แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชน
   4.2 ทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชน
5. บริบทชุมชนอำเภอดอยสะเก็ด
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

รูปแบบการจัดการสุขภาพและการดูแลสุขภาพโดยชุมชน

การจัดการสุขภาพนั้นไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน เพราะการจัดการสุขภาพสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามบริบทชุมชน ปัญหาที่เกิดขึ้น ช่วงเวลาที่เกิดปัญหา หรือภาวะแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง แต่อย่างไรก็ตามการนำหลักการต่างๆ มาประยุกต์ใช้กับการจัดการสุขภาพนั้นมีหลายหลักการ สำหรับการวิจัยฉบับนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าหลายรูปแบบ และพบว่ารูปแบบการพัฒนาชุมชน เป็นรูปแบบที่นักพัฒนาสุขภาพนำมาประยุกต์ใช้ในการจัดการสุขภาพอย่างเหมาะสม โดยมีหลักการดังต่อไปนี้

รูปแบบการพัฒนาชุมชน

สนธยา พลศรี (2545: 62-65) ได้สรุปหลักการพัฒนาชุมชนจากแนวคิดของนักวิชาการหลายๆ ท่าน ว่าสามารถจำแนกออกได้เป็น 10 ประการ ดังนี้

1. หลักการมีส่วนร่วมของประชาชน เป็นกระบวนการที่ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนทุกขั้นตอน คือ ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมวางแผน ร่วมแก้ปัญหา ร่วมประเมินผล ร่วมรับผิดชอบ ร่วมรับผลของการพัฒนา ทั้งในรูปของบุคคล กลุ่ม และองค์กรอย่างแท้จริงและสมัครใจ

2. หลักการพึ่งตนเองของชุมชน เป็นจุดมุ่งหมายสูงสุดของการพัฒนา โดยให้ประชาชนพึ่งพาตนเองตามศักยภาพหรือพลังความสามารถที่มีอยู่ในชุมชนทั้งศักยภาพของคน ทรัพยากร และสิ่งต่างๆ

3. หลักการทำงานร่วมกันเป็นกลุ่ม กลุ่มและองค์กรเป็นศูนย์กลางของการดำเนินงานพัฒนาชุมชน เป็นแหล่งกลางของการร่วมกันคิด ร่วมกันตัดสินใจ ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติ และร่วมกันรับผิดชอบ

4. หลักการค้นหาและพัฒนาผู้นำ ผู้นำท้องถิ่นมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาชุมชน เพราะเป็นผู้ที่ประชาชนในชุมชนเคารพนับถือ สามารถชักจูงและก่อให้เกิดความศรัทธาในหมู่ประชาชนได้

5. หลักการประสานงาน เป็นเรื่องเกี่ยวกับการประสานคน ประสานทรัพยากร ประสานแผนและโครงการ ประสานผลประโยชน์ที่เกิดขึ้น

6. หลักความเข้าใจในวัฒนธรรมของชุมชน การดำเนินงานพัฒนาชุมชนจะได้รับความร่วมมือจากประชาชนมากน้อยเพียงใด และจะประสบความสำเร็จหรือไม่นั้น จะต้องทำความเข้าใจในวัฒนธรรมและวิธีการพัฒนาชุมชนที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมของแต่ละชุมชน

7. หลักประชาธิปไตยในการดำเนินงาน กิจกรรมการพัฒนาชุมชนต้องเป็นของประชาชนโดยประชาชนและเพื่อประชาชนในชุมชน ด้วยความสมัครใจไม่ใช่ถูกบังคับ เมื่อมีความคิดเห็นไม่ตรงกันจะใช้เสียงข้างมากตัดสิน ยอมรับฟังความคิดเห็นซึ่งกันและกัน

8. หลักการสมทบ ถึงแม้การพัฒนาชุมชนมุ่งที่จะให้ชุมชนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา โดยใช้ประชาชนและทรัพยากรในชุมชนเป็นสำคัญ แต่ขีดความสามารถของประชาชนและชุมชนนั้นมีขีดจำกัด คือ มีขีดความสามารถในระดับหนึ่ง ไม่สามารถระดมมาใช้อีกต่อไป การสนับสนุนช่วยเหลือจากภาครัฐบาลและภาคเอกชนที่อยู่ภายนอกชุมชนจึงเป็นสิ่งที่จำเป็น

9. หลักการขยายผล การประชาสัมพันธ์ เผยแพร่ความสำเร็จที่เกิดขึ้นจากการพัฒนาในชุมชนอื่นๆ ได้รับรู้ด้วยรูปแบบ และวิธีการต่างๆ ซึ่งนอกจากจะเป็นผลดีต่อชุมชนอื่นๆ แล้ว ยังสร้างความภาคภูมิใจให้กับประชาชนในชุมชนที่ประสบความสำเร็จในการพัฒนา และนำไปสู่การพัฒนาอื่นๆ ต่อไปอีกด้วย

10. หลักการจัดการชุมชน คนในชุมชนมีความสามารถในการจัดการตนเอง และชุมชนได้ มีความสามารถในการวางแผนและโครงการ สามารถจัดกระบวนการหรือเตรียมการเพื่อดำเนินการตามแผนงานและโครงการได้ มีทักษะในการดำเนินการตามแผนและโครงการ และสามารถทำการประเมิน ผลงานได้ด้วยตนเอง

หลักการเหล่านี้ มีความสำคัญต่อการพัฒนาชุมชนมาก โดยมีขั้นตอนดังนี้

กระบวนการพัฒนาชุมชน

เป็นขั้นตอนที่นำมาใช้ในการพัฒนาชุมชน ซึ่งมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันตามลำดับ โดยทั่วไปมีทั้งหมด 7 ขั้นตอน ดังนี้ (สนธยา พลศรี, 2545: 87-127)

1. ขั้นตอนการศึกษาชุมชนหรือชุมชนศึกษา เป็นการสำรวจและศึกษาวิเคราะห์ความจริงในข้อมูลต่างๆ ของชุมชนทั้งในด้านสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ การเมืองการปกครอง ปัญหาและความต้องการของประชาชนในชุมชน เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาชุมชนต่อไป

2. ขั้นตอนการวิเคราะห์ปัญหาชุมชน เป็นการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน โดยการนำข้อมูลจากการศึกษาชุมชนมาใช้ในการวิเคราะห์ปัญหาชุมชนอย่างละเอียดว่าเป็นปัญหาที่แท้จริงก่อให้เกิดความเดือนร้อนหรือความไม่สะดวกสบายให้แก่ชุมชนหรือไม่ เพราะปัญหาที่แท้จริงจะต้องเป็นข้อเดือดร้อนที่ชุมชนประสบอยู่จริงๆ และมีความเห็นพ้องกันว่ามีความจำเป็นที่จะต้องช่วยกันแก้ไขหรือกำจัดให้หมดไป

3. ขั้นตอนการจัดลำดับปัญหาและความต้องการของชุมชน ดำเนินโดยการนำปัญหาที่วิเคราะห์เรียบร้อยแล้วมาจัดลำดับความสำคัญ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการลงมือแก้ไข

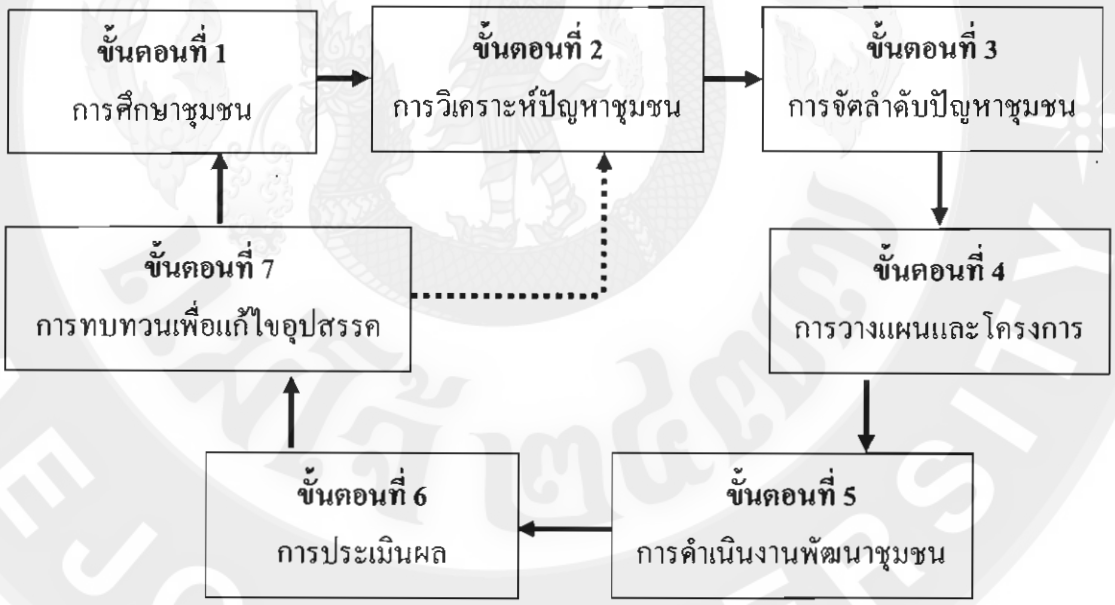
4. ขั้นตอนการวางแผนและโครงการเพื่อการพัฒนาชุมชน หลังจากมีการจัดลำดับปัญหาและความต้องการของชุมชนแล้ว จึงเลือกปัญหาในลำดับต้นๆ นำมาเตรียมการเพื่อจะแก้ไขปัญหาหรือดำเนินการพัฒนาต่อไป

5. ขั้นตอนการดำเนินงานพัฒนาชุมชน เป็นการลงมือกระทำหรือดำเนินงานตามแผนและโครงการที่กำหนดขึ้น ในขั้นตอนนี้ผู้รับผิดชอบโครงการจะต้องดำเนินการ 2 ประการ คือ การบริหารโครงการ และการควบคุมและติดตามโครงการ

6. ขั้นตอนการประเมินผล เป็นวิธีการควบคุมการปฏิบัติงานตามแผน และโครงการให้สามารถดำเนินการไปอย่างมีประสิทธิภาพ และบรรลุวัตถุประสงค์ตามขั้นตอนต่างๆ ที่วางไว้ หรือเป็นวิธีการสำหรับตัดสินว่ากิจการดำเนินไปด้วยความเจริญก้าวหน้ามากน้อยเพียงใด และจะต้องดำเนินการต่อไปอีกมากน้อยเท่าไรจึงจะประสบผลสำเร็จ

7. ขั้นตอนการทบทวนเพื่อแก้ไขปัญหาและอุปสรรค เป็นขั้นตอนที่นำสิ่งซึ่งได้รับจากขั้นตอนก่อนๆ โดยเฉพาะในขั้นตอนการประเมินผลงาน มาหาแนวทางที่จะแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นให้หมดไป ทั้งในโครงการที่กำลังดำเนินการอยู่ และโครงการที่จะดำเนินการต่อไป

จากหลักการพัฒนาชุมชนข้างต้น สามารถสรุปเป็นแผนภูมิการจัดการสุขภาพได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ขั้นตอนการพัฒนาชุมชน

ที่มา สนธยา พลศรี (2545: 87-127)

จากภาพที่ 1 การพัฒนาชุมชน ประกอบด้วย 7 ขั้นตอนที่เชื่อมโยงและเป็นลำดับอย่างชัดเจน ทำให้นักพัฒนาด้านต่างๆ นำไปประยุกต์ใช้ได้ โดยเฉพาะการพัฒนาสุขภาพที่นำไปประยุกต์ใช้ในการทำประชาพิจัยและพัฒนา ดังนี้

การทำประชาพิจัยและพัฒนา

เป็นการใช้กระบวนการศึกษาด้วยการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการศึกษาชุมชนที่มีความสามารถในการจัดการเรื่องสุขภาพของคนเองอย่างเป็นระบบ มีประสิทธิภาพและยั่งยืน สามารถพึ่งตนเองได้ โดยมีขั้นตอนที่สำคัญ 5 ขั้นตอน (วัฒนา โพธา, 2548: 5-6) คือ

1. การค้นหาตนเอง เป็นการค้นหาศักยภาพของตนเอง หาทุนของชุมชน โดยสำรวจข้อมูลพื้นฐานของชุมชน ค้นหาที่มา ประวัติความเป็นมา รากเหง้าทางสังคมวัฒนธรรม ทุนทางทรัพยากร ทุนทางปัญญา รายได้ รายจ่าย หนี้สิน และความเจ็บป่วย

2. การวิเคราะห์ชุมชน กระบวนการที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพในชุมชนและวิสัยทัศน์ของชุมชนด้านสุขภาพ

3. ศึกษาดูงาน เป็นการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์กับชุมชนอื่น แล้วนำมากำหนดทางเลือกของตนเอง

4. ดำเนินการทดลองกระบวนการเสริมสภาวะสุขภาพชุมชน ดำเนินการประเมินผล สรุปบทเรียนที่ได้รับ ผลกระทบต่อสภาวะสุขภาพของชุมชน และองค์ความรู้ที่ได้รับ

5. จัดทำแผนแม่บทสุขภาพชุมชน

หลักการทำประชาพิจัยและพัฒนามีขั้นตอน 5 ขั้นตอนที่เริ่มต้นคล้ายกับหลักการพัฒนาชุมชน แต่ต่างกันตรงที่หลักการทำประชาพิจัยและพัฒนา เน้นการพัฒนาศักยภาพบุคคลที่การศึกษาดูงาน และจบกระบวนการเฉพาะการได้แผนแม่บทชุมชนออกมาเท่านั้น ผู้วิจัยเห็นว่ายังไม่สามารถถือว่าเป็นการจัดการสุขภาพได้ เนื่องจากกระบวนการยังไม่สมบูรณ์ ครบถ้วน ทั้งนี้เพราะการจัดการสุขภาพ (วัฒนา โพธา, 2548: 4) หมายถึง การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพที่ประชาชนและกลุ่ม/องค์กรประชาชนในตำบลใช้กระบวนการร่วมกันคิด และวิเคราะห์สภาพความเป็นอยู่ เพื่อวางแผนดำเนินงานแบบบูรณาการตามกระบวนการแผนชุมชน พร้อมทั้งจัดการให้มีกลไกในการนำความรู้ ภูมิปัญญาหรือเทคโนโลยี และแหล่งทุนในท้องถิ่นมาร่วมกันจัดกิจกรรมการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ โดยมุ่งให้บุคคลและชุมชนสามารถพัฒนาและดูแลสุขภาพของตนเองได้

รูปแบบหมู่บ้านจัดการสุขภาพ

การจัดการสุขภาพนั้น กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2549: 6-7) ระบุว่าเกิดจากแนวคิดที่ต้องการให้เกิดการพึ่งตนเองของประชาชน ให้ประชาชนเข้มแข็ง สามารถดูแลสุขภาพของตนเองและชุมชนที่ดำเนินงานโดยชุมชน กำหนดขึ้นโดยชุมชน และวัดผลสำเร็จด้วยตัวชุมชนเอง โดยหน่วยงานภายนอกมีหน้าที่ให้การส่งเสริมและสนับสนุนกลไกที่เอื้อต่อการทำงานหรือพัฒนาสุขภาพ ซึ่งมีกลไกสำคัญ คือ การขับเคลื่อนองค์ประกอบหลัก 3 ประการ คือ คน องค์ความรู้ และทุน ให้มีความเชื่อมโยงกันทั้งการปฏิบัติและการประสานงานให้เกิดประโยชน์สูงสุดอย่างเหมาะสม จนเกิดการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้นำหลักการดังกล่าวมาใช้ในการสร้างหมู่บ้านจัดการสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องบนพื้นฐานการมีส่วนร่วม และมาตรการทางสังคมที่เหมาะสม โดยใช้กลยุทธ์การพัฒนาศักยภาพองค์กรภาคีเครือข่ายในการจัดการสุขภาพของชุมชน และทำให้ประชาชนมีทักษะในการดูแลสุขภาพตนเองและสามารถบริหารจัดการชุมชนได้ ดังนั้นกระบวนการพัฒนาหมู่บ้านเพื่อให้เกิดเป็นหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จึงเน้นที่กิจกรรมการถ่ายทอดองค์ความรู้ ทักษะ แนวคิด ประสบการณ์สู่ภาคีเครือข่ายชุมชนและประชาชนโดยมุ่งหวังว่าองค์กรภาคีเครือข่ายที่ได้รับการถ่ายทอดองค์ความรู้และทักษะด้านสุขภาพ และสามารถร่วมกันบริหารจัดการหมู่บ้านของตนเองให้เกิดเป็นหมู่บ้านจัดการสุขภาพ โดยมีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ

ขั้นตอนการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพนั้น แต่ละหมู่บ้านจะดำเนินการพัฒนาสุขภาพใน 5 ขั้นตอน ดังนี้ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2549: 29-33)

1. ขั้นตอนการสำรวจกลไกหลักและประเมินสถานการณ์การดำเนินงานด้านสุขภาพของหมู่บ้านที่ผ่านมา เริ่มต้นด้วยการสำรวจและวิเคราะห์หมู่บ้านของตนเองว่ามีกลไกหลักในการก่อรูประบบสุขภาพภาคประชาชนหรือไม่ กลไกดังกล่าวประกอบด้วย

1.1 องค์กรหรือคนที่เป็นเจ้าภาพหลัก ซึ่งจะเป็นแกนนำหรือกำลังหลักในการพัฒนาสุขภาพ ซึ่งประกอบไปด้วย อสม. ชมรมสร้างสุขภาพ ผู้นำชุมชน สมาชิกองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งคนในหมู่บ้านที่พร้อมจะมาร่วมกันทำงานสุขภาพ

1.2 กองทุน หมายถึง ทุนที่ชาวบ้านระดมกันเองเกิดเป็นกองทุนต่างๆ รวมกับทุนที่ภาครัฐสมทบให้ทั้งที่เกี่ยวกับสุขภาพและไม่เกี่ยวกับสุขภาพก็ได้ เช่น กองทุนหมู่บ้านเอส เอ็ม แอล กองทุนเงินล้าน กองทุนสุขภาพประจำตำบล เป็นต้น

1.3 องค์ความรู้และภูมิปัญญาท้องถิ่น เป็นองค์ความรู้จากภายในหรือภายนอกชุมชนที่คนในชุมชนแสวงหามาเพื่อการบริหารจัดการ คน ทุน เพื่อการพัฒนาสุขภาพ หรืออาจเป็นภูมิปัญญา ความเชื่อ วัฒนธรรม หรือประเพณี ที่สามารถนำมาใช้เป็นสิ่งหล่อหลอมและดึงดูดในคนในชุมชนมารวมกลุ่มกันดูแลสุขภาพ

2. ขั้นตอนการสร้างเวทีเรียนรู้ชุมชน เป็นการนำกลไกทั้ง 3 กลุ่ม คือ องค์กร ทุน และองค์ความรู้ มาก่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันภายในชุมชน รวมถึงการสร้างให้กลไกทั้ง 3 มีคุณค่ามากขึ้นกว่าเดิมด้วยการ

2.1 การทำประชาคมร่วมกัน โดยคนในชุมชนมาคุยกันถึงเรื่องสภาพความเป็นอยู่ของคนในชุมชนทุกแง่ ทุกด้าน หรือเรียกว่า การวิเคราะห์สถานการณ์ชุมชนโดยชุมชนเอง

2.2 ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาหรือสิ่งที่ต้องการพัฒนา โดยวิเคราะห์เชิงลึกถึงสาเหตุของปัญหานั้นด้วย

3. ขั้นตอนการสร้างกระบวนการทำแผนชุมชน เป็นการนำข้อมูลจากขั้นตอนที่ 1 และ 2 มาวางแผนร่วมกันโดยมีขั้นตอน ดังนี้

3.1 ร่วมกันวางแผนแก้ไขหรือพัฒนาหมู่บ้านให้ได้แผนชุมชน

3.2 ผู้นำ หรือองค์กรชุมชน นำแผนชุมชนที่ได้ประกาศให้ประชาชนทั้งหมู่บ้านได้รับรู้ และมีส่วนร่วมในกระบวนการทำแผน อาจใช้วิธีการประชุมชาวบ้าน หรือจัดเวทีกลางบ้านเพื่อให้ชาวบ้านได้มีโอกาสรับรู้ นำเสนอ โต้แย้ง และวิจารณ์แผนด้วย

3.3 แผนชุมชนที่ได้ควรเป็นแผนรวมทุกเรื่องหรือเรียกว่า “แผนแม่บท” โดยมีแผนสุขภาพเป็นแผนหนึ่งในนั้น

3.4 แผนสุขภาพควรประกอบไปด้วย 2 ด้าน คือ การสร้างสุขภาพ และการซ่อมสุขภาพ ส่วนกิจกรรมในแผนนั้นขึ้นอยู่กับปัญหาและความต้องการของหมู่บ้านเป็นหลัก

4. ขั้นตอนการปฏิบัติการตามแผน ขั้นตอนนี้เริ่มจากคนในหมู่บ้านต้องเลือกกิจกรรมด้านสุขภาพร่วมกัน และวิเคราะห์แผนว่า

4.1 กิจกรรมใดควรทำก่อน ทำหลัง โดยการจัดลำดับความสำคัญ

4.2 กิจกรรมใดทำโดยชุมชนเองทั้งหมด

4.3 กิจกรรมใดต้องทำร่วมกับหน่วยงานหรือองค์กรอื่น

4.4 กิจกรรมใดต้องเสนอให้หน่วยงานหรือองค์กรอื่นช่วยทำ

จากนั้นจึงปฏิบัติตามแผนโดยเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน

5. ขั้นตอนการประเมินผล เป็นการประเมินตนเอง โดยใช้แบบประเมินเป็นเครื่องมือ โดยคนในชุมชนต้องร่วมกันประเมิน วิเคราะห์ผล และสรุปผลการพัฒนาสุขภาพนั้นๆ เป็นระยะๆ ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ การจัดทำแผน การจัดการงบประมาณ การจัดกิจกรรม และการนำเสนอผลงานให้องค์กรอื่นทราบ โดยพิจารณาในประเด็นต่าง ๆ ต่อไปนี้

5.1 หมู่บ้านเกิดเป็นหมู่บ้านจัดการสุขภาพหรือไม่

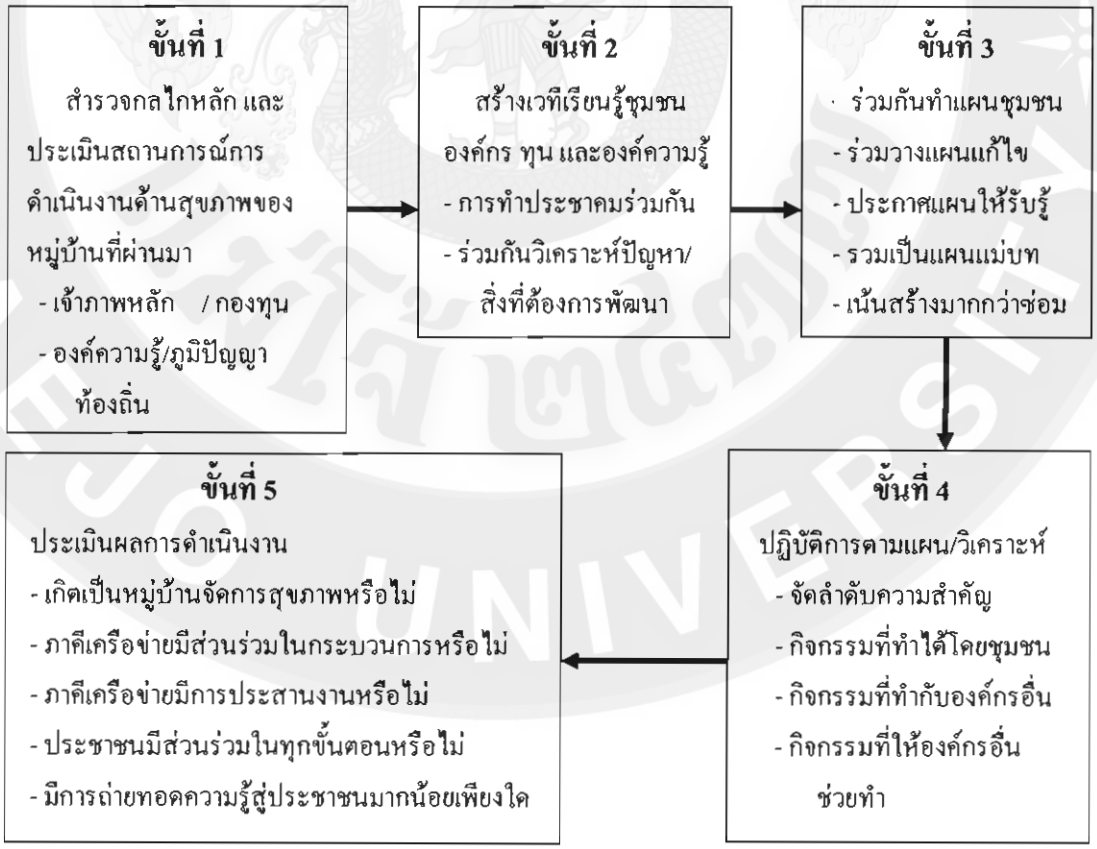
5.2 ภาคีเครือข่ายทั้งในและนอกหมู่บ้านมีส่วนร่วมในกระบวนการหรือไม่

5.3 ภาคีเครือข่ายมีการประสานงาน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และสนับสนุนทรัพยากรหรือไม่

5.4 ประชาชนมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนหรือไม่ มีส่วนร่วมมากน้อยเพียงใด

5.5 มีการถ่ายทอดความรู้สู่ประชาชน และมีการนำไปใช้ประโยชน์เพียงใด

จากขั้นตอนการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการด้านสุขภาพ สามารถสรุปเป็นแผนภูมิการจัดการสุขภาพได้ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ขั้นตอนการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการด้านสุขภาพ

ที่มา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2549: 6-7)

จากแผนภูมิข้างต้น ขั้นตอนการสร้างหมู่บ้านจัดการด้านสุขภาพมีทั้งหมด 5 ขั้นตอน แต่ถึงแม้หมู่บ้านต่างๆ จะดำเนินการครบทั้ง 5 ขั้นตอนแล้ว ยังไม่ใช่สิ่งที่แสดงว่าหมู่บ้านแห่งนั้นผ่านเกณฑ์หมู่บ้านจัดการด้านสุขภาพ (ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคเหนือ, 2551: 14-15) สิ่งที่จะบอกว่าหมู่บ้านนั้นเป็นหมู่บ้านจัดการสุขภาพได้นั้น จะต้องพิจารณาตามตัวชี้วัด 5 ตัว ดังต่อไปนี้

1. ตัวชี้วัดที่ 1 ศักยภาพองค์กร กำลังคน ภาคีเครือข่ายในชุมชนที่สำคัญได้แก่ อสม. ชมรมสร้างสุขภาพ กลุ่มแกนนำ องค์กรชุมชน ฯลฯ และรวมถึงการมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพของชุมชนด้วย

2. ตัวชี้วัดที่ 2 การจัดการด้านทุน โดยส่งเสริมให้มีการระดมทุนทั้งภายในและภายนอกชุมชนให้มีเงินทุนหมุนเวียน เพื่อนำมาใช้ในการจัดการสุขภาพชุมชน โดยอาจจัดตั้งเป็นกองทุนสุขภาพของหมู่บ้าน กองทุนยา ฯลฯ

3. ตัวชี้วัดที่ 3 การจัดการทำแผนสุขภาพของชุมชนโดยชุมชน แกนนำร่วมกับภาคีเครือข่ายสุขภาพที่เกี่ยวข้องที่มีอยู่แล้วในชุมชน รวมทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วย

4. ตัวชี้วัดที่ 4 การถ่ายทอดความรู้สู่ชุมชน โดยจัดให้มีกระบวนการถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ทั้งรายบุคคล รายกลุ่ม ตลอดจนการพัฒนาศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ให้เป็นแหล่งเรียนรู้ของชุมชน

5. ตัวชี้วัดที่ 5 การจัดกิจกรรมสุขภาพในชุมชน โดยสนับสนุนให้กลุ่ม เป้าหมายต่างๆ มีส่วนร่วมการจัดกิจกรรมสุขภาพชุมชน

จากรูปแบบข้างต้น ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้สรุปความหมายของการจัดการสุขภาพว่าหมายถึง กระบวนการในการดูแลสุขภาพของประชาชนเพื่อประชาชนเอง โดยการเปิดโอกาสให้ตัวแทนประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน 5 ด้าน คือ การศึกษาชุมชน การวิเคราะห์ปัญหาชุมชน การจัดทำแผนชุมชน การดำเนินการตามแผน และการประเมินผลการดำเนินงาน เพื่อให้เกิดการเรียนรู้และการดูแลสุขภาพตนเองที่เหมาะสมกับพื้นที่นั้นๆ

อย่างไรก็ตาม ไม่ว่าหลักการพัฒนาชุมชน การทำประชาพิจัยและพัฒนา หรือหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จะมีกระบวนการหรือกิจกรรมหนึ่งที่เป็นจุดเริ่มต้นของการดำเนินงานคล้ายคลึงกัน คือ การสำรวจหรือศึกษาชุมชน หัวใจสำคัญในการสำรวจชุมชนก็คือ การเลือกเครื่องมือที่ใช้ในการสำรวจซึ่งมีให้เลือกใช้มากมายหลายอย่าง สำหรับงานวิจัยฉบับนี้ผู้วิจัยเลือกเครื่องมือแบบเจาะจงแบบที่เหมาะสมกับลักษณะทั่วไป สภาพแวดล้อม หรือวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของแรงงานนอกระบบจากชุดเครื่องมือ ดังนี้

เครื่องมือศึกษาชุมชน

เครื่องมือสำหรับการศึกษาชุมชนในงานวิจัยฉบับนี้ผู้วิจัยเลือก 2 ชนิด คือ เครื่องมือในการศึกษาชุมชน 7 ชิ้น และการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ ซึ่งถ้านำมาใช้ในการศึกษาชุมชนจะทำให้มองเห็นพลวัตรของชุมชนที่เกี่ยวข้องกับแรงงานนอกระบบ รวมทั้งเห็นความเสี่ยงต่อสุขภาพได้อย่างชัดเจนมากยิ่งขึ้น โดยรายละเอียดของเครื่องมือทั้ง 2 ชนิดมีดังนี้

เครื่องมือ 7 ชิ้น

เป็นเครื่องมือในการศึกษาชุมชนทางด้านสาธารณสุขที่ประกอบด้วยเครื่องมือย่อยๆ จำนวน 7 ชิ้น (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ, 2545: 1-140) ประกอบด้วย

1. แผนที่เดินดิน เป็นเครื่องมือที่สำคัญและจำเป็นต้องทำเมื่อเข้าไปศึกษาชุมชน เพราะทำให้เห็นภาพรวมของชุมชนครบถ้วน ทำให้ได้ข้อมูลมากในระยะเวลาสั้นที่สุด และข้อมูลมีความน่าเชื่อถือมากที่สุด เป็นการเดินสำรวจด้วยตา และการจดบันทึกลักษณะทางกายภาพ สิ่งแวดล้อมของชุมชน และสิ่งต่างๆ ที่พบเห็น ลงบนแผ่นกระดาษที่เตรียมไว้

2. ผังเครือญาติ เป็นเครื่องมือที่ช่วยให้สามารถเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในโลกของชุมชน โดยการรู้จักและเข้าใจความสัมพันธ์ทางสังคมขั้นพื้นฐานของสมาชิกในชุมชน และสามารถช่วยสร้างความคุ้นเคยให้กับคนในชุมชนในเวลาอันรวดเร็ว เครื่องมือชิ้นนี้เป็นการถอดความสัมพันธ์ในเชิงเครือญาติ หรือเชิงสายเลือดในชุมชนที่มีความสำคัญต่อการเข้าใจชุมชนและสังคม

3. โครงสร้างองค์กรชุมชน เป็นเครื่องมือศึกษาหาความสัมพันธ์ทางสังคมในแง่มุมต่างๆ ทั้งโครงสร้างด้านเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองของชุมชน เพราะจะทำให้ทราบบทบาท อำนาจ หน้าที่ และความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างหน่วยต่างๆ ในชุมชนทั้งจากผู้นำที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ และยังทำให้สามารถสังเกตบทบาทของสถาบัน องค์กร และบุคคลต่างๆ ซึ่งทำหน้าที่ขับเคลื่อนชุมชนได้อย่างมีพลวัต นอกจากนี้เจ้าหน้าที่ภาครัฐยังสามารถจัดความสัมพันธ์ของตนเองกับชุมชนได้อย่างเหมาะสม ไม่เกิดอุปสรรคต่อการเข้าถึงชุมชน และสามารถนำเข้ามูลเหล่านี้มาประกอบภาพชุมชนให้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น

4. ระบบสุขภาพชุมชน เป็นเครื่องมือที่ช่วยให้เข้าใจกระบวนการเยียวยารักษาโรคที่มีอยู่ในชุมชน โดยต้องเข้าใจถึงวิธีคิด ทัศนคติ และความรู้สึกนึกคิดของชุมชนเกี่ยวกับโรค หรือความเจ็บป่วย ตลอดจนวิธีการรักษาโรคที่มีอยู่อย่างหลากหลายในชุมชนได้ โดยทำความเข้าใจว่าระบบสุขภาพของชุมชนทั้ง 3 ระบบ คือ ระบบการแพทย์ภาคประชาชน ระบบการแพทย์พื้นบ้าน และระบบการแพทย์สมัยใหม่ ยังคงมีอยู่มากน้อยเพียงใด และมีความสัมพันธ์กันอย่างไร

5. ปฏิทินชุมชน เป็นเครื่องมือแก้ปัญหาที่เกิดจากการที่เจ้าหน้าที่ยึดเอาเวลาการทำงานของระบบราชการเป็นตัวตั้ง ทำให้การกำหนดเวลาของกิจกรรมต่างๆ ไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชน เครื่องมือนี้จะทำให้รู้ว่าในแต่ละรอบปี รอบเดือน หรือในแต่ละวัน ชาวบ้านทำอะไร อย่างไร และเมื่อไรบ้าง ทั้งการประกอบอาชีพ วัฒนธรรม ประเพณี ฯลฯ และยังเป็นจุดเริ่มต้นของการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับชุมชน เพราะเป็นการรู้จักกาลเทศะในชีวิตชาวบ้าน ทำให้เข้าหาชาวบ้านได้ถูกจังหวะ เกิดความรู้สึกที่ดี และไว้วางใจ

6. ประวัติศาสตร์ชุมชน เป็นเครื่องมือที่ศึกษาเรื่องราวความเป็นมาของชุมชนในด้านต่างๆ ทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และการเมือง ทำให้เข้าใจถึงความเป็นมาของชุมชน ทำให้เข้าใจชาวบ้านมากยิ่งขึ้น ทำให้ทราบถึงประสบการณ์ร่วมกันของชุมชน เข้าใจความสัมพันธ์ของสิ่งต่างๆ ในชุมชน การไม่เข้าใจประวัติศาสตร์ชุมชนอาจทำให้การตีความปรากฏการณ์ชุมชนบางอย่างคลาดเคลื่อน ไม่ตรงกับความเป็นจริง และคลาดเคลื่อนจากประสบการณ์ในอดีตของชุมชน

7. ประวัติชีวิต เป็นเครื่องมือที่ทำให้เห็นรายละเอียดชีวิตของผู้คน สร้างความเข้าใจในเรื่องราวชีวิตของชาวบ้าน และเกิดมุมมองที่มีมิติความเป็นมนุษย์มากขึ้น เมื่อศึกษาชีวิตผู้คนอย่างละเอียดลึกซึ้งแล้วจะได้เรียนรู้และเข้าใจชาวบ้านมากขึ้น เป้าหมายของการทำประวัติชีวิตอยู่ที่การเรียนรู้ความเป็นมนุษย์ไม่ใช่การรวบรวมประวัติบุคคลเพื่อเก็บในระบบเอกสาร ไม่ต้องตั้งเป้าหมายให้ครอบคลุมประชากรจำนวนร้อยละเท่าไร แต่ควรเน้นการทำประวัติชีวิตเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ จึงอาจมุ่งไปที่กลุ่มเป้าหมายที่สำคัญ 4 กลุ่ม คือ คนจน คนป่วย คนเฒ่าคนแก่ และผู้นำ

จากลักษณะของเครื่องมือทั้ง 7 ชิ้น เป็นเครื่องมือที่ช่วยให้การศึกษาชุมชนทำได้อย่างสนุกสนาน และมีประสิทธิภาพ มองเห็นความเชื่อมโยงทางสังคมของชุมชน แต่เมื่อนำมาใช้ในการศึกษาชุมชนที่เกี่ยวข้องกับแรงงานนอกระบบ อาจจะไม่สามารถมองเห็นครอบคลุมถึงความเสี่ยงด้านสุขภาพ ดังนั้นจึงต้องใช้เครื่องมืออีก 1 ชิ้นเข้ามาช่วย นั่นคือ การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ ซึ่งมีหลักการดังนี้

การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ

ผลกระทบด้านสุขภาพ (health impact) เดชรัต สุขกำเนิด (2552: 42) มี 2 ลักษณะ คือ ผลกระทบในแง่บวก เป็นผลที่ทำให้สุขภาพดีขึ้นในด้านใดด้านหนึ่งหรือหลายด้าน และผลกระทบในแง่ลบ จะทำให้สุขภาพเสื่อมลงในด้านใดด้านหนึ่งหรือหลายด้าน และอาจเป็นการแสดงออกได้ทั้งสภาพความเป็นอยู่ที่แย่ลง สภาพจิตใจที่อ่อนล้า ภาวะแปรปรวนทางจิต ปัญหาอาชญากรรม วิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป โรคและความผิดปกติต่างๆ ไปจนถึงการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรหรือด้วยเหตุอันพึงหลีกเลี่ยงได้ ผลกระทบทางสุขภาพที่กล่าวมา เมื่อเกิดขึ้นจะมีผลกระทบเป็นวงกว้าง

ตั้งแต่ระดับกลุ่มคน ชุมชน ตำบล อำเภอ หรือจังหวัด ขึ้นอยู่กับผู้ที่เกี่ยวข้อง ขนาด และความรุนแรงของปัญหานั้นๆ ดังนั้นถ้ามีผลกระทบเกิดขึ้น หรือต้องการที่จะศึกษาว่าผลกระทบต่อสุขภาพนี้มีผลต่อคนกลุ่มนี้หรือไม่จำเป็นจะต้องทำการศึกษาในทุกๆ ส่วนที่เชื่อมโยงกัน เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ดี และชัดเจนในแง่ผลกระทบที่เกิดขึ้น ซึ่งเรียกว่า การประเมินผลกระทบทางสุขภาพ (health impact assessment) นั่นเอง

ความหมายของการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ

เกษม วัฒนชัย (2544: 5) ได้ให้ความหมายไว้ว่า หมายถึง การประมาณการณ์หรือคาดการณ์ผลกระทบของการกระทำใดๆ ทั้งระดับโครงการ ระดับแผนงาน หรือระดับนโยบาย โดยครอบคลุมถึงผลกระทบทางสุขภาพในทุกมิติและทุกระดับ ซึ่งมีผลต่อสุขภาพของประชากรกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง

ณรงค์ ณ เชียงใหม่ (2545: 1/2-1/4) ได้นิยามไว้ว่าเป็นการเรียนรู้ หรือศึกษาถึงผลกระทบของการกระทำใดกระทำหนึ่งที่มีผลต่อสุขภาพของประชากรกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง หรือศึกษาการเปลี่ยนแปลงสถานะทางสุขภาพ (หรือปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสถานะทางสุขภาพ) ของบุคคลหรือกลุ่มบุคคล อันเนื่องมาจากการดำเนินการใดๆ ตามโครงการ แผนงาน หรือนโยบาย โดยมีเป้าหมายการดำเนินการเพื่อประชาชนโดยประชาชน เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนเพื่อพัฒนาสุขภาพชุมชนที่ยั่งยืน โดยดำเนินการได้ทุกกิจกรรมและทุกขั้นตอนตั้งแต่ระดับนโยบาย ระดับร่างกฎหมาย ระดับการวางแผน และระดับท้องถิ่น โดยมิได้มีฐานะทางกฎหมายบังคับให้ต้องดำเนินการ หากแต่เป็นเครื่องมือหรือกลไกเพื่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ และมีข้อมูลเพียงพอในการตัดสินใจที่อาจจะมีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน

เดชรัต สุขกำเนิด (2552: 42) กล่าวไว้เมื่อปี พ.ศ. 2545 ว่าการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ หมายถึง กระบวนการเรียนรู้ร่วมกันในสังคม โดยมีการประยุกต์ใช้แนวทางและเครื่องมือที่หลากหลายในการระบุ คาดการณ์ และพิจารณาถึงผลกระทบทางสุขภาพที่อาจเกิดขึ้น หรือเกิดขึ้นแล้วกับประชากรกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง จากข้อเสนอหรือการดำเนินนโยบาย แผนงาน โครงการ หรือกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจอันจะเป็นประโยชน์สำหรับการสร้างเสริมสุขภาพและการคุ้มครองสุขภาพสำหรับประชาชนทุกกลุ่ม โดยผลลัพธ์ที่ได้ คือ ชุดของคำแนะนำหรือข้อเสนอแนะที่มีข้อมูลหลักฐานยืนยันที่สะท้อนให้เห็นถึงแนวทางและคุณค่าหรือความสำคัญของการมีสุขภาวะที่ดีร่วมกันของสังคม ต่อมาในปี พ.ศ. 2551 ได้เปลี่ยนแปลงความหมายเดิมให้ทันสมัยขึ้นว่า หมายถึง กระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของสังคมในการวิเคราะห์และคาดการณ์ผลกระทบทั้งทางบวกและทางลบต่อสุขภาพของประชาชน ที่อาจเกิดขึ้นจากนโยบาย โครงการ

หรือกิจกรรม อย่างใดอย่างหนึ่ง หรือหลายอย่าง หากการดำเนินการในช่วงเวลาและพื้นที่เดียวกันโดยมีการประยุกต์ใช้เครื่องมือที่หลากหลายและมีกระบวนการมีส่วนร่วมอย่างเหมาะสม เพื่อสนับสนุนให้เกิดการตัดสินใจที่จะเป็นผลดีต่อสุขภาพของประชาชนทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยสรุปความหมายของการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ ว่าหมายถึง กระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของชุมชนในการพิจารณาสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นหรือเกิดขึ้นแล้วกับแรงงานนอกระบบ จากการดำเนินนโยบาย แผนงาน หรือกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง โดยครอบคลุมเฉพาะผลกระทบทางสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจเท่านั้น โดยมีหลักเกณฑ์และวิธีประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ ดังนี้

หลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ

หลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ เดชรัต สุขกำเนิด (2552: 42) ได้แบ่งเป็น 4 กรณี ได้แก่

1. กระบวนการและขั้นตอนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ กรณีต้องรายงานผลวิเคราะห์ผลกระทบสิ่งแวดล้อมตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2535

2. กระบวนการและขั้นตอนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพการดำเนินกิจกรรมด้านการวางแผนพัฒนา โดยการริเริ่มจากหน่วยงานเจ้าของโครงการหรือหน่วยงานวางแผนพัฒนา

3. กระบวนการและขั้นตอนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพกรณีประชาชนขอใช้สิทธิตามมาตรา 11 ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ

4. กระบวนการและขั้นตอนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพในฐานะกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของสังคม

สำหรับการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพในแรงงานนอกระบบ จัดเป็นหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพกรณีที่ 4 จึงขอนำเสนอเฉพาะกรณี ดังนี้

การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพในฐานะกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของสังคม เป็นการประเมินผลกระทบในกรณีที่ภาคประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรภาครัฐ หรือสถาบันการศึกษา ต้องการนำกระบวนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพไปใช้เป็นเครื่องมือในการสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของสังคม เพื่อสนับสนุนให้เกิดการตัดสินใจที่จะเป็นผลดีต่อสุขภาพของประชาชน หน่วยงาน/ชุมชนนั้นสามารถปรับประยุกต์ใช้กระบวนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ เพื่อให้เหมาะสมกับกระบวนการเรียนรู้ทางสังคมนั้นได้ตามสมควร แต่จะต้องดำเนินการตามหลักการของการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย

1. กำหนดขอบเขตและแนวทางการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ

2. ศึกษาครอบคลุมปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพหรือปัจจัยที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพ

3. จัดเวทีการทบทวน และวิเคราะห์ผลกระทบด้านสุขภาพ

ผลที่ได้จากการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพนำมาใช้เพื่อประกอบการตัดสินใจ ในเชิงนโยบาย โดยมี 4 กิจกรรมหลัก คือ

1. การวิเคราะห์นโยบาย แผนงาน หรือโครงการ ซึ่งเป็นการดำเนินการที่ต่อเนื่องและมีความลึกซึ้งมากขึ้น มาจากที่ได้ทำการวิเคราะห์ในเบื้องต้นแล้ว ในขั้นตอนการกลั่นกรอง และขั้นตอนการกำหนดขอบเขตและแนวทาง

2. การศึกษาเกี่ยวกับประชากรที่ได้รับผลกระทบ

3. การบ่งชี้และแจกแจงลักษณะของผลกระทบทางสุขภาพที่อาจเกิดขึ้น หรือเกิดขึ้นแล้ว

4. รายงานถึงผลกระทบทางสุขภาพ และการเสนอข้อเสนอแนะในการจัดการกับผลกระทบทางสุขภาพที่เกิดขึ้นเพื่อประกอบการตัดสินใจ

จากหลักการข้างต้นนำมาใช้ประโยชน์ในการค้นหาผลต่อสุขภาพจากการดำเนินกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง โดยสามารถนำมาใช้ในการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพแรงงานนอกระบบที่เกิดจากการประกอบอาชีพ รวมทั้งสามารถนำผลการประเมินบ่งชี้และแจกแจงลักษณะของผลกระทบ และเป็นข้อเสนอในการจัดการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งรูปแบบการประเมินนั้นมีหลายประเภทที่จะต้องเลือกใช้ให้เหมาะสมกับการประเมินนั้นๆ โดยมีประเภทของการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ ดังนี้

ประเภทของการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ

การดำเนินการประเมินผลกรทบด้านสุขภาพสามารถแบ่งออกเป็นประเภทต่างๆ ได้หลายแบบ ในที่นี้นำเสนอเฉพาะการแบ่งประเภทโดยการจำแนกตามขนาดการดำเนินงาน ซึ่งแบ่งได้ 3 ประเภท ดังนี้ (ณรงค์ ณ เชียงใหม่, 2545: 4/8-4/12)

1. การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพแบบเร่งด่วน (rapid health impact assessment: HIA) การประเมินแบบนี้ใช้สำหรับประเมินโครงการขนาดเล็กที่มีความซับซ้อนของผลกระทบไม่มากนัก หรือใช้กับกรณีที่ต้องการทราบผลกระทบแบบเร่งด่วน ใช้ระยะเวลาสั้นๆ เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนและประสบการณ์ที่ผ่านมาเป็นสำคัญ โดยข้อมูลจะได้มาจากหลายๆ แหล่ง เช่น

1.1 ความรู้และการรับรู้ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง และผู้ประเมิน

1.2 ข้อมูล เอกสาร และหลักฐานที่มีอยู่

1.3 ประสบการณ์ ความรู้จากการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพจากโครงการที่มีลักษณะใกล้เคียง

2. การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพแบบรวบยอด (comprehensive health impact assessment) เป็นการประเมินแบบการประมวลข้อมูลทุกๆ ด้าน หรือการแสวงหาข้อมูลแบบองค์รวมมาใช้ในการประเมิน โดยทั่วไปมักใช้สำหรับการพิจารณานโยบาย หรือโครงการขนาดใหญ่ ซึ่งมีความสลับซับซ้อนต่อผลกระทบด้านสุขภาพสูง นโยบายมีความต่อเนื่องเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน เกิดผลกระทบด้านสุขภาพในวงกว้าง และไม่เร่งรีบในการตัดสินใจ โดยแหล่งข้อมูลที่จะได้มาประกอบด้วย

2.1 ความรู้และการรับรู้ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ

2.2 ทบทวนวรรณกรรม เอกสาร และหลักฐานทางวิชาการ

2.3 ทบทวนงานการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพจากโครงการที่มีลักษณะใกล้เคียงกันหรือเหมือนกัน

2.4 สำรวจและเก็บรวบรวมข้อมูล และทำการศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นเฉพาะที่สำคัญๆ

3. การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพแบบระดับกลาง (intermediate health impact assessment: HIA) เป็นการสำรวจและเก็บข้อมูลเหมือนกับแบบที่ 2 แต่จะใช้เวลาที่สั้นกว่า เนื่องจากมีความซับซ้อนของปัญหาน้อย มีความพร้อมของทรัพยากรน้อยกว่า และมีความจำกัดของเวลาในการนำเสนอผลการประเมินเข้าสู่กระบวนการตัดสินใจ โดยแหล่งข้อมูลที่จะได้มาประกอบด้วย

3.1 ความรู้และการรับรู้ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ

3.2 ทบทวนวรรณกรรม เอกสาร และหลักฐานทางวิชาการ

3.3 ทบทวนงานการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพจากโครงการที่มีลักษณะใกล้เคียงกันหรือเหมือนกัน

3.4 สำรวจและเก็บรวบรวมข้อมูล และทำการศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นเฉพาะ

ประเด็นในการประเมินประกอบด้วย อันตรายต่อสุขภาพ (health hazards) ผลกระทบต่อชุมชน (community vulnerability) ปัจจัยสิ่งแวดล้อม (environmental factors) ขีดความสามารถขององค์กรในการให้บริการสุขภาพและการป้องกันโรค (capability of health protection agencies) และความเสี่ยงสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโครงการ (health risk attributable to project)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดรูปแบบการศึกษาแบบประยุกต์การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพรูปแบบที่ 1 และ 3 เข้าด้วยกัน เนื่องจากมีระยะเวลาและงบประมาณจำกัด กอปรกับผลกระทบต่อสุขภาพของแรงงานนอกระบบเป็นผลกระทบส่วนบุคคลที่ไม่สลับซับซ้อน และผลกระทบไม่ขยายเป็นวงกว้างมากนัก

แนวคิดเกี่ยวกับแรงงานนอกระบบและปัญหาที่เกิดจากการประกอบอาชีพ

ความหมายของแรงงานนอกระบบ

แรงงานนอกระบบ ได้มีหลายๆ หน่วยงานให้ความหมายไว้ ซึ่งสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น (2550: ระบบออนไลน์) ได้รวบรวมไว้ ดังนี้

องค์กรแรงงานระหว่างประเทศ ได้ให้ความหมายของแรงงานนอกระบบไว้ว่า เป็นแรงงานที่อยู่ในการจ้างงานในภาคเศรษฐกิจที่ไม่เป็นทางการ (informal sector) มีลักษณะเป็นกิจการขนาดเล็ก ตั้งได้ง่าย มีลักษณะเป็นธุรกิจในครัวเรือน มักใช้วัตถุดิบภายในประเทศ เน้นการใช้แรงงานเป็นหลัก มีการดัดแปลงเทคโนโลยีง่ายๆ มาใช้ ความเชี่ยวชาญเกิดจากประสบการณ์หรือการเรียนรู้นอกระบบโรงเรียน เป็นตลาดที่มีการแข่งขัน และไม่อยู่ภายใต้กฎเกณฑ์ของรัฐบาล

สำนักงานสถิติแห่งชาติ ได้ให้ความหมายไว้ว่า เป็นแรงงานที่ไม่มีรูปแบบและกฎเกณฑ์ที่แน่นอนในการจ้างงาน ไม่มีระเบียบทางกฎหมายและสังคมคอยคุ้มครอง ซึ่งต่างจากแรงงานที่มีระบบที่มีโครงสร้างขององค์กรที่ชัดเจน มีระบบการจ้างงาน การคัดเลือกบุคคลเข้าทำงาน มีสัญญาหรือระยะเวลาการจ้างงานที่แน่นอน มีสวัสดิการและการประกันสังคม ลักษณะขององค์กรหรือหน่วยงานธุรกิจมีการจัดสายงานบริหารและการจัดการที่เป็นระบบ มีการกำหนดตำแหน่งงานและขอบเขตหน้าที่ความรับผิดชอบของงานแต่ละประเภทไว้ชัดเจน และสามารถยืดหยุ่นได้

สำนักงานประกันสังคม ให้ความหมายไว้ว่า แรงงานนอกระบบ คือ กลุ่มที่มีการทำงาน มีรายได้แต่ไม่มีนายจ้างและยังไม่ได้รับความคุ้มครองจากประกันสังคม แยกออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีการทำงานหรือรับจ้าง มีรายได้ ไม่มีนายจ้าง เช่น ผู้ที่รับงานไปทำที่บ้าน ผู้รับจ้างทำงานตามฤดูกาล (แรงงานภาคเกษตร) แรงงานในกิจการประมง ฯลฯ และกลุ่มผู้ทำอาชีพอิสระทั่วไป เช่น คนขับรถรับจ้าง ผู้ทำการเกษตร หาบเร่แผงลอย ช่างเสริมสวย ช่างตัดผม ช่างซ่อมรองเท้า ช่างซ่อมนาฬิกา เจ้าของร้านขายของชำ ทนายความ แพทย์ ทันตแพทย์ ฯลฯ

จากนิยาม และประเภทของแรงงานนอกระบบข้างต้น ผู้วิจัยได้ให้ความหมายของแรงงานนอกระบบสำหรับงานวิจัยครั้งนี้ว่า เป็นผู้ที่มีสัญชาติไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปที่ทำงานอยู่ในชุมชน โดยมีรายได้หรือการจ้างงานที่ไม่มีกฎเกณฑ์ที่แน่นอน และไม่ได้รับการคุ้มครองจากประกันสังคม ซึ่งสามารถแยกออกเป็นประเภทต่างๆ ได้ดังนี้

ประเภทของแรงงานนอกระบบ

จากการนำเสนอของสมศักดิ์ นัดลาจารย์ (2550: 1-2) และการทบทวนเอกสาร ผู้วิจัยได้แบ่งแรงงานนอกระบบเป็น 3 ประเภทใหญ่ๆ ดังนี้

1. แรงงานนอกระบบภาคการผลิต หมายถึง แรงงานนอกระบบที่ประกอบอาชีพเกี่ยวข้องกับการการผลิตในชุมชน โดยเป็นการผลิตทั้งแบบรับช่วงมาทำที่บ้าน รับจ้างในโรงงาน หรือเป็นธุรกิจของตนเอง ได้แก่ ผู้ทำอาชีพเตี่ยนไม้ เขียนพัดและร่ม แกะสลัก หัตถกรรม ทำน้ำพริกตาแดง จักสาน เป็นต้น

2. แรงงานนอกระบบภาคเกษตรกรรม หมายถึง แรงงานนอกระบบที่ประกอบอาชีพที่เกี่ยวข้องกับการเกษตรกรรมในชุมชน โดยเป็นการทำทั้งในแบบรับจ้างหรือเป็นกิจการของตนเอง ได้แก่ เกษตรกรปลูกข้าว ถั่ว หอมแดง แตงโม พริก ข้าวสาลี กาแฟ ชา เลี้ยงสัตว์ เป็นต้น

3. แรงงานนอกระบบภาคการบริการ หมายถึง แรงงานนอกระบบที่ประกอบอาชีพเกี่ยวกับการให้บริการในชุมชน โดยเป็นการทำในรูปแบบรับจ้างหรือเป็นกิจการของตนเอง เช่น หมอนวดแผนไทย แพทย์พื้นบ้าน ช่างเสริมสวยหรือตัดผม พนักงานในร้านคาราโอเกะ แม่ค้าในตลาด เจ้าของร้านอาหารหรือร้านขายของชำ เป็นต้น

โดยทั่วไป แรงงานนอกระบบมักจะกระจายอยู่ในงานภาคการผลิต การเกษตร และการบริการ ซึ่งภาคการเกษตรจะมีจำนวนมากกว่าภาคอื่นๆ รองลงมาคือภาคการผลิต และการบริการตามลำดับ โดยแรงงานนอกระบบจะมีลักษณะเฉพาะที่ระบุว่าเป็นแรงงานนอกระบบ ดังนี้

ลักษณะของกลุ่มประชากรที่เป็นแรงงานนอกระบบ

ลักษณะของกลุ่มแรงงานนอกระบบ มีลักษณะที่เฉพาะ แตกต่างจากแรงงานนอกระบบและเป็นเอกลักษณ์ของแรงงานนอกระบบเอง ซึ่งสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น (2550: ระบบออนไลน์) ได้สรุปลักษณะของแรงงานนอกระบบไว้ ดังนี้

1. เพศ ในประเทศกำลังพัฒนายกเว้นประเทศในทวีปอเมริกาใต้ พบว่า สัดส่วนของภาคเศรษฐกิจนอกระบบส่วนใหญ่มีผู้หญิงเป็นกำลังหลัก โดยสัดส่วนของผู้หญิงที่มีบทบาทในเศรษฐกิจนอกระบบนั้นสูงกว่าผู้ชายมากในทุกกลุ่มประชากร ในต่างประเทศผู้รับงานไปทำที่บ้านส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 25-45 ปี มีสถานภาพสมรสและมีบุตรแล้ว โดยผู้ชายมักเป็นคนกลางหรือผู้รับเหมาช่วง ไม่ใช่ผู้รับงานมาทำที่บ้านเอง สำหรับประเทศไทยมีการสำรวจภาวการณ์ทำงานของประชากรของสำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี พ.ศ. 2542 พบว่าโดยทั่วไปผู้รับงานไปทำที่บ้านส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง (ประมาณร้อยละ 80) มากกว่าผู้ชาย ผู้รับงานไปทำที่บ้านทั้งที่เป็นผู้รับงานด้วยตนเองและผู้ช่วยผู้รับงานส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย ทั้งนี้เนื่องจากลักษณะงานของผู้รับงานด้วยตนเองและผู้ช่วยรับงานเป็นลักษณะงานที่อยู่ในบริเวณบ้านหรือสถานที่ใกล้เคียงที่สามารถทำงานร่วมไปกับการดูแลครอบครัวและรับผิดชอบงานบ้านได้ ซึ่งสอดคล้องกับภาระรับผิดชอบของผู้หญิงในสังคมไทย ในขณะผู้รับช่วงงานส่วนใหญ่เป็นผู้ชายมากกว่าผู้หญิง การรับช่วงงานเป็นงานที่ต้องอาศัยความคล่องตัวในการทำหน้าที่เป็นคนกลางติดต่อประสานงานระหว่างผู้ว่าจ้างและผู้รับงาน

2. อายุ การรับงานมาทำที่บ้านมีเกือบทุกช่วงอายุที่พบมากที่สุด คือ ช่วงอายุ 20-49 ปี ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีครอบครัวแล้ว (ประมาณร้อยละ 80) ทั้งนี้เพราะการรับงานมาทำที่บ้านเหมาะกับผู้มีภาระดูแลครอบครัว ขณะผู้ที่เป็นโสดมักเลือกทำงานนอกบ้านมากกว่า โดยสัดส่วนของแรงงานตามวัยจะแตกต่างตามประเภทอุตสาหกรรม เช่น แรงงานในอุตสาหกรรมการเจียระไนอัญมณี ดอกไม้ประดิษฐ์ ผลิตภัณฑ์ทองเหลือง แกะสลัก มักเป็นแรงงานวัยกลางคนที่มีอายุไม่เกิน 35 ปี แต่ในหัตถกรรมพื้นบ้านที่ทำกันมานาน เช่น การทำเครื่องเงิน การทอผ้า การจักสาน สัดส่วนของแรงงานอยู่ในวัยมากกว่าวัยกลางคนจะสูง เพราะงานเหล่านี้ต้องใช้ทักษะและการสะสมประสบการณ์ ส่วนแรงงานเด็กที่มีอายุ 10-17 ปี พบในอุตสาหกรรมการทำอาหาร เจียระไนพลอย ตัดเย็บเสื้อผ้า จักสาน เป็นต้น

3. การศึกษา แรงงานในอุตสาหกรรมประเภทต่างๆ มีระดับการศึกษาที่ไม่แตกต่างกันมาก ส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ยกเว้นอุตสาหกรรมใหม่ที่พบว่าแรงงานมีการศึกษาสูงกว่าแรงงานในอุตสาหกรรมประเภทอื่นๆ โดยมีสัดส่วนแรงงานเด็ก และวัยหนุ่มสาวในอุตสาหกรรมนี้

มาก ทั้งนี้เพราะการศึกษาภาคบังคับได้ขยายมากขึ้นในคนรุ่นใหม่นี้ สำหรับผู้รับงานไปทำที่บ้านส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ประมาณร้อยละ 80) และส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานภาคเกษตร และได้เรียนรู้ได้มีประสบการณ์ด้านหัตถกรรมจากการทำงานในครัวเรือนและเพื่อนบ้าน

4. สภาพการจ้างงาน ในต่างประเทศผู้หญิงและผู้ชายในภาคเศรษฐกิจนอกระบบมักมีการประกอบอาชีพที่ต่างกัน โดยผู้ชายมักประกอบการค้าที่มีขนาดใหญ่กว่าและมักไม่ใช่การผลิตผลิตภัณฑ์อาหาร ในขณะที่ผู้หญิงมักมีกิจการขนาดเล็กกว่าและเกี่ยวข้องกับอาหาร ผู้หญิงส่วนใหญ่ในภาคเศรษฐกิจนอกระบบเป็นผู้ประกอบอาชีพอิสระและผู้ผลิตหรือคนงานรับเหมาช่วง มีจำนวนน้อยที่เป็นนายจ้างและมีการจ้างแรงงาน กล่าวคือ สัดส่วนของแรงงานหญิงจำนวนมากในภาคธุรกิจเป็นผู้ประกอบอาชีพอิสระ ในขณะที่สัดส่วนของแรงงานหญิงในภาคการผลิตจำนวนมากเป็นแรงงานรับเหมาช่วง หรือแรงงานช่วยเหลือกิจการครอบครัวโดยไม่ได้รับค่าจ้าง นอกจากนี้ยังมีสัดส่วนของการจ้างแรงงานหญิงจำนวนมากที่อยู่ในภาคการก่อสร้าง การขนส่งและงานบริการในลักษณะการจ้างงานชั่วคราว แต่มีผู้หญิงจำนวนน้อยที่เป็นนายจ้างหรือผู้บริหารในองค์กรธุรกิจขนาดเล็ก

สำหรับประเทศไทยนั้นการจ้างงานนอกระบบโดยผู้รับจ้างเอางานไปทำที่บ้านกำลังขยายตัวอย่างรวดเร็วและสามารถดึงแรงงานหญิงเข้าสู่การจ้างงานนอกระบบแบบนี้จำนวนมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการผลิตในอุตสาหกรรมเพื่อการส่งออก เช่น การตัดเย็บเสื้อผ้า เครื่องหนัง แหอวน อุปกรณ์ไฟฟ้า และการทำดอกไม้ประดิษฐ์ เป็นต้น ทั้งนี้เพราะการจ้างงานนอกระบบไม่ได้อยู่ภายใต้การคุ้มครองของกฎหมายแรงงาน จึงเป็นช่องทางที่ผู้ประกอบการใช้เป็นกลยุทธ์ในการลดต้นทุนการผลิตและการแข่งขันเชิงธุรกิจ

สำนักงานสถิติแห่งชาติได้สำรวจสภาพการจ้างงานเป็นประจำทุกปี พบว่าการรับงานมาทำที่บ้านนิยมทำกันเป็นอาชีพหลักมากกว่าอาชีพเสริม ประเภทของงานที่รับมาทำที่บ้านมากที่สุด ได้แก่ อุตสาหกรรมหัตถกรรม รองลงมา ได้แก่ พาณิชยกรรม การบริการ เกษตรกรรม การขนส่ง และการก่อสร้าง

นอกจากนี้สภาพการจ้างงานของแรงงานนอกระบบยังมีลักษณะด้านอื่นๆ อีกดังนี้

1. สัญญาจ้างงาน เงื่อนไข และสภาพการจ้างงาน มีรายงานการศึกษาพบว่า การรับงานไปทำที่บ้านเกิดจากการตกลงกันระหว่างผู้ว่าจ้างหรือตัวแทนกับผู้รับงานไปทำที่บ้าน ซึ่งมีหลายรูปแบบ โดยทั่วไปแล้วข้อตกลงและเงื่อนไขนั้น เป็นการตกลงกันด้วยวาจามากกว่าจะเป็นการตกลงกันด้วยลายลักษณ์อักษร อาศัยความคุ้นเคย การรู้จักมาก่อนหรืออาศัยคนรู้จักเป็นผู้รับประกัน

ผู้รับงานส่วนมากพอใจกับการตกลงรูปแบบนี้ การทำสัญญาข้อตกลงเป็นลายลักษณ์อักษรมีการปฏิบัติกันมากในการทำเกษตรแบบสัญญาผูกพัน

2. ชั่วโมงการทำงาน วันหยุดประจำปีและวันหยุดทำงานโดยได้รับค่าจ้าง เป็นเรื่องยากที่จะกำหนดข้อบังคับเกี่ยวกับชั่วโมงการทำงานที่แน่นอนของแรงงานนอกระบบ เพราะมีเสรีภาพเต็มที่ที่จะกำหนดเวลาการทำงานด้วยตนเอง สำหรับประเทศไทยแม้ว่าแรงงานนอกระบบจะมีเวลาการทำงานไม่แน่นอน โดยปกติจะเริ่มทำงานตั้งแต่เช้าหลังจากเสร็จภารกิจภายในครอบครัวแล้ว จนกระทั่งเย็นและบางครั้งอาจทำงานในช่วงเวลากลางคืนด้วย จึงนับว่าใช้เวลาในการทำงานแต่ละวันค่อนข้างมาก

3. ความมั่นคงในการจ้างงาน ประกันสังคม ความคุ้มครองสุขภาพ และความปลอดภัยในการทำงาน ปัญหาที่สำคัญของแรงงานนอกระบบ คือ การขาดหลักประกันด้านรายได้ที่แน่นอน ขาดการคุ้มครองค่อการถูกปลดออก ไล่ออก โดยทั่วไปผู้รับงานไปทำที่บ้านจะได้รับสิทธิประกันสังคมเมื่อมีฐานะเป็นลูกจ้างตามกฎหมายเท่านั้น

5. ค่าจ้างและรายได้ รายได้หรือรายรับของทั้งผู้ชายและผู้หญิง ในภาคเศรษฐกิจนอกระบบมีอัตราต่ำกว่าในภาคเศรษฐกิจที่เป็นระบบมาก นอกจากนี้ความแตกต่างของรายได้ของแรงงานหญิงและชายในภาคเศรษฐกิจนอกระบบนั้นสูงกว่าในภาคเศรษฐกิจในระบบ แม้แต่ในกลุ่มของผู้ที่เป็นผู้ประกอบอาชีพอิสระด้วย ในประเทศไทยนั้นค่าตอบแทนส่วนใหญ่เป็นไปตามผลงานที่จ่ายเป็นรายชิ้นหรืองานเหมาและมีรายงานการศึกษาพบว่า ค่าตอบแทนหรือค่าจ้าง และรายได้จากการรับงานไปทำที่บ้านแตกต่างกันไปตามประเภทของอุตสาหกรรม ปริมาณงานและคุณภาพของงาน แต่ลักษณะที่คล้ายคลึงกัน คือ เป็นอัตราค่าตอบแทนตามผลงาน เช่น จ่ายอัตราค่าตอบแทนเป็นรายชิ้น เป็นต้น การจ่ายค่าจ้างเป็นรายวันหรือลักษณะอื่นๆ พบว่า มีสัดส่วนน้อยมาก แต่ถึงแม้จะมีค่าตอบแทนต่ำกว่าอัตราค่าจ้างของคนงานในโรงงาน ผู้รับงานส่วนใหญ่ก็ยังพอใจกับการทำงานและค่าตอบแทนจากการทำงาน เพราะงานประเภทนี้มีความเหมาะสมกับชีวิต และการทำงานของสตรีไทยในสังคมไทย ลักษณะการทำงานมีความยืดหยุ่นและเป็นรายได้เสริม หรือบางกรณีเป็นรายได้หลักช่วยให้ชาวชนบทมีงานทำ โดยเฉพาะช่วงหลังฤดูการเกษตร แต่สำหรับแรงงานวัยหนุ่มสาวไม่พอใจกับการทำงานและค่าตอบแทนจากการรับงานไปทำที่บ้านนัก หากมีโอกาสคนเหล่านี้จะไปหางานที่ดีกว่า

สภาพปัญหาที่เกิดจากการประกอบอาชีพของแรงงานนอกระบบ

สภาพปัญหาที่สำคัญของแรงงานนอกระบบ พรชัย สิทธิศรัณย์กุล (2543: 143-149) ได้ประมวลไว้ ดังนี้

1. ค่าตอบแทน ได้แก่ ค่าจ้างต่ำกว่าค่าจ้างขั้นต่ำมาก ค่าจ้างไม่ปรับตัวตามอัตราภาวะเงินเฟ้อ ปัญหาค่าจ้างต่ำพบได้ทั่วไปในเกือบทุกประเทศ

2. ชั่วโมงการทำงาน พบว่าชั่วโมงการทำงานติดต่อกันยาวนานมาก แม้ว่าผู้รับงานไปทำที่บ้านจะสามารถจัดเวลาการทำงานได้ตามสะดวก แต่ในทางปฏิบัติกลับทำให้ผู้รับงานไปทำที่บ้านสับสนระหว่างเวลาส่วนตัวกับเวลาการทำงาน เพราะเกิดภาวะกดดันจากการจ่ายค่าจ้างตามจำนวนของหน่วยงาน

3. ด้อยโอกาสที่จะได้รับประกันสังคม สวัสดิการ และผลประโยชน์อื่นๆ

4. ปัญหาสุขภาพและความปลอดภัยในการทำงาน อันตรายที่พบบ่อย ได้แก่ อันตรายจากการทำงานของเครื่องกล เครื่องมือที่แหลมคม ผลเสียจากการทำงานที่ต่อเนื่องกันยาวนานมาก การไม่คำนึงถึงหลักการยศาสตร์ การได้รับความร้อน ความชื้น เสียงดัง แรงสั่นสะเทือน สารต่างๆ วัตถุระเบิด สารที่ทำให้เกิดประกายไฟ สารเคมี การใช้พลังงานไฟฟ้าจากเครื่องจักร เลื่อย จักรเย็บผ้า สายไฟที่เชื่อมต่ออย่างผิดวิธี ปัญหาด้านสุขภาพอนามัย สลัม ชุมชนแออัด ปวดหลังและมือ นอกจากนี้ยังขาดการแนะนำฝึกอบรม และวิธีป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้น

5. แรงงานเด็ก ในประเทศอุตสาหกรรมมีแรงงานเด็กทำงานที่บ้านวันละประมาณ 2-3 ชั่วโมงหลังจากเลิกเรียนโดยไม่ได้รับค่าจ้าง ส่วนในประเทศกำลังพัฒนามีปัญหามาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กที่ทำงานในอุตสาหกรรมเสื้อผ้า

สำหรับสภาพปัญหาของแรงงานนอกระบบในประเทศไทยนั้น พบว่า ปัญหาของผู้รับงานไปทำที่บ้าน ได้แก่ การขาดความต่อเนื่อง ค่าตอบแทนไม่เหมาะสม ได้ค่าตอบแทนล่าช้า ค่าตอบแทนไม่ตรงกับข้อตกลง สถานที่ทำงานคับแคบ ความไม่ปลอดภัยในการทำงาน ซึ่งเกี่ยวเนื่องกับปัญหาสุขภาพ เช่น แพ้สารเคมีที่จำเป็นต้องใช้ในการทำงาน เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีปัญหาอื่นๆ อีก ได้แก่ ปัญหาขาดแคลนแรงงาน ขาดแคลนเงินทุน สุขภาพไม่ดี ไม่มีผู้เลี้ยงดูบุตร วัสดุอุปกรณ์มีราคาแพงขึ้น เป็นต้น สำหรับความช่วยเหลือที่ผู้รับงานต้องการนั้น ได้แก่ หางานมาให้ทำอย่างต่อเนื่อง ให้ความคุ้มครองเรื่องค่าตอบแทน รวมทั้งสนับสนุนให้จัดตั้งกลุ่มผู้รับงาน

นอกจากนี้ยังมีรายงานการสัมมนาถึงปัญหาของแรงงานนอกระบบในปี พ.ศ. 2542 ซึ่งสรุปประเด็นปัญหาได้ดังนี้ (พรชัย สิทธิศรัณย์กุล, 2543: 143-149)

1. ปัญหาสถานภาพของแรงงานที่ไม่ชัดเจน ในปัจจุบันแรงงานนอกระบบ (informal worker) มีการทำงานในลักษณะการจ้างผลิตสินค้า (employment to produce goods) มิใช่การว่าจ้างแรงงาน (employment for labor) แม้แต่ผู้รับงานมาทำที่บ้านก็มิได้มีสถานภาพเป็นลูกจ้างปกติตามกฎหมายคุ้มครองแรงงาน เพราะมิได้มีสายงานการบังคับบัญชาหรือมีการควบคุมเหมือนกับลูกจ้างในสถานประกอบการหรือโรงงาน ดังนั้นจึงไม่มีความสัมพันธ์ตามปกติในฐานะนายจ้างและลูกจ้าง ซึ่งสาเหตุ เกิดจากการที่ยังไม่มีกฎหมาย หรือไม่มีระเบียบใดๆ ที่คุ้มครองแรงงานนอกระบบอย่างครอบคลุมทำให้ขาดการตระหนัก และการยอมรับสถานภาพการเป็นลูกจ้างอย่างเป็นทางการจากนายจ้าง และจากสถาบันแรงงานหรือแม้แต่ลูกจ้างเอง

2. ปัญหาด้านสภาพการทำงานที่ไม่เสถียรภาพ แรงงานนอกระบบส่วนใหญ่มีงานทำที่ไม่แน่นอนมีงานทำอย่างไม่ต่อเนื่อง การทำงานที่ไม่มีหลักประกันที่มั่นคง ซึ่งอาจมีสาเหตุสืบเนื่องมาจากปัญหาสถานภาพของแรงงาน นอกจากนี้ยังเกิดจากระบบการทำงานที่ไม่มีการตกลงว่าจ้างกันในระยะยาว ทั้งนี้เพราะผู้ว่าจ้างเองก็ไม่มีเสถียรภาพในด้านการผลิตและการจำหน่าย หากผู้ว่าจ้างมีงานมาก งานเร่ง ผู้รับงานไปทำที่บ้านก็จะมีงานมากและทำงานหนัก ในทางตรงกันข้ามหากธุรกิจของผู้ว่าจ้างไม่ดี ปริมาณงานก็ลดลงหรือไม่มีงาน อันมีผลกระทบต่อการทำงานและรายได้ของแรงงาน นอกจากนี้ผู้รับงานเองก็ไม่มีความ สามารถหรือความกล้าพอที่จะรับงานจำนวนมาก อันเนื่องมาจากปัญหาการควบคุมแรงงานและการจัดหาวัตถุดิบ ซึ่งเป็นผลให้การทำงานไม่มีเสถียรภาพ

3. ปัญหาด้านสภาพแวดล้อมการทำงานไม่เหมาะสม การทำงานในสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม อาจก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพและความไม่ปลอดภัยในการทำงาน สาเหตุ เกิดจากสถานที่ทำงาน ตลอดจนอุปกรณ์และเครื่องมือการทำงานที่ไม่เหมาะสม เช่น การทำงานในบริเวณบ้านที่ไม่มีระบบการถ่ายเทอากาศหรือระบบแสงสว่างที่ดีพอ สถานที่ทำงานไม่ถูกสุขลักษณะ ประกอบกับผู้ทำงานขาดความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับความปลอดภัยในการทำงาน ซึ่งอาจก่อให้เกิดอันตรายจากการทำงาน หรือก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพอนามัยของผู้ทำงานและครอบครัวได้

4. ปัญหาการขาดการส่งเสริมพัฒนาเพื่อยกระดับฝีมือ โดยทั่วไปแรงงานนอกระบบส่วนใหญ่มักจะไม่ได้รับการพัฒนาฝีมือในเบื้องต้นมาก่อนที่จะมารับงานมาทำ หรือขาดการฝึกอบรมที่เป็นการยกระดับฝีมือทั้งก่อนและระหว่างการทำงาน จึงทำให้งานที่รับมาทำมีคุณภาพต่ำไม่เป็นไปตามที่ต้องการของผู้ว่าจ้างหรือคนกลางที่เอางานมาให้ทำ สาเหตุมาจากการขาด

ผู้รับผิดชอบโดยตรงที่ชัดเจนในการส่งเสริมการพัฒนาทักษะแรงงานไม่ว่าจะเป็นผู้ว่าจ้าง หน่วยงานของรัฐหรือเอกชน

5. ปัญหาการได้รับค่าจ้างค่าตอบแทนในการทำงานที่ต่ำ แรงงานนอกระบบมักจะถูกเอารัดเอาเปรียบจากคนกลางหรือผู้ว่าจ้าง จะได้รับค่าจ้างค่าตอบแทนที่ต่ำหรือค่อนข้างต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับอัตราค่าจ้างขั้นต่ำตามกฎหมายคุ้มครองแรงงาน หรืออัตราค่าจ้างเฉลี่ยของแรงงานในสถานประกอบการ โดยลักษณะงานแล้วผู้รับงานมาทำที่บ้านได้รับค่าจ้างค่าตอบแทน การทำงานตามผลงาน และถ้าหากการจ่ายงานมายังผู้รับงานไปทำที่บ้านต้องผ่านคนกลางหลายๆ ขั้นตอนก็จะมีผลทำให้ค่าจ้างที่แรงงานได้รับลดลงเรื่อยๆ โดยมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย ได้แก่

5.1 ทักษะและฝีมือของแรงงานนอกระบบอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งมีผลต่องานและคุณภาพของงาน

5.2 แรงงานมีจำนวนมากแต่ไม่มีการรวมกลุ่ม ซึ่งมีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการเพิ่มอำนาจในการต่อรองค่าจ้างและสวัสดิการ และมีผลต่อการเพิ่มประสิทธิภาพการผลิตและการตลาด

5.3 แรงงานส่วนใหญ่ขาดความรู้และความสามารถในการจัดการ ทำให้ต้นทุนการผลิตและการตลาดสูง ส่วนค่าตอบแทนผลผลิตและกำไรจากการประกอบการต่ำ

5.4 ลักษณะการทำงานที่มีความยืดหยุ่นแตกต่างกัน อัตราค่าจ้างจึงต่างกัน งานบางอย่างมีความยืดหยุ่นมาก อัตราค่าจ้างจึงค่อนข้างต่ำ

5.5 งานไม่มีความแน่นอน ทำให้รายได้จากการทำงานไม่แน่นอน

6. ปัญหาด้านสวัสดิการและการคุ้มครองแรงงานนอกระบบ เกิดจากความไม่ชัดเจนและครอบคลุมของกฎระเบียบต่างๆ และกฎหมาย

7. ปัญหาด้านการบริหาร หน่วยงานที่รับผิดชอบงานขาดผู้รับผิดชอบโดยตรงที่ชัดเจนในการประสานงานระหว่างแรงงานนอกระบบกับผู้ว่าจ้างรวมทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

8. ปัญหาด้านสุขภาพ สามารถแยกออกได้เป็น 3 ประเภทใหญ่ๆ ได้แก่ ปัญหาทางการยศาสตร์ ปัญหาทางด้านผิวหนัง และปัญหาทางด้านทางเดินหายใจ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ปัญหาทางการยศาสตร์

ปัญหาทางการยศาสตร์ เป็นปัญหาส่วนใหญ่ที่พบในแรงงานนอกระบบ เนื่องจากการปฏิบัติงานในท่าทางเดิมเป็นระยะเวลานาน มีการเปลี่ยนท่าทางหรืออิริยาบถระหว่างการทำงานน้อย จนทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย เช่น ปวดหลัง ปวดขา หรือเมื่อยล้าตามร่างกาย ฯลฯ โดยคำว่า “การยศาสตร์” หมายถึง วิทยาการที่เกี่ยวข้องกับการจัดสภาพงานให้สอดคล้องกับการปฏิบัติงาน

ของผู้ปฏิบัติทั้งทางร่างกายและจิตใจ และการปรับลักษณะการทำงานให้เข้ากับสภาพงานและอุปกรณ์เครื่องมือในการทำงาน เพื่อป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพ และเกิดความปลอดภัยในการทำงาน ซึ่งจะเป็นผลให้คุณภาพของงานสูงขึ้นและเพิ่มประสิทธิภาพของการทำงานด้วย (พรชัย สิทธิศรัณย์กุล, 2543: 143-149; Medicine Net Inc., 2009: Online)

โรคเหตุอาชีพจากปัญหาทางการยศาสตร์ หมายถึง พยาธิสภาพทางร่างกายและจิตใจที่เป็นผลโดยตรงจากปัญหาทางการยศาสตร์ โรคที่พบบ่อย ได้แก่ โรคระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง โรคปวดหลังส่วนล่าง โรคที่เกิดจากการบาดเจ็บสะสม โรคบาดเจ็บเหตุอาชีพ และโรคเครียดจากการทำงาน

ลักษณะอาชีพและงานเสี่ยง

พรชัย สิทธิศรัณย์กุล (2543: 150-158) และ The Workplace Safety and Insurance Board (2009: Online) ได้สรุปไว้ว่า ลักษณะอาชีพและงานเสี่ยงของแรงงานนอกระบบจากแบบสอบถามสำหรับการซักประวัติผู้ป่วยที่มีปัญหาทางการยศาสตร์

1. ลักษณะทั่วไป

1.1 ผู้ป่วยทำงานด้วยท่าทางที่ถูกจำกัดโดยพื้นที่ หรือผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่วงกายได้อย่างอิสระ

1.2 ท่าทางการทำงานของผู้ป่วย สามารถทำให้เกิดอาการหรือปัญหารุนแรงที่ต้องไปพบแพทย์

1.3 ลักษณะการทำงานของผู้ป่วยมีผลทำให้เกิดภาระต่อกล้ามเนื้อแบบหดเกร็งอยู่กับที่เสมอ เช่น การถือของหนักอยู่ในมือ หรือการออกแรงเกร็งกล้ามเนื้ออยู่กับที่

1.4 งานของผู้ป่วยต้องการการออกแรงที่เกินกำลังของเขา

1.5 งานของผู้ป่วยต้องการความตั้งใจในการปฏิบัติเป็นระยะเวลานานๆ

1.6 ผู้ป่วยมีความเครียดทางสภาวะจิตใจจากการทำงาน

2. การยืนทำงาน

2.1 ผู้ป่วยต้องยืนทำงานติดต่อกันเป็นเวลานานๆ เกินครึ่งวันหรือไม่

2.2 ท่าทางการทำงานของผู้ป่วยต้องยืนโก้งโค้งหรือไม่

2.3 ผู้ป่วยต้องยืนโน้มตัวทำงาน หรือก้มตัวลงไปหยิบของในภาชนะบรรจุของขนาดใหญ่หรือไม่

2.4 ผู้ป่วยต้องเอื้อมตัวหยิบของในท่าทางที่ไม่เหมาะสม

2.5 ผู้ป่วยทำงานในท่าเอี้ยวตัวหรือบิดตัว

2.6 ผู้ป่วยไม่สามารถยืนทำงานสลับเท้าได้อย่างสะดวก

2.7 ไม่มีการจัดเก้าอี้ ม้านั่งให้ผู้ป่วยนั่งทำงานเพื่อช่วยแก้ปัญหา

2.8 ผู้ป่วยต้องยกไหล่ขณะทำงาน หรือแขนต้องกางออกมากกว่า 60 องศา

3. การนั่งทำงาน

3.1 ผู้ป่วยต้องนั่งทำงานติดต่อกันเป็นเวลานานๆ เกินครึ่งวัน

3.2 ความสูงของเก้าอี้ไม่เหมาะสมกับระดับความสูงของการทำงาน หรือเหมาะสมกับความยาวขาของผู้ป่วย

3.3 ผู้ป่วยไม่ทราบวิธีการปรับระดับความสูงของเก้าอี้

3.4 ผู้ป่วยเป็นคนค่อนข้างเตี้ย แต่ไม่ใช้ที่วางเท้าช่วย

3.5 ผู้ป่วยเป็นคนค่อนข้างสูง แต่ไม่ใช้โต๊ะสูงกว่าปรกติทำงาน

3.6 ผู้ป่วยใช้ Visual Display Terminal (VDT) แต่

3.6.1 จอคอมพิวเตอร์อยู่ในตำแหน่งที่ไม่เหมาะสมกับมุมมอง

3.6.2 มีระยะการอ่านหรือมองไม่เหมาะสม

3.6.3 มีปัญหาเรื่องแสงจ้า

3.7 ไม่มีการจัดที่วางเอกสารที่จะช่วยให้อ่านหนังสือ หรือทำงานได้สะดวก

4. การเคลื่อนไหวซ้ำๆ

4.1 ผู้ป่วยต้องทำงานโดยเคลื่อนไหวแขนซ้ำๆ หรือใช้อัตราการเคลื่อนไหวมากกว่าชั่วโมงละ 1,500 ครั้ง หรือวงจรการทำงาน (Cycle time) มากกว่า 30 วินาที

4.2 ผู้ป่วยต้องบีบมืออย่างแรงขณะทำงาน โดยการใช้เครื่องมือ ลักษณะการทำงานนี้อาจทำให้แนวของข้อมือบิดไปทางใดทางหนึ่ง

5. การยกของและการเคลื่อนย้ายวัสดุ

5.1 ผู้ป่วยต้องเคลื่อนย้ายวัสดุหนัก 30 กิโลกรัมขึ้นไป เป็นบางเวลาหรือประมาณ 10 กิโลกรัมบ่อยๆ

5.2 ลักษณะวัสดุที่ผู้ป่วยต้องเคลื่อนย้ายมีขนาดใหญ่มากเกินไป หรือมีรูปทรงไม่คงที่ หรือยากต่อการจับ

5.3 ผู้ป่วยยกของหนักที่อยู่ห่างจากลำตัว

5.4 ผู้ป่วยยกของหนักที่อยู่ในระดับไม่เหมาะสม เช่น สูงหรือต่ำเกินไป

5.5 ผู้ป่วยยกของหนักอยู่ในท่าที่บิดเอว

5.6 ผู้ป่วยไม่เคยได้รับการแนะนำหรือฝึกยกของอย่างถูกวิธี

ปัญหาทางผิวหนัง

ปัญหาทางด้านผิวหนัง เกิดจากการปฏิบัติงานที่ต้องสัมผัสกับสารเคมีโดยตรง โดยไม่ได้คำนึงถึงการป้องกัน เช่น การสวมใส่ถุงมือ แว่นครอบตา หรือเสื้อผ้ามิดชิด จนทำให้เกิดอาการทางผิวหนัง เช่น ผื่นคัน แผลหรือรอยไหม้ หรือบาดแผล ฯลฯ โดยมีรายละเอียด ดังนี้ (พรชัย สิทธิศรัณย์กุล, 2543: 131-136; The Worker Adviser Office, 2010: online)

สาเหตุของโรค

โรคผิวหนังจากอาชีพแบ่งสาเหตุการเกิดโรคออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่

1. เหตุเชิงกล มีสาเหตุจากการเสียดถู แรงกด และการสั่นรัว

2. เหตุเคมี จากการสัมผัสกรดหรือด่างแรง เช่น โซดาไฟ สารเคมี น้ำมันก๊าด เบนซิน และของเหลวที่ใช้ในการตัดโลหะ ฯลฯ จะทำให้ผิวหนังเกิดการอักเสบรุนแรง

3. เหตุกายภาพ ได้แก่ ความร้อน ความเย็น และรังสี

4. เหตุชีวภาพ ได้แก่ สิ่งมีชีวิต เช่น พืช แมลงมีพิษ เห็ดป่า เชื้อโรค และปรสิต

อาชีพเสี่ยง

ส่วนอาชีพที่เสี่ยงต่อโรคเหล่านี้ ได้แก่

1. งานแบกหามทำให้ผิวหนังรับการเสียดถู งานเกี่ยวกับเครื่องจักรกล และเครื่องยนต์ งานที่ต้องสัมผัสฝุ่นละออง เป็นต้น

2. งานสัมผัสสารเคมีและชีวภาพ เช่น ช่างเครื่อง ทหารในสงคราม คนเลี้ยงผึ้ง ชาวประมง เกษตรกร นักวิทยาศาสตร์และเภสัชกร แม่บ้านงานครัว ผู้ที่ทำงานสัมผัสสารโครเมียมและนิคเกิล ช่างเสริมสวย ช่างไม้เฟอร์นิเจอร์ เป็นต้น

3. งานสัมผัสรังสี เช่น บุคลากรทางการแพทย์ ช่างทำเข็มนาฬิกา ผู้ทำงานกลางแจ้ง ช่างเชื่อมโลหะ เป็นต้น

4. งานในสภาพแวดล้อมที่มีอุณหภูมิสูงหรือต่ำมาก เช่น พนักงานโรงหลอมโลหะ ช่างตีเหล็ก แม่บ้านทำอาหาร โรงงานน้ำแข็ง เป็นต้น

5. งานเสี่ยงการติดเชื้อ เช่น แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล คนงานโรงงานฆ่าสัตว์ พ่อค้าเนื้อ คนทำความสะอาดบ่อปลาหรือถังปลา คนเลี้ยงสุนัข ผู้ทำงานสัมผัสดินและน้ำท้องนา โรงสีข้าว (สัมผัสตัวไรฝุ่น) เป็นต้น

ลักษณะทางเวชกรรม

ลักษณะทางเวชกรรมของโรค มีดังนี้

1. มีตุ่มน้ำ บาดแผล ผิวหนังด้านหนา รอยแตก ตาปลา พบมากในคนทำงานหนัก แบกหาม แม่บ้านหรือคนทำอาหาร หรือการใช้เครื่องจักร

2. นิ้วซีดขาวจากการสั่นสะเทือน เนื่องจากใช้เครื่องขุดเจาะ

2.1 ผิวหนังอักเสบเฉียบพลันจากการสัมผัสสารเคมีฤทธิ์กรดหรือด่างแรง

2.2 ผื่นผิวหนังเหตุภูมิแพ้พบในผู้ที่ทำงานปูนซีเมนต์ ก่อสร้าง โดยเฉพาะปูนที่มีโพแทสเซียมไดโครเมด ซึ่งเป็นสารก่อภูมิแพ้ที่สำคัญ

2.3 ลมพิษเหตุสัมผัส พบในผู้ที่ทำงานหลายอาชีพ เช่น ช่างเสริมสวยที่สัมผัสสารแอมโมเนีย ผู้ที่สัมผัสอุปกรณ์ที่เป็นยางธรรมชาติ (ลาเท็กซ์) เช่น บุคลากรทางการแพทย์ พนักงานโรงงานยา เกษตรกรเลี้ยงสัตว์สัมผัสน้ำลายและมูลสัตว์ คนเตรียมอาหารทะเล หรือคนทำงานโรงงานจัดส่งสินค้าอาหารทะเล

2.4 สิวและขุมขนอักเสบ เกิดจากการสัมผัสน้ำมันดิน น้ำมันเครื่อง

2.5 โรคผิวหนังอักเสบเหตุแสง พบได้ตั้งแต่ผิวไหม้แดด ผิวหนังชราเหตุแสง ผิวหนังแพ้แสง จนถึงมะเร็งผิวหนัง

2.6 ผดผื่นคันจากความร้อน

2.7 แผลหิมะหรือน้ำแข็งกัดจากสัมผัสความเย็นจัด

2.8 ผิวหนังอักเสบเหตุรังสี เช่น รังสีเอกซ์ และ โคบอล-60

2.9 ผิวหนังแดด ลักษณะผื่นคล้ายไฟลามทุ่ง พบในคนทำปลา คนขายเนื้อ

2.10 ผื่นแกรนุโลมาจากเชื้อ มัยโครแบคทีเรียม มารินุม พบในชาวประมง

2.11 แผลแอนแทรกซ์ พบในคนเลี้ยงวัว เลี้ยงแพะ พ่อค้าขายเนื้อ

2.12 ผิวหนังอักเสบติดเชื้อสเตร็ปโตคอคคัส และสแตฟีย์โลคอคคัส ในช่างก่อสร้าง พ่อครัวแม่ครัว พ่อค้าเนื้อสัตว์

2.13 โรคเริมที่นิ้วมือทันตแพทย์

2.14 ตุ่มผิวหนังที่มือคนรีดนม

2.15 หูด ในคนขายเนื้อ หูดใยหิน ในผู้ทำงานจับต้องใยหิน

2.16 แผลเอสคาร์ เนื่องจากถูกเห็บกัด พบในทหาร ผู้ทำงานในป่า หรือนักเรียนในหอพักรวม

การวินิจฉัยโรค

ข้อมูลสำหรับการวินิจฉัยโรคควรประกอบด้วย

1. ประวัติทำงานสัมผัสกับสารที่รู้จักกันดีว่าทำให้เกิดโรคผิวหนัง
2. มีผู้ร่วมงานเป็นอย่างเดียวกัน
3. ระยะเวลาที่เกิดโรคสัมพันธ์กับเวลาที่สัมผัสสารก่อโรค
4. โรคและตำแหน่งโรคเข้ากันได้กับสารที่สัมผัส
5. โรคดีขึ้นเมื่อหยุดสัมผัสสารก่อโรค และกลับเป็นใหม่เมื่อสัมผัสอีก
6. การทดสอบผิวหนังบ่งชี้ถึงการแพ้สารก่อโรคที่เป็นสาเหตุ

นอกจากนี้ยังมีโรคผิวหนังอื่นๆ อาทิเช่น

1. มะเร็งผิวหนัง เกิดจากการสัมผัสรังสีต่างๆ เช่น รังสีเหนือม่วง รังสียูวีบี รังสีเอ็กซ์ น้ำมันดิน เขม่าควัน สารจากกระบวนการกลั่นปิโตรเลียม สารหนู การบาดเจ็บซ้ำๆ เช่น บริเวณแผลไหม้ซ้ำๆ ทำให้เกิดเป็นดุ่มสีปรกติหรือแดงเล็กน้อย ขอบไม่ชัด ผิวอาจเรียบหรือขรุขระ คลำจะรู้สึกแข็ง ก้อนมะเร็งจะขยายตัวทั้งด้านกว้างและลึก และแตกเป็นแผลง่าย หรืออาจเป็นผื่นแดงขอบชัดเจน มีขุยหรือสะเก็ด ซึ่งพบบ่อยใน เกษตรกร กรรมกรก่อสร้าง ช่างหรือคนงาน (โรงสีข้าว โรงงานเซรามิค ลงรักหรือลงยา งานแก้ว ทำน้ำมันดิน งานไฟฟ้า โรงอิฐ ปั่นฝ้าย ผลิตน้ำยากำจัดศัตรูพืช หล่อหลอมโลหะ งานเชื่อม) คนทำงานรังสีการแพทย์ คนทำความสะอาดปล่องไฟ พนักงานดับเพลิงและต้านไฟป่า เป็นต้น

2. หนังถลอก (Abrasion) เกิดจากแรงเฉือนที่ผิวหนังครูดกับของแข็งจากการล้มหรือแบกของหนัก พบบ่อยที่ข้อศอก หัวเข่า ข้อเท้า และบ่า ไหล่ ส่วนใหญ่การบาดเจ็บไม่ลึกถึงหนังเท้า พบบ่อยในเกษตรกร นักกีฬาอาชีพ กรรมกรแบกขน กรรมกรก่อสร้าง

3. หนังพอง (Blister) เกิดจากการเสียดสีทำให้หนังกำพร้าแยกออกจากหนังแท้ และมีน้ำเหลืองคั่งอยู่ระหว่างชั้น มักพบบริเวณอุ้งมือ เหนือส้นเท้า หรือบริเวณที่เสียดสีกับรองเท้าบ่อยๆ พบบ่อยในอาชีพคล้ายกับข้อ 2

4. ฟกช้ำ (Contusion) เกิดจากการชนกับของแข็งไม่มีคม โดยเฉพาะบริเวณหน้าแข็งและใบหน้า อาจมีอาการบวมร่วมด้วย เกิดเนื่องจากการฉีกขาดของหลอดเลือดในชั้นใต้หนัง หากมีเลือดคั่งสีผิวอาจแดงคล้ำด้วย อาชีพที่พบบ่อยคล้ายกับข้อ 2

5. ผิวหนังฉีกขาด (Laceration) ผิวหนังแยกออกจากกันและมีเลือดไหลออก เกิดจากการกระแทกกับของแข็งที่มีคม หรือเหลี่ยมแข็ง รวมทั้งของมีคมทุกชนิด พบบ่อยในอาชีพที่ต้องทำงานกับเครื่องจักรหรือของมีคม แม่บ้าน ขายอาหาร ชาวนา เป็นต้น

ปัญหาทางด้านระบบทางเดินหายใจ

เป็นปัญหาที่เกิดจากการไม่ใช้อุปกรณ์ป้องกัน เช่น หน้ากาก หรือการทำงานในที่มีการระบายอากาศ การทำความสะอาดสถานที่ไม่ดี หรือมีการทิ้งสารเคมี ปัญหาทางระบบทางเดินหายใจประกอบด้วยหลายๆ สาเหตุ ได้แก่ โรคไข้ไอโลหะ โรคก๊าซพิษ โรคสารประกอบอินทรีย์ไอระเหย โรคฝุ่นจับปอด โรคฝุ่นสารอินทรีย์ โรคเหตุตัวทำละลายอินทรีย์ โรคหืด เป็นต้น (พรชัย สิทธิศรัณย์กุล และคณะ, 2543: 28-92, 107-115; Kulkarni, 2006: 51-52)

1. โรคไข้ไอโลหะ (Metal Fume Fever) เป็นกลุ่มอาการของโรคที่เกิดขึ้นหลังจากหายใจรับไอโลหะก่อโรคเข้าไปในร่างกาย ได้แก่ ออกไซด์ของสังกะสี ทองแดง แมงกานีส โครเมียม แมกนีเซียม พลวง ดีบุก และตะกั่ว อาชีพที่เสี่ยง ได้แก่ งานหลอมโลหะด้วยความร้อนสูงเกิน 1,000 องศาเซลเซียส งานเชื่อมเหล็กกล้าที่ชุบด้วยสังกะสี งานชุมโลหะด้วยสังกะสี และงานเชื่อมและงานตัดโลหะโดยใช้ความร้อนสูง ผู้ป่วยจะเกิดอาการหลังจากหายใจรับไอโลหะประมาณ 4-6 ชั่วโมงจะเกิดอาการฉับพลันแบบไข้หวัดใหญ่ คือ มีอาการปวดเมื่อยโดยเฉพาะตามข้อ ไข้อาจหนาวสั่น เหงื่อออกมาก ไอ แน่นหน้าอก หายใจขัด มีรสหวานเลี่ยนในปาก (รสโลหะ)

2. โรคก๊าซพิษ เป็นโรคที่เกิดจากได้รับก๊าซกำมะถันไดออกไซด์ ไนโตรเจนออกไซด์ หรือคาร์บอนนอนออกไซด์ เข้าสู่ร่างกาย หรือสัมผัสทางผิวกาย โดยอาชีพที่เสี่ยง ได้แก่ โรงงานกระดาษและเยื่อไม้ อุตสาหกรรมปิโตรเคมี ใช้เชื้อเพลิงที่มีกำมะถัน เช่น ลิกไนต์ โรงถลุงแร่ โรงงานผลิตสารเคมี เช่น ฟอร์มัลดีฮัยด์ โรงงานปุ๋ย โรงเก็บพืช งานเชื่อม งานโลหะ งานใช้พลังเชื้อเพลิงจากฟอสซิล โรงงานวัตถุระเบิด โรงงานเยื่อกระดาษ อู่ซ่อมเครื่องยนต์ งานซ่อมเครื่องยนต์ไอเสียจากการเผาไหม้ดีเซล พนักงานต่างๆ เช่น พนักงานเฝ้าที่จอดรถในอาคาร พนักงานขับรถ พนักงานดับเพลิง ตำรวจจราจร นักธรณีวิทยา และพนักงานห้องครัว เป็นต้น

ลักษณะอาการของโรคมีลักษณะแตกต่างกันไปในแต่ละโรค ดังนี้

2.1 โรคพิษจากกำมะถันไดออกไซด์เฉียบพลัน เมื่อได้รับก๊าซเข้มข้นสูงในระยะเวลา 2-3 ชั่วโมง จะเกิดอาการเจ็บตา ตาแดง น้ำตาไหล อาจมีแผลที่กระจกตา แสบจมูก น้ำมูกไหล ไอ จาม หายใจมีเสียงหวีดคล้ายหืด ทางเดินหายใจบวม อาจเกิดปอดบวมน้ำ และเสียชีวิต

2.2 โรคพิษจากกำมะถันไดออกไซด์เรื้อรัง เกิดจากการได้รับก๊าซซ้ำๆ ติดต่อกันเป็นเวลานานใน 2-3 เดือน จะมีแผลเรื้อรังในโพรงจมูก การรับรู้กลิ่นเสียไป หลอดลมอักเสบเรื้อรัง ไอมีเสมหะ ผิวหนังไหม้มีตุ่มใส หรือผื่นลมพิษ

2.3 โรคพิษคาร์บอนมอนออกไซด์ ความรุนแรงขึ้นอยู่กับระดับคาร์บอกซีย์ฮีโมโกลบิน (COHb) ในเลือด ดังนี้

2.3.1 ถ้า COHb 10% หายใจไม่สะดวกเมื่อออกแรงหนัก ความสามารถทางสมองลดลง

2.3.2 ถ้า COHb 20% หายใจไม่สะดวกเมื่อออกแรงปานกลาง ปวดศีรษะตุบๆ

2.3.3 ถ้า COHb 30% ปวดศีรษะ หงุดหงิด เวียนศีรษะ เพลีย ตาพร่ามัว การตัดสินใจช้าลง

2.3.4 ถ้า COHb 40% หน้ามืด เป็นลมแม้ออกแรงน้อยๆ ปวดศีรษะมาก สับสน คลื่นไส้อาเจียน หายใจดีแต่หัวใจเต้นเร็ว

2.3.5 ถ้า CoHb 60% ชัก หมดสติ หายใจล้มเหลว หัวใจหยุดเต้น

2.4 โรคพิษไนโตรเจนออกไซด์ อาการจะขึ้นอยู่กับความเข้มของก๊าซ ได้แก่ ไอ หายใจขัด เคืองตา ปวดศีรษะ อ่อนล้า คลื่นไส้ เหงื่อแตก ใจสั่น เซื่องซึม ถ้าก๊าซมีความเข้มข้นสูงจะรู้สึกขาดอากาศหายใจเหมือนจมน้ำ หลอดลมหดเกร็ง ปอดบวมหรืออักเสบ ไอมีเสมหะปนเลือด เจ็บแน่นหน้าอก หัวใจเต้นเบา ผิวกายเขียวคล้ำ และเสียชีวิตได้ในเวลาต่อมา

3. โรคสารประกอบอินทรีย์ไอระเหย สารประกอบอินทรีย์ไอระเหย (Volatile Organic Compounds: VOCs) เป็นสารกลุ่มอาลิฟาติคฮัยโดรคาร์บอน และสารประกอบหอมระเหย เช่น ฟอร์มัลดีฮัยด์ อัลเคน เอสเทอร์ แอลกอฮอล์ แอลดีฮัยด์ คีโตน เบนซีน โทลูอีน สตัยรีน เป็นต้น

อาชีพที่เสี่ยง ได้แก่ โรงงานไม้อัดแผ่น ไม้อัดผง เฟอร์นิเจอร์ โรงงานผลิตฟอร์มัลดีฮัยด์ เรซิน พลาสติก ยางสังเคราะห์ เส้นใยประดิษฐ์ งานดองศพ -พนักงานแต่งศพ สัปเหร่อ งานพ่นสีแลกเกอร์ ผลิตน้ำยาชักเงา สีย้อม หมึกพิมพ์ น้ำหมึก พ่นสี ทาสี อู่ซ่อมรถยนต์ เครื่องยนต์ หล่อโลหะ ผลิตน้ำยาดับเพลิง น้ำยาลบคำผิด กาว สารเหนียว น้ำมันหล่อลื่น ขี้ผึ้ง อุตสาหกรรมปิโตรเลียม น้ำมัน ก๊าซธรรมชาติ อุตสาหกรรมสารกำจัดแมลง น้ำยาทำความสะอาด สถานีบริการน้ำมัน และซักแห้ง เป็นต้น

อาการของโรคมีทั้งอาการเฉียบพลันและเรื้อรังขึ้นอยู่กับความเข้มข้นของสารที่ได้รับ โดยส่วนใหญ่จะทำให้ปวดศีรษะ เดินเซ ไม่มีสมาธิ มีอาการคล้ายเมาสุรา ซึม คลื่นไส้อาเจียน แสบจมูก หัวใจเต้นผิดจังหวะ การหายใจล้มเหลว ไอจากการระคายเคือง หมดสติ และอาจมีอาการทางจิตประสาทได้

4. โรคฝุ่นจับปอด เกิดจากการหายใจรับฝุ่นละอองสารอนินทรีย์หรือฝุ่นแร่เข้าไปก่อการอักเสบและเกิดพยาธิสภาพเนื้อพังผืด การเกิดโรคจะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับชนิดของสาร เช่น ฝุ่นซิลิกา ฝุ่นแร่แป้งหรือดินสอพอง ฝุ่นแร่ใยหิน (แอสเบสตอส) ฝุ่นถ่านหิน เป็นต้น

อาชีพเสี่ยง ได้แก่ งานเหมืองแร่ (ระเบิดหิน ย่อยหิน ทำดรกหิน) งานทำเครื่องเคลือบดินเผา และกระเบื้องเคลือบ อุตสาหกรรมแก้ว (กระจกฝ้า กระจกพ่นทราย) ทำอิฐ กระเบื้องทนไฟ และฉนวนกันความร้อน งานขัดโลหะ (ขัดหิน ขัดหม้อ ขัดพื้น) อุตสาหกรรมแป้งผัดหน้าและแป้งเด็ก อุตสาหกรรมยางรถ และถุงมือยาง อุตสาหกรรมเหมืองแร่ใยหิน และถลุงแร่ใยหิน อู่ซ่อมรถยนต์ (ผ้าครัทซ์ ผ้าห้ามล้อ) การซ่อมหรือรื้ออาคารเก่า งานก่อสร้าง อุตสาหกรรมผลิตกระดาษ กระดาษสา สบู่ และงานดัดเย็บผ้า เป็นต้น

อาการของโรค ในระยะแรกอาจไม่มีอาการหรืออาจมีอาการไอ มีเสมหะ และหายใจลำบาก อาการจะปรากฏชัดขึ้นหลังทำงานติดต่อกัน 1-2 เดือน อาการจะรุนแรงขึ้น หายใจติดขัด หอบเหนื่อย ไอแห้งๆ ไม่มีเลือด ภาพรังสีทรวงอกมีเงาทึบในทุกๆ ส่วนของปอด นานๆ ปอดจะเสื่อมสมรรถภาพ อาจมีวัณโรคร่วมด้วย

5. กลุ่มอาการพิษเหตุฝุ่นสารอินทรีย์ เป็นอาการเฉียบพลันที่เกิดหลังสัมผัสฝุ่นสารอินทรีย์ 4-6 ชั่วโมง อาการคล้ายเป็นไข้หวัดใหญ่ มีไข้ หนาวสั่น ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและข้อ ไอแห้งๆ และอ่อนเพลียมาก งานที่เสี่ยง ได้แก่ ผู้ผลิตน้ำพริกที่ดำเนินการบดพริกแห้งและเผาพริก งานกสิกรรม เช่น เก็บเกี่ยวพืช ฟางข้าว ชานอ้อย งานในห้องเพาะชำ เลี้ยงสัตว์ เช่น คอกสุกร สัตว์ปีก ปศุสัตว์ สัตว์เลี้ยง งานกำจัดของเสีย เช่น น้ำโสโครก ขยะบ้าน ผลิตของจากสิ่งที่ใช้แล้ว อุตสาหกรรมผลิตเส้นใยพืช (ฝ้าย ป่าน ปอ ฯลฯ) และงานไม้ต่างๆ งานเทคโนโลยีชีวภาพ

6. โรคหลอดลมอักเสบ พบในผู้ประกอบอาชีพที่ต้องหายใจรับฝุ่นอินทรีย์ที่มีฤทธิ์ระคายเคืองสูงเป็นประจำ เช่น งานโรงทำใบชา ใบยาสูบ พริก พริกไทย สมุนไพร ในระยะแรกๆ จะมีอาการระคายเคืองทางเดินหายใจฉับพลัน ไอรุนแรง อาจมีหายใจเหนื่อยหอบ น้ำตาและน้ำมูกไหล แต่ไม่เกิดหลอดอักเสบเรื้อรังแบบอุดกั้น

7. โรคหลอดลมอักเสบภูมิไวเกิน (Hypersensitivity Pneumonitis) หรือโรคถุงลมปอดอักเสบภูมิแพ้เหตุจากภายนอก หรือโรคปอดอักเสบภูมิแพ้จากเหตุอาชีพ อาการจะหายใจติดขัด ไอแห้งๆ ไข้หนาวสั่น ปวดกล้ามเนื้อ เป็นอยู่ 12-18 ชั่วโมงก็จะทุเลาหายไปเอง และจะเกิดอาการใหม่เมื่อสัมผัสสารก่อโรคอีกครั้ง อาชีพที่เสี่ยง ได้แก่ ชาวไร่ชาวนา คนเลี้ยงสัตว์ปีก โดยเฉพาะนก โรงงานกระดาษ คนงานฟาร์มเห็ด โรงงานผลิตแป้ง ช่างไม้ หรือทำแฝกมุงหลังคา

8. โรคฝุ่นฝ้าย (Byssinosis) เป็นโรคปอดเหตุอาชีพที่เกิดในผู้ประกอบอาชีพสิ่งทอเกี่ยวกับฝ้าย ปอป่าน ปอลินิน หรือปอเชือก โดยหายใจรับฝุ่นดังกล่าวเข้าทางเดินหายใจอย่างต่อเนื่องนานเกิน 2 ปี โดยอาการความรุนแรงแบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ

8.1 ระดับที่ 1 มีอาการแน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวก และไอ มีอาการเวลากลับมาทำงาน

8.2 ระดับที่ 2 มีอาการทุกวันแรกที่กลับมาทำงาน

8.3 ระดับที่ 3 มีอาการทุกวันที่ทำงาน

8.4 ระดับที่ 4 มีอาการเหมือนระดับ 3 แต่ปอดเสื่อมถาวร พบในผู้ที่ทำงานต่อเนื่องเป็นเวลา 5 ปีขึ้นไป

9. โรคหืดเหตุอาชีพ (Occupational Asthma) เป็นโรคหืดหลอดลมที่เกิดขึ้นจากการทำงานสัมผัสสารก่อโรคในสถานประกอบอาชีพ ซึ่งสารก่อโรคแบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ กลุ่มสารเคมีน้ำหนักโมเลกุลน้อย และกลุ่มสารผลผลิตชีวภาพ อาชีพที่เสี่ยง เช่น งานพ่นสีรถและเครื่องบิน งานหุ้มสายลวด งานผลิตสารยึดติด งานเคลือบวัสดุด้วยแลกเกอร์ อุตสาหกรรมผลิตแก้วและเซรามิค ช่างเชื่อมหรือบัดกรีโลหะ พนักงานล้างฟิล์ม งานสัมผัสธัญพืช ขี้เลื่อย โรงงานใบยาสูบ ชาวนาชาวสวน คนขายสัตว์เลี้ยง เช่น หนู กระต่าย คนเลี้ยงวัว ควาย หรือม้า โรงทำขนมแป้งสาลี โรงโม่แป้ง ผู้ประกอบอาหารที่เกี่ยวข้องกับแป้งถั่วเหลือง ละอองพริก ยางมะละกอ สัตวแพทย์ บุคลากรห้องยา โรงงานผลิตสารซักล้าง โรงคั่วกาแฟ ช่างไม้ อุตสาหกรรมพลาสติก

ข้อมูลที่จำเป็นในการวินิจฉัยโรคเหตุแห่งอาชีพ

ข้อมูลเหล่านี้ประกอบด้วย (พรชัย สิทธิศรัณย์กุล, 2543: 6)

1. ลักษณะของงาน หรือ ตำแหน่งหน้าที่
2. เหตุการณ์ผิดปกติ
3. สารเคมีที่ใช้และสารที่ใช้ผสม
4. สุขอนามัยส่วนบุคคล
5. การใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล
6. ระบบการควบคุมทางวิศวกรรม
7. เวลาที่เกิดอาการ
8. อาการในช่วงวันหยุดสุดสัปดาห์ หรือช่วงพักร้อน
9. การมีสารคุกคามตัวใหม่และกระบวนการผลิตใหม่
10. คนงานอื่นที่มีอาการป่วยคล้ายกัน
11. ที่อยู่อาศัยใกล้โรงงาน หรือที่ทิ้งขยะ
12. ประวัติในอดีต และประวัติภูมิแพ้
13. การใช้ยา

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพหรือการดูแลสุขภาพของประชาชน

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพหรือการดูแลสุขภาพของประชาชนทั่วไป ซึ่งสามารถนำมาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ มีดังต่อไปนี้

1. เพศ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพหรือการดูแลตนเอง ความแตกต่างทางสรีระของบุคคล ยังเป็นตัวกำหนดบทบาทและบุคลิกภาพในครอบครัว ชุมชน และสังคมด้วย เช่น การศึกษาของประภาพร จินันทุยา (2536: บทคัดย่อ) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุดินแดง พบว่า เพศชายดูแลตนเองและมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Hanlon and Picket (1984: 46-49) พบว่า เพศหญิงมีการปรับตัวได้ยากกว่า มีระดับการพึ่งพาผู้อื่นและมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันมากกว่าเพศชาย เนื่องจากมีความรู้สึกว่ามีความสามารถด้านร่างกายที่ต่ำกว่าเพศชาย

2. อายุ เป็นตัวบ่งชี้ถึงความมีวุฒิภาวะหรือความสามารถในการรับรู้แปลความหมายและการตัดสินใจ ส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองหรือสุขภาพ ผู้ที่มีอายุมากขึ้นย่อมจะมีประสบการณ์หรือการเรียนรู้ที่มากขึ้น จึงทำให้มีข้อมูลที่พร้อมต่อการตัดสินใจปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยจากโรคภัยไข้เจ็บ ยกเว้นในกลุ่มผู้สูงอายุ ยิ่งมีอายุมากขึ้นจะมีความสามารถในการเรียนรู้ลดลง ทำให้การรับรู้เป็นไปได้ไม่ดีส่งผลให้การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองไม่ดีตามไปด้วย (บุญศรี ปันติ๊บ, 2549: 122)

3. อาชีพหรือลักษณะงาน มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง เช่น งานที่ต้องออกแรงมากจะทำให้อวัยวะต่างๆ มีความเสื่อมมากกว่า และขาดเวลาเอาใจใส่สุขภาพ (บุญศรี ปันติ๊บ, 2549: บทคัดย่อ) หรืออาชีพที่ต้องนั่งอยู่กับที่นานๆ หรือต้องทำงานวันละหลายๆ ชั่วโมงจะไม่ค่อยมีเวลาออกกำลังกายจะทำให้สมรรถภาพด้านหัวใจและหลอดเลือดเสื่อมได้มากกว่า เช่น การศึกษาของ วราภรณ์ เลิศพูนวิไลกุล และคณะ (2547: บทคัดย่อ) พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีบ้านใหม่หลังมอ ซึ่งส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง จะไม่มีเวลาออกกำลังกาย นอกจากนี้งานที่มีลักษณะเป็นงานประจำจะทำให้แรงงานให้ความสำคัญต่องานมากกว่างานเสริมเพราะมีผลต่อรายได้ที่จะได้รับด้วย จึงทำให้แรงงานต้องทำงานมากกว่าปกติเพื่อให้ได้รายได้มากขึ้น

4. ระดับการศึกษา เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะ และการมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลตนเอง คนที่มีการศึกษาจะมีข้อมูลในการพิจารณา ตัดสินใจกระทำได้มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย รวมทั้งมีทักษะในการค้นคว้าหรือซักถามปัญหา ตลอดจนรู้จักใช้แหล่งประโยชน์ในการรักษาและดูแลเอาใจใส่สุขภาพได้อย่างถูกต้อง (บุญศรี ปันติ๊บ, 2549: 124) ดังการศึกษาของนัยนา เมธา (2544: บทคัดย่อ) และกรรณิการ์ เรือนจันทร์ (2535: บทคัดย่อ) เกี่ยวกับความสัมพันธ์

ของความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ถูกต้อง ส่วนกลุ่มที่มีการศึกษาสูงจะสามารถรับรู้และเข้าใจเกี่ยวกับโรค วิธีการรักษา และการดูแลตนเองได้ดีกว่า

5. สถานภาพการสมรส เป็นปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพเช่นกัน เพราะการใช้ชีวิตคู่จะทำให้มีคนคอยห่วงใย ให้ความช่วยเหลือหรือดูแล การขาดชีวิตคู่หรือโสดจะทำให้รู้สึกขาดคนให้ความช่วยเหลือ ดูแล โดดเดี่ยว และไม่สนใจดูแลสุขภาพตนเองเท่าที่ควร ดังเช่น การศึกษาของดวงพร รัตนอมรชัย (2535: บทคัดย่อ) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีสภานภาพสมรส มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพโสด หม้าย หย่า และแยก สอดคล้องกับการศึกษาของสุวิมล พนาวัฒนกุล (2534: บทคัดย่อ) ที่พบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง

6. รายได้ เป็นตัวบ่งชี้สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งจะมีอิทธิพลสูงต่อการเลือกใช้บริการสุขภาพและการดูแลตนเอง และตอบสนองต่อความต้องการพื้นฐานของบุคคล บุคคลที่มีรายได้สูงจะสามารถเลือกแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยดูแลสุขภาพที่ให้ผลสำเร็จ ตามความต้องการของตนเองมากที่สุดได้ ส่วนผู้ที่มีรายได้ต่ำหรือปานกลางมักจะมีปัญหาเรื่องการเงิน และรู้สึกเป็นกังวลเป็นทุกข์มากกว่า (Orem, 1991: 142)

7. ลักษณะครอบครัว ครอบครัวมีผลต่อการดูแลตนเองของบุคคล โดยเฉพาะครอบครัวขยายจะมีบุคคลในครอบครัวที่เป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญในการดูแลเอาใจใส่ทั้งทางร่างกาย และจิตใจ ผู้ที่อยู่ในครอบครัวขยายจะมีกำลังใจในการดูแลตนเอง หรือรักษาสุขภาพได้ดีกว่าครอบครัวเดี่ยว เช่น การศึกษาของทัศนีย์ เกริกกุลธร (2536: บทคัดย่อ) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวขยายมีโอกาสได้รับการดูแลเอาใจใส่ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งอาจจะเป็นคู่สมรส บุตรหลาน และญาติพี่น้องมากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวเดี่ยว

8. การได้รับความรู้ เป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่จะส่งเสริมพัฒนาการของประชาชนในด้านการดูแลตนเองให้ดีขึ้น ซึ่งถือว่าเป็นหัวใจสำคัญในการพัฒนาชุมชนอย่างยั่งยืน เนื่องจากกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และแก้ไขปัญหาร่วมกัน ทำให้คนในชุมชนได้มีโอกาสคิดวิเคราะห์สาเหตุ และการหาแนวทางแก้ไข ทดลองปฏิบัติ และสรุปบทเรียนร่วมกัน ซึ่งจากการศึกษาของประสบสุข ศรีแสนปวง (2535: บทคัดย่อ) เกี่ยวกับการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี เนื่องจากผู้ป่วยทุกรายได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวจากแพทย์และพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยพยายามที่จะดูแลตนเองเพื่อให้สามารถควบคุมความดันโลหิตได้

9. ค่านิยมในการดูแลสุขภาพ การเจ็บป่วยเป็นประสบการณ์ในการเรียนรู้ที่คอยดูแลตนเอง และพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองตลอดจนการยอมรับสภาพที่เกิดขึ้นกับตนเอง โดยที่ความสามารถในการดูแลตนเองอาจจะเพิ่มขึ้นตามระยะเวลาของการเป็นโรค นอกจากนี้ค่านิยมต่างๆ อาจมีผลต่อการดูแลสุขภาพทั้งทางบวก เช่น การออกกำลังกาย การพักผ่อน การรักษาด้วยการแพทย์พื้นบ้าน หรือทางลบ เช่น การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การรับประทานยาแก้ปวด การดื่มเครื่องดื่มบำรุงกำลัง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของถิรพงษ์ ถิรมนัส (2544: บทคัดย่อ) ที่ศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุและการบาดเจ็บจากกาทำงานในบริเวณก่อสร้างในเขตจังหวัดชลบุรี พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการประสบอุบัติเหตุและการบาดเจ็บจากการทำงานในบริเวณก่อนสร้าง เช่น การดื่มเครื่องดื่มบำรุงกำลัง การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การแต่งกายไม่รัดกุม และการศึกษาของศิริพร ทูลศิริ และสมสมัย รัตนกรีฑากุล (2543: บทคัดย่อ) ที่ศึกษารูปแบบการดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมสุขภาพของกรรมกรก่อสร้างในเขตจังหวัดชลบุรี พบว่า ถ้าแรงงานได้รับความรู้ในการดูแลตนเอง เช่น การคงไว้ซึ่งอาหาร น้ำ และอากาศที่เพียงพอ การคงไว้ซึ่งการขับถ่ายให้เป็นไปตามปรกติ สมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อนหรือการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น จะเป็นการส่งเสริมสุขภาพของแรงงานได้

10. สวัสดิการด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยที่เอื้ออำนวยให้ประชาชนเข้าถึงการบริการสุขภาพอันจะนำไปสู่การมีสุขภาพ การทำงาน หรือความเป็นอยู่ดี ได้แก่ การมีระบบบริการที่ดี การมีสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล การให้ทุนการศึกษาแก่บุตร การให้วันลาพักผ่อนประจำปี จึงสรุปได้ว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองให้ปลอดภัยจากโรคภัยไข้เจ็บ เป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่คนต้องกระทำด้วยตนเอง โดยมีเป้าหมายเพื่อการรักษาไว้ซึ่งการมีชีวิต สุขภาพที่ดี ดังนั้นแรงงานนอกระบบจำเป็นที่จะต้องมีพฤติกรรมให้สอดคล้องกับโรคหรือความเสี่ยงที่ต้องเผชิญอยู่ ซึ่งการสำรวจอนามัยของคนงานก่อสร้างในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ: ปัญหาและแนวทางแก้ไขของบัณฑิต ถิ่นคำรพ (2540: 120-128) สามารถยืนยันได้อย่างชัดเจนว่าการที่คนงานก่อสร้างจะมีเวลาสนใจสุขภาพตนเองมากขึ้นควรส่งเสริมการใช้เครื่องป้องกันอันตรายส่วนบุคคลให้มากขึ้น และควรจัดให้มีสวัสดิการแก่คนงานก่อสร้างและครอบครัว รวมทั้งสวัสดิการต่างๆ เช่น แหล่งน้ำอุปโภคบริโภค สถานที่รับประทานอาหาร การจัดเก็บขยะ การกำจัดน้ำเสีย และสิทธิด้านการรักษา พยาบาลที่ครอบคลุมมากขึ้น

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชน

การปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติเริ่มขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2543 (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2528: 3) เมื่อมีการประกาศใช้ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการปฏิรูประบบสภาพแห่งชาติ มีเป้าหมายสำคัญคือการปฏิรูปสังคมไทย จากการตั้งรับเพื่อซ่อมสุขภาพมาสู่การรุกเพื่อสร้างสุขภาพดี โดยใช้การจัดทำพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติเป็นเครื่องมือสำคัญ รัฐบาลไทยได้ดำเนินการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตั้งแต่ พ.ศ. 2544 เป้าหมายของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ การสร้างหลักประกันให้คนไทยทุกคนเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียม อย่างไรก็ตามการเข้าถึงบริการสุขภาพเพียงอย่างเดียว คงไม่เพียงพอจะทำให้ประชาชนทุกคนมี “สุขภาพดี” หรือมี “สุขภาวะ” ซึ่งเป็นเป้าหมายสูงสุดของระบบสุขภาพได้ การที่ประชาชนจะมี “สุขภาพดี” ได้นั้นประชาชนจะต้องสามารถพึ่งพาตนเองทางด้านสุขภาพได้มากขึ้น และสามารถเข้ามา “มีส่วนร่วม” ดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น โดยต้องถือว่า “สุขภาพ” เป็นเรื่องของประชาชนทุกคนและเพื่อประชาชนทุกคน (All for Health and Health for All) ทั้งหมดจะทำให้ระบบเน้นการ “สร้าง” มากกว่า “ซ่อม” สุขภาพ ดังนั้น การมีส่วนร่วมของประชาชนนับเป็นแนวคิดทางยุทธศาสตร์การการพัฒนาชนบทแนวใหม่ที่จะทำให้ประชาชนเกิดความศรัทธาในตนเอง (self-reliance) มีความเชื่อมั่นในตนเอง (self-confidence) และความรู้สึกเป็นเจ้าของ (sense of belonging) ในการดำเนินการพัฒนาตามโครงการต่างๆ ในชุมชน ซึ่งจะนำไปสู่ความสามารถและประสิทธิภาพในการปกครองตนเองตามระบอบประชาธิปไตย เกิดการพัฒนาคนให้มีขีดความสามารถยืนหยัดพึ่งตนเองได้อย่างแท้จริง จึงนำมาใช้กับการพัฒนาสุขภาพได้

แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน

การมีส่วนร่วมของประชาชนเกิดขึ้นได้หลายลักษณะ หลายรูปแบบ และหลายวัตถุประสงค์ มีความแตกต่างกันออกไปตามความหลากหลายของแขนงสาขาวิชาการที่นำไปใช้และแตกต่างกันไปตามมิติต่างๆ ที่จะพิจารณาลักษณะเช่นนี้มีผลทำให้ไม่สามารถนิยามความหมายของการส่วนร่วมได้อย่างครอบคลุม ครบถ้วน และเป็นที่ยอมรับทั่วไปได้ แต่อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้ทำการรวบรวมความหมายของการมีส่วนร่วมที่ใกล้เคียงกันและเกี่ยวข้องกับเนื้อหาของการวิจัยครั้งนี้ ดังต่อไปนี้

ความหมายของการมีส่วนร่วม

ความหมายของการมีส่วนร่วมนั้นมีกลุ่มผู้เชี่ยวชาญหลายแขนงได้ให้ความหมาย หรือคำนิยามไว้อย่างหลากหลาย โดยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญเหล่านั้นได้ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการประชุม ณ องค์การสหประชาชาติ (ปรัชญา เวสารัช, 2528: 177) ว่า "การมีส่วนร่วมของประชาชน" เป็นคำที่ไม่อาจกำหนดนิยามความหมายเดียวครอบคลุมได้ เพราะว่าความหมายของการมีส่วนร่วมอาจแตกต่างกันไปตามมุมมองของแต่ละคนหรือแต่ละประเทศ หากจะให้เข้าใจได้ชัดแล้ว การกำหนดนิยามของการมีส่วนร่วมของประชาชนควรมีลักษณะจำกัดเฉพาะในระบบเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองหนึ่งๆ เท่านั้น จึงมีนักวิชาการหลายท่านที่พยายามจะนิยามความหมายของการมีส่วนร่วมไว้หลายความหมาย เช่น

องค์การอนามัยโลกและองค์การสหประชาชาติ (World Health Organization and The United Nations Children's Fund [WHO/UNICEF], 1978: 11) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนก่อให้เกิดกระบวนการ และโครงสร้างที่ประชาชนในชนบทสามารถที่จะแสดงออกซึ่งความต้องการของตน การจัดอันดับความสำคัญของการเข้าร่วมในการพัฒนา และได้รับประโยชน์จากการพัฒนานั้น โดยเน้นการให้อำนาจการตัดสินใจแก่ประชาชนในชนบท

Gustova (1990: 4) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมว่า เป็นกระบวนการที่บุคคลได้เข้าไปมีส่วนร่วมรับผิดชอบในกิจกรรม หรือกระบวนการเปลี่ยนแปลงในภาพรวม ซึ่งการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเป็นส่วนที่ต้องร่วมรับผิดชอบในการดำเนินงาน การประสานงาน การบริหารงาน และการพัฒนางาน

นิรันดร์ จงวุฒิเวทย์ (2527: 183) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมว่า หมายถึง การเกี่ยวข้องด้านจิตใจและอารมณ์ (mental and emotional involvement) ของบุคคลหนึ่งในสถานการณ์กลุ่ม (group situation) ซึ่งผลของการดังกล่าวเป็นเหตุเร้าใจให้กระทำการ (contribution) ให้บรรลุจุดมุ่งหมายของกลุ่มนั้นกับทั้งให้เกิดความรู้สึกร่วมรับผิดชอบกับกลุ่มดังกล่าวด้วย

จากความหมายนี้ การมีส่วนร่วมจะประกอบไปด้วยปัจจัย 3 ประการ คือ

1. การเกี่ยวข้องทางด้านจิตใจและอารมณ์ เป็นการเกี่ยวข้องทั้งตัวและจิตใจมิใช่เฉพาะเพียง แต่เกี่ยวข้องด้านกำลังกายหรือทักษะเท่านั้น

2. การกระทำการให้ เกิดขึ้นหลังจากผู้มีส่วนร่วมได้เข้ามาเกี่ยวข้องด้านจิตใจและอารมณ์ เป็นการเปิดโอกาสให้มีการแสดงความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ กระทำการเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของกลุ่ม ถือว่าเป็นการกระทำที่มากกว่าการยินยอมที่จะทำตามคำสั่ง

3. การร่วมรับผิดชอบ เมื่อเกิดการเกี่ยวข้องทางจิตใจ อารมณ์ และได้กระทำการให้แก่สถานการณ์กลุ่มนั้นแล้ว ผู้มีส่วนร่วมจะเกิดความรู้สึกร่วมรับผิดชอบกับกลุ่มนั้นด้วย เพราะ

การมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการทางสังคมที่บุคคลเข้าไปเกี่ยวข้อง (self involved) กับกลุ่มและจะต้องเห็นผลสำเร็จของการทำงานนั้นด้วย จึงเกิดความรู้สึกร่วมรับผิดชอบกับกลุ่ม

ในมุมมองทางด้านการพัฒนาสุขภาพคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน (ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานภาคเหนือ, 2542: 23) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมไว้ว่า คือ การที่ประชาชนได้พัฒนาขีดความสามารถของตนเองและควบคุมการใช้ และการกระจายทรัพยากรและปัจจัยการผลิตที่มีอยู่ในสังคมเพื่อประโยชน์ต่อการดำรงชีพทางเศรษฐกิจและสังคม ตามความจำเป็นอย่างสมศักดิ์ศรีในฐานะสมาชิกสังคม ในการมีส่วนร่วมของประชาชนได้พัฒนาการรับรู้และภูมิปัญญาซึ่งแสดงออกในรูปการตัดสินใจการกำหนดชีวิตของตนอย่างเป็นตัวของตัวเอง

นอกจากนี้ วัฒนา โพธา (2548: 66) ได้ให้ความหมายไว้ว่า เป็นการให้ประชาชนเข้ามาร่วมพัฒนาโดยเป็นผู้คิดค้นปัญหา หาสาเหตุของปัญหา กำหนดวิธีแก้ไขปัญหา วางแผนแก้ไขปัญหาและดำเนินการแก้ไขปัญหาด้วยตัวประชาชนเอง ไม่ใช่เป็นการกำหนดจากภายนอกแล้วให้ประชาชนเข้าร่วมในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ซึ่งจะเป็นสิ่งที่ทำให้เขาสามารถมีส่วนร่วมในกิจกรรมการพัฒนาอย่างแท้จริง และเป็นการสร้างสมรรถภาพและความเชื่อมั่นในตนเองในการที่จะแก้ปัญหาของตนเองต่อไปเรื่อยๆ

จากแนวคิดหลักของผู้เชี่ยวชาญและนักวิชาการต่างๆ อาจจะแตกต่างกันออกไปในรายละเอียดแต่แนวคิดหลักนั้นมีประเด็นที่เหมือนกันอยู่ 3 ประการ คือ

1. ประชาชนหรือชุมชน จะต้องมีส่วนเกี่ยวข้องในการตัดสินใจว่า ควรทำอะไร และทำอย่างไร

2. ประชาชนหรือชุมชน จะต้องให้ความร่วมมือในการดำเนินการตามการตัดสินใจนั้น รวมทั้งสามารถประเมินผลการดำเนินงานนั้นด้วย

3. ประชาชนหรือชุมชน พึงได้รับประโยชน์จากการมีส่วนร่วมนั้น นั่นคือจะตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานของชุมชน

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ การมีส่วนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพ จึงหมายถึง การเปิดโอกาส ส่งเสริม สนับสนุน หรือชักนำให้ประชาชนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้ามามีบทบาทในการดูแลสุขภาพ ตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา ตัดสินใจร่วมกัน การวางแผนและร่วมดำเนินการ การประเมินผล และการรับผลประโยชน์ร่วมกัน ก่อให้เกิดการเรียนรู้ และร่วมดูแลสุขภาพได้ด้วยตัวเองเพื่อคนในชุมชนเอง

ทั้งนี้การนำหลักการมีส่วนร่วมมาใช้ในการพัฒนาสุขภาพ นักพัฒนาสุขภาพจำเป็นจะต้องเข้าใจถึงลักษณะของการมีส่วนร่วมซึ่งมีหลากหลายลักษณะ โดยลักษณะที่เกี่ยวข้องกับงานพัฒนาสุขภาพ เช่น เสาวนีย์ สีสองสม (2541: 17) ที่ได้สรุปตามแนวคิดของไพโรจน์ สุขสัมฤทธิ์ ว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนมี 2 ลักษณะ คือ

1. การมีส่วนร่วมที่แท้จริง เป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามาร่วมทำโครงการตั้งแต่เริ่มต้นจนจบโครงการ ตั้งแต่ร่วมทำการศึกษาค้นหาปัญหาและความต้องการ ร่วมคิดและหาวิธีแก้ไขปัญหา หรือสร้างสรรค์สิ่งใหม่ๆ ร่วมวางแผนงานหรือโครงการ ร่วมตัดสินใจใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เป็นประโยชน์ต่อชุมชน ร่วมปฏิบัติตามนโยบายหรือแผนงานให้บรรลุตามที่กำหนดไว้ สุดท้ายจึงร่วมควบคุม ติดตาม และประเมินผล

2. การมีส่วนร่วมที่ไม่แท้จริง เป็นการมีส่วนร่วมเพียงบางส่วน โดยเฉพาะเข้าร่วมในการปฏิบัติตามโครงการที่ได้มีการกำหนดไว้แล้ว

ส่วน ทวีทอง หงส์วิวัฒน์ (2527: 188-189) กล่าวว่า นิรันดร์ จงวุฒิเวศย์ แบ่งลักษณะการมีส่วนร่วมของประชาชน (types of participation) ไว้ 3 ประการ คือ

1. การมีส่วนร่วมโดยตรง โดยผ่านองค์กรจัดตั้งของประชาชน เช่น การรวมกลุ่มเยาวชน หรือกลุ่มต่างๆ

2. การมีส่วนร่วมทางอ้อม โดยผ่านองค์กรผู้แทนของประชาชน เช่น กรรมการกลุ่มหรือชุมชน กรรมการหมู่บ้าน

3. การมีส่วนร่วมโดยเปิดโอกาสผ่านองค์กรที่ไม่ใช่ผู้แทนของประชาชน เช่น สถาบันหรือหน่วยงานที่เชิญชวน หรือเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมเมื่อไรก็ได้ทุกเวลา

จากลักษณะของการมีส่วนร่วมข้างต้น จะเห็นได้ว่าลักษณะและรูปแบบการเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชนก็จะแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ ลักษณะของกิจกรรม/โครงการตลอดจนปัญหาและความต้องการของชุมชนนั้นๆ ว่า ประชาชนต้องการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง หรือร่วมกับเจ้าหน้าที่ของรัฐในการแก้ไขปัญหา

ความสำคัญและปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชน

การมีส่วนร่วมมีความสำคัญอย่างมากในการพัฒนาด้านต่างๆ ดัง Brown and Moberg (1980: 596) ได้กล่าวไว้ ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมของกลุ่มก่อให้เกิดผลในทางบวกต่อเป้าหมาย ซึ่งเกิดจากการตัดสินใจร่วมกัน

2. การมีส่วนร่วมทำให้ผู้ปฏิบัติงานรู้สึกว่าตนเป็นส่วนหนึ่งขององค์การ

3. การมีส่วนร่วมก่อให้เกิดความคิดใหม่ๆ เกี่ยวกับงานและองค์การ รวมทั้งเป็นการสร้างภาวะผู้นำ

อย่างไรก็ตาม ถึงแม้การมีส่วนร่วมของชุมชนจะมีส่วนช่วยให้ชุมชนทำการพัฒนาด้านต่างๆ ได้ แต่ก็มีปัจจัยบางอย่างที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมทั้งด้านบวก และด้านลบหลายประการ ดังเช่น กีรติ ศรีวิเชียร (2534: 36) และปาริชาติ บัวเจริญ (2551: 80-91) ที่กล่าวไว้ว่า

ปัจจัยที่มีอิทธิพล ต่อการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมการพัฒนาชุมชน จนบรรลุตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่วางไว้ทุกประการนั้น สามารถสรุปได้ดังนี้

1. ความตระหนักในความสำคัญของการมีส่วนร่วม เป็นการกระทำของบุคคลที่เกิดจากความรับผิดชอบ ความสำนึกในหน้าที่ที่เกิดจากสภาวะจิตใจ ซึ่งแสดงความรู้สึกออกมาด้วยการเข้าไปมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานต่างๆ

2. ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการมีส่วนร่วม เป็นสิ่งที่แสดงถึงความพึงพอใจในตนเอง หรือการยอมรับตนเอง จึงแสดงออกด้วยความเชื่อมั่นที่จะกระทำสิ่งต่างๆ ให้สำเร็จลุล่วงได้ตามที่ต้องการ พร้อมที่จะเผชิญกับปัญหาต่างๆ โดยไม่ท้อถอย จึงเข้าไปมีส่วนร่วมตามสิทธิและหน้าที่ที่ถูกต้อง

3. ความคาดหวังในผลที่จะได้รับจากการมีส่วนร่วม เป็นความมุ่งหวัง หรือความเชื่อเกี่ยวกับความน่าจะเป็นในอนาคตว่าจะถ้าทำงานบรรลุเป้าหมายแล้วจะได้รับรางวัลตอบแทนหรือได้ผลสำเร็จคุ้มค่า หรือเห็นว่ากิจกรรมดังกล่าวจะก่อให้เกิดประโยชน์ระยะยาวแก่ตนเองและชุมชน จึงยอมทุ่มเทกับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานนั้นมากยิ่งขึ้น

4. ความผูกพันต่อองค์กรในการมีส่วนร่วม เป็นความรู้สึกของผู้ปฏิบัติงานที่มีความคิดเห็นสอดคล้องกับเป้าหมายและค่านิยมขององค์กร จึงยินดีที่จะอุทิศตนเองเพื่อเข้ามามีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานให้กับองค์กรด้วยความเชื่อมั่น และปรารถนาที่จะเป็นสมาชิกขององค์กรต่อไป

5. ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานในการมีส่วนร่วม เป็นอารมณ์ความรู้สึกในทางบวกต่องานที่กำลังปฏิบัติอยู่ เข้าใจและยอมรับวัตถุประสงค์ของงานนั้น จึงเต็มใจที่จะเข้าไปมีส่วนร่วม

6. การรับรู้ข้อมูลข่าวสารในการมีส่วนร่วม เป็นการได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องและทันสมัยเกี่ยวกับการปฏิบัติงาน สามารถนำมาใช้ในการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานได้เป็นอย่างดี

ปัญหาและอุปสรรคของการมีส่วนร่วมของชุมชน

ปัญหาและอุปสรรคโดยทั่วไปที่เกิดขึ้นไม่ได้เกิดขึ้นจากสาเหตุเดียว (ปรัชญา เวสารัช, 2528: 171-173) แต่เกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ เช่น เกิดจากระบบราชการ และเกิดจากระบบของประชาชน ซึ่งก็มีเหตุผลแตกต่างกันไปตามสถานการณ์ที่สนใจศึกษา เช่น

1. ปัญหาจากชาวบ้าน ที่ในอดีตเคยมีความอุดมสมบูรณ์ไม่ต้องพึ่งพาคนอื่น ขณะเดียวกันความไม่แน่นอนของภูมิอากาศและสิ่งแวดล้อมซึ่งไม่สามารถควบคุมธรรมชาติเหล่านี้ได้ จึงสร้างทัศนคติต่อตนเองในลักษณะลัทธิปฏิบัตินิยม (pragmatism) การมีส่วนร่วมซึ่งมีผลระยะยาวจึงค่อนข้างลำบาก นอกจากนี้ชาวชนบทผู้อยู่ภายใต้ระบบอุปถัมภ์และลัทธิพ่อปกครองลูก (paternalism) หวังพึ่งบุคคลจนเกินไป ตูถูกดูหมิ่นฐานะของตนเอง เลือกผู้นำที่จะอุปถัมภ์ตนเองได้ และส่วนใหญ่จะเป็นผู้ตามมากกว่าผู้นำ

2. ปัญหาจากเจ้าหน้าที่และระบบราชการ มีดังนี้

2.1 นโยบายในระบบราชการมักมาจากเบื้องบน

2.2 การจัดสรรงบประมาณ ที่คำนึงถึงเฉพาะกิจกรรมที่ส่วนกลางกำหนด

2.3 ระบบราชการและเจ้าหน้าที่ระดับต่างๆ ขาดการประสานงาน และปฏิบัติตามนโยบายหลักของหน่วยงานเท่านั้น

2.4 มีความสัมพันธ์แบบผู้ใหญ่ผู้น้อย มักเชื่อว่าตัวเองมีฐานะสูงกว่าชาวบ้าน

2.5 เจ้าหน้าที่ราชการชอบทำงานสำนักงานมากกว่าลงไปปฏิบัติในพื้นที่

2.6 ระบบราชการใช้การให้คุณให้โทษ หรือทำตัวให้พอใจกับผู้บังคับบัญชามิได้ปฏิบัติงานเพื่อชาวบ้านจริงๆ

2.7 บุคคลภายนอก หรือผู้เกี่ยวข้องไม่ต้องการให้ชาวชนบทเข้ามาร่วม

จากแนวคิดการมีส่วนร่วม รูปแบบขั้นตอน ลักษณะ และปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วม ตลอดจนปัญหาและอุปสรรคของการเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชน นับเป็นแนวคิดที่สำคัญในการพัฒนาชุมชน โดยเฉพาะทางด้านการสาธารณสุข เพราะเป็นการพัฒนาศักยภาพของทรัพยากรมนุษย์ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพได้ด้วยตนเอง สามารถที่จะดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยสามารถพิจารณาองค์ประกอบของการมีส่วนร่วมจากทฤษฎีการมีส่วนร่วมของชุมชน ได้ดังต่อไปนี้

ทฤษฎีการมีส่วนร่วมของชุมชน

ทฤษฎีการมีส่วนร่วมที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายในแวดวงวิชาการ คือ ทฤษฎีของ Cohen and Uphoff (1977: 176-180; 1980: 219-222) ได้กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างแท้จริงนั้นจะมีองค์ประกอบทั้งหมด 4 ลักษณะ คือ

1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (decision making) เป็นกระบวนการกำหนดความต้องการและจัดลำดับความสำคัญ การเลือกนโยบายและประชากรที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ ริเริ่มตัดสินใจ ดำเนินการตัดสินใจ และตัดสินใจปฏิบัติการ

2. การมีส่วนร่วมดำเนินการ (implementation) เป็นการสนับสนุนทรัพยากรด้านการบริหารด้วยความเต็มใจ ร่วมเข้าเป็นผู้ปฏิบัติในโครงการ และการประสานขอความร่วมมือ

3. การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ (benefits) เป็นการมองถึงความสำคัญของผลประโยชน์ และพิจารณาถึงการกระจายผลประโยชน์ภายในกลุ่มทั้งทางบวกและทางลบ ได้แก่ ผลประโยชน์ทางด้านวัตถุ เช่น การเพิ่มผลผลิต รายได้หรือทรัพย์สิน ผลประโยชน์ทางด้านสังคม เช่น ความสามัคคีในชุมชน การพบปะในวงศ์เครือญาติ หรือผลประโยชน์ส่วนบุคคล เช่น ความนับถือตนเอง พลังอำนาจทางการเมือง ความคุ้มค่าของผลประโยชน์

4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (evaluation) เป็นการร่วมวัดผลและวิเคราะห์ผลของการดำเนินงาน ค้นหาข้อดี ข้อเสีย เพื่อหาแนวทางแก้ไขการทำงานให้มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะต้องสังเกตในส่วนของความเห็น (views) ความชอบ (preferences) และความคาดหวัง (Expectations) หากประชาชนได้มีส่วนร่วมในการประเมินผลนี้จะทำให้เกิดพลังในการคิดพัฒนา แปรเปลี่ยนพฤติกรรม หรือประยุกต์ใช้ในโอกาสต่อไป

นอกจากนี้ พจนา เทียนธาตา (2543: 41-42) ได้นำแนวคิดของ Cohen and Uphoff (1980: 219-222) ข้างต้นมาผสมผสานกับแนวคิดของนักวิชาการไทยในการมีส่วนร่วมประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ

1. การมีส่วนร่วมในขั้นริเริ่มโครงการ เป็นขั้นตอนที่ทุกคนเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ค้นหาปัญหา วิเคราะห์ปัญหา และกำหนดความต้องการมีส่วนร่วม ทั้งนี้ต้องเป็นการวางแผนแบบล่างขึ้นบน (bottom up planning) เพราะจะสร้างบทบาทให้บุคคลในองค์การมีอำนาจในการตัดสินใจและมีส่วนร่วมมากขึ้น

2. การมีส่วนร่วมในขั้นวางแผน เป็นขั้นตอนที่ทุกคนเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมาย กำหนดวิธีการ และแนวทางในการดำเนินงาน

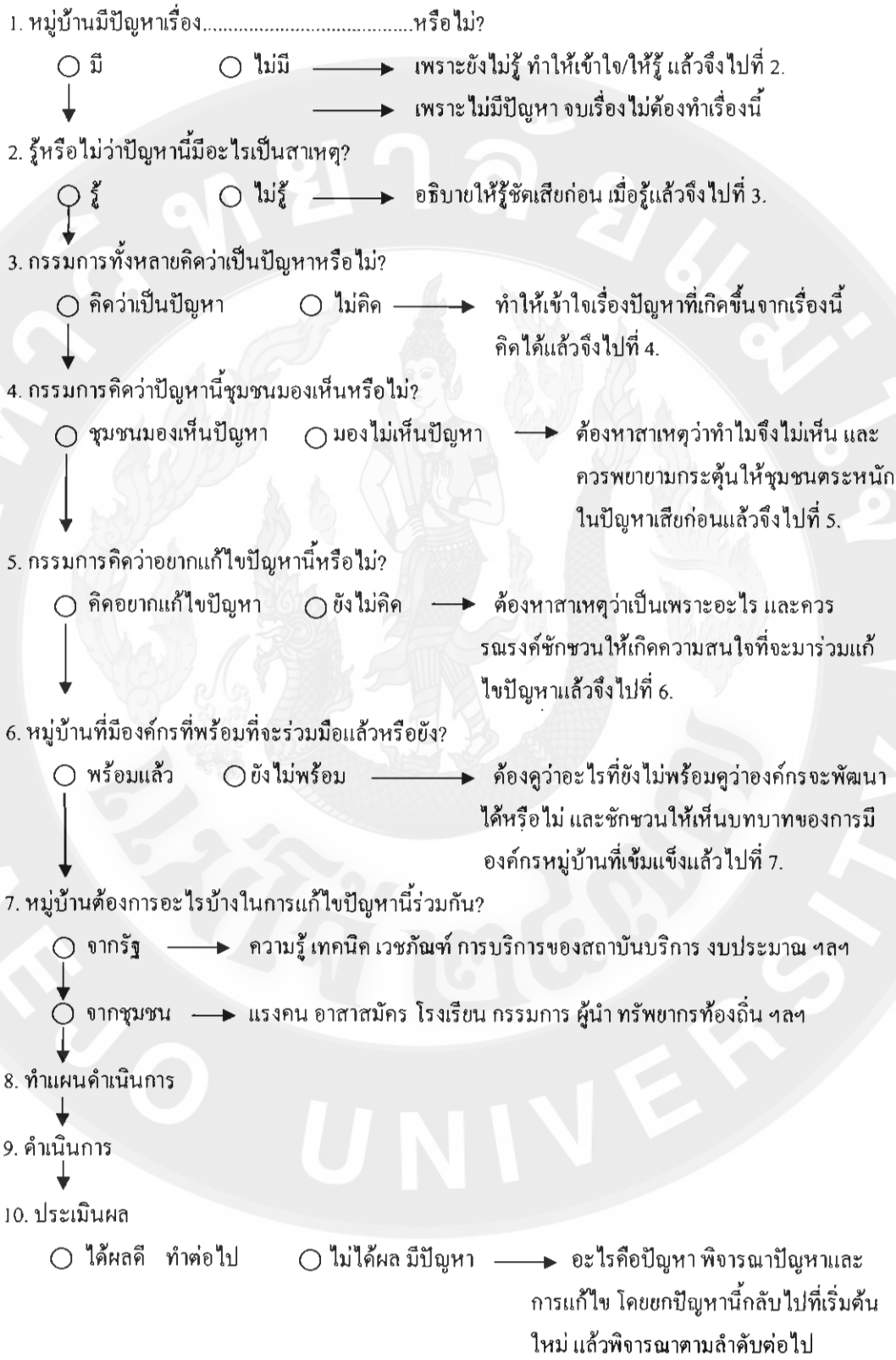
3. การมีส่วนร่วมในขั้นดำเนินการ เป็นขั้นตอนที่ทุกคนต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการทำประโยชน์ การมีส่วนร่วมในการบริหาร และการประสานงาน

4. การมีส่วนร่วมในขั้นประเมินผล เป็นขั้นตอนที่ทุกคนเข้ามามีส่วนร่วมในการประเมินว่าบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดหรือไม่ ซึ่งอาจเป็นการประเมินผลเป็นระยะๆ หรือประเมินรวมทั้งหมดก็ได้

ทั้งนี้การสร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพนั้น ควรต้องเริ่มจากการนำชุมชนให้เข้ามามีร่วมกันแก้ไขปัญหาสุขภาพนั้นๆ ดังนี้

แนวทางการนำชุมชนให้มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา

การนำชุมชนให้เข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาด้านสุขภาพนั้นยังไม่มีผู้ที่ให้คำจำกัดความที่ชัดเจน ผู้วิจัยจึงอาศัยหลักการของการมีส่วนร่วมในการพัฒนาหมู่บ้านมาเทียบเคียง เพราะในปัจจุบันถึงแม้จะมีการส่งเสริมให้ชุมชนมีบทบาทในการแก้ปัญหาของตนเองมากขึ้น แต่ในทางปฏิบัตินั้นยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร เมื่อวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคพบว่า ชุมชนมักได้รับบทบาทให้เป็นผู้ปฏิบัติมากกว่าเป็นผู้ร่วมคิดและตัดสินใจในเรื่องของปัญหา สาเหตุ และการแก้ไขอย่างแท้จริง ดังนั้นจึงมีโครงการเป็นจำนวนมากที่ประชาชนไม่ต้องการหรือยังไม่เห็นความสำคัญ ปัญหาจากผู้นำไม่สนใจร่วมดำเนินการ กิจกรรมไม่ตรงกับความต้องการ และบางครั้งกิจกรรมไม่ผสมผสานกัน เป็นผลให้มีการสร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนาสู่การพึ่งตนเอง และพัฒนาคุณภาพชีวิตเป็นเพียงหลักการและความคาดหวังในอุดมคติเท่านั้น ดังนั้นจึงได้พยายามหารูปแบบสำหรับการนำองค์กรประชาชนให้เกิดบทบาทการมีส่วนร่วมพัฒนาหมู่บ้าน คือ บันได 10 ขั้นสู่งานพัฒนาชุมชน (ทวีศักดิ์ เศวตเศรณี, 2530: 37-39) ดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 บันได 10 ขั้นสู่งานพัฒนาชุมชน

ที่มา ทวีศักดิ์ เศวตเศรณี (2530: 37-38)

จากภาพที่ 3 เราสามารถนำมาประยุกต์กับการจัดการสุขภาพได้เป็นอย่างดี ซึ่งนักพัฒนาสุขภาพจะต้องเริ่มต้นจากเรื่องที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพ แล้วดำเนินตามขั้นตอนของบันได 10 ขั้นจนครบตามลำดับ ก็จะสามารถสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยนักพัฒนาสุขภาพจะต้องดำเนินการเตรียมประชาชนเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมก่อนนำเข้ากระบวนการบันได 10 ขั้น ดังนี้

การเตรียมประชาชนเพื่อเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนา

การเตรียมประชาชนเป็นความจำเป็นอย่างยิ่ง และต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องทุกขั้นตอนของการทำงาน ความสำเร็จของการเตรียมประชาชนไม่มีหลักการแบบสำเร็จรูป ทั้งนี้เพราะชุมชนมีความแตกต่างกันตามลักษณะนิเวศวิทยา สิ่งแวดล้อม ทรัพยากรในชุมชน ลักษณะทางสังคม ประชากร วัฒนธรรม เศรษฐกิจ ตลอดถึงโครงสร้างทางอำนาจของชุมชน ดังนั้นการเตรียมชุมชนควรประกอบด้วย (ยุวัฒน์ วุฒิเมธี, 2534: 90-91)

1. การเตรียมผู้นำ/องค์กรชุมชน ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำทางศาสนา ผู้ทรงคุณวุฒิ กรรมการหมู่บ้าน แกนนำชุมชน เป็นต้น โดยการเตรียมให้มีความรู้ ความเข้าใจในการนำเครื่องมือต่างๆ ในการพัฒนามาใช้ โดยให้สามารถวินิจฉัยปัญหาและความต้องการของชุมชน การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การวางแผนแก้ไขปัญหา การบริการจัดการโครงการและจัดการทรัพยากรที่มีอยู่มาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อการพัฒนา และสามารถประเมินผลการดำเนินการได้ นอกจากนั้นยังต้องเตรียมจิตสำนึกในการพึ่งตนเอง จิตสำนึกต่อส่วนร่วม อดทน เสียสละ รู้จักบทบาทหน้าที่ของตน และสามารถเป็นผู้นำการพัฒนาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. การเตรียมประชาชน เพื่อให้รู้จักบทบาทหน้าที่ของตนในการร่วมกันพัฒนาหมู่บ้าน รู้จักการพึ่งพาตนเอง ช่วยเหลือกันและกัน รู้จักประสานงานกันในกลุ่มและระหว่างหน่วยงานต่างๆ ซึ่งมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

2.1 การกระตุ้นให้ชุมชนรับรู้และตระหนักในปัญหาของชุมชนตนเอง โดยเฉพาะปัญหาสุขภาพหรือภาวะที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค หากประชาชนรับรู้ว่าเรื่องใดเป็นปัญหา ต้องพยายามให้เขาคิดต่อว่าถ้าปล่อยไว้จะอันตรายต่อชุมชนอย่างไร โดยเฉพาะผลกระทบต่อการทำมาหากิน หรือเรื่องปากท้องของเขา หากประชาชนมองเห็นความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาด้านสุขภาพอนามัยกับปากท้องของเขา จะทำให้เห็นคุณค่าของการเข้ามามีส่วนร่วมเพื่อแก้ปัญหามากขึ้น

2.2 การเตรียมประชาชนให้เกิดความพร้อมที่จะมีส่วนร่วม หรือแม้แต่เรื่อง "การเสียเวลา" ฉะนั้นกิจกรรมใดก็ตาม หากสามารถวิเคราะห์ถึงสาเหตุที่เขาไม่กระทำ และหาทางแก้ไขง่ายๆ เสนอแนะให้เข้าใจ ก็อาจทำให้เกิดการมีส่วนร่วมที่แท้จริงได้

2.3 การเตรียมประชาชนให้เกิดการมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง เมื่อประชาชนพร้อมและเห็นประโยชน์ของการมีส่วนร่วม และตัดสินใจรวมพลังกันเพื่อแก้ไขปัญหาของชุมชนแล้ว ยังต้องเตรียมชุมชนให้พร้อมเผชิญปัญหาในการดำเนินการด้วยการสนับสนุนให้กำลังใจต่อประชาชน ให้ข้อมูลข่าวสารอย่างต่อเนื่องถึงความคืบหน้าในการมีส่วนร่วมของชุมชน และประโยชน์ที่เกิดขึ้น เป็นการร่วมกันประเมินผลการทำงาน และการมีส่วนร่วมของชุมชนนั่นเอง

ดังนั้นการมีส่วนร่วมของประชาชน เป็นแนวคิดทางยุทธศาสตร์ของหลักการพัฒนาชุมชนที่จะนำประชาชนให้บังเกิดมีความศรัทธาในตัวเอง (self reliance) ความเชื่อมั่นในตัวเอง (self confident) และความรู้สึกเป็นเจ้าของ (sense of belonging) ในการดำเนินการตามโครงการพัฒนาต่างๆ ในชุมชน ซึ่งจะนำไปสู่ความสามารถ และประสิทธิภาพในการปกครองตัวเองตามระบอบประชาธิปไตยของประชาชน สาระสำคัญของการมีส่วนร่วมในเรื่องต่างๆ อันมีผลกระทบมาถึงตัวประชาชนเอง และผลประโยชน์ที่สำคัญที่สุดที่ประชาชนควรได้รับ คือ ความจำเป็นพื้นฐานขั้นต่ำเพื่อให้ชีวิตที่ดี และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

บริบทชุมชน

การทำวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการศึกษาในอำเภอดอยสะเก็ด เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีลักษณะตรงตามประเด็นที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ อำเภอดอยสะเก็ดมีคำขวัญ คือ “หนองบัวพระเจ้าหลวง แม่กวงเขื่อนใหญ่ ห้วยฮ่องไคร้ศูนย์ศึกษา ล้วนนานาหัตถกรรม” ทำให้มองเห็นความสัมพันธ์ของบริบทชุมชนที่คงลักษณะชุมชนดั้งเดิมควบคู่กับแหล่งศึกษาเรียนรู้ที่ทันสมัย โดยมีบริบทของชุมชนดังต่อไปนี้

ลักษณะทางภูมิศาสตร์ชุมชน

อำเภอดอยสะเก็ดตั้งอยู่ทางทิศตะวันออกเฉียงเหนือของจังหวัดเชียงใหม่ มีพื้นที่ทั้งหมด 671.3 ตารางกิโลเมตร ห่างจากจังหวัดเชียงใหม่ 15 กิโลเมตร ตามถนนสายดอยสะเก็ด-เชียงราย ลักษณะพื้นที่ของตัวอำเภอ แบ่งเป็น 2 ลักษณะ โดยมีพื้นที่ใกล้เมืองเป็นที่ราบลุ่มเหมาะสมกับการเพาะปลูก จึงได้ชื่อว่าเป็นแหล่งอู่ข้าวอู่น้ำแห่งหนึ่งของเมืองเชียงใหม่ แต่อย่างไรก็ตามพื้นที่ส่วนใหญ่ของอำเภอทางทิศเหนือและตะวันออกเป็นภูเขาและพื้นที่สูง โดยมีอาณาเขตติดต่อ (อนุ เนินหาด, 2549: 6) ดังนี้

1. ทิศเหนือ ติดต่อกับอำเภอแม่แตง และอำเภอพร้าว จังหวัดเชียงใหม่

2. ทิศตะวันออก ติดต่อกับอำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย และอำเภอเมืองปาน จังหวัดลำปาง

3. ทิศใต้ ติดต่อกับอำเภอแม่ออน และอำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่

4. ทิศตะวันตก ติดต่อกับอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่

ดังแผนที่อำเภอดอยสะเก็ดที่แสดงไว้ในภาพที่ 4

ภาพที่ 4 แผนที่โดยสังเขปอำเภอดอยสะเก็ด

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอดอยสะเก็ด (2551: 2)

พื้นที่ทั้งหมด 14 ตำบล แยกเป็น 112 หมู่บ้าน มีสถานที่สำคัญ เช่น วัด 92 แห่ง โรงเรียนสังกัดสำนักงานการประถมศึกษาแห่งชาติ 28 แห่ง ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 37 แห่ง หอกระจายข่าวสารหรือเสียงตามสายหมู่บ้าน 96 แห่ง และวิทยุชุมชน 3 แห่ง

แหล่งน้ำในอำเภอ จะมีลำน้ำเล็กๆ ไหลผ่านมากมาย เช่น ลำน้ำแม่กวง ลำน้ำแม่โป่ง ลำน้ำแม่วอง และลำเหมืองซึ่งเป็นสาขาของลำน้ำต่างๆ ไหลผ่านเกือบทุกหมู่บ้าน ซึ่งมีน้ำไหลเพียงพอ

ต่อการทำการเกษตร ส่วนน้ำสำหรับบริโภคประชาชนส่วนใหญ่บริโภคน้ำสะอาดบรรจุขวด มีเพียงส่วนน้อยที่ยังดื่มน้ำจากประปาหมู่บ้าน บ่อน้ำตื้น หรือบ่อน้ำบาดาล

สภาพภูมิอากาศ โดยทั่วไปจะคล้ายกับสภาพภูมิอากาศของจังหวัดเชียงใหม่ แบ่งออกเป็น 3 ฤดู คือ ฤดูฝนเริ่มตั้งแต่กลางเดือนมิถุนายนจนถึงเดือนตุลาคม ส่วนฤดูหนาวเริ่มตั้งแต่เดือนพฤศจิกายนจนถึงเดือนกุมภาพันธ์ และฤดูร้อนเริ่มตั้งแต่เดือนมีนาคมถึงกลางเดือนพฤษภาคม กอปรกับตัวอำเภอตั้งอยู่ในเขตที่ราบลุ่มหน้าเชิงเขา ทำให้ฤดูฝนมีฝนตกค่อนข้างชุก มีน้ำท่วมถึงบ้างเกือบทุกปีแต่ไม่มากนัก ในฤดูร้อนอากาศจะร้อนในเวลากลางวัน ส่วนในเวลากลางคืนจะเย็นสบาย และในฤดูหนาวอากาศจะเย็นถึงหนาวจัดในพื้นที่บนภูเขา

ลักษณะทางประชากร

อำเภอดอยสะเก็ดมีจำนวนหลังคาเรือนทั้งหมด 20,768 หลังคาเรือน จำนวนประชากร 65,971 คน แยกเป็นชาย 31,675 คน และหญิง 34,296 คน มีความหนาแน่นของประชากร 98 คนต่อตารางกิโลเมตร และเมื่อพิจารณาแยกตามกลุ่มอายุ พบว่า ประชากรส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 41-50 ปี ถึงร้อยละ 18.13 ของประชากรทั้งหมด และมีกลุ่มผู้สูงอายุมากถึงร้อยละ 14.66

ประวัติศาสตร์ชุมชน

อำเภอดอยสะเก็ดมีพื้นที่ส่วนที่เป็นเทือกเขายาวกั้นระหว่างแอ่งอารยธรรม 2 แอ่ง คือ แอ่งอารยธรรมลุ่มน้ำกก และแอ่งอารยธรรมลุ่มน้ำกวง-ปิง ครั้งเมื่อพญาเม็งรายรวมแอ่งอารยธรรมทั้งสองเข้าเป็นอาณาจักรล้านนาไทยในปี พ.ศ. 1839 ดอยสะเก็ดจึงอยู่กึ่งกลางระหว่าง 2 แอ่งอารยธรรม และมีพัฒนาการร่วมกับอาณาจักรล้านนามาตั้งแต่เริ่มต้น จากการศึกษา “ตำนาน” ซึ่งเป็นหลักฐานทางประวัติศาสตร์ท้องถิ่น เป็นจารีตในการบันทึกประวัติศาสตร์แบบเก่าและถือเป็นประวัติศาสตร์สากล พบว่าทุกเรื่องที่กล่าวถึงจะโยงถึงพระพุทธเจ้า ซึ่งมีนัยแฝงความจริงให้ตีความได้ดังความเป็นมาของคำว่า “ดอยสะเก็ด” ซึ่งมีตำนานเล่าขานสืบต่อกันมา เช่น

ในสมัยพุทธกาล สมเด็จพระสัมมาสัมพุทธเจ้าได้เสด็จมายังดอยเกิ้ง ซึ่งอยู่ในท้องที่อำเภอฮอดในปัจจุบัน แล้วได้เสด็จผ่านมาที่พระพุทธบาททุ่งตุ้มยางวิต พระพุทธองค์ได้เสด็จไปประทับที่ดอยพระบาทตีนนกในเขตอำเภอสันทราย ขณะนั้นได้ทรงทอดพระเนตรไปทางทิศใต้ พบหนองบัวอันกว้างใหญ่ไพศาลและมีดอกบัวมากมายตั้งอยู่ใกล้เชิงเขาเดียวโดยเดี่ยว ซึ่งในหนองน้ำแห่งนี้เป็นที่อยู่อาศัยของพญานาคสองสามีภรรยา สมเด็จพระสัมมาสัมพุทธเจ้าได้เสด็จมาประทับ

อยู่บนภูเขาลูกนั้น และทรงเปล่งฉัพพรรณรังสีให้พญานาคสองสามีภรรยาซึ่งกำลังหากินอยู่ในบริเวณหนองน้ำแห่งนั้นได้เห็น พญานาคทั้งสองได้เห็นเป็นอัศจรรย์ยิ่งนักก็เกิดความเลื่อมใส จึงได้จำแลงกายเป็นมนุษย์แสร้งเก็บดอกบัวในหนองน้ำไปถวายเป็นพุทธบูชา พร้อมทั้งทูลขอเส้นพระเกศาของสมเด็จพระสัมมาสัมพุทธเจ้าไว้บนเขาลูกนี้ และได้เรียกเขาลูกนี้ว่า "ดอยเส้นเกศ" ทั้งนี้เพราะคำว่าเขาหรือภูเขาตามภาษาพื้นเมืองเรียกว่า "ดอย" ต่อมามีผู้สันนิษฐานว่าชื่อดอยได้เพี้ยนเป็นคำว่า "ดอยสะเก็ด" ด้วยเหตุที่พื้นที่แห่งนี้มีภูเขาลูกนี้เป็นเอกลักษณ์ที่สำคัญ เมื่อตั้งเป็นอำเภอจึงใช้คำว่า "ดอยสะเก็ด" เป็นชื่อของอำเภอตลอดมาจนกระทั่งปัจจุบัน

โครงสร้างทางเศรษฐกิจ

พื้นที่บางส่วนของอำเภอเป็นพื้นที่ราบลุ่มเหมาะแก่การทำการเกษตรกรรม เพราะว่ามีน้ำใช้อุดมสมบูรณ์ สภาพดินมีความชุ่มชื้นทำให้ชาวบ้านสามารถเพาะปลูกได้ดีตลอดทั้งปี ได้แก่ ข้าว กระเทียม หอมหัวใหญ่ ถั่วเหลือง ใบยาสูบ แตงโม และแตงไทย ในพื้นที่บนภูเขาจะเพาะปลูกเมี่ยง (ชา) กาแฟ พลับ ผลไม้และผักเมืองหนาว และพืชสมุนไพร นอกจากนี้ในช่วงที่ว่างจากการทำการเกษตรชาวบ้านจะทำอาชีพเสริมด้วยการจักสานเข่ง ก๋วย (ตะกร้า) เตี่ยนไม้ ทำโครงร่ม เขียนพัด ทำแคบหมู ทำไม้กวาด หรือรับจ้างทั่วไป กลุ่มวัยทำงานจะนิยมออกไปรับจ้างต่างอำเภอแบบไปเช้าเย็นกลับ ส่วนผู้สูงอายุจะทำหน้าที่คอยดูแลบ้านเรือน เลี้ยงลูกหลาน และไปช่วยงานในไร่สวนบ้าง ประชากรมีรายได้เฉลี่ยต่อครอบครัวประมาณ 25,000-30,000 บาทต่อปี นอกจากนี้ผู้ที่ทำงานรับราชการ รัฐวิสาหกิจ ค้าขาย และรับจ้างมีเงินเดือน ส่วนสินค้าหรือผลิตภัณฑ์ชุมชนและการบริการที่สร้างชื่อเสียงให้กับอำเภอดอยสะเก็ด คือ หัตถการนวดแผนโบราณ ผลิตภัณฑ์และงานฝีมือจากไม้ ไม้แกะสลัก ร่มและพัดเขียนลาย ฯลฯ และกลุ่มอาชีพที่สำคัญ ได้แก่ กลุ่มแปรรูปผลิตภัณฑ์การเกษตรบ้านป่าไผ่ ตำบลแม่โป่ง กลุ่มทำผลิตภัณฑ์ไม้มะม่วงบ้านสันทราย ตำบลแม่ฮ้อยเงิน กลุ่มทำแคบหมูบ้านถ้ำ ตำบลตลาดขวัญ กลุ่มทำเมี่ยง ตำบลเทพเสด็จ และชมรมหมอเมืองตำบลสันปูเลย เป็นต้น

สถานที่ท่องเที่ยวที่สำคัญ

สถานที่ท่องเที่ยวที่สำคัญของอำเภอดอยสะเก็ด แต่ละแห่งอยู่ไม่ไกลมากนัก การเดินทางสะดวกสบาย และมีความหลากหลาย ดังต่อไปนี้

1. แหล่งท่องเที่ยวตามธรรมชาติ เช่น หนองบัวพระเจ้าหลวง แผ่นดินหวิด ถ้ำสิงห์ น้ำตกตาดเหมย และน้ำพุร้อนโป่งกุ่ม

2. สถานที่ท่องเที่ยวในโครงการของทางราชการ เช่น โครงการการศึกษาการพัฒนาห้วยฮ่องไคร้อันเนื่องมากจากพระราชดำริ โครงการชลประทานแม่กวงอุดมธารา และ โครงการหลวงปางบง-ดินตก

3. สถานที่ท่องเที่ยวทางพุทธศาสนาและสถาปัตยกรรม เช่น วัดพระธาตุดอยสะเก็ด นพรัตน์เจดีย์และพระนอนแม่โป่ง วัดศรีมุงเมือง และหมู่บ้านไทลื้อบ้านลวงใต้

4. สถานที่ท่องเที่ยวของเอกชน เช่น วังธารรีสอร์ท สวนพฤกษศาสตร์ทวีชล บ้านศิลาดล และเต๋าการ์เด้นท์แอนด์สปา

โครงสร้างทางสังคม

1. การตั้งบ้านเรือน ประชาชนในอำเภอดอยสะเก็ดตั้งบ้านเรือนตามสองฟากถนนเข้าสู่ตำบล แต่ละหมู่บ้านจะอยู่ไม่ห่างไกลจากกันมากนักโดยมีทุ่งนา สวน หรือแม่น้ำสาขากั้นระหว่างกัน ยกเว้นบางหมู่บ้านที่แยกตั้งใหม่จะมีอาณาเขตติดกัน ส่วนพื้นที่ที่ตั้งอยู่บนภูเขาอาจจะตั้งอยู่ห่างกันบ้างตามลักษณะพื้นที่ การตั้งบ้านเรือนของชุมชนเป็นลักษณะมีที่อยู่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตรงกลางและรอบๆ เขตรั้วบ้านเรือนออกไปจะเป็นทุ่งนา หรือไร่สวนของคนในชุมชน สภาพบ้านเรือนโดยรวมมั่นคงแข็งแรง บริเวณบ้านร่มรื่น และสะอาด ประชาชนมีความสัมพันธ์กันอย่างแนบแน่น

2. สถาบันครอบครัว ครอบครัวขยายและครอบครัวเดี่ยวมีสัดส่วนไม่ต่างกันมากนัก ผู้ที่แยกย้ายไปตั้งบ้านเรือนก็ยังอยู่ในบริเวณบ้านของพ่อแม่ตัวเองหรือของคู่ครอง ไม่นิยมมีบุตรมาก ประมาณ 1-2 คน ส่วนการช่วยเหลือเกื้อกูลกันในเครือญาติยังเหนียวแน่นอยู่โดยเฉพาะในเขตชนบทห่างไกลจากตัวอำเภอ ประชาชนวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุยังเป็นที่เคารพนับถือแก่ลูกหลานในชุมชน และมีบทบาทสำคัญในการพัฒนา

3. การศึกษา ประชาชนมีโอกาสได้รับการศึกษาโดยถ้วนหน้า ทำให้กลุ่มผู้ไม่รู้หนังสือมีจำนวนน้อยลงมาก คงเหลือเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุและผู้พิการทางสมองเท่านั้น แต่ผู้สูงอายุชายจะอ่านและเขียนอักษรล้านนาได้ ประชาชนวัยผู้ใหญ่ส่วนใหญ่เรียนจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ส่วนเด็กวัยเรียน ผู้ปกครองนิยมส่งบุตรหลานของตนเองเรียนในสถานศึกษาทั้งในอำเภอ และนอกอำเภอ ซึ่งในปัจจุบันมีสถาบันการศึกษาแทบทุกระดับในอำเภอดอยสะเก็ด เช่น โรงเรียนอนุบาลสุมาลี เป็นโรงเรียนอนุบาลเอกชนขนาดใหญ่ โรงเรียนบ้านเชิงดอยเป็นโรงเรียนระดับประถม โรงเรียนดอยสะเก็ดวิทยาคมเป็นโรงเรียนระดับมัธยม และมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลล้านนาเป็นสถานศึกษาระดับอุดมศึกษาที่เข้ามาตั้งวิทยาเขตในพื้นที่เมื่อปี พ.ศ. 2550 และศูนย์การศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย

4. ศาสนา ประชาชนส่วนใหญ่ร้อยละ 95 นับถือศาสนาพุทธ มีเพียงร้อยละ 3 ที่นับถือศาสนาคริสต์ และร้อยละ 2 นับถือศาสนาอิสลามและลัทธิเต๋า ประชาชนส่วนใหญ่จึงให้ความสำคัญกับการไปร่วมทำบุญในโอกาสต่างๆ เช่น วันพระ วันสำคัญทางศาสนา วันสงกรานต์ วันลอยกระทง

5. ระบบความเชื่อ ในด้านระบบความเชื่อเรื่องผีสางเทวดา อิทธิฤทธิ์ปาฏิหาริย์ต่างๆ ที่อยู่เหนือธรรมชาติจะพบเห็นได้ทุกหนทุกแห่งในตำบลต่างๆ ความเชื่อเหล่านี้จะมีอิทธิพลต่อความคิด วิถีการดำรงชีวิต และการดูแลรักษาสุขภาพของชุมชนมาก ส่วนการนับถือของประชาชนจะเคร่งครัดหรือหย่อนยานนั้นขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล โดยเฉพาะวัยผู้ใหญ่ที่ทำงานและใช้ชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในหมู่บ้านนั้นจะยึดถือและปฏิบัติสืบต่อกันมาอย่างเคร่งครัด เช่น

5.1 เสื้อบ้าน เป็นการแสดงความเคารพนับถือ และขอบคุณผีหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ หรือเทพที่คอยขจัดปัดเป่าภัยพิบัติให้แก่หมู่บ้านหรือชุมชน จะมีการเซ่นไหว้เสื้อบ้านทุกๆ เดือน 9 เหนือ (เดือนมิถุนายน) เพื่อให้สิ่งศักดิ์สิทธิ์ช่วยดูแลชุมชนให้ปลอดภัย ไม่มีโรคภัยไข้เจ็บ ตลอดทั้งปี รวมถึงเป็นการเตือนให้คนในชุมชนไม่ประพฤติผิดศีลธรรมประเพณีอันดีงาม

5.2 ผีปู่ย่า หรือผีบรรพบุรุษ เป็นความเชื่อว่าบรรพบุรุษที่ล่วงลับไปแล้วจะมาปกป้องรักษาลูกหลานให้อยู่เป็นสุข ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ โดยฝ่ายหญิงต้องอยู่ในกฎระเบียบของผีปู่ย่า คือ ผู้หญิงห้ามมีความสัมพันธ์ทางเพศก่อนการแต่งงาน ถ้าจะมีคู่ต้องให้ฝ่ายชายมาสู่ขอหรือใส่ผีก่อน การไหว้ผีปู่ย่าจะทำกันทุกปีในช่วงเดือน 9 เหนือ (เดือนมิถุนายน) แต่จะไหว้ตรงวันพฤหัสบดีที่บ้านที่เป็นต้นตระกูลเดิม ผีปู่ย่าจึงเป็นภูมิปัญญาท้องถิ่นเกี่ยวกับการดำรงชีวิต ความสุขสบาย ความเจ็บไข้ได้ป่วย การประพฤติในทางที่ดี ความรักนับถือ และการรวมญาติ

5.3 ผีเจ้านาย หรือผีหม้อนึ่ง เป็นความเชื่อว่าถ้าเกิดการเจ็บป่วย จะเกิดจากการกระทำของผี ต้องถามสาเหตุและวิธีแก้ไขจากผีเจ้านายหรือผีหม้อนึ่ง โดยให้ผู้เข้าทรงหรือ “ม้าขี่” ช่วยสื่อสารกับผีให้ ถ้าจะรักษาให้หายจะต้องเซ่นสังเวย หรืออาจจะส่งหาบสำหรับเด็ก ส่งแถนสำหรับผู้ใหญ่ ซึ่งจะเห็นได้ว่าประชาชนจะใช้บริการจากผีเจ้านายหรือผีหม้อนึ่งเพื่อเป็นที่พึ่งทางใจเมื่อเกิดปัญหาต่างๆ

5.4 ขึดหรือข้อห้ามที่ไม่ควรปฏิบัติ ถ้าใครปฏิบัติก็จะทำให้ “เกิดขึด” หรือเกิดอัปมงคลแก่ตัวเองและครอบครัว เช่น ห้ามนั่งคาบันไดบ้าน ห้ามนั่งธรณีประตู ห้ามวางสากคาไว้ในหม้อแกงหรือครก ห้ามเดินบนบ้านเสียงดัง ฯลฯ สิ่งเหล่านี้เป็นกลวิธีของคนโบราณที่ป้องกันไม่ให้ลูกหลานเกิดอันตราย เกิดอุบัติเหตุ ประพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และเป็นการเฝ้าระวังโรคด้วย

6. ประเพณีที่สำคัญ สำหรับประเพณีและวัฒนธรรมต่างๆ นั้นยังคงมีการปฏิบัติกันอยู่บ้าง แต่ไม่เคร่งครัดเหมือนในอดีต บางสิ่งบางอย่างที่จะต้องทำขึ้นเองก็เปลี่ยนไปเป็นหาซื้อตามสภาพเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนไป ประเพณีสำคัญจะคล้ายกับจังหวัดเชียงใหม่ เช่น ปอยหลวง ผ้าป่า กฐิน ตานก๋วยสลากหรือสลากภัตร บุญข้าวใหม่ การสู่ขวัญวัว-ขวัญควาย การเอามื้อ โดยเฉพาะ 2 ประเพณีหลังนี้ปัจจุบันพบเห็นได้ค่อนข้างน้อยในชุมชนใกล้เมือง

7. สภาวะทางการแพทย์และสาธารณสุข ในชุมชนเมื่อมีการเจ็บป่วยไม่รุนแรง ประชาชนจะดูแลสุขภาพกันเอง เช่น การรับประทานผักพื้นบ้าน การให้กำลังใจกันและกัน การใช้พืชสมุนไพร การฮ้องขวัญ การผูกข้อมือ การซ้อนขวัญ การบนบานสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ซึ่งเป็นภูมิปัญญาที่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายมากนัก แต่ทรงคุณค่าทางด้านจิตใจในหมู่ประชาชนหรือเครือญาติกันเอง นอกจากนี้ยังมีหมอนวดแผนไทย ที่ผ่านการอบรมจากกระทรวงสาธารณสุขให้บริการในหมู่บ้าน

ส่วนการรักษาพยาบาลแผนปัจจุบัน จะมีสถานีอนามัยตั้งอยู่ทุกตำบล รวม 15 แห่ง มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำอยู่เฉลี่ยแห่งละ 3 คน ให้บริการทั้งเชิงรุก คือ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และเชิงรับ คือ การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย มีโรงพยาบาลดอยสะเก็ดตั้งอยู่ตำบลเชิงดอย สามารถรองรับผู้ป่วยระดับทุติยภูมิได้ และส่งต่อในระดับตติยภูมิที่โรงพยาบาลนครพิงค์ได้อย่างสะดวกสบาย แต่ละหมู่บ้านจะมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คอยแนะนำการดูแลสุขภาพ รวม 1,485 คน และประชาชนร้อยละ 98 อยู่ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า สำหรับปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ 5 อันดับแรก ในปี พ.ศ. 2553 ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน การฆ่าตัวตาย โรคเอดส์ โรคระบบกล้ามเนื้อและโครงร่าง ตามลำดับ

โครงสร้างอำนาจชุมชน

การปกครอง มีรูปแบบเช่นเดียวกับการปกครองในพื้นที่อื่นๆ คือ ในระดับหมู่บ้านจะมี “ป้อหลวง” หรือผู้ใหญ่บ้าน ในระดับตำบลจะมี “ป้อแคว่น” หรือกำนัน เป็นผู้นำหลักของชุมชนนั้นๆ ส่วนด้านการบริหารและพัฒนาชุมชนเป็นหน้าที่ขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 14 แห่ง นอกจากนี้ในตำบลยังมีกลุ่มหรือองค์กรที่จัดตั้งขึ้น ทั้งกลุ่มที่จัดตั้งโดยภาครัฐและกลุ่มที่จัดตั้งโดยภาคประชาชน ซึ่งแต่ละกลุ่มมีเป้าหมายในการพัฒนาชุมชน เช่น คณะกรรมการหมู่บ้าน (กม.) ทำหน้าที่ร่วมบริหาร แก้ไขปัญหาในแต่ละด้านของหมู่บ้าน กลุ่มแม่บ้านเกษตรกรรมทำหน้าที่เกี่ยวกับการแปรรูปผลผลิตทางการเกษตร การส่งเสริมอาชีพ การทำผ้าบาติก การประดิษฐ์ผลิตภัณฑ์จากกระดาษสาหรือไม้มะม่วง เป็นต้น และกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ที่ร่วมกันบำเพ็ญประโยชน์ด้านสาธารณสุขในชุมชน เป็นต้น

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการสุขภาพ

การจัดการสุขภาพ เป็นการดึงศักยภาพของชุมชนให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตัวอง และประชาชนด้วยกันเอง ดังเช่นการศึกษาของวัฒนา โพธา (2548: 18-32) เรื่อง การจัดการสุขภาพโดยเครือข่ายตำบล เพื่อทราบสถานการณ์การจัดการสุขภาพในตำบลขององค์การบริหารส่วนตำบล สถานีอนามัย องค์กรประชาชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) รวมทั้งหารูปแบบและข้อเสนอแนะเป็นแนวทางการส่งเสริมสนับสนุนการจัดการสุขภาพโดยเครือข่ายใน 48 ตำบลจาก 25 จังหวัดในภาคกลาง พบว่า การจัดการสุขภาพในตำบลนั้น ภาคประชาชนยังขาดความศรัทธา และความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง เพราะเป็นฝ่ายตั้งรับกิจกรรมการพัฒนาที่ถูกกำหนดจากภายนอก และการเร้าจากเทคโนโลยีสมัยใหม่ที่มีประสิทธิภาพในการรักษาโรค ส่งผลให้ประชาชนขาดการเอาใจใส่และใช้ชีวิตด้วยความประมาท และตูหมิ่นดูแคลนภูมิปัญญาว่าล้าสมัย ก่อให้เกิดการพึ่งพิงผู้อื่นและบุคคลจากนอกชุมชน แนวทางแก้ไขควรพัฒนาศักยภาพองค์กรต่างๆ ในชุมชน รวมทั้งควรมีการชี้แจงแนวทางความสำคัญของการจัดการสุขภาพโดยเครือข่าย ส่งเสริมให้ใช้กระบวนการแผนชุมชนเป็นกลไกที่ก่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันอย่างแท้จริงของคนในชุมชน และกำหนดให้การส่งเสริมสุขภาพเป็นประเด็นร่วม เพื่อแสวงหาความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในตำบล สอดคล้องกับคงกฤช ถูกแผน (2548: บทคัดย่อ) ที่ได้ใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังในการสร้างหมู่บ้านสุขภาพดี โดยใช้การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับหมู่บ้านสุขภาพดี เป็นการให้ชุมชนได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารพร้อมกับร่วมกันหาแนวทางในการกระจายข้อมูลในรูปแบบต่างๆ การพัฒนาความเชื่อในความสามารถของตนเองและชุมชน การรวมกลุ่มกันทำกิจกรรมและมีความคาดหวังในความสำเร็จของการดำเนินงาน กระตุ้นกลุ่มแกนนำร่วมกันตั้งเป้าหมายของหมู่บ้านและวิเคราะห์ปัญหาตลอดจนแนวทางแก้ไข และการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชน และสร้างการทำงานร่วมกันเป็นทีม จะทำให้เกิดชุมชนสุขภาพดีที่มีแผนและโครงการที่จะนำไปสู่การพัฒนาหมู่บ้านต่อไป นอกจากนี้เสรี พงศ์พิศ (2545: 32-38) ได้ศึกษาเรื่องเครือข่ายชุมชนและประชาสังคม: แนวคิด ประสบการณ์ ตัวอย่าง เพื่อให้พื้นที่เป้าหมายมีความสามารถในการจัดการเรื่องสุขภาพของตนเองอย่างเป็นระบบ มีประสิทธิภาพและยั่งยืน ผลการศึกษาพบว่า ถ้าต้องการให้ชุมชนมีสุขภาพดี จะต้องเสริมภูมิคุ้มกันชุมชนให้เข้มแข็ง โดยใช้กระบวนการเรียนรู้ในลักษณะที่เป็นเครือข่ายการเรียนรู้ เน้นการสร้างสวัสดิการมากกว่าด้านอื่น โดยมีเป้าหมายสำคัญคือ การพึ่งตนเองและพึ่งพากันเอง เริ่มจากที่ครอบครัว และดำเนินการร่วมกัน

ในชุมชนและระหว่างชุมชน ชุมชนมีศักยภาพที่จะแก้ไขปัญหาของคนเองได้ มีการเรียนรู้ด้วยคนเองตลอดชีวิต ถ้าหากมีโอกาสและความร่วมมือที่จริงใจ

ในด้านบุคคลผู้มีบทบาทในการจัดการสุขภาพนั้น วนิดา วิระกุล (2546: บทคัดย่อ) ทำการวิจัยประเมินผลศักยภาพและความเข้มแข็งของชุมชนในการบริหารจัดการระบบสุขภาพภาคประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ปี 2546 เพื่อศึกษาศักยภาพและความเข้มแข็งของชุมชนในการจัดการสุขภาพภาคประชาชน พบว่า องค์กรที่รับผิดชอบในการดำเนินงานด้านสุขภาพ คือ อสม. ร่วมกับกลุ่มองค์กรอื่นๆ ในหมู่บ้าน โดยที่องค์กรชุมชนและ อสม. มีศักยภาพในการจัดทำแผนสุขภาพอยู่ในระดับที่จะต้องให้เจ้าหน้าที่ภาครัฐช่วยทุกขั้นตอน ส่วนประชาชนจะมีส่วนร่วมในการเสนอปัญหาและร่วมทำกิจกรรม โดยเฉพาะกิจกรรมที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมมากกว่าร้อยละ 75 คือ กิจกรรมการเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก และการต่อต้านยาเสพติด สอดคล้องกับประพันธ์ แก้วเก๋ (2549: บทคัดย่อ) ที่ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงานตามโครงการพัฒนาศักยภาพของหมู่บ้านและชุมชน (SML): กรณีศึกษากิ่งอำเภอตอยหล่อ จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนจำนวน 395 คน และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง 10 คน พบว่า ประชาชนมีส่วนร่วมในการดำเนินโครงการ SML ในระดับปานกลาง โดยปัจจัยที่มีผล ได้แก่ ตำแหน่งทางสังคม คือ ผู้มีตำแหน่งทางสังคมมีส่วนร่วมในการดำเนินโครงการมากกว่าผู้ไม่มีตำแหน่งทางสังคม และขนาดของหมู่บ้าน คือ หมู่บ้านขนาดเล็ก และขนาดกลางมีการดำเนินงานตามความต้องการของประชาชนทั้งหมู่บ้าน แต่หมู่บ้านขนาดใหญ่มีการดำเนินกิจกรรมตามความต้องการของประชาชนเพียงบางกลุ่ม ในด้านความสำเร็จของการดำเนินงานการจัดการด้านสุขภาพนั้น ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนภาคเหนือ (2547: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาสถานการณ์ความเข้มแข็งของชุมชนในการจัดกระบวนการพัฒนาระบบสุขภาพภาคประชาชนในภาคเหนือ ปี 2547 พบว่า ระดับความเข้มแข็งของหมู่บ้านจัดการสุขภาพภาคประชาชนส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 42.2 และการทำการประเมินสถานการณ์ความเข้มแข็งชุมชนในพื้นที่สถานีอนามัยละ 1 หมู่บ้านในเขตภาคเหนือ ส่วนการศึกษาในปี 2549-2550 (ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนภาคเหนือ, 2551: บทคัดย่อ) เพื่อให้องค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องได้เรียนรู้สถานการณ์ความเข้มแข็งความเข้มแข็งของชุมชนและสามารถจัดระดับความเข้มแข็งของชุมชนในการพัฒนาระบบสุขภาพภาคประชาชนได้ ผลการประเมินพบว่า มีหมู่บ้านที่ผ่านเกณฑ์การจัดการสุขภาพ ร้อยละ 45.49 และ 54.85 ตามลำดับ หมู่บ้านที่มีความเข้มแข็งในการจัดการสุขภาพทั้ง 5 ด้านส่วนใหญ่มีความเข้มแข็งในระดับดี ร้อยละ 56.00 ในปี 2549 และระดับดีมาก ร้อยละ 52.54 ในปี 2550 ซึ่งจะเห็นได้ว่าในการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพตามขั้นตอนจากการสนับสนุนทั้งภาครัฐ ภาคท้องถิ่น และภาคประชาชน จะทำให้หมู่บ้านมีการพัฒนาและมีความเข้มแข็งในการจัดการสุขภาพที่ดีขึ้น

ส่วนการศึกษาชุมชนโดยใช้เครื่องมือ 7 ชิ้นนั้น ยุวยงค์ จันทรวิจิตร และคณะ (2546: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่องวิถีชุมชนของประชาชนเวียงแหง จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อศึกษาวิถีชุมชนโดยใช้เครื่องมือศึกษาวิถีชุมชน 7 ชิ้นของนายแพทย์โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ ความคิดเห็นต่อโครงการพัฒนาเหมืองถ่านหินเวียงแหง และความคาดหวังต่อการพัฒนาเมืองเวียงแหงในอนาคต เพื่อเป็นข้อมูลประกอบในการกำหนดขอบเขตและแนวทางการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ จากโครงการพัฒนาเหมืองถ่านหินเวียงแหง พบว่า การศึกษาวิถีชุมชนโดยใช้เครื่องมือ 7 ชิ้น ทำให้ทราบข้อมูลของชุมชน คือ ภูมิประเทศและถิ่นที่อยู่ของประชาชน ลักษณะทางประชากรศาสตร์ ประวัติศาสตร์ ศูนย์รวมทางจิตใจ วัฒนธรรมและประเพณี ผู้นำที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ การมีส่วนร่วมของประชาชนในการปกครองและแสดงความคิดเห็น การรวมกลุ่มและกองทุนในหมู่บ้าน การประกอบอาชีพ ส่วนความคิดของประชาชนที่ไม่ต้องการให้มีการทำเหมืองถ่านหิน เนื่องจากกลัวว่าจะมีผลกระทบต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม วิถีชีวิตจะเปลี่ยนไป ครอบครัวล่มสลาย เกิดการอพยพ พระธาตุในวัดจะแตกร้าว และความคาดหวังต่อการพัฒนาเมืองในอนาคต พบว่า ต้องการให้มีการอนุรักษ์วัฒนธรรมประเพณี มีป่าไม้อุดมสมบูรณ์ มีของกินของใช้ตามธรรมชาติ มีการพัฒนาสิ่งอำนวยความสะดวกและสาธารณูปโภคอย่างค่อยเป็นค่อยไป มีผู้นำที่ดี ประชาชนมีความสามัคคี มีสถานีอนามัยใกล้บ้าน มีโรงพยาบาลที่มีเครื่องมือทันสมัย มีสถานที่ศึกษาได้มาตรฐาน และมีทุนสนับสนุนเด็กเรียนดีในหมู่บ้าน

ในด้านงานวิจัยเกี่ยวกับการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์ (2544: บทคัดย่อ) ทำการการศึกษาเพื่อกำหนดขอบเขตการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพจากการทำการเกษตรแบบมีสัญญาผูกพัน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาขอบเขตของการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ เพื่อสร้างเวทีการนำเสนอข้อคิดเห็นต่างและส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมของฝ่ายต่างๆ ในกระบวนการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า ภาคการเกษตรของไทยมีปัญหาด้าน พืชผลราคาผันผวน ต้นทุนการผลิตสูงขึ้น การขยายพื้นที่เพาะปลูกมีขีดจำกัด การปลูกพืชเชิงเดี่ยวมีผลทำลายสิ่งแวดล้อมอย่างรุนแรง ภาวะภัยจากธรรมชาติ และการแข่งขันและการกีดกันทางการค้าจากประเทศต่างๆ มาโดยตลอด ในด้านการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพเบื้องต้น พบว่า เกษตรกรส่วนใหญ่เห็นว่าการเข้าร่วมการเกษตรแบบมีสัญญาผูกพันเพราะทำให้มีรายได้เพิ่มขึ้น แต่เกษตรกรส่วนใหญ่กลับเห็นว่าตนเองมีสุขภาพแย่ลง มีอาการผิดปรกติที่พบบ่อย คือ อาการทางระบบประสาท เช่น ปวดศีรษะ วิเวียนศีรษะ สายตาพร่ามัว เหนื่อยอ่อนเพลีย แขนขาอ่อนแรง ระดับการทำงานของเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสลดต่ำลง และยังพบว่าเกษตรกรบางรายเสียชีวิตขณะผสมเกสรมะเขือเทศ ส่วนบุญรักษ์ นวลศรี (2551: บทคัดย่อ) ทำการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพจากโครงการพัฒนาแหล่งน้ำมันประตู่เฒ่าตอนใต้ อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก และ

อำเภอกงไกรลาส จังหวัดสุโขทัย: ระยะที่ 1 การคัดกรอง วิเคราะห์โครงการ และรวบรวมข้อมูลในพื้นที่ เพื่อคัดกรอง วิเคราะห์โครงการ วิเคราะห์รูปแบบการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพระยะต่อไป และพัฒนาระบบการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนจากโครงการดังกล่าว ในประชาชนผู้อาศัยอยู่ในพื้นที่รัศมี 5 กิโลเมตรรอบฐานสำรวจและ/หรือผลิตปิโตรเลียม จำนวน 400 ครับเรือน พบว่า สิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพจากโครงการพัฒนาแหล่งน้ำมันประดู่เฒ่าตอนใต้แปรผันตามกิจกรรมหลักของโครงการ โดยภาวะสิ่งแวดล้อมมีการเปลี่ยนแปลงจากก่อนเริ่มโครงการ สภาวะทางสุขภาพและสังคมมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ การสัมผัสปัจจัยเสี่ยงพบมากในกลุ่มพนักงานของบริษัท และผลกระทบต่อสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นใน 4 มิติ คือ มิติทางชีวิตด้านบวก เช่น คุณภาพชีวิตโดยรวมดีขึ้น ด้านลบ เช่น การเกิดอุบัติเหตุจากการจราจรเพิ่มขึ้น มิติความเป็นอยู่ด้านบวก คือ การได้รับจัดสรรค่าต่างๆ ด้านลบ คือ มีความเครียดเรื่องปัญหาสุขภาพที่จะตามมา มิติด้านสังคมด้านบวก คือ มีการจัดตั้งกลุ่มในชุมชน ด้านลบ คือ สิ่งแวดล้อมโดนทำลายหรือปนเปื้อน และมิติทางวัฒนธรรม มีผลกระทบไม่ชัดเจน หรือไม่เปลี่ยนแปลง

งานวิจัยเกี่ยวกับแรงงานนอกระบบ

งานวิจัยเกี่ยวกับแรงงานนอกระบบที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ การศึกษาของสุนทรี ศรีโกไสย์ (2539: บทคัดย่อ) เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยของแรงงานนอกระบบในหมู่บ้านฉวาย อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย และศึกษาความเชื่อ สาเหตุของการเกิดโรค ค่านิยม และเครือข่ายทางสังคมที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย กลุ่มตัวอย่างมีอาชีพหลักในการทำอุตสาหกรรมไม้แกะสลักและเคยเจ็บป่วยในช่วง 5 เดือน ก่อนทำวิจัย จำนวน 162 คน พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยของแรงงานนอกระบบส่วนใหญ่เป็นแบบรักษาด้วยตนเอง ไม่ได้รักษา รักษาแผนปัจจุบัน และรักษาแผนโบราณ ตามลำดับ ส่วนปัจจัยการให้บริการด้านสุขภาพโดยรัฐ คือ การให้บริการตรวจสุขภาพประจำปี ในด้านความเชื่อสาเหตุของการเกิดโรค ค่านิยม และเครือข่ายทางสังคมที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย พบว่า เพศชายส่วนใหญ่เชื่อว่าอาการที่เจ็บป่วยมีสาเหตุมาจากภูมิต้านทานของร่างกายต่ำ ส่วนเพศหญิงเชื่อว่าเกิดจากการทำงาน และอาการที่ทุกเพศเชื่อว่ามีสาเหตุมาจากการทำงาน ได้แก่ การปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดท้อง โรคเกี่ยวกับผิวหนัง ความเครียด อุบัติเหตุ และโรคเกี่ยวกับตา และในด้านเครือข่ายทางสังคมที่มีผลต่อการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยนั้น แรงงานนอกระบบจะตัดสินใจเองโดยอาศัยประสบการณ์ในการรักษาที่ผ่านมา และเพื่อนในที่ทำงานมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยมากกว่ากลุ่มอื่น

ศิมาลักษณ์ ดิถีสวัสดิ์เวทย์ และคณะ (2546: บทคัดย่อ) ทำการศึกษาสภาพแวดล้อมและภาวะสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพตามโครงการหนึ่งตำบลหนึ่งผลิตภัณฑ์ ในกลุ่มผู้ผลิตผลิตภัณฑ์จากไม้และหวาย 2 กลุ่มจากตำบลอาฮี อำเภอท่าลี่ และตำบลนาน้อย อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย จำนวน 40 คน เพื่อศึกษาสภาพแวดล้อมในการทำงานที่เป็นสิ่งคุกคามต่อสุขภาพ ปัญหาและภาวะสุขภาพตลอดจนพฤติกรรมสุขภาพ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของแรงงาน พบว่าสภาพแวดล้อมในการทำงานมีสิ่งที่คุกคามต่อสุขภาพ คือ ฝุ่นจากไม้ เสียงดัง กลิ่นจากสารตัวทำละลาย สภาพการทำงานที่ไม่เหมาะสม แต่ไม่พบข้อมูลการเจ็บป่วยหรือเป็นโรคจากการทำงานจนถึงขั้นที่ไปพบแพทย์ แต่พบว่ามีอุบัติเหตุจากการทำงานร้อยละ 30 ส่วนอาการผิดปกติที่สำคัญ คือ การปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ เช่น หลัง ข้อขา และสะโพก นอกจากนี้มีอาการระคายเคืองตา แสบตาน้ำตาไหล อาการผื่นคัน แน่นหน้าอก เหนื่อย และหายใจขัด สำหรับพฤติกรรมสุขภาพพบว่าส่วนใหญ่ดื่มสุรา รับประทานยาแก้ปวดเป็นประจำ สูบหรี่เป็นประจำ ออกกำลังกายประจำ พักผ่อนนอนหลับวันละ 7-8 ชั่วโมง มีการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล (ผ้าปิดจมูกและถุงมือ) แม้จะทำให้อึดอัด รำคาญ หรือหายใจไม่สะดวก นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 95 รู้ว่าปัญหาสุขภาพที่เป็นอยู่เนื่องมาจากการทำงาน แต่ร้อยละ 82.5 กลับเห็นว่าไม่จำเป็นต้องมีการปรับปรุงวิธีการและสภาพแวดล้อมในการทำงานเพื่อป้องกันและแก้ปัญหาสุขภาพนั้น ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกับภาวะสุขภาพ พบว่า การออกกำลังกาย จำนวนชั่วโมงที่ทำงานต่อวัน จำนวนปีที่ทำงานมีความสัมพันธ์กับการปวดเมื่อยกล้ามเนื้ออย่าง จำนวนชั่วโมงที่ทำงานต่อวันมีความสัมพันธ์กับความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ และลักษณะงานที่ทำจำนวนชั่วโมงที่ทำงานต่อวัน มีความสัมพันธ์กับการบาดเจ็บอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปฐรินทร์ นิมิตวรพจน์ (2548: บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษาสถานการณ์ด้านอาชีวอนามัยของแรงงานนอกระบบ เพื่อศึกษาสถานการณ์ด้านอาชีวอนามัยของแรงงานนอกระบบ ในลักษณะความเป็นมาพื้นฐานทางเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ความประสงค์ในการเข้าโครงการประกันสังคม และด้านอื่นๆ โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มตัวอย่างในเขตกรุงเทพมหานครที่มีอาชีพขับรถมอเตอร์ไซค์รับจ้าง ขับรถแท็กซี่ ขับรถสองแถว รับจ้างขับรถ แม่บ้าน ทำสวน ลูกจ้างชั่วคราว รับจ้างทั่วไป และค้าขาย จำนวน 900 ราย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 17-56 ปี มีความรู้ระดับประถมศึกษา มีรายได้ระหว่าง 5,000-12,000 บาทต่อเดือน รู้ว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุเพียงร้อยละ 56.6 และรู้ว่ามีความจำเป็นที่จะต้องใช้เครื่องมือป้องกันอุบัติเหตุในการทำงานร้อยละ 54.6 แต่ส่วนใหญ่ไม่มีความวิตกกังวลในเรื่องของโรคที่เกิดจากการประกอบอาชีพ ไม่ทราบว่ามีหน่วยงานที่ช่วยป้องกันอันตรายจากการทำงาน ไม่มีความรู้ด้านประกันสังคม แต่มีความต้องการเข้าร่วมโครงการประกันสังคมสูง

พิไลลักษณ์ พลพิลา และคณะ (2548: บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่องการป้องกันและลดปัญหาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้ออันเนื่องมาจากการทำงานในกลุ่มแรงงานนอกระบบอาชีพทอเสื่อบ้านห้วยเสือเต้น และบ้านหนองหญ้ารังกา ตำบลน้ำพอง อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น เพื่อศึกษาข้อมูลทั่วไป ปัญหาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ และสภาพแวดล้อมการทำงานของกลุ่มแรงงานนอกระบบ รวมทั้งเพื่อหารูปแบบในการป้องกันและลดปัญหาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้ออันเนื่องมาจากการทำงาน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างทอเสื่อนาน 1-70 ปี (เฉลี่ย 35 ปี) จะทอ 3-12 ชั่วโมง/วัน (เฉลี่ย 6 ชั่วโมง) ส่วนใหญ่ประสบอุบัติเหตุหรือปวดหลังจากการทำงาน ไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันปัญหาดังกล่าว ไม่ได้จัดหาอุปกรณ์ช่วยเคลื่อนย้ายวัสดุ และไม่มีสถานที่จัดเก็บวัสดุอุปกรณ์และผลิตภัณฑ์ที่เป็นสัดส่วน ด้านสภาพสิ่งแวดล้อมที่อาจก่อให้เกิดปัญหาต่อระบบกล้ามเนื้อและกระดูก คือ พื้นที่หน้างานเตี้ยเกินไป เก้าอี้เตี้ยและไม่มีพนักพิงหลัง อุปกรณ์อยู่ในตำแหน่งไม่เหมาะสมทำให้ต้องก้มโค้ง เอื้อมมือ หรือเอี้ยวตัวขณะทำงาน ไม่มีการจัดเก็บวัสดุให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม พื้นทางเดินอยู่ในสภาพที่ไม่ปลอดภัย และไม่มีการใช้เครื่องป้องกันอันตรายที่เหมาะสม ทำให้ผู้ทอเสื่อร้อยละ 94.7 มีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ได้แก่ หลังส่วนเอว ไหล่ และสะโพก มีเพียงร้อยละ 41.7 ที่ไปรักษาที่สถานพยาบาล

อนิรุจน์ มะโนธรรม (2548: บทคัดย่อ) ศึกษาปัญหาอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงานของกลุ่มแรงงานนอกระบบในจังหวัดภูเก็ต จำนวน 385 คน เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการปรับปรุงวิธีการทำงาน และเป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีในการปฏิบัติงาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาไม่เคยเจ็บป่วยหรือได้รับอุบัติเหตุจากการทำงาน แต่มีเพียงอาการปวดกล้ามเนื้อ โดยเกิดประมาณ 2-3 วันต่อครั้ง กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 11.4 ที่เคยเจ็บป่วยและได้รับอุบัติเหตุจากการทำงานเพียงเล็กน้อยโดยไม่ต้องหยุดงาน ปีละ 1-2 ครั้ง ปัจจุบัน ซึ่งใช้วิธีการรักษาที่หลากหลาย เช่น การนวดด้วยยาหรือครีม ปล่อยให้หายหรือทุเลาเอง หยุดหรือพักงานชั่วครู่ เปลี่ยนอิริยาบถและท่าทางในการทำงาน และรับประทานยาแก้ปวด และกลุ่มตัวอย่างไม่มีความรู้ หรือไม่เคยเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับอันตรายของงานที่ทำ แต่ชอบงานที่ทำ

ธชายร โสภณสุรการ (2549: บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่อง ความพร้อมของแรงงานนอกระบบในการเข้าสู่ระบบประกันสังคม: ศึกษาเฉพาะกรณีเกษตรกรที่เป็นสมาชิกของสหกรณ์การเกษตรบ้านแพ้ว จำกัด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ ความสามารถ และการตัดสินใจของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าสู่ระบบประกันสังคม ในเกษตรกรจำนวน 351 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอาชีพทำสวน อายุระหว่าง 45-49 ปี จบระดับประถมศึกษา สมรสแล้ว รายได้เฉลี่ยเดือนละ 6,001-8,000 บาท กลุ่มตัวอย่างมี มีความสามารถจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมแบบมีรัฐบาลร่วมด้วย โดยจ่ายสมทบในอัตราร้อยละ 5 ของรายได้ต่อเดือน ประมาณ 100-300 บาท

ศิริวรรณ หมื่นหัส และคณะ (2549: บทคัดย่อ) ทำการศึกษาค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพกลุ่มแรงงานนอกระบบของหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อศึกษาค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพ และสิ่งแวดล้อมของหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยเจาะจงศึกษาในหน่วยบริการปฐมภูมิขนาดใหญ่ และขนาดทั่วไปอย่างละ 1 แห่ง คือ สถานีอนามัยศรีวิชัย อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู และสถานีอนามัยบ้านเม็ง อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่า พบว่าหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งสองแห่งไม่มีกิจกรรมการสนับสนุนการสอบสวนโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม แต่หน่วยบริการปฐมภูมิทั่วไปมีโครงการพิเศษและงบประมาณสนับสนุนเพิ่มเติมจากหน่วยงานต่างๆ ทำให้ภาพรวมค่าใช้จ่ายและจำนวนกิจกรรมในการดูแลสุขภาพกลุ่มแรงงานนอกระบบมีมากกว่าหน่วยบริการอื่น ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรให้การสนับสนุนและส่งเสริมให้หน่วยบริการปฐมภูมิอื่นๆ ได้มีการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพให้ครบถ้วนและสอดคล้องกับสภาพปัญหาโดยการระดมทรัพยากรจากภายนอก

นัพวุฒิ ชื่นบาล และคณะ (2550: บทคัดย่อ) ทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้เกษตรกรมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาภัยคุกคามสุขภาพ และแนวทางในการป้องกันควบคุมได้ด้วยตนเอง จำนวน 26 คน โดยการอบรมและดำเนินกระบวนการมีส่วนร่วม 5 กิจกรรม คือ 1) การวิเคราะห์ขั้นตอนการทำงาน 2) การประเมินบริเวณและลักษณะงาน 3) การวิเคราะห์จัดลำดับความสำคัญ 4) การเฝ้าระวังป้องกันโรคจากการทำงานของเกษตรกรด้วยตนเอง และ 5) การหาแนวทางในการป้องกันภัยคุกคามสุขภาพร่วมกัน ผลการวิจัย พบว่า เกษตรกรมีความรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคจากอาชีพดีขึ้น เช่น การใช้รถเข็น เรือ หรือแรงงานสัตว์ในการเคลื่อนย้ายของหนัก สร้างที่จัดเก็บเครื่องมือให้ปลอดภัย การตรวจสอบ ซ่อมแวม และบำรุงรักษาเครื่องมือ นอกจากนี้ยังสามารถนำความรู้ไปขยายผลในชุมชน ครอบครัว และกลุ่มสมาชิกเกษตรกรได้

งานวิจัยเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมมีความสำคัญในการพัฒนาชุมชนทุกๆ ด้าน ไม่ว่าจะเป็นด้านการดูแลสุขภาพที่ได้นำหลักการมีส่วนร่วมเข้ามาให้เพื่อให้ประชาชนหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับปัญหาสุขภาพหรือปัญหาที่มีผลกระทบต่อสุขภาพเข้ามาจัดการสุขภาพนั้นด้วยตนเอง เช่น การศึกษาของนิภาพรรณ หงส์ชูเกียรติ (2544: บทคัดย่อ) เรื่องสภาพและปัญหาการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดำเนินงานของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดเทศบาล เพื่อศึกษาสภาพและปัญหาการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในกลุ่มผู้บริหารศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ผู้ดูแลเด็ก และผู้ปกครอง

จากศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดเทศบาล 42 ศูนย์ พบว่าผู้บริหารและผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่ปฏิบัติบ้างไม่ปฏิบัติบ้างใน 3 ด้าน คือ การพัฒนาเด็ก การให้ความรู้ผู้ปกครอง และการติดต่อสื่อสาร ส่วนผู้ปกครองส่วนใหญ่มีส่วนร่วมด้านการช่วยเหลือสนับสนุนในระดับมากที่สุด ด้านอื่นๆ อยู่ในระดับปานกลาง และปัญหาการมีส่วนร่วม คือ ผู้ปกครองไม่มีเวลาและไม่ให้ความสำคัญในการพัฒนาเด็ก มีฐานะยากจน การขาดสื่ออุปกรณ์ ผู้บริหารไม่ให้ความสำคัญในการพัฒนาเด็ก และขาดแคลนงบประมาณ ส่วนการศึกษาของนภารัตน์ ด้วงลา (2545: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง ผลของการให้บริการพยาบาลร่วมกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครต่อความพึงพอใจและการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจในการบริการพยาบาล และการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานก่อนและหลังได้รับการบริการพยาบาลร่วมกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครในคลินิกโรคเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในบริการพยาบาลหลังได้รับการพยาบาลร่วมกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครในคลินิกโรคเบาหวานสูงกว่าก่อนได้รับการบริการพยาบาลร่วมกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครในคลินิกโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้ป่วยจะมีการดูแลตนเองได้มากกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นกัน

การมีส่วนร่วมของชุมชนมีประโยชน์ต่อการพัฒนาทุกๆ ด้าน แต่การมีส่วนร่วมของชุมชนที่จะเกิดประโยชน์ต่อการดำเนินงานต่างๆ นั้น ควรจะเป็นการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง ดังเช่นการศึกษาของศรัณยา รักเสนาะ (2548: บทคัดย่อ) เรื่องการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองของสตรีวัยทองในกลุ่มแม่บ้านกองบิน 41 เพื่อศึกษาผลของการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของสตรีวัยทอง พบว่า ปัญหาของสตรีวัยทองในกองบิน 41 จังหวัดเชียงใหม่ ได้แก่ ปัญหาพฤติกรรมการบริโภค การขาดการออกกำลังกาย การปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ และการขาดความรู้เกี่ยวกับวิธีการดูแลสุขภาพของตนเอง เมื่อมีการนำสตรีวัยทองเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดแผนกิจกรรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยใช้กระบวนการกลุ่ม 8 ขั้นตอน ทำให้กลุ่มแม่บ้านดังกล่าวเกิดการร่วมคิด ร่วมทำในการแก้ไขปัญหาสุขภาพตนเองได้เป็นอย่างดี เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน และบรรลุความมุ่งหวังได้มากกว่าต่างคนต่างทำ หรือแยกส่วนกัน ซึ่งสอดคล้องกับ วิโรจน์ ชำนาญการ (2549: บทคัดย่อ) ที่ศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการแก้ปัญหายาเสพติดในกลุ่มเด็กและเยาวชน ในตำบลเหมืองง่า อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน ในกลุ่มผู้นำชุมชน 150 คน ประกอบด้วยกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข พนักงานองค์การบริหารส่วนตำบล และผู้ปกครอง เพื่อศึกษามาตรการแก้ไขปัญหายาเสพติดในกลุ่มเด็กและเยาวชน ซึ่งพบว่า ถ้าผู้นำชุมชนมีส่วนร่วมในระดับมาก และเห็นด้วยต่อการช่วยกันแก้ไขปัญหายาเสพติด ส่งผลให้การดำเนินงานปราบปรามยาเสพติดในปี 2545-2548 ประสบ

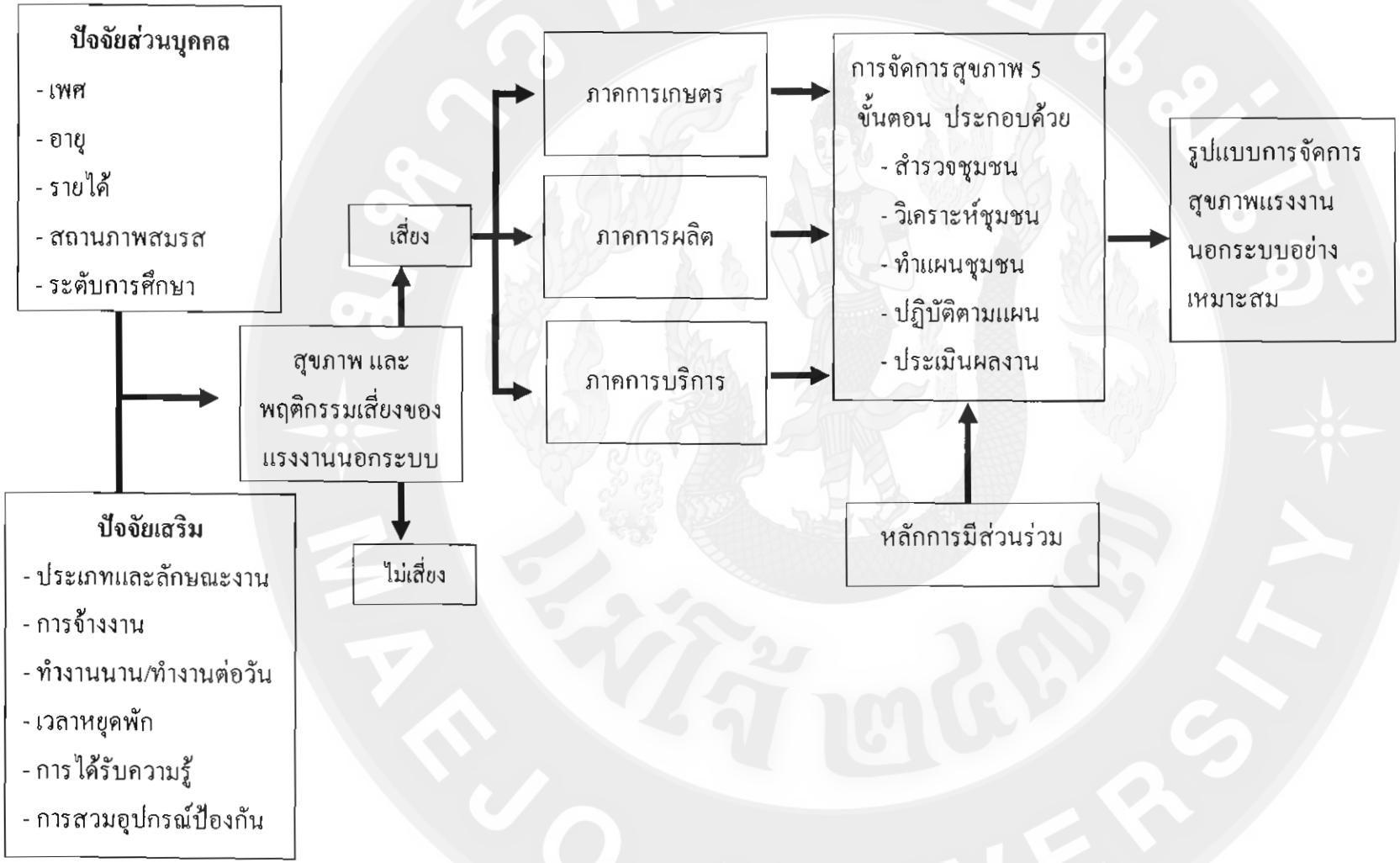
ผลสำเร็จ ลดปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติดลง จำนวนผู้ค้าลดลง ผู้เสพลดลง และทำให้เด็กและเยาวชนไม่เข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติดอีก

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งหมดสามารถสรุปได้ว่างานวิจัยด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนนั้นมีความสำคัญในการพัฒนาชุมชนทุกๆ ด้าน โดยการพัฒนาด้านสุขภาพเป็นการศึกษาถึงสภาพ ปัญหาและผลของการมีส่วนร่วม ซึ่งจะทำให้เกิดการแก้ปัญหาด้วยคนเอง หรือดูแลคนเองได้ขึ้น และการมีส่วนร่วมที่จะเกิดประโยชน์ต่อการดำเนินงานต่างๆ นั้น ควรจะเป็นการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงนั้นคือ ประชาชนต้องมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา สามารถนำข้อมูลสุขภาพมาจัดลำดับความสำคัญของปัญหา เขียนแผนเพื่อแก้ไขปัญหา และประเมินผลได้ ส่วนงานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการสุขภาพนั้น ทำให้ทราบสถานการณ์การจัดการสุขภาพของชุมชน ทำให้เห็นปัญหาในส่วนของภาคประชาชนที่ยังขาดความศรัทธาหรือความเชื่อมั่นในศักยภาพของคนเอง เพราะเป็นฝ่ายตั้งรับกิจกรรมการพัฒนาที่ถูกกำหนดจากภายนอกมาตลอด รวมถึงการเข้าถึงเทคโนโลยีสมัยใหม่ที่มีประสิทธิภาพในการรักษาโรค ส่งผลให้ประชาชนขาดการเอาใจใส่และใช้ชีวิตด้วยความประมาทและดูหมิ่นดูแคลนภูมิปัญญาดั้งเดิมว่าล้าสมัย ก่อให้เกิดการพึ่งพิงผู้อื่นและบุคคลจากนอกชุมชน นอกจากนี้การศึกษาการจัดการสุขภาพยังเป็นการส่งเสริมให้นำกระบวนการแผนชุมชนไปใช้เป็นกลไกที่ก่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันอย่างแท้จริงของคนในชุมชน และกำหนดให้การส่งเสริมสุขภาพเป็นประเด็นร่วม เพื่อแสวงหาความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในตำบล ส่วนการศึกษาชุมชนโดยใช้เครื่องมือ 7 ชิ้น และการประเมินภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพในการค้นหาข้อมูลความเสี่ยงของชุมชนนั้นอาจจะมีการศึกษาไม่กว้างขวางมากนัก แต่จากการวิจัยข้างต้นทำให้เห็นได้คุณค่าของการใช้เครื่องมือทั้ง 2 ในการศึกษาชุมชนและศึกษาความเสี่ยงของประชาชน ทำให้มองเห็นประโยชน์ของการนำไปใช้ในงานด้านสาธารณสุขได้อย่างชัดเจน ส่วนงานวิจัยเกี่ยวกับแรงงานนอกระบบที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย ความเชื่อ สาเหตุของการเกิดโรค ค่านิยม และเครือข่ายทางสังคมที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย รวมถึงสภาพแวดล้อมและภาวะสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพตามโครงการหนึ่งตำบลหนึ่งผลิตภัณฑ์ และการป้องกันและลดปัญหาที่เกิดจากการประกอบอาชีพ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

(Conceptual Framework of the Research)

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงของแรงงานนอกระบบ มี 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้ ส่วนปัจจัยเสริม เช่น ทำงานมานาน ทำงานต่อวัน สภาพการจ้างงาน ประสบการณ์การเจ็บป่วยจากการทำงาน และลักษณะงาน แล้วจึงแยกกลุ่มเสี่ยงออกเป็น 3 กลุ่ม คือ แรงงานนอกระบบภาคการเกษตร ภาคการผลิต และภาคการบริการ เพื่อเป็นกลุ่มที่ให้ชุมชนเข้ามาจัดการสุขภาพ 5 ขั้นตอน คือ การสำรวจชุมชน การวิเคราะห์ชุมชน การทำแผนชุมชน การปฏิบัติตามแผน และการประเมินผล โดยทีมจัดการสุขภาพมาจากกลุ่มองค์กรชุมชน ภาครัฐ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วน สำหรับขั้นตอนการศึกษาชุมชน จะใช้เครื่องมือช่วยในการศึกษา 2 ชิ้น คือ เครื่องมือ 7 ชิ้น และการประเมินภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพ และ เพื่อให้ได้รูปแบบที่เหมาะสมกับแรงงานนอกระบบ แล้วนำรูปแบบไปทดลองใช้กับกลุ่มแรงงานนอกระบบอีกกลุ่มหนึ่ง เพื่อหาข้อบกพร่องและสร้างความเชื่อมั่นในการใช้รูปแบบดังกล่าว เป็นการพัฒนาให้เป็นรูปแบบที่เหมาะสมสามารถนำไปดำเนินงานในชุมชนอื่นหรือดำเนินการในการดูแลสุขภาพในกลุ่มอื่นๆ ได้ต่อไป ซึ่งเขียนเป็นแผนภูมิแสดงกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ ดังต่อไปนี้



ภาพที่ 5 กรอบแนวคิดในการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

(Research Hypotheses)

1. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องมีความสัมพันธ์และสามารถใช้ทำนายภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงของแรงงานนอกระบบได้

2. ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงของแรงงานนอกระบบ 3 ประเภท คือ แรงานนอกระบบภาคการเกษตร ภาคการผลิต และภาคการบริการ แตกต่างกัน

บทที่ 3

การดำเนินการวิจัย

(RESEARCH METHODOLOGY)

การวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมของแรงงานนอกระบบในอำเภอดอยสะเก็ด เป็นงานวิจัยเชิงวิจัยและพัฒนา เก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสัมภาษณ์เก็บข้อมูลภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงในการทำงานของแรงงานนอกระบบ เพื่อปัจจัยที่ใช้ทำนายภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยง และความแตกต่างของภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงของแรงงานนอกระบบแต่ละประเภท ส่วนเชิงคุณภาพเป็นการประยุกต์ใช้รูปแบบการจัดการสุขภาพของหน่วยงานอื่นๆ เพื่อพัฒนาเป็นรูปแบบการจัดการสุขภาพอย่างเหมาะสมในแรงงานนอกระบบ โดยกำหนดวิธีดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้

สถานที่ดำเนินการวิจัย

(Locale of the Research)

ผู้วิจัยได้ทำการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของแรงงานนอกระบบกับผู้ทรงคุณวุฒิและผู้มีประสบการณ์ในการทำวิจัย รวมทั้งศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับแรงงานนอกระบบแล้วนำมาปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อเลือกประเด็นและพื้นที่ที่เหมาะสมตามที่ผู้วิจัยสนใจศึกษา คือ ชุมชนในเขตพื้นที่อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ โดยเหตุผลที่ผู้วิจัยเลือกพื้นที่นี้เพื่อทำการศึกษาวิจัย มีดังนี้

1. เป็นพื้นที่ที่ผู้วิจัยมีความคุ้นเคยกับชุมชน เนื่องจากการทำงานที่ต้องประสานกับพื้นที่และองค์กรชุมชนในการพัฒนาสุขภาพของชุมชนมาตลอด ทำให้มีความคุ้นเคยและใกล้ชิดกับชุมชนในระดับหนึ่ง จนสามารถมองวิถีชีวิตของชุมชนได้อย่างไม่มีอคติต่อการทำวิจัยครั้งนี้

2. เป็นพื้นที่ที่มีแรงงานนอกระบบกระจายอยู่ทั่วไปในชุมชน และในการดูแลสุขภาพแรงงานกลุ่มนี้ที่ผ่านมา ยังไม่ได้ดำเนินงานอย่างเต็มรูปแบบ เพียงแต่ให้การดูแลตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเท่านั้น จึงทำให้แรงงานกลุ่มนี้เกิดปัญหาสุขภาพ และไม่มีการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง จึงจำเป็นจะต้องรีบดำเนินการแก้ไขปัญหาดังกล่าวก่อนที่จะเกิดปัญหามากขึ้น โดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนเข้ามาดำเนินการ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
(The Population and Samples)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างการวิจัยเชิงปริมาณ

ประชากรที่ศึกษา คือ แรงงานนอกระบบที่มีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอดอยสะเก็ด ณ วันที่ทำการศึกษา ทั้งเพศชายและหญิง มีอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 14,632 คน โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของ Yamane (1967: 183-190) ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ได้จำนวนตัวอย่าง 390 คน และดำเนินการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายแบบเป็นสัดส่วนกับประชากรแต่ละประเภทอาชีพ และตำบล ดังต่อไปนี้

1. นำข้อมูลแรงงานนอกระบบมาแยกประเภทเป็น 3 กลุ่ม และเทียบคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามประเภทให้ได้สัดส่วนเท่าๆ กัน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามประเภทของแรงงานนอกระบบ

ประเภทแรงงาน	ประชากร	กลุ่มตัวอย่าง
ภาคการเกษตร	6,201	165
ภาคการผลิต	3,049	81
ภาคการบริการ	5,382	144
รวม	14,632	390

2. เทียบคำนวณกลุ่มตัวอย่างแยกตามตำบลให้ได้สัดส่วนเท่าๆ กัน ดังตารางที่ 2

3. แรงงานนอกระบบแต่ละประเภทจะประกอบด้วยอาชีพที่หลากหลาย เช่น ภาคการเกษตร ประกอบด้วยอาชีพ ทำนา ทำสวน ทำไร่ เก็บของป่า ทำเมี่ยง ฯลฯ ภาคการผลิต ประกอบด้วยอาชีพ เย็บผ้า ทำหัตถกรรม ทำโครงเหล็ก แกะสลัก ฯลฯ หรือภาคการบริการ ประกอบด้วย การนวด ขับรถยนต์โดยสาร ขายของ เสริมสวย ฯลฯ ซึ่งแต่ละอาชีพถึงแม้จะอยู่ในประเภทเดียวกัน แต่ก็มีลักษณะการทำงาน หรือความเสี่ยงจากการทำงานที่แตกต่างกัน ดังนั้นในการทำวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงทำการสุ่มตามลักษณะอาชีพอีกครั้งหนึ่ง เพื่อให้แต่ละกลุ่มอาชีพมีโอกาสเป็นตัวแทนในการศึกษาอย่างเท่าเทียมกัน ดังแสดงไว้ในตารางที่ 3

ตารางที่ 2 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามตำบลที่แรงงานนอกระบบอยู่อาศัย

ตำบล	รวม		ภาคเกษตร		ภาคการผลิต		ภาคบริการ	
	ประชากร	ตัวอย่าง	ประชากร	ตัวอย่าง	ประชากร	ตัวอย่าง	ประชากร	ตัวอย่าง
เชิงดอย	2,015	54	684	18	215	6	1,115	30
สันปูเลย	1,160	31	427	11	201	6	532	14
ลวงเหนือ	993	26	588	15	83	2	322	9
ป่าป้อง	727	20	251	7	190	5	286	8
สง่าบ้าน	665	18	232	6	115	3	318	9
ป่าลาน	684	19	360	10	150	4	174	5
ตลาดขวัญ	625	17	103	3	166	4	356	10
สำราญราษฎร์	1,097	28	363	10	309	7	425	11
แม่คือ	1,006	27	254	7	395	10	357	10
ตลาดใหญ่	644	17	139	4	204	5	301	8
แม่ฮ้อยเงิน	1,254	34	602	16	360	10	292	8
แม่โป่ง	1,651	43	861	22	385	10	405	11
ป่าเมี่ยง	1,186	32	590	16	188	5	408	11
เทพเสด็จ	925	24	746	20	88	2	91	2
รวม	14,632	390	6,201	165	3,049	81	5,382	144

ตารางที่ 3 จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำแนกรายตำบล และลักษณะอาชีพหรือลักษณะงานที่ทำ

(n-390)

ลำดับที่	อาชีพ	กลุ่มตัวอย่าง	รายละเอียดของงาน	ตำบล	กลุ่มตัวอย่างแยกรายตำบล
1	ปลูกข้าว	95	-	สำราญราษฎร์	19
				แม่โป่ง	19
				ตลาดใหญ่	19
				ป่าป้อง	19
				แม่ฮ้อยเงิน	19
2	ปลูกพืชไร่	10	ถั่วเหลือง หอม กระเทียม	แม่ฮ้อยเงิน	10
3	ปลูกพืชสวน	38	ผัก สมุนไพร	เชิงดอย	13
			ลำไย มะม่วง	ป่าลาน	13
			ดอกไม้	ป่าเมี่ยง	12
4	ปลูกชา-กาแฟ	18	ชา และ กาแฟ	เทพเสด็จ	18
5	เลี้ยงสัตว์	4	ไก่ นก	เชิงดอย	4
6	เดี่ยนไม้	10	เดี่ยนไม้	แม่โป่ง	10
7	แกะสลัก	16	-	ป่าลาน	8
				ตลาดขวัญ	8
8	พัต ร่ม ภาพ	15	ทำพัด ร่ม	แม่คือ	15
9	อาหาร ขนม	7	แคบหมู	ตลาดขวัญ	7
10	สินค้าชุมชน	19	สินค้าชุมชน	สันปูเลย	7
	รับงานมาทำที่		รับมาทำที่บ้าน	สง่าบ้าน	7
	บ้าน			เชิงดอย	5
11	การผลิตอื่นๆ	14	เย็บผ้า โรงสี	ตลาดใหญ่	5
			จักสาน	ป่าเมี่ยง	5
				สันปูเลย	4
12	นวดแผนไทย	6	นวดแผนไทย	สำราญราษฎร์	6

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ลำดับที่	อาชีพ	กลุ่มตัวอย่าง	รายละเอียดของงาน	ตำบล	กลุ่มตัวอย่างแยกรายตำบล
13	ช่างต่างๆ	34	ก่อสร้าง ซ่อมรถ	สง่าบ้าน	9
			ประปา เชื่อม	ลวงเหนือ	9
			โลหะ ซ่อมอื่นๆ	ป่าเมี่ยง	8
				ลวงเหนือ	8
14	เสริมสวย ตัดผมชาย	5	เสริมสวย	แม่คือ	3
			ตัดผมชาย		2
15	ขายอาหาร ขายของชำ	21	ขายอาหาร	ป่าป้อง	5
				ตลาดขวัญ	5
			ขายของชำ	สง่าบ้าน	5
				เชิงดอย	6
16	ขายอื่นๆ	21	หวย ของในตลาด	แม่คือ	7
			ค้าของเก่า เปิดคา	สันปูเลย	7
			ราโอเกะ	ป่าเมี่ยง	7
17	บริการอื่นๆ	57	ขับรถรับจ้าง ถ่าย	เชิงดอย	15
			เอกสาร ซักผ้า	แม่ฮ้อยเงิน	15
			รับจ้างทั่วไป	แม่คือ	15
				ป่าเมี่ยง	12

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างการวิจัยเชิงคุณภาพ

เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ตามประเภทของแรงงานนอกระบบ โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. แบ่งแรงงานนอกระบบทั้งหมดออกเป็น 3 กลุ่มตามประเภทของงาน ได้แก่ แรงงานนอกระบบภาคการเกษตร ภาคการผลิต และภาคการบริการ

2. เลือกพื้นที่ในการศึกษา เป็นหมู่บ้านที่มีแรงงานนอกระบบอาชีพใดอาชีพหนึ่งอาศัยอยู่เป็นจำนวนมากในหมู่บ้านนั้นๆ และเป็นอาชีพที่สร้างชื่อเสียงให้กับอำเภอดอยสะเก็ด ดังนี้

2.1 แรงงานนอกระบบภาคการเกษตร เลือกกลุ่มปลูกเมี่ยง (ชา) บ้านปางไฮ หมู่ที่ 7 ตำบลเทพเสด็จ

2.2 แรงงานนอกระบบภาคการผลิต เลือกกลุ่มผลิตคันจ้อง (ร่ม) บ้านสันต้นแหน ใต้ หมู่ที่ 5 ตำบลแม่คือ

2.3 แรงงานนอกระบบภาคการบริการ เลือกกลุ่มขายแคบหมู บ้านถ้ำ หมู่ที่ 3 ตำบลตลาดขวัญ

3. ดำเนินการเลือกทีมจัดการสุขภาพจากองค์กรชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในหมู่บ้านข้างต้น หมู่บ้านละ 10 คน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหมู่บ้านละ 1 คน รวม 33 คน

4. ดำเนินการเลือกแรงงานนอกระบบกลุ่มทดลองอีก 1 กลุ่ม เพื่อทดลองใช้รูปแบบการจัดการสุขภาพที่เหมาะสม ได้แก่ กลุ่มทำผลิตภัณฑ์จากไม้มะม่วง บ้านสันทราย หมู่ที่ 3 ตำบลแม่ย้อยเงิน

ขั้นตอนในการวิจัย

(Research Procedure)

ระยะที่ 1

เป็นการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณ โดยมีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

1. จัดทำเครื่องมือ หาค่าความตรงและค่าความเชื่อมั่น แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข

2. ขอหนังสือจากสาขาวิชาการวางแผนและพัฒนาชนบท มหาวิทยาลัยแม่โจ้ ถึงสำนักงานสาธารณสุขอำเภอดอยสะเก็ด และผู้นำชุมชน เพื่อขออนุญาตทำวิจัยในพื้นที่

3. ดำเนินการชี้แจงวัตถุประสงค์แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการใช้แบบสัมภาษณ์แก่ผู้ช่วยนักวิจัย คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 5 คน เพื่อเป็นผู้สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง

4. ผู้วิจัยทำการทดสอบความตรงกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย เพื่อความตรงของข้อมูลที่สัมภาษณ์

5. ผู้ช่วยนักวิจัยดำเนินการสัมภาษณ์แรงงานนอกระบบในพื้นที่

6. รวบรวมแบบสัมภาษณ์ที่ได้รับไปตรวจสอบความถูกต้อง สมบูรณ์ ครบถ้วน และนำไปวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติ

ระยะที่ 2

เป็นการดำเนินงานเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพแรงงานนอกระบบ โดยมีขั้นตอนในการดำเนินงาน ดังนี้

1. ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงในแรงงานนอกระบบ 3 ประเภทๆ ละ 1 กลุ่ม พร้อมจัดตั้งทีมจัดการสุขภาพในพื้นที่ที่เลือก

2. อบรมเทคนิคการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์เพื่อแสดงผลการศึกษาชุมชนจากเครื่องมือ 7 ชิ้น และทักษะการประเมินภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพ แก่บุคลากรสาธารณสุขทุกพื้นที่

3. ประชุมเชิงปฏิบัติการองค์กรชุมชนในการใช้เครื่องมือศึกษาชุมชน และประเมินภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพ

4. องค์กรชุมชนร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขออกดำเนินการศึกษาชุมชน และประเมินภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพเพื่อหาเครื่องมือที่เหมาะสมในการศึกษาแรงงานนอกระบบ

5. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่จัดทำผลการสำรวจจากเครื่องมือ 7 ชิ้นทางคอมพิวเตอร์

6. รวบรวมข้อมูลศึกษาชุมชน เพื่อเป็นข้อมูลในการหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน พร้อมนำเสนอข้อมูลสู่ชุมชน

7. จัดเวทีวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม เพื่อค้นหาปัญหาและกำหนดแผนในการดูแลสุขภาพแรงงานนอกระบบ

8. ร่วมหาแนวทางในการจัดการสุขภาพโดยจัดทำโครงการเพื่อแก้ไขปัญหาของแรงงานนอกระบบ แล้วดำเนินการแก้ไขปัญหาตามโครงการ

9. ประเมินผลโครงการแบบมีส่วนร่วม

10. วิเคราะห์ผลการดำเนินงาน ปรับปรุงแก้ไข แล้วสรุปเป็นรูปแบบการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมในแรงงานนอกระบบ และนำเสนอต่อชุมชน

ระยะที่ 3

เป็นการนำรูปแบบการจัดการสุขภาพไปทดลองใช้ในกลุ่มทดลอง โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. นำรูปแบบไปทดลองใช้กับกลุ่มทดลองรูปแบบอีก 1 กลุ่ม เพื่อตรวจสอบยืนยันรูปแบบที่เหมาะสม

2. สรุปผลการวิจัย นำเสนอ และจัดทำรายงานผลการวิจัย

3. นำเสนอสอบงานวิจัย และจัดทำรูปเล่มงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

(Instrument of the Study)

งานวิจัยฉบับนี้ ใช้การบรรยายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นด้วยวิธีวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณผสมผสานกัน (mixed method) เพื่อมุ่งค้นหาปัจจัยที่ใช้ทำนายภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงของแรงงานนอกระบบ และความแตกต่างของภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงในแรงงานนอกระบบ 3 ประเภท คือ ภาคการเกษตร ภาคการผลิต และภาคการบริการ เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพที่เหมาะสม โดยใช้เครื่องมือในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย

เครื่องมือการวิจัยเชิงปริมาณ

เครื่องมือเชิงปริมาณ คือ แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นด้วยตนเองจากการค้นคว้าข้อมูลจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

1. ส่วนที่ 1 เป็นแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป และปัจจัยเสริม จำนวน 15 ข้อ

2. ส่วนที่ 2 เป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย ลักษณะอาการทางการยศาสตร์ อาการทางผิวหนัง และอาการทางระบบทางเดินหายใจ ด้านละ 5 ข้อ รวม 15 ข้อ โดยคำตอบเป็นแบบประมาณค่า (rating scale) มีระดับคะแนน 5 ระดับ คือ

ระดับ 1 คือ มีอาการตลอดเวลา หมายถึง ภาวะสุขภาพหรืออาการที่ถามนั้นเกิดกับแรงงานนอกระบบทุกวันหรือทุกครั้งที่ทำงาน

ระดับ 2 คือ มีอาการค่อนข้างบ่อย หมายถึง ภาวะสุขภาพหรืออาการที่ถามนั้นเกิดกับแรงงานนอกระบบบ่อยครั้งแต่ไม่ได้เกิดทุกวัน

ระดับ 3 คือ มีอาการบางครั้ง หมายถึง ภาวะสุขภาพหรืออาการที่ถามนั้นเกิดกับแรงงานนอกระบบเป็นบางครั้งถ้าหยุดงานก็จะไม่เกิดอาการ

ระดับ 4 คือ มีอาการนานๆ ครั้ง หมายถึง ภาวะสุขภาพหรืออาการที่ถามนั้นเกิดกับแรงงานนอกระบบเป็นส่วนน้อย นานๆ ครั้ง

ระดับ 5 คือ ไม่มีอาการ หมายถึง ภาวะสุขภาพหรืออาการที่ถามนั้นไม่เคยเกิดกับแรงงานนอกระบบเลย

การแปลผลภาวะสุขภาพ

เนื่องจากแรงงานนอกระบบมีความหลากหลายในลักษณะอาชีพ ซึ่งบางอาชีพอาจจะเสี่ยงเฉพาะด้านการยศาสตร์ บางอาชีพอาจเสี่ยงเฉพาะด้านผิวหนัง เป็นต้น ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา แล้วกำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนที่ได้จากข้อคำถามด้วยตนเอง โดยมีเกณฑ์การแปรผล ดังนี้

1. ภาวะสุขภาพ ภาวะสุขภาพทั้ง 3 ด้าน คือ การยศาสตร์ ผิวหนัง และระบบทางเดินหายใจ มีข้อคำถามอย่างละ 5 ข้อ ใช้เกณฑ์การแปลผลเดียวกัน โดยมีเกณฑ์แบ่งการแปลผลออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

1.1 ไม่ปรากฏอาการเลย หมายถึง กลุ่มตัวอย่างตอบระดับคะแนน 4 หรือระดับคะแนน 5 ทั้ง 5 ข้อ หรือตอบร่วมกันทั้ง 2 ระดับคะแนน ทั้ง 5 ข้อ

1.2 ปรากฏอาการเล็กน้อย หมายถึง กลุ่มตัวอย่างตอบระดับคะแนน 3 อย่างน้อย 1 ข้อร่วมกับระดับคะแนน 4 หรือ 5

1.3 ปรากฏอาการบางครั้ง หมายถึง กลุ่มตัวอย่างตอบระดับคะแนน 2 อย่างน้อย 1 ข้อร่วมกับระดับคะแนน 3-5

1.4 ปรากฏอาการเป็นประจำ หมายถึง กลุ่มตัวอย่างตอบระดับคะแนน 1 อย่างน้อย 1 ข้อร่วมกับระดับคะแนน 2-5

2. ภาวะสุขภาพโดยรวม

2.1 ไม่ปรากฏอาการเลย หมายถึง ไม่ปรากฏอาการของโรค ทั้ง 3 ด้าน

2.2 ปรากฏอาการเล็กน้อย หมายถึง การปรากฏอาการของโรคเล็กน้อย อย่างน้อย 1 ด้าน

2.3 ปรากฏอาการบางครั้ง หมายถึง การปรากฏอาการของโรคบางครั้ง อย่างน้อย 1 ด้าน

2.4 ปรากฏอาการเป็นประจำ หมายถึง การปรากฏอาการของโรคเป็นประจำ อย่างน้อย 1 ด้าน

3. ส่วนที่ 3 เป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยง จำนวน 30 ข้อ ประกอบด้วยพฤติกรรมเสี่ยงทางด้านการยศาสตร์ จำนวน 14 ข้อ ทางด้านผิวหนัง 8 ข้อ และทาง ด้านระบบทางเดินหายใจ 8 ข้อ เป็นแบบประมาณค่า (rating scale) มี 5 ระดับ คือ

ระดับ 1 คือ ทำเป็นประจำ หมายถึง พฤติกรรมที่แรงงานนอกระบบปฏิบัติเป็นประจำทุกวันของการทำงาน หรืออย่างน้อย 6 วันต่อสัปดาห์ขึ้นไป

ระดับ 2 คือ ทำบ่อยครั้ง หมายถึง พฤติกรรมที่แรงงานนอกระบบปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ของการทำงาน หรือ 1-5 วันต่อสัปดาห์

ระดับ 3 คือ ทำเป็นบางครั้ง หมายถึง พฤติกรรมที่ถามนั้นแรงงานนอกระบบปฏิบัติเป็นบางครั้ง หรือไม่สม่ำเสมอ หรือน้อยกว่า 4 ครั้งต่อเดือน

ระดับ 4 คือ นานๆ ทำครั้ง หมายถึง พฤติกรรมที่ถามนั้นแรงงานนอกระบบปฏิบัติเป็นส่วนน้อย ไม่บ่อย หรือเคยปฏิบัติ 1-2 ครั้งต่อ 1-2 เดือน หรือน้อยกว่านั้น

ระดับ 5 คือ ไม่เคยทำ หมายถึง พฤติกรรมที่ถามนั้นแรงงานนอกระบบไม่เคยปฏิบัติเลย

การแปลผลพฤติกรรมเสี่ยง

ด้วยเหตุผลเช่นเดียวกับการแปลผลภาวะสุขภาพของแรงงานนอกระบบ การแปลผลพฤติกรรมเสี่ยงของแรงงานนอกระบบผู้วิจัยจึงตั้งเกณฑ์การแปลผลคะแนนจากค่าคะแนนที่ได้จากข้อคำถามด้วยตนเอง โดยแบ่งเกณฑ์การแปลผลออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

1. พฤติกรรมเสี่ยงทางการยศาสตร์

1.1 ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยง หมายถึง กลุ่มตัวอย่างตอบระดับคะแนน 5 หรือระดับคะแนน 4 ทั้ง 14 ข้อ หรือตอบร่วมกันทั้ง 2 ระดับคะแนน ทั้ง 14 ข้อ

1.2 มีพฤติกรรมเสี่ยงต่ำ หมายถึง กลุ่มตัวอย่างตอบระดับคะแนน 3 อย่างน้อย 1 ข้อ ร่วมกับระดับคะแนน 4 หรือ 5

1.3 มีพฤติกรรมเสี่ยงปานกลาง หมายถึง กลุ่มตัวอย่างตอบระดับคะแนน 2 อย่างน้อย 1 ข้อ ร่วมกับระดับคะแนน 3-5

1.4 มีพฤติกรรมเสี่ยงสูง หมายถึง กลุ่มตัวอย่างตอบระดับคะแนน 1 อย่างน้อย 1 ข้อ ร่วมกับระดับคะแนน 2-5

2. พฤติกรรมเสี่ยงทางผิวหนัง และระบบทางเดินหายใจ

2.1 ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยง หมายถึง กลุ่มตัวอย่างตอบระดับคะแนน 5 หรือระดับคะแนน 4 ทั้ง 8 ข้อ หรือตอบร่วมกันทั้ง 2 ระดับคะแนน ทั้ง 8 ข้อ

2.2 มีพฤติกรรมเสี่ยงต่ำ หมายถึง กลุ่มตัวอย่างตอบระดับคะแนน 3 อย่างน้อย 1 ข้อ ร่วมกับระดับคะแนน 4 หรือ 5

2.3 มีพฤติกรรมเสี่ยงปานกลาง หมายถึง กลุ่มตัวอย่างตอบระดับคะแนน 2 อย่างน้อย 1 ข้อ ร่วมกับระดับคะแนน 3-5

2.4 มีพฤติกรรมเสี่ยงสูง หมายถึง กลุ่มตัวอย่างตอบระดับคะแนน 1 อย่างน้อย 1 ข้อ ร่วมกับระดับคะแนน 2-5

3. พฤติกรรมเสี่ยงโดยรวม

3.1 ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยง หมายถึง ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงทั้ง 3 ด้าน

3.2 มีพฤติกรรมเสี่ยงต่ำ หมายถึง มีพฤติกรรมเสี่ยงต่ำ อย่างน้อย 1 ด้าน

3.3 มีพฤติกรรมเสี่ยงปานกลาง หมายถึง มีพฤติกรรมเสี่ยงปานกลาง อย่างน้อย 1 ด้าน

3.4 มีพฤติกรรมเสี่ยงสูง หมายถึง มีพฤติกรรมเสี่ยงสูง อย่างน้อย 1 ด้าน

การแปลผลความเสี่ยงโดยรวม

เป็นการแปลผล โดยการนำผลภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมเสี่ยง มาวิเคราะห์ร่วมกัน ผู้วิจัยตั้งเกณฑ์การแปลผลคะแนนความเสี่ยงโดยรวม ดังต่อไปนี้

1. ไม่มีความเสี่ยงโดยรวม หมายถึง กลุ่มตัวอย่างไม่ปรากฏอาการทางสุขภาพ และไม่มีพฤติกรรมเสี่ยง

2. มีความเสี่ยงโดยรวม หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีอาการทางสุขภาพตั้งแต่เล็กน้อยขึ้นไป ร่วมกับมีพฤติกรรมเสี่ยงตั้งแต่ระดับต่ำขึ้นไป โดยแยกย่อยออกเป็น

2.1 มีความเสี่ยงโดยรวมต่ำ หมายถึง กลุ่มตัวอย่างปรากฏอาการทางสุขภาพเล็กน้อย และมีพฤติกรรมเสี่ยงต่ำ

2.2. มีความเสี่ยงโดยรวมปานกลาง หมายถึง กลุ่มตัวอย่างปรากฏอาการทางสุขภาพบางครั้ง และมีพฤติกรรมเสี่ยงปานกลาง

2.3 มีความเสี่ยงโดยรวมสูง หมายถึง กลุ่มตัวอย่างปรากฏอาการทางสุขภาพเป็นประจำ และมีพฤติกรรมเสี่ยงสูง

เครื่องมือการวิจัยเชิงคุณภาพ

เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยเลือกนำมาใช้ในการเก็บข้อมูลในพื้นที่ เพื่อ ให้ได้ข้อมูลเชิงลึก สำหรับตอบปัญหาการวิจัยได้ชัดเจน ประกอบไปด้วยเครื่องมือหลายชนิด ดังนี้

1. การศึกษาข้อมูลจากเอกสาร ผู้วิจัยได้ศึกษาทฤษฎี เอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยทำความเข้าใจในหลายๆ มุมมอง รวมทั้งได้ศึกษาและทำความเข้าใจแบบเจาะลึกในแนวคิด และทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ซึ่งนำมาอธิบายและวิเคราะห์ประเด็นที่ศึกษาได้ ซึ่งประเด็นใน

การศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย บริบทชุมชน ค่านิยมในการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน ประเภทของแรงงานนอกระบบ ระบบการดูแลสุขภาพ เป็นต้น

2. การศึกษาข้อมูลจากบุคคล ผู้วิจัยได้นำขอบเขตการศึกษาไปปรึกษาแหล่ง ข้อมูลบุคคล คือ ผู้ทรงคุณวุฒิหลายๆ ท่าน เพื่อให้เกิดความกระจ่างและมั่นใจมากขึ้น นอกจากนี้ยังได้แสวงหาความรู้จากบุคคลภายนอก เช่น การฟังบรรยายทางวิชาการ การอบรม การแลกเปลี่ยนแนวคิดกับเพื่อนร่วมงาน การลงศึกษาชุมชนด้วยตนเองเพื่อเพิ่มพูนความรู้ ความเข้าใจ และประสบการณ์ให้ได้มากยิ่งขึ้น ซึ่งประเด็นในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย ลักษณะและความเสี่ยงจากการทำงาน แนวโน้ม นโยบายในการดูแลสุขภาพแรงงานนอกระบบ และแนวทางการส่งเสริมสุขภาพในแรงงานนอกระบบ เป็นต้น

3. การสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ ผู้วิจัยดำเนินการด้วยตนเองด้วยคำถามแบบไม่มีโครงสร้างในการสัมภาษณ์พูดคุยกับกลุ่มตัวอย่าง และองค์กรชุมชนในพื้นที่ ซึ่งเป็นพื้นที่ที่ผู้วิจัยปฏิบัติงานอยู่แล้วจึงสะดวกต่อการใช้วิธีการนี้ บรรยากาศในการสัมภาษณ์เป็นไปอย่างง่ายๆ ไม่เป็นทางการ ไม่มีขั้นตอนและลำดับคำถาม ซึ่งประเด็นในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปและลักษณะการทำงาน ค่านิยมในการดูแลสุขภาพตนเองของแรงงานนอกระบบ ความต้องการจากภาครัฐเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ เป็นต้น

4. วิธีการสังเกต ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการสังเกต 2 วิธีควบคู่กันไป คือ

4.1 การสังเกตแบบมีส่วนร่วม ใช้ขณะที่มีการสนทนากลุ่ม การให้ความรู้ การทำกิจกรรมกลุ่ม การร่วมกิจกรรมในหมู่บ้าน การออกสำรวจร่วมกับองค์กรชุมชน และการประเมินผล

4.2 การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม ใช้สอดแทรกไปกับเทคนิคการศึกษาทุกวิธี ซึ่งผู้ถูกสังเกตจะไม่รู้ตัว หรือเกิดความระแวงสงสัย ใช้ในการแสวงหาข้อมูลที่ยังไม่มีความกระจ่างจากการเก็บข้อมูลที่ผ่านมา

5. การสนทนากลุ่ม ดำเนินงานในกลุ่มตัวอย่างทั้งองค์กรชุมชน และแรงงานนอกระบบ โดยจะเป็นการสนทนากลุ่มๆ ละ 10-15 คน เพื่อหาข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการทำงาน ปัญหาของแรงงานนอกระบบ และร่วมกันหาแนวป้องกัน

6. เครื่องมือศึกษาชุมชน ในการศึกษาชุมชนเลือกใช้เครื่องมือการศึกษาวิถีชุมชน 7 ชิ้น ของนายแพทย์โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และ การประเมินผลกระทบทางสุขภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เหมาะสมกับการวางแผนดำเนินการต่อไป

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

(Pre-testing of the Instrument)

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และอาจารย์ที่ปรึกษารอง 3 ท่าน แล้วนำไปปรับปรุงแก้ไข แล้วจึงดำเนินการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน (ภาคผนวก ข) ซึ่งทั้ง 3 ท่านส่วนใหญ่มีความเห็นในภาพรวมตรงกัน ส่วนความเห็นในบางประเด็นถ้าผู้เชี่ยวชาญ 2 ใน 3 ท่านเห็นตรงกันผู้วิจัยถือว่าประเด็นนั้นมีความตรงตามเนื้อหา และส่วนน้อยที่ผู้วิจัยทั้ง 3 จะไม่เห็นด้วย ผู้วิจัยก็จะทำการแก้ไขข้อความก่อน แล้วจึงส่งให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบอีกครั้งหนึ่ง

ส่วนการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยนำประเด็นในการสัมภาษณ์ การสังเกต และสนทนากลุ่ม ให้อาจารย์ที่ปรึกษา และผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบตามขั้นตอนเช่นเดียวกับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแบบสัมภาษณ์

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และทำการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วไปทดสอบหาความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ โดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มแรงงานนอกระบบในตำบลขุนคง อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 20 ราย ซึ่งมีลักษณะและบริบทคล้ายคลึงกับประชากรและพื้นที่ที่ศึกษา จากนั้นนำไปหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยรวมเป็น .781 โดยมีค่าความเชื่อมั่นรายด้าน คือ ด้านภาวะสุขภาพ ได้ค่าความเชื่อมั่น .717 และด้านพฤติกรรมเสี่ยง ได้ค่าความเชื่อมั่น .808 หลังจากนั้น ผู้วิจัยจึงนำไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาจนกระทั่งได้เครื่องมือในการศึกษาที่เชื่อถือได้ จึงนำไปเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างตามกำหนดเวลา

ส่วนการหาความเชื่อมั่นของประเด็นคำถามในการสัมภาษณ์ การสังเกต และสนทนากลุ่มเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยได้นำไปทดลองถามกับกลุ่มทดสอบเครื่องมือเชิงปริมาณเช่นเดียวกัน โดยผู้วิจัยได้เลือกกลุ่มทดสอบจำนวน 10 คน เพื่อลองถามในประเด็นคำถาม แล้วตรวจสอบดูความเข้าใจของผู้ตอบ แล้วจึงนำมาแก้ไขต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

(Analysis of Data)

การตรวจสอบข้อมูล

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อมูลแยกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

1. การตรวจสอบข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยจะดำเนินการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างมาก กว่าขนาดตัวอย่างร้อยละ 10 เพื่อป้องกันข้อมูลที่ไม่ครบหรือขาดความน่าเชื่อถือ และทำการตรวจสอบความถูกต้อง ความสมบูรณ์ ความครบถ้วนของแบบสัมภาษณ์ทุกฉบับ ถ้าฉบับไหนมีคำตอบไม่ครบถ้วนจะไม่นำมาใช้ในการวิเคราะห์

2. การตรวจสอบข้อมูลเชิงคุณภาพ ทำการตรวจสอบข้อมูลควบคู่ไปกับการเก็บข้อมูลภาคสนาม โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ และได้จัดทำแบบบันทึกข้อมูลขึ้นเฉพาะ จึงทำให้มีความสะดวกในการแยกแยะหมวดหมู่และประเภทของข้อมูล การตรวจสอบข้อมูลผู้วิจัยได้อาศัยวิธีการตรวจสอบบรรยากาศจริงในการเก็บข้อมูล และการตรวจสอบแบบสามเส้า ดังนี้

2.1 การตรวจสอบสามเส้าด้านแหล่งข้อมูล (data sources triangulation) เป็นการตรวจสอบแหล่งข้อมูลที่ได้มาประกอบด้วยแหล่งเวลา แหล่งสถานที่ และแหล่งบุคคล โดยดูว่าข้อมูลที่ได้มานั้นต่างเวลา ต่างสถานที่ และต่างบุคคลที่ให้ข้อมูลจะเป็นข้อมูลที่เหมือนกันหรือไม่ ถ้าหากว่าข้อมูลที่ได้มานั้นเหมือนหรือซ้ำๆ กัน ผู้วิจัยจะถือว่าข้อมูลนั้นเชื่อถือได้และเป็นข้อมูลจริง จึงจดบันทึกข้อมูลเหล่านั้นไว้ แต่ถ้าข้อมูลต่างกันผู้วิจัยจะทำการวิเคราะห์สาเหตุหรือสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม

2.2 การตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีการได้รับข้อมูล (methodological triangulation) ผู้วิจัยจะใช้หลายๆ วิธีในการศึกษาข้อมูล เช่น ใช้การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์รายบุคคล ควบคู่กันไปในข้อมูลเรื่องเดียวกัน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงของข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลแยกออกเป็น 2 ส่วน คือ

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ตรวจสอบความครบถ้วนและถูกต้องแล้วมาลงรหัส แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลในโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางด้านสถิติ โดยใช้สถิติในการวิเคราะห์ ดังนี้

1.1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยเสริม นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ และหาค่าเฉลี่ย

1.2 ข้อมูลภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยง นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

1.3 ข้อมูลความสัมพันธ์ของตัวแปร และการทำนายผลนำมาวิเคราะห์โดยสถิติ Logistic regression

1.4 ข้อมูลการเปรียบเทียบภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยง โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One way ANOVA)

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการตรวจสอบมาจัดทำเป็นระบบ แล้วเชื่อมโยงหาความสัมพันธ์ของข้อมูล เพื่อให้สามารถนำไปสู่ความเข้าใจต่อปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นภายใต้บริบทของสังคม และวัฒนธรรมที่ศึกษา โดยใช้การอธิบายอย่างมีเหตุผลตามวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ และใช้สถิติอย่างง่ายๆ เข้ามาวิเคราะห์เฉพาะการคำนวณหาร้อยละและค่าเฉลี่ยในบางเรื่อง ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้วิธีวิเคราะห์ข้อมูลตามประเด็นที่ศึกษา ดังนี้

2.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับบริบทชุมชนที่ศึกษา ผู้วิจัยได้เข้าไปเก็บข้อมูลโดยตรงในพื้นที่และแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ เช่น สถานีอนามัย องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น บ้านผู้นำชุมชน ผู้สูงอายุ เป็นต้น โดยมีการวิเคราะห์ข้อมูลพร้อมกับการดำเนินการวิจัย และบันทึกไว้ในแต่ละวัน

2.2 การวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับเนื้อหาวิจัย ผู้วิจัยจะต้องมองชุมชนในทัศนะของคนในพื้นที่ที่ทราบเบื้องหลังความเป็นมาของชุมชน และวิถีชีวิตของประชาชนกลุ่มต่างๆ เป็นอย่างดี แล้ววิเคราะห์ข้อมูลไปด้วยพร้อมกัน ถ้าหากวิเคราะห์ข้อมูลแล้วเห็นว่าข้อมูลที่ทำการวิเคราะห์ยังไม่เป็นที่พอใจหรือครอบคลุมก็จะเก็บข้อมูลเพิ่มและวิเคราะห์ซ้ำอีกครั้ง

การเก็บรวบรวมข้อมูล
(Data Collection)

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยแบ่งการเก็บข้อมูลออกเป็น 2 ระยะ ใช้เวลาทั้งหมด 1 ปี 4 เดือน ตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน 2551 ถึง 28 กุมภาพันธ์ 2553 ประกอบด้วย

1. การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยดำเนินการอบรมผู้ช่วยนักวิจัยเพื่อทำหน้าที่ผู้สัมภาษณ์ จำนวน 5 คน เพื่อให้เข้าใจวัตถุประสงค์และข้อความในแบบสัมภาษณ์ตรงกัน แล้วจึง

ดำเนินการสัมภาษณ์ และส่งให้ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน และวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป โดยการเก็บข้อมูลช่วงนี้ใช้ระยะเวลา 9 เดือน

2. การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยเป็นดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง หลังจากที่เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ และเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงแล้ว การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเริ่มโดยการดำเนินกิจกรรมต่างๆ พร้อมรวบรวมข้อมูล ในกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม สรุปผลแล้วจึงนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างอีก 1 กลุ่ม จึงเสร็จสิ้นการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งจะใช้ระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมด 7 เดือน

งบประมาณในการวิจัย
(Research Budgeting)

งบประมาณได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) จำนวน 162,000 บาท (หนึ่งแสนหกหมื่นสองพันบาทถ้วน)

บทที่ 4
ผลการวิจัยและวิจารณ์สำหรับวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 และ 2
(RESULTS AND DISCUSSION FOR OBJECTIVE I AND II)

วัตถุประสงค์และการดำเนินการวิจัย

งานวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมของแรงงานนอกระบบในอำเภอดอยสะเก็ด มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมของแรงงานนอกระบบ โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะข้อที่ 1 และ 2 เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของแรงงานนอกระบบ และหาความสัมพันธ์และความแตกต่างของปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่มีผลต่อภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงของแรงงานนอกระบบ โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณในกลุ่มแรงงานนอกระบบสัญชาติไทย ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ ทั้งเพศชายและหญิง และมีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป โดยใช้แบบสัมภาษณ์ และนำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Logistic regression และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One way ANOVA)

ผลการวิจัยและวิจารณ์

การนำเสนอผลการวิจัยและข้อวิจารณ์ตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 และ 2 คือ ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของแรงงานนอกระบบ และหาความสัมพันธ์และความแตกต่างของปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่มีผลต่อภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงของแรงงานนอกระบบ โดยแบ่งผลการวิจัยและข้อวิจารณ์เป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 2 ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยง

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่มีผลต่อภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงของแรงงานนอกระบบ

ส่วนที่ 4 การเปรียบเทียบภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงของแรงงานนอกระบบแต่ละประเภท

ข้อมูลทั่วไป และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ด้านคุณลักษณะทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 56.67) เป็นเพศหญิง โดยมีอายุเฉลี่ย 49 ปี อายุน้อยที่สุด 16 ปี และมากที่สุด 75 ปี กลุ่มตัวอย่างจบการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 6 มากที่สุด และพบผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือร้อยละ 1.50 ส่วนการศึกษาสูงที่สุดของกลุ่มตัวอย่าง คือ ปริญญาตรี กลุ่มตัวอย่างมีรายได้เฉลี่ยประมาณ 6,000 บาทต่อเดือน โดยผู้มีรายได้ต่ำที่สุด คือ 500 บาทต่อเดือน และมากที่สุด คือ 30,000 บาทต่อเดือน และมีสถานภาพสมรสหรืออยู่ด้วยกันมากถึงร้อยละ 73.33

ซึ่งจะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นแรงงานนอกระบบเพศหญิง อาจเนื่องมาจากงานที่แรงงานนอกระบบส่วนใหญ่ทำเป็นงานที่ต้องอาศัยฝีมือ และความละเอียดในการทำซึ่งเพศหญิงจะทำได้ดีกว่าเพศชาย ประกอบกับเพศหญิงในชนบททางภาคเหนือไม่นิยมออกไปทำงานนอกบ้าน แต่งานที่แรงงานนอกระบบเพศหญิงทำนั้น สามารถทำที่บ้านของตนเองหรือในหมู่บ้าน ทำให้สามารถทำงานไปด้วย ดูแลครอบครัว หรือทำงานบ้านควบคู่ไปด้วยได้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย เนื่องจากเป็นวัยที่ต้องทำงานหาเงินมาดูแลครอบครัว ใช้จ่ายส่วนตัว และดูแลบุตร นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาต่ำ การทำงานจึงเกี่ยวข้องกับงานที่ไม่ต้องใช้ความรู้มากนัก หรือเรียกว่า แรงงานไร้ฝีมือ จึงทำให้แรงงานกลุ่มนี้มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำ และอยู่ในภาวะจำยอมต้องทำ เนื่องจากส่วนใหญ่มีสถานภาพการสมรสคู่ จึงต้องรับภาระในการเลี้ยงดูครอบครัวด้วย แต่ผู้ที่จบการศึกษาสูงมักจะเป็นเจ้าของกิจการหรือแรงงานมีฝีมือในโรงงานอุตสาหกรรม ดังแสดงผลในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคุณลักษณะทั่วไป

(n=390)

ลักษณะที่ศึกษา		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	หญิง	221	56.67
อายุ	น้อยกว่า 30 ปี	21	5.38
	31-40 ปี	53	13.59
	41-50 ปี	135	34.62
	51-60 ปี	130	33.33
	61 ปีขึ้นไป	51	13.08
($\bar{x}$ = 49, SD = 10.69, Min-Max = 16-75)			
การศึกษา	ไม่ได้ศึกษา	6	1.54
	ประถมศึกษา	281	72.05
	มัธยมศึกษาตอนต้น	45	11.54
	มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า	40	10.26
	อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	10	2.56
	ปริญญาตรี	8	2.05
($\bar{x}$ = 6, SD = 3.31, Min-Max = 0-1)			
รายได้เฉลี่ย/เดือน	น้อยกว่า 4,000 บาท	151	38.72
	4,001-8,000 บาท	170	43.59
	8,001-12,000 บาท	43	11.02
	12,001 บาทขึ้นไป	26	6.67
($\bar{x}$ = 6,042, SD = 3930.15, Min-Max = 500-30,000)			
สถานภาพสมรส	โสด	45	11.54
	สมรสหรืออยู่ด้วยกัน	286	73.33
	หย่าหรือหม้าย	46	11.80
	แยกกันอยู่	13	3.33

เมื่อพิจารณาปัจจัยเสริมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างประมาณหนึ่งในสาม (ร้อยละ 33.85) รับจ้างทำงานงานเป็นรายชิ้น รองมา คือ ได้รับค่าจ้างเมื่อเสร็จงานหรือสิ้นฤดูการเก็บเกี่ยว ร้อยละ 31.03 ส่วนลักษณะงานที่ทำจะเป็นงานประจำมากถึงร้อยละ68.46 มีระยะเวลาการทำงานมานานโดยเฉลี่ย 14 ปี ในจำนวนนี้มีผู้ที่เพิ่งเริ่มทำงานมาได้ไม่ถึง 1 ปี และทำงานมานานที่สุด 50 ปี ส่วนระยะเวลาในการทำงานต่อวันนั้น กลุ่มตัวอย่างมากกว่าสองในสาม (ร้อยละ 69.75) มีเวลาทำงานเฉลี่ย 8 ชั่วโมงต่อวัน โดยมีชั่วโมงทำงานเฉลี่ยต่ำที่สุด 5 ชั่วโมง และสูงที่สุด 16 ชั่วโมง ในด้านของการพักงาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 50.26) มีเวลาพักงานไม่แน่นอนขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้ทำงานเป็นหลัก รองลงมา คือ ทำงานจนเสร็จเป็นครั้งๆ แล้วจึงพัก และเป็นที่น่าสังเกตว่ากลุ่มตัวอย่างมากกว่าสามในสี่ (ร้อยละ 78.72) ไม่ได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันอันตรายจากการทำงาน จึงไม่มีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคจากการทำงาน แต่กลุ่มตัวอย่างมากกว่าสามในสี่ (ร้อยละ 79.23) เช่นกันที่ให้ข้อมูลว่ามีการใช้อุปกรณ์ในการป้องกันโรคจากการทำงาน ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นอุปกรณ์ง่ายๆ ที่หาได้ในชุมชน เช่น ใช้ผ้าขนหนู ผ้าขาวม้า หรือเสื้อ ปิดจมูก สวมถุงมือบางๆ หรือรองเท้ายาง เป็นต้น

แสดงให้เห็นว่าแรงงานส่วนใหญ่มีรายได้ที่ไม่แน่นอนขึ้นอยู่กับจำนวนชิ้นที่ทำ หรือรายได้ผูกติดกับฤดูกาลหรือธรรมชาติของแรงงานนอกระบบภาคการเกษตร และจะทำอาชีพนั้นๆ เป็นระยะเวลายาวนานมากกว่า 10 ปี ถึงแม้จะมีระยะเวลาในการทำงานต่อวันไม่สูงมากนัก และพักงานภายในวันนั้นได้ตามความต้องการของตัวเอง แต่แรงงานส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับความรู้ข่าวสารในการป้องกันอันตรายจากการทำงาน ไม่มีการสวมอุปกรณ์ป้องกัน และไปใช้บริการรักษาพยาบาลเมื่อปรากฏอาการแล้ว จึงทำให้แรงงานกลุ่มนี้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะสุขภาพในระดับสูง ดังที่แสดงผลในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยเสริม

(n=390)

ลักษณะที่ศึกษา		จำนวน	ร้อยละ
สภาพการจ้างงาน	รายชิ้น	132	33.85
	รายวัน	101	25.89
	รายสัปดาห์	14	3.59
	รายเดือน	22	5.64
	รายฤดูกาลเก็บเกี่ยว	121	31.03
ลักษณะงานที่ทำ	งานประจำ	267	68.46
	งานชั่วคราว	56	14.36
	งานเสริม	67	17.18
ทำงานมานาน	ต่ำกว่า 10 ปี	186	47.69
	11-20 ปี	117	30.00
	21-30 ปี	74	18.98
	31 ปีขึ้นไป	13	3.33
($\bar{x}$ = 14 , SD = 9.99, Min-Max = 1-50)			
ชั่วโมงที่ทำต่อวัน	5-7 ชั่วโมง	102	26.15
	8-10 ชั่วโมง	272	69.75
	11-13 ชั่วโมง	11	2.82
	14-16 ชั่วโมง	5	1.28
($\bar{x}$ = 8, SD = 1.68, Min-Max = 5-16)			
การหยุดพัก	ตามความต้องการ	196	50.26
	ทำงานเสร็จจึงพัก	92	23.59
	แน่นอน 1 ชั่วโมงต่อวัน	79	20.26
	แน่นอนมากกว่า 1 ชั่วโมง	23	5.89
การไม่ได้รับความรู้เรื่องการป้องกันอันตรายการทำงาน		307	78.72
การสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากการทำงาน		309	79.23

เมื่อแยกพิจารณาจำนวนของแรงงานนอกระบบตามประเภทของงานและเพศแล้ว พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 42.31) กระจายตัวอยู่ในภาคการเกษตร และอยู่ภาคการผลิตน้อยที่สุดเพียงร้อยละ 20.51 นอกจากนี้เมื่อพิจารณาแยกตามเพศ พบว่าแรงงานนอกระบบในภาคการผลิตประมาณสามในสี่ (ร้อยละ 76.25) เป็นเพศหญิง เช่นเดียวกับภาคการบริการที่มีประมาณสองในสาม (ร้อยละ 62.07) ที่เป็นแรงงานเพศหญิง ยกเว้นภาคการเกษตรที่มากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 57.57) เป็นเพศชาย ดังแสดงไว้ในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวนและค่าร้อยละของแรงงานนอกระบบจำแนกตามประเภทงาน และเพศ

(n=390)

ประเภทงาน	ชาย	หญิง	รวม
ภาคการเกษตร	95 (57.57)	70 (42.43)	165 (42.31)
ภาคการผลิต	19 (23.75)	61 (76.25)	80 (20.51)
ภาคการบริการ	55 (37.93)	90 (62.07)	145 (37.18)
รวม	169 (43.33)	221 (56.67)	390 (100.00)

จากตารางที่ 6 จะเห็นได้ว่า อาชีพนอกระบบส่วนใหญ่ทั้งภาคการผลิตเป็นอาชีพที่เหมาะสมกับเพศหญิง เพราะเป็นงานฝีมือที่สามารถรับมาทำที่บ้านได้ ส่วนภาคการบริการเป็นอาชีพที่หลากหลาย ในส่วนอาชีพค้าขาย เสริมสวย นวดแผนไทย ฯลฯ จะเป็นอาชีพของแรงงานเพศหญิง แต่ถ้าเป็นอาชีพขับรถรับจ้าง อู่รถ ก็จะเป็นอาชีพของแรงงานเพศชาย ซึ่งอาชีพเหล่านี้จะมีสัดส่วนน้อยกว่าอาชีพของเพศหญิงในทุกๆ ชุมชนอย่างชัดเจน สำหรับภาคการเกษตรเป็นอาชีพที่ต้องใช้แรงงาน และต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ดังนั้นจึงเหมาะกับเพศชายมากกว่า แต่ก็มีสัดส่วนที่สูงกว่าไม่มากนัก เพราะวิถีชีวิตของคนชนบทเพศหญิงก็ต้องออกไปช่วยคนในครอบครัวทำงานภาคการเกษตรเช่นกัน

ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยง

ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงของแรงงานนอกระบบผู้วิจัยจะพิจารณาเฉพาะ 3 ระบบ ได้แก่ ทางการยศาสตร์ ทางผิวหนัง และระบบทางเดินหายใจ ซึ่งแสดงผลดังนี้

ด้านภาวะสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างประมาณเกือบสองในสาม (ร้อยละ 62.31) ยังไม่เกิดภาวะสุขภาพจากการทำงาน ไม่ว่าจะเป็นภาวะสุขภาพทางการยศาสตร์ ทางผิวหนัง และทางระบบทางเดินหายใจ โดยพบผู้ที่มีภาวะสุขภาพดังกล่าวเพียงร้อยละ 30.51 14.36 และ 5.38 ตามลำดับ ซึ่งแตกต่างจากพฤติกรรมเสี่ยงที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าสี่ในห้า (ร้อยละ 86.67) มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากการทำงาน โดยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางการยศาสตร์มากถึงร้อยละ 68.21 รองลงมามีพฤติกรรมเสี่ยงทางผิวหนัง และทางระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ 48.46 และ 31.28 ตามลำดับ และเมื่อสรุปความเสี่ยงโดยรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 88.97) มีความเสี่ยงโดยรวมสูง

แสดงให้เห็นว่าโรคจากการประกอบอาชีพส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรัง ที่ไม่ได้เกิดอาการแบบเฉียบพลัน อาการต่างๆ สะสมค่อยเป็นค่อยไป ดังนั้นช่วงเวลาที่ผู้วิจัยเก็บข้อมูลอาจไม่ปรากฏอาการ หรือปรากฏอาการไม่ชัดเจน หรือเกิดอาการเพียงเล็กน้อย พอทนได้ กลุ่มตัวอย่างจึงตอบว่าไม่มีอาการหรือมีอาการนานๆ ครั้ง ซึ่งแตกต่างพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพจากการทำงาน ซึ่งสภาพการทำงานแสดงให้เห็นถึงความเสี่ยงในการทำงานได้อย่างชัดเจน เป็นการประเมินจากสภาพการทำงาน ไม่ใช่ความรู้สึก จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างต้องตอบตามความเป็นจริงและเหมาะสมกับสภาพการทำงานที่เสี่ยงจริง ดังแสดงผลในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 จำนวนและค่าร้อยละของแรงงานนอกระบบจำแนกตามภาวะสุขภาพ

(n=390)

ภาวะสุขภาพ	แรงงานที่เสี่ยง		แรงงานที่ไม่เสี่ยง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะสุขภาพโดยรวม	147	37.69	243	62.31
- ทางการยศาสตร์	119	30.51	271	69.49
- ทางผิวหนัง	56	14.36	334	85.64
- ทางระบบทางเดินหายใจ	21	5.38	369	94.62
พฤติกรรมเสี่ยงโดยรวม	338	86.67	52	13.33
- ทางการยศาสตร์	266	68.21	124	31.79
- ทางผิวหนัง	189	48.46	201	51.54
- ทางระบบทางเดินหายใจ	122	31.28	268	68.72
ความเสี่ยงโดยรวม	347	88.97	43	11.03

นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาภาวะเสี่ยง และพฤติกรรมเสี่ยงจำแนกตามประเภทของแรงงานนอกระบบแล้ว พบว่า ความเสี่ยงโดยรวม กลุ่มตัวอย่างภาคการเกษตรและการผลิตมีความเสี่ยงในระดับสูง คือ ร้อยละ 44.96 และ 33.14 ตามลำดับ ส่วนภาคบริการมีความเสี่ยงในระดับต่ำ ร้อยละ 21.90 เมื่อพิจารณาแยกประเภทความเสี่ยง พบว่า กลุ่มตัวอย่างภาคการเกษตรมีภาวะสุขภาพโดยรวมสูงกว่าแรงงานนอกระบบประเภทอื่นๆ โดยมีภาวะสุขภาพทางผิวหนัง และระบบทางเดินหายใจ สูงกว่าประเภทอื่นๆ ยกเว้นทางการยศาสตร์ที่แรงงานนอกระบบภาคการผลิตจะพบสูงกว่าภาคการเกษตร ส่วนพฤติกรรมเสี่ยง พบว่า ทั้งแรงงานนอกระบบภาคการผลิต และการเกษตร พบในอัตราที่สูงเหมือนกัน คือ ร้อยละ 93.80 และ 93.30 ตามลำดับ โดยทางการยศาสตร์ แรงงานนอกระบบภาคการผลิตมีความเสี่ยงสูงสุด พฤติกรรมเสี่ยงทางผิวหนัง แรงงานนอกระบบภาคการเกษตรจะมีความเสี่ยงสูงที่สุด และพฤติกรรมเสี่ยงทางระบบทางเดินหายใจ แรงงานนอกระบบภาคการบริการจะพบสูงที่สุด

ซึ่งแสดงว่า อาชีพในภาคการผลิตและภาคการเกษตรมีความเสี่ยงสูงในทุกๆ ด้าน ทั้งการเกิดภาวะสุขภาพจากการทำงาน และพฤติกรรมเสี่ยง โดยเฉพาะทางการยศาสตร์ที่จะต้องระมัดระวังมากในการทำงาน สำหรับภาคการผลิตที่มีภาวะสุขภาพทางการยศาสตร์ พฤติกรรมเสี่ยง

ทางการยศาสตร์ และพฤติกรรมเสี่ยงทางระบบทางเดินหายใจสูงนั้น เนื่องจากลักษณะอาชีพมีความเสี่ยง เช่น อาชีพเคี่ยนไม้หรือแกะสลักต้องนั่งโน้มตัวตลอดเวลาที่ทำงาน และต้องหายใจเอาเศษขี้เลื่อยไม้ หรือสีที่พ่นชิ้นงานอยู่เป็นประจำ ส่วนแรงงานภาคการเกษตรที่มีภาวะสุขภาพทางผิวหนัง ภาวะสุขภาพทางระบบทางเดินหายใจ และพฤติกรรมเสี่ยงทางผิวหนังสูงที่สุด เพราะต้องสัมผัสกับสิ่งคุกคามที่ทำให้เกิดอาการเหล่านี้ตลอดเวลาที่ทำงาน เช่น แรงงานทางการเกษตร จะต้องสัมผัสกับแมลง สัตว์ หรือพืชที่เป็นพิษมาก และที่สำคัญจะต้องสัมผัสกับสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเป็นประจำ ส่วนแรงงานภาคการบริการที่มีความเสี่ยงด้านอื่นๆ ต่ำ ยกเว้นพฤติกรรมเสี่ยงทางระบบทางเดินหายใจสูง เพราะเป็นอาชีพที่สัมผัสกับปัจจัยเสี่ยงต่างๆ น้อย ยกเว้นอาชีพ ขายอาหาร ขับรถรับจ้าง หรือมอเตอร์ไซค์รับจ้าง ที่จะต้องสัมผัสกับ ควันไฟ ควันรถ ควันพิษ เป็นประจำ ทำให้มีพฤติกรรมทางระบบทางเดินหายใจสูงกว่าภาคอื่นๆ ซึ่งแสดงผลในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 จำนวนและค่าร้อยละของแรงงานนอกระบบจำแนกตามความเสี่ยงและประเภทของงาน

(n=390)

ประเภทความเสี่ยง	การเกษตร	การผลิต	การบริการ
ภาวะสุขภาพรวม	60 (40.82)	39 (26.53)	48 (32.65)
- ทางการยศาสตร์	40 (33.61)	37 (46.30)	42 (29.00)
- ทางผิวหนัง	36 (21.80)	9 (7.56)	11 (9.24)
- ทางระบบทางเดินหายใจ	12 (7.30)	4 (5.00)	5 (3.40)
พฤติกรรมเสี่ยงรวม	154 (45.57)	75 (22.18)	109 (32.25)
- ทางการยศาสตร์	120 (45.11)	65 (24.44)	81 (30.45)
- ทางผิวหนัง	113 (59.79)	26 (13.76)	50 (26.45)
- ทางระบบทางเดินหายใจ	27 (22.13)	33 (27.05)	62 (50.82)
ความเสี่ยงโดยรวม	156 (44.96)	76 (21.90)	115 (33.14)

ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมเสี่ยงของแรงงานนอกระบบ

ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

การหาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยง ตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ผู้วิจัยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยแบบโลจิสติก (Logistic regression analysis) ในการหาตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์หรือใช้ทำนายภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงของแรงงานนอกระบบได้ โดยทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรทั้งหมดด้วยการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product moment correlation) เพื่อทำการแยกตัวแปรที่มีความสัมพันธ์สูง (สูงกว่า .800) ออกไป โดยตัวแปรแต่ละตัวมีการวัด ดังนี้

ตัวแปรและการวัด

ตัวแปรอิสระ ประกอบด้วย ตัวแปรเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพที่มีการวัดแบบตัวแปรหุ่น (dummy) จำนวน 14 ตัวแปร ประกอบด้วย

AGRI	หมายถึง	แรงงานนอกระบบภาคการเกษตร (0 = ไม่ใช่, 1 = ใช่)
PRODU	หมายถึง	แรงงานนอกระบบภาคการผลิต (0 = ไม่ใช่, 1 = ใช่)
SERVI	หมายถึง	แรงงานนอกระบบภาคการบริการ (0 = ไม่ใช่, 1 = ใช่)
SEX	หมายถึง	เพศของแรงงานระบบ (0 = หญิง, 1 = ชาย)
AGE	หมายถึง	อายุของแรงงานนอกระบบ (ปี)
ED_YR	หมายถึง	จำนวนปีที่ศึกษา (ปี)
SALARY	หมายถึง	รายได้ต่อเดือน/ครั้ง/ราย (บาท)
STATUS	หมายถึง	สถานภาพครอบครัว (0 = ไม่สมรส, 1 = สมรส)
EMPLOY	หมายถึง	สภาพการจ้างงาน (0 = ไม่แน่นอน, 1 = แน่นอน)

WORK_C หมายถึง ลักษณะการทำงาน
(0 = ไม่ใช่งานประจำ, 1 = งานประจำ)

WORK_L หมายถึง ระยะเวลาที่ทำงานมานานกี่ปี (ปี)

WORK_H หมายถึง จำนวนชั่วโมงที่ทำงานต่อวัน (ชั่วโมง)

REST หมายถึง เวลาพักงานต่อวัน
(0 = เป็นเวลา, 1 = เมื่องานเสร็จ)

WORK_K หมายถึง การได้รับความรู้เรื่องความปลอดภัยในการทำงาน
(0 = ไม่ได้รับความรู้, 1 = ได้รับความรู้

SAFT_U หมายถึง การใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตราย
(0=ไม่สวมอุปกรณ์ฯ, 1 = สวมอุปกรณ์

ส่วน ตัวแปรตาม ใช้การวัด 2 ลักษณะ คือ ไม่มีความเสี่ยง (0) และมีความเสี่ยง (1) จำนวน 9 ตัวแปร ซึ่งประกอบด้วย

HEAL_T หมายถึง มีภาวะสุขภาพโดยรวม ประกอบด้วย

URGO_H หมายถึง มีภาวะสุขภาพทางการยศาสตร์

SKIN_H หมายถึง มีภาวะสุขภาพทางผิวหนัง

RESP_H หมายถึง มีภาวะสุขภาพทางระบบทางเดินหายใจ

BEHA_T หมายถึง มีพฤติกรรมเสี่ยงโดยรวม ประกอบด้วย

URGO_B หมายถึง มีพฤติกรรมเสี่ยงทางการยศาสตร์

SKIN_B หมายถึง มีพฤติกรรมเสี่ยงทางผิวหนัง

RESP_B หมายถึง มีพฤติกรรมเสี่ยงทางระบบทางเดินหายใจ

RISK_T หมายถึง ความเสี่ยงทั้งภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยง

ซึ่งความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องนั้น พบว่า ตัวแปรทุกตัวมีความสัมพันธ์กัน 2 แบบ คือ มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 และ.05 และไม่มีความสัมพันธ์กัน แต่ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันนั้นถือว่ามีค่าความสัมพันธ์กันไม่มาก คือ ค่าความสัมพันธ์ต่ำกว่า .800 ดังนั้นจึงถือได้ว่าตัวแปรทุกตัว หรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องสามารถนำมาใช้ในการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกได้ ดังแสดงในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 การวิเคราะห์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันของตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม

(n=390)

ตัวแปร	SEX	AGE	ED_YR	SALAR	STATU	AGRI	PROD	EMPL	WO_C	WO_L	WO_H	REST	WO_K	SAF_U	H_T	B_T
AGE	.096															
ED_YR	-.028	-.516**														
SALAR	.183*	.183*	.315*													
STATU	.054	.054	-.024	.068												
AGRI	.246**	.267**	-.197**	.291**	.043											
PROD	-.201**	-.086	-.037	.166**	-.020	.435**										
EMPL	.245**	.184**	-.067	-.186**	.045	.695**	-.400**									
WO_C	-.059	.069	.014	.252**	.082	.045	-.093	.164**								
WO_L	.128*	.461**	-.238**	.183**	.098	.332**	-.044	.289**	.313**							
WO_H	.028	-.116*	.121*	.192**	.113*	-.007	-.082	.038	.246**	.082						
REST	-.045	-.070	.020	-.119*	.017	-.211**	.028	-.168**	-.065	.150**	-.056					
WO_K	.026	-.033	.161**	.004	.020	-.052	.062	-.017	.048	-.050	-.006	-.075				
SAF_U	.218**	.135**	-.121*	.136**	.106*	.336**	-.100*	-.177**	.142**	.195**	.036**	-.103*	.081			
H_T	.035	.070	-.072	.078	.016	-.023	.116*	.006-	.232**	.223**	.013	.078	-.068	.124*		
B_T	.069	.081	-.148**	.017	-.074	.168**	.106*	.034	.091	.171**	-.005	-.113*	-.017	.190**	.165**	
R_T	.060	.012	-.122**	.024	-.039	.152**	.098	.062	.096	.173**	.011	-.098	-.057	.203**	.274**	.697**

หมายเหตุ ** มีนัยสำคัญที่ระดับ .01 * มีนัยสำคัญที่ระดับ .05

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพโดยรวม

จากผลการวิเคราะห์ logistic regression พบว่า สมการสามารถใช้ทำนายภาวะสุขภาพโดยรวมได้ร้อยละ 13.1 (χ^2 = 54.925, Sig = .000 และ R^2 = .131) โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะสุขภาพโดยรวม ได้แก่ แรงงานภาคการผลิต ลักษณะงาน ทำงานมานาน การหยุดพัก และการใช้อุปกรณ์การป้องกันตัว สามารถใช้ทำนายการเกิดภาวะสุขภาพรวมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Wald = 4.658, 12.278, 9.101, 5.037 และ 4.351 ตามลำดับ) ซึ่งสมการนี้มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (-2LL = 461.854) ดังแสดงผลในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพโดยรวมของแรงงานนอกระบบ

(n=390)

ปัจจัย	ภาวะสุขภาพโดยรวม			
	B	SE	Wald	Exp(B)
เพศ	.103	.238	.188	1.109
อายุ	-.008	.014	.312	.992
ปีที่ศึกษา	-.031	.044	.488	.970
รายได้	.000	.000	.873	1.000
สถานภาพสมรส	-.129	.272	.224	.879
ภาคการเกษตร	-.308	.373	.682	.735
ภาคการผลิต	.701	.325	4.658*	2.015
การจ้างงาน	-.013	.101	.016	.988
ลักษณะงาน	1.003	.286	12.278*	2.727
ทำงานมานาน	.043	.014	9.101*	1.044
การทำงานต่อวัน	-.051	.070	.533	.950
การหยุดพัก	.611	.272	5.037*	1.843
ความรู้	-.334	.289	1.330	.716
การป้องกันตัว	.677	.325	4.351*	1.968
Constant	-1.948	1.090	3.195	.143

χ^2 = 54.925, Sig = .000, R^2 = .131, -2LL = 461.854

หมายเหตุ * มีนัยสำคัญที่ระดับ .05

ทั้งนี้เพราะ แรงงานนอกระบบส่วนใหญ่ โดยเฉพาะแรงงานภาคการผลิต เวลาทำงานจะต้องนั่งหรือยืนในลักษณะที่โน้มตัวไปข้างหน้าเป็นระยะเวลานาน เช่น แรงงานกลุ่มแกะสลักเคี่ยนไม้ หรือทำคันร่ม จึงมีผลทำให้เกิดภาวะสุขภาพรวมได้ง่าย ส่วนลักษณะงานที่เป็นงานประจำทำงานนี้มานาน ระยะเวลาพักต่อวันน้อย ล้วนแต่ส่งผลให้แรงงานนอกระบบต้องทำงานมากและนาน รวมทั้งต้องสัมผัสกับพฤติกรรมเสี่ยงในการเกิดโรคเป็นเวลานาน จึงทำให้สามารถนำมาทำนายการเกิดภาวะสุขภาพได้ ส่วนการใช้อุปกรณ์ป้องกันตัวจะไม่มีผลเนื่องจากอุปกรณ์ที่แรงงานนอกระบบใช้ เช่น ผ้ากันเปื้อน ถุงมือ หน้ากากปิดจมูก ไม่มีผลต่อการป้องกันการเกิดอาการทางการยศาสตร์เลย

สำหรับระดับการทำนายของปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพโดยรวมพบว่า ปัจจัยเหล่านี้ใช้ทำนายได้ถูกต้องจำนวน 262 คน หรือร้อยละ 67.18 โดยกลุ่มที่ไม่พบภาวะสุขภาพรวมจะทำนายได้ถูกต้องร้อยละ 83.95 ส่วนกลุ่มที่พบภาวะสุขภาพรวมนั้นทำนายได้ถูกต้องร้อยละ 39.45 ดังแสดงผลในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 ผลการทำนายกลุ่มแรงงานนอกระบบเกี่ยวกับภาวะสุขภาพโดยรวม

(n=390)

กลุ่มทำนาย	จำนวน	ผลการทำนาย		ร้อยละของการทำนายถูกต้อง
		ไม่พบ	พบ	
ไม่พบภาวะสุขภาพโดยรวม	243	204	39	83.95
พบภาวะสุขภาพโดยรวม	147	89	58	39.45

หมายเหตุ ร้อยละของความถูกต้องรวมทั้งหมด 67.18

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพทางการยศาสตร์

จากผลการวิเคราะห์ logistic regression พบว่า สมการสามารถใช้ทำนายภาวะสุขภาพทางการยศาสตร์ได้ร้อยละ14.6 (χ^2 = 61.505, Sig = .000 และ R^2 = .146) โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะสุขภาพทางการยศาสตร์ ได้แก่ แรงงานภาคการผลิต ลักษณะงาน ทำงานมานาน การหยุดพัก และการใช้อุปกรณ์การป้องกันตัว ใช้ทำนายการเกิดภาวะสุขภาพทางการยศาสตร์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Wald = 4.494, 10.846, 9.192, 3.845 และ 3.886 ตามลำดับ) ซึ่งสมการนี้ความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (-2LL = 418.310) ดังแสดงผลในตารางที่ 12

ตารางที่ 12 การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพทางการยศาสตร์ของแรงงานนอกระบบ

(n=390)

ปัจจัย	ภาวะสุขภาพทางการยศาสตร์			
	B	SE	Wald	Exp(B)
เพศ	.148	.255	.336	1.159
อายุ	.001	.015	.002	1.001
จำนวนปีที่ศึกษา	-.025	.048	.271	.976
รายได้	.000	.000	.011	1.000
สถานภาพสมรส	.393	.305	1.664	1.481
ภาคการเกษตร	-.650	.406	2.567	.522
ภาคการผลิต	.710	.335	4.494*	2.033
การจ้างงาน	-.077	.109	.498	.926
ลักษณะงาน	1.025	.311	10.846*	2.788
ทำงานมานาน	.046	.015	9.192*	1.047
การทำงานต่อวัน	-.094	.075	1.544	.910
การหยุดพัก	.580	.296	3.845*	1.786
ความรู้	-.425	.314	1.825	.654
การป้องกันตัว	.678	.344	3.886*	1.970
Constant	-2.354	1.184	3.951*	.095

$\chi^2 = 61.505$, Sig = .000, $R^2 = .146$, -2LL = 418.310

หมายเหตุ * มีนัยสำคัญที่ระดับ .05

แสดงให้เห็นว่าปัจจัยที่ใช้ทำนายภาวะสุขภาพทางการยศาสตร์เป็นปัจจัยตัวเดียวกับปัจจัยที่ใช้ทำนายภาวะสุขภาพโดยรวม ทั้งนี้เพราะแรงงานนอกระบบส่วนใหญ่เมื่อเกิดอาการเจ็บป่วย จะพบอาการทางการยศาสตร์ เช่น ปวดหลัง ปวดเข่า หรือ อุบัติเหตุ สูงกว่าอาการทางผิวหนัง หรือทางระบบทางเดินหายใจ

สำหรับระดับการทำนายของปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพทางการยศาสตร์ พบว่า ปัจจัยเหล่านี้ใช้ทำนายได้ถูกต้อง 283 คน หรือร้อยละ 72.56 โดยทำนายกลุ่มที่ไม่พบภาวะสุขภาพทางการยศาสตร์ถูกต้องร้อยละ 92.25 ส่วนกลุ่มที่พบภาวะสุขภาพทางการยศาสตร์นั้นทำนายได้ถูกต้องร้อยละ 27.73 ดังแสดงผลในตารางที่ 13

ตารางที่ 13 ผลการทำนายกลุ่มแรงงานนอกระบบเกี่ยวกับภาวะสุขภาพทางการยศาสตร์

(n=390)

กลุ่มทำนาย	จำนวน	ผลการทำนาย		ร้อยละของการทำนายถูกต้อง
		ไม่พบ	พบ	
ไม่พบภาวะสุขภาพทางการยศาสตร์	271	250	21	92.25
พบภาวะสุขภาพด้านการยศาสตร์	119	86	33	27.73

หมายเหตุ ร้อยละของความถูกต้องรวมทั้งหมด 72.56

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพทางผิวหนัง

จากผลการวิเคราะห์ logistic regression พบว่า สมการสามารถใช้ทำนายภาวะสุขภาพทางผิวหนังได้ร้อยละ 13.2 (χ^2 = 54.193, Sig = .000 และ R^2 = .132) โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะสุขภาพทางผิวหนัง ได้แก่ รายได้ ลักษณะการจ้างงาน ลักษณะการทำงาน และการหยุดพักงาน ใช้ทำนายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Wald = 5.975, 4.063, 4.541, และ 4.144 ตามลำดับ) ซึ่งสมการนี้มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (-2LL = 265.720)

ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากลักษณะการจ้างงานที่แน่นอน ส่วนใหญ่จะเป็นงานภาคการเกษตร ลักษณะการทำงานแบบงานประจำ รวมทั้งระยะเวลาพักงาน ล้วนมีผลต่อระยะเวลาในการสัมผัสกับสิ่งคุกคามหรือสารเคมีที่ทำให้เกิดอาการทางผิวหนังได้ง่าย ส่วนรายได้นั้นใช้ทำนายภาวะสุขภาพทางผิวหนังได้นั้น อาจเนื่องจากการทำงานนอกระบบส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำ โดยเฉลี่ยประมาณ 3,900 บาทต่อเดือน หรือแรงงานกลุ่มรับงานมาทำที่บ้านรายได้ต่อชิ้นงานจะต่ำมาก และจากการศึกษายังพบว่า แรงงานนอกระบบที่ทำอาชีพเก็บของป่า จะมีรายได้ต่ำที่สุด คือ 500 บาทต่อเดือน จึงทำให้แรงงานเหล่านี้ต้องทำงานมากขึ้น หรือทำงานจำนวนชิ้นมากขึ้น จึงหลีกเลี่ยงในการสัมผัสสารปัจจัยทางชีวภาพ หรือฝุ่นที่มีผลต่อการระคายเคืองทำให้เกิดอาการทางผิวหนังได้ยาก ดังแสดงผลในดังตารางที่ 14

ตารางที่ 14 การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพทางผิวหนังของแรงงานนอกระบบ

(n=390)

ปัจจัย	ภาวะสุขภาพทางผิวหนัง			
	B	SE	Wald	Exp(B)
เพศ	-.101	.332	.092	.904
อายุ	-.033	.022	2.168	.968
จำนวนปีที่ศึกษา	-.108	.070	2.377	.898
รายได้	.000	.000	5.975*	1.000
สถานภาพสมรส	-.741	.362	2.188	.477
ภาคการเกษตร	.189	.569	.110	1.208
ภาคการผลิต	.695	.529	1.726	2.004
การจ้างงาน	.302	.150	4.063*	1.353
ลักษณะงาน	1.037	.487	4.541*	2.822
ทำงานมานาน	.035	.021	2.876	1.036
การทำงานต่อวัน	.019	.107	.033	1.020
การหยุดพัก	.788	.387	4.144*	2.198
ความรู้	-.049	.419	.013	.953
การป้องกันตัว	.795	.597	1.776	2.215
Constant	-3.596	1.727	4.338*	.027

$\chi^2 = 55.193$, Sig = .000, $R^2 = .132$, -2LL = 265.720

หมายเหตุ * มีนัยสำคัญที่ระดับ .05

สำหรับระดับการทำนายของปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพทางผิวหนังพบว่า ปัจจัยเหล่านี้ใช้ทำนายได้ถูกต้องถึง 340 คน หรือร้อยละ 87.18 โดยกลุ่มผู้ที่ไม่พบภาวะสุขภาพทางผิวหนัง ทำนายได้ถูกต้องร้อยละ 98.80 ส่วนกลุ่มที่พบภาวะสุขภาพทางผิวหนังทำนายได้ถูกต้องร้อยละ 17.86 ดังแสดงผลในตารางที่ 15

ตารางที่ 15 ผลการทำนายกลุ่มแรงงานนอกระบบเกี่ยวกับภาวะสุขภาพทางผิวหนัง

(n=390)

กลุ่มทำนาย	จำนวน	ผลการทำนาย		ร้อยละของการทำนายถูกต้อง
		ไม่พบ	พบ	
ไม่พบภาวะสุขภาพทางผิวหนัง	334	330	4	98.80
พบภาวะสุขภาพทางผิวหนัง	56	46	10	17.86

หมายเหตุ ร้อยละของความถูกต้องรวมทั้งหมด 87.18

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพระบบทางเดินหายใจ

จากผลการวิเคราะห์ logistic regression พบว่า สมการไม่สามารถใช้ทำนายภาวะสุขภาพทางระบบทางเดินหายใจได้ เพราะไม่มีปัจจัยใดที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะสุขภาพทางระบบทางเดินหายใจ ทั้งนี้อาจเนื่องจากอาการทางระบบทางเดินหายใจ เป็นอาการที่จะเกิดขึ้นต้องใช้ระยะเวลาสัมผัสกับสิ่งคุกคามนานๆ หรืออาจเนื่องจากแรงงานนอกระบบแยกไม่ออกระหว่างโรคระบบทางเดินหายใจทั่วไป กับโรคระบบทางเดินหายใจที่มีสาเหตุมาจากการทำงาน เช่น โรคภูมิแพ้อากาศที่มีสาเหตุมาจากอากาศหนาว หรือมีสาเหตุมาจากฝุ่นจากการทำงาน อาการแสดงของโรคก็ไม่แตกต่างกัน จึงทำให้ตัวแปรอิสระทุกตัวใช้ทำนายได้ไม่ชัดเจน หรือไม่สามารถใช้ทำนายได้ ดังแสดงผลในตารางที่ 16

ตารางที่ 16 การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพทางระบบทางเดินหายใจของแรงงานนอกระบบ

(n=390)

ปัจจัย	ภาวะสุขภาพทางระบบทางเดินหายใจ			
	B	SE	Wald	Exp(B)
เพศ	.349	.487	.513	1.418
อายุ	.004	.032	.017	1.004
จำนวนปีที่ศึกษา	.075	.078	.908	1.077
รายได้	.000	.000	.020	1.000
สถานภาพสมรส	.053	.597	.008	1.055
ภาคการเกษตร	.530	.781	.461	1.699
ภาคการผลิต	.475	.740	.413	1.608
การจ้างงาน	-.101	.203	.250	.904
ลักษณะงาน	.127	.577	.049	1.136
ทำงานมานาน	.052	.029	3.145	1.053
การทำงานต่อวัน	-.059	.157	.140	.943
การหยุดพัก	.741	.599	1.530	2.097
ความรู้	.371	.536	.480	1.449
การป้องกันตัว	.018	.043	.064	1.038
Constant	-23.118	4324.180	.000*	.000

χ^2 = 18.410, Sig = .189, R^2 = .046, -2LL = 145.147

หมายเหตุ * มีนัยสำคัญที่ระดับ .05

เมื่อพิจารณาด้านพฤติกรรมเสี่ยงของแรงงานนอกระบบ ได้ผลดังต่อไปนี้

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงโดยรวม

จากผลการวิเคราะห์ logistic regression พบว่า สมการสามารถใช้ทำนายพฤติกรรมเสี่ยงโดยรวมได้ร้อยละ 14.6 (χ^2 = 53.065, Sig = .000 และ R^2 = .146) โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมเสี่ยงโดยรวม ได้แก่ จำนวนปีที่ศึกษา สถานภาพสมรส งานภาคการเกษตร งานภาคการผลิต และการจ้างงาน สามารถใช้ทำนายพฤติกรรมเสี่ยงโดยรวมของแรงงานนอกระบบได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Wald = 4.480, 5.347, 8.906, 7.042 และ 5.064 ตามลำดับ) ซึ่งสมการนี้มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (-2LL = 253.221) ดังแสดงในตารางที่ 17

ตารางที่ 17 การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงโดยรวมของแรงงานนอกระบบ

(n=390)

ปัจจัย	พฤติกรรมเสี่ยงโดยรวม			
	B	SE	Wald	Exp(B)
เพศ	.241	.362	.442	1.272
อายุ	-.027	.019	1.995	.974
จำนวนปีที่ศึกษา	-.120	.057	4.480*	.887
รายได้	.000	.000	.181	1.000
สถานภาพสมรส	-1.071	.463	5.347*	.343
ภาคการเกษตร	1.632	.547	8.906*	5.114
ภาคการผลิต	1.412	.532	7.042*	4.105
การจ้างงาน	-.320	.142	5.064*	.726
ลักษณะงาน	.484	.388	1.554	1.622
ทำงานมานาน	.035	.024	2.220	1.036
การทำงานต่อวัน	-.023	.091	.063	.977
การหยุดพัก	-.515	.467	1.214	.598
ความรู้	-.050	.398	.016	.951
การป้องกันตัว	.778	.398	3.825	2.176
Constant	4.004	1.449	7.632*	54.819

χ^2 = 53.065, Sig = .000, R^2 = .146, -2LL = 253.221

หมายเหตุ * มีนัยสำคัญที่ระดับ .05

สามารถอธิบายได้ว่า การศึกษาของแรงงานนอกระบบที่อยู่ในระดับต่ำ การสมรส ทำให้ต้องทำงานมากขึ้นเพื่อเลี้ยงดูครอบครัว ประเภทของงานที่ทำทั้งภาคการผลิตและการเกษตร และลักษณะการจ้างงานเป็นรายชิ้นที่ได้ค่าจ้างต่อชิ้นต่ำต้องทำจำนวนมากขึ้น ล้วนแต่ทำให้แรงงานนอกระบบต้องสัมผัสกับสิ่งคุกคาม หรือพฤติกรรมเสี่ยงในการทำงานมากขึ้น โดยมีระดับการทำนายผล คือ ปัจจัยที่ใช้ทำนายพฤติกรรมเสี่ยงโดยรวม สามารถทำนายได้ถูกต้องจำนวน 379 คน หรือร้อยละ 97.18 โดยกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงรวมนั้น ทำนายได้ถูกต้องร้อยละ 98.22 ส่วนกลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงรวม ทำนายได้ถูกต้องร้อยละ 90.38 ดังแสดงผลในตารางที่ 18

ตารางที่ 18 ผลการทำนายกลุ่มแรงงานนอกระบบเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงโดยรวม

(n=390)

กลุ่มทำนาย	จำนวน	ผลการทำนาย		ร้อยละของการทำนายถูกต้อง
		ไม่มี	มี	
ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงโดยรวม	52	47	5	90.38
มีพฤติกรรมเสี่ยงโดยรวม	338	6	332	98.22

หมายเหตุ ร้อยละของความถูกต้องรวมทั้งหมด 97.18

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางการยศาสตร์

จากผลการวิเคราะห์ logistic regression พบว่า สมการสามารถใช้ทำนายพฤติกรรมเสี่ยงทางการยศาสตร์ได้ร้อยละ 10.6 ($\chi^2 = 43.494$, Sig = .000 และ $R^2 = .106$) โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางการยศาสตร์ ได้แก่ งานภาคการผลิต และลักษณะงาน โดยสามารถใช้ทำนายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Wald = 10.126 และ 4.186 ตามลำดับ) ซึ่งสมการนี้มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (-2LL = 444.251)

ทั้งนี้เพราะงานภาคการผลิตส่วนใหญ่ เช่น แกะสลัก เตี่ยนไม้ ทำดันร่ม เขียนพัด เป็นงานที่ต้องนั่งทำ และนั่งอยู่ในลักษณะโน้มตัวเป็นระยะเวลานานๆ กอปรกับลักษณะงานที่เป็นงานประจำยิ่งทำให้แรงงานต้องทำงานมากยิ่งขึ้นจึงมีผลต่อความเสี่ยงทางการยศาสตร์อย่างแน่นอน ซึ่งแสดงผลได้ในตารางที่ 19

ตารางที่ 19 การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางการยศาสตร์ของแรงงานนอกระบบ

(n=390)

ปัจจัย	พฤติกรรมเสี่ยงทางการยศาสตร์			
	B	SE	Wald	Exp(B)
เพศ	-.080	.247	.105	.923
อายุ	-.013	.014	.847	.987
ปีที่ศึกษา	-.073	.043	2.879	.930
รายได้	.000	.000	.087	1.000
สถานภาพสมรส	-.345	.287	1.443	.708
ภาคการเกษตร	.597	.356	2.816	1.817
ภาคการผลิต	1.127	.354	10.126*	3.087
การจ้างงาน	-.102	.098	1.092	.903
ลักษณะงาน	.556	.272	4.186*	1.744
ทำงานมานาน	.027	.015	2.979	1.027
การทำงานต่อวัน	.088	.072	1.520	1.092
การหยุดพัก	-.439	.287	2.337	.645
ความรู้	-.011	.286	.001	.989
การป้องกันตัว	.393	.308	1.627	1.481
Constant	.641	1.062	.364	1.897

χ^2 = 43.494, Sig = .000, R^2 = .106, -2LL = 444.251

หมายเหตุ * มีนัยสำคัญที่ระดับ .05

เมื่อพิจารณาผลการทำนายเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงทางการยศาสตร์ พบว่า ปัจจัยที่ใช้ทำนายพฤติกรรมเสี่ยงด้านการยศาสตร์ สามารถทำนายได้ถูกต้อง 336 คน หรือร้อยละ 86.15 โดยกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงด้านการยศาสตร์ สามารถทำนายได้ถูกต้องร้อยละ 90.98 ส่วนกลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงด้านการยศาสตร์ทำนายได้ถูกต้องร้อยละ 75.81 ดังแสดงผลในตารางที่ 20

ตารางที่ 20 ผลการทำนายกลุ่มแรงงานนอกระบบเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงทางการยศาสตร์

(n=390)

กลุ่มทำนาย	จำนวน	ผลการทำนาย		ร้อยละของการทำนายถูกต้อง
		ไม่มี	มี	
ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางการยศาสตร์	124	94	30	75.81
มีพฤติกรรมเสี่ยงทางการยศาสตร์	266	24	242	90.98

หมายเหตุ ร้อยละของความถูกต้องรวมทั้งหมด 86.15

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางผิวหนัง

จากผลการวิเคราะห์ logistic regression พบว่า สมการสามารถใช้ทำนายพฤติกรรมเสี่ยงทางผิวหนังได้ร้อยละ 14.5 (χ^2 = 60.912, Sig = .000 และ R^2 = .145) โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางผิวหนัง ได้แก่ จำนวนปีที่ศึกษา และงานภาคการเกษตร โดยสามารถใช้ทำนายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Wald = 3.855 และ 22.084 ตามลำดับ) ซึ่งสมการนี้มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (-2LL = 479.373)

ทั้งนี้อาจเป็นเพราะแรงงานนอกระบบภาคการเกษตรส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาต่ำ ส่วนใหญ่จบการศึกษาชั้นประถมปีที่ 6 จึงทำให้มีผลต่อพฤติกรรมทางผิวหนัง ส่วนภาคการเกษตรต้องทำงานสัมผัสกับชีวภาพและสัตว์ที่เป็นพิษ สารเคมีปราบศัตรูพืชเป็นประจำ จึงทำให้มีความเสี่ยงด้านผิวหนังสูงขึ้น ซึ่งแสดงผลในตารางที่ 21

ตารางที่ 21 การวิเคราะห์วิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางผิวหนังของแรงงานนอกระบบ

(n=390)

ปัจจัย	พฤติกรรมเสี่ยงทางผิวหนัง			
	B	S.E.	Wald	Exp(B)
เพศ	.174	.233	.558	1.190
อายุ	-.025	.014	3.453	.975
ปีที่ศึกษา	-.084	.043	3.855*	.919
รายได้	.000	.000	.795	1.000
สถานภาพสมรส	.034	.267	.017	1.035
ภาคการเกษตร	1.684	.358	22.084*	5.386
ภาคการผลิต	-.051	.317	.026	.950
การจ้างงาน	-.099	.098	1.014	.906
ลักษณะงาน	-.118	.266	.198	.889
ทำงานมานาน	.006	.014	.171	1.006
การทำงานต่อวัน	.105	.069	2.335	1.111
การหยุดพัก	.361	.263	1.087	1.435
ความรู้	.486	.279	3.027	1.626
การป้องกันตัว	.164	.302	.296	1.178
Constant	-.359	1.037	.120	.689

χ^2 = 60.912, Sig = .000, R^2 = .145, -2LL = 479.373

หมายเหตุ * มีนัยสำคัญที่ระดับ .05

ผลการทำนายของปัจจัยข้างต้นที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางผิวหนัง สามารถทำนายได้ถูกต้องถึง 263 คน หรือร้อยละ 67.44 โดยกลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงด้านโรคผิวหนังนั้น ทำนายได้ถูกต้องร้อยละ 71.64 ส่วนกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงด้านโรคผิวหนัง ทำนายได้ถูกต้องร้อยละ 62.96 ดังแสดงผลในตารางที่ 22

ตารางที่ 22 ผลการทำนายกลุ่มแรงงานนอกระบบเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงทางผิวหนัง

(n=390)

กลุ่มทำนาย	จำนวน	ผลการทำนาย		ร้อยละของการทำนายถูกต้อง
		ไม่มี	มี	
ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางผิวหนัง	201	144	57	71.64
มีพฤติกรรมเสี่ยงทางผิวหนัง	189	70	119	62.96

หมายเหตุ ร้อยละของความถูกต้องรวมทั้งหมด 67.44

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางระบบทางเดินหายใจ

จากผลการวิเคราะห์ logistic regression พบว่า สมการสามารถใช้ทำนายพฤติกรรมเสี่ยงทางระบบทางเดินหายใจได้ ร้อยละ 14.5 (χ^2 = 65.239, Sig = .000 และ R^2 = .154) โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ งานภาคการเกษตร ลักษณะงานการหยุดพัก และการได้รับความรู้ โดยใช้ทำนายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Wald = 3.855 และ 22.084 ตามลำดับ) ซึ่งสมการนี้มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (-2LL = 419.405)

ทั้งนี้เพราะแรงงานภาคการเกษตร เป็นกลุ่มที่มีลักษณะการทำงานแบบประจำ ทำงานแข่งกับเวลาหรือธรรมชาติ ทำให้มีเวลาหยุดพักงานน้อย กอปรกับการไม่ได้รับความรู้เรื่องการปฏิบัติงานที่ถูกต้อง อาจส่งผลให้แรงงานขาดการป้องกันตัวเองในระหว่างการทำงาน ดังแสดงผลในตารางที่ 23

ตารางที่ 23 การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางระบบทางเดินหายใจของแรงงานนอกระบบ

(n=390)

ปัจจัย	พฤติกรรมเสี่ยงทางระบบทางเดินหายใจ			
	B	SE	Wald	Exp(B)
เพศ	.313	.257	1.480	1.367
อายุ	-.017	.014	1.409	.983
ปีที่ศึกษา	.031	.045	.468	1.031
รายได้	.000	.000	2.239	1.000
สถานภาพสมรส	-.285	.284	1.011	.752
ภาคการเกษตร	-1.329	.407	10.665*	.265
ภาคการผลิต	.225	.319	.497	1.252
การจ้างงาน	-.026	.108	.059	.974
ลักษณะงาน	.660	.300	4.861*	1.936
ทำงานมานาน	.025	.015	2.781	1.026
การทำงานต่อวัน	.010	.071	.020	1.010
การหยุดพัก	.959	.316	9.180*	2.608
ความรู้	.601	.291	4.270*	1.824
การป้องกันตัว	.111	.312	.127	1.118
Constant	-1.796	1.099	2.673	.166
$\chi^2 = 65.239$, Sig = .000, $R^2 = .154$, -2LL = 419.405				

หมายเหตุ * มีนัยสำคัญที่ระดับ .05

เมื่อนำปัจจัยที่ใช้ทำนายพฤติกรรมเสี่ยงทางระบบทางเดินหายใจ มาวิเคราะห์ผลการทำนาย พบว่า ปัจจัยดังกล่าวมีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงด้านระบบทางเดินหายใจ ซึ่งทำนายได้ถูกต้อง 319 คน หรือร้อยละ 81.79 โดยกลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงด้านระบบทางเดินหายใจนั้น ทำนายได้ถูกต้องร้อยละ 90.30 ส่วนกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงด้านระบบทางเดินหายใจ ทำนายได้ถูกต้องร้อยละ 63.11 ดังแสดงผลในตารางที่ 24

ตารางที่ 24 ผลการทำนายกลุ่มแรงงานนอกระบบเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงทางระบบทางเดินหายใจ

(n=390)

กลุ่มทำนาย	จำนวน	ผลการทำนาย		ร้อยละของการทำนายถูกต้อง
		ไม่มี	มี	
ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางระบบทางเดินหายใจ	268	242	26	90.30
มีพฤติกรรมเสี่ยงทางระบบทางเดินหายใจ	122	45	77	63.11

หมายเหตุ ร้อยละของความถูกต้องรวมทั้งหมด 81.79

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงโดยรวม

ความเสี่ยงโดยรวม ในที่นี้หมายถึง ภาวะสุขภาพโดยรวมและพฤติกรรมเสี่ยงโดยรวมของแรงงานนอกระบบ จากผลการวิเคราะห์ logistic regression พบว่า สมการสามารถใช้ทำนายความเสี่ยงโดยรวมได้ร้อยละ 11.2 (χ^2 = 46.232, Sig = .000 และ R^2 = .112) โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเสี่ยงโดยรวม ได้แก่ อายุ จำนวนปีที่เรียน งานภาคการเกษตร ทำงานมานาน และการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตราย โดยใช้ทำนายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Wald = 5.263, 4.220, 4.124, 5.767, 3.829 และ 4.945 ตามลำดับ) ซึ่งสมการนี้มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (-2LL = 224.468)

ทั้งนี้เพราะ แรงงานนอกระบบยิ่งอายุมาก หรือทำงานมานาน ยิ่งมีความเสี่ยงโดยรวมสูง เพราะต้องสัมผัสกับสิ่งคุกคามหรือปัจจัยเสี่ยงมานาน และยิ่งสัมผัสนานเท่าใดอาการของโรคหรือภาวะสุขภาพก็จะเกิดขึ้นได้ชัดเจนยิ่งขึ้น ส่วนการศึกษาของแรงงานนอกระบบที่อยู่ในระดับประถมศึกษา ย่อมไม่สามารถที่จะเลือกงานที่ดีและปลอดภัยได้ เป็นแรงงานชั้นต้นที่มีรายได้ต่ำและเสี่ยงภัยจากการทำงานมาก งานในภาคการเกษตรก็ทำเกิดภาวะสุขภาพและมีพฤติกรรมเสี่ยงสูงดังข้อมูลที่แสดงไว้ในส่วนของข้อมูลทั่วไปของแรงงานนอกระบบ รวมถึงการใช้หรือไม่ใช้อุปกรณ์ป้องกันตัวขณะทำงานล้วนมีผลต่อระดับความเสี่ยงโดยรวมของแรงงานนอกระบบทั้งนี้น ดังแสดงผลในตารางที่ 25

ตารางที่ 25 การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงโดยรวมของแรงงานนอกระบบ

(n=390)

ปัจจัย	ความเสี่ยงโดยรวม			
	B	SE	Wald	Exp(B)
เพศ	.167	.392	.182	1.182
อายุ	-.046	.020	5.263*	.955
ปีที่ศึกษา	.125	.061	4.220*	.883
รายได้	.000	.000	.057	1.000
สถานภาพสมรส	-.760	.467	2.649	.467
ภาคการเกษตร	1.160	.571	4.124*	3.190
ภาคการผลิต	1.401	.583	5.767*	4.060
การจ้างงาน	-.165	.150	1.210	.848
ลักษณะงาน	.401	.418	.922	1.494
ทำงานมานาน	.052	.027	3.829*	1.053
การทำงานต่อวัน	-.033	.097	.118	.967
การหยุดพัก	-.468	.499	.877	.626
ความรู้	-.438	.410	1.143	.645
การป้องกันตัว	.934	.420	4.945*	2.544
Constant	4.657	1.553	8.997*	105.339

χ^2 = 46.232, Sig = .000, R^2 = .112, -2LL = 224.468

หมายเหตุ * มีนัยสำคัญที่ระดับ .05

เมื่อทำการวิเคราะห์ผลการทำนายของกลุ่มปัจจัยดังกล่าวที่มีต่อความเสี่ยงโดยรวม พบว่า ปัจจัยดังกล่าวทำนายได้ถูกต้องสูงถึง 384 คน หรือร้อยละ 98.46 โดยกลุ่มที่มีความเสี่ยงโดยรวมนั้น ทำนายได้ถูกต้องร้อยละ 98.53 ส่วนกลุ่มที่ไม่มีความเสี่ยงโดยรวม ทำนายได้ถูกต้องร้อยละ 97.67 ดังแสดงผลในตารางที่ 26

ตารางที่ 26 ผลการทำนายกลุ่มแรงงานนอกระบบเกี่ยวกับความเสี่ยงโดยรวม

(n=390)

กลุ่มทำนาย	จำนวน	ผลการทำนาย		ร้อยละของการทำนายถูกต้อง
		ไม่มี	มี	
ไม่มีความเสี่ยงเสี่ยงโดยรวม	43	42	1	97.67
มีความเสี่ยงโดยรวม	347	5	342	98.53

หมายเหตุ ร้อยละของความถูกต้องรวมทั้งหมด 98.46

จากผลการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่มีผลต่อภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงของแรงงานนอกระบบ สรุปว่า ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงแต่ละด้านจะมีปัจจัยอย่างน้อย 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ หรือใช้ในการทำนายว่าจะทำให้เกิดภาวะสุขภาพหรือมีพฤติกรรมเสี่ยงได้ โดยปัจจัยเหล่านั้นสามารถใช้ทำนายได้ถูกต้องในภาพรวมมากกว่าร้อยละ 60 ขึ้นไป จึงถือได้ว่าผลการศึกษานี้ยอมรับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ที่ว่า "ปัจจัยที่เกี่ยวข้องมีความสัมพันธ์และสามารถใช้ทำนายภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงของแรงงานนอกระบบได้"

การเปรียบเทียบภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงของแรงงานนอกระบบแต่ละประเภท

การเปรียบเทียบความแตกต่างของภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงของแรงงานนอก 3 ประเภท ได้แก่ แรงงานนอกระบบภาคการเกษตร ภาคการผลิต และภาคการบริการ เฉพาะแรงงานนอกระบบที่มีความเสี่ยงโดยรวม จำนวน 347 ราย (จากตารางที่ 7) ได้ผลดังนี้

การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของภาวะสุขภาพ

การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของภาวะสุขภาพ เพื่อวิเคราะห์ว่าแรงงานนอกระบบภาคการเกษตร การผลิต และการบริการ มีการเกิดภาวะสุขภาพแตกต่างกันอย่างไร ซึ่งผลการศึกษา พบว่า แรงงานแต่ละประเภท มีภาวะสุขภาพแตกต่างกันอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และทำการทดสอบความแตกต่างรายคู่ ด้วยวิธี Scheffe ได้ผลดังนี้

1. ภาวะสุขภาพทางการยศาสตร์ แรงงานนอกระบบแต่ละประเภทมีภาวะสุขภาพทางการยศาสตร์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ มีแรงงานนอกระบบที่มีภาวะสุขภาพทางการยศาสตร์แตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ โดยผลการศึกษาพบว่า แรงงานนอกระบบภาคการผลิต จะมีภาวะสุขภาพทางการยศาสตร์แตกต่างจากภาคการเกษตร และภาคการบริการ ส่วนแรงงานนอกระบบภาคการเกษตรและภาคบริการไม่แตกต่างกัน

แสดงให้เห็นว่า เมื่อพิจารณาเฉพาะภาวะสุขภาพทางการยศาสตร์ แรงงานนอกระบบทั้ง 3 ประเภทมีโอกาสเสี่ยงแตกต่างกัน โดยภาคการผลิตจะมีโอกาสเสี่ยงหรือโอกาสเกิดโรคกลุ่มนี้มากกว่า ซึ่งอาจเนื่องมาจากการทำงานที่ต้องนั่งหรือยืนในอิริยบทเดิมเป็นระยะเวลานาน แต่ภาคการเกษตร และบริการมีการเปลี่ยนอิริยบทได้บ่อยๆ ในขณะทำงาน นอกจากนี้แรงงานนอกระบบภาคการผลิตส่วนใหญ่จะเป็นอาชีพที่ต้องใช้สายตา งานฝีมือ ทำให้ต้องใช้สายตาบ่อยและนานในการทำงาน จึงเกิดอาการทางสายตาสูงด้วย

2. ภาวะสุขภาพทางผิวหนัง แรงงานนอกระบบแต่ละประเภทมีภาวะสุขภาพทางผิวหนังแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ มีแรงงานนอกระบบที่มีภาวะสุขภาพทางผิวหนังแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ โดยผลการศึกษาพบว่า แรงงานนอกระบบภาคการเกษตรและการผลิต จะมีภาวะสุขภาพทางผิวหนังแตกต่างจากภาคการบริการ ส่วนภาคการเกษตร และการผลิต ไม่แตกต่างกัน

ดังนั้นจึงถือได้ว่าแรงงานนอกระบบภาคการเกษตร และภาคการผลิต มีโอกาสเกิดอาการทางผิวหนังมากกว่าภาคการบริการ ทั้งนี้เพราะลักษณะการทำงานที่ต้องสัมผัสกับปัจจัยคุกคาม หรือปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคผิวหนังมากกว่า เช่น ชาวนา ชาวสวน ต้องใช้สารเคมีในการฆ่าแมลงศัตรูพืช หรือแมลงมีพิษเป็นประจำ หรือ คนงานเฟี่ยนไม้ ที่จะต้องสัมผัสกับฝุ่นไม้เป็นประจำ คนรับงานมาทำที่บ้าน ต้องใช้กาว ทินเนอร์ หรือสารอื่นๆ ในการทาผลิตภัณฑ์ผิวหนังจึงสัมผัสกับสารเหล่านี้บ่อยกว่า

3. ภาวะสุขภาพทางระบบทางเดินหายใจ แรงงานนอกระบบแต่ละประเภทมีภาวะสุขภาพทางระบบทางเดินหายใจไม่แตกต่างกัน ถึงแม้แรงงานนอกระบบทั้ง 3 ประเภท มีโอกาสสัมผัสสิ่งคุกคามที่ทำให้เกิดอาการทางระบบทางเดินหายใจแตกต่างกัน แต่การเกิดอาการทางระบบทางเดินหายใจนี้จะแสดงอาการช้ามาก หรือมีอาการไม่ค่อยชัดเจน รวมทั้งอาการเหล่านี้แรงงานนอกระบบอาจแยกได้ไม่ชัดเจนจากโรคทางระบบทางเดินหายใจทั่วไปที่ไม่ได้เกิดจากการทำงาน จึงทำให้แรงงานนอกระบบทุกประเภทไม่ตระหนักว่าอาการทางระบบทางเดินหายใจนั้นเกิดจากการทำงานนั่นเอง

4. ภาวะสุขภาพโดยรวม แรงงานนอกระบบแต่ละประเภทมีภาวะสุขภาพโดยรวมไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้ถึงแม้ว่าแรงงานนอกระบบทั้ง 3 ประเภทจะมีภาวะสุขภาพทางการยศาสตร์ และผิวหนังแตกต่างกัน แต่จากข้อมูลภาวะสุขภาพแรงงานนอกระบบ (ตารางที่ 7) พบว่ากลุ่มตัวอย่างเกือบสองในสาม (ร้อยละ 62.31) ยังไม่เกิดภาวะสุขภาพจากการทำงาน ดังนั้นการแยกความแตกต่างของแรงงานแต่ละประเภทจึงทำได้ยากด้วยเช่นกัน

ผลการศึกษาความแตกต่างของภาวะสุขภาพของแรงงานนอกระบบข้างต้น แสดงผลไว้ดังตารางที่ 27

ตารางที่ 27 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว เพื่อเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของแรงงานนอกระบบ 3 ประเภท

(n=347)

ภาวะสุขภาพ	ประเภทแรงงาน	$\bar{x}$	SD	F	Sig
ทางการยศาสตร์	การเกษตร	.26[a]	.438	6.385	.002*
	การผลิต	.49[b]	.503		
	การบริการ	.37[a]	.484		
ทางผิวหนัง	การเกษตร	.23[a]	.423	5.239	.006*
	การผลิต	.12[a]	.325		
	การบริการ	.10[b]	.295		
ทางระบบทางเดินหายใจ	การเกษตร	.08	.267	0.701	.497
	การผลิต	.05	.225		
	การบริการ	.04	.205		
โดยรวม	การเกษตร	.38	.488	1.754	.176
	การผลิต	.51	.503		
	การบริการ	.42	.495		

หมายเหตุ 1. * มีนัยสำคัญที่ระดับ .05

2. ทดสอบผลต่างค่าเฉลี่ยรายคู่ด้วยวิธี Scheffe

3. อักษรเหมือนกัน แสดงว่าไม่มีความแตกต่างกันในทางสถิติที่ระดับ .05

การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของพฤติกรรมเสี่ยง

การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของพฤติกรรมเสี่ยง เพื่อวิเคราะห์ว่าแรงงานนอกระบบภาคการเกษตร การผลิต และการบริการ มีพฤติกรรมเสี่ยงในการทำงานแตกต่างกันอย่างไร ซึ่งผลการศึกษา พบว่า แรงงานแต่ละประเภท มีพฤติกรรมเสี่ยงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และทำการทดสอบความแตกต่างรายคู่ ด้วยวิธี Scheffe ได้ผลดังนี้

1. พฤติกรรมเสี่ยงทางการยศาสตร์ แรงงานนอกระบบแต่ละประเภทมีพฤติกรรมเสี่ยงทางการยศาสตร์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ มีแรงงานนอกระบบที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางการยศาสตร์แตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ โดยผลการศึกษาพบว่า แรงงานนอกระบบภาคการเกษตร และการผลิด มีพฤติกรรมเสี่ยงทางการยศาสตร์แตกต่างจากภาคการบริการ ส่วนแรงงานนอกระบบภาคการเกษตรและภาคผลิตไม่แตกต่างกัน

แสดงให้เห็นว่า โดยลักษณะการทำงานของแรงงานนอกระบบภาคการเกษตร และการผลิต มีความเสี่ยงที่อาจทำให้เกิดโรคทางการยศาสตร์ได้ทุกๆ ขั้นตอนของการทำงาน ซึ่งแรงงานนอกระบบภาคการบริการมีน้อยกว่า แต่จะส่งผลต่อการเกิดภาวะสุขภาพในภาคการเกษตรน้อยกว่าภาคการผลิต ตามเหตุผลที่ผู้วิจัยแสดงไว้ข้างต้น

2. พฤติกรรมเสี่ยงทางผิวหนัง แรงงานนอกระบบแต่ละประเภทมีพฤติกรรมเสี่ยงทางผิวหนังแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ มีแรงงานนอกระบบที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางผิวหนังแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ โดยผลการศึกษาพบว่า แรงงานนอกระบบภาคการเกษตร จะมีพฤติกรรมเสี่ยงทางผิวหนังแตกต่างจากภาคการผลิด และการบริการ ส่วนภาคการผลิต และการบริการ ไม่แตกต่างกัน

นั่นคือ แรงงานนอกระบบภาคการเกษตร มีโอกาสสัมผัสกับสิ่งคุกคาม หรือปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคทางผิวหนังได้มากกว่าแรงงานนอกระบบภาคอื่นๆ ทั้งนี้เพราะลักษณะงานของภาคการเกษตรที่ต้องมีการสัมผัสกับสารเคมี แมลง พืชมีพิษ อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ แต่ภาคอื่นๆ อาจสัมผัสสารเคมีเหมือนกัน แต่แมลง และพืชมีพิษสัมผัสน้อยกว่า

3. พฤติกรรมเสี่ยงทางระบบทางเดินหายใจ แรงงานนอกระบบแต่ละประเภทมีพฤติกรรมเสี่ยงทางระบบทางเดินหายใจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ มีแรงงานนอกระบบที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางระบบทางเดินหายใจแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ โดยผลการศึกษาพบว่า แรงงานนอกระบบภาคการผลิด และบริการ จะมีพฤติกรรมเสี่ยงทางระบบทางเดินหายใจแตกต่างจากภาคการเกษตร ส่วนภาคการผลิด และการบริการ ไม่แตกต่างกัน

ซึ่งแสดงให้เห็นว่า แรงงานนอกระบบภาคการผลิต และบริการ เป็นอาชีพที่ต้องสัมผัสกับสารระเหย สี ทินเนอร์ แลคเกอร์ ควันไฟ และฝุ่นละออง เป็นประจำ จึงถือได้ว่ามีพฤติกรรมเสี่ยงด้านนี้สูงกว่าภาคการเกษตร ถึงแม้จะมีการสัมผัสกับยาฆ่าแมลง แต่ก็ไม่ได้สัมผัสเป็นประจำตลอดทั้งปี หรืออาจใช้ผ้าปิดจมูกเวลาพ่นสารเคมีดังกล่าว แต่มักจะสัมผัสกับสารเคมีเหล่านั้นทางผิวหนัง

4. พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม แรงงานนอกระบบแต่ละประเภทมีพฤติกรรมเสี่ยงโดยรวมไม่แตกต่างกัน ซึ่งสาเหตุที่ทำให้ไม่แตกต่างกัน เนื่องจากขาดการได้รับความรู้ การไม่ใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากการทำงาน และขาดนโยบายการดูแลที่ชัดเจนจากภาครัฐ เหมือนกัน

ผลการศึกษาความแตกต่างของพฤติกรรมเสี่ยงของแรงงานนอกระบบข้างต้น แสดงผลไว้ดังตารางที่ 28

ตารางที่ 28 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมเสี่ยงของแรงงานนอกระบบ 3 ประเภท

(n=347)

พฤติกรรมเสี่ยง	ประเภทแรงงาน	$\bar{X}$	SD	F	Sig
ทางการยศาสตร์	การเกษตร	.77[a]	.423	3.142	.050*
	การผลิต	.86[a]	.354		
	การบริการ	.70[b]	.458		
ทางผิวหนัง	การเกษตร	.72[a]	.448	21.455	.000*
	การผลิต	.34[b]	.478		
	การบริการ	.43[b]	.498		
ทางระบบทางเดินหายใจ	การเกษตร	.17[a]	.380	23.522	.000*
	การผลิต	.43[b]	.499		
	การบริการ	.54[b]	.501		
โดยรวม	การเกษตร	.99	.113	1.355	.096
	การผลิต	.99	.115		
	การบริการ	.95	.223		

หมายเหตุ 1. * มีนัยสำคัญที่ระดับ .05

2. ทดสอบผลต่างค่าเฉลี่ยรายคู่ด้วยวิธี Scheffe

3. อักษรเหมือนกัน แสดงว่าไม่มีความแตกต่างกันในทางสถิติที่ระดับ .05

จากผลการศึกษาความแตกต่างของปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงของแรงงานนอกระบบ สรุปว่า แรงงานนอกระบบทั้ง 3 ประเภทมีความเสี่ยงแตกต่างกันไปตามลักษณะของงานที่ทำ จึงถือได้ว่าผลการศึกษานี้ยอมรับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ที่ว่า "ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงของแรงงานนอกระบบ 3 ประเภท แตกต่างกัน"

สรุปผลการศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยง

จากการศึกษาพบว่า แรงงานนอกระบบเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงโดยรวมต่อการเกิดโรคจากการประกอบอาชีพ และอุบัติเหตุสูง เพราะเป็นงานที่มีความเกี่ยวข้องกับเครื่องจักรขนาดเล็กหรือเป็นงานฝีมือเป็นส่วนใหญ่ จึงทำให้อาการของโรคหรืออุบัติเหตุที่พบไม่มีความรุนแรงมากนัก แต่แรงงานนอกระบบส่วนใหญ่จะมีรายได้ต่ำ แต่ค่าครองชีพสูง จึงทำให้ต้องเร่งมือในการทำงานเพื่อให้ได้รับรายได้ที่เหมาะสมและเพียงพอต่อการเลี้ยงชีพ จึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้แรงงานนอกระบบมองข้ามความปลอดภัย ให้ความสำคัญกับการป้องกันโรคน้อย และรักษาพยาบาลอย่างง่ายจากที่เคยชินหรือมีเพื่อนบ้านบอกต่อ จึงทำให้ปัญหาเหล่านี้สะสมทวีความรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ กอปรกับลักษณะการทำงานของแรงงานนอกระบบส่วนใหญ่มีความเสี่ยงอยู่ทุกขั้นตอน และการขาดการได้รับความรู้ และการสร้างความตระหนักอย่างถูกต้องจากภาครัฐ จึงเป็นปัจจัยเสริมที่ทำให้ปัญหาเหล่านั้นมีความรุนแรงมากขึ้น ซึ่งขณะนี้ยังไม่ได้รับการแก้ไขจากภาครัฐ นอกจากนี้ในทุกขั้นตอนของการทำงานจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากการประกอบอาชีพ จึงถือได้ว่าแรงงานกลุ่มนี้มีพฤติกรรมเสี่ยงสูง แต่พบภาวะสุขภาพน้อย อาจเนื่องมาจาก โรคจากการประกอบอาชีพนั้นต้องใช้เวลานานหลังจากได้รับสิ่งคุกคามซ้ำๆ หรือบ่อยๆ และนานๆ ดังนั้นเพื่อให้เกิดการแก้ปัญหาเหล่านี้อย่างยั่งยืน และต่อเนื่อง ผู้วิจัยจึงนำหลักการพัฒนาชุมชน และหลักการจัดการสุขภาพมาประยุกต์ใช้ในการจัดการสุขภาพแรงงานนอกระบบ ซึ่งผลการดำเนินงานสามารถแสดงได้ในบทที่ 5

บทที่ 5
ผลการวิจัยและวิจารณ์สำหรับวัตถุประสงค์ข้อที่ 3
(RESULTS AND DISCUSSION FOR OBJECTIVE III)

วัตถุประสงค์และการดำเนินการวิจัย

งานวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมของแรงงานนอกระบบในอำเภอดอยสะเก็ด มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมของแรงงานนอกระบบ โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะข้อที่ 3 เพื่อพัฒนารูปแบบในการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมของแรงงานนอกระบบโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพในแรงงานนอกระบบ 3 ประเภท คือ ภาคการเกษตร ภาคการผลิต และภาคการบริการ ประเภทละ 1 กลุ่ม รวม 3 กลุ่ม และองค์กรชุมชนในพื้นที่ดังกล่าวพื้นที่ละ 11 คน และกลุ่มทดลองรูปแบบการจัดการสุขภาพและองค์กรชุมชน จำนวน 1 กลุ่ม โดยใช้การสัมภาษณ์ การสังเกต การสนทนากลุ่ม นำมาวิเคราะห์ข้อมูลตามระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ

ผลการวิจัยและวิจารณ์

การนำเสนอผลการวิจัยและข้อวิจารณ์ตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 3 คือ การดำเนินงานพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมของแรงงานนอกระบบ โดยแบ่งผลการวิจัยและข้อวิจารณ์เป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 การจัดการสุขภาพแรงงานนอกระบบ

ส่วนที่ 2 การทดลองใช้รูปแบบการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมของแรงงานนอกระบบ

การพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพของแรงงานนอกระบบ

ในการพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมของแรงงานนอกระบบ ผู้วิจัยแยกกลุ่มเพื่อหารูปแบบที่เหมาะสมตามประเภทของงานเป็น 3 ประเภท คือ ภาคการเกษตร ภาคการผลิต และภาคการบริการ โดยทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงในกลุ่มที่มีผลผลิตที่สร้างชื่อเสียงให้กับอำเภอดอยสะเก็ด และส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านเดียวกัน โดยแรงงานนอกระบบภาคการเกษตร เลือกกลุ่ม ปลูกเมี่ยง (ชา) บ้านปางไฮ หมู่ที่ 7 ตำบลเทพเสด็จ แรงงานนอกระบบภาคการผลิต เลือกกลุ่มทำคันร่ม บ้านสันต้นแหนใต้ หมู่ที่ 5 ตำบลแม่คือ แรงงานนอกระบบภาคการบริการ เลือกกลุ่ม ขายแคบหมู บ้านถ้ำ หมู่ที่ 3 ตำบลตลาดขวัญ และแรงงานนอกระบบกลุ่มทดลองรูปแบบ เลือกกลุ่มทำผลิตภัณฑ์ไม้มะม่วง บ้านสันทราย หมู่ที่ 3 ตำบลแม่ย้อยเงิน

ผลการดำเนินงาน ผู้วิจัยแยกอธิบายตามขั้นตอนการดำเนินงาน ดังต่อไปนี้

1. การสำรวจชุมชน
2. การวิเคราะห์ชุมชน
3. การจัดทำแผนงานและโครงการ
4. การดำเนินงานตามแผน
5. การประเมินผลโครงการ
6. การนำรูปแบบไปทดลองใช้

การสำรวจชุมชน

การสำรวจชุมชนเป็นกิจกรรมสำคัญที่จะต้องดำเนินการเป็นลำดับแรก แต่เนื่องจากการจัดการสุขภาพแรงงานนอกระบบเป็นเรื่องใหม่สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอดอยสะเก็ด และองค์กรชุมชนที่ได้เลือกมาเป็นทีมจัดการสุขภาพ ดังนั้นก่อนที่ทีมจัดการสุขภาพจะทำการศึกษาชุมชน ควรดำเนินการพัฒนาศักยภาพทีมจัดการสุขภาพ ดังนี้

1. การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
2. การใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการสรุปเครื่องมือ 7 ชิ้น (การสร้างแผนที่ และการสร้างแผนที่ความคิด) สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
3. การใช้เครื่องมือ 7 ชิ้นในการสำรวจชุมชน สำหรับทีมจัดการสุขภาพ
4. ความรู้เกี่ยวกับแรงงานนอกระบบ และภาวะเสี่ยงจากการทำงาน สำหรับทีมจัดการสุขภาพ

การพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จะดำเนินการพัฒนาเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสถานบริการฯ ละ 1 คน โรงพยาบาลดอยสะเก็ด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอดอยสะเก็ด รวม 20 คน ดังนี้

1. การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ ดำเนินการอบรมจำนวน 2 วัน โดยเนื้อหาประกอบด้วย ความหมายของการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ การนำไปใช้ประโยชน์ หลักการดำเนินงาน เทคนิคการนำไปใช้ และฝึกปฏิบัติในชุมชน

2. การใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการทำแผนที่เดินดิน เป็นการอบรมเชิงปฏิบัติการจำนวน 1 วัน โดยเนื้อหาประกอบด้วย การติดตั้งโปรแกรม วิธีการสร้างแผนที่จากโปรแกรมสำเร็จรูป และการนำไปใช้

3. การใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการทำแผนที่ความคิด (mind map) เป็นการอบรมเชิงปฏิบัติการจำนวน 1 วัน โดยเนื้อหาประกอบด้วย การติดตั้งโปรแกรม วิธีการสร้างแผนที่ความคิดจากโปรแกรมสำเร็จรูป และการนำไปใช้

ผลการอบรม พบว่า ผู้เข้ารับการอบรมหลักสูตร "การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ" เข้าใจหลักการของการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ ที่ถือว่าเป็นงานใหม่สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในอำเภอดอยสะเก็ดมากขึ้น และผู้ช่วยนักวิจัยใน 4 ตำบลตัวอย่าง (3 ตำบลตัวอย่าง และ 1 ตำบลทดลองรูปแบบ) มีความมั่นใจพอสมควรในการนำหลักการเหล่านี้ไปใช้ในการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพของแรงงานนอกระบบในชุมชนต่อไป

ส่วนผู้เข้ารับการอบรมหลักสูตร "การใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการทำแผนที่ และแผนที่ความคิด" ผู้เข้ารับการอบรมทั้งหมดสามารถปฏิบัติตามวิทยากรแนะนำได้ โดยเฉพาะ 4 ตำบลที่เป็นพื้นที่ในการศึกษาสามารถปฏิบัติตามวิทยากรได้ทุกขั้นตอน ส่วนเจ้าหน้าที่คนอื่นๆ แนะนำให้นำไปใช้ในการทำแผนที่เดินดินในงานประจำต่อไป จึงสรุปได้ว่าการอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพ บุคลสาธารณสุขทั้ง 3 เรื่อง นอกจากจะมีประโยชน์ต่อการวิจัยแล้วยังมีประโยชน์ต่อการปฏิบัติงานด้านอื่นๆ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอีกด้วย

การพัฒนาศักยภาพทีมจัดการสุขภาพ จะดำเนินการพัฒนาทีมจัดการสุขภาพในแต่ละพื้นที่ๆ ละ 11 คน ประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และแรงงานนอกระบบ หลังจากอบรมการใช้เครื่องมือครั้งละ 2-3 ชิ้น แล้ว ทีมจัดการสุขภาพจะออกดำเนินการสำรวจชุมชนโดยใช้เครื่องมือดังกล่าวทันที เสร็จแล้วจึงกลับมาวิเคราะห์ข้อมูล และอบรมเครื่องมือชิ้นต่อไป ซึ่งการพัฒนาศักยภาพและการสำรวจชุมชนมีรายละเอียดดังนี้

การพัฒนาศักยภาพเรื่อง การใช้เครื่องมือ 7 ชิ้น

การใช้เครื่องมือ 7 ชิ้นในการสำรวจชุมชน ประกอบด้วย แผนที่เดินดิน ผังเครือญาติ โครงสร้างอำนาจชุมชน ระบบสุขภาพชุมชน ปฏิทินชุมชน ประวัติศาสตร์ชุมชน และประวัติชีวิต โดยผู้วิจัยกำหนดการพัฒนาศักยภาพทีมจัดการสุขภาพในชุมชนไว้ทั้งหมด 3 ครั้ง โดยเป็นการแนะนำหลักการใช้เครื่องมือต่างๆ ครั้งละ 2-3 ชิ้น แล้วให้ทีมงานออกดำเนินการใช้เครื่องมือดังกล่าวในชุมชน แล้วกลับมาวิเคราะห์ผลพร้อมกับแนะนำเครื่องมือชิ้นต่อๆ ไป การดำเนินการสำรวจจะมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นพี่เลี้ยง โดยผู้วิจัยไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการสำรวจ แต่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ผลการสำรวจ และแนะนำการใช้เครื่องมือ ถ้ามีประเด็นที่สงสัยก็จะสอบถามจากทีมงาน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือออกไปสำรวจซ้ำอีกครั้ง ผลการดำเนินงานแยกอธิบายได้ดังต่อไปนี้

เวทีที่ 1

เป็นการอบรมการใช้เครื่องมือชิ้นที่ 1 (แผนที่เดินดิน) ชิ้นที่ 2 (ผังเครือญาติ) และชิ้นที่ 7 (ประวัติชีวิต) เพราะเป็นเครื่องมือที่สามารถใช้ในการสำรวจร่วมกันได้ โดยสรุปผลการดำเนินงานได้ดังต่อไปนี้

1. พัฒนาศักยภาพการใช้เครื่องมือ โดยวิทยากรภายในอำเภอที่มีประสบการณ์ในการใช้เครื่องมือ 7 ชิ้น จำนวน 2 คน

2. ทีมจัดการสุขภาพที่เข้ารับการอบรมครบตามที่กำหนดไว้ คือ พื้นที่ละ 11 คน แต่บางพื้นที่จะขาดสมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพราะหมดวาระการทำงานและอยู่ระหว่างรอการเลือกตั้งใหม่ ส่วนแรงงานนอกระบบที่ไม่มีบทบาทเป็นองค์กรชุมชนนั้นจะไม่เข้าร่วม จึงต้องเปลี่ยนทีมจัดการสุขภาพทั้ง 2 ส่วน โดยใช้ อสม. หรือสมาชิกกลุ่มแม่บ้านที่มีอาชีพเป็นแรงงานนอกระบบนั้นด้วยเข้ามาร่วมเป็นทีมจัดการสุขภาพแทนจนครบจำนวนที่กำหนดไว้

3. ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย และบทบาทของทีมจัดการสุขภาพ

4. วิทยากรอธิบายวิธีการใช้เครื่องมือแต่ละชิ้น ประกอบด้วย แนะนำเครื่องมือ ประโยชน์ของเครื่องมือ และเทคนิคในการทำหรือเสัมภาษณ์เพื่อให้ได้ข้อมูลตามต้องการ

5. ผู้วิจัยอธิบายแบบฟอร์มที่จะใช้ในการเก็บข้อมูลเครื่องมือทั้ง 3 ชิ้น ดังนี้

5.1 เครื่องมือชิ้นที่ 1 ให้ทีมจัดการสุขภาพออกทำแผนที่เดินดินร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยการต่อยอดจากแผนที่ตั้งโต๊ะที่มีอยู่ แล้วให้เชื่อมโยงให้เห็นหลังคาเรือนที่มีแรงงานนอกระบบ และความเกี่ยวพันทางสังคมของชุมชน ตำบลละ 1 ชุด

5.2 เครื่องมือชิ้นที่ 2 และ 7 ทีมจัดการสุขภาพลงไปสัมภาษณ์ครอบครัวของแรงงานนอกระบบที่น่าสนใจ มีประวัติชีวิตยาวนาน และประสบความสำเร็จในอาชีพของตนเอง ซึ่งอาจจะสัมภาษณ์ครอบครัวของตนเองก็ได้ คนละ 2-3 ครอบครัว ตามแบบฟอร์มที่กำหนดให้ รวมทั้งสิ้นตำบลละประมาณชิ้นละ 15-20 ตัวอย่าง

6. มอบงบประมาณในการดำเนินงานให้ทั้งหมด และทำความเข้าใจว่าจะต้องใช้ในการสำรวจทั้งหมด 3 ครั้ง พร้อมทั้งกำหนดเวลาในการสำรวจ และนัดหมายครั้งต่อไป

เวทีที่ 2

เป็นการอบรมการใช้เครื่องมือชิ้นที่ 3 (โครงสร้างอำนาจชุมชน) และชิ้นที่ 4 (ระบบสุขภาพชุมชน) โดยดำเนินงานหลังจากทำเวทีที่ 1 ไปแล้วประมาณ 3-4 สัปดาห์ เพื่อให้ระยะเวลาทีมจัดการสุขภาพออกสำรวจข้อมูลครั้งที่ 1 เวทีที่ 2 เริ่มต้นด้วยทีมจัดการสุขภาพนำข้อมูลที่ได้จากการสำรวจครั้งที่ 1 มาวิเคราะห์ร่วมกัน และยืนยันความถูกต้องร่วมกับผู้วิจัย โดยสรุปผลการดำเนินงานได้ดังต่อไปนี้

1. ทีมจัดการสุขภาพชุดเดิมเข้ารับการอบรมต่อ

2. ผู้วิจัยเปิดเวทีโดยให้ทีมจัดการสุขภาพการนำเครื่องมือชุดแรกมาร่วมกันตรวจสอบความชัดเจน ความถูกต้อง และค้นหาส่วนขาด

3. วิทยากรอธิบายเครื่องมือชิ้นต่อไป โดยเริ่มจากการแนะนำเครื่องมือ อธิบายประโยชน์ และวิธีการทำ ดังนี้

3.1 เครื่องมือชิ้นที่ 3 โครงสร้างอำนาจชุมชน ทีมจัดการสุขภาพร่วมเสนอองค์กรชุมชน หรือกองทุนในชุมชนทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการในเวที ผู้วิจัยนำข้อมูลดังกล่าวไปทำแบบสำรวจให้ทีมจัดการสุขภาพออกสำรวจแรงงานนอกระบบ ประชาชน และองค์กรชุมชนอื่นๆ กลุ่มละประมาณ 10 คน รวม 30 ตัวอย่าง แล้วนำมาหาองค์กรหลักๆ ที่ชุมชนเป็นสมาชิกมาก

3.2 เครื่องมือชิ้นที่ 4 ระบบสุขภาพชุมชน ทีมจัดการสุขภาพสัมภาษณ์เฉพาะแรงงานนอกระบบเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพด้วยตนเองในยามเจ็บป่วย ตามแบบฟอร์มที่ผู้วิจัยคิดขึ้นเองเพื่อให้ง่ายต่อการเก็บข้อมูลของทีมจัดการสุขภาพฯ แต่ละคน (ยกเว้นผู้ใหญ่บ้าน) จะสัมภาษณ์คนละ 5 ตัวอย่างรวมตำบลละ 45 ตัวอย่าง

เวทีที่ 3

เป็นการอบรมการใช้เครื่องมือชิ้นที่ 5 (ประวัติศาสตร์ชุมชน) และชิ้นที่ 6 (ปฏิทินชุมชน) โดยดำเนินงานหลังจากทำเวทีที่ 2 ไปแล้วประมาณ 2-3 สัปดาห์ เพื่อให้ระยะเวลาทีมจัดการสุขภาพออกสำรวจข้อมูล ในวันดังกล่าวทีมจัดการสุขภาพจะนำข้อมูลที่ได้จากการสำรวจในครั้งที่ 2 มาร่วมกันวิเคราะห์ และยืนยันความถูกต้องร่วมกับผู้วิจัย โดยสรุปผลการดำเนินงานได้ดังต่อไปนี้

1. องค์กรชุมชนที่เข้ารับการอบรมเป็นชุดเดิม

2. ผู้วิจัยเปิดเวทีโดยให้ทีมจัดการสุขภาพการนำเครื่องมือชุดที่ 2 ที่สำรวจเสร็จแล้วมาเสนอเพื่อร่วมกันตรวจสอบความถูกต้อง

3. วิทยากรอธิบายเครื่องมือชิ้นต่อไป โดยเริ่มจากการแนะนำเครื่องมือ อธิบายประโยชน์ และร่วมกันทำในวันนั้น เพราะเครื่องมือ 2 ชิ้นนี้ ทีมจัดการสุขภาพสามารถสรุปประเด็นได้ ส่วนข้อมูลที่ยังไม่ครบทีมจัดการสุขภาพสามารถค้นหาเพิ่มเติมในชุมชนภายหลังได้

3.1 เครื่องมือชิ้นที่ 5 ประวัติศาสตร์ชุมชน เป็นการย้อนระลึกถึงข้อมูลในอดีตของหมู่บ้าน ซึ่งบางตำบลก็จะจัดเตรียมเอกสารประวัติศาสตร์ของหมู่บ้านที่มีอยู่มาด้วย โดยผู้วิจัยได้ทำตารางไว้ให้สำหรับกรอกเหตุการณ์สำคัญและปีที่เกิดขึ้นอดีต

3.2 เครื่องมือชิ้นที่ 6 ปฏิทินชุมชน เป็นการร่วมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับช่วงระยะเวลาในการทำอาชีพ และวันสำคัญของหมู่บ้าน

หลังจากเสร็จสิ้นเวทีแต่ละครั้ง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะนำแบบฟอร์มที่ทีมจัดการสุขภาพออกสำรวจมาจัดทำข้อมูลตามรูปแบบ

การพัฒนาศักยภาพเรื่อง การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ

การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ เป็นองค์ความรู้ใหม่สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอดอยสะเก็ด ดังนั้นจึงต้องมีการพัฒนาศักยภาพก่อนดำเนินการ โดยมีเนื้อหาดังนี้

1. ประวัติ นิยาม และความเป็นมาของการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ

2. ขั้นตอนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ

3. แนวทางการประยุกต์ใช้ในชุมชน

4. ปัญหา อุปสรรค และแนวทางแก้ไขระหว่างการดำเนินงาน

ผลการดำเนินงาน พบว่าผู้เข้ารับการอบรมครบตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยเน้นการฝึกปฏิบัติเฉพาะผู้ช่วยนักวิจัยใน 4 ตำบลที่เป็นพื้นที่เป้าหมาย สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขคนอื่นเข้าร่วมฝึกตามความสมัครใจ การดำเนินงานกำหนดให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่นั้นๆ ที่ผ่านการอบรมแล้วเป็นแกนนำหลักในการประเมินผลกระทบ โดยมีทีมจัดการสุขภาพเป็นผู้ช่วยประเมิน

การสำรวจชุมชนโดยใช้เครื่องมือ 7 ชิ้น ทีมจัดการสุขภาพจะดำเนินงานเป็นครั้งๆ ตามรายละเอียดข้างต้น ส่วนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ ไม่ได้ดำเนินงานอย่างเต็มรูปแบบ นำมาใช้เฉพาะขั้นการสำรวจเบื้องต้น เพื่อใช้ประเมินผลกระทบหรือภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพของแรงงานนอกระบบ ซึ่งข้อมูลที่ได้สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนจัดการสุขภาพต่อไป โดยประเมินจะดำเนินการควบคู่ไปกับการใช้เครื่องมือ 7 ชิ้น โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นหลักในการดำเนินงาน ซึ่งสามารถสรุปผลการดำเนินงาน ได้ดังต่อไปนี้

การสำรวจชุมชนโดยใช้เครื่องมือ 7 ชิ้น

ทีมจัดการสุขภาพสามารถทำงานร่วมกันเป็นทีมได้ดี โดยเฉพาะทีมงาน อสม. จะมีความเข้มแข็งและตั้งใจทำงานมาก กอปรกับพื้นที่นั้นมีผู้นำชุมชนที่ให้ความสนใจเข้าร่วมทีมด้วยจะทำให้ทีมจัดการสุขภาพมีความเข้มแข็งมากในการดำเนินงาน ซึ่งสะท้อนได้จากคำพูดของ อสม. หลายๆ ท่านในพื้นที่ ดังข้อมูลต่อไปนี้

"ม่วนดี (สนุกดี) ได้เดินแอ่ว (เที่ยว) ในหมู่บ้าน บ่ได้เดินค่อย (เดินทั่วหมู่บ้าน) มาเมิน (นาน) ละ" หรือ

"ถ้ามีป้อหลวง (ผู้ใหญ่บ้าน) มาตวยจะอี้ (อย่างนี้) หมู่เฮาสู้ต๋าย" หรือ

"อิด (เหนื่อย) ก็อิต ฮ้อน (ร้อน) ก็ฮ้อน แต่หมอ (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข) ออกมาตวย (ด้วย) เฮาก็สู้"

"เหมือนได้ทำงานใหม่ๆ ม่วน (สนุก) ไปแห๋มแบบ (อีกแบบ)"

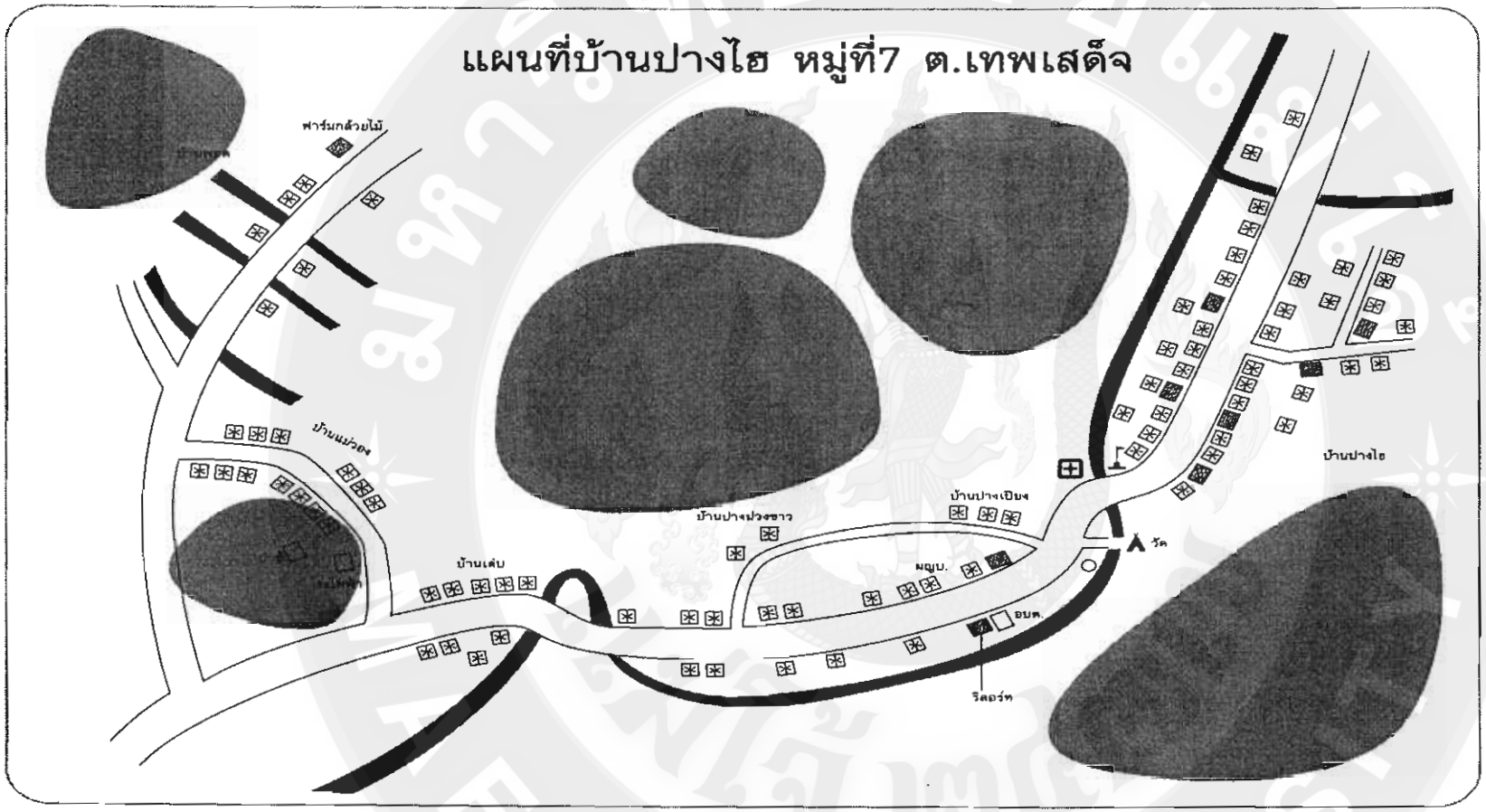
ข้อมูลเหล่านี้ล้วนสะท้อนให้เห็นว่า ทีมจัดการสุขภาพทั้ง 3 ทีม มีความเข้าใจในงานที่ทำ มีความสนุกในการได้สำรวจชุมชนร่วมกัน และมีผู้นำ หรือเจ้าหน้าที่ภาครัฐร่วมเดินเคียงข้างเสมือนเป็นกำลังใจในการทำงานได้อย่างดี จนทำให้ทีมจัดการสุขภาพประสบความสำเร็จในการสำรวจชุมชนเป็นอย่างดี และได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการจัดการสุขภาพได้เป็นอย่างดี โดยข้อมูลที่นำเสนอต่อไปนี้สามารถแยกออกเป็น ดังต่อไปนี้

1. แผนที่เดินดิน เป็นเครื่องมือที่สำคัญและจำเป็นต้องทำเมื่อเข้าไปศึกษาชุมชน เพราะทำให้เห็นภาพรวมของชุมชนครบถ้วน ทำให้ได้ข้อมูลต่างๆ ในระยะเวลาสั้น และมีความน่าเชื่อถือมาก แต่ทีมจัดการสุขภาพต้องออกเดินสำรวจพร้อมกัน เพื่อให้เกิดมุมมองเดียวกัน รวมทั้งต้องวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกันหลังสำรวจทันที เพื่อจะได้ข้อมูลที่ยังจดจำได้ตรงกัน การเริ่มทำอาจเริ่มจากโครงสร้างของแผนที่แสดงอาณาเขตทั่วไปที่มีอยู่แล้ว แล้วสำรวจข้อมูลทางสังคมและความเชื่อมโยงของข้อมูลที่ต้องการเพิ่มเติม โดยประโยชน์ของการนำไปใช้ คือ แผนที่จะบอกได้ถึงความชุกหรือการกระจายตัวของแรงงานนอกระบบในพื้นที่ บอกความสัมพันธ์เชิงสังคมในชุมชน แสดง

สถานที่ชุมชนเพื่อประกอบอาชีพหรือทำที่บ้านตัวเอง ซึ่งจะมีผลดีต่อการเฝ้าระวังโรค การให้ความรู้แบบกลุ่ม หรือบอกต่อ และการวางแผนการรณรงค์ในพื้นที่ ตัวอย่างแผนที่เดินดินแสดงไว้ในภาพที่ 6-8

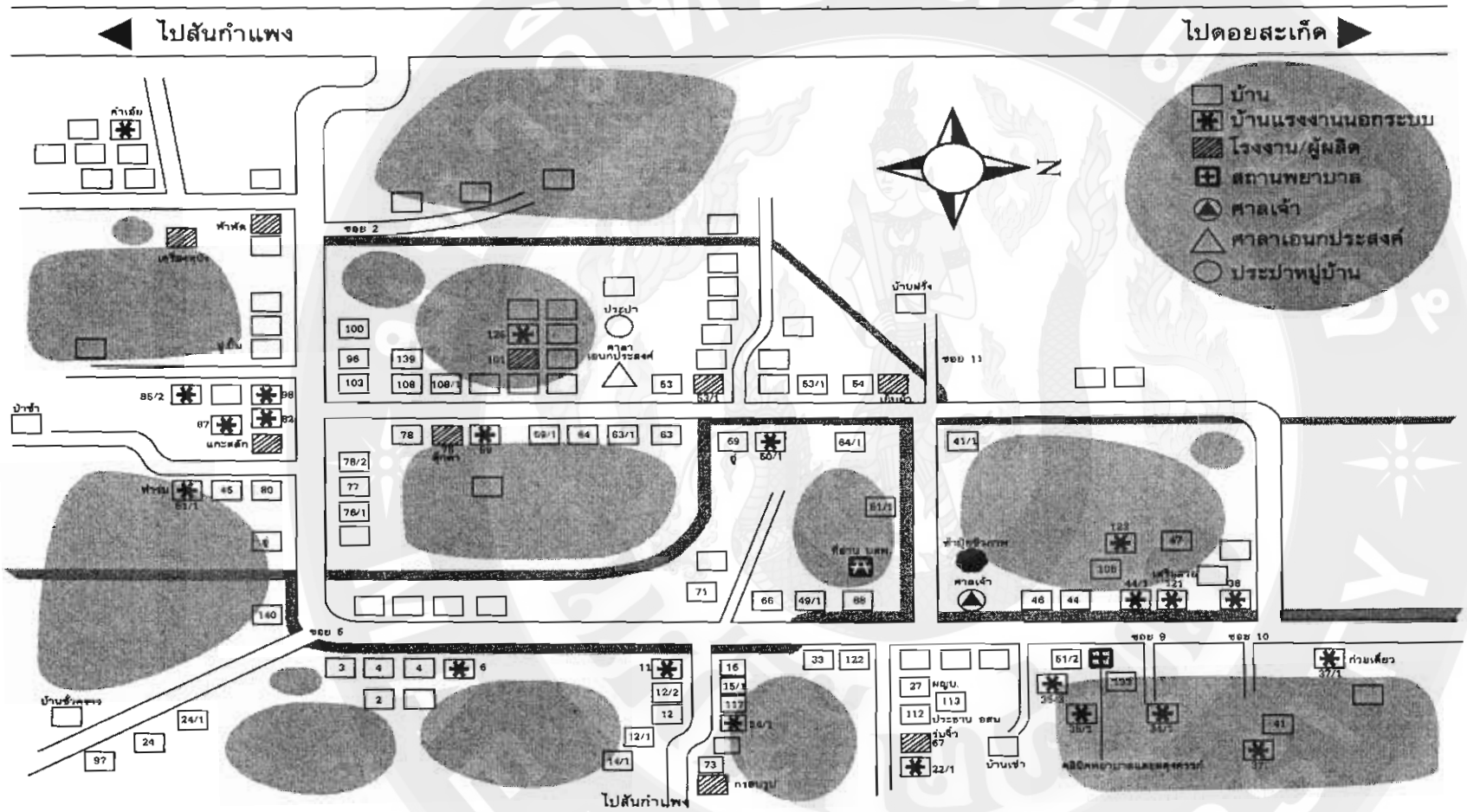
2. ผังเครือญาติ เป็นเครื่องมือที่ช่วยให้รู้จักและเข้าใจความสัมพันธ์ทางสังคมขั้นพื้นฐานของสมาชิกในชุมชน และสามารถช่วยสร้างความคุ้นเคยให้กับคนในชุมชนในเวลาอันรวดเร็ว โดยเครื่องมือดังกล่าวจะทำให้ทีมจัดการสุขภาพสามารถมองเห็นว่า ในแต่ละครอบครัวมีการสืบทอดอาชีพนอกระบบจากรุ่นต่อรุ่นมาอย่างไร และรุ่นหลังจะมีการสืบทอดหรือไม่ สามารถนำไปคาดการณ์อาการของโรคจากการประกอบอาชีพในครอบครัวนั้นๆ ได้ รวมทั้งเกิดประโยชน์ในแง่ของการอนุรักษ์อาชีพ และการเฝ้าระวังโรค ส่วนการนำไปใช้ควรจะเลือกสัมภาษณ์เฉพาะรายที่มีความสำคัญ หรือเป็นตระกูลใหญ่ที่เกี่ยวข้องกับแรงงานนอกระบบจริงๆ จึงจะเห็นความสัมพันธ์และแนวโน้มของโรคจากการประกอบอาชีพ ดังนั้นก่อนการจะใช้เครื่องมือชิ้นนี้ ควรจะเลือกแรงงานนอกระบบที่จะสัมภาษณ์ก่อน มิฉะนั้นจะดูเหมือนเครื่องมือชิ้นนี้ไม่เกิดประโยชน์ต่อการนำมาใช้ในการสำรวจแรงงานนอกระบบ ตัวอย่างผังเครือญาติแสดงไว้ในภาพที่ 9-11

3. โครงสร้างองค์กรชุมชน เป็นเครื่องมือศึกษาหาความสัมพันธ์ทางสังคมในแง่มุมต่างๆ ทั้งโครงสร้างด้านเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองของชุมชน ซึ่งจะทำให้ทราบบทบาท อำนาจหน้าที่ การรวมกลุ่ม และความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างหน่วยต่างๆ ในชุมชนทั้งจากผู้นำที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ทีมจัดการสุขภาพต้องสำรวจองค์กรต่างๆ ที่มีอยู่ในชุมชน แล้วนำข้อมูลมาเชื่อมโยงให้เห็นความสัมพันธ์ของกลุ่มองค์กรต่างๆ กับแรงงานนอกระบบว่า นอกจากจะคำนึงถึงการทำงานของตนเองแล้ว ยังมีการพึ่งพิงทางสังคมที่หลากหลาย จะเห็นได้ว่าบางคนเป็นสมาชิกหลายองค์กร ทำให้ทราบว่าเราสามารถตึงศักยภาพการดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบที่เป็นสมาชิกองค์กรชุมชนต่างๆ เข้ามาจัดการสุขภาพแรงงานนอกระบบทั้งหมดได้ โดยเฉพาะในระยะแรกๆ ของการดำเนินงานที่แรงงานนอกระบบยังไม่เห็นความสำคัญหรือยังไม่เข้ามามีส่วนร่วม โครงสร้างอำนาจชุมชนจะแสดงให้เห็นถึงองค์กรชุมชนที่มีอาชีพเป็นแรงงานนอกระบบด้วย ก็จะเลือกบุคคลกลุ่มนี้เข้ามาเป็นทีมจัดการสุขภาพในระยะแรกได้ ตัวอย่างโครงสร้างอำนาจชุมชนแสดงไว้ในภาพที่ 12-14



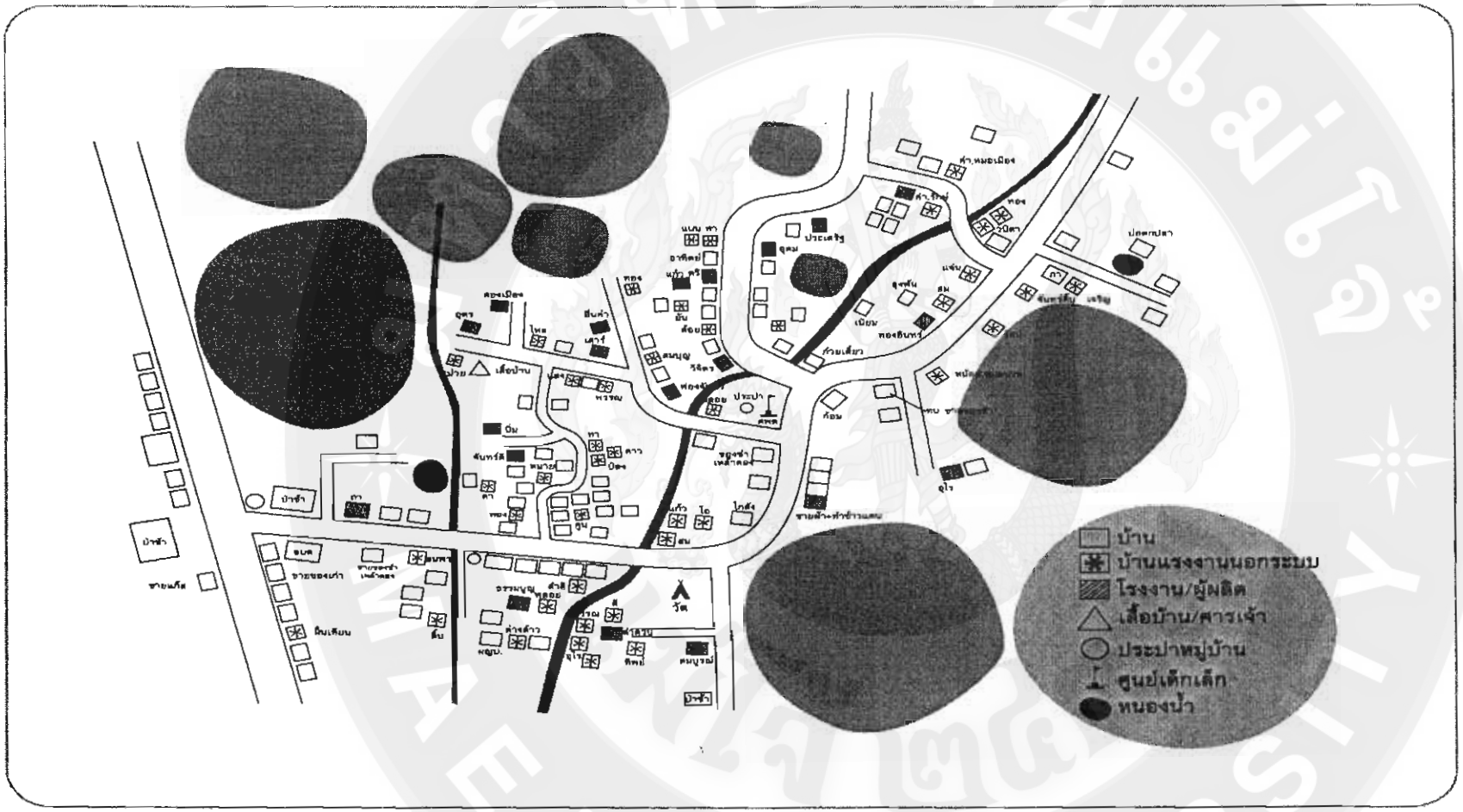
ภาพที่ 6 แผนที่เดินดินบ้านปางไฮ หมู่ที่ 7 ตำบลเทพเสด็จ

หมายเหตุ ปรับปรุงจาก สถานีอนามัยตำบลเทพเสด็จ (2552: 3)



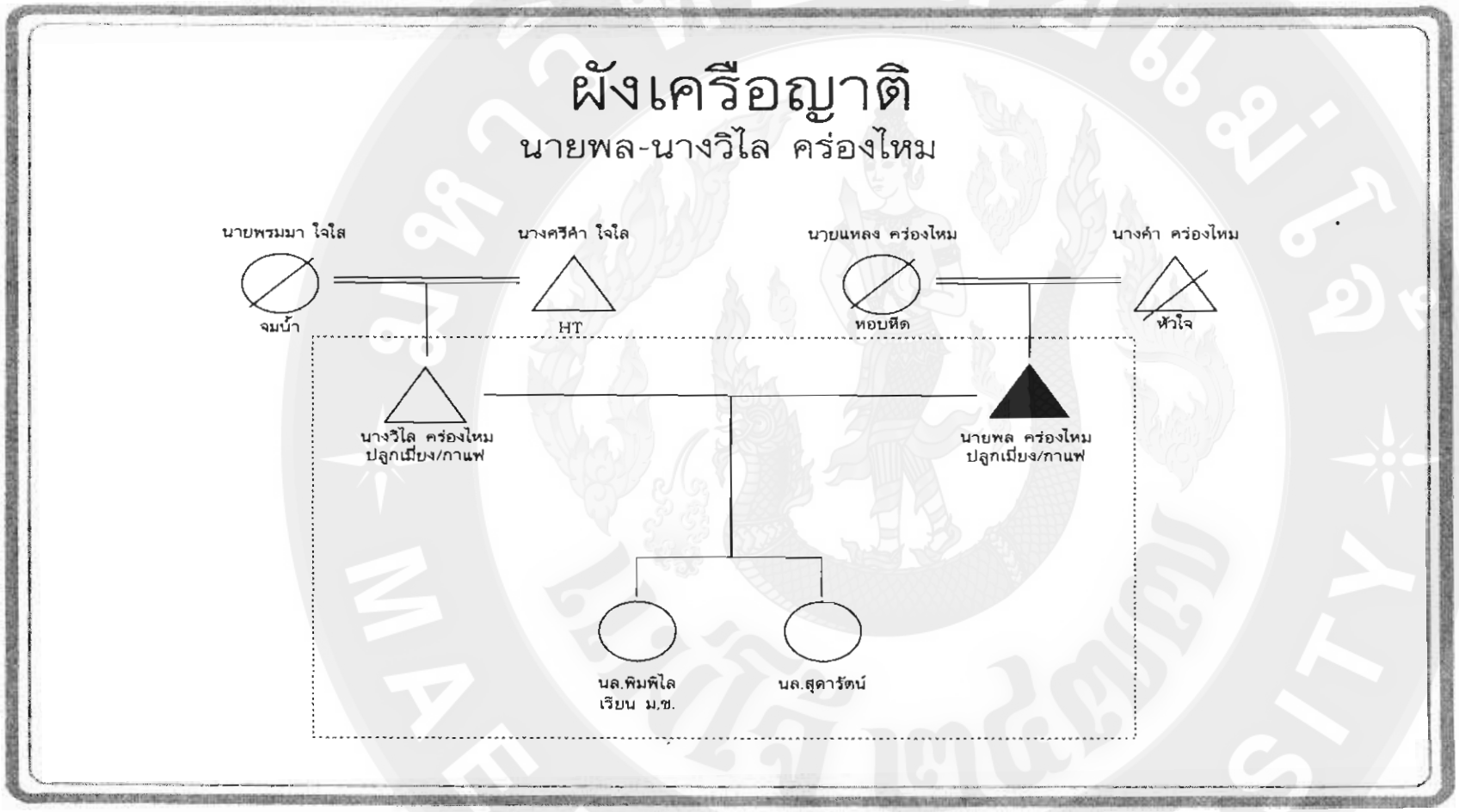
ภาพที่ 7 แผนที่เดินดิน บ้านสันต้นแหนใต้ หมู่ที่ 5 ตำบลแม่คือ

หมายเหตุ ปรับปรุงจาก สถานีอนามัยตำบลแม่คือ (2552: 3)



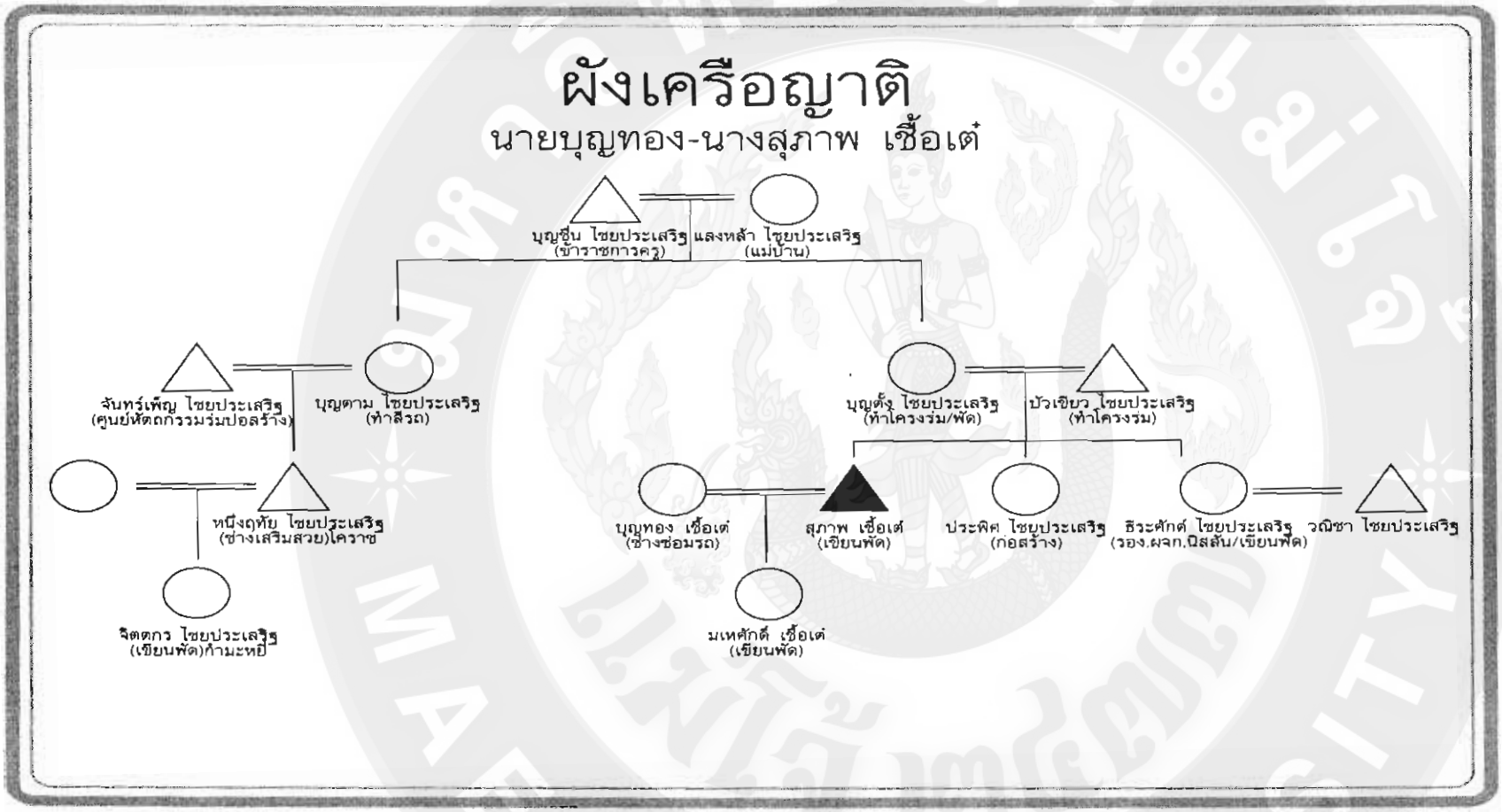
ภาพที่ 8 แผนที่เดินดินบ้านถ้ำ หมู่ที่ 3 ตำบลตลาดขวัญ

หมายเหตุ ปรับปรุงจาก สถานีอนามัยตำบลตลาดขวัญ (2552: 3)



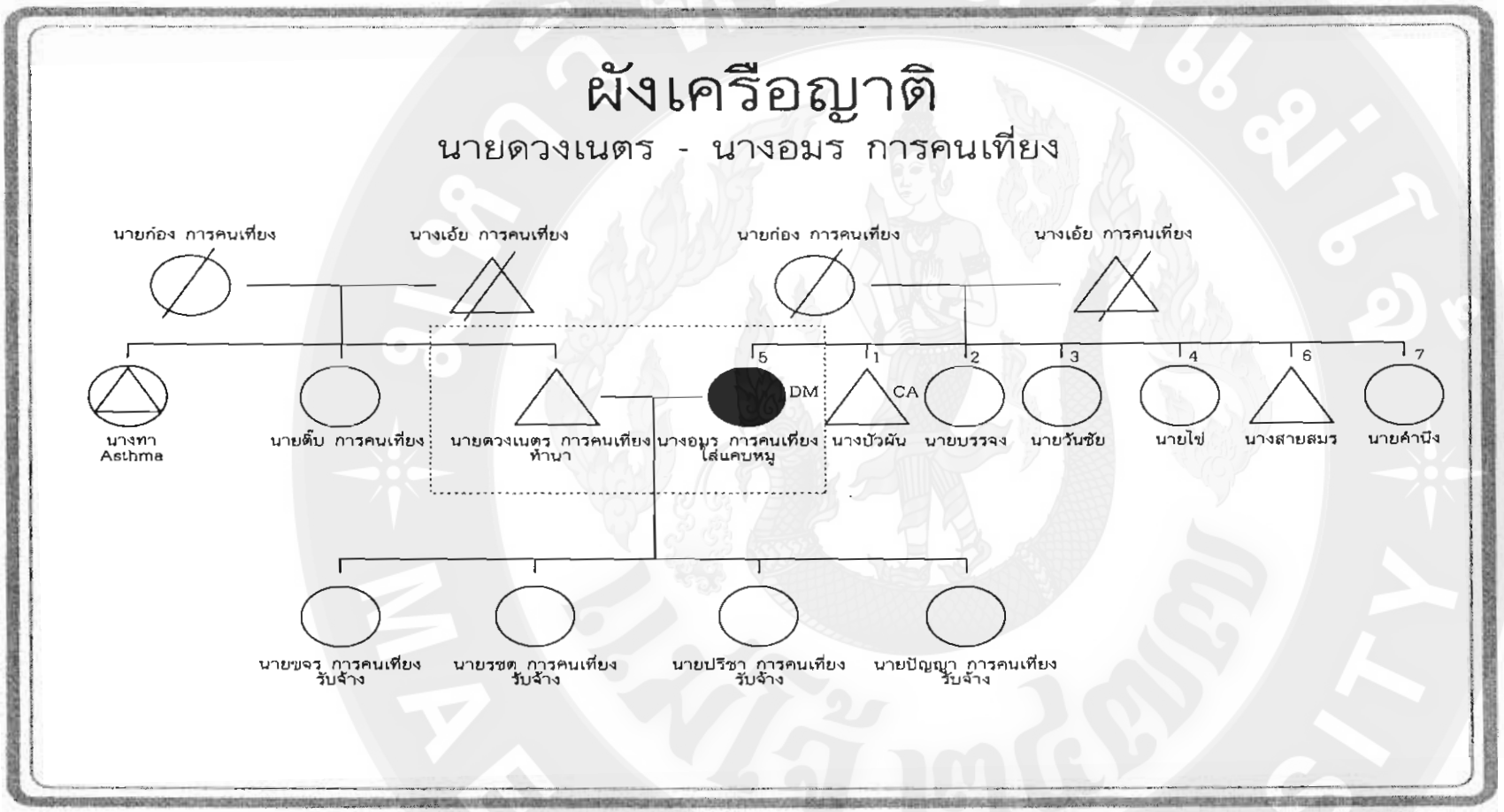
ภาพที่ 9 ผังเครือญาติครอบครัวนายพล นางวิไล ครองไหม บ้านปางไฮ หมู่ที่ 7 ตำบลเทพเสด็จ

หมายเหตุ ปรับปรุงจาก โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ (2545: 12)



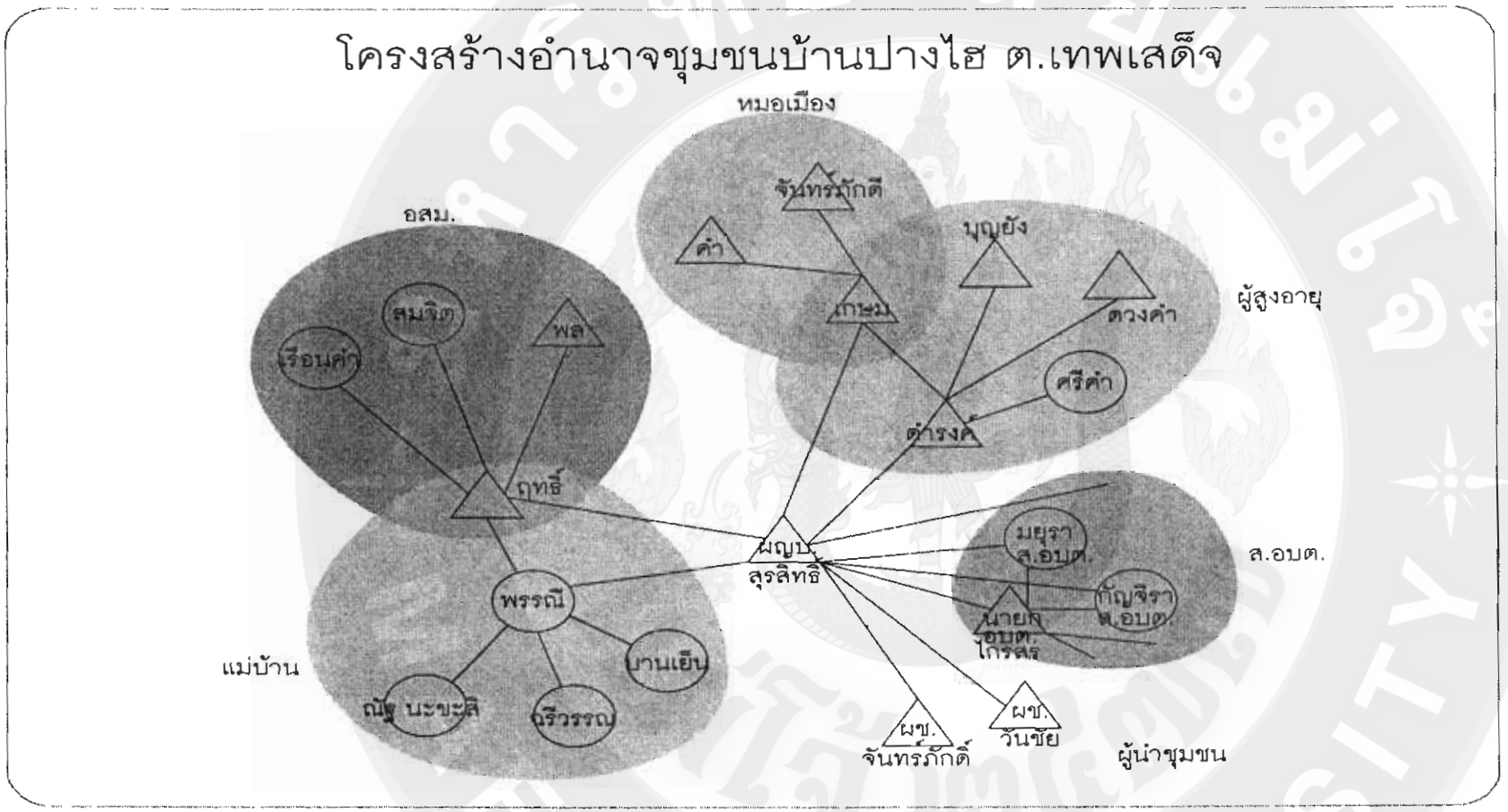
ภาพที่ 10 ผังเครือญาติครอบครัวนายบุญทอง นางสุภาพ เชื้อเต๋ บ้านสันต้นแหนใต้ หมู่ที่ 5 ตำบลแม่คือ

หมายเหตุ ปรับปรุงจาก โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ (2545: 12)



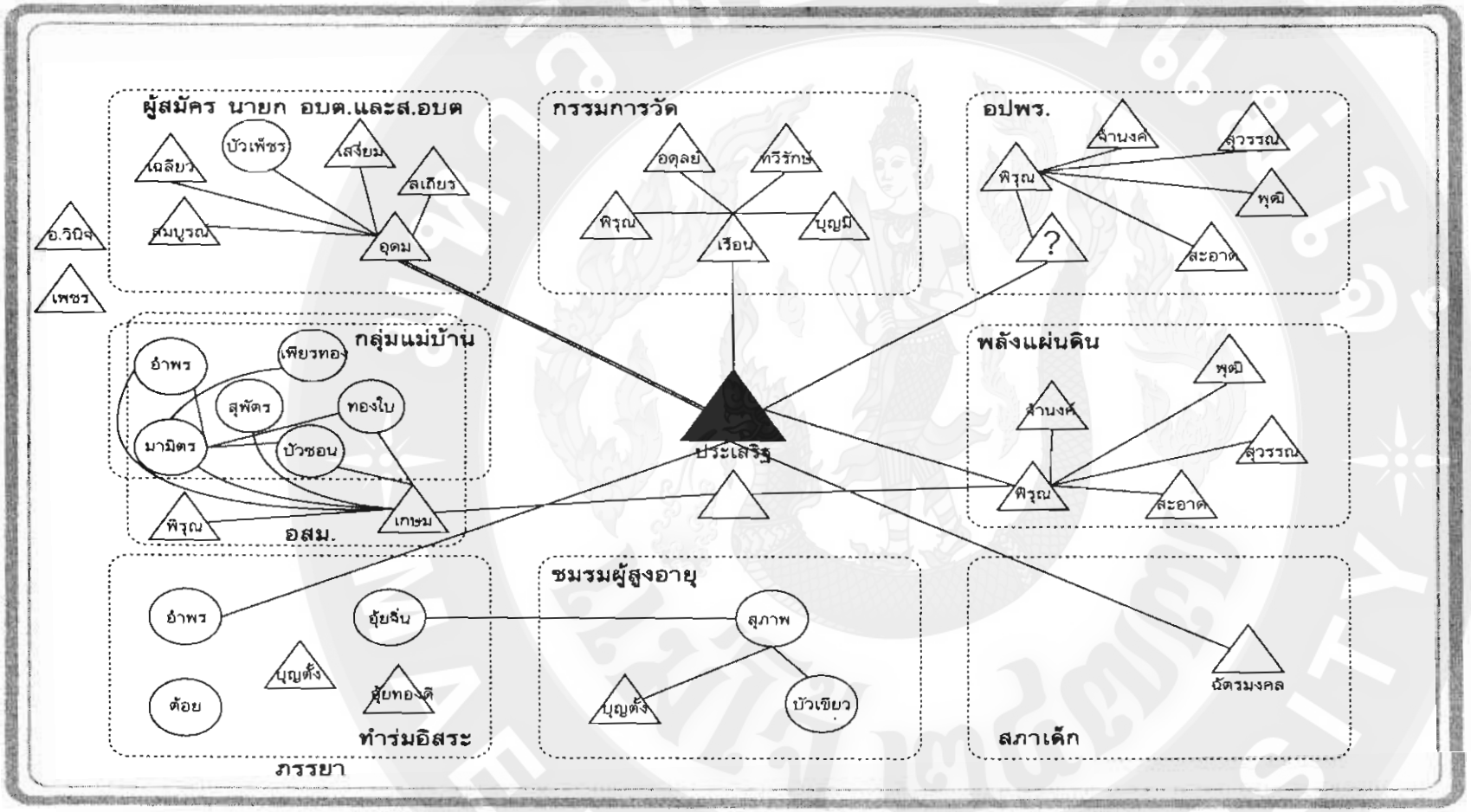
ภาพที่ 11 ผังเครือญาตินายดวงเนตร นางอมร การคนเที่ยง บ้านถ้ำ หมู่ที่ 3 ตำบลตลาดขวัญ

หมายเหตุ ปรับปรุงจาก โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ (2545: 12)



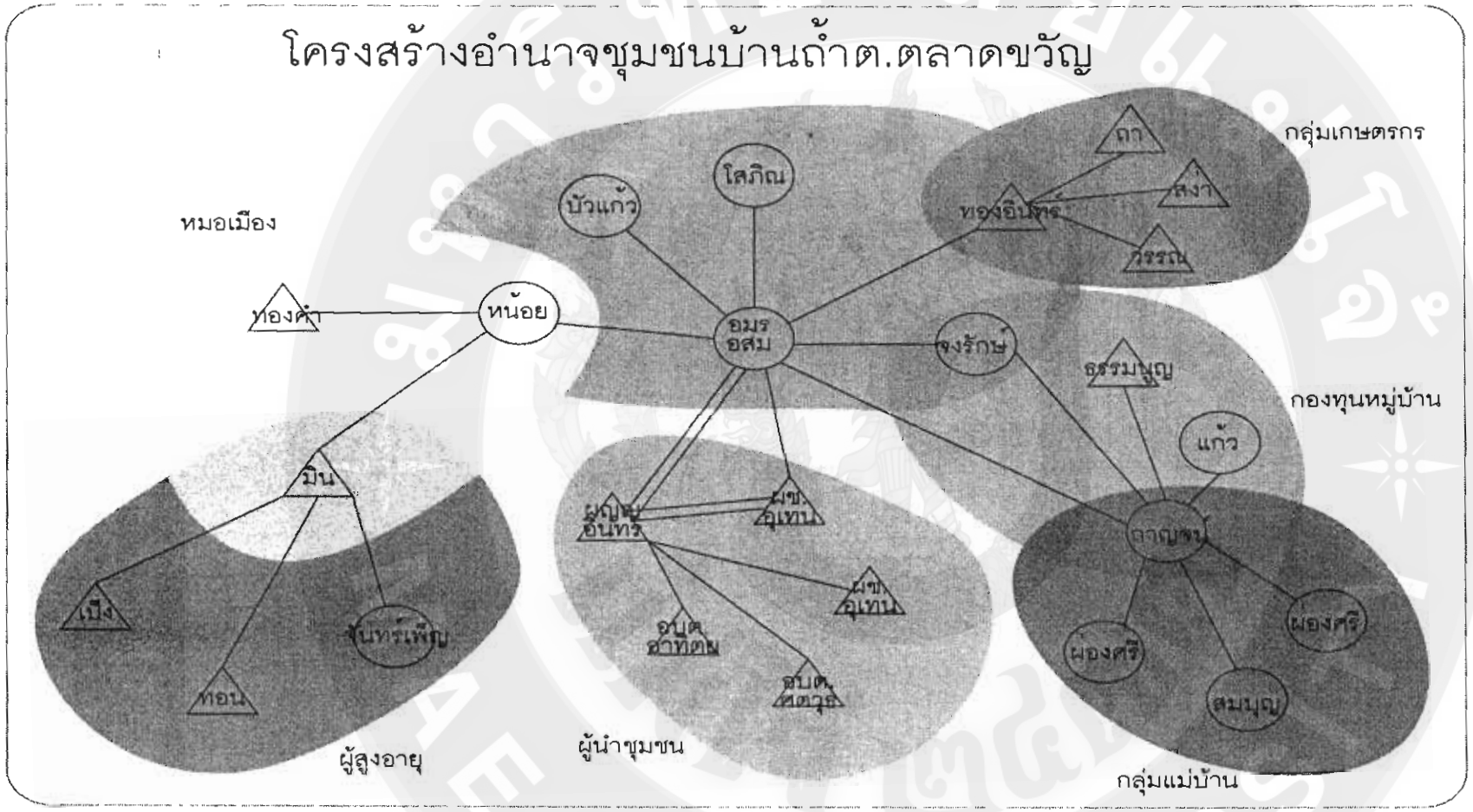
ภาพที่ 12 โครงสร้างอำนาจชุมชน บ้านปางไฮ หมู่ที่ 7 ตำบลเทพเสด็จ

หมายเหตุ ปรับปรุงจาก โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ (2545: 16)



ภาพที่ 13 โครงสร้างอำนาจชุมชน บ้านสันต้นแหนใต้ หมู่ที่ 5 ตำบลแม่คือ

หมายเหตุ ปรับปรุงจาก โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ (2545: 16)

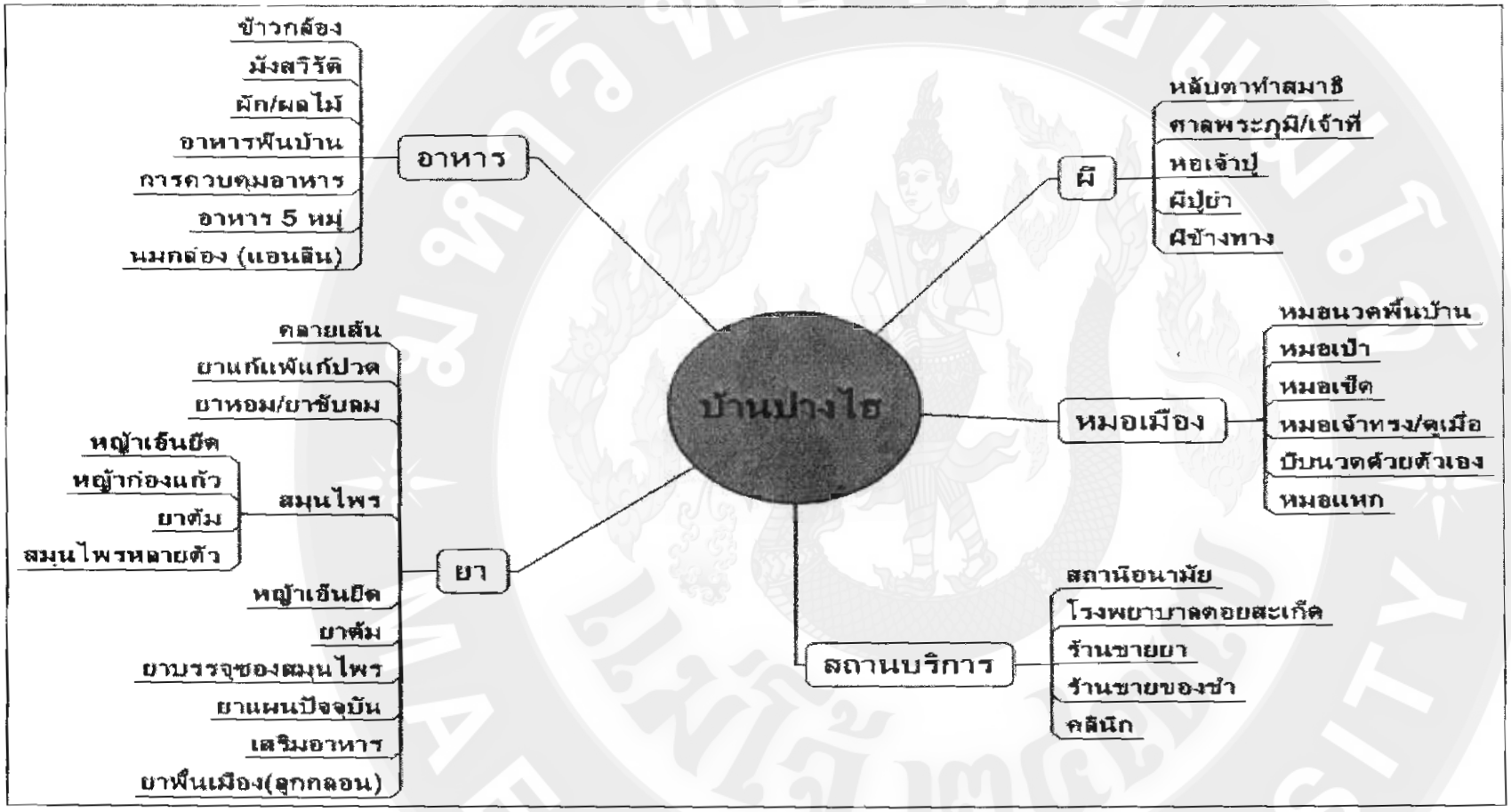


ภาพที่ 14 โครงสร้างอำนาจชุมชน บ้านถ้ำ หมู่ที่ 3 ตำบลตลาดขวัญ

หมายเหตุ ปรับปรุงจาก โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ (2545: 16)

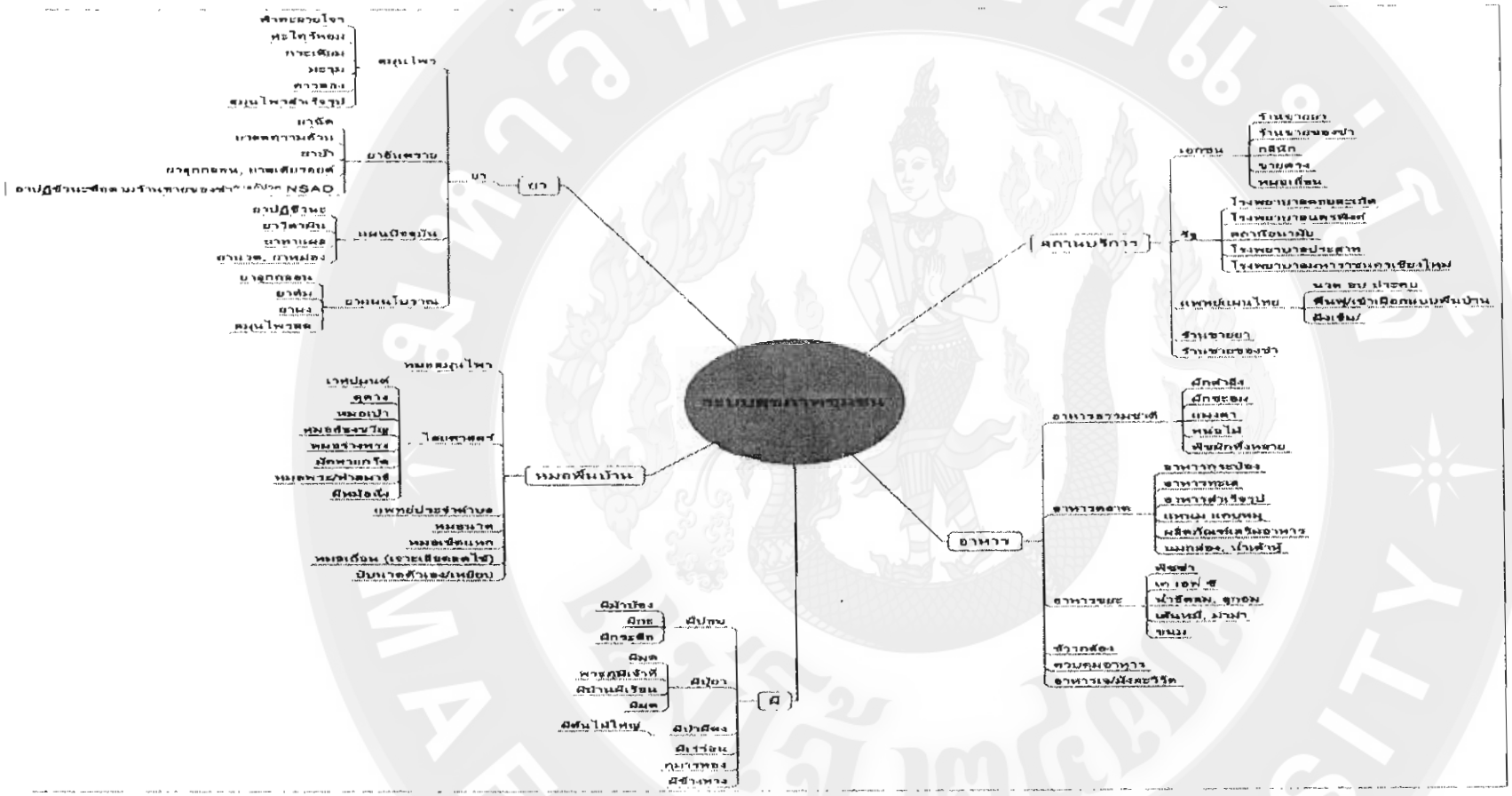
4. ระบบสุขภาพชุมชน เป็นเครื่องมือที่ช่วยให้เข้าใจกระบวนการเยียวยารักษาโรคที่มีอยู่ในชุมชน ในแง่ของทัศนคติ และความรู้สึกนึกคิดของชุมชนเกี่ยวกับโรค หรือความเจ็บป่วย ตลอดจนวิธีการรักษาโรคที่มีอยู่อย่างหลากหลายในชุมชนได้ใน 3 ระบบ คือ ระบบการแพทย์ภาคประชาชน ระบบการแพทย์พื้นบ้าน และระบบการแพทย์สมัยใหม่ โดยนำข้อมูลจากการสำรวจมาเขียนเป็นแผนที่ความคิด (Mine map) เพื่อแยกเห็นถึงการดูแลสุขภาพของชุมชนและแรงงานนอกระบบทำให้เห็นภาพแหล่งบริการด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้นที่มีอยู่ในชุมชน ที่สามารถเป็นที่พึ่งแก่แรงงานนอกระบบได้โดยไม่ทำให้เสียเวลาในการงานมากนัก รวมทั้งทำให้เห็นประเภทของการดูแลสุขภาพและการรักษาพยาบาลที่หลากหลายทั้ง 3 ระบบ สามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการจัดการสุขภาพได้ ตัวอย่างระบบสุขภาพชุมชนแสดงไว้ในภาพที่ 15-17

5. ปฏิทินชุมชน เป็นเครื่องมือที่ทำให้เห็นวิถีชีวิตของชุมชน ทำให้รู้ว่าในแต่ละรอบปี รอบเดือน หรือในแต่ละวัน ชาวบ้านทำอะไร อย่างไร และเมื่อไรบ้าง ทั้งการประกอบอาชีพ และวัฒนธรรม ประเพณี ซึ่งถือว่ามีความสำคัญมากต่อการจัดการสุขภาพแรงงานนอกระบบ เพราะจะทำให้ทราบช่วงเวลาในการทำงาน ทำให้สามารถวางแผนในการจัดการสุขภาพได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะแรงงานนอกระบบภาคการผลิต และการบริการ ที่ทำงานแบบไม่พึ่งพิงธรรมชาติ จะทำงานตลอดปี ส่วนภาคการเกษตรที่ต้องพึ่งพิงธรรมชาติ จะมีช่วงเวลาหยุดพักบ้างมากหรือน้อยตามแต่ธรรมชาติที่เข้าไปเกี่ยวข้อง เช่น ทำสวนเมี่ยง ก็จะมีช่วงหยุดพักระยะสั้นๆ แต่การทำนา จะเห็นมีช่วงหยุดพักงานที่นานกว่า แต่อย่างไรก็ตามช่วงว่างจากการทำนา ชาวบ้านก็จะหลั่งไหลเข้ามาสู่งานนอกระบบอื่นๆ แทน เพื่อเพิ่มรายได้ช่วงหยุดพักทำนา จึงถือว่าแทบแรงงานนอกระบบไม่มีเวลาว่างเลยในแต่ละปี ดังนั้นการรณรงค์ต่างๆ ในแรงงานนอกระบบก็จะต้องดูช่วงระยะเวลาว่างงานจากปฏิทินชุมชนชุดนี้ ซึ่งตัวอย่างได้นำเสนอในภาพที่ 18-20



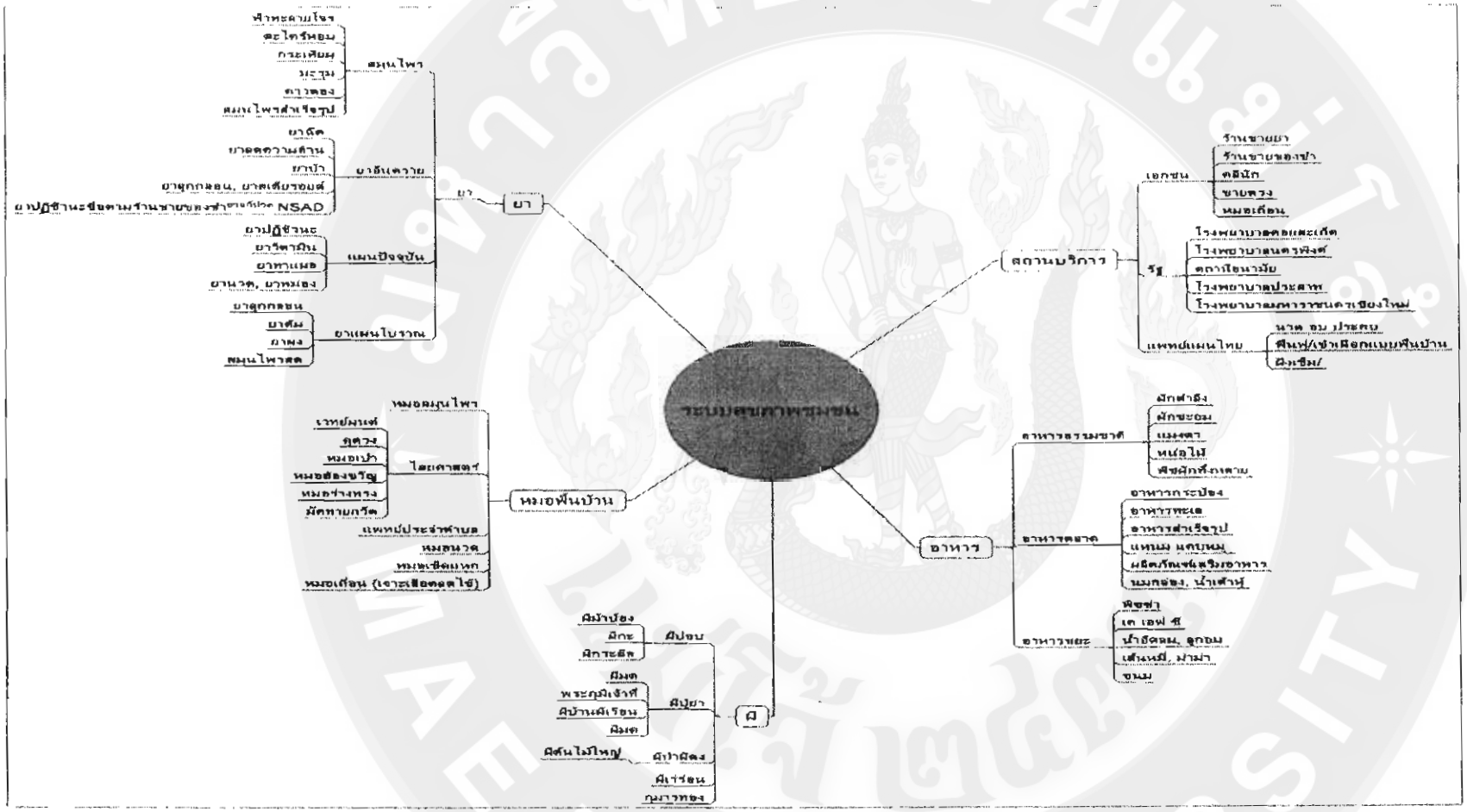
ภาพที่ 15 ระบบสุขภาพชุมชน บ้านปางไฮ หมู่ที่ 7 ตำบลเทพเสด็จ

หมายเหตุ ปรับปรุงจาก โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ (2545: 19)



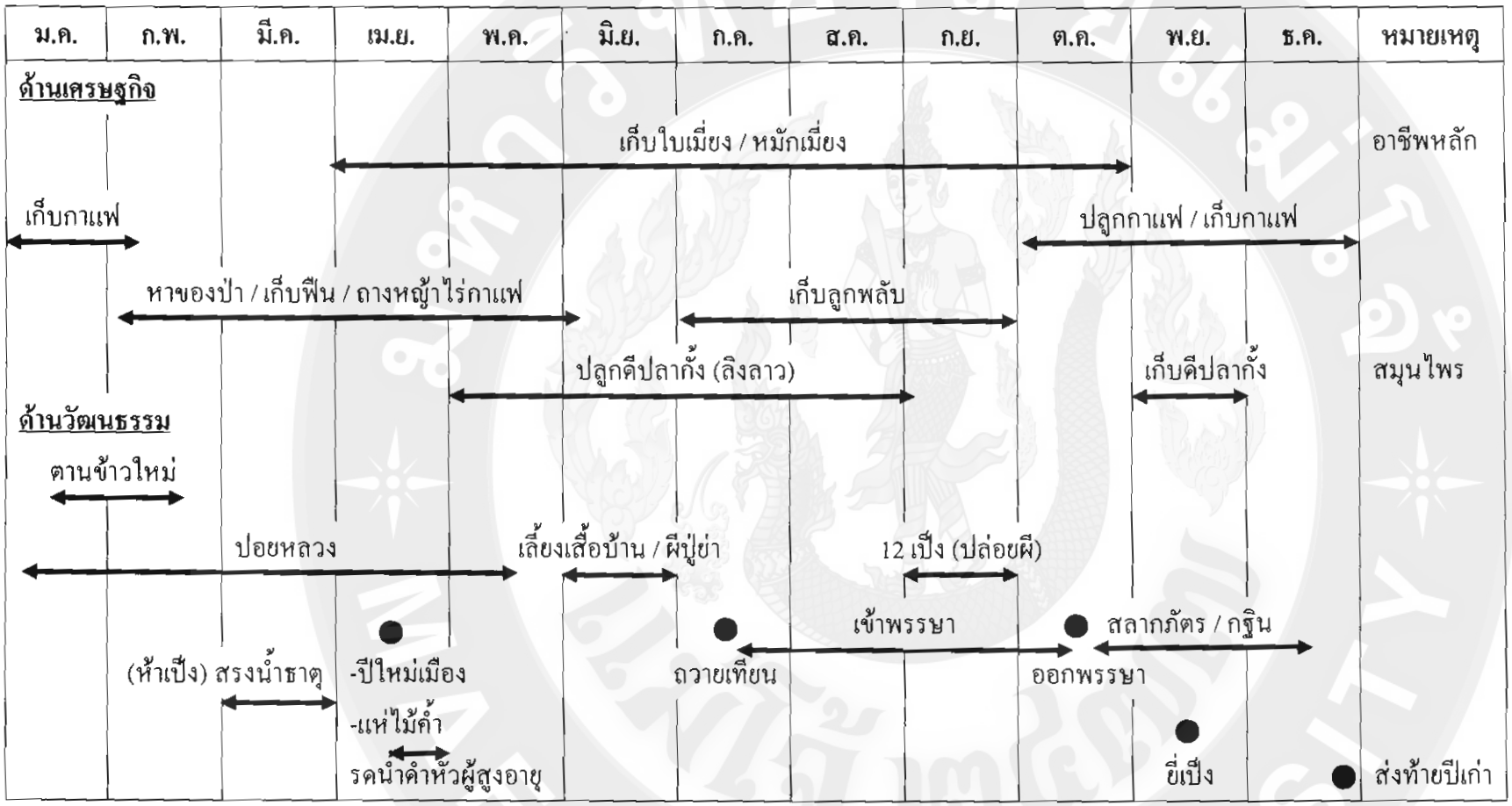
ภาพที่ 16 ระบบสุขภาพชุมชน บ้านสันต้นแหนใต้ หมู่ที่ 5 ตำบลแม่คือ

หมายเหตุ ปรับปรุงจาก โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ (2545: 19)



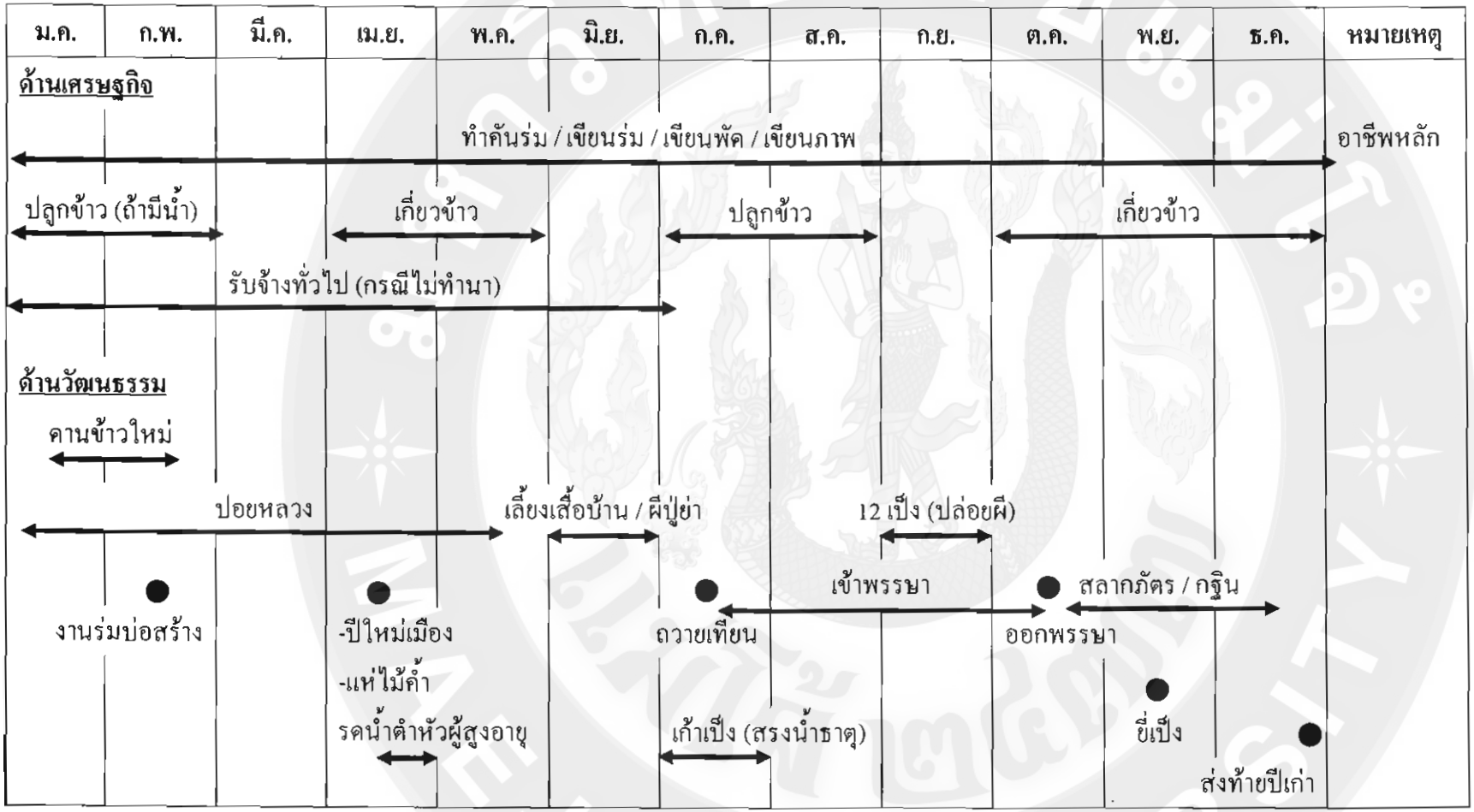
ภาพที่ 17 ระบบสุขภาพชุมชน บ้านถ้ำ หมู่ที่ 3 ตำบลตลาดขวัญ

หมายเหตุ ปรับปรุงจาก โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ (2545: 19)



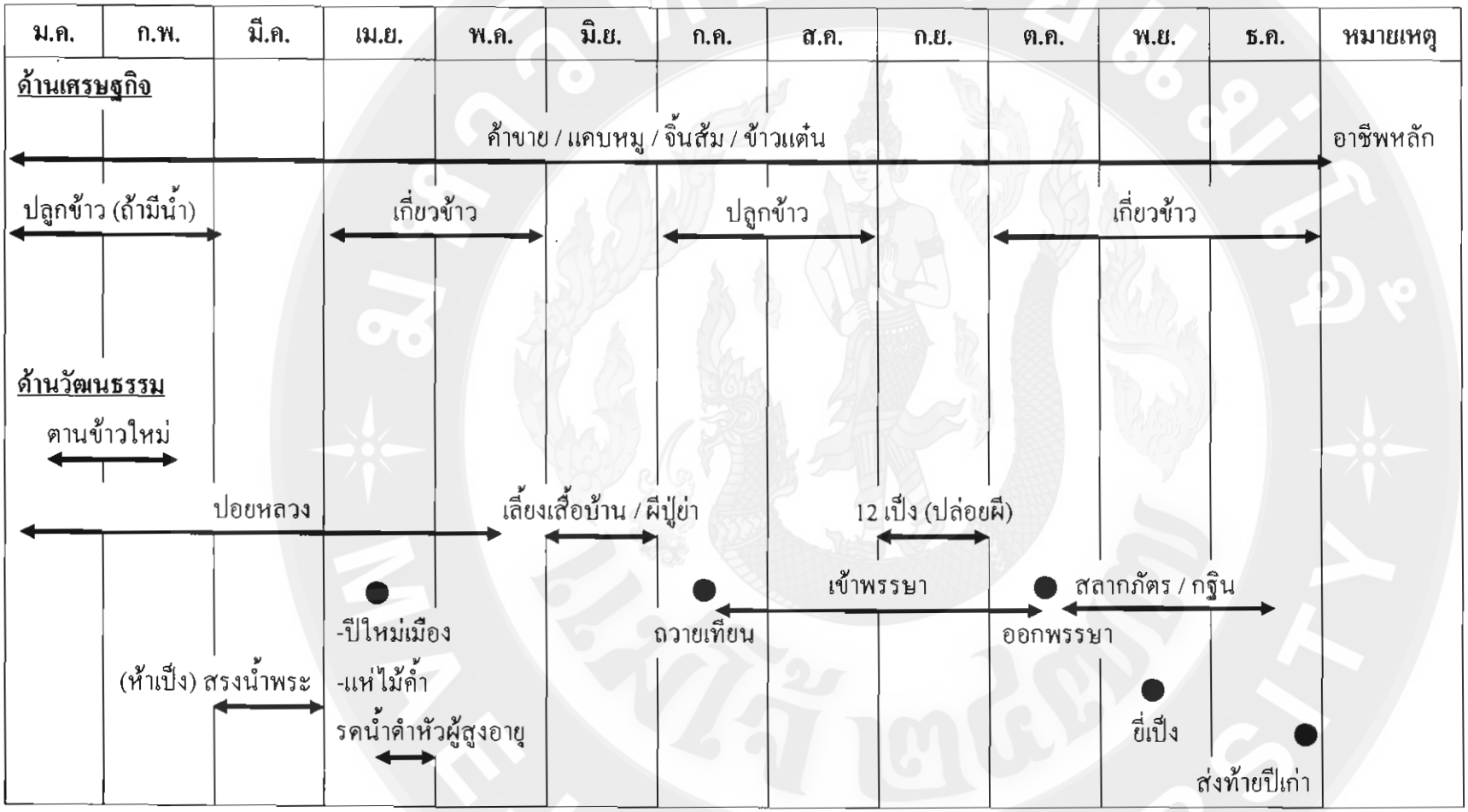
ภาพที่ 18 ปฏิทินชุมชน บ้านปางไฮ หมู่ที่ 7 ตำบลเทพเสด็จ

หมายเหตุ ปรับปรุงจาก โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ (2545: 22)



ภาพที่19 ปฏิทินชุมชน บ้านสันต้นแหนใต้ หมู่ที่ 5 ตำบลแม่คือ

หมายเหตุ ปรับปรุงจาก โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ (2545: 22)

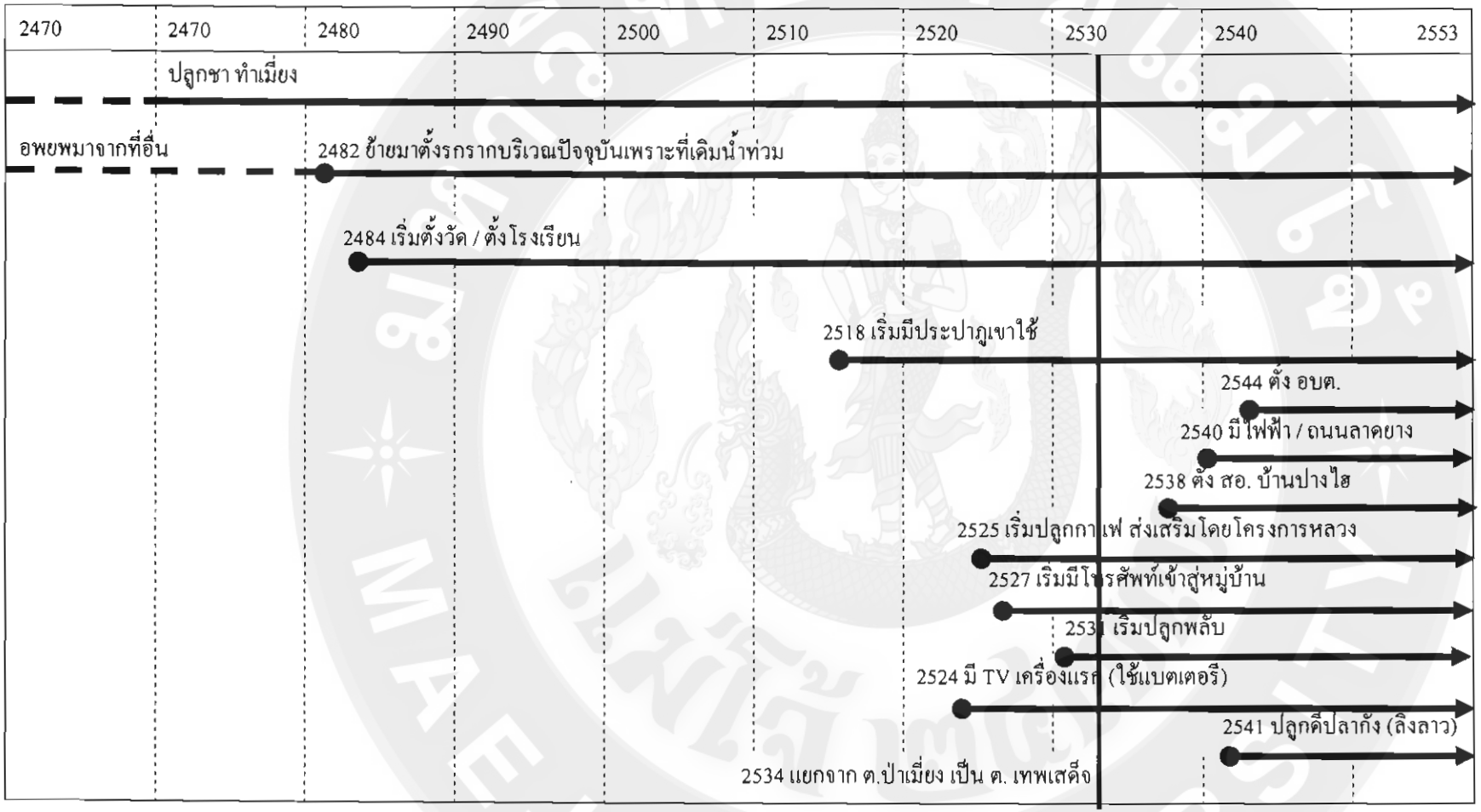


ภาพที่ 20 ปฏิทินชุมชน บ้านถ้ำ หมู่ที่ 3 ตำบลตลาดขวัญ

หมายเหตุ ปรับปรุงจาก โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ (2545: 22)

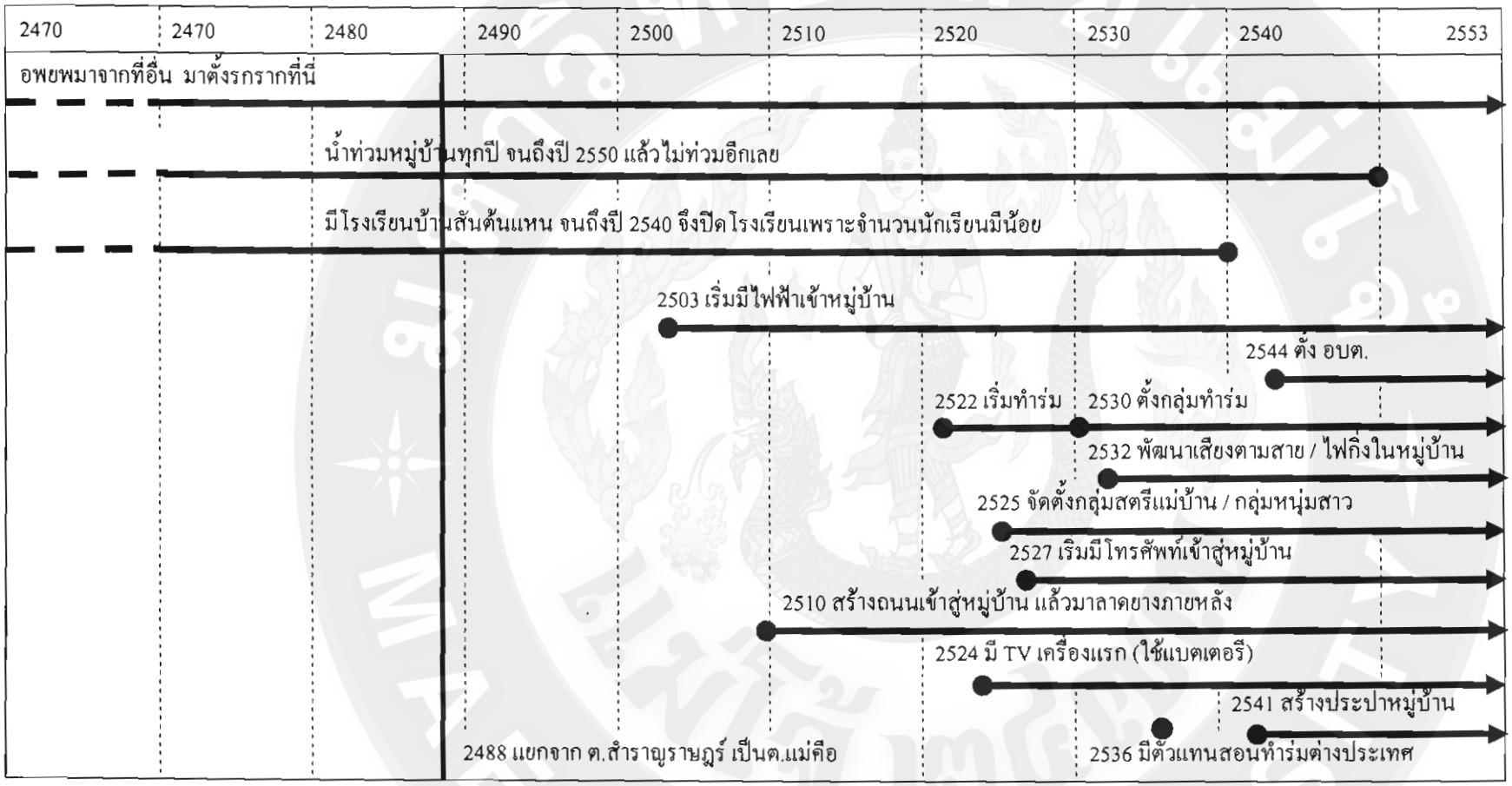
6. ประวัติศาสตร์ชุมชน เป็นเครื่องมือที่ศึกษาเรื่องราวความเป็นมาของชุมชนในด้านต่างๆ ทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และการเมือง ทำให้เข้าใจถึงความเป็นมาของชุมชน ทำให้เข้าใจชาวบ้านมากยิ่งขึ้น ผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการให้ข้อมูล คือ ผู้ใหญ่บ้าน ปราชญ์ชุมชน และผู้อาวุโสในหมู่บ้าน ซึ่งบางท่านอาจจะมีเอกสารข้อมูลประวัติศาสตร์ชุมชนที่เรียบเรียงไว้แล้วมาประกอบในเวทีด้วย แม้ว่าข้อมูลบางอย่างอาจจะดูเหมือนไม่เป็นประโยชน์ต่อการจัดการสุขภาพ แต่ก็ทำให้เห็นมุมมองความเชื่อมโยงของพัฒนาการอาชีพนอกระบบ ใครเป็นผู้เริ่มต้นทำครั้งแรกและทำเมื่อไร รวมทั้งความสัมพันธ์เชิงวัฒนธรรม และความเชื่อดั้งเดิมของชุมชนกับงานนอกระบบเป็นอย่างไร นำไปใช้ในการส่งเสริมอาชีพที่ทรงคุณค่าของชุมชนร่วมกับการป้องกันปัญหาสุขภาพได้ โดยตัวอย่างประวัติศาสตร์ชุมชนแสดงไว้ในภาพที่ 21-23

7. ประวัติชีวิต เป็นเครื่องมือที่ทำให้เห็นรายละเอียดชีวิตของผู้คน สร้างความเข้าใจในเรื่องราวชีวิตของชาวบ้าน การเจ็บป่วยที่เกิดจากการประกอบอาชีพ และเกิดมุมมองที่มีมิติความเป็นมนุษย์ ทำให้ได้เรียนรู้และเข้าใจวิถีชาวบ้านมากขึ้น การศึกษาจะทำการศึกษาในบุคคลสำคัญๆ ที่สามารถเป็นต้นแบบในการนำไปปฏิบัติได้ เช่น ผู้ประสบความสำเร็จหรือล้มเหลวจากการทำงานนอกระบบ ผู้ป่วยหรือพิการจากการทำงานนอกระบบ ฯลฯ ซึ่งจะสะท้อนถึงความสำเร็จหรือความล้มเหลว รวมทั้งลักษณะการเจ็บป่วยตลอดช่วงชีวิตการทำงานของแรงงานนอกระบบนอกระบบคนนั้นๆ เพื่อเป็นตัวอย่างให้แรงงานนอกระบบรุ่นหลังๆ ต่อไป ตัวอย่างประวัติชีวิตแสดงไว้ในภาพที่ 24-26



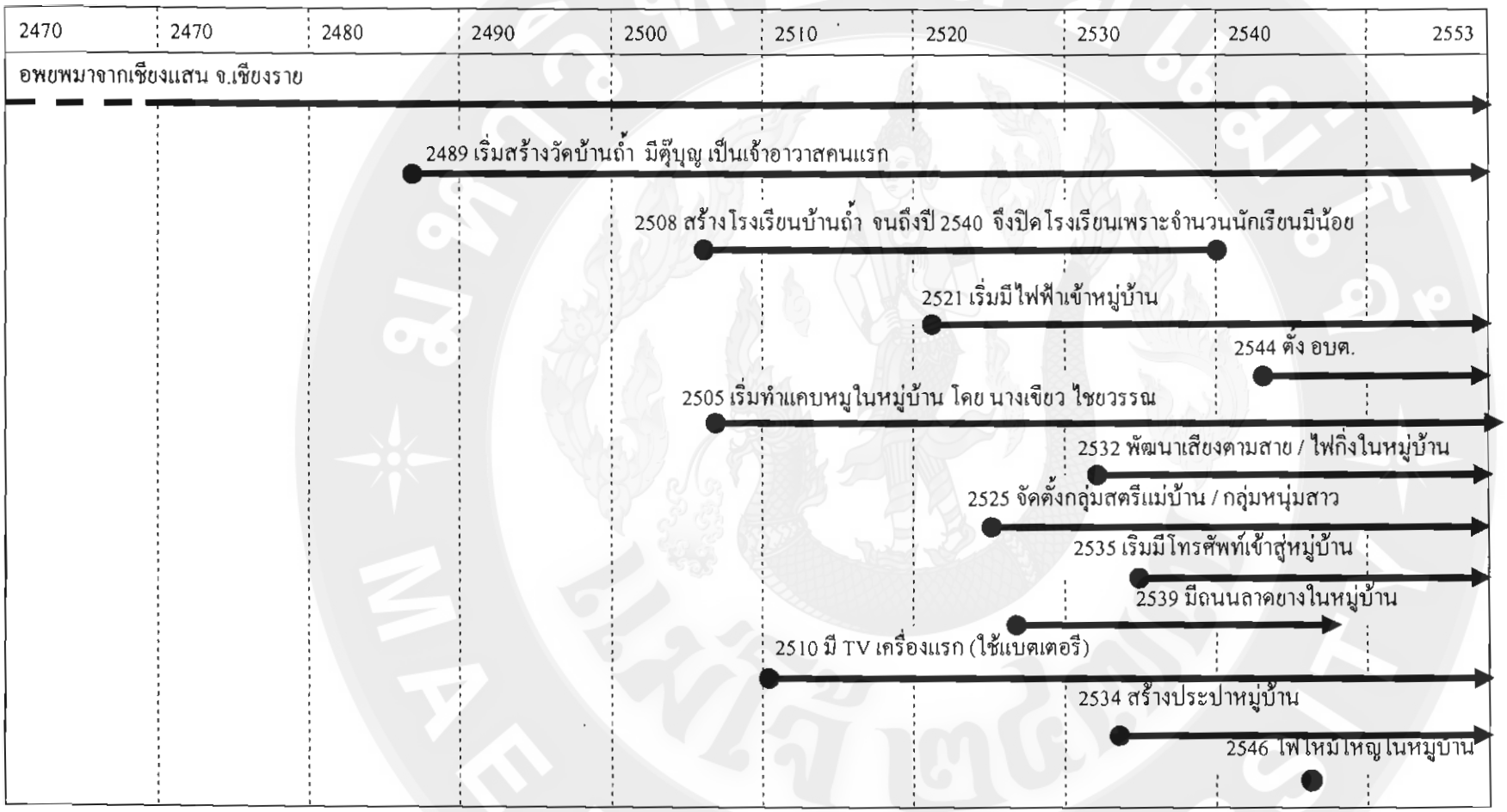
ภาพที่ 21 ประวัติศาสตร์ชุมชน บ้านปางไฮ หมู่ที่ 7 ตำบลเทพเสด็จ

หมายเหตุ ปรับปรุงจาก โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ (2545: 29)



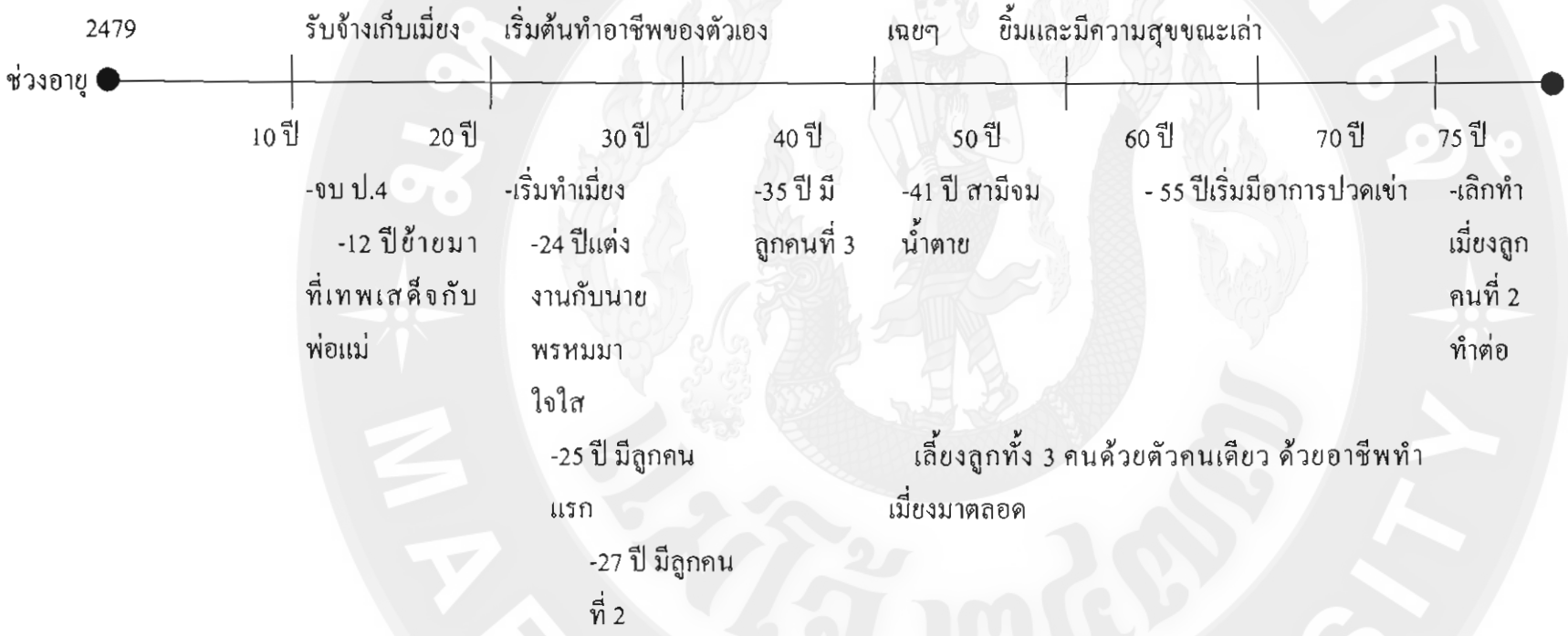
ภาพที่ 22 ประวัติศาสตร์ชุมชน บ้านสันต้นแหนใต้ หมู่ที่ 5 ตำบลแม่คือ

หมายเหตุ ปรับปรุงจาก โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ (2545: 29)



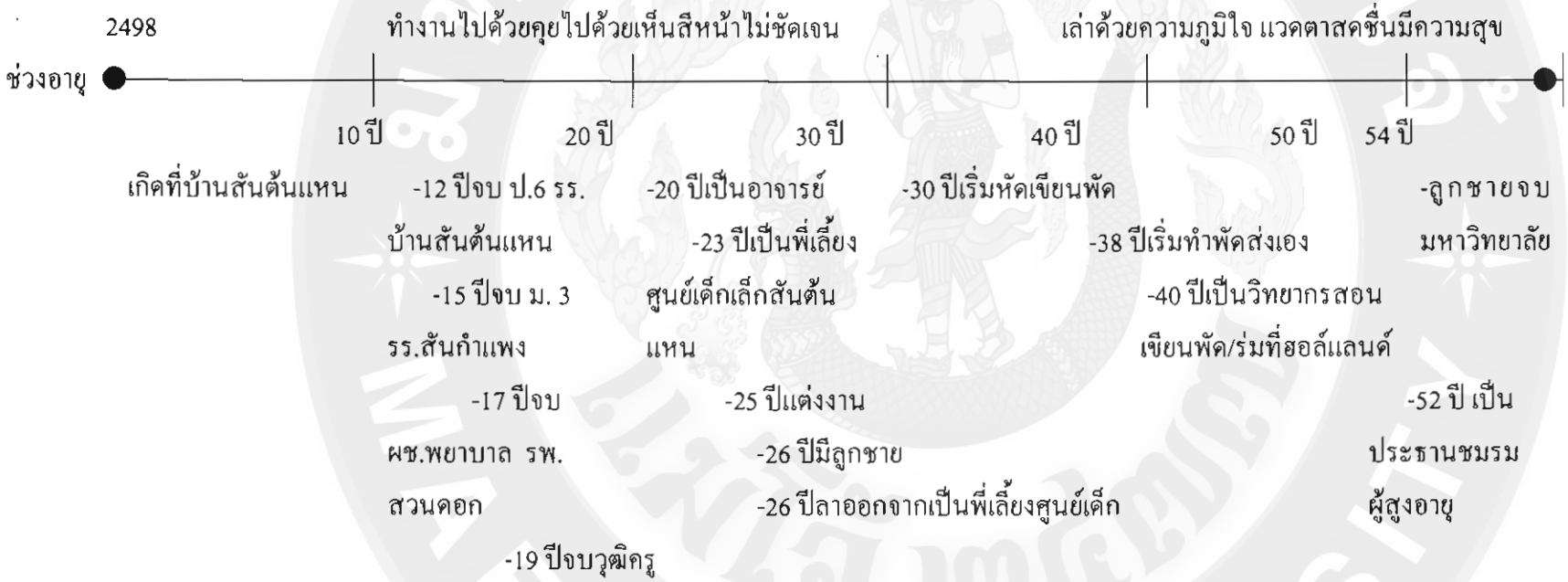
ภาพที่ 23 ประวัติศาสตร์ชุมชน บ้านถ้ำ หมู่ที่ 3 ตำบลดลาดขวัญ

หมายเหตุ ปรับปรุงจาก โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ (2545: 29)



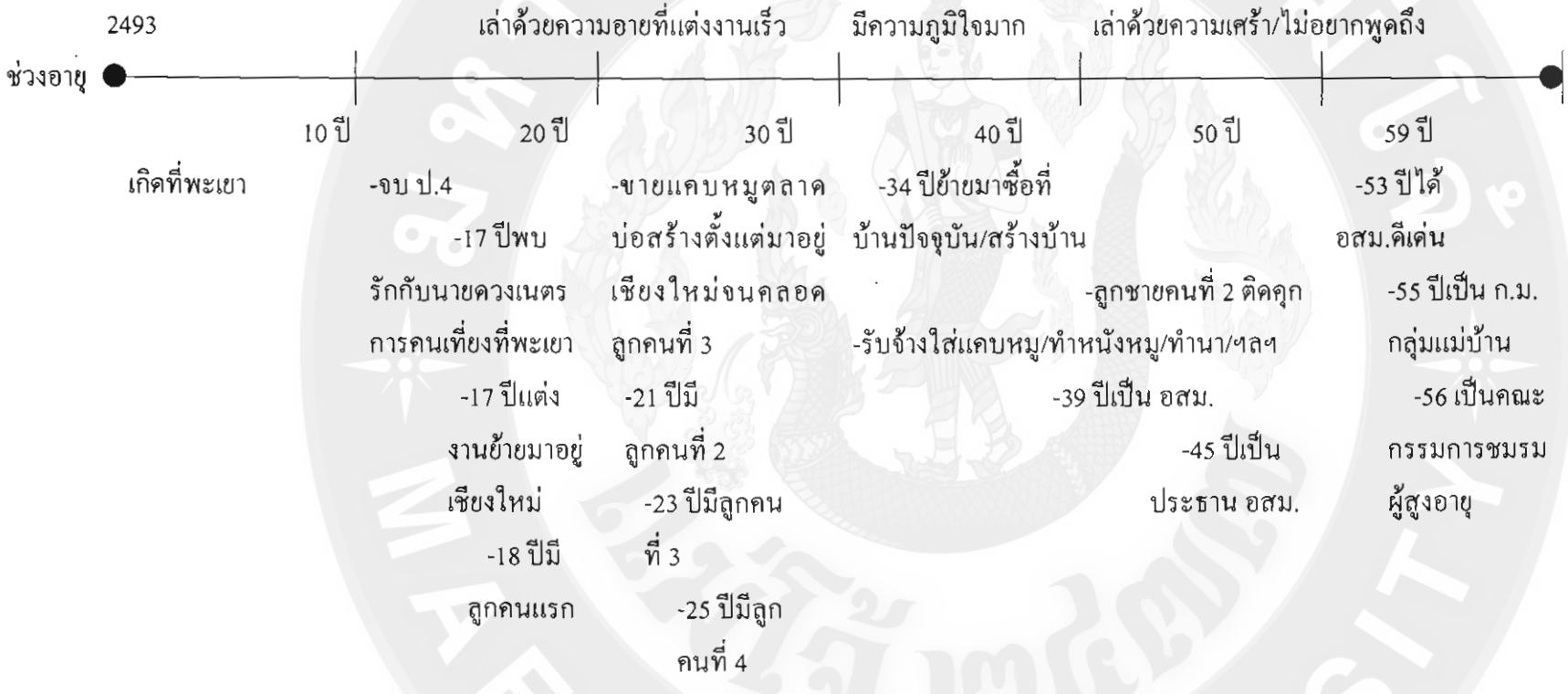
ภาพที่ 24 ประวัติชีวิตนางศรีคำ ใจใส่ บ้านปางไฮ หมู่ที่ 7 ตำบลเทพเสด็จ

หมายเหตุ ปรับปรุงจาก โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ (2545: 36)



ภาพที่ 25 ประวัติชีวิตนางสุภาพ เชื้อเต๋ บ้านสันต้นแหนใต้ หมู่5 ตำบลแม่คือ

หมายเหตุ ปรับปรุงจาก โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ (2545: 36)



ภาพที่ 26 ประวัติชีวิตนางอมร การคนเที่ยง บ้านถ้ำ หมู่ที่ 3 ตำบลตลาดขวัญ

หมายเหตุ ปรับปรุงจาก โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ (2545: 36)

การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ

การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ศึกษา หรือผู้ช่วยนักวิจัยเป็นผู้ประเมินผลกระทบด้านสุขภาพแรงงานนอกระบบควบคู่ไปกับการสำรวจชุมชนโดยใช้เครื่องมือ 7 ชิ้นของทีมจัดการสุขภาพ บางพื้นที่อาจกำหนดหัวข้อให้ทีมจัดการสุขภาพช่วยสำรวจ หรือให้ร่วมแสดงความคิดเห็นบ้าง โดยมีขั้นตอนการดำเนินงาน 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะที่ 1 ประชุมทีมจัดการสุขภาพ เพื่อร่วมประเมินความเสี่ยงของอาชีพของคนเอง โดยเฉพาะที่จัดการสุขภาพที่มีอาชีพเป็นแรงงานนอกระบบและมีบทบาทในองค์กรชุมชนด้วย จะเป็นหลักในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการดำเนินงานของแรงงานนอกระบบ และความเสี่ยงจากการทำงาน ใน 3 ประเด็น คือ ขั้นตอนในการดำเนินงาน ความเสี่ยงต่อสุขภาพ และการป้องกันตัวเองที่ปฏิบัติ

2. ระยะที่ 2 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ออกประเมินภาวะเสี่ยงของแรงงานนอกระบบพร้อมกับการสำรวจชุมชนโดยใช้เครื่องมือ 7 ชิ้นของทีมจัดการสุขภาพ แล้วนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องกับข้อมูลที่ได้ในระยะที่ 1 อีกครั้ง

3. ระยะที่ 3 ออกประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ โดยผู้วิจัย ซึ่งเรียกได้ว่าเป็นบุคคลจากภายนอกชุมชนร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม. เพื่อเก็บภาพประกอบและตรวจสอบความถูกต้อง เมื่อมั่นใจในความถูกต้องของข้อมูล จึงเริ่มดำเนินการสรุปผลการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ

การดำเนินงานทั้ง 3 ระยะ เป็นการการทดสอบความถูกต้องของข้อมูล ทำให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการจัดการสุขภาพในขั้นต่อไป โดยข้อมูลผลกระทบด้านสุขภาพแสดงไว้ดังต่อไปนี้

ผลการประเมินภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพแรงงานนอกระบบภาคการเกษตร

"เมี่ยง" หรือ "ชา" เป็นพืชชนิดเดียวกัน เป็นชื่อพันธุ์ไม้พุ่มยืนต้นชนิด *Camellia chinensis* Seem ในวงศ์ Theaceae ขึ้นตามหุบเขา หรือไหล่เขาที่มีอากาศเย็นตลอดปี ใบเล็กยาว ใบมีรสเปรี้ยวอมฝาด คนในล้านนาเก็บใบเมี่ยงมานึ่งแล้วหมักไว้สำหรับอมและกิน อีกทางหนึ่งเมี่ยงก็ถูกนำไปใช้ในพิธีกรรม พิธีบวงสรวงต่างๆ จึงเป็นที่รู้จักกันทั่วไปในล้านนา

ชาวบ้านปางไฮ หมู่ที่ 7 ตำบลเทพเสด็จ ส่วนใหญ่จะประกอบอาชีพในการทำไร่แบบผสมผสาน โดยการปลูกไม้เมืองหนาวและไม้เศรษฐกิจควบคู่กันไป ประกอบด้วย พืชหลัก ได้แก่ เมี่ยง (ชา) และกาแฟ ในอดีตการปลูกเมี่ยงอาจเป็นอาชีพหลัก แต่ปัจจุบันการปลูกลดลงเหลือเพียงร้อยละ 30-40 ของหลังคาเรือน เนื่องจากรายได้จากการขายเมี่ยงไม่แน่นอน และขาดความสนใจ

จากคนรุ่นใหม่ โดยมีการปลูกกาแฟเข้ามาทดแทน เพราะสามารถกำหนดรายได้ด้วยตนเอง และมีโครงการหลวงเข้ามารับซื้อด้วยโควต้าที่แน่นอนทุกปี แต่มีข้อเสีย คือ เจ้าของไร่ไม่สามารถต่อรองราคาขายได้เอง ส่วนพืชเสริมอื่นๆ ประกอบด้วย พลับ ท้อ สาลี่ และลิ้นจี่หรือดีปลากั้ง กลุ่มตัวอย่างที่สัมภาษณ์ทุกคนให้ความเห็นตรงกันว่า สาเหตุที่ยังคงประกอบอาชีพทำเมี่ยงอยู่เพราะ "เป็นพืชที่บ่มีพิษ ปลูกง่าย บ่ต้องฮด (รด) น้ำ ใส่ปุ๋ย หรือฉีดสารกำจัดศัตรูพืช ขายได้หมด (ตลอด) ตั้งแต่ใบหนุ่มจนถึงใบแก่ ทำงานอยู่ที่บ้าน เดียวไป (เดินเข้าไป) หลังบ้านก็ยะก๋าน (ทำงาน) ได้แล้ว และ ถ้าบ่มีเงินก็สามารถซื้อขายล่วงหน้า หรือขายเขียวได้ เช่น ขอเงิน 200 บาท วันพรุ่ง (พรุ่งนี้) จะเก็บเมี่ยงมาส่งหื้อ (ให้)" โดยขั้นตอนการทำเมี่ยงมีทั้งหมด 7 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนการปลูกและทำเมี่ยง

ขั้นคอนการปลูกและทำเมี่ยง ประกอบด้วยขั้นตอน 7 ขั้นตอน (ภาคผนวก ง) ดังนี้

<u>ขั้นที่ 1 การปลูกเมี่ยง</u>

จะปลูกตามหุบเขา หรือไหล่เขา ซึ่งมีอากาศเย็นตลอดปี และมีแสงแดดส่องถึง ต้นเมี่ยงอายุ 4-5 ปีจะเริ่มเก็บผลผลิตได้ เมี่ยงที่ปลูกในตำบลเทพเสด็จชาวบ้านไม่ทราบว่าเป็นพันธุ์อะไร แต่ปลูกสืบต่อกันมาตั้งแต่บรรพบุรุษ เมี่ยงเป็นพืชที่มีอายุยืนมาก ปัจจุบันจึงไม่ค่อยเห็นการปลูกใหม่ แต่จะปลูกทดแทนต้นเก่าที่หักโค่นไป เท่านั้น การปลูกไม่ต้องพรวนดินก่อน เพราะเมล็ดที่อยู่บนผิวดินก็สามารถงอกได้ การปลูกมี 2 ลักษณะ คือ การหว่าน เรียกว่า "จดเมี่ยง" ทำได้เร็ว แต่ต้นเมี่ยงที่งอกออกมาจะไม่เป็นระเบียบ และการปลูก เรียกว่า "ตั้งทุ้ง" เป็นการใช้อุปกรณ์ที่ทำจากไม้ปลายแหลม เรียกว่า "ทุ้ง" แทงลงในดินไม่ลึกมาก แล้วหยอดเมล็ดลงไป 2-3 เมล็ด จึงใช้ทุ้งกลบดิน

<u>ขั้นที่ 2 การดูแลไร่เมี่ยง</u>

ต้องทำการถางหญ้าและเถาวัลย์ที่ขึ้นปกคลุมต้นอ่อน เพื่อให้ได้รับแสง และเพื่อให้สามารถเข้าไปเก็บใบเมี่ยงได้สะดวก การถางหญ้าจะทำก่อนการเก็บใบเมี่ยงประมาณ 4 ครั้งต่อปี โดยใช้มีดดายหญ้า หรือจอบ และใช้เครื่องตัดหญ้า นอกจากนี้ในช่วงเดือนตุลาคม-พฤศจิกายนของทุกปี จะเป็นช่วงที่ใบเมี่ยงเป็นโรคใบจุด ซึ่งชาวบ้านเรียกว่า "เพี้ยงลง" ซึ่งไม่สามารถป้องกันหรือใช้สารเคมีป้องกันได้ ใช้วิธีเฝ้าระวัง ถ้าใบเมี่ยงมีจุดด่างขาว ก็จะรีบเก็บทันที ถ้านำไปหมักก็จะหาย แต่ถ้าเก็บช้าจะทำให้เกิดความเสียหายได้ ไม่สามารถนำมาหมักได้

ขั้นที่ 3 การเก็บเมี่ยง

ในอดีตจะใช้มือเก็บ แต่ถูกยางเมี่ยงกัด หรือเก็บได้น้อย ต่อมาจึงดัดแปลงมาใช้ “ปลอก” หรือ “เล็บ” หรือ “ปอบ” เป็นภาษาล้านนา ซึ่งเป็นภูมิปัญญาชาวบ้านที่ผลิตขึ้นใช้เอง โดยใช้ปลอกอลูมิเนียมจากกระป๋องนม ปลากระป๋อง หรือปีบ ที่หาได้ในพื้นที่มาตัดให้มีขนาดสวมเข้ากับนิ้วชี้ และยึดติดมีดโกนไว้ทำให้ตัดใบเมี่ยงได้สะดวกและจำนวนมาก บางคนก็จะสวมถุงมือที่ตัดผ้าที่ปลายนิ้วชี้ที่ใช้สวมปลอกออก การเก็บใบเมี่ยงจะเก็บเป็นช่วงๆ 4 ครั้ง เมื่อเก็บพอกำมือก็จะทำการมัดรวมๆ กันใส่ไว้ในตะกร้าสานจนเต็ม ประโยชน์ของใบเมี่ยง คือ ใบเมี่ยงแก่ เก็บเพื่อทำชาผง และหมอนใบชา ส่วนใบเมี่ยงขนาดกลาง จะนำไปทำเมี่ยง ส่วนยอดเมี่ยงจะนำไปทำชาใบ ชาเขียว และทำอาหารพื้นบ้าน เรียกว่า “ยำใบเมี่ยง”

ขั้นที่ 4 การนึ่งเมี่ยง

นำใบชาสดที่มัดมานึ่งในไหนึ่งน้ำเดือดมากตลอดเวลา ตัวไหนึ่งทำจากไม้ ส่วนหม้อต้มน้ำทำจากภาชนะแสตนเลสหรืออลูมิเนียม ถังจะมี 2 ขนาด คือ ถังเล็ก ถังเปล่ามีน้ำหนักประมาณ 20 กิโลกรัม ใส่เมี่ยงดิบได้ประมาณ 90 มัด และถังใหญ่ ถังเปล่ามีน้ำหนักประมาณ 40 กิโลกรัม ใส่เมี่ยงดิบได้ประมาณ 200 มัด โดยจะต้องใช้เตาฟืนต้มน้ำให้เดือด แล้วนำถังที่มีตาด (ไม้ไผ่สานปิดก้นหม้อ) ใส่เมี่ยงเรียงกันไว้ แล้วยกขึ้นวางบนหม้อ เอาเศษผ้าชุบน้ำหมาดๆ มาพันรอบๆ ก้นหม้อช่วงต่อกับหม้อนึ่งไว้ เพื่อไม่ให้ไอร้อนเล็ดลอดออกมาภายนอก ให้ไอร้อนพ่นเข้าไปนึ่งใบเมี่ยงเท่านั้น จะใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมงครึ่ง แล้วยกออกมาแกะมัดออกวางใบเมี่ยงเรียงให้หายร้อน ใน 1 วันส่วนใหญ่จะนึ่งประมาณ 1-2 ครั้ง ใบเมี่ยงที่นึ่งแล้วจะไม่เน่า แต่ถ้ายังไม่ได้หมักจะเกิดราขาวขึ้น และจะหายไปเมื่อนำไปหมัก

ขั้นที่ 5 การมัดเมี่ยง

เป็นการนำเมี่ยงที่นึ่งแล้ว และทิ้งไว้ให้เย็นมามัดรวมกันโดยใช้ตอกเส้นใหญ่มัดเป็นกำๆ ละ ประมาณครึ่งกิโลกรัม (ส่วนใหญ่อาศัยความเคยชินจะไม่ชั่งน้ำหนัก) หลังจากนั้นก็จะดึงเอาเส้นใบที่โผล่ออกมาออก แล้วใช้ค้อนไม้ตอกใบเมี่ยงเบาๆ ให้แน่น และมีความหนาเท่ากับคอบเส้นใหญ่ บางรายมัดไม่ทันก็จะนำไปหมักก่อนแล้วค่อยนำมามัดก็ได้ โดยอัตราผลผลิต เมี่ยงสด 1 มัด เมื่อนำมานึ่งแล้วมัดจะได้ 2 กำ

ขั้นที่ 6 การหมักเมี่ยง

ในขั้นตอนนี้ทำเฉพาะเจ้าของกิจการรายใหญ่เท่านั้น บางรายจะขายตั้งแต่มัดเมี่ยงดิบ แต่ส่วนใหญ่จะขายเมื่อนึ่งเสร็จแล้ว โดยผู้ที่ทำการหมักเมี่ยงในหมู่บ้านรับซื้อมานึ่งหรือหมักอีกครั้งหนึ่ง การหมักจะหมักในบ่อซีเมนต์ 1 ท่อ เส้นผ่านศูนย์กลางประมาณ 1.2-3 เมตร ฝังดินหรือวางไว้บนดินก็ได้ ในอดีตเมื่อเรียงเมี่ยงเต็มท่อแล้วผู้ผลิตจะขึ้นไปยืนแล้วใช้เท้าเหยียบให้แน่นก่อนปิดไว้ด้วยใบตอง แต่ปัจจุบันคำนึงถึงความสะอาด และป้องกันเท้ามีสีเหลืองของเมี่ยงติดหรือเท้าแตก จึงเปลี่ยนมาใช้ถุงพลาสติกคลุมหลายๆ ชั้น แล้วใช้ถุงพลาสติกคลุมเท้าก่อนขึ้นไปเหยียบ หรือใช้วิธีนำพลาสติกมาคลุมแล้วนำก้อนหินใหญ่ๆ มาวางทับไว้ เมื่อเมี่ยงยุบตัวลงหินก็จะกดให้กำเมี่ยงแน่น ส่วนพลาสติกที่คลุมจะช่วยให้เมี่ยงไม่ได้อากาศ ทำให้เมี่ยงมีสีสวยไม่เป็นสีแดง เมี่ยงที่หมักนาน 6 เดือนขึ้นไปจะมีรสเปรี้ยว เป็นที่นิยมของตลาด แต่ถ้าตลาดมีความต้องการสูงอาจนำออกมาก่อน 6 เดือนได้ แต่จะมีรสฝาด บางบ้านอาจใช้ถังพลาสติกหรือโอ่งมังกรหมัก แต่ต้องใส่เมี่ยงในถุงขนาดใหญ่ ซึ่งจะได้เมี่ยงรสฝาด ส่วนน้ำหมักเมี่ยงที่เหลือหลังจากนำเมี่ยงออกแล้วชาวบ้านจะนำไปเททิ้งไม่มีผลต่อธรรมชาติ หรือนำมาเคี่ยวทำอาหารพื้นบ้าน เรียกว่า "น้ำเมี่ยง"

ขั้นที่ 7 การส่งขายเมี่ยง

สมัยก่อนจะมีพ่อค้าเมี่ยงต่างวัวต่างม้ามารับถึงบ้าน ปัจจุบันมีพ่อค้าคนกลางซึ่งเป็นคนในหมู่บ้านรับซื้อไปขายต่อ โดยราคาเมี่ยงดิบ จะขายส่งในราคากิโลกรัมละ 10 บาท (เมี่ยงดิบ 1 กิโลกรัมจะทำเมี่ยงสุกได้ 2 กำ) เมี่ยงฝาดที่นึ่งเสร็จหรือหมักไม่ถึง 6 เดือนจะขายส่งกำละ 7 บาท (ราคาขายปลีกกำละ 7.50 บาท) ส่วนเมี่ยงเปรียวจะขายส่งกำละ 8 บาท ช่วงที่เมี่ยงเริ่มขาดตลาด (เดือนมีนาคม-พฤษภาคม) จะขายได้กำละ 9-10 บาท (ขายปลีก 10-25 บาท) โดยจะส่งขายร้านขายส่งและขายปลีกในตัวอำเภอ จังหวัด และต่างจังหวัดในเขตภาคเหนือตอนบน ตลาดยังมีความต้องการสูง เพราะมีคนนิยมบริโภคเมี่ยงอยู่ จึงทำให้ชาวบ้านมีรายได้พออยู่พอกิน ไม่เดือดร้อน ซึ่งหากมองในแง่ของการตลาดที่อิงประเด็นด้านภาวะเศรษฐกิจก็อาจจะมีผลกระทบบ้างแต่ไม่มาก เมี่ยงแต่ละปีจะขายหมด ดังกลุ่มตัวอย่างคนหนึ่งบอกว่า "ดูเหมือนว่าความนิยมของคนจะลดน้อยลง แต่เมี่ยงที่ทำไว้ก็ขายหมดทุกปีไม่มีเหลือ" และกลุ่มตัวอย่างอีกคนหนึ่งกล่าวสนับสนุนเช่นกันว่า "ยอดขายรู้สึกว่าลดลงเหมือนกัน จากที่ปีหนึ่งส่งขายได้หลายแสนกว่ากำ เหลือประมาณ4-5 หมื่นกำต่อปี แต่ก็ขายหมดทุกปี เพราะตำบลเทพเสด็จอยู่สูงจากระดับน้ำทะเลมากกว่าพื้นที่ทำเมี่ยงอื่น จึงได้เมี่ยงมีรสชาติดี และสีสวยกว่า จึงมีราคาดีไปด้วย" ส่วนการส่งขายจะนำใส่เข่งไม้ไผ่สาน เรียกว่า "ทอ" (ผลิตที่ตำบลสง่าบ้าน อำเภอดอยสะเก็ด ราคาใบๆ ละ 20 บาท) 1 ทอจะบรรจุได้ 100 กำ หรืออาจใช้ถังพลาสติกแทน แต่จะใช้กระสอบพลาสติกรองก่อน แต่ลูกค้าไม่ค่อยนิยม

สำหรับประเด็นความเสี่ยงด้านสุขภาพของแรงงานนอกระบบภาคการเกษตร กลุ่มอาชีพปลูกเมี่ยง พบว่า แรงงานนอกระบบภาคการเกษตร กลุ่มปลูกและทำเมี่ยง มีความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการทำงานในทุกๆ ขั้นตอนของการทำงาน โดยเฉพาะด้านการยศาสตร์และผิวหนัง ซึ่งล้วนแต่เกิดจากการไม่ตระหนักถึงความปลอดภัยขณะทำงานทั้งสิ้นแต่อย่างไรก็ตามแรงงานนอกระบบกลุ่มนี้ยังมีความเห็นว่าความเสี่ยงดังกล่าวมีโอกาสเกิดกับตัวเองได้น้อย หรือเป็นเพียงปัญหาเล็กๆ เท่านั้นไม่มีผลต่อการทำงานมาก สามารถสรุปผลได้ดังตารางที่ 29

ตารางที่ 29 ผลการประเมินภาวะเสี่ยงแรงงานนอกระบบอาชีพทำเมี่ยง บ้านปางไฮ หมู่ที่ 7 ตำบลเทพเสด็จ

Health hazards (อันตรายต่อสุขภาพ)	Example of health hazards (ตัวอย่างอันตรายต่อสุขภาพ)	Cause of health hazards (สาเหตุของอันตรายต่อสุขภาพ)	Service or protection (การบริการและการป้องกัน)
Ergonomics	1. ปวดส้นเท้า น่อง และต้นขา	-การยืนบนพื้นลาดเอียงนานๆ เนื่องจากต้นเมี่ยงปลูกตามไหล่เขาหรือหุบเขาที่สูงชัน เกษตรกรจะยืนลงน้ำหนักที่เท้าสองข้างไม่เท่ากัน -โน้มตัวไปข้างหน้าเวลายืนเก็บเมี่ยง หรือขึ้นดอย	-เปลี่ยนอิริยบทบ่อยๆ -ระมัดระวังตัวเอง
	2. ปวดหลัง	-การสะพายเครื่องตัดหญ้านานๆ -การนั่งกับพื้นมัดเมี่ยงสุกกับพื้น ทำให้ต้องโน้มตัวไปข้างหน้า -เรียงเมี่ยงคิบลงหม้อนึ่ง และเรียงเมี่ยงสุกในถังหมัก ซึ่งจะต้องก้มตัวลงไปเรียง -ยกหินใหญ่วางทับถังหมัก -ยกทอเมี่ยงขึ้นรถ	-นั่งมัดเมี่ยงจะเปลี่ยนอิริยาบถเมื่อเกิดอาการชาที่เท้า หรือปวดหลังมาก นอกนั้นไม่มีการป้องกันตัวเอง -ไม่ตระหนักถึงอันตรายต่อสุขภาพ -ขอยาแก้ปวดคลายเส้นหรือยาทาที่สถานีอนามัยบ่อยๆ
	3. ปวดไหล่	-สะพายเครื่องตัดหญ้า / ตะกร้าใส่เมี่ยง -ก้มและยกหม้อนึ่งเมี่ยง	- ไม่มีการป้องกันตัวเอง
	4. นิ้วมือล็อก กระดูกผิดรูป	-สวมปลอกเด็ดใบเมี่ยงนานเกินไป ปลอกไม่ได้ขนาดของนิ้วตัวเอง	-ใช้ปลอกนิ้วของตนเอง ไม่เปลี่ยนของคนอื่นมาใช้

ตารางที่ 29 (ต่อ)

Health hazards (อันตรายต่อสุขภาพ)	Example of health hazards (ตัวอย่างอันตรายต่อสุขภาพ)	Causes of hazards (สาเหตุของอันตรายต่อสุขภาพ)	Service or protection (การบริการและการป้องกัน)
Ergonomics	5. ปวดมือ	-จับใบเมี่ยงสดจนเต็มกำมือจนแน่น แล้วจึงมัดครั้งเดียว	-ไม่ได้ให้ความสำคัญของอันตรายข้อนี้ มองข้าม
	6. ตอกรัดนิ้ว หรือบาดนิ้ว	-การมัดใบเมี่ยงสดให้แน่นด้วยตอกเส้นเล็ก	-ไม่ค่อยให้ความสำคัญ
Skins	1. แมลง สัตว์มีพิษกัดต่อย	-ถูกแมลง เช่น คุ่น ยุง ต่อ ริ้น กัด และถูกขนของหนอนช่วงปลูก ดูแล และเก็บ -สัตว์มีพิษ เช่น งู ตะขาบ แมงป่อง และหนู ในกองเชื้อเพลิง	-สวมรองเท้าบูธ -สวมเสื้อแขนยาว -สวมหมวก -สูบบุหรี่ช่วยไล่ตัวคุ่น
	2. ไฟไหม้ หรือน้ำร้อนลวก	-ถูกน้ำร้อนกระเด็น หรือเมี่ยงที่นึ่งสุกใหม่ลวก -ถูกไฟลวก หรือประกายไฟ	-ระมัดระวังตัวเองให้มากขึ้น
	3. ผื่นคัน	-มือ หน้า/ผิวหนังถูกยางเมี่ยงขณะเก็บเมี่ยงสด -แพ้ปลอกเด็ดใบเมี่ยง -แพ้น้ำหมักเมี่ยง	-สวมถุงมือผ้าพอป้องกันได้บ้าง แต่ส่วนใหญ่ไม่ค่อยให้ความ สำคัญ เพราะอาการไม่รุนแรง

ตารางที่ 29 (ต่อ)

Health hazards (อันตรายต่อสุขภาพ)	Example of health hazards (ตัวอย่างอันตรายต่อสุขภาพ)	Causes of hazards (สาเหตุของอันตรายต่อสุขภาพ)	Service or protection (การบริการและการป้องกัน)
Skins	4. ผิวแตก หนา หยาบกร้าน มีสีของเมี่ยงเคลือบ	-ใช้มือเปล่าจับจอบ เสียม ดูแลต้นเมี่ยงบ่อยๆ -ใส่ปลอกมือเก็บเมี่ยงนานๆ -หยิบจับเมี่ยงที่นึ่งสุกและคอง -ตาตุ่มด้าน เพราะนั่งมัดเมี่ยงนานๆ	-สวมถุงมือผ้า แต่ส่วนใหญ่จะไม่ให้ความสำคัญ -เจ้าหน้าที่เคยแนะนำเรื่องการนั่งโต๊ะมัดเมี่ยง แต่ไม่ได้รับความร่วมมือ เพราะไม่สะดวก
	5. น้ำกัดเท้า	-พบมากในอดีต ที่ใช้เท้าเปล่าในการเหยียบเมี่ยง แต่ปัจจุบันไม่ค่อยพบเห็นแล้ว -ถูกน้ำหมักเมี่ยงขณะเททิ้ง	-เปลี่ยนวิธีการใหม่ โดยใช้ถุงพลาสติกสวมเท้า หรือใช้หินก้อนใหญ่วางทับ -สวมรองเท้าบู๊ทขณะเทน้ำทิ้ง
Respiratory	1. ควันไฟ	-ควันจากการเผาใหม่ในช่วงเผาหญ้าดูแลไร่ และนึ่งเมี่ยง	-ไม่ค่อยให้ความสนใจ -ปิดจมูกโดยใช้เสื้อ ผ้าขาวม้า
	2. หน้ามืด ตาลาย และเวียนศีรษะ	-แฟ้กลิ่นนึ่งเมี่ยง เมี่ยงหมัก -ทำงานหนักแต่พักผ่อนน้อย	-ไม่ค่อยให้ความสนใจ

ตารางที่ 29 (ต่อ)

Health hazards (อันตรายต่อสุขภาพ)	Example of health hazards (ตัวอย่างอันตรายต่อสุขภาพ)	Causes of hazards (สาเหตุของอันตรายต่อสุขภาพ)	Service or protection (การบริการและการป้องกัน)
Respiratory	3. แสบจมูก แสบตา	-น้ำเมี่ยงที่เททิ้ง (เกิดน้อยมาก)	-ไม่ค่อยให้ความสนใจ
		-ควันไฟ ควันไอร้อนจากการนึ่งเมี่ยง	
	4. ถุงลมโป่งพอง	-สูบบุหรี่ขณะเก็บเมี่ยง เพื่อไล่คุ้น และแมลงอื่นๆ หรือติดบุหรี่	-ไม่ค่อยตระหนัก
Accident	1. แผล	-ถูกจอบ มีดถางหญ้า หรือใบมีดเครื่องตัดหญ้า	-สวมรองเท้าบูธ
		-ถูกปลอกบาด	-สวมหมวกกันน็อค
		-ถูกเศษดิน หิน กิ่งไม้กระเด็นเข้าตา	-ระมัดระวังตัวเอง
	2. ลื่นไถล	-พื้นทางเดินลาดชัน ทางลื่นใบไม้แห้ง ดินร่วนซุย ฝนตก	-ระมัดระวังตัวเอง
	3. ตกต้นเมี่ยง ตกคอย หรือถังเมี่ยง	-ต้นเมี่ยงที่มีอายุมากจะมีลำต้นสูงใหญ่ บางคนใช้บันไดขึ้นเก็บ	-ระมัดระวังตัวเอง
		-คอยลื่นเป็นหน้าผาชัน / -ถังเมี่ยงขนาดใหญ่ สูง	-เตือนตัวเองให้รับประทานอาหารตรงเวลา
อื่นๆ	1. โรคกระเพาะ	-รีบทำงานให้เสร็จ ทำให้รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา	-ไม่ค่อยตระหนัก
		-ผลข้างเคียงจากการรับประทานยาแก้ปวดกล้าม เนื้อมากทุกวัน	

ตารางที่ 29 (ต่อ)

Health hazards (อันตรายต่อสุขภาพ)	Example of health hazards (ตัวอย่างอันตรายต่อสุขภาพ)	Causes of hazards (สาเหตุของอันตรายต่อสุขภาพ)	Service or protection (การบริการและการป้องกัน)
อื่นๆ	2. ภาวะเครียด	-ถ้าใบเมี่ยงเป็นโรคใบจุดมากๆ และเก็บไม่ทัน -ราคาเมี่ยงตก หรือราคาผูกขาดกับพ่อค้าคนกลาง	-ไม่ค่อยให้ความสำคัญ -วิตกกังวล แต่ยังไม่มีการแก้ไข
	3. ติดเชื้อรา	-ติดเชื้อราที่ขึ้นใบเมี่ยง ตอกทอ ฯลฯ	-ไม่ค่อยให้ความสำคัญ
	4. นอนไม่หลับ	-กินยำใบเมี่ยง บางคนจะนอนไม่ค่อยหลับ เนื่องจากสารเคมีในใบเมี่ยง	-ไม่ค่อยให้ความสำคัญ คนในพื้นที่ไม่ค่อยมีอาการ เพราะรับประทานบ่อยจนชิน
	5. โรคไต	-รับประทานยาแก้ปวดข้อปวดหลัง หรือกล้ามเนื้อ เป็นจำนวนมาก และบ่อย	-ไม่ค่อยตระหนัก

ผลการประเมินภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพแรงงานนอกระบบภาคการผลิต

ร่ม หรือ "จ้อง" ในภาษาล้านนา เป็นอุปกรณ์ที่ใช้สำหรับกันฝนและแดด ที่หลายๆ คนจำเป็นต้องใช้โดยเฉพาะในฤดูฝน แต่ร่มก็เป็นเครื่องประดับชนิดหนึ่งที่มีความงดงามและเป็นเอกลักษณ์ทางวัฒนธรรม โดยเฉพาะร่มที่เขียนลวดลายอย่างสวยงาม ซึ่งประกอบด้วยร่มที่ทำจากกระดาษ และผ้า ร่มเป็นของฝากที่มีชื่อเสียงอันดับ 1 ของจังหวัดเชียงใหม่ ถ้าใครมาเที่ยวจังหวัดเชียงใหม่แล้วไม่ได้มาเยี่ยมชม และซื้อติดมือเป็นของฝาก ณ บ้านบ่อสร้าง ตำบลต้นเปา อำเภอสันกำแพงแล้วอาจจะถือว่ามาไม่ถึงจังหวัดเชียงใหม่ก็ว่าได้ แต่จะมีสักกี่คนที่จะรู้ว่า แหล่งที่ผลิตโครงร่มหรือผู้อยู่เบื้องหลังร่มที่สวยงามนั้นมีแหล่งในการผลิตอยู่ที่บ้านสันต้นแหนใต้ ตำบลแม่คือ อำเภอดอยสะเก็ต ซึ่งเป็นพื้นที่ที่อยู่ติดกันนั่นเอง

แรงงานนอกระบบบ้านสันต้นแหนใต้ ตำบลแม่คือ ส่วนใหญ่จะผลิตกันร่ม ผลิตพัด และรับงานดังกล่าวมาทำที่บ้าน ซึ่งถือเป็นอาชีพหลัก ควบคู่กับการปลูกข้าว การทำร่มของหมู่บ้านจะทำเฉพาะตัวคันร่ม ส่วนการหุ้มโครงร่มและเขียนร่มจะทำที่บ้านบ่อสร้าง อำเภอสันกำแพง ส่วนการทำพัดจะทำและเขียนลายในหมู่บ้านแล้วส่งไปขายที่บ้านบ่อสร้าง กลุ่มตัวอย่างให้ความเห็นตรงกันว่า สาเหตุที่เลือกการทำคันร่มเป็นอาชีพ เพราะ "เป็นอาชีพที่ทำต่อกันมาตั้งแต่รุ่นป้ออุ้ยแม่หม่อน (ปู่ย่าตายาย) ทำอยู่กับบ้านดูแลบ้านได้ด้วย (ด้วย) ถ้าจะขายตวยก็ได้แต่ในหมู่บ้านบ่มีทำเลงามเหมือนบ้านบ่อสร้าง" โดยมีขั้นตอนการทำร่มทั้งหมด 8 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนการทำคันร่ม

ขั้นตอนการทำคันร่ม ประกอบด้วยขั้นตอนการทำ 4 ขั้นตอน (ภาคผนวก ง) ดังนี้

<u>ขั้นที่ 1 การทำหัวร่ม</u>

หัวร่มเป็นส่วนที่สำคัญของร่มมาก เพราะจะเป็นที่ยึดติดของโครงร่ม ส่วนใหญ่ทำจากไม้เนื้ออ่อน ได้แก่ ไม้ทุเรียน (ไม้เนื้อดีมาก เนื้อแน่น แต่หายาก) ไม้แคแตร (เนื้อไม้มีความแน่นและอ่อนกว่าทุเรียน และไม่หดตัวเวลาแห้ง) ไม้กระท้อน (เนื้อไม่แน่น แต่เนื้ออ่อนกว่าแคแตร) และสัตตบรรณ (หาง่าย แต่เนื้อจะอ่อนกว่าทั้งหมด ไม้ที่หนุ่มจะหดตัวเมื่อแห้ง) ตามลำดับ โดยการทำทั้งหัวร่ม และตุ้มร่ม ควบคู่กัน เริ่มจากการเหลาไม้ให้ได้ขนาดประมาณ 2-2.5 นิ้ว นำมาเจาะรูตรงกลาง แล้วเคี่ยนให้ได้รูปร่างตามแบบที่กำหนดเป็นหัวร่ม หรือตุ้มร่ม แล้วจึงตัดเป็นท่อนๆ ไม้ 1 ท่อนจะได้ 6 หัว นำไปเคี่ยนปีนร่องตามจำนวนซี่ร่ม ถ้าร่มขนาดใหญ่และกลางจะมี 28 ช่อง ส่วนขนาดเล็กมี 24 ช่อง

ขั้นที่ 2 การซี่ร่ม

ซี่ร่มทำจากไม้ไผ่ โดยการตัดออกเป็นท่อนๆ ตามขนาดของร่ม เช่น ร่มขนาด 20 นิ้ว ก็ตัดไม้ไผ่ยาว 20 นิ้ว แล้วใช้มีดเกลาปลายทั้ง 2 ด้านของกระบอกให้เว้าลงไปด้านใน เพื่อไม่ให้ส่วนปลายแทงกระดาษหรือผ้าที่ใช้หุ้มร่ม หลังจากนั้นจึงนำไปผ่าให้ได้ขนาดหนาประมาณ 1-2 เซนติเมตร ร่มแต่ละขนาดจะใช้เส้นซี่ร่ม 2 แบบ คือ ซี่ยาวใช้ทำตัวร่ม และซี่สั้นใช้ทำค้ำร่ม หลังจากนั้นจึงนำไปเจาะรูเพื่อให้สามารถใส่ตัวยึดได้ จะเจาะรูขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางประมาณ 1 มิลลิเมตร โดยตัวร่มจะเจาะรูปลายทั้ง 2 ด้านและตรงกลางรวม 3 รู ส่วนค้ำร่มจะเจาะหัวและท้ายรวม 2 รู ซี่ร่มที่มีขนาดสั้นจะใช้สว่านไฟฟ้าเจาะ แต่ถ้าขนาดยาวจะใช้การเจาะด้วยมือ โดยใช้อุปกรณ์ที่ชาวบ้านผลิตขึ้นเอง เรียกว่า “ยนต์” หรือสว่านมือ หลังจากนั้นจึงนำไปผ่าให้บางพอที่จะเสียบเข้าร่องร่มได้ แล้วเหลาผิวไผ่ออก โดยเฉพาะตรงกลางของเส้นโครงร่ม เพื่อที่จะไม่ถูกบาดมือขณะขึ้นรูป หลังจากนั้นนำไม้ส่วนที่ทำตัวร่มไปทำร่องตรงกลางไม้ด้านหนาให้แยกออกเป็น 2 ส่วน โดยใช้มีดปลายแหลม เรียกว่า “แตงตือ”

ขั้นที่ 3 การขึ้นรูปโครงร่ม

นำเส้นโครงร่มและค้ำไปประกอบกัน แล้วร้อยเชื่อมด้วยด้ายดิบเข้ากับหัวร่ม โดยตัวร่มหัวร่มจะใหญ่กว่าหัวร่มที่ใช้ทำค้ำร่ม ซึ่งการเข้าหัวร่ม เรียกว่า “เข้าหัว” ส่วนการเข้าค้ำ เรียกว่า “เข้าตุ้ม” ถ้าเป็นแรงงานที่รับไปทำที่บ้านจะรับไปทำในช่วงนี้ในอัตราค่าจ้าง 100 ชิ้น 80 บาท แล้วจึงนำทั้ง 2 ส่วนหันด้านล่างเข้าประกบกัน โดยตัวร่มจะคว่ำ ส่วนค้ำจะหงาย นำรูที่ส่วนปลายของค้ำสอดเข้าร่องกลางของตัวร่มที่ “แตงตือ” ไว้ในขั้นตอนที่ 2 แล้วใช้ด้ายดิบร้อยให้แน่นโดยให้เหลือปลายด้ายไว้พอประมาณ เรียกว่า“ร้อยตือ” ซึ่งถือว่าเป็นขั้นตอนที่สำคัญที่จะทำให้ร่มกางออกหรือหุบเข้าได้ แล้วนำไปตากแดดให้แห้ง ก็จะได้“โครงร่ม” การขึ้นรูปนี้จะมีแรงงานนอกระบบหลายๆ คนในหมู่บ้านมารับไปทำ และในหมู่บ้านจะทำถึงขั้นตอนนี้

ขั้นที่ 4 การส่งขายคันร่ม

ผู้ที่ผลิตครบทุกขั้นตอนจะขายได้ตั้งแต่หัวร่ม และโครงร่ม สนนราคาขึ้นอยู่ตามขนาดของตัวร่ม หัวร่มจะมีคนมาเลือกซื้อในหมู่บ้าน ส่วนโครงร่มต้องนำไปส่งขายที่โรงงานบ้านบ่อสร้างเอง ยกเว้นบางรายจะมีพ่อค้ารายจากบ้านบ่อสร้างมาสั่งทำก็จะเข้ามารับเองที่ในหมู่บ้าน คันร่มที่ส่งขาย จะขายในราคา 20-30 บาท

ซึ่งหลังจากนี้จะเป็นขั้นตอนการประกอบร่ม ซึ่งไม่ได้ทำในหมู่บ้านนี้ แต่ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมจากแหล่งขายบ้านบ่อสร้าง ตำบลต้นเปา อำเภอสันกำแพง จึงนำเสนอเพื่อให้เห็นภาพรวมของขั้นตอนการทำร่ม ดังนี้

<u>การหุ้มร่ม</u>

การหุ้มร่วม เริ่มจากการ "การผ่านโค้งร่ม" เป็นการพันเชือกบริเวณปลายซี่ร่ม เริ่มจากนำโครงร่มมาใส่คันชั่วคราว แล้วใส่สลักไม้ตรงหัวร่มให้แน่น กางโครงร่มออกให้ซี่ร่มโค้งลงพอดี ผูกปลายด้ายที่เหลือจากการร้อยซี่ร่มให้แน่น พยายามจัดช่องว่างระหว่างซี่ร่มให้เท่ากัน ใช้ด้ายพันที่ปลายซี่ พันวนจนครบทุกซี่และพันขึ้นรอบใหม่จนครบ 3 รอบ นำโครงร่มที่ผ่านขั้นตอนนี้เสียบกับหลักไม้ไผ่ จากนั้นทาน้ำมัน "บะโก๋" (น้ำบะโก๋ (ตะโกนา) หรือตับตอง (มะพลับ) หมักผสมกาวน้ำ) ทาโครงร่มด้านบนให้ทั่วแล้วติดกระดาษสาที่ตัดเป็นรูปวงกลมทาบลงไปบนโครง แล้วทาน้ำมันบะโก๋ให้ชุ่มอีกครั้ง วางกระดาษจีน (หรืออาจจะเป็นกระดาษชนิดอื่นที่เป็นกระดาษอ่อน) ที่ตัดเป็นรูปวงกลมทับลงไปอีกชั้นหนึ่ง กระดาษจะติดเป็นเนื้อเดียวกัน หากยังหนาไม่พอก็ติดทับลงไปอีกแผ่นด้วยวิธีเดียวกัน เมื่อได้ความหนาตามต้องการแล้ว นำกระดาษสาที่สวยงามมาปิดทับอีกครั้งให้เรียบร้อยโดยทาน้ำยาลงไปด้วย แล้วนำไปผึ่งแดดจนแห้งสนิท จึงทำขั้นตอน "การหุบร่ม" โดยดึงสลักไม้ที่สอดไว้ตรงหัวร่มออก แล้วค่อยๆ ลดร่มลงทีละน้อย ใช้มือรีดตรงหลังซี่ร่มทุกซี่และจัดกลีบร่มให้พับไปในทางเดียวกัน แล้วใช้ห่วงรัดร่มรัดไว้ให้แน่น ทิ้งไว้สักพักนำมาทาน้ำมันบะโก๋อีกครั้ง ผึ่งแดดให้แห้งและหุบเก็บไว้ ส่วนร่มที่ให้กันฝนได้จะนำไปทาน้ำมัน "บะหมื้อ" โดยกางร่มออกอีกครั้งแล้วใช้ผ้าชุบน้ำมันทาพอซึมจนทั่วกระดาษทั้งด้านในและด้านนอก ไม่ทาชุ่มจนเกินไปเพราะจะทำให้ร่มไม่สวย เสร็จแล้วนำไปตากแดดอีกประมาณ 3 ชั่วโมง เมื่อแห้งแล้วก็หุบร่มเพื่อเตรียมใส่คันร่มต่อไป ส่วนการหุ้มด้วยผ้าหรือกระดาษสาที่มีลายในตัวจะใช้กาวผสมน้ำทาที่โครงร่มแล้วใช้ผ้าหุ้มหรือกระดาษสาลายในตัวหุ้มลงไปเลย ไม่ต้องทาน้ำมัน

<u>การใส่คันร่ม</u>

เป็นการนำด้ามร่มที่เตรียมไว้แล้วมาประกอบเข้ากับส่วนค้ำร่ม เพื่อใช้เป็นด้ามจับ คันร่มจะมีขนาดยาวกว่าซี่ร่ม ให้มือสามารถจับถือได้พอดีเวลาหุบร่ม คันร่มส่วนใหญ่ใช้ไม้ไผ่ลำต้นเล็กหรือไม้เนื้ออ่อน ปลายด้านหนึ่งของคันจะเจาะรูสำหรับใส่ลวดสลักเพื่อใช้ยึดซี่ร่มได้ การใส่จะถอดคันชั่วคราวออกแล้วใส่คันจริงลงไปแทน ให้ลวดสลักอยู่ระยะตรงกับดุ้มร่มหรือให้ดุ้มร่มอยู่บนสลักคันร่ม ลวดสลักอยู่ในระยะที่ตรงกับดุ้มร่มให้กางอยู่โดยไม่เลื่อนหุบลง เมื่อใส่คันร่มแล้ว

ต้องใช้ตะปูตอกที่หัวร่มจนทะลุถึงคันร่มเพื่อไม่ให้คันร่มเคลื่อนที่ แล้วตัดปลายคันร่มที่โผล่ออกมาให้เรียบร้อย อาจกลึงเพื่อเพิ่มความสวยงามก็ได้

การปิดหัวร่ม และการเขียนลาย

เป็นการนำวัสดุมาปิดหัวร่ม อาจใช้ใบลาน ใบตาล หรือกระดาษหนา โดยนำมาตัดให้มีลักษณะเป็นปลอกไว้ที่หัวร่ม ตัดกระดาษสาเป็นริ้วยาวพันรอบหัวร่ม 3-4 รอบ ทาน้ำมันตะโกทับแล้วพันกระดาษสาทับอีกครั้ง นำไปตากแดดให้แห้ง เสร็จแล้วทาน้ำมันมะเดื่อตรงหัวร่มเพื่อให้กระดาษสาที่หุ้มอยู่มีความหนาเหนียวทนทาน ส่วนการเขียนลายทั้งร่มและพัดทั้งที่ทำด้วยกระดาษและผ้าจะใช้สีทาภายในบ้านในการเขียน ส่วนผ้ากำมะหยี่ จะใช้สีฝุ่นผสมน้ำในการเขียน เพราะต้องการให้สะท้อนแสง กรณีที่มีการเพ้นท์ตัวหนังสือด้วยจะใช้สีพลาสติก ซึ่งก่อนที่จะเขียนลายจะต้องรองพื้นร่มหรือพัดด้วยสีรองพื้นก่อนเสมอ

สำหรับประเด็นความเสี่ยงด้านสุขภาพของแรงงานนอกระบบภาคการผลิต กลุ่มอาชีพทำร่มและเขียนพัด พบว่า แรงงานนอกระบบภาคการผลิต กลุ่มทำร่มและพัด มีความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการทำงานในทุกๆ ขั้นตอนของการทำงาน โดยเฉพาะด้านการยศาสตร์และระบบทางเดินหายใจ ที่ต้องเกี่ยวข้องกับสี และสารเคมีตลอดขั้นตอนการผลิต ซึ่งล้วนแต่เกิดจากการไม่ตระหนักถึงความปลอดภัยขณะทำงานทั้งสิ้น แต่อย่างไรก็ตามแรงงานนอกระบบกลุ่มนี้ก็ยังให้ความสำคัญกับการป้องกันน้อยเหมือนกับภาคการเกษตร สามารถสรุปผลได้ดังตารางที่ 30

ตารางที่ 30 ผลการประเมินสุขภาพแรงงานนอกระบบอาชีพทำร่มและพัด บ้านสันต้นแหนใต้ หมู่ที่ 5 ตำบลแม่คือ

Health hazards (อันตรายต่อสุขภาพ)	Example of health hazards (ตัวอย่างอันตรายต่อสุขภาพ)	Causes of hazards (สาเหตุของอันตรายต่อสุขภาพ)	Service or protection (การบริการและการป้องกัน)
Ergonomics	1. ปวดและชาขา	-นั่งในท่าเดิมนานๆ -นั่งในท่าที่ไม่เหมาะสมนานๆ	-เปลี่ยนอิริยาบถบ่อยๆ -ระมัดระวังตัวเอง
	2. ปวดไหล่ และหลัง	-นั่งนาน และนั่งก้มตัว แทบทุกขั้นตอนของการทำร่ม ไม่ว่าจะเป็นการนั่งนาน นั่งก้มตัว ก้มยกของหนัก ฯลฯ	-นั่งพิง / เปลี่ยนอิริยาบถ -นวดกับหมอนวดพื้นบ้าน -การยกของ ไม่มีการป้องกัน
	3. ปวดมือ	-การเกร็งมือเพื่อจับวัตถุนานๆ	-ไม่ค่อยให้ความสำคัญ
Accident	1. แผล	- ถูกมีด คมเลื่อย บาด - ถูกผิวไผ่ / ด้ายดิบบาดมือ -คมเลื่อยจากเครื่องจักรบาด	-บางคนสวมปลอกมือ ถุงมือ -ระมัดระวังตัวเอง
	2. ถูกแทง	- ถูก เข็ม ดอกสว่าน ยนต์ ตะปู แทงนิ้ว - เสี้ยนไม้, เสี้ยนไผ่แทงนิ้ว	-ระมัดระวังตัวเอง - มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุน้อย
	3. ตกต้นไม้ หรือตกดอย	- กรณีตัดต้นไม้เองตกต้นไม้ได้ง่าย - ต้นไผ่ขึ้นไปตัดบนดอย ลื่น เป็นหน้าผาชัน ทำให้พลัดตกได้	-ระมัดระวังตัวเอง

ตารางที่ 30 (ต่อ)

Health hazards (อันตรายต่อสุขภาพ)	Example of health hazards (ตัวอย่างอันตรายต่อสุขภาพ)	Causes of hazards (สาเหตุของอันตรายต่อสุขภาพ)	Service or protection (การบริการและการป้องกัน)
Skins	1. แมลง สัตว์มีพิษกัดต่อย	-แมลง และสัตว์มีพิษ เช่น งู ตะขาบ แมงป่อง และหนู ในกองไม้ที่กองเพื่อเตรียมทำ	-สวมรองเท้าบูท / เสื้อแขนยาว / ปลอกแขน / หมวก
	2. ผื่นคัน	-แพ้คาย หรือเศษไม้จากการเคี่ยนไม้ -แพ้กาวที่ใช้ทาร่ม หรือ-แพ้สีที่ทาร่ม -แพ้ยางต้นสัตตบรรณ	-สวมถุงมือผ้า แต่ส่วนใหญ่ไม่ค่อยให้ความสำคัญ
	3. ผิวแตก ผิวหนา ผิวหนังหยาบกร้าน	-ใช้มือเปล่าจับวัตถุ ไม้ และเครื่องมือบ่อยๆ -ตาตุ่มด้าน ดำ เพราะนั่งทำนาน	-ส่วนใหญ่ ไม่ให้ความสำคัญในการป้องกัน
Respiratory	1. ภูมิแพ้ โรคปอดฝุ่น	-แพ้คาย หรือเศษไม้จากการเคี่ยนไม้ -หายใจเอาสีทาร่มบ่อยๆ	-ไม่ค่อยให้ความสำคัญในการป้องกัน
	2. หน้ามืด ตาลาย เวียนศีรษะ และลมแดด	-แพ้กลิ่นน้ำมันบะหมี่ หรือน้ำมันบะโก๋ -ทำงานหนักแต่พักผ่อนน้อย	-ไม่ค่อยให้ความสำคัญ
อื่นๆ	1. โรคกระเพาะ	-รีบทำงานให้เสร็จ ทำให้รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา	-เตือนตัวเอง

ตารางที่ 30 (ต่อ)

Health hazards (อันตรายต่อสุขภาพ)	Example of health hazards (ตัวอย่างอันตรายต่อสุขภาพ)	Causes of hazards (สาเหตุของอันตรายต่อสุขภาพ)	Service or protection (การบริการและการป้องกัน)
อื่นๆ	2. ภาวะเครียด	-ถ้า Order เข้ามามาก โดยเฉพาะช่วงเทศกาลจะเครียด เรื่องการทำงานไม่ทัน -ต้องการเงินมากในช่วงก่อนเปิดเทอม	-ไม่ค่อยให้ความสำคัญ
	4. เสื้อผ้าเปื้อน	-น้ำมันบะหมี่จะติดเสื้อถาวรเหมือนยางกล้วย	-สวมผ้ากันเปื้อน

ผลการประเมินภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพแรงงานนอกระบบภาคการบริการ

"แคบหมู" เป็นอาหารพื้นบ้านของชาวล้านนา การทำแคบหมู เป็นวิธีการแปรรูปและถนอมอาหาร ที่เกิดจากภูมิปัญญาชาวบ้าน สืบทอดกันมาเป็นเวลาช้านาน นิยมใช้เป็นของฝากที่มีคุณค่า ทั้งผู้ให้และผู้รับ เพราะแคบหมูผ่านกรรมวิธีการทอดจนกรอบ พอง หอม รสกลมกล่อม ใช้รับประทานเป็นอาหารประเภทเครื่องเคียงกับน้ำพริกเมืองเหนือและแกงคั่วต่างๆ

แรงงานนอกระบบ หมู่ที่ 3 บ้านถ้ำ ตำบลตลาดขวัญ มีทั้งที่เป็นเจ้าของกิจการทำแคบหมู ผู้ที่รับไปขายในตลาด รับขายส่ง รับจ้างทำ และรับจ้างบรรจุถุงที่โรงทำแคบหมูและรับมาทำที่บ้าน ซึ่งอาจถือว่าเป็นอาชีพหลักควบคู่กับการปลูกข้าวได้เช่นกัน เป็นอาชีพที่ทำกันมานาน โดยกลุ่มตัวอย่างให้ความเห็นตรงกันว่า สาเหตุที่เลือกการทำแคบหมูเพราะ "เป็นอาชีพที่ทำติดต่อกันมาตั้งแต่รุ่นปู่ย่าตายาย ถ้าบ่ทำก็บ่สู้ (ไม่รู้) จะไปขะก๋านอะหยัง (จะไปทำงานอะไร) สามารถทำอยู่กับบ้านอยากไปงานศพ งานปอยอะหยังก็ไปได้ บ่ต้องลางาน" โดยมีขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนการทำ และขายแคบหมู

การทำและขายแคบหมู ประกอบด้วยขั้นตอนการทำ 5 ขั้นตอน (ภาคผนวก ง) ดังนี้

<u>ขั้นที่ 1 การเตรียมหนังหมู</u>

หนังหมูที่ใช้ทำแคบหมูจะมาจาก 3 แหล่ง คือ

1. หนังหมูไทย เป็นหนังของหมูที่ฆ่าเองหรือฆ่าจากโรงงาน ต้องหาซื้อเอง ใช้ทำแคบหมูแบบดั้งเดิม (ติดมัน) หนังดิบราคากิโลกรัมละ 50 บาท หนัง 100 กิโลกรัม นำมาทำความสะอาดและสไลด์ส่วนที่ไม่ดีออกจะเหลือที่ใช้ทำแคบหมูได้ประมาณ 25 กิโลกรัม

2. หนังหมูมาเลเซียและสิงคโปร์ ราคากิโลกรัมละ ประมาณ 40-50 บาท คุณภาพดีกว่าหนังหมูไทย แต่ด้อยกว่าหนังหมูยุโรป มีข้อเสีย คือ มักจะตอกตราสีแดงทำให้แคบหมูไม่สวย ทำแคบหมูทั้งแบบติดมันและไร้มัน หนังดิบ 100 กิโลกรัม จะเหลือแคบหมูประมาณ 35-40 กิโลกรัม มีรถมาส่งถึงบ้านแบบแพ็คแข็ง

3. หนังหมูยุโรป เป็นหนังหมูที่มีคุณภาพ ผลิตจากโรงงานมาตรฐาน ราคากิโลกรัมละ 60-70 บาท มีเฉพาะหนังหมูไม่ติดมันใช้ทำแคบหมูไร้มัน หนังหมูดิบ 100 กิโลกรัม จะเหลือทำแคบหมูประมาณ 48-50 กิโลกรัม มีรถมาส่งถึงบ้านแบบแพ็คแข็ง

แคบหมูติดมันจะทำการหั่นหมูดิบติดมันเป็นชิ้นๆ ส่วนแคบหมูไร้มันจะนำมาขูดขนโดยใช้มีดโกน (ถ้าทำน้อยๆ จะให้เผาขน) หลังจากนั้นจึงนำไปต้มในน้ำเดือดให้สุก ยกออกมาล้างน้ำเย็น และจึงนำไปตากให้แห้ง (ถ้าเปียกจะอมน้ำมัน) หลังจากนั้นนำไปคลุกกับเครื่องปรุง

ขั้นที่ 2 การรวนและหมักหนังหมู

เป็นการต้มหนังหมูในน้ำมัน โดยใช้น้ำมันปาล์ม 2 ใน 3 ของกระทะใหญ่ เปิดไฟแรงและคนตลอดเวลา ใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที ชาวบ้านเรียกว่า "ต้ม" หรือ "จี๋น" น้ำมันที่ใช้แล้วจะมีน้ำมันหมูผสมประมาณ 1 ส่วน (ถ้าน้ำมันไม่ดำจะใช้ทอดอีกครั้ง แล้วจะมีพ่อค้ามารับซื้อในหมู่บ้านเพื่อนำไปทำไบโอดีเซล) แล้วนำออกไปเทใส่กระบะเพื่อเสด็จน้ำมัน เก็บใส่ตะกร้าเพื่อรอหมัก หรือชาวบ้านเรียกว่า "จ๊อ" เป็นการนำหนังหมูไปทำในลักษณะเดียวกัน แต่ใช้ไฟอ่อนๆ ประมาณครึ่งวันหรือทั้งคืน เพื่อให้หนังหมูอุ่นและเหมาะที่จะนำไปทอดได้ แล้วตักใส่กระทะอีกใบ

ขั้นที่ 3 การทอดแคบหมู

นำหนังที่อุ่นได้ที่แล้วยกใส่กระทะน้ำมันร้อนๆ ทันที จะใช้ไฟแรงกว่าการรวน เพื่อให้หนังหมูพอง ชาวบ้านเรียกว่า "สู่แคบหมู" ถ้าไฟแรงไม่พอหนังหมูก็จะไม่พอง รับประทานไม่อร่อย หรือขายไม่ได้ เมื่อหนังหมูที่ทอดได้ที่ก็จะนำออกมาวางในตะกร้าบุด้วยกระดาษขาวเพื่อเสด็จน้ำมัน เมื่อเย็นแล้วนำใส่ถุงพลาสติกรอบรรจุต่อไป

ขั้นที่ 4 การบรรจุถุง

นำแคบหมูที่ทอดเสร็จแล้ว ทิ้งให้เสด็จน้ำมัน แล้วบรรจุถุงตามขนาดที่จำหน่าย หรือใส่ถุงใหญ่เพื่อขายเป็นกิโลกรัม ขั้นตอนนี้จะมีแรงงานนอกระบบมารับไปใส่ถุงที่บ้าน หรือมารับจ้างใส่ถุง ณ ที่โรงงาน โดยได้ค่าจ้างตามขนาดที่บรรจุ

ขั้นที่ 5 การส่งขายและการขายแคบหมู

การขายแคบหมูมีหลายแบบ ทั้งมีคนมารับซื้อที่บ้านแบบนำไปขายย่อย หรือมีคนมารับซื้อไปขายเป็นกิโลกรัม หรือเจ้าของนำไปขายเองในตลาดทั่วเชียงใหม่ การขายมีทั้งแบบขายส่งแบบนำไปส่งให้ลูกค้าหรือลูกค้ามารับเองในหมู่บ้าน และการขายปลีกในหมู่บ้านหรือขายในตลาด

สำหรับประเด็นความเสี่ยงด้านสุขภาพของแรงงานนอกระบบภาคการบริการ กลุ่มอาชีพทำและขายแคบหมู พบว่า แรงงานนอกระบบภาคการบริการส่วนใหญ่มีความเสี่ยงในทุกๆ ด้าน มากหรือน้อยขึ้นอยู่กับลักษณะอาชีพ โดยเฉพาะความเสี่ยงทางด้านการยศาสตร์ และผิวหนัง แต่แรงงานนอกระบบภาคการบริการจะเสี่ยงทางด้านผิวหนังน้อย และอาจมีความเสี่ยงด้านระบบทางเดินหายใจมากกว่ากลุ่มอื่น ซึ่งสาเหตุเกิดจากความไม่ตระหนักในการป้องกันตัวเองเช่นเดียวกัน สามารถสรุปได้ดังตารางที่ 31

ตารางที่ 31 การสำรวจภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพแรงงานนอกระบบอาชีพขายแคบหมู บ้านถ้ำ หมู่ที่ 3 ตำบลตลาดขวัญ

Health hazards (อันตรายต่อสุขภาพ)	Example of health hazards (ตัวอย่างอันตรายต่อสุขภาพ)	Causes of hazards (สาเหตุของอันตรายต่อสุขภาพ)	Service or protection (การบริการและการป้องกัน)
Ergonomics	1. ปวดส้นเท้า น่อง และต้นขา	-ยืนนาน และยืนคนหนังหมู ลวกหนังหมู	-เปลี่ยนอิริยบทบ่อยๆ
		-ต้องก้มตัวบ่อยๆ เช่น นั่งหั่นหนังหมู บรรจุถุง ฯลฯ	-ระมัดระวังตัวเอง
	2. ปวดไหล่ หลัง และเอว	-ก้มตัวนานๆ เช่น ยกของ ยกตะกร้าหนังหมู	-ไม่มีการป้องกันตัวเอง
		-ยืนคนหนังหมู ซึ่งมีจำนวนมาก หนัก และใช้ไม้พายขนาดใหญ่	-นั่งพิงเสา ผนัง ปรับเปลี่ยน อิริยบทบ่อยๆ
		-ยกหนังหมู ซึ่งหนักมาก	
	3. ปวดมือ และข้อ	-จัดด้ามมีดหั่นหนังหมู	-ไม่ค่อยให้ความสำคัญ
		-จับไม้พายคนหนังหมู	
Accident	1. แผล	-ถูกมีดขณะหั่นหนังหมู	-สวมรองเท้าบูธ
		-ถูกเครื่องหั่นหนังหมูกลืนนิ้ว	-สวมถุงมือ
			-ระมัดระวังตัวเอง
	2. น้ำมัน น้ำร้อนกระเด็น หรือหกลวก	- ถูกน้ำมันร้อนๆ กระเด็นขณะทอด หรือหกรดขณะยกหนังหมูหรือแคบหมูขึ้น	-ระมัดระวังตัวเอง
			-สวมปลอกแขน/รองเท้าบูท
	3. ตาแดง หรือหกล้ม	-ถูกเศษหนังหมู หรือน้ำขังกระเด็นเข้าตา	-ไม่มีการป้องกัน
	4. ลื่นหกล้ม	-พื้นโรงงานเฉอะแฉะ อาจหกล้มได้ง่าย	-ระมัดระวังตัวเอง

ตารางที่ 31 (ต่อ)

Health hazards (อันตรายต่อสุขภาพ)	Example of health hazards (ตัวอย่างอันตรายต่อสุขภาพ)	Causes of hazards (สาเหตุของอันตรายต่อสุขภาพ)	Service or protection (การบริการและการป้องกัน)
Skins	1. แมลง สัตว์มีพิษกัดต่อย	-แมลงและสัตว์มีพิษ เช่น งู ตะขาบ แมงป่อง และหนู ในกองขี้เลื่อยที่ใช้เป็นเชื้อเพลิง	-ระมัดระวังตัวเอง
	2. ผื่นคัน ผิวแตก ผิวหนา หยาบกร้าน มีรอยแผลเป็น	-อากาศร้อน เพราะหลังคาโรงงานส่วนใหญ่ทำจากสังกะสี	-ไม่ค่อยให้ความสนใจ
		-ถูกขี้เลื่อย น้ำมันกระเด็น หรือน้ำสกปรก	
		-ใช้มือจับอุปกรณ์นานๆ	-สวมถุงมือ ปลอกแขน
Respiratory	1. หายใจเอาสิ่งแปลกปลอมเข้าไป	-ควันจากการเผาไหม้ในช่วงการทำแคบหมู จะสวมผ้าปิดจมูกเฉพาะช่วงที่ทอดแคบหมูเท่านั้น	-ไม่ค่อยให้ความสนใจ -สวมผ้าปิดจมูก
	2. หน้ามืด ตาลาย และเวียนศีรษะ	-แพ้กลิ่นต้มหนังหมู	-ไม่ค่อยให้ความสนใจ
		-ออกไปตากหนังหมูกลางแดดร้อนจัด	
อื่นๆ	1. โรคกระเพาะ	-รีบทำงานให้เสร็จ รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา	-เตือนตัวเอง
	2. ภาวะเครียด	-งานเร่งในช่วงเทศกาล หรือต้องการเงินมากในช่วงใกล้เปิดเทอม	-ไม่ค่อยให้ความสำคัญ
	3. ภาวะไขมันในเลือดสูงและเก๊าท์	-รับประทานแคบหมู หนังหมู เป็นประจำ หรือหยิบใส่ปากเวลาบรรจุถุง	-ไม่ค่อยตระหนักถึงความรุนแรง -หาได้ง่ายในหมู่บ้านญ

ตารางที่ 31 (ต่อ)

Health hazards (อันตรายต่อสุขภาพ)	Example of health hazards (ตัวอย่างอันตรายต่อสุขภาพ)	Causes of hazards (สาเหตุของอันตรายต่อสุขภาพ)	Service or protection (การบริการและการป้องกัน)
อื่นๆ	4. น้ำมันทอดซ้ำ	-แม้จะมีคนมารับซื้อน้ำมันดำในหมู่บ้าน แต่ก็มีผู้ผลิตหลายรายที่ยังใช้น้ำมันทอดซ้ำเกิน 2 ครั้งอยู่	- ไม่ค่อยให้ความตระหนัก
	5. โรคติดต่อจากสัตว์	-หนังหมูอาจไม่สะอาด -หนังหมูไม่ได้มาตรฐาน ติดโรคจากสัตว์ต่างๆ เช่น แอนแทรกซ์ ทริคิโนซีส ไข้หูดับ ฯลฯ	-ไม่ค่อยให้ความตระหนัก
	6. โรคติดต่อระบบทางเดินอาหาร	-ความไม่สะอาดจากขั้นตอนการผลิต เช่น การวางกับพื้น การเลี้ยงสัตว์ในบริเวณที่ทำการขาดการตระหนักของผู้ผลิต -ไม่มีการป้องกันแมลงวัน	-ไม่ค่อยให้ความตระหนัก

หลังจากทีมจัดการสุขภาพสำรวจชุมชนแต่ละครั้งเสร็จ ก็จะนำข้อมูลจากการสำรวจมาวิเคราะห์ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกครั้ง และเมื่อการสำรวจเสร็จสิ้นทั้งหมด จึงทำการวิเคราะห์ผลการศึกษาชุมชน หรือวิเคราะห์ชุมชนร่วมกันอีกครั้งหนึ่ง ซึ่งแสดงผลการวิเคราะห์ชุมชน ดังต่อไปนี้

การวิเคราะห์ชุมชน

การวิเคราะห์ชุมชนรวม ผู้วิจัย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และทีมจัดการสุขภาพ จะร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูล ปัญหาของชุมชน ตลอดจนความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูล โดยแบ่งการวิเคราะห์ชุมชนออกเป็น 3 วิธี คือ

1. ทีมจัดการสุขภาพ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขวิเคราะห์ร่วมกัน เมื่อสำรวจชุมชนโดยใช้เครื่องมือแต่ละชิ้นแล้ว ทีมจัดการสุขภาพและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูลที่สำรวจทุกครั้งหลังจากสำรวจเสร็จ โดยดำเนินการในพื้นที่ที่ศึกษา ถ้าพบข้อมูลไม่ชัดเจนหรือไม่น่าเชื่อถือ ทีมจัดการสุขภาพก็จะลงไปตรวจสอบในพื้นที่ได้ทันที

2. ผู้วิจัย และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งเป็นการนำข้อมูลที่ได้รับวิธีที่ 1 มาวิเคราะห์หาความครบถ้วนและถูกต้อง และจัดทำรูปแบบข้อมูลให้สวยงาม ถ้าพบประเด็นที่สงสัย ไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะกลับไปตรวจสอบในพื้นที่อีกครั้งหนึ่ง

3. วิเคราะห์ข้อมูลภาพรวมร่วมกันในวันทำแผนชุมชน ผู้วิจัยจัดเวทีสำหรับทีมจัดการสุขภาพทั้ง 3 ทีมมาวิเคราะห์หรือตรวจสอบข้อมูลของตนเองอีกครั้งหนึ่งในภาพรวม และนำเสนอให้ทีมจัดการสุขภาพอีก 2 ทีมร่วมกันวิเคราะห์และแนะนำ พร้อมการแตกประเด็นปัญหาเพื่อ จัดเรียงลำดับความสำคัญของปัญหาก่อนที่จะเลือกมาทำแผนชุมชนต่อไป โดยผลการวิเคราะห์ชุมชนของทีมจัดการสุขภาพทั้ง 3 ทีม มีดังต่อไปนี้

ผลการวิเคราะห์ชุมชนของทีมจัดการสุขภาพบ้านปางไฮ

จากการนำข้อมูลการศึกษาชุมชนมาวิเคราะห์ร่วมกัน และเรียงลำดับความสำคัญของปัญหา พบว่า ปัญหาที่มีผลกระทบต่อแรงงานนอกระบบอาชีพทำเมี่ยง บ้านปางไฮ หมู่ที่ 7 ตำบลเทพเสด็จจำนวนมากหรือในวงกว้าง ได้แก่

1. ปัญหาการปวดหลัง หรือร่างกายจากการทำมัดเมี่ยง
2. ปัญหาอุบัติเหตุขณะใช้เครื่องตัดหญ้า เกิดการลื่นล้ม เนื่องจากพื้นที่ลาดชัน และลื่น
3. ปัญหาอุบัติเหตุจากการถูกปลอกเก็บเมี่ยงบาดอวัยวะ เช่น หู จมูก เป็นต้น

4. ปัญหาอุบัติเหตุจากการตกต้นเมี่ยง เพราะต้องปีนกิ่งเมี่ยง หรือใช้บันไดขึ้นเก็บเมี่ยง

5. ปัญหาถูกไอร้อน ความร้อนของไฟขณะหามไหเมี่ยงลงจากเตานึ่งเมี่ยง

6. ปัญหาอุบัติเหตุขณะตัดฟืนมานึ่งเมี่ยง

7. ปัญหาอุบัติเหตุจากการถูกมีดบาดขณะการจักตอกที่ใช้มัดเมี่ยง

8. ปัญหาภัยธรรมชาติ

นอกจากนี้ แรงงานนอกระบบ ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับสิทธิการรักษาพยาบาลจากกองทุนประกันสังคมว่า อยากให้รัฐบาลสนใจเรื่องการประกันสังคมของแรงงานนอกระบบให้มากขึ้น แต่ไม่ควรให้แรงงานนอกระบบต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายสมทบการประกันสังคมทั้งหมด ควรจะเป็นการพบกันครึ่งทางระหว่างภาครัฐและแรงงานนอกระบบ ดังเช่นคำพูดของทีมจัดการสุขภาพคนหนึ่งที่ว่า "รายได้ของเฮาก็หน้อย (น้อย) รายจ่ายก็นัก (มาก) ถ้าหื้อ (ให้) มาจ่ายประกันสังคมแห่ม (อีก) มันก็บ่ไหว รัฐน่าจะจ่วย (ช่วย) เฮาเกิ่ง (ครึ่ง) หรือตึงหมด (ทั้งหมด) ก็น่าจะปอไหว" แต่โดยความจริงแล้ว แรงงานนอกระบบกลุ่มอาชีพทำเมี่ยงยังขาดความรู้เรื่องการประกันสังคมอยู่บ้าง เช่น ทีมจัดการสุขภาพที่เป็น อสม. คนหนึ่งพูดว่า "ถ้าบ่เอาประกันสังคมก็ใช้บัตรทองก็ได้ เพราะกั๋ว (กลัว) ใช้บริการที่อนามัยบ่ได้ บางคนต้องไปใช้โฮงยา (โรงพยาบาล) เอกชนปู้น หมู่เฮาบ่สะดวกขึ้นยากลงยาก (ขึ้น-ลงยาก) ใช้บัตรทองก็ดีแล้ว บ่ต้องเสียเงินเพิ่ม" ซึ่งโดยความจริงแล้วสิทธิประกันสังคมจะกว้างหรือมากกว่าสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) และถ้าเลือกใช้สิทธิจากโรงพยาบาลหลักเป็นโรงพยาบาลนครพิงค์ ก็จะสามารถใช้บริการที่สถานีอนามัยใกล้บ้านได้โดยไม่คิดมูลค่า

ผลการวิเคราะห์ชุมชนของทีมจัดการสุขภาพบ้านสันต้นแหนใต้

จากการนำข้อมูลการศึกษาชุมชนมาวิเคราะห์ร่วมกัน และเรียงลำดับความสำคัญของปัญหา พบว่า ปัญหาที่มีผลกระทบต่อแรงงานนอกระบบอาชีพทำคันร่ม บ้านสันต้นแหนใต้ หมู่ที่ 5 ตำบลแม่คือจำนวนมากหรือในวงกว้าง ได้แก่

1. อาการปวดจากการทำงาน เช่น ปวดหลัง ชามือและขา

2. อันตรายขณะการทำหัวร่ม เพราะต้องใช้เครื่องจักรและของมีคมตลอดเวลา

3. อุบัติเหตุจากมีดปลายแหลม ที่ใช้ในการทำซี่ร่ม โดยเฉพาะช่วง "แตงดือ"

4. อันตรายขณะดัดไม้ เนื่องจากการใช้มีดใหญ่ ใช้เลื่อยมือ หรือเลื่อยไฟฟ้า

5. อันตรายจากการใช้สารเคมี สีทาร่ม ฯลฯ

6. ผื่นคันจากการแพ้ยางไม้ โดยเฉพาะต้นสัดตบรรณ

ส่วนแนวคิดเกี่ยวกับสิทธิการรักษาพยาบาลในกองทุนประกันสังคมของแรงงานนอกระบบพบว่า แตกต่างจากบ้านปางไฮ คือ แรงงานนอกระบบอยากใช้สิทธิประกันสังคม เพราะจะได้รับค่าชดเชยกรณีเจ็บป่วย ทำงานไม่ได้ หรือบาดเจ็บจากการทำงาน แต่ก็มีแนวคิดคล้ายกันว่าตนเองคงทำไม่ได้เพราะรายได้น้อย แรงงานนอกระบบบางรายมีรายได้วันละไม่ถึง 100 บาท ไม่สามารถจ่ายเงินสมทบประกันสังคมได้ แต่ถ้าไม่มีก็ไม่เดือดร้อน เพราะมีสถานีอนามัยอยู่ใกล้บ้าน ดังเช่นคำพูดของแรงงานคนหนึ่งที่ว่า “ใคร่ (อยาก) ได้นะก็ใคร่ได้ แต่รายได้หน้อยแล้วจะเอาอะหยังมาจ่ายค่าประกั๋นสังคม ตึงวันนี้ใจ้บัตรทองก็ดีแล้ว” นอกจากนี้ยังเสนอว่า ถ้ายังใช้หลักประกันสังคมไม่ได้ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรเข้ามาช่วยเหลือในเรื่องการดูแลในกรณีเจ็บป่วยที่รุนแรงจากการทำงาน และช่วยเหลือผู้บาดเจ็บในกรณีที่ไม่สามารถปฏิบัติงานได้เช่น สร้างกองทุนทนแทนการหยุดทำงานจากการเจ็บป่วย หรือกองทุนทดแทนความพิการภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมทั้งการให้คำแนะนำเรื่องการป้องกันอันตรายจากการทำงาน

ผลการวิเคราะห์ชุมชนของทีมจัดการสุขภาพบ้านถ้ำ

จากการนำข้อมูลการศึกษาชุมชนมาวิเคราะห์ร่วมกัน และเรียงลำดับความสำคัญของปัญหา พบว่า ปัญหาที่มีผลกระทบต่อแรงงานนอกระบบอาชีพขายแคบหมู บ้านถ้ำ หมู่ที่ 3 ตำบลตลาดขวัญจำนวนมากหรือในวงกว้าง ได้แก่

1. การปวดของร่างกาย เช่น ปวดหลัง ปวดเอว ปวดข้อต่างๆ

2. ปัญหาบาดแผลจากการถูกของมีคมบาด ในการทำงาน

3. ภาวะไขมันในเลือดสูง เริ่มสนใจเมื่อสถานีอนามัยให้บริการตรวจ พบว่า ประชาชนมีไขมันในเลือดสูงจำนวนมาก มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมาก และผู้ป่วยเป็นอัมพฤกษ์หรืออัมพาตในหมู่บ้านมาก ขณะนี้มีประมาณ 6 คน

4. การถูกไอร้อน น้ำมันร้อน หรือน้ำร้อนลวก หรือกระเด็นใส่ร่างกาย โดยเฉพาะแขน

5. ความเครียด เพราะรายได้ต่ำ งานเร่งด่วน และต้องใช้จ่ายเงินมาก

6. ปัญหาระบบทางเดินหายใจ จากการหายใจรับควันไฟ หรือฝุ่นจากขี้เลื่อยทุกวัน

7. อาการวิงเวียน หน้ามืด ตาลาย เพราะความดันโลหิตต่ำ เนื่องจากต้องตื่นประมาณ 2.00-3.00 น. ทุกวันเพื่อไปตลาด ทำให้เวลาในการใช้ชีวิตไม่ตรงกับคนปกติ

8. ผื่นคันจากการฝุ่น สารปนเปื้อนในหนังหมู ความร้อนจากอากาศ และแมลงกัดต่อย

9. ลื่นหกล้ม เพราะพื้นเปียก หรือหิ้วของหนัก

10. โรคกระเพาะอาหาร เพราะรับประทานอาหารไม่ตรงเวลา หรือรับประทานยาแก้ปวดกล้ามเนื้อมาก

แนวคิดเกี่ยวกับสิทธิการรักษาพยาบาลจากกองทุนประกันสังคมของแรงงานนอกระบบกลุ่มนี้จะแตกต่างจากแรงงานนอกระบบกลุ่มอื่น คือ แรงงานนอกระบบส่วนใหญ่ต้องการมีบัตรประกันสังคม เพราะต้องออกไปขายแคบหมูในเมืองอยู่แล้ว ถ้ามีบัตรประกันสังคมก็สามารถใช้บริการที่โรงพยาบาลในเมืองได้เลย เช่น "ไปอนามัยก็บ่สะดวก ไปกาด (ตลาด) ตึงวัน (ทุกวัน) อยู่แล้ว เลิกกาดก็แวะเข้าโฮงยาในเวียง (ตัวเมือง) ได้เลย จ่ายเพิ่มแห่มหน้อยแต่ก็คุ้มค่า" แต่ก็มีบางส่วนโดยเฉพาะผู้ที่รับจ้างใส่แคบหมูที่บ้าย จะมีความคิดเห็นแตกต่างออกไป เช่น กลัวไม่มีเงินจ่ายค่าสมทบประกันสังคม แต่ถ้าให้สิทธิ์โดยไม่ต้องสมทบบุเงินทุกเดือนก็จะเป็นการดี เพราะบัตรทองไม่ต้องเสียเงิน และใช้บริการที่สถานีอนามัยใกล้บ้านได้ ดังเช่นคำพูดของแรงงานคนหนึ่งที่ว่า "มีบัตรทองก็ดีอยู่แล้ว บ่สู้ไปอยากได้มันญิหยัง (ทำไม) ประกั๋นสังคม จ่ายก็แปง (แพง) ไปอนามัยก็เสียตังค์ก่อน ยุ่งยาก บัตรทองเนี๊ยะดีละ ใกล้ก็ใกล้ บ่ต้องเสียงตังก่อนด่างหาก" และบางคนยังเสนออีกว่า ไม่ทำประกันสังคมก็ได้ แต่บัตรทองน่าจะมีการสนับสนุนค่าใช้จ่ายกรณีที่เจ็บป่วยจากการทำงาน แล้วขาดงาน ทำให้ไม่มีรายได้ เช่น ตั้งกองทุนแรงงานนอกระบบในหมู่บ้าน หรือตำบล

การจัดทำแผนงานและโครงการ

การจัดทำโครงการเพื่อแก้ปัญหา จะดำเนินการพร้อมกับขั้นตอนการวิเคราะห์รวม โดยนำปัญหาสุขภาพที่จัดลำดับความสำคัญแล้วมาเลือกปัญหาที่จะทำการแก้ไขเป็นลำดับแรกร่วมกัน ปัญหาที่ทั้ง 3 ทีมเลือกมาจัดทำโครงการเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นกับแรงงงานนอกระบบเป็นส่วนใหญ่ แต่อาจจะมีอาการมากหรือน้อยก็ได้ ซึ่งเป็นปัญหาที่คล้ายกันทั้ง 3 ทีม ดังนี้

1. ทีมจัดการสุขภาพแรงงานนอกระบบภาคการเกษตร เลือกปัญหาอันดับที่ 1 คือ ปัญหาการปวดหลัง หรือร่างกายจากการทำมัดเมี่ยง

2. ทีมจัดการสุขภาพแรงงานนอกระบบภาคการผลิต เลือกปัญหาอันดับที่ 1 คือ อาการปวดจากการทำงาน เช่น ปวดหลัง ชามือและขา

3. ทีมจัดการสุขภาพแรงงานนอกระบบภาคการบริการ เลือกปัญหาอันดับที่ 1 คือ การปวดของร่างกาย เช่น ปวดหลัง ปวดเอว ปวดข้อต่างๆ

หลังจากนั้นจึงจัดทำโครงการเพื่อแก้ปัญหา และนำเสนอแนวทางการดำเนินงานในที่ประชุ แล้วมอบหมายให้แต่ละทีมกลับไปเขียนโครงการแบบสมบูรณ์ภายใต้การสนับสนุนงบประมาณจากผู้วิจัยโครงการละ 3,000 บาท โดยตัวแทนของทีมจัดการสุขภาพเป็นผู้เสนอโครงการ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือหัวหน้าสถานีอนามัยเป็นผู้เห็นชอบโครงการ และสาธารณสุขอำเภอเป็นผู้อนุมัติโครงการ และเมื่อโครงการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยจึงจัดสรรเงินงบประมาณให้กับทีม

จัดการสุขภาพไปดำเนินการตามระยะเวลาที่ระบุไว้ และขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานด้วย ซึ่งรายละเอียดโครงการมีดังนี้

กระบวนการและขั้นตอนการดำเนินงานทั้งหมดขึ้นอยู่กับมติของทีมจัดการสุขภาพและให้อิสระทีมจัดการสุขภาพดำเนินการตลอดโครงการทั้งหมด โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นที่ปรึกษาตลอดโครงการ ส่วนผู้วิจัยจะทำการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม และมีส่วนร่วมในฐานะผู้ร่วมงานหรือที่ปรึกษาร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แกนนำในการดำเนินการทั้ง 3 แห่งส่วนใหญ่เป็นอสม. ยกเว้นบ้านสันต้นแหนใต้ที่ผู้ใหญ่บ้านเข้ามามีส่วนร่วมบ้างพอสมควร ทำให้โครงการขับเคลื่อนได้รวดเร็วมากขึ้น ส่วนแรงงานนอกระบบจะเป็นเพียงผู้รอรับการบริการมากกว่าผู้มีส่วนร่วมในการดำเนินงานเหมือนเช่นเดียวกับขั้นตอนอื่นๆ แต่ถ้าเป็นแรงงานนอกระบบที่มีบทบาทเป็นอสม. หรือองค์กรชุมชนอื่นๆ ด้วยจะเข้ามามีส่วนร่วมเป็นแกนนำในการดำเนินงานเป็นอย่างดี ส่วนสมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังมีส่วนร่วมน้อยเช่นเดิม อาจเนื่องมาจาก การครบวาระการปฏิบัติงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้ง 3 แห่ง โดยเฉพาะตำบลแม่คือกำลังรอยกฐานะขึ้นเป็นเทศบาลตำบล จึงทำให้ช่วงดำเนินงานอยู่ระหว่างช่วงกำลังเลือกตั้ง จึงไม่สามารถเข้ามามีส่วนร่วมได้อย่างเต็มที่ ในส่วนของเนื้อหาโครงการมีดังต่อไปนี้

โครงการจัดการสุขภาพแรงงานนอกระบบภาคการเกษตร (กลุ่มปลูกและทำเมี่ยง)

ทีมจัดการสุขภาพแรงงานนอกระบบบ้านปางไฮ ร่วมกันนำปัญหาที่เลือกไว้มาจัดทำเป็นโครงการ ส่วนปัญหาอื่นๆ จะนำไปพิจารณาขอสนับสนุนงบประมาณจากองค์การบริหารส่วนตำบลเทพเสด็จ หรือแหล่งทุนอื่นๆ ต่อไป โดยโครงการที่เขียน คือ โครงการบ้านสาธิตป้องกันโรคปวดข้อและปวดกล้ามเนื้อ มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ประชาชนหมู่บ้านปางไฮที่ประกอบอาชีพปลูกเมี่ยงมีความรู้เรื่องวิธีการป้องกันอาการปวดและชากล้ามเนื้อและข้อ และเพื่อลดการรับประทานยาแก้ปวดข้อและกล้ามเนื้อที่มีสาเหตุมาจากการประกอบอาชีพทำเมี่ยง โดยมีกลุ่มเป้าหมายเป็นประชาชนบ้านปางไฮ หมู่ที่ 7 ที่ประกอบอาชีพปลูกเมี่ยงจำนวน 30 หลังคาเรือน จำนวน 105 คน ดำเนินการตั้งแต่ 1 มกราคม–30 กันยายน 2553 โดยแบ่งออกเป็น 2 ช่วง ช่วงแรกเดือนพฤศจิกายน 2552-มีนาคม 2553 เป็นการจัดทำโต๊ะสาธิตการนั่งมัดเมี่ยงอย่างถูกวิธีในบ้านตัวอย่าง รวมทั้งการให้ความรู้กลุ่มเป้าหมายเรื่องขั้นตอนการป้องกันอันตรายที่เกิดจากการประกอบอาชีพปลูกเมี่ยงและสาธิตการนั่งมัดเมี่ยงที่ถูกวิธี ส่วนช่วงที่ 2 ตั้งแต่เดือนเมษายน-กันยายน 2553 เป็นช่วงติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อดูการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการนั่งมัดเมี่ยงที่บ้านกลุ่มเป้าหมาย และบันทึกจำนวนการกินยาแก้ปวดข้อและกล้ามเนื้อประจำวันของผู้ประกอบอาชีพที่เข้าร่วมโครงการ (ภาคผนวก จ)

โครงการจัดการสุขภาพแรงงานนอกระบบภาคการผลิต (กลุ่มทำคันร่ม)

ทีมจัดการสุขภาพแรงงานนอกระบบบ้านสันต้นแหนใต้ ร่วมกันนำปัญหาที่เลือกไว้มาจัดทำเป็นโครงการ ส่วนปัญหาอื่นๆ จะนำไปพิจารณาขอสนับสนุนงบประมาณจากเทศบาลตำบลแม่คือ หรือแหล่งทุนอื่นๆ ต่อไป โดยโครงการที่เขียน คือ โครงการติดตามประเมินความเสี่ยงและความปลอดภัยในการดำเนินงานแรงงานนอกระบบ มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ความรู้และให้คำแนะนำแก่ผู้ประกอบอาชีพให้มีความปลอดภัยในการทำงาน และเพื่อให้แรงงานนอกระบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองให้ปลอดภัยจากการทำงาน กลุ่มเป้าหมาย คือ ประชาชนที่ประกอบอาชีพทำร่มแลพัด จำนวน 40 คน ดำเนินการตั้งแต่ 20 พฤศจิกายน 2552–30 มกราคม 2553 โดยการแบ่งกลุ่มทีมจัดการสุขภาพออกให้ความรู้และคำแนะนำในการทำงานถึงสถานที่ทำงาน หรือที่บ้าน รวมทั้งจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์และการดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบเพื่อประเมินผลการดำเนินงาน (ภาคผนวก จ)

โครงการจัดการสุขภาพแรงงานนอกระบบภาคการบริการ (กลุ่มขายแคบหมู)

ทีมจัดการสุขภาพแรงงานนอกระบบบ้านถ้ำ ร่วมกันนำปัญหาที่เลือกไว้มาจัดทำเป็นโครงการ ส่วนปัญหาอื่นๆ จะนำไปพิจารณาขอสนับสนุนงบประมาณจากองค์การบริหารส่วนตำบลตลาดขวัญ หรือแหล่งทุนอื่นๆ ต่อไป โดยโครงการที่เขียน คือ โครงการแก้ปัญหาอาการปวดเมื่อยจากการทำงานของแรงงานนอกระบบ มีวัตถุประสงค์ เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้พฤติกรรมในการใช้ท่าทางที่ถูกต้องในการทำงาน และเพื่อรวบรวมข้อมูลการเจ็บป่วยของแรงงานนอกระบบ กลุ่มเป้าหมาย คือแรงงานนอกระบบที่ประกอบอาชีพทำและขายแคบหมู แหนม ไส้อั่ว ข้าวแต๋น จำนวน 30 คน ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม–30 ธันวาคม 2552 โดยมีการดำเนินการเริ่มจากการสำรวจแรงงานที่มีปัญหาในการเจ็บปวดตามร่างกายและจัดทำทะเบียนกลุ่มผู้ใช้แรงงานที่มีอาการ จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการใช้ท่าทางที่ถูกต้อง และให้ความรู้การป้องกันอันตรายจากการทำงาน พร้อมทั้งติดตามและเฝ้าระวังการเจ็บป่วยจากการทำงานของแรงงานนอกระบบ (ภาคผนวก จ)

จากการดำเนินงาน พบว่า การเขียนโครงการจะเป็นหน้าที่ของ อสม. โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นพี่เลี้ยง เพราะ อสม. จะมีความรู้และประสบการณ์ในการเขียนโครงการแล้วจากการให้ความรู้ของสถานีอนามัย จึงไม่มีปัญหาในเรื่องของขั้นตอนการเขียนโครงการ แต่ปัญหาเล็กน้อยที่เกิดขึ้น คือ การขาดความร่วมมือของผู้นำชุมชนหรือผู้ใหญ่บ้าน ซึ่งใน 3 ทีมนี้จะมีผู้นำชุมชนที่มีส่วนร่วมตลอด 1 ทีม ทีมที่เหลือมีส่วนร่วมบ้าง 1 ทีม และไม่มีส่วนร่วมเลย 1 ทีม ทีมที่ผู้นำชุมชนมีส่วนร่วมการร่วมกันคิด เขียน และวิเคราะห์โครงการจะดำเนินไปได้รวดเร็ว การดำเนินงานตามโครงการมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยผลการดำเนินโครงการมีดังนี้

การดำเนินงานตามแผน

การดำเนินงานตามแผน ทีมจัดการสุขภาพทุกแห่งเมื่อได้รับการอนุมัติและจัดสรรงบประมาณจากผู้วิจัยแล้ว จะดำเนินการเองในพื้นที่ โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นพี่เลี้ยง ส่วนผู้วิจัยจะเป็นผู้ร่วมสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม ซึ่งจะทำให้สามารถสังเกตพฤติกรรมและการมีส่วนร่วม รวมทั้งความเข้มแข็งของทีมจัดการสุขภาพแต่ละทีมได้อย่างเต็มที่ โดยรูปแบบการดำเนินโครงการทั้ง 3 แห่งนั้นจะเป็นบทบาทของ อสม. ที่เป็นทีมจัดการสุขภาพทุกคน มีประธาน อสม. เป็นหลักในการดำเนินงาน ส่วนผู้นำชุมชนจะมีส่วนร่วมน้อยในขั้นตอนนี้ ผลการดำเนินงานตามแผนมีดังนี้

กระบวนการดำเนินงานของทีมจัดการสุขภาพแรงงานนอกระบบภาคการเกษตร

การดำเนินงานมีขั้นตอน ดังนี้

1. จัดทำโต๊ะสาธิตการนั่งมัดเมี่ยงที่ถูกวิธี 1 แห่ง คือ บ้านนายพล คร่องไหม เลขที่ 18 หมู่ที่ 7 ตำบลเทพเสด็จ อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่

2. ประชุมให้ความรู้กลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้ความรู้เรื่องขั้นตอนที่สามารถป้องกันอันตรายที่เกิดจากการประกอบอาชีพปลูกเมี่ยง สอบถามปัญหาการเจ็บปวดตามร่างกาย และสาธิตการนั่งมัดเมี่ยงที่ถูกวิธี จำนวน 1 ครั้ง ผู้เข้ารับการอบรม 93 คน พร้อมทั้งแจกเอกสารความรู้แก่ผู้เข้ารับการอบรม และแรงงานปลูกเมี่ยงในหมู่บ้านใกล้เคียงจำนวน 200 ชุด

3. ทีมจัดการสุขภาพและ อสม. ดำเนินการออกเยี่ยมบ้านเพื่อดูการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการนั่งมัดเมี่ยงที่บ้านกลุ่มเป้าหมายและดูบันทึกการกินยา จำนวน 6 เดือนๆ ละ 1 ครั้งๆ ละ 6-10 หลังคาเรือนตามเขตรับผิดชอบ

4. บันทึกจำนวนการกินยาแก้ปวดข้อและกล้ามเนื้อประจำวันของแรงงานนอกระบบเฉพาะที่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเท่านั้น ซึ่งเป็นกระบวนการที่จะดำเนินการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องหลังจากอบรมไปแล้วทุกเดือนเป็นเวลา 6 เดือน โดยมีการบันทึกการกินยาทุกเดือนจากการเยี่ยมบ้านของ อสม. และผลการรักษาพยาบาลที่สถานีอนามัย นำมาเปรียบเทียบกับข้อมูลการกินยาก่อนการอบรม

กระบวนการดำเนินงานของทีมจัดการสุขภาพแรงงานนอกระบบภาคการผลิต

การดำเนินงานมีขั้นตอน ดังนี้

1. ประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์คณะทำงาน และแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบและเขตรับผิดชอบของแต่ละคน อสม. 1 คน รับผิดชอบแรงงานนอกระบบ 5 คน

2. จัดเตรียมเอกสารประกอบการให้ความรู้และคำแนะนำในการทำงาน โดยขอความร่วมมือจากทางสถานีอนามัย

3. ออกสำรวจข้อมูลพร้อมกับให้ความรู้แรงงานนอกระบบถึงที่ทำงาน ระหว่างวันที่ 15 ธันวาคม 2552 ถึง 15 มกราคม 2553

4. แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์และการดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบ จำนวน 1 ครั้ง เมื่อวันที่ 25 มกราคม 2553 โดยมีผู้ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทั้งหมด 40 คน

5. ประเมินผลหลังการดำเนินงานแล้ว 6 เดือน

กระบวนการดำเนินงานของทีมจัดการสุขภาพแรงงานนอกระบบภาคการบริการ

การดำเนินงานมีขั้นตอน ดังนี้

1. ประชุมชี้แจงทีมงานดำเนินงาน คือ คณะกรรมการสุขภาพ 5 คน และ อสม. 8 คน

2. อสม. ออกสำรวจแรงงานที่มีปัญหาในการเจ็บปวดตามร่างกาย โดยพบว่าแรงงานนอกระบบส่วนใหญ่มีปัญหาดังกล่าว แต่มีอาการไม่มากนักจนถึงขั้นทนไม่ได้ กลุ่มผู้ผลิต ขาย และใส่ถุงแคบหมูจะมีปัญหาการเจ็บปวดตามร่างกายมากกว่ากลุ่มที่ทำหน้าที่อื่น

3. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการใช้ท่าทางที่ถูกต้อง และให้ความรู้การป้องกันอันตรายจากการทำงาน การนวดและประคบสมุนไพร จำนวน 1 วันโดยมีผู้ร่วมโครงการ 30 คน คิดเป็นร้อยละ 51.72 ของแรงงานนอกระบบที่ทำการสำรวจทั้งหมด

4. จัดเวทีเสวนาการรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบันและการรักษาแบบพื้นบ้านโดยหมอเมืองประจำหมู่บ้าน

5. จัดทำทะเบียนกลุ่มผู้ใช้แรงงานที่มีอาการเจ็บปวดตามร่างกาย

6. สร้างแกนนำต้นแบบในการให้ความรู้แก่ประชาชน จำนวน 5 คน โดยทั้ง 5 คนเป็น อสม. และมีอาชีพเป็นแรงงานนอกระบบด้วย คือ นางอมร การคนเที่ยง นางจงรักษ์ ดาวสนั่น นางวราภรณ์ การคนเที่ยง นางคำหน้อย การคนซื่อ และนางปิ่นแก้ว กล้าหาญ

7. จัดทำเอกสารแผ่นพับความรู้เรื่องการใช้ท่าทางที่ถูกต้องในการทำงาน จำนวน 100 ชุด เพื่อแจกประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนในพื้นที่

8. ประชาสัมพันธ์เสียงตามสายในหมู่บ้าน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง อย่างต่อเนื่อง 6 สัปดาห์ จัดทำป้ายผ้ารณรงค์ประชาสัมพันธ์ จำนวน 1 ผืน แกนนำต้นแบบออกให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไปและแรงงานนอกระบบ โดยแกนนำต้นแบบ 1 คนต่อแรงงานนอกระบบ 20 คน

9. ติดตามและเฝ้าระวังการเจ็บป่วยจากการทำงานของแรงงานนอกระบบ

10. ทีมจัดการสุขภาพรวมกลุ่มเพื่อจัดทำโครงการเพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนสุขภาพตำบลขององค์การบริหารส่วนตำบลตลาดขวัญ จำนวน 1 โครงการ

ผลการดำเนินงานขั้นตอนนี้จะเป็นบทบาทของ อสม.ที่เป็นสมาชิกทีมจัดการสุขภาพเป็นส่วนใหญ่ ยกเว้นตำบลตลาดขวัญที่มีคณะกรรมการสุขภาพประจำหมู่บ้านเข้ามาร่วมทีมอีก 5 คน ทำให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยผลการประเมินมีดังนี้

การประเมินผลการดำเนินงาน

การประเมินผลโครงการของทีมจัดการสุขภาพส่วนใหญ่เป็นบทบาทของ อสม. ส่วนทีมจัดการสุขภาพกลุ่มอื่นจะมีส่วนร่วมในการประเมินผลน้อยมาก แนวทางการประเมินผลจะประเมินตามแนวทางที่ร่วมกำหนดขึ้นร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อตอบวัตถุประสงค์โครงการ โดยผลการประเมินของการจัดการสุขภาพแรงงานนอกระบบ มีดังนี้

ผลการจัดการสุขภาพแรงงานนอกระบบภาคการเกษตร

การประเมินผลการดำเนินงานการจัดการสุขภาพแรงงานนอกระบบภาคการเกษตรบ้านปางไฮ เพื่อตอบวัตถุประสงค์ คือ ให้ประชาชนหมู่บ้านปางไฮที่ประกอบอาชีพปลูกเมี่ยงมีความรู้เรื่องวิธีการป้องกันอาการปวดและชากล้ามเนื้อและข้อ และเพื่อลดการรับประทานยาแก้ปวดข้อและกล้ามเนื้อที่มีสาเหตุมาจากการประกอบอาชีพทำเมี่ยง โดยสรุปผลการประเมินได้ดังต่อไปนี้

1. ผลสำเร็จของการดำเนินการตามตัวชี้วัดความสำเร็จ

1.1 มีการสร้างโต๊ะสำหรับมัดเมี่ยงสาธิต ที่มีสภาพที่เหมาะสมถูกต้องสำหรับการมัดเมี่ยงที่ไม่ก่อให้เกิดอาการปวดและชาข้อและกล้ามเนื้อที่บ้านต้นแบบ รวมทั้งมีการนำเสนอการใช้โต๊ะสาธิตให้แก่แรงงานนอกระบบที่เข้ารับการอบรม และนายกองค์การบริหารส่วนตำบลเทพเสด็จ เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการสร้างโต๊ะเพิ่มขึ้นในบ้านกลุ่มเป้าหมายในอนาคต

1.2 กลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมรับฟังความรู้มากกว่าร้อยละ 90 โดยการดำเนินการมีผู้ผ่านการให้ความรู้ 93 คน คิดเป็นร้อยละ 97.65 ของกลุ่มเป้าหมาย นอกจากนี้จากการสอบถามเพิ่มเติมเกี่ยวกับอาการเจ็บปวดตามร่างกายของแรงงานนอกระบบ พบว่า แรงงานนอกระบบอาชีพปลูกและทำเมี่ยงมากกว่าสองในสาม (ร้อยละ 68.82) มีอาการปวดเมื่อยตามร่างกาย โดยเพศชายมากกว่าสองในสาม (ร้อยละ 70.59) มีอาการปวด ส่วนเพศหญิงมีอาการเจ็บปวดร้อยละ 67.80 ดังแสดงผลไว้ตามตารางที่ 32

ตารางที่ 32 จำนวนและค่าร้อยละของแรงงานนอกระบบที่เจ็บปวดตามร่างกายจำแนกตามเพศ

(n=93)

งานที่ทำ	จำนวนทั้งหมด	ปัญหาการเจ็บปวดตามร่างกาย	
		จำนวน	ร้อยละ
ชาย	34	24	70.59
หญิง	59	40	67.80
รวม	93	64	68.82

เมื่อพิจารณาแยกตามอายุ พบว่าแรงงานนอกระบบยิ่งมีอายุมากหมายถึงทำงานปลูกเก็บเมี่ยง หรือทำเมี่ยงมานาน จะเกิดอาการเจ็บปวดตามร่างกายมากขึ้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุมากกว่า 60 ปีจะมีอาการปวดทุกคน ถึงแม้บางคนจะหยุดทำงานแล้วก็ตาม แต่อาการดังกล่าวยังมีอยู่เป็นประจำซึ่งแสดงผลได้ตามตารางที่ 33

1.3 มีการลดการรับประทานยาแก้ปวดข้อและกล้ามเนื้อของผู้เข้าร่วมโครงการ (เฉพาะผู้ที่สามารถปรับวิธีการปลูกเมี่ยงและมัดเมี่ยงได้ถูกต้องตามที่ได้ให้ความรู้ไปแล้ว) ลดลงมากกว่าร้อยละ 30 จากการดำเนินงานครั้งนี้ทำการอบรมในเดือนมกราคม 2553 ดังนั้นจึงจะทำการประเมินเสร็จสิ้นในเดือนกรกฎาคม 2553 ในงานวิจัยครั้งนี้จึงไม่สามารถนำเสนอผลการประเมินได้

2. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

2.1 เจ้าหน้าที่ต้องหาช่วงเวลาที่แรงงานนอกระบบหยุดทำงานเกือบทั้งหมู่บ้าน

2.2 แรงงานนอกระบบไม่ให้ความสำคัญ คิดว่าเรื่องปากท้องสำคัญกว่า

2.3 หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ไม่มีแผนการแก้ปัญหา การสนับสนุนการสร้างสุขภาพหรือนโยบายเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบที่ชัดเจน

ตารางที่ 33 จำนวนและค่าร้อยละของแรงงานนอกระบบที่เจ็บปวดตามร่างกายจำแนกตามอายุ

(n=93)

อายุ	จำนวนทั้งหมด	ปัญหาการเจ็บปวดตามร่างกาย	
		จำนวน	ร้อยละ
31-40 ปี	3	1	33.33
41-50 ปี	37	20	54.05
51-60 ปี	45	35	77.78
61-70 ปี	7	7	100.00
70 ปีขึ้นไป	1	1	100.00
รวม	93	64	68.82

3. ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานครั้งต่อไป

3.1 ควรจัดการอบรมให้ความรู้ในช่วงเวลาที่ว่างโดยใช้ปฏิทินชุมชนมาวางแผนการจัดอบรม และควรดำเนินงานเพื่อฟื้นฟูความรู้เป็นประจำทุกปี

3.2 ควรมีการรณรงค์ให้ความรู้อย่างจริงจังและต่อเนื่อง รวมทั้งการจัดทำแผนการดำเนินงานอย่างชัดเจน

3.3 จัดทำโครงการขอรับการอุดหนุนจากหน่วยงานผู้รับผิดชอบ ซึ่งทีมจัดการสุขภาพแรงงานนอกระบบ โดยจะจัดทำโครงการขอสนับสนุนงบประมาณจากองค์การบริหารส่วนตำบลเกี่ยวกับการจัดทำโต๊ะ หรือการปรับพื้นที่ให้เหมาะสมกับการมัดเมี่ยงต่อไป

ผลการจัดการสุขภาพแรงงานนอกระบบภาคการผลิต

การประเมินผลโครงการของทีมจัดการสุขภาพเป็นการประเมินแบบง่ายๆ โดยการสรุปหลังจากเสร็จสิ้นขั้นตอนการดำเนินงาน และการเยี่ยมบ้านเพื่อสังเกตพฤติกรรมการป้องกันโรคจากการทำงาน ส่วนการประเมินผลกระทบของโครงการจะดำเนินงานหลังจากการจัดเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์แล้ว 3 เดือน คือ ช่วงต้นเดือนพฤษภาคม 2553 ผู้ที่ดำเนินการและประเมินโครงการ คือ อสม. โดยมีผู้ใหญ่บ้านเป็นที่ปรึกษา ส่วนแรงงานนอกระบบยังไม่เข้ามามีส่วนร่วม ยกเว้นแรงงานนอกระบบที่เป็น อสม. ด้วยจำนวน 6 คน แนวทางการประเมินผลจะปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดขึ้นร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อตอบวัตถุประสงค์โครงการ คือ เพื่อให้

ความรู้และให้คำแนะนำแก่ผู้ประกอบอาชีพให้มีความปลอดภัยในการทำงาน และเพื่อให้แรงงานนอกระบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองให้ปลอดภัยจากการทำงาน ดังนี้

1. ผลการให้ความรู้และคำแนะนำแก่แรงงานนอกระบบและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

1.1 แรงงานนอกระบบ 24 คนที่ทำอาชีพเกี่ยวกับการทำคันร่มและทำพัด ได้รับการคัดเลือกจากข้อมูลการสำรวจของสถานีอนามัยเฉพาะผู้ที่เริ่มหรือมีอาการปวดตามร่างกาย โดยแบ่งความรับผิดชอบ อสม. 1 คนต่อแรงงานนอกระบบ 3 คน ส่วนการออกดำเนินการให้ความรู้ถึงสถานที่ทำงานนั้น อสม.จะออกดำเนินงานด้วยกันเป็นทีมๆ ละ 4 คน โดยข้อมูลของแรงงานนอกระบบ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นแรงงานเพศหญิง และแรงงานที่มีอาการปวดตามร่างกายจะเป็นผู้ที่รับงานไปทำที่บ้าน แสดงได้ดังตาราง 34

1.2 บริเวณที่ปวดเมื่อยตามร่างกายของแรงงานนอกระบบ พบว่า แรงงานนอกระบบส่วนใหญ่มีอาการปวดตามร่างกายบ่อยหรือเกือบทุกวันมากถึง 16 คน ส่วนบริเวณที่ปวดมากส่วนใหญ่อยู่บริเวณหลัง 18 ราย ที่เหลือจะมีอาการปวดหลังร่วมกับปวดบริเวณอื่นๆ เช่น น่อง ไหล่ และต้นคอ ซึ่งสามารถแสดงได้ตามตารางที่ 35

1.3 ระยะเวลาการทำงานของแรงงานนอกระบบบ้านสันต้นแหน พบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกคนมีประสบการณ์การทำงานมานานมากกว่า 5 ปีขึ้นไป ระยะเวลาที่ทำงานสูงสุด คือ 22 ปี ส่วนน้อยที่สุด คือ 6 ปีครึ่ง

1.4 แรงงานนอกระบบทุกคนที่มีอาการปวดเมื่อยได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและป้องกันโรคจากการทำงาน โดยทีมจัดการสุขภาพแรงงานนอกระบบ ส่วนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นยังไม่สามารถแสดงผลได้ เนื่องจากยังอยู่ระหว่างรอการประเมินหลังจากผ่านกระบวนการไปแล้ว 3 เดือน

1.5 ไม่มีปัญหาในการเข้าถึงแรงงานนอกระบบ เนื่องจากไม่ได้ให้หยุดงานมารับการอบรม แต่เป็นการให้ทีมงานลงไปให้ความรู้ถึงแรงงานนอกระบบถึงสถานที่ทำงาน

1.6 ความต่อเนื่องของแผนงานและโครงการ เทศบาลตำบลแม่คือให้การสนับสนุนงบประมาณในการดูแลสุขภาพแรงงานนอกระบบต่อ ได้แก่

1.6.1 การส่งเสริมอาชีพทำร่มและพัด โดยจัดการการเรียนการสอนให้กับเยาวชนในตำบล และนอกตำบลที่สนใจเข้ามาร่วมเรียนรู้

1.6.2 การสนับสนุนโครงการอาชีวอนามัยในแรงงานนอกระบบ โดยการอบรมแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ในแรงงานนอกระบบทุกประเภทในตำบล เพื่อค้นหาพฤติกรรมเสี่ยงและให้ความรู้ในการป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพของตนเอง

ตารางที่ 34 จำนวนของแรงงานนอกระบบบ้านสันต้นแหนใต้เฉพาะที่มีอาการปวดตามร่างกาย จำแนกตามเพศ และลักษณะการทำงาน

(n=24)

ประเภทของงาน	เพศ		รวม
	ชาย	หญิง	
งานเตี่ยนหรือกลึงไม้	2	0	2
งานประกอบโครงร่ม	0	6	6
ทำหลายหน้าที่	1	0	1
เขียนพัด	2	4	6
รับงานประกอบโครงร่ม/เขียนพัดไปทำที่บ้าน	1	8	9
รวม	6	18	24

ตารางที่ 35 จำนวนของแรงงานนอกระบบบ้านสันต้นแหนใต้จำแนกตามตำหน่งที่ปวด และประเภทของงาน

(n=24)

ประเภทของงาน	ลักษณะการปวด		ตำแหน่งที่ปวด	
	มีอาการบางครั้ง	มีอาการบ่อย/เกือบทุกวัน	เฉพาะบริเวณหลัง	หลังและบริเวณอื่น
งานเตี่ยนหรือกลึงไม้	2	0	0	2
งานประกอบโครงร่ม	1	5	6	0
ทำหลายหน้าที่	0	1	1	0
เขียนพัด	2	4	4	2
รับงานประกอบโครงร่ม	3	6	7	2
รวม	8	16	18	6

ผลการจัดการสุขภาพแรงงานนอกระบบภาคการบริการ

การประเมินผลโครงการของทีมจัดการสุขภาพภาคการบริการเป็นหน้าที่ของ อสม. ทั้งหมด โดยเฉพาะแกนนำด้นแบบจะเป็นผู้ประเมินผลหลัก ส่วนทีมจัดการสุขภาพกลุ่มอื่นจะมีส่วนร่วมในการประเมินผลน้อย การประเมินผลจะประเมินตามแนวทางที่กำหนดขึ้นร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อตอบวัตถุประสงค์โครงการ คือ เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้พฤติกรรมในการใช้ท่าทางที่ถูกต้องในการทำงาน และเพื่อรวบรวมข้อมูลการเจ็บป่วยของแรงงานนอกระบบ ซึ่งสามารถสรุปได้ดังต่อไปนี้

1. ผลสำเร็จของการดำเนินการตามตัวชี้วัดความสำเร็จ

1.1 แรงงานนอกระบบร้อยละ 52 ได้รับการอบรมความรู้เรื่องการใช้ท่าทางที่ถูกต้องในการทำงาน

1.2 แรงงานนอกระบบที่มีอาการปวดเมื่อยร้อยละ 100 ได้รับการสำรวจและจัดทำทะเบียนผู้ป่วย โดยการสำรวจของ อสม.

1.3 แรงงานนอกระบบที่ผ่านการอบรมร้อยละ 60 มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการการทำงานที่ถูกต้อง จากการติดตามเยี่ยมบ้านของทีมประเมินผล หลังจากอบรมแล้ว 3 เดือน

2. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

2.1 แรงงานนอกระบบไม่มีเวลามาร่วม เนื่องจากเป็นเวลาทำงาน

2.2 แรงงานนอกระบบไม่ให้ความสำคัญ คิดว่าเรื่องปากท้องสำคัญกว่า

2.3 วิทยากรให้ความรู้ คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีภารกิจมาก ทำให้ต้องเลื่อนการอบรมออกไปหลายครั้ง ทำให้กลุ่มเป้าหมายเกิดความไม่มั่นใจว่าจะทำเมื่อไหร่แน่

2.4 หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ไม่มีแผนการแก้ปัญหา การสนับสนุนการสร้างสุขภาพหรือนโยบายเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบที่ชัดเจน

3. ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานครั้งต่อไป

3.1 ควรจัดการอบรมให้ความรู้ในช่วงเลิกการทำงาน เช่น เวลากลางคืน หรือใช้ปฏิทินชุมชนร่วมกับการสำรวจช่วงเวลาว่างเข้ามาวางแผนการจัดอบรม

3.2 ควรมีการรณรงค์ให้ความรู้อย่างจริงจัง และต่อเนื่อง รวมทั้งการจัดทำแผนการดำเนินงานอย่างชัดเจน

3.3 ทีมจัดการสุขภาพแรงงานนอกระบบจัดทำโครงการขอรับการอุดหนุนจากองค์การบริหารส่วนตำบล ในปี 2553 จำนวน 1 โครงการ

หลังจากที่ผู้วิจัยสรุปข้อมูลการประเมินผลจากทีมจัดการสุขภาพแล้ว เพื่อให้เกิดความยั่งยืน และการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องหลังจากที่ผู้วิจัยออกจากพื้นที่แล้ว จึงทำการเปิดเวทีเพื่อคืนข้อมูลสู่ชุมชน โดยมีรายละเอียดดังนี้

การคืนข้อมูลสู่ชุมชน

ทีมจัดการสุขภาพจะดำเนินการทบทวนหรือสรุปผลการดำเนินงานร่วมกัน เพื่อหาข้อได้เปรียบเสียเปรียบในการดำเนินงาน แล้วจึงสรุปออกมาเป็นรูปแบบที่เหมาะสม นำเข้าสู่กระบวนการคืนข้อมูลสู่ชุมชนต่อไป

การคืนข้อมูลสู่ชุมชน เป็นการนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาทั้งหมดแจ้งให้กับทีมจัดการสุขภาพและชุมชนรับรู้ร่วมกัน เพื่อสร้างความตระหนักถึงภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงของแรงงานนอกระบบในแต่ละพื้นที่ โดยแบ่งการดำเนินงานออกเป็น 3 กระบวนการ ประกอบด้วย

1. การคืนข้อมูลแก่ทีมจัดการสุขภาพ เป็นการสรุปข้อมูลจากการดำเนินงานแต่ละครั้ง หรือแต่ละขั้นตอนให้กับทีมจัดการสุขภาพรับทราบร่วมกัน ก่อนที่จะเริ่มขั้นตอนต่อไป โดยจะใช้เวลาการสรุปข้อมูลสั้นๆ ก่อนการอธิบายการดำเนินการขั้นต่อไป ซึ่งทีมจัดการสุขภาพจะได้รับรู้และเข้าใจข้อมูลที่ดำเนินการไปแล้วร่วมกัน แก้ไขข้อมูลที่ผิดพลาดร่วมกัน เพื่อนำไปใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนการปฏิบัติงานในขั้นตอนต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. การคืนข้อมูลแก่กลุ่มเป้าหมาย เป็นการสรุปข้อมูลจากการดำเนินงานทั้งหมดให้กับกลุ่มเป้าหมาย คือ แรงงานนอกระบบ แต่จะมีทีมจัดการสุขภาพร่วมรับฟังด้วย เพื่อเป็นการสร้างความตระหนัก และความเข้าใจร่วมกันในชุมชนว่า ชุมชนกำลังทำอะไร แรงงานนอกระบบจะได้ประโยชน์อะไร ต่อไปจะทำอะไร และเขาจะต้องเข้ามามีส่วนร่วมอย่างไรบ้าง ซึ่งการคืนข้อมูลครั้งนี้จะดำเนินการหลังจากประเมินผลเสร็จแล้ว ผลที่ได้รับจากการดำเนินงานตามขั้นตอนนี้ คือ

2.1 แรงงานนอกระบบรับรู้ความเสี่ยงจากการทำงานของตนเองมากขึ้น เกิดความตระหนักในการป้องกันตัวเอง และเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพมากขึ้น

2.2 เป็นการตรวจสอบข้อมูล และรับรู้ร่วมกันระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมดในชุมชน โดยผู้วิจัยใช้แผนที่ความคิด (Mine Map) เป็นเครื่องมือในการสื่อสารภายในกลุ่ม

2.3 ช่วยสร้างความร่วมมือ หรือเป็นการดึงการมีส่วนร่วมของแรงงานนอกระบบในการดำเนินงานครั้งต่อไปมากขึ้น ซึ่งผู้วิจัยจะให้ตัวแทนทีมจัดการสุขภาพเป็นผู้แจ้งถึงแผนดำเนินการต่อไปให้ที่ประชุมรับทราบ พร้อมเชิญชวนเข้ามามีส่วนร่วม

2.4 เป็นการนำเอาข้อมูลที่มีการสรุปและวิเคราะห์อย่างมีระบบแล้ว ไปใช้ในการวางแผนการดำเนินงานต่อไปได้

3. การคืนข้อมูลแก่ผู้บริหาร ผู้วิจัยได้สรุปผลการดำเนินงานทั้งหมดเฉพาะในส่วนของพื้นที่นั้นๆ เป็นรูปเล่ม แล้วมอบให้แก่นายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้ใหญ่บ้าน (หัวหน้าทีมจัดการสุขภาพ) คนละ 1 เล่ม พร้อมเข้าพบเพื่ออธิบายผลการดำเนินงาน และฝากสิ่งที่พื้นที่ควรจะดำเนินการต่อไป

จากการคืนข้อมูลสู่ชุมชน ทำให้เกิดปรากฏการณ์ การตื่นตัวในการจัดการสุขภาพของแรงงานนอกระบบมากขึ้น โดยเฉพาะตำบลตลาดขวัญ ซึ่งนายกองค์การบริหารส่วนตำบลอนุมัติงบประมาณดำเนินโครงการที่ทีมจัดการสุขภาพเสนอขอสนับสนุนงบประมาณ 2 โครงการ ตำบลเทพเสด็จยังไม่ได้ดำเนินการ แต่นายกองค์การบริหารส่วนตำบลได้รับทราบปัญหา ผลการดำเนินการ และยินดีให้การสนับสนุนอย่างเต็มที่ ส่วนตำบลแม่คือ ช่วงดำเนินการเสร็จสิ้นอยู่ในช่วงการเตรียมเลือกตั้งนายกเทศบาลตำบล ซึ่งยกฐานะจากองค์การบริหารส่วนตำบล ทำให้ไม่มีโอกาสได้อธิบายข้อมูลแก่นายกเทศบาล แต่พื้นที่ตำบลแม่คือเป็นพื้นที่ที่นายกองค์การบริหารส่วนตำบลคนเดิมได้สนับสนุนโครงการดูแลสุขภาพแรงงานนอกระบบให้แก่สถานีอนามัยเป็นประจำทุกปี นอกจากนี้จากการสังเกต พบว่า กระบวนการคืนข้อมูลสู่ชุมชนสามารถกระตุ้นให้ชุมชนหรือกลุ่มเป้าหมายเข้ามามีส่วนร่วมได้ดีในระดับหนึ่ง และสามารถทำให้ทีมจัดการสุขภาพมีข้อมูลพื้นฐานในการขับเคลื่อนการจัดการสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยจึงมีความเห็นว่าในการจัดการสุขภาพแรงงานนอกระบบควรเพิ่มขั้นตอนนี้เข้าไปในรูปแบบการจัดการสุขภาพด้วย เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการดำเนินการอย่างต่อเนื่องต่อไป

สรุปผลการดำเนินงาน

จากการดำเนินงานตามขั้นตอน สามารถสรุปผลการดำเนินงานในภาพรวมได้ดังนี้

1. ลักษณะการจัดการสุขภาพแรงงานนอกระบบทั้ง 3 ประเภทมีกระบวนการหรือขั้นตอนการดำเนินงานไม่ต่างกัน แต่อาจต่างกันที่รายละเอียดของเนื้อหาของปัญหาที่จะดำเนินการแก้ไขเท่านั้น โดยรายละเอียดของผลการดำเนินงานแต่ละประเภท ประกอบด้วย

1.1. การจัดการสุขภาพแรงงานนอกระบบภาคการเกษตร กลุ่มอาชีพปลูกและหมักเมี่ยง บ้านปางไฮ ตำบลเทพเสด็จ เป็นกลุ่มอาชีพที่มีความเสี่ยงด้านโรคทางการยศาสตร์ หรือด้านกล้ามเนื้อและโครงร่างมากที่สุด การจัดการสุขภาพที่เหมาะสมของแรงงานกลุ่มนี้ควรเป็นบทบาทขององค์กรชุมชนทุกภาคส่วน โดยเฉพาะผู้นำชุมชน อสม. สมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แรงงานนอกระบบ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เนื่องจากลักษณะและระยะเวลาในการทำงานของ

แรงงานนอกระบบกลุ่มนี้ คือ ทำงานทุกวัน ตั้งแต่เช้ามืดจนค่ำ จึงทำให้การดำเนินงานต่างกับแรงงานนอกระบบจะต้องนัดหมายล่วงหน้า หรือทำในเวลากลางคืน ส่วนบทบาทการจัดการสุขภาพเป็นหน้าที่หลักของ อสม. และ อสม.ที่ประกอบอาชีพเป็นแรงงานนอกระบบด้วย โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นพี่เลี้ยง ส่วนผู้นำชุมชน สมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และแรงงานนอกระบบที่ไม่มีบทบาทเป็นองค์กรชุมชนจะไม่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานเลย ซึ่งผู้นำชุมชนไม่ได้ประกอบอาชีพเป็นแรงงานนอกระบบจึงให้ความสนใจน้อย และคิดว่าเป็นควรเป็นบทบาทของ อสม. มากกว่า ส่วนสมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นคนเดิมนั้นได้หมดวาระลงในช่วงศึกษา และทำการคัดเลือกได้คนใหม่ในช่วงที่การศึกษาเกือบเสร็จสิ้นกระบวนการจึงไม่เข้ามามีส่วนร่วม

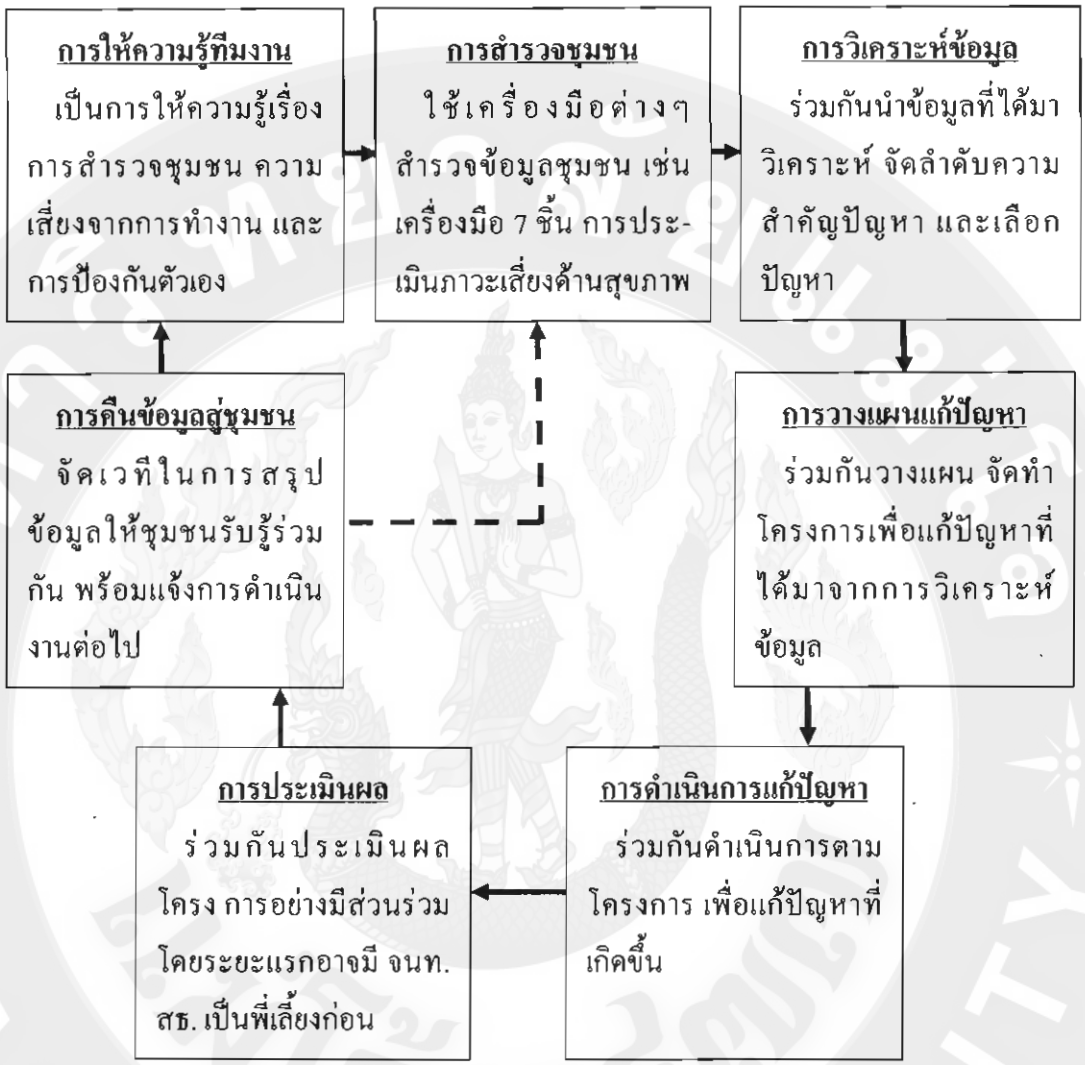
1.2 การจัดการสุขภาพแรงงานนอกระบบภาคการผลิต กลุ่มอาชีพทำดันร่มและทำพัด บ้านสันต้นแหนใต้ ตำบลแม่คือ เป็นกลุ่มอาชีพที่มีความเสี่ยงด้านโรคทางการยศาสตร์ หรือด้านกล้ามเนื้อและโครงร่าง และด้านโรคผิวหนังมากที่สุด เนื่องจากแรงงานกลุ่มนี้ทำงานที่บ้านและระยะเวลาการทำงานไม่แน่นอนขึ้นอยู่กับความต้องการ และความต้องการของลูกค้า จึงทำให้ง่ายต่อการดำเนินงานที่สามารถนัดหมายได้ตลอดเวลา ส่วนบทบาทสำคัญในการจัดการสุขภาพเป็นหน้าที่ขององค์กรชุมชนทุกภาคส่วน โดยเฉพาะผู้นำชุมชน อสม. สมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และแรงงานนอกระบบที่มีบทบาทเป็นองค์กรชุมชนด้วย โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นพี่เลี้ยง ซึ่งทั้งผู้นำชุมชน และ อสม.ทุกคนมีอาชีพเป็นแรงงานนอกระบบ โดยบทบาทหลักในการรณรงค์จะเป็นหน้าที่ของ อสม. ผู้นำชุมชนจะเป็นผู้สนับสนุนและอำนวยความสะดวกในการดำเนินงาน ส่วนแรงงานนอกระบบที่ไม่ได้เป็นองค์กรชุมชนก็จะไม่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานเช่นเดียวกับบ้านป่างไฮ สมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นคนเดิมนั้นได้หมดวาระลงในช่วงศึกษาเช่นกัน แต่เข้ามามีส่วนร่วมบ้างในบางโอกาส อาจเนื่องมาจากองค์การบริหารส่วนตำบลแม่คือได้รับการยกฐานะเป็นเทศบาลตำบล ตัวสมาชิกเดิมไม่แน่ใจตัวเองว่าตนจะได้ร่วมเป็นหนึ่งในทีมบริหารเทศบาลตำบลหรือไม่ จึงลังเลในบทบาทของตัวเอง และไม่ได้ประกอบอาชีพเป็นแรงงานนอกระบบด้วย

1.3 การจัดการสุขภาพแรงงานนอกระบบภาคการการบริการ กลุ่มอาชีพทำและขายแคบหมู บ้านถ้ำ ตำบลตลาดขวัญ เป็นกลุ่มอาชีพที่มีความเสี่ยงด้านโรคทางการยศาสตร์ หรือด้านกล้ามเนื้อและโครงร่างมากที่สุด เนื่องจากเวลาในการประกอบอาชีพจะแตกต่างไปจาก 2 กลุ่มแรก และแตกต่างกันเองในแต่ละหน้าที่ คือ แรงงานที่ทำหน้าที่ขายจะออกไปขายตั้งแต่เวลาประมาณ 2.00-3.00 น. กลับบ้านประมาณ 8.00-10.00 น. แล้วจึงนอนหลับพักผ่อน ช่วยบ่ายตื่นขึ้นมาผลิตแคบหมูต่อ จึงหาเวลาว่างในการเข้าร่วมกิจกรรมยากมาก ส่วนกลุ่มรับจ้างจะมีเวลาทำงานเหมือนกลุ่มทำดันร่ม ดังนั้นจึงถือว่าการจัดการสุขภาพในกลุ่มนี้ทำได้ค่อนข้างยากเช่นกัน

ส่วนบทบาทในการจัดการสุขภาพเป็นบทบาทของ อสม. และ อสม.ที่ประกอบอาชีพเป็นแรงงานนอกระบบด้วย โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นพี่เลี้ยง ส่วนผู้นำชุมชน สมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และแรงงานนอกระบบที่ไม่มีบทบาทเป็นองค์กรชุมชนจะไม่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานบ้างพอสมควร เนื่องจากผู้นำชุมชน มีอาชีพเป็นแรงงานนอกระบบประเภทค้าขายอุปกรณ์สร้างบ้าน จึงทำให้มีเวลาร่วมดำเนินงานน้อย แต่จะเข้าร่วมประชุมทุกครั้ง สมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีเหตุผลเดียวกับตำบลอื่น เนื่องจากอยู่ในช่วงหมดวาระ และเลือกสมาชิกใหม่ในช่วงปลายของการศึกษาแล้วจึงมีส่วนร่วมน้อย มีเพียงสมาชิกเดิมซึ่งไม่ลงสมัครเลือกตั้งครั้งนี้ และเป็น อสม. ด้วยที่เข้ามามีส่วนร่วมในฐานะของ อสม. ส่วนแรงงานนอกระบบที่ไม่เป็นองค์กรชุมชนก็จะใช้เวลาส่วนใหญ่กับการทำงานหาเงินมากกว่าเห็นความสำคัญของการร่วมเป็นทีมจัดการสุขภาพ

2. ทีมจัดการสุขภาพที่เหมาะสมควรประกอบด้วยองค์กรต่างๆ ที่มีอยู่ในชุมชน ซึ่งประกอบด้วย ผู้นำชุมชน อสม. สมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และแรงงานนอกระบบ โดยเฉพาะผู้นำชุมชน จะเป็นหัวหน้าที่จัดการสุขภาพ โดยมี อสม. เป็นผู้ดำเนินการหลัก ส่วนสมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะเข้ามามีส่วนร่วมหรือไม่ขึ้นอยู่กับหลักข้อกำหนดทางการเมือง ซึ่งอาจจะทำให้ไม่สามารถเข้ามามีส่วนร่วมได้ในช่วงที่จะมีการเลือกตั้งใหม่ และแรงงานนอกระบบในระยะแรกอาจยังให้ความสำคัญในการมีส่วนร่วม แต่จะขาดกลุ่มนี้ไม่ได้ ดังนั้นอาจเชิญแรงงานนอกระบบที่เป็นองค์กรชุมชน หรือมีบทบาททางสังคมด้านอื่นๆ ในชุมชนเข้ามาเป็นทีมจัดการสุขภาพก่อนในระยะแรกพร้อมสร้างการมีส่วนร่วมในกลุ่มนี้ควบคู่ไปด้วย

3. รูปแบบการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมของแรงงานนอกระบบ สรุปจากการดำเนินงานในพื้นที่ทั้ง 3 แห่ง ซึ่งพัฒนาจากรูปแบบหมู่บ้านจัดการสุขภาพ และหลักการพัฒนาชุมชน โดยอาศัยการมีส่วนร่วมขององค์กรชุมชนและแรงงานนอกระบบในชุมชน สามารถสรุปได้ทั้งหมด 7 ขั้นตอน ดังแผนภูมิต่อไปนี้



ภาพที่ 27 รูปแบบการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมของแรงงานนอกระบบ 7 ขั้นตอนที่ใช้ในการวิจัย

รูปแบบในการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมแรงงานนอกระบบนั้น ควรจะแยกขั้นตอนออกมาจากรูปแบบการจัดการสุขภาพที่ผู้วิจัยกำหนดไว้อีก 2 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนแรก คือ การพัฒนาศักยภาพทีมจัดการสุขภาพ แยกออกจากการสำรวจชุมชน ซึ่งถือว่ามีความสำคัญมากในการจัดการสุขภาพแรงงานนอกระบบ เนื่องจากการจัดการสุขภาพแรงงานนอกระบบเป็นเรื่องใหม่สำหรับทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นจึงต้องมีขั้นตอนการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับแรงงานนอกระบบ ภาวะเสี่ยง และการป้องกัน รวมทั้งควรให้ความรู้เรื่องการสำรวจชุมชนโดยใช้เครื่องมือ 7 ชิ้น และการประเมินภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพ แต่ถ้ามีการดำเนินงานแล้วเป็นระยะเวลาหนึ่งอาจลดการดำเนินงานให้น้อยลงหรือไม่ทำการพัฒนาศักยภาพในบางเรื่องได้ เช่น การใช้เครื่องมือสำรวจชุมชน เพราะเป็นเรื่องเดิม อีกขั้นตอนหนึ่ง คือ การคืนข้อมูลสู่ชุมชน แยกออกจากการประเมินผล

ซึ่งก็มีความสำคัญเช่นกัน เนื่องจากชุมชนจะต้องเป็นผู้ที่จะต้องแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่อง และต้องแสวงหาการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมายให้มากขึ้น นอกจากนี้ขั้นตอนนี้จะช่วยกระตุ้นให้ชุมชนเกิดความตระหนัก และมีข้อมูลสำหรับใช้ในการดำเนินตามขั้นตอนที่ 1 หรือใช้สำหรับการวางแผนในขั้นตอนที่ 4 ต่อไป

เมื่อได้รูปแบบการจัดการสุขภาพของแรงงานนอกระบบที่เหมาะสมแล้ว ผู้วิจัยจึงนำรูปแบบไปทดลองใช้ ในพื้นที่เลือกแบบเจาะจงจำนวน 1 แห่ง และเป็นพื้นที่ที่มีแรงงานนอกระบบกระจายอยู่ในพื้นที่ คือ บ้านสันทราย หมู่ที่ 3 ตำบลแม่ย้อยเงิน โดยมีแรงงานนอกระบบภาคการผลิต คือ กลุ่มทำผลิตภัณฑ์จากไม้มะม่วง อาศัยอยู่ ผลการทดลองรูปแบบการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมมีดังต่อไปนี้

การทดลองใช้รูปแบบการจัดการสุขภาพที่เหมาะสม
ของแรงงานอกระบบ

ทีมจัดการสุขภาพแรงงานนอกระบบบ้านสันทราย ทั้งหมด 11 คน ประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล อสม. คณะกรรมการหมู่บ้าน แรงงานนอกระบบ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แต่สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล อยู่ในช่วงหมดวาระและยกฐานะเป็นเทศบาลตำบล เหมือนทั้ง 3 แห่ง จึงเข้ามามีส่วนร่วมน้อย ส่วนแรงงานนอกระบบทำการเลือกผู้มีบทบาทเป็นองค์กรชุมชน เข้ามาเป็นทีมจัดการสุขภาพเลย การดำเนินงานยึดหลักหรือขั้นตอนที่สรุปไว้ทุกขั้นตอน แต่ได้ผลที่ชัดเจนและมีประสิทธิภาพกว่า ดังต่อไปนี้

การพัฒนาศักยภาพทีมจัดการสุขภาพ

การพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เรื่อง การประเมินภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพ และการใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการจัดทำแผนที่ และแผนที่ความคิด ทำพร้อมกับพื้นที่เป้าหมาย 3 แห่งแรก ส่วนการใช้เครื่องมือ 7 ชิ้น สำหรับทีมจัดการสุขภาพใช้ทีมวิทยากรชุดเดียวกันกับ 3 พื้นที่แรก และดำเนินการคล้ายกัน ดังนี้

1. สอนใช้เครื่องมือชิ้นที่ 1 (แผนที่เดินดิน) 2 (ผังเครือญาติ) และ 7 (ประวัติชีวิต)
2. สอนใช้ เครื่องมือชิ้นที่ 3 (โครงสร้างอำนาจชุมชน) และ 4 (ระบบสุขภาพชุมชน)
3. สอนใช้ เครื่องมือชิ้นที่ 5 (ประวัติศาสตร์ชุมชน) และ 6 (ปฏิทินชุมชน)

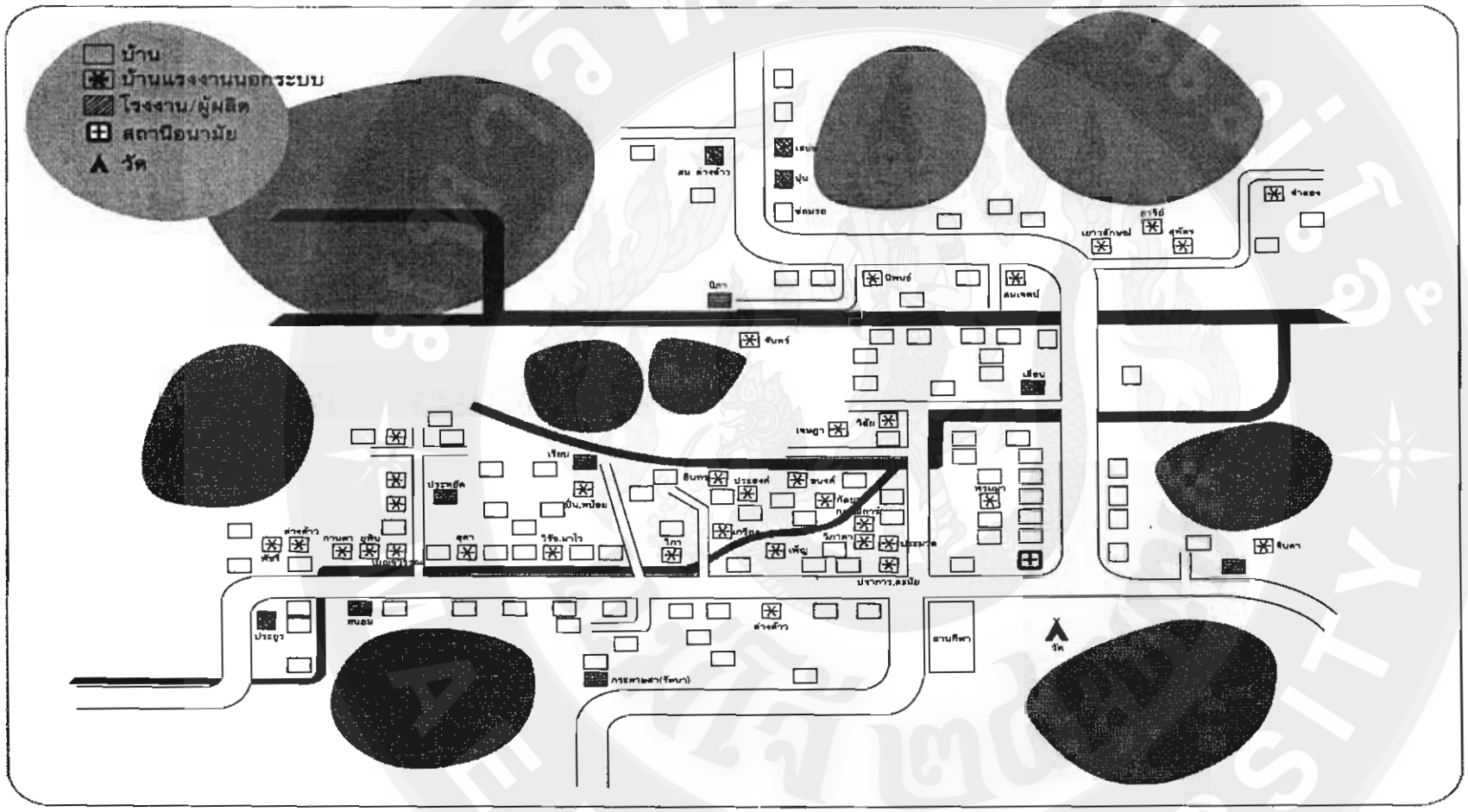
ผลการดำเนินงาน พบว่าผลที่ได้จากการพัฒนาศักยภาพทีมจัดการสุขภาพ ทำให้ทีมจัดการสุขภาพมีความเข้าใจในกระบวนการการดำเนินงานมากขึ้น และสามารถดำเนินงานได้ตามขั้นตอน รวดเร็วมากกว่า 3 แห่งแรก ซึ่งอาจเนื่องมาจาก วิทยากร และผู้วิจัยมีประสบการณ์จาก 3 กลุ่มแรก จึงนำประสบการณ์ดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ แก้ไขปัญหา และวางรูปแบบการอบรมได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

การสำรวจชุมชน

การสำรวจชุมชนดำเนินการเช่นเดียวกับ 3 พื้นที่แรกโดยใช้เครื่องมือ 7 ชิ้น และการประเมินภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพ โดยทีมจัดการสุขภาพจะดำเนินงานเป็นครั้งๆ ตามที่นำเสนอในหัวข้อการพัฒนาศักยภาพทีมจัดการสุขภาพข้างต้น สำหรับทีมจัดการสุขภาพทีมนี้สามารถทำงานร่วมกันเป็นทีมได้ดี มีความเข้มแข็ง และสำรวจอย่างเป็นขั้นตอน เพราะมีผู้นำชุมชน ซึ่งมีอาชีพเป็นแรงงานนอกระบบด้วยเข้ามามีส่วนร่วมในการบริการจัดการและดำเนินงาน ทำให้ทีมงานมีกำลังใจมากขึ้น ซึ่งสะท้อนได้จากคำพูดของ อสม.ที่ว่า "ถ้ามีป้อหลวง (ผู้ใหญ่บ้าน) มาตวยจะอี้ (อย่างนี้) หมู่เฮาสู้ต๋าย"

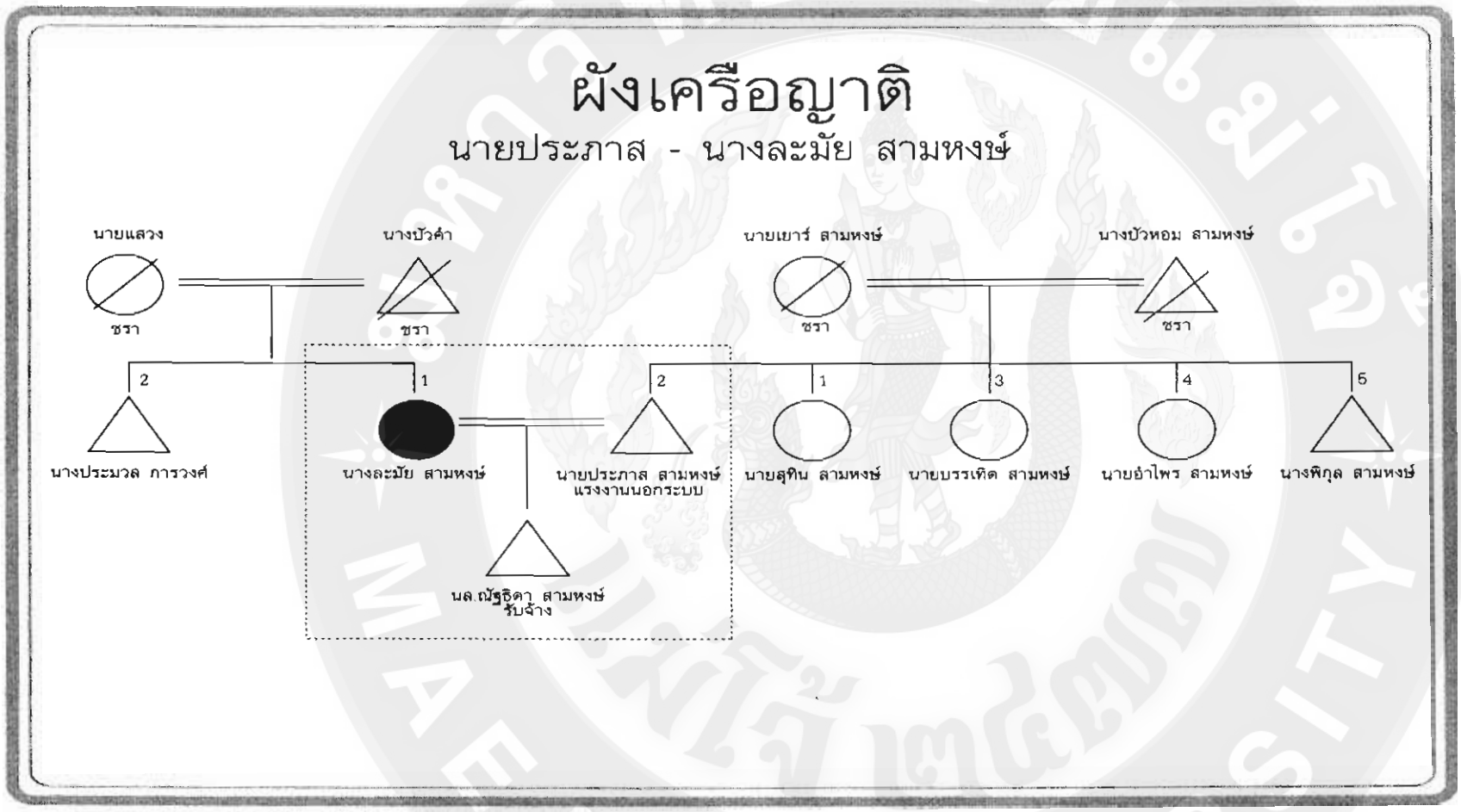
ส่วนผลการสำรวจชุมชนสามารถมองเห็นปัญหาของแรงงานนอกระบบและความสัมพันธ์ทางสังคมด้านอื่นๆ เช่นเดียวกับทั้ง 3 พื้นที่แรก โดยเครื่องมือทั้ง 7 ชิ้นทำให้มองเห็นความเชื่อมโยงของการทำงาน หรือชีวิตความเป็นอยู่ของแรงงานนอกระบบที่มีความสัมพันธ์กับสภาพสังคมหรือชุมชนที่อยู่อาศัย ขนบธรรมเนียมประเพณี การดูแลสุขภาพเบื้องต้น รวมถึงความเกี่ยวข้องกันภายในชุมชน ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนมีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงในการทำงานของแรงงานนอกระบบ ผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการสำรวจ คือ อสม. และถ้าเป็นผู้ที่มีอาชีพเป็นแรงงานนอกระบบด้วยจะทำให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น มีผู้นำชุมชนเป็นหัวหน้าทีม ส่วนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาและตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล และเป็นผู้ประเมินภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพ โดยข้อมูลที่ได้เหล่านี้จะนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนแก้ปัญหาต่อไป นอกจากนี้จากการใช้เครื่องมือ 7 ชิ้นของหมู่บ้านนี้ เป็นพื้นที่ที่มีการทำเครื่องมือ 7 ชิ้นในเรื่องอื่นๆ ไว้แล้ว สามารถนำข้อมูลทุติยภูมิเหล่านั้นมาปรับใช้กับแรงงานนอกระบบได้ การสำรวจชุมชนจะใช้ระยะเวลาเร็วขึ้น ซึ่งข้อมูลเหล่านี้มีประโยชน์ในการจัดการสุขภาพ คือ แผนที่เดินดินนำมาใช้ในการวางแผนการดำเนินงาน หรือขนาดของความเสี่ยงของแรงงานนอกระบบ ผังเครือญาติอาจไม่มีความจำเป็นมากนักในการวางแผนการดูแลสุขภาพแรงงานนอกระบบ ซึ่งอาจไม่ทำการศึกษาก็ได้ แต่ก็สามารถนำมาใช้ประโยชน์ในแง่ของการทำนาย

การสืบทอดทางอาชีพ ซึ่งจะประมาณความเสี่ยงของบุคคลในครอบครัวได้ ส่วนระบบสุขภาพชุมชนมีประโยชน์ในการบอกให้ทราบถึง ระบบการดูแลสุขภาพชุมชนที่แรงงานนอกระบบจะเลือกใช้เมื่อมีอาการหรือภาวะสุขภาพ สำหรับโครงสร้างอำนาจชุมชนเป็นอีกเครื่องมือชิ้นหนึ่งที่จะไม่นำมาใช้ก็ได้ แต่ก็มีประโยชน์บ้างในการดูความเกี่ยวพันกันในชุมชน การช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ส่วนปฏิทินชุมชน แสดงให้เห็นถึงช่วงเวลาการทำงาน เวลาว่างจากการทำงานของแรงงานนอกระบบ และขนบธรรมเนียมประเพณีของชุมชน ประวัติศาสตร์ชุมชนทำให้ทราบถึงความสำคัญของอาชีพที่มีต่อชุมชน พัฒนาการของการทำงานนอกระบบนั้นๆ และประวัติชีวิต ทำให้ทราบถึงวิถีการดำเนินชีวิตของแรงงานนอกระบบที่ประสบความสำเร็จในชีวิต หรือพัฒนาการของการเกิดโรคจากการประกอบอาชีพ รวมทั้งวิธีการแก้ไข ซึ่งข้อมูลผลการศึกษาแสดงได้ดังภาพที่ 28-34



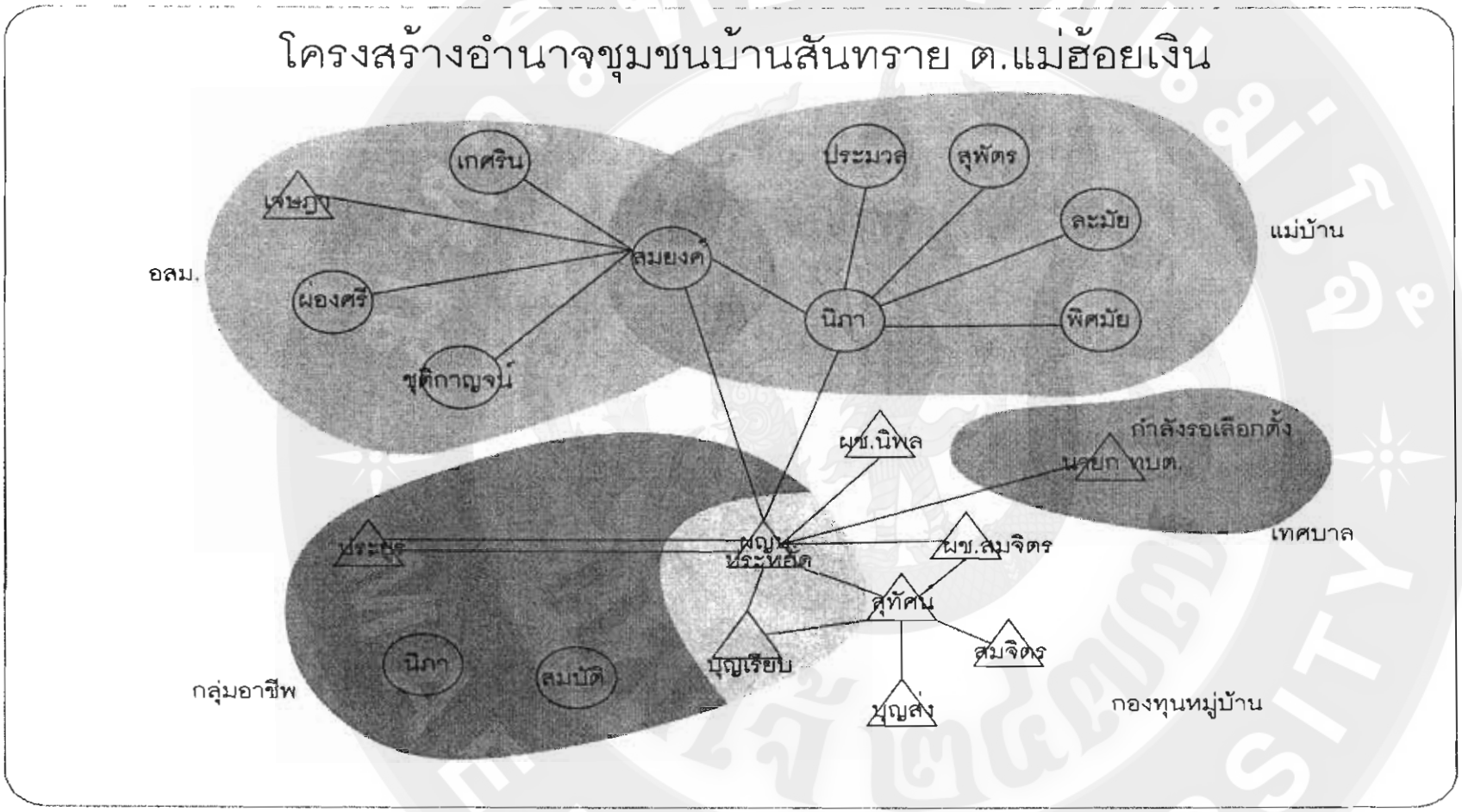
ภาพที่ 28 แผนที่เดินดินบ้านสันทราย หมู่ที่ 3 ตำบลแม่ย้อยเงิน

หมายเหตุ ปรับปรุงจากสถานีอนามัยตำบลแม่ย้อยเงิน (2552: 3)



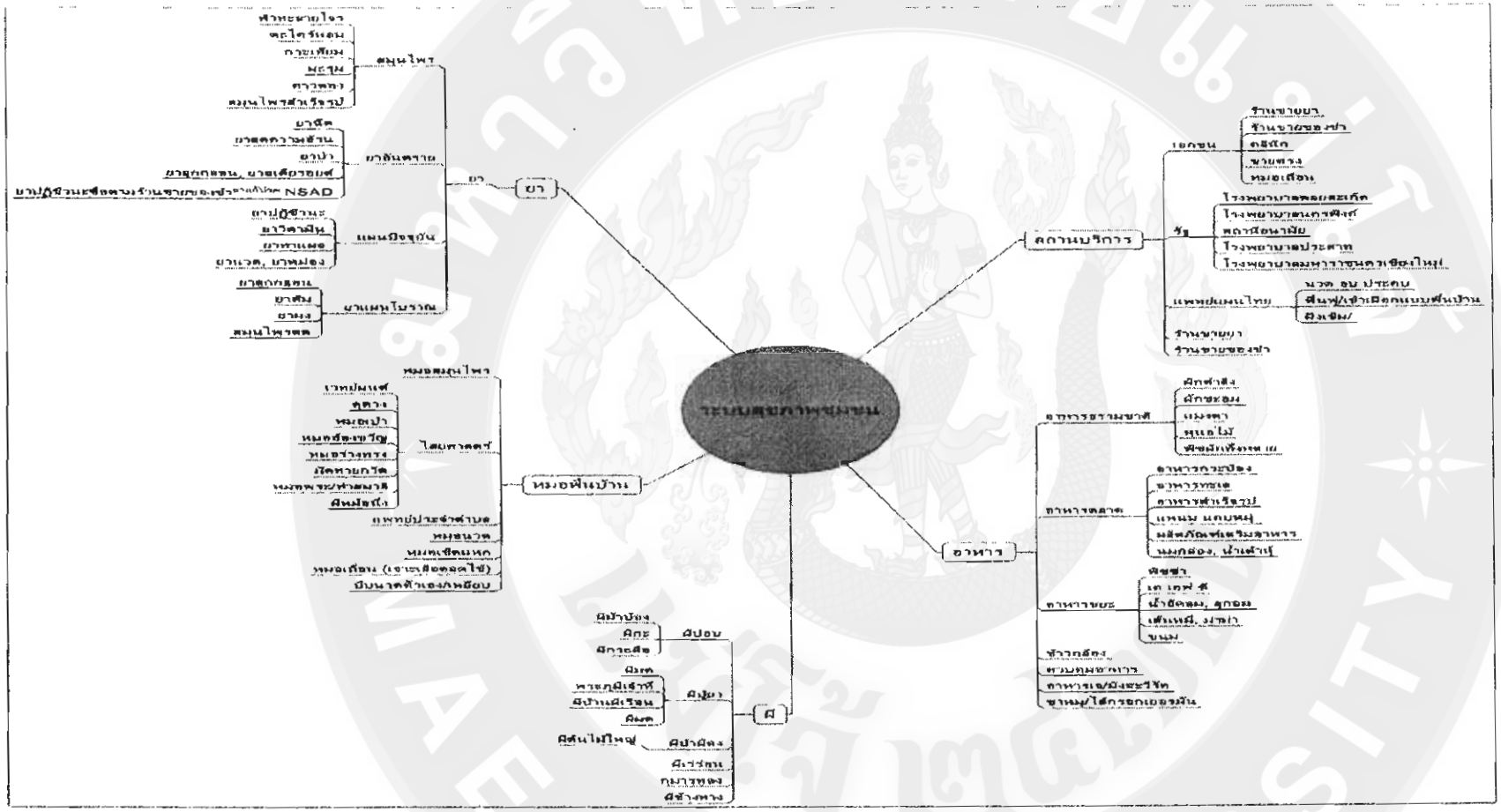
ภาพที่ 29 ผังเครือญาติครอบครัวนายประภาส นางละมัย สามหงษ์ บ้านสันทราย หมู่ที่ 3 ตำบลแม่ฮ้อยเงิน

หมายเหตุ ปรับปรุงจาก โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ (2545: 12)



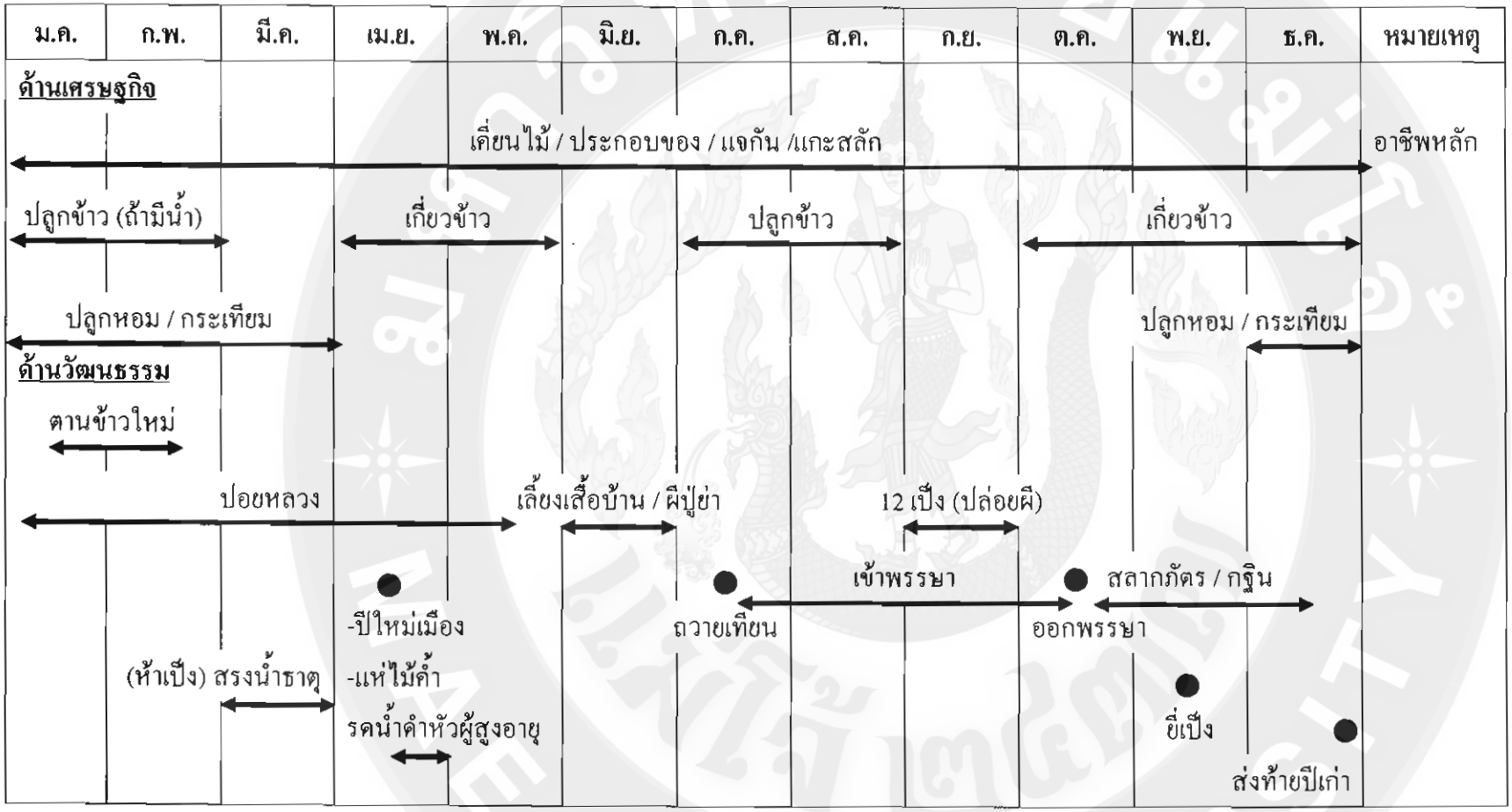
ภาพที่ 30 โครงสร้างอำนาจชุมชน บ้านสันทราย หมู่ที่ 3 ตำบลแม่ฮ้อยเงิน

หมายเหตุ ปรับปรุงจาก โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ (2545: 16)



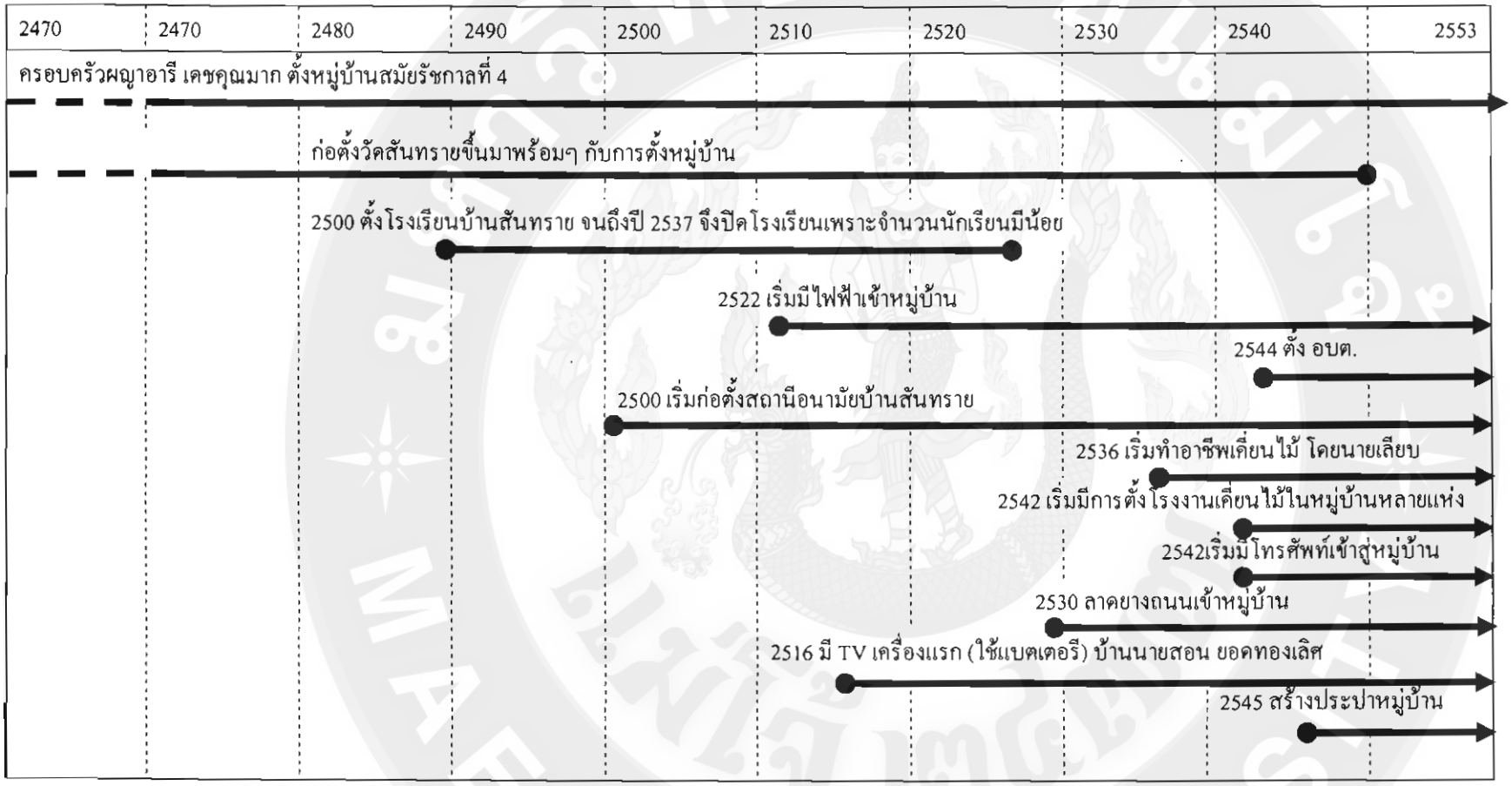
ภาพที่ 31 ระบบสุขภาพชุมชน บ้านสันทราย หมู่ที่ 3 ตำบลแม่ย้อยเงิน

หมายเหตุ ปรับปรุงจาก โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ (2545: 19)



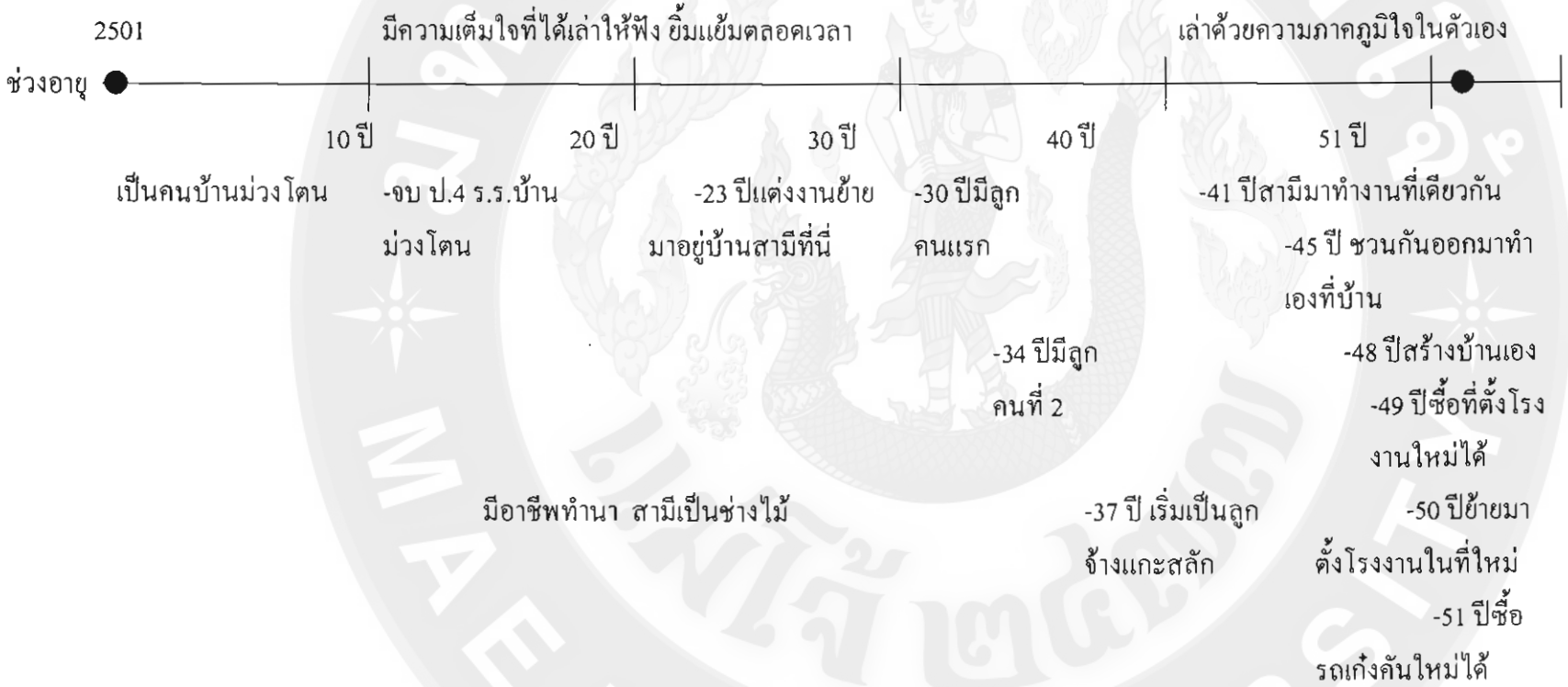
ภาพที่ 32 ปฏิทินชุมชน บ้านสันทราย หมู่ที่ 3 ตำบลแม่ย้อยเงิน

หมายเหตุ ปรับปรุงจาก โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ (2545: 22)



ภาพที่ 33 ประวัติศาสตร์ชุมชน บ้านสันทราย หมู่ที่ 3 ตำบลแม่ย้อยเงิน

หมายเหตุ ปรับปรุงจาก โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ (2545: 29)



ภาพที่ 34 ประวัติชีวิตนางนิภา ยอดทองเลิศ บ้านสันทราย หมู่ที่ 3 ตำบลแม่ฮ้อยเงิน

หมายเหตุ ปรับปรุงจาก โกมาคร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ (2545: 36)

ผลการประเมินภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพ

ผลิตภัณฑ์ไม้มะม่วง เป็นผลิตภัณฑ์ที่ได้รับความนิยมมากในกลุ่มลูกค้าทั้งในและต่างประเทศ โดยเฉพาะการนำไปประดับตกแต่งร้านค้า และสปา ซึ่งสินค้าที่ลูกค้าสั่งทำจำนวนมาก ได้แก่ แจกันไม้ เชิงเทียนหอม ถาดใส่ผลไม้ จานรองแก้ว กล่องกระดาษทิชชู เป็นต้น ลวดลายในการแกะสลักจะเป็นลวดลายที่คิดมาจากภูมิปัญญาพื้นบ้านที่สืบทอดกันมายาวนาน ควบคู่กับการดัดแปลงให้ลวดลายทันสมัยและเป็นสากล ช่างแกะสลักในหมู่บ้านส่วนใหญ่เป็นช่างที่เรียนรู้เองจากรุ่นพี่ หรือรุ่นพ่อแม่ ไม่ได้มีการเปิดการเรียนการสอนอย่างจริงจัง โดยมีขั้นตอนการทำผลิตภัณฑ์ไม้มะม่วงทั้งหมด 6 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 การเตรียมไม้มะม่วง

ไม้มะม่วงที่สั่งมาทำ ส่วนใหญ่เป็นต้นมะม่วงที่แก่จัด ส่วนมากจะไม่ให้ผลแล้ว ชาวสวนจะตัดทิ้งและเพื่อเตรียมพื้นที่ปลูกใหม่ มาจากทั่วประเทศ ลักษณะเป็นไม้ดิบที่ยังไม่แห้ง ผู้ผลิตจึงต้องนำมาอบในเตาอบก่อนเพื่อให้แห้ง และป้องกันมอด บางครั้งอาจต้องแช่น้ำยากันมอดด้วย ระยะเวลาในการอบไม่แน่นอนขึ้นอยู่กับไม้แห้งได้ที่หรือไม่ โดยทั่วไปประมาณ 15 วัน การสุมไฟจะทำทุกตอนเย็น โดยใช้ขี้เลื่อยจากกระบวนการทำมาใช้ หลังจากไม้ได้ที่แล้วก็จะนำออกมากองไว้เพื่อรอการตัดทำผลิตภัณฑ์ ส่วนผลิตภัณฑ์บางอย่าง เช่น กล่องกระดาษทิชชู แจกัน เชิงเทียน ฯลฯ จะทำการกลึงรูปร่างจากที่อื่น แล้วส่งมาประกอบหรือทำสีที่นี่ ซึ่งการกลึงจะทำกันที่บริเวณบ้านล้านตอง อำเภอสันกำแพง ซึ่งอยู่ไม่ไกลมากนัก

ขั้นที่ 2 การตัด ขัด และทำคิ้วไม้

เป็นการนำไม้ที่อบแล้วมาตัดตามรูปร่างผลิตภัณฑ์ หลังจากนั้นจึงนำไปขัดผิวให้เรียบ บางชิ้นก็จะขึ้นรูปร่างก่อนขัด บางชิ้นจะขัดก่อนขึ้นรูปร่าง เมื่อเสร็จแล้วอาจมีการเจาะรู ฉลุลาย และทำคิ้วขอบภาชนะให้สวยงาม ไม่คม

ขั้นที่ 3 การขึ้นรูปผลิตภัณฑ์

เป็นการนำส่วนประกอบที่ตัดไว้มาขึ้นรูป โดยเริ่มจากช่างตัดไม้นำชิ้นส่วนมาประกอบกันชั่วคราวโดยใช้ยางรัดไว้ ต่อจากนั้นฝ่ายขึ้นรูปผลิตภัณฑ์ จะประกอบรูปร่างแบบถาวร โดยใช้ 3 วิธีในการประกอบ ได้แก่ การทากาวแล้วใช้แม็กไฟฟ้ายิงซ้ำอีกครั้ง การทากาวแห้งเร็ว หรือการใช้ตะปูตอก ขั้นตอนนี้มีแรงงานนอกระบบรับไปประกอบที่บ้านด้วยเช่นกัน

ขั้นที่ 4. การขัดผิวและทำสี

การทำสีเป็นขั้นตอนที่ละเอียดมาก มีหลายๆ ขั้นตอนตั้งแต่หลังการขัดผิว จึงนำมาลงสีพื้น แล้วขัดผิวอีกครั้ง หลังจากนั้นนำมาโป๊วด้วยดินสอพลอง แล้วจึงทาสีพื้นทับพร้อมกับขัดผิวให้หม่นอีกครั้ง หลังจากนั้นจึงนำไปพ่นสี หรือทาแลกเกอร์ โดยส่วนใหญ่จะเป็นสีไม้โอ๊ก แล้วจึงนำมาขัดตกแต่งให้ผิวมันอีกครั้งหนึ่ง สามารถส่งขายได้เลยในลูกค้าที่ไม่ต้องการลวดลายแกะสลัก ถ้าชิ้นไหนต้องการแกะสลักหรือเพ้นท์สีก็จะส่งสู่ขั้นตอนต่อไป

ขั้นที่ 5 การแกะสลัก หรือเพ้นท์สี

การแกะสลักจะทำทั้งในโรงงาน และรับไปทำที่บ้าน อุปกรณ์การแกะสลัก คือ สว่านหลายขนาด ซึ่งการแกะไม้มะม่วงจะทำได้ง่าย และเร็ว ราคาค่าจ้างในอดีตเฉลี่ยชิ้นละ 25-30 บาท ปัจจุบันราคาลดลงมาเหลือชิ้นละ 5-10 บาท แต่จำเป็นต้องทำ ดังกลุ่มตัวอย่างคนหนึ่งกล่าวว่า “เพราะไม่รู้จะไปทำอะไร ถ้าเราไม่รับคนอื่นก็จะรับไปแทน เราก็จะขาดรายได้ ได้น้อยดีกว่าไม่ได้เลย” ส่วนไม้สัก การแกะสลักจะยากเพราะเป็นไม้เนื้อแข็ง ราคาจะขึ้นอยู่กับขนาดชิ้นงาน ราคาประมาณ 250 บาทขึ้นไป ใช้เวลาแกะสลัก 2-3 วัน

ขั้นที่ 6 การส่งขายผลิตภัณฑ์ไม้มะม่วง

การส่งขายถ้าเป็นผู้ที่รับงานมาทำที่บ้านจะนำไปส่งที่โรงงานเอง หรือโรงงานมารับมาส่งเองที่บ้านแรงงาน บางชิ้นทำสีเสร็จจึงส่งขายทั้งปลีกที่โรงงาน และส่งทั่วประเทศ บางรายทำสีเสร็จก็ส่งขายเลยไม่มีการแกะสลัก หรือถ้ารับมาแกะสลักเฉยๆ เมื่อแกะเสร็จก็จะส่งได้เลย

ผลการศึกษาชุมชน พบว่า แรงงานงานนอกระบบส่วนใหญ่มีภาวะเสี่ยงทุกด้านและทุกขั้นตอนของการดำเนินงาน แรงงานนอกระบบขาดองค์ความรู้ ความสนใจในการดูแล และป้องกันภัยเหล่านั้น นอกจากนี้ภาวะสุขภาพของแรงงานนอกระบบเป็นภาวะสุขภาพที่มีอาการไม่รุนแรงมาก หรืออาจมีอาการเรื้อรัง ค่อยเป็นค่อยไป ทำให้ไม่ค่อยตระหนักถึงอาการที่เกิดขึ้น หรือใช้การแบบเคยชิน หรือแบบพื้นบ้าน รวมทั้งการขาดองค์ความรู้และความต้องการรายได้มากจึงให้ความสนใจในสุขภาพของตนเองน้อย ซึ่งสามารถสรุปได้ตังตารางที่ 36

ตารางที่ 36 ภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพของแรงงานนอกระบบภาคการผลิตบ้านสันทราย หมู่ที่ 3 ตำบลแม่ฮ้อยเงิน

Health hazards (อันตรายต่อสุขภาพ)	Example of health hazards (ตัวอย่างอันตรายต่อสุขภาพ)	Causes of hazards (สาเหตุของอันตรายต่อสุขภาพ)	Service or protection (การบริการและการป้องกัน)
Ergonomics	ปวดส้นเท้า น่อง ตาตุ่มและต้นขา	-นั่งนานๆ ทั้งทาสี แกะสลัก -ยืนนานๆ ขณะตัดไม้ ขัดไม้ด้วยเครื่อง	-เปลี่ยนอิริยบทบ่อยๆ -ใช้หมอนรองนั่ง หรือนั่งพิงฝาหรือเสาบ้าน
	2. ปวดไหล่ หลัง และเอว	-ยืนหรือนั่ง ในท่าที่ไม่ถูกต้อง -ยืนก้มตัวเก็บของ หรือยกของบ่อยๆ -นั่งประกอบของ หรือแพ็คของส่งขาย	-ไม่มีการป้องกันตัวเอง
	3. ปวดมือ และข้อ	-ใช้ข้อมือบ่อยๆ และออกแรงบีบสว่านแกะ ในการแกะสลัก การขัดผิว การประกอบของ ฯลฯ	-ไม่ค่อยให้ความสำคัญ
	4. เสียสายตา อุบัติหตุที่ตา	-ใช้ตาเพ่งมองชิ้นงานนานๆ ทั้งกลางวัน และกลางคืน -เพ่งมอง ลายแกะสลักที่มีขนาดเล็ก -กาวแห้งเร็วกระเด็นเข้าตา	-กลางวันจะออกมาทำหน้าบ้านที่แสงเพียงพอ -กลางคืนจะใช้ไฟฟ้าช่วย -พักสายตาบ่อยๆ
Accident	1. แผลถูกแม็กลมยิง	-ถูกสว่านแกะสลัก -ถูกแม็กลมเข็บภาชนะ (แม็กไฟฟ้าใช้ลมอัดยิง) -ถูกเครื่องจักร โดยเฉพาะใบพัดตัดไม้	-ระมัดระวังตัวเอง -ใส่ถุงมือ

ตาราง 36 (ต่อ)

Health hazards (อันตรายต่อสุขภาพ)	Example of health hazards (ตัวอย่างอันตรายต่อสุขภาพ)	Causes of hazards (สาเหตุของอันตรายต่อสุขภาพ)	Service or protection (การบริการและการป้องกัน)
Accident	2. แผลที่นิ้ว	-ถูกสว่านแกะสลัก -ถูกเครื่องจักร โดยเฉพาะใบพัดตัดไม้ -ถูกกระดาษทรายขัดเลื่อยฉีก	-ใช้เหล็กงอขนาดเล็กที่ทำขึ้นเอง ช่วยดันแผ่นไม้เข้าไปใกล้ใบเลื่อย -ระมัดระวังตนเอง
	3. ถูกไฟดูด	-ถึงแม้จะเกิดน้อยมาก แต่ก็เสี่ยง เพราะมีจุดเสียบปลั๊กไฟที่ไม่ปลอดภัยหลายจุดในการใช้เครื่อง จักรไฟฟ้าต่างๆ	-ไม่ให้ความสนใจเท่าที่ควร
Skins	1. แมลง หรือสัตว์มีพิษกัดต่อย	-สัตว์และแมลงมีพิษ เช่น งู ตะขาบ แมงป่อง และหนูในกองไม้ หรือภาชนะที่วางไม่เป็นระเบียบเรียบร้อย	-สวมรองเท้าบูธ -ระมัดระวังตนเอง
	2. ผิวแตก ผิวหนา ผิวหยาบ กร้าน มีรอยแผลเป็น	-ใช้มือเปล่า จับสว่านแกะ สลัก -ใช้มือเปล่าจับชิ้นส่วน เพื่อขัดกระดาษทราย	-ไม่ค่อยให้ความสำคัญเพราะไม่สะดวกในการทำงาน
	3. ผื่นคัน	-ขี้เลื่อย / กาวทาผลิตภัณฑ์ -ใช้มือหยิบจับน้ำยาฆ่ามอดแช่ไม้ -น้ำยางไม้จากการอบไม้ / -กาวแห้งเร็วติดมือ	-ใช้พัดลมพัดออกจากตัว -ไม่มีการป้องกันตัวเอง

ตาราง 36 (ต่อ)

Health hazards (อันตรายต่อสุขภาพ)	Example of health hazards (ตัวอย่างอันตรายต่อสุขภาพ)	Causes of hazards (สาเหตุของอันตรายต่อสุขภาพ)	Service or protection (การบริการและการป้องกัน)
Respiratory	1. หายใจเอาละอองสีเข้าปอด	-การพ่นสีโดยเครื่องพ่น ละอองสีลอยได้ไกล 50 เมตร -นั่งทำงานใกล้กับงานพ่นสี -ปัดกระดาษทรายผลิตภัณฑ์ทำให้ฝุ่นสีเข้าจมูก	-ใช้ผ้าปิดจมูกเพียง แต่ไม่สวมเสื้อแขนยาวหรือการป้องกันอื่น
	2. หน้ามืด ตาลาย และเวียนศีรษะ	-แพ้กลิ่นสี -นั่งดมสีจากการพ่น จากการทาสี	-ใช้ผ้าปิดจมูก -สวมถุงมือ
	3. ฝุ่นละอองขนาดเล็ก	-หายใจเอาฝุ่นละอองขนาดเล็กจากขี้เลื่อย -หายใจเอาฝุ่นละอองขนาดเล็กจากการขัดไม้	-ใส่ผ้าปิดปาก/ถุงมือบางคน -สวมปลอกแขน ผ้ากันเปื้อน
อื่นๆ	1. โรคกระเพาะ	-รีบทำงานให้เสร็จทำให้รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา -ความเครียดจากรายได้ และงานที่เร่งรีบ	-เตือนตัวเอง
	2. ภาวะเครียด	-รีบทำงานให้เสร็จ ในช่วงเทศกาลที่งานเร่ง และใกล้เปิดเทอมที่ต้องการเงินมาก / ค่าแรงลดลง	-ไม่ค่อยให้ความสำคัญ
	3. ปัญหาสุขภาพผู้สูงวัย	-มีผู้สูงอายุจำนวนมากที่เป็นแรงงานนอกระบบ -นั่งทำงานในท่าเดิมเป็นระยะเวลายาวนาน	-ไม่ค่อยให้ความสำคัญ

การวิเคราะห์ชุมชน

กลวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล นอกจากจะทำทันทีหลังจากเสร็จสิ้นการสำรวจชุมชนในแต่ละครั้ง จะทำการวิเคราะห์ร่วมกันในภาพรวมอีกครั้งพร้อมเรียงลำดับความสำคัญของปัญหาเช่นเดียวกับ 3 กลุ่มแรก สำหรับปัญหาแรงงานนอกระบบอาชีพทำผลิตภัณฑ์ไม้มะม่วง มีดังนี้

1. ปัญหาอุบัติเหตุจากการใช้เครื่องไฟฟ้าในการตัดไม้ หรือขัดชิ้นงาน
2. ปัญหาเสียงดังจากเครื่องจักรรบกวน เพราะเครื่องมือบางชิ้นขนาดใหญ่และเสียงดัง
3. ปัญหาการปวดร่างกาย (หลัง) จนต้องรับประทานยาแก้ปวดเกินขนาด
4. กลิ่นเหม็นจากควันพิษ และกลิ่นพ่นสี แลคเกอร์ และทินเนอร์
5. การตั้งโรงงานใกล้บ้านในชุมชน ทำให้เกิดปัญหารบกวนเพื่อนบ้านเป็นประจำ

นอกจากนี้ แรงงานนอกระบบยังได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับสิทธิการรักษาพยาบาลโดยการใช้กองทุนประกันสังคมของแรงงานนอกระบบ ซึ่งคล้ายกับแรงงานนอกระบบทั้ง 3 กลุ่มข้างต้นว่า แรงงานนอกระบบอยากมีประกันสังคมเช่นเดียวกับแรงงานอื่นๆ แต่ถ้าต้องจ่ายเงินเองทั้งหมดก็ไม่จำเป็นจะต้องทำ เพราะรายได้น้อยอยู่แล้ว ถ้าให้จ่ายเบี้ยประกันสังคมอีกคงจะไม่พอจุนเจือครอบครัวแน่นอน ดังเช่นคำพูดของผู้ผลิตคนหนึ่งที่ว่า “ถ้าวันนี้มีอ้าย (สามี) เป็นคนเดียวตี้ทำประกันสังคม เพราะเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุบ่อย ปีหนึ่งๆ จะถูกใบเลื่อยบาด 2-3 ครั้ง บางครั้งนิ้วเกือบปุ๊ด (ขาด) จำเป็นต้องทำจ่ายเดือนละเกือบ 500 บาท แต่ถ้าข้าเจ้าทำแหม่มคนก็เกือบจะ 1,000 บาทเข้าไปแล้ว จะเอาอะหยังมากิ๋นลึะ ลูกก็ยังหน้อยอยู่ตึง 2 คน” แรงงานนอกระบบยังเสนออีกว่าถ้าเป็นไปได้รัฐควรเข้ามาช่วยแบ่งเบาภาระค่าเบี้ยประกัน หรือไม่ทำประกันสังคม แต่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือสถานีอนามัยสำรวจชื่อแรงงานนอกระบบ แล้วส่งให้ภาครัฐตั้งกองทุนสงเคราะห์ช่วยเหลือที่ไม่ใช่การประกันสังคมก็ได้

การจัดทำแผนงานและโครงการ

เมื่อวิเคราะห์ปัญหาได้แล้ว ทีมจัดการสุขภาพแรงงานนอกระบบบ้านสันทราย ได้ตกลงร่วมกันว่าจะเลือกแก้ปัญหา การบาดเจ็บจากการทำงานมาดำเนินการแก้ปัญหา ส่วนปัญหาอื่นๆ จะนำไปพิจารณาขอสนับสนุนงบประมาณจากองค์การบริหารส่วนตำบลเทพเสด็จ หรือแหล่งทุนอื่นๆ ต่อไป โดยโครงการนำร่องในการแก้ปัญหา คือ โครงการรณรงค์ให้ความรู้แรงงานนอกระบบบ้านสันทราย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้แรงงานนอกระบบมีความรู้ในการดูแลสุขภาพและป้องกันตนเองด้วยโรคที่เกี่ยว เนื่องจากการทำงาน และเพื่อจัดกิจกรรมกระตุ้นให้แรงงานมีความตระหนัก

และเข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันตนเองและเพื่อนร่วมงานจากปัจจัยคุกคามด้านสุขภาพที่เกิดจากการทำงาน โดยมีการจัดทำป้ายรณรงค์ และกระตุ้นเตือนให้แรงงานตะหนักถึงการป้องกันตนเองจากการเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวเนื่องจากการทำงาน ทำแผ่นพับความรู้ในการป้องกันคนเองด้วยโรคจากการทำงาน พร้อมจัดทีมงานออกดำเนินกิจกรรมแนะนำให้ความรู้แก่แรงงานในสถานประกอบการ และประเมินความรู้ 3 เดือนต่อครั้ง (โครงการฉบับสมบูรณ์แสดงในภาคผนวก จ)

ภารดำเนินงานตามแผน

1. ผู้รับผิดชอบโครงการ ประกอบด้วยผู้ใหญ่บ้าน และ อสม. 9 คน รวม 10 คน
2. เป้าหมาย คือ กลุ่มผู้ใช้แรงงานนอกระบบที่ทำผลิตภัณฑ์ไม้มะม่วง จำนวน 36 คน
3. ขั้นตอนการดำเนินการ ประกอบด้วย

3.1 ประชุมชี้แจงผู้เกี่ยวข้องเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการดำเนินโครงการ

3.2 ผู้ใหญ่บ้านเป็นหลักในการประสานเจ้าของสถานประกอบการในชุมชน และจัดเตรียมทีมงานในการดำเนินงานซึ่งส่วนใหญ่เป็น อสม.

3.3 จัดทำป้ายประชาสัมพันธ์ เพื่อกระตุ้นเตือนให้แรงงานตะหนักถึงการป้องกันตนเองจากการเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวเนื่องจากการทำงาน และนำไปติดเพื่อประชาสัมพันธ์ในหมู่บ้าน 2 จุด คือ ทางเข้าหมู่บ้าน และหน้าสถานีอนามัย

3.4 ขอความร่วมมือจากสถานีอนามัยในการจัดทำแผ่นพับความรู้ในการป้องกันตนเองด้วยโรคจากการทำงานและการสร้างเสริมสุขภาพตนเอง

3.5. ทีมงานออกดำเนินกิจกรรมสำรวจแรงงานนอกระบบโดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพในการทำงานของกลุ่มแรงงานนอกระบบ (นบ.01) ของกระทรวงสาธารณสุข และแนะนำให้ความรู้แก่แรงงานในสถานประกอบการและในบ้าน เรื่อง การป้องกันอันตรายจากการทำงาน ท่าทางที่ถูกต้องในการทำงาน การใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลเพื่อลดการได้รับสารเคมี/เชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายจากกระบวนการทำงาน และการล้างมือ 7 ขั้นตอน

3.6 ทีมงานวางแผนในการประเมินความรู้หลังจากให้ความรู้แล้ว 3 เดือน

การประเมินผลการดำเนินงาน

การประเมินผลโครงการของทีมจัดการสุขภาพกลุ่มนี้มีประสิทธิภาพมาก เพราะผู้ใหญ่บ้านจะร่วมดำเนินงานและประเมินผลด้วย และทีมจัดการสุขภาพจะประกอบอาชีพเป็นแรงงานนอกระบบทุกคน โดยทำการประเมินผลตามแนวทางที่กำหนดขึ้นร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อตอบวัตถุประสงค์โครงการ คือ เพื่อให้แรงงานนอกระบบมีความรู้ในการป้องกันตนเองจากโรคจากการทำงาน และเพื่อจัดกิจกรรมกระตุ้นให้แรงงานมีความตระหนักและเข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันตนเองและเพื่อนร่วมงานจากปัจจัยคุกคามด้านสุขภาพที่เกิดจากการทำงาน

ผลการประเมินสามารถสรุปได้ดังนี้

1. ประสานความร่วมมือไปยังเจ้าของสถานประกอบการภาคการผลิต จำนวน 5 แห่ง เพื่อขออนุญาตออกดำเนินการให้ความรู้แก่ลูกจ้างในสถานประกอบการได้แก่สถานประกอบการของ นางสมบัติ เหลานาคำ นายประยูร บันเทิง นายประหยัด บันเทิง นายบุญเรียบ ดวงดิ๊บ และนางนิภา ยอดทองเลิศ

2. จัดทำแผ่นพับความรู้เพื่อออกแนะนำให้ความรู้แก่แรงงาน จำนวน 5 เรื่อง ได้แก่

2.1 โรคปวดหลังจากการทำงาน/การปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน

2.2 ท่าทางการทำงาน

2.3 การใช้อุปกรณ์ป้องกันตนเอง

2.4 โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม

2.5 การล้างมือ 7 ขั้นตอน

นอกจากนี้ยังได้จัดทำแบบประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพในการทำงานของกลุ่มแรงงานนอกระบบเพื่อออกดำเนินการเก็บข้อมูลในแรงงานนอกระบบที่ออกเยี่ยม จำนวน 36 คน

3. ทีมอาสาสมัครแรงงานนอกระบบออกดำเนินการเยี่ยมแนะนำให้ความรู้ จำนวน 2 ครั้ง พร้อมแจกเอกสารและประเมินความรู้ก่อนและหลังการให้ความรู้ และสำรวจข้อมูลทั่วไป ดังนี้

3.1 คุณลักษณะทั่วไป แรงงานนอกระบบกลุ่มทำผลิตภัณฑ์จากไม้มะม่วงมากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นเพศชาย (ร้อยละ 52.78) มีอายุเฉลี่ย 43 ปี เมื่อแยกตามกลุ่มอายุพบว่า หนึ่งในสามมีอายุระหว่าง 31-40 ปี (ร้อยละ 33.33) รองลงมา คือ อายุ 41-50 ปี และ51-60 ปี ตามลำดับ ส่วนลักษณะการทำงานของแรงงานนอกระบบเกือบหนึ่งในสาม (ร้อยละ 30.56) ทำงานเป็นช่างไม้ และผู้ประกอบชิ้นงาน ดังแสดงไว้ในตารางที่ 37

ตารางที่ 37 จำนวน และค่าร้อยละของแรงงานนอกระบบกลุ่มทำผลิตภัณฑ์จากไม้มะม่วง จำแนกตามคุณลักษณะทั่วไป

(n=36)

ลักษณะที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
เพศ ชาย	19	52.78
อายุ		
น้อยกว่า 30 ปี	3	8.33
31-40 ปี	12	33.33
41-50 ปี	10	27.78
51-60 ปี	9	25.00
61 ปีขึ้นไป	2	5.56
($\bar{x}$ = 43, SD = 0.28, Max = 65, Min = 24)		
ลักษณะการทำงาน		
ช่างไม้	11	30.56
ประกอบของ	11	30.56
ทำสี	2	5.55
ขัดไม้	4	11.11
แกะสลัก	8	22.22

3.2 สิ่งคุกคามต่อสุขภาพ แรงงานนอกระบบสามในสี่หรือมากกว่า (ร้อยละ 873.33, 78.88 และ 75.00) มีความเสี่ยงต่อการสัมผัสฝุ่นละออง เสียงดังเกินมาตรฐาน และอาการปวดเมื่อยร่างกาย ตามลำดับ ส่วนแรงงานนอกระบบหนึ่งในสามหรือมากกว่า (ร้อยละ 33.33 และ 39.89) มีความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บ/อุบัติเหตุ และสารเคมี/โลหะหนัก ตามลำดับ นอกนั้นมีความเสี่ยงน้อยในสิ่งคุกคามด้านความร้อน และแสงสว่างมากหรือน้อยเกินไปตามลำดับ ซึ่งเนื่องมาจากลักษณะของงานที่แรงงานนอกระบบทำ ส่วนใหญ่จะเป็นขั้นตอนที่ต้องสัมผัสกับฝุ่นละออง เสียงดัง และท่านั่งหรือการนั่งนานๆ ในขณะที่แกะสลัก ทำให้ปวดเมื่อยได้ง่าย ส่วนแรงงานนอกระบบเสี่ยงต่อสิ่งคุกคามน้อย เนื่องจากหน้าที่ที่ทำเป็นหน้าที่เฉพาะที่ใช้แรงงานเพียงไม่กี่คนในการทำ จึงทำให้มีคนเสี่ยงน้อย ซึ่งแสดงผลในตารางที่ 38

ตารางที่ 38 จำนวนและค่าร้อยละของแรงงานนอกระบบจำแนกตามความเสี่ยงและประเภทของสิ่งคุกคามต่อสุขภาพ

(n=36)

สิ่งคุกคามสุขภาพ	มีความเสี่ยง		ไม่มีความเสี่ยง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ฝุ่นละออง	30	83.33	6	16.67
สารเคมีและโลหะหนัก	12	33.33	24	66.67
เสียงดังเกินมาตรฐาน	28	77.78	8	22.22
ความร้อน	7	19.44	29	80.56
แสงสว่างมาก/น้อยเกินไป	2	5.56	34	94.44
ปวดเมื่อยร่างกาย	27	75.00	9	25.00
การบาดเจ็บ/อุบัติเหตุ	14	39.89	22	61.11

3.3 นอกจากนี้แรงงานนอกระบบ ต้องการให้ภาครัฐสนับสนุนด้านต่างๆ ดังนี้

3.3.1 ความรู้ ได้แก่ อันตรายจากการทำงาน หลักความปลอดภัยในการทำงาน และการป้องกันควบคุมโรคและภัยจากการทำงาน

3.3.2 อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล ได้แก่ แว่นตา หน้ากากหรือผ้าปิดจมูก ถุงมือ และ อุปกรณ์ปกป้องเสียงดัง

3.3.3 การตรวจสุขภาพประจำปี และการตรวจสุขภาพตามความเสี่ยง

3.3.4 ระบบประกันสังคมที่ไม่ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเองทั้งหมด และสามารถใช้บริการที่สถานีอนามัยใกล้บ้านได้

4. ผลสำเร็จของการดำเนินการตามตัวชี้วัดความสำเร็จ

4.1 แรงงานนอกระบบ 36 คน ได้รับการสำรวจ และได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและป้องกันตนเองด้วยโรคที่เกี่ยวเนื่องจากการทำงาน 5 เรื่อง ได้แก่ โรงปวดหลังจากการทำงาน ท่าทางการทำงาน การใช้อุปกรณ์ป้องกันตนเอง โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม และการล้างมือ 7 ขั้นตอน จากการประเมิน พบว่า แรงงานนอกระบบส่วนใหญ่มีความรู้ทั้ง 5 หัวข้อของการเรียนรู้เพิ่มขึ้น โดยมีระดับค่าเฉลี่ยของคะแนนหลังให้ความรู้สูงขึ้นอย่างเห็นได้ชัดในทุกๆ หัวข้อ ดังแสดงผลในตารางที่ 39

ตารางที่ 39 ค่าคะแนนก่อนและหลังให้ความรู้แรงงานนอกระบบจำแนกตามความรู้

(n=36)

ความรู้เรื่อง	ค่าคะแนนก่อนให้ความรู้ (0-10 คะแนน)	ค่าคะแนนหลังให้ความรู้ (0-10 คะแนน)
1. โรคปวดหลังจากการทำงาน	5.6	7.3
2. ท่าทางการทำงาน	4.2	8.2
3. การใช้อุปกรณ์ป้องกันตนเอง	5.1	7.8
4. โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม	4.5	6.8
5. การล้างมือ 7 ขั้นตอน	2.2	5.9

4.2 แรงงานนอกระบบทุกคนมีพฤติกรรมการใช้ท่าทางที่ไม่ถูกต้องในการทำงาน แต่มีเพียงส่วนน้อยที่เกิดอาการปวดกล้ามเนื้อบริเวณหลัง หรือขา โดยส่วนใหญ่มีอาการเล็กน้อย พอทนได้ และใช้การรักษาโดยการใช้บริการที่สถานีอนามัยเป็นส่วนใหญ่

4.3 แรงงานนอกระบบทุกคนที่สำรวจได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและป้องกันตนเองด้วยโรคที่เกี่ยวเนื่องจากการทำงาน โดยทีมจัดการสุขภาพแรงงานนอกระบบ แต่ยังอยู่ระหว่างรอการประเมินว่านำความรู้ไปใช้หรือไม่

4.4 ไม่มีปัญหาในการเข้าถึงแรงงานนอกระบบ เนื่องจากไม่ได้ให้หยุดงานมารับการอบรม แต่เป็นการให้ทีมงานลงไปให้ความรู้ถึงแรงงานนอกระบบถึงสถานที่ทำงาน

5. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

5.1 ไม่สามารถประเมินได้ว่าแรงงานมีความรู้จริงหรือไม่ เพราะบางรายไม่สะดวกที่จะนั่งคุยด้วย จึงต้องแจกเอกสารให้กลับไปอ่านที่บ้าน

5.2 แรงงานนอกระบบไม่ให้ความสำคัญ คิดว่าเรื่องปากท้องสำคัญกว่า

5.3 ความน่าเชื่อถือของแรงงานนอกระบบต่อทีมจัดการสุขภาพมีน้อย เพียงแต่มีผู้ใหญ่บ้านร่วมทีมด้วย จึงทำให้แรงงานนอกระบบเกิดความเกรงใจ

5.4 หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ไม่มีแผนการแก้ปัญหา การสนับสนุนการสร้างสุขภาพหรือนโยบายเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบที่ชัดเจน

5.5 ช่วงที่ดำเนินงานเป็นช่วงที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหลายๆ แห่งหมดวาระลง และบางแห่งอยู่ในช่วงยกระดับขึ้นเป็นเทศบาลตำบล ทำให้สมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมน้อย

6. ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานครั้งต่อไป

6.1 ควรจัดทำเอกสารหลายๆ เรื่อง และใช้กลวิธีการให้ความรู้ที่หลากหลายเพื่อให้เข้าถึงแรงงานนอกระบบมากขึ้น

6.2 จัดทำโครงการขอรับการอุดหนุนจากหน่วยงานผู้รับผิดชอบ เช่น เทศบาลตำบลแม่ฮ้อยเงิน

การคืนข้อมูลสู่ชุมชน

ผู้วิจัยนัดหมายทีมจัดการสุขภาพเพื่อสรุปและทบทวนการดำเนินงานทั้งหมด แล้วสรุปเพื่อเตรียมนำเสนอให้กับชุมชนในเวทีการคืนข้อมูลสู่ชุมชนต่อไป

การคืนข้อมูลโดยการนำข้อมูลที่ได้จากการทบทวนทั้งหมดแจ้งให้กับทีมจัดการสุขภาพและชุมชนรับรู้ร่วมกัน เพื่อสร้างความตระหนักถึงภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงของแรงงานนอกระบบในแต่ละพื้นที่ โดยแบ่งการดำเนินงานออกเป็น 3 กระบวนการ ประกอบด้วย

1. การคืนข้อมูลแก่ทีมจัดการสุขภาพ ก่อนที่จะเริ่มขั้นตอนต่อไปในการดำเนินงานแต่ละครั้ง หรือแต่ละขั้นตอน รายละเอียดและขั้นตอนเหมือกับการคืนข้อมูลในอีก 3 พื้นที่

2. การคืนข้อมูลแก่กลุ่มเป้าหมาย เป็นการสรุปข้อมูลจากการดำเนินงานทั้งหมดให้กับแรงงานนอกระบบ จะเป็นการสร้างความตระหนัก และความเข้าใจร่วมกันในชุมชนว่า ชุมชนกำลังทำอะไร แรงงานนอกระบบจะได้ประโยชน์อะไร ต่อไปจะทำอะไร และเขาจะต้องเข้ามามีส่วนร่วมอย่างไรบ้าง ซึ่งจะดำเนินการหลังจากประเมินผลเสร็จแล้ว ผลจากการคืนข้อมูล ทำให้แรงงานนอกระบบบ้านสันทราย ตำบลแม่อ้อยเงินรับรู้ความเสี่ยงจากการทำงานของตนเองมากขึ้น เกิดความตระหนักในการป้องกันตัวเอง และเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพมากขึ้น

3. การคืนข้อมูลแก่ผู้บริหาร เป็นการจัดทำรูปเล่ม แล้วมอบให้แก่นายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้ใหญ่บ้าน (หัวหน้าทีมจัดการสุขภาพ) คนละ 1 เล่ม พร้อมเข้าพบเพื่ออธิบายผลการดำเนินงาน และฝากสิ่งที่พื้นที่ควรจะดำเนินการต่อไป

การจัดการสุขภาพแรงงานนอกอาชีพทำผลิตภัณฑ์ไม่มะม่วง บ้านสันทราย ตำบลแม่ฮ้อยเงิน ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงทางการยศาสตร์และอุบัติเหตุมาก ให้ผลการดำเนินงานที่ไม่แตกต่างจาก 3 กลุ่มแรก เนื่องจากแรงงานจะประกอบอาชีพที่บ้านของตนเอง หรือโรงงานในหมู่บ้าน จึงทำให้มีเวลาทำงานตามที่ตนเองกำหนดเช่นเดียวกับกลุ่มทำคันร่วมบ้านสันต้นแหนใต้

จึงทำให้ง่ายต่อการดำเนินการ นอกจากนี้บทบาทในการจัดการสุขภาพพื้นที่นี้ผู้นำชุมชน ซึ่งมีอาชีพในการผลิตผลิตภัณฑ์ไม้มะม่วงเข้ามาเป็นหัวหน้าทีม และมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน เพราะเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพ ทำให้สามารถดึงแรงงานนอกระบบเข้ามาร่วมได้มาก รวมทั้งทีมจัดการสุขภาพเป็นแรงงานนอกระบบด้วย จึงมีข้อมูลในการดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ทีมจัดการสุขภาพยังได้สรุปปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานไว้ดังนี้

1. แรงงานนอกระบบบางคนมีส่วนร่วมน้อย ยังคิดว่าเรื่องปากท้องสำคัญกว่า แต่สถานการณ์ความร่วมมือมีความรุนแรงน้อยกว่าตำบลอื่น เนื่องจากมีการดำเนินโครงการเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแรงงานนอกระบบมาแล้ว 2 ปี จึงทำให้แรงงานนอกระบบส่วนใหญ่จะให้ความร่วมมือในการเข้ารับฟังความรู้ หรือรณรงค์ แต่การเข้ามาเป็นทีมจัดการสุขภาพยังเข้ามามีส่วนร่วมน้อย ดังนั้นจึงต้องอาศัยความร่วมมือจากแรงงานนอกระบบที่มีบทบาทเป็นองค์กรชุมชนด้วย

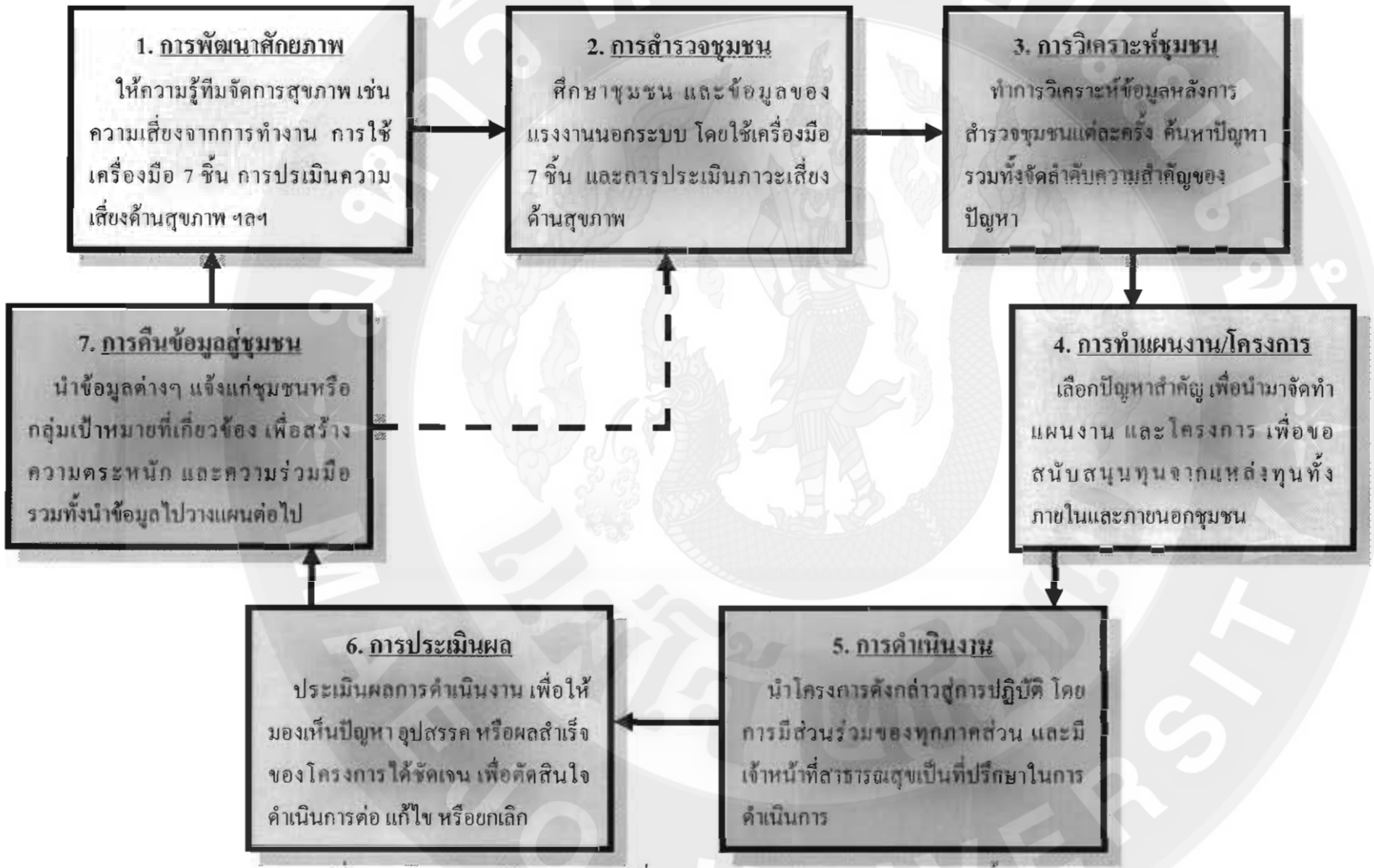
2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องไม่มีแผนการแก้ปัญหา การสนับสนุนการสร้างสุขภาพ หรือนโยบายเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบที่ชัดเจน แต่จะสนับสนุนตามที่สถานีอนามัยเขียนโครงการนำเสนอเท่านั้น

สรุปรูปแบบการจัดการสุขภาพที่เหมาะสม ของแรงงานนอกระบบ

รูปแบบการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมของแรงงานนอกระบบนั้น ไม่ว่าจะเป็นแรงงานนอกระบบภาคการเกษตร ภาคการผลิต หรือภาคการบริการ จะมีทั้งหมด 7 ขั้นตอนเหมือนกัน เพราะลักษณะความเสี่ยงของการเกิดโรค หรือพฤติกรรมเสี่ยงของแรงงานนอกระบบไม่มีผลต่อการกำหนดรูปแบบการจัดการสุขภาพ แต่อาจมีความแตกต่างกันที่กลุ่มเป้าหมาย และเนื้อหาตามภาวะเสี่ยงของกลุ่มเป้าหมายนั้นๆ โดยแต่ละขั้นตอนมีรายละเอียด ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนาศักยภาพทีมจัดการสุขภาพ

เป็นการให้ความรู้ทีมจัดการสุขภาพในเรื่อง การใช้เครื่องมือสำรวจชุมชน ได้แก่ เครื่องมือ 7 ชิ้น จะให้ความรู้แก่ทีมจัดการสุขภาพครั้งละ 2-3 ชิ้น และการประเมินภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพจะเป็นการให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อให้ออกไปดำเนินงานร่วมกัน ส่วนพื้นที่ที่มีการดำเนินงานมาระยะหนึ่งแล้ว หรือมีการสำรวจชุมชนโดยใช้เครื่องมือ 7 ชิ้นแล้ว สามารถนำข้อมูลทุติยภูมิเหล่านั้นมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมได้ และอาจข้ามขั้นตอนนี้ได้



ภาพที่ 35 รูปแบบการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมของแรงงานนอกระบบ 7 ขั้นตอน

ความสำเร็จของการจัดการสุขภาพแรงงานนอกระบบ

จากการศึกษาวิจัย ผู้วิจัยสามารถสรุปความสำเร็จของการจัดการสุขภาพแรงงานนอกระบบ ได้ดังนี้

1. ปัจจัยสำคัญของความสำเร็จ (key success factors) การจัดการสุขภาพแรงงานนอกระบบที่เหมาะสมจะต้องประกอบด้วย 7 ขั้นตอน โดยเฉพาะขั้นตอนที่ 2-7 จะขาดส่วนใดส่วนหนึ่งไม่ได้ ส่วนขั้นตอนที่ 1 อาจหมดความสำคัญถ้าการดำเนินงานจัดการสุขภาพดำเนินงานมาเป็นระยะเวลาพอสมควร และทีมจัดการสุขภาพมีประสบการณ์ในการทำงานมาแล้ว

2. หัวใจของความสำเร็จ (critical success factors) มี 2 ประการ คือ

2.1 เครื่องมือในการศึกษาชุมชน จะใช้เครื่องมือใดในการศึกษานั้นต้องเลือกให้เหมาะสมกับเรื่องหรือบริบทที่จะศึกษา สำหรับแรงงานนอกระบบ เครื่องมือที่นำมาใช้ได้ดี คือ เครื่องมือ 7 ชิ้น ที่จะต้องแยกใช้ทีละ 2-3 ชิ้น เพื่อให้ง่ายต่อคนในชุมชนในการดำเนินงาน ซึ่งจะทำให้เห็นลักษณะการกระจายตัวของแรงงานนอกระบบ การพึ่งพาระบบการรักษาพยาบาลที่หลากหลาย วัฒนธรรม ประเพณี เศรษฐกิจ และภาวะสังคมที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรค รวมถึงโครงสร้างอำนาจด้านต่างๆ ที่จะส่งผลต่อการดูแลสุขภาพของประชาชน ความเสี่ยงด้านสุขภาพ ความตระหนักในการป้องกันโรค ความรู้ด้านสุขภาพ รวมทั้งสามารถสร้างความสามัคคีให้กับทีมจัดการสุขภาพ ส่วนเครื่องมืออีกชิ้นหนึ่ง คือ การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ ซึ่งจะทำให้มองเห็นภาวะเสี่ยงในการทำงานของแรงงานนอกระบบได้อย่างชัดเจน ในระยะแรกเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะต้องเป็นหลักในการใช้เครื่องมือชิ้นนี้ แต่ระยะต่อไปจะทำร่วมกันก็ได้ ซึ่งการใช้เครื่องมือชิ้นนี้จะทำให้ทีมจัดการสุขภาพได้ประสบการณ์จริงในการค้นหาปัญหาสุขภาพแรงงานนอกระบบ นอกจากนี้ในการศึกษาชุมชนอาจนำข้อมูลทุติยภูมิมาใช้ได้ จะทำให้ประหยัดเวลาในการศึกษาชุมชนได้

2.2 ทีมจัดการสุขภาพ ควรมาจากองค์กรชุมชนที่หลากหลาย โดยเฉพาะผู้นำชุมชน สมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุข และแรงงานนอกระบบ โดยผู้นำชุมชนจะมีความสำคัญในการบริหารจัดการโครงการ และขวัญกำลังใจ ถ้าผู้นำชุมชนเข้มแข็งการดำเนินงานให้สำเร็จจะง่ายขึ้น ส่วน อสม. นั้นมีความสำคัญในแง่ของผู้ดำเนินงาน ส่วนองค์กรชุมชนที่จะมีส่วนร่วมมากที่สุดจะต้องเป็นองค์กรชุมชนที่ประกอบอาชีพเป็นแรงงานนอกระบบด้วย จะทำให้การจัดการสุขภาพมีทั้งประสิทธิภาพและประสิทธิผล และถ้าไม่มีบทบาทเป็นองค์กรชุมชนด้วยมักจะไม่เห็นความสำคัญของการจัดการสุขภาพ และมักจะไม่เข้ามามีส่วนร่วม หรือเป็นผู้รอรับผลประโยชน์มากกว่า

บทที่ 6

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

(SUMMARY IMPLICATIONS AND RECOMMENDATIONS)

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมของแรงงานนอกระบบในอำเภอดอยสะเก็ด มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหาสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของแรงงานนอกระบบ หาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อปัญหาสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงของแรงงานนอกระบบ และหารูปแบบในการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมตามภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพของแรงงานนอกระบบ โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ในกลุ่มแรงงานนอกระบบสัญชาติไทย ทั้งเพศชายและหญิง และมีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปที่มีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ และองค์กรชุมชนที่มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน อาทิเช่น ผู้นำชุมชน สมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และอาสาสมัครสาธารณสุข แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์และประมวลผลตามแนวทางของงานวิจัยเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ ซึ่งสรุปผลการวิจัยได้ดังต่อไปนี้

ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของแรงงานนอกระบบ

กลุ่มตัวอย่าง คือ แรงงงานนอกระบบ จำนวน 390 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 48-49 ปี จบการศึกษาเฉลี่ยระดับประถมศึกษาปีที่ 6 มีรายได้เฉลี่ยประมาณ 6,000 บาทต่อเดือน และมีสถานภาพสมรส ส่วนปัจจัยเสริมพบว่า ส่วนใหญ่ได้รับการจ้างงานรายชิ้น ทำเป็นงานประจำ ทำงานมานาน 14-15 ปี ในด้านระยะเวลาในการทำงานต่อวัน มีเวลาทำงานเฉลี่ย 8 ชั่วโมงต่อวัน ส่วนเวลาพักไม่แน่นอนตามความต้องการของผู้ทำงาน หรือ ทำงานจนเสร็จเป็นครั้งๆ แล้วจึงพัก เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ จะไปใช้บริการที่สถานีอนามัยมากที่สุด และไม่ได้รับความรู้ด้านการป้องกันอันตรายจากการทำงาน ส่วนผู้ที่ได้รับความรู้จะได้รับความรู้จากทางสถานีอนามัยหรือโรงพยาบาล การสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากการทำงาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกัน เช่น รองเท้ายาง/บู๊ท เสื้อผ้า/ผ้ากันเปื้อน ผ้าปิดจมูก ถุงมือ/ปลอกแขน หมวก หน้ากาก/แว่นตา ผ้าพันนิ้ว และหมวก/เข็มขัดนิรภัย ตามลำดับ

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นแรงงานนอกระบบภาคการเกษตรมากที่สุด รองลงมาเป็นแรงงานนอกระบบภาคการบริการ และภาคการผลิตน้อยที่สุด และในจำนวนนี้

แรงงานเพศชายจะประกอบอาชีพภาคการเกษตรมากกว่าเพศหญิง ส่วนเพศหญิงจะประกอบอาชีพภาคการผลิตและภาคการบริการมากกว่าเพศชาย

ในด้านภาวะสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 62.3 ยังไม่เกิดภาวะสุขภาพหรือโรคจากการทำงาน ไม่ว่าจะเป็นทางการยศาสตร์ ผิวหนัง และระบบทางเดินหายใจ สำหรับผู้ที่พบภาวะสุขภาพจะพบภาวะสุขภาพทางการยศาสตร์มากที่สุด รองลงมาคือ ทางผิวหนัง และระบบทางเดินหายใจ ตามลำดับ ซึ่งแตกต่างจากพฤติกรรมเสี่ยง ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 86.7 มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากการทำงาน โดยมีพฤติกรรมเสี่ยงทางการยศาสตร์มากที่สุด รองลงมาเป็นพฤติกรรมเสี่ยงทางผิวหนัง และระบบทางเดินหายใจ ตามลำดับ สำหรับความเสี่ยงโดยรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงโดยรวมมากถึงร้อยละ 89.0 โดยแรงงานนอกระบบภาคการผลิตจะมีความเสี่ยงโดยรวมสูงที่สุด รองลงมา คือ ภาคการเกษตร และภาคบริการ ตามลำดับ เมื่อพิจารณาแยกรายประเภท พบว่า แรงงานนอกระบบภาคการผลิดมีภาวะสุขภาพทางการยศาสตร์สูงที่สุด รองลงมาคือ ภาคบริการ และภาคเกษตร ตามลำดับ นอกจากนี้แรงงานภาคการเกษตรมีภาวะสุขภาพทางผิวหนัง สูงที่สุด รองลงมาคือ ภาคการผลิต และภาคบริการ ตามลำดับ ส่วนภาวะสุขภาพทางระบบทางเดินหายใจ แรงงานที่มีความเสี่ยงสูงที่สุด คือ ภาคการเกษตร รองลงมาคือ ภาคการผลิต และการบริการ ตามลำดับ

ด้านพฤติกรรมเสี่ยง พบว่า แรงงานภาคการผลิตมีความเสี่ยงทางการยศาสตร์ สูงที่สุด รองลงมาคือ ภาคการเกษตร และการบริการ ตามลำดับ ส่วนพฤติกรรมเสี่ยงทางผิวหนัง พบว่า แรงงานภาคการเกษตรมีความเสี่ยงสูงที่สุด รองลงมาคือ ภาคบริการ และภาคการผลิต ตามลำดับ และพฤติกรรมเสี่ยงทางระบบทางเดินหายใจ พบว่า แรงงานที่มีความเสี่ยงสูงที่สุด คือ ภาคบริการ รองลงมา คือ ภาคการผลิต และภาคการเกษตร ตามลำดับ

ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยง

การหาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงนั้น พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องทุกตัวไม่มีความสัมพันธ์กัน และมีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ จึงสามารถนำไปวิเคราะห์การทำนายผลความเสี่ยงได้ทุกตัว ดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยที่ใช้ทำนายการเกิดภาวะสุขภาพโดยรวมของแรงงานนอกระบบได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ แรงงานภาคการผลิต ลักษณะงาน ทำงานมานาน การหยุดพัก และการใช้อุปกรณ์การป้องกันตัว แยกเป็น

1.1 ปัจจัยที่ใช้ทำนายภาวะสุขภาพทางการยศาสตร์ของแรงงานนอกระบบได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ลักษณะการทำงาน ระยะเวลาที่ทำงานมานาน ระยะเวลาพักงานต่อวัน และการใช้อุปกรณ์การป้องกันตัว

1.2 ปัจจัยที่ใช้ทำนายภาวะสุขภาพทางผิวหนังของแรงงานนอกระบบได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ รายได้ การจ้างงาน ลักษณะงาน และการหยุดพัก

1.3 ไม่มีปัจจัยใดที่ใช้ทำนายภาวะสุขภาพทางระบบทางเดินหายใจของแรงงานนอกระบบ

2. ปัจจัยที่ใช้ทำนายพฤติกรรมเสี่ยงโดยรวมของแรงงานนอกระบบได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ จำนวนปีที่ศึกษา สถานภาพ งานภาคการเกษตร งานภาคการผลิต และการจ้างงาน แยกเป็น

2.1 ปัจจัยที่ใช้ทำนายพฤติกรรมเสี่ยงทางการยศาสตร์ของแรงงานนอกระบบได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ งานภาคการผลิต และลักษณะงาน

2.2 ปัจจัยที่ใช้ทำนายพฤติกรรมเสี่ยงทางผิวหนังของแรงงานนอกระบบได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ จำนวนปีที่ศึกษา และงานภาคการเกษตร

2.3 ปัจจัยที่ใช้ทำนายพฤติกรรมเสี่ยงทางระบบทางเดินหายใจของแรงงานนอกระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ งานภาคการเกษตร ลักษณะงาน การหยุดพัก และการได้รับความรู้

3. ปัจจัยที่ทำนายความเสี่ยงโดยรวมของแรงงานนอกระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ อายุ จำนวนปีที่เรียน งานภาคการเกษตร ทำงานนาน และการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตราย

ความแตกต่างของภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงในแรงงานนอกระบบแต่ละประเภท

การหาความแตกต่างดังกล่าว ใช้วิธีการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวเพื่อหาความแตกต่างของการเกิดภาวะสุขภาพและการมีพฤติกรรมเสี่ยงในแรงงานนอกระบบ 3 ประเภท คือ ภาคการเกษตร ภาคการผลิต และภาคการบริการ ได้ผลดังต่อไปนี้

1. ภาวะสุขภาพ ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของแรงงานนอกระบบ 3 ประเภท พบว่า แรงงานแต่ละประเภท มีภาวะสุขภาพเฉพาะทางการยศาสตร์และทางผิวหนัง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีของ Scheffe พบว่า แรงงานนอกระบบภาคการผลิต มีภาวะสุขภาพทางการยศาสตร์แตกต่าง

จากภาคการเกษตรและภาคการบริการ ส่วนแรงงานนอกระบบภาคการเกษตรและการผลิต จะมีภาวะสุขภาพทางผิวหนังแตกต่างจากภาคการบริการ

2. พฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของแรงงานนอกระบบ 3 ประเภท พบว่า แรงงานแต่ละประเภทมีพฤติกรรมเสี่ยงเฉพาะทางการยศาสตร์ ผิวหนัง และทางระบบทางเดินหายใจ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อทดสอบความแตกต่างรายคู่ ด้วยวิธีของ Scheffe พบว่า แรงงานนอกระบบภาคการเกษตรและการผลิต มีพฤติกรรมเสี่ยงทางการยศาสตร์แตกต่างจากภาคการบริการ แรงงานนอกระบบภาคการเกษตรจะมีพฤติกรรมเสี่ยงทางผิวหนังแตกต่างจากภาคการผลิตและการบริการ ส่วนแรงงานนอกระบบภาคการผลิตและบริการจะมีพฤติกรรมเสี่ยงทางระบบทางเดินหายใจแตกต่างจากภาคการเกษตร

การพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมของแรงงานนอกระบบ

รูปแบบการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมของแรงงานนอกระบบไม่ว่าจะเป็นแรงงานนอกระบบภาคการเกษตร ภาคการผลิต หรือภาคการบริการ เป็นการพัฒนามาจากหลักการพัฒนาชุมชนและหลักการของหมู่บ้านจัดการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข โดยสรุป 5 ขั้นตอน แต่สำหรับการจัดการสุขภาพแรงงานนอกระบบได้ขยายขั้นตอนออกเป็น 7 ขั้นตอน โดยเพิ่มขั้นตอนการพัฒนาศักยภาพทีมจัดการสุขภาพเป็นขั้นตอนแรกเนื่องจากองค์ความรู้เรื่องแรงงานนอกระบบ การจัดการสุขภาพ และเครื่องมือสำรวจชุมชน เป็นเรื่องใหม่สำหรับชุมชน หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเพิ่มขั้นตอนการคืนข้อมูลสู่ชุมชนเป็นขั้นตอนที่ 7 เพื่อเป็นการแจ้งข้อมูลจากการศึกษาให้ชุมชนทราย และนำไปใช้วางแผนแก้ไขต่อไป โดยขั้นตอนทั้ง 7 ขั้นตอน ประกอบด้วย

1. การพัฒนาศักยภาพทีมจัดการสุขภาพ เป็นการพัฒนาความรู้เรื่อง การป้องกันความเสี่ยงจากการทำงานของแรงงานนอกระบบ การใช้เครื่องมือ 7 ชิ้น (แยกอบรมครั้งละ 2-3 ชิ้น) และพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเรื่อง การประเมินภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพ

2. การสำรวจชุมชน เป็นการนำเอาเครื่องมือดังกล่าวออกสำรวจชุมชนเพื่อหาข้อมูลด้านสุขภาพของแรงงานนอกระบบ โดยทีมจัดการสุขภาพใช้เครื่องมือ 7 ชิ้น และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใช้การประเมินภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพ หรือดำเนินการร่วมกัน

3. การวิเคราะห์ชุมชน ทีมจัดการสุขภาพจะร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูลหลังจากสำรวจชุมชนเสร็จทันที และวิเคราะห์ภาพรวมร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอีกครั้ง เพื่อตรวจสอบข้อมูลให้ครบถ้วน และมองเห็นปัญหาชัดเจน และจัดลำดับความสำคัญของปัญหา

4. การทำแผนงานและโครงการ เป็นการเลือกปัญหาจัดเรียงลำดับความสำคัญแล้วจัดทำเป็นแผนงานหรือโครงการเพื่อแก้ไขปัญหา และขอสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานต่างๆ

5. การดำเนินงาน ทีมจัดการสุขภาพร่วมดำเนินโครงการแก้ปัญหาสุขภาพ โดยให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นที่ปรึกษา หรือวิทยากรเท่านั้น

6. การประเมินผลงาน ทีมจัดการสุขภาพร่วมกันประเมินผล ในระยะแรกเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอาจแนะนำประเด็นในการประเมินผล และตรวจสอบข้อมูลอย่างใกล้ชิด

7. การคืนข้อมูลสู่ชุมชน ต้องเปิดเวทีคืนข้อมูลให้แก่ชุมชน อาจเป็นการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และจัดทำเอกสาร เพื่อให้ชุมชนมีข้อมูลสำหรับการดำเนินการต่อไป

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ การจัดการสุขภาพที่เหมาะสมในแรงงานนอกระบบต้องประกอบด้วย 7 ขั้นตอน โดยหัวใจสำคัญของความสำเร็จในการดำเนินงาน คือ การใช้เครื่องมือที่เหมาะสมในการศึกษาชุมชน และการมีทีมจัดการสุขภาพที่ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน สมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุข แรงงานนอกระบบ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สำหรับผู้นำชุมชนต้องเห็นความสำคัญของการจัดการสุขภาพ และเป็นหลักในการจัดการสุขภาพทุกขั้นตอน อสม. เป็นหลักในการดำเนินงาน ส่วนกรณีที่แรงงานนอกระบบไม่เข้ามามีส่วนร่วมในระยะแรกนั้น แก้ไขโดยเลือกทีมจัดการสุขภาพที่มีอาชีพเป็นแรงงานนอกระบบเข้ามาเป็นทีม และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรทำหน้าที่ปรึกษา และทำการประเมินภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพเท่านั้น

การอภิปรายผล

ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของแรงงานนอกระบบ

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า แรงงงานนอกระบบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง โดยจะประกอบอาชีพภาคการผลิตและบริการมากกว่าเพศชาย ส่วนเพศชายจะประกอบอาชีพภาคการเกษตรมากกว่า ส่วนใหญ่ มีอายุอยู่ในวัยผู้ใหญ่ดอนปลาย จบการศึกษาประถมปีที่ 6 มีรายได้เฉลี่ยประมาณ 6,000 บาทต่อเดือน มีสถานภาพสมรสคู่ มีการจ้างงานรายชิ้นในแรงงานนอกระบบด้านการผลิตและบริการ และรายฤดูการเก็บเกี่ยวในกลุ่มแรงงานนอกระบบภาคการเกษตร การทำงานเป็นงานประจำ ทำงานนั้นๆ มานานประมาณ 14-15 ปี ทำงานเฉลี่ย 8 ชั่วโมงต่อวัน และมีเวลาพักไม่แน่นอนตามความต้องการของผู้ทำงาน หรือทำงานจนเสร็จเป็นครั้งๆ แล้วจึงพัก เมื่ออาการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ จะไปใช้บริการที่สถานีอนามัย แต่จะไม่เคยได้รับความรู้ด้านการป้องกัน

อันตรายจากการทำงาน และมีการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายในขณะทำงาน เช่น รองเท้าบู๊ท ผ้ากันเปื้อน ผ้าปิดจมูก ถุงมือ ปลอกแขน หมวก ผ้าพันนิ้ว หมวก และเข็มขัดนิรภัย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น (2550: ระบบออนไลน์) ที่สรุปไว้ว่า การสำรวจแรงงานนอกระบบในประเทศไทยแต่ละปี พบว่า แรงงานนอกระบบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงประมาณร้อยละ 80 มากกว่าเพศชาย เนื่องจากลักษณะงานของผู้รับงานด้วยตนเองและผู้ช่วยรับงานเป็นลักษณะงานที่อยู่ในบริเวณบ้าน หรือสถานที่ใกล้เคียงที่สามารถทำงานร่วมไปกับการดูแลครอบครัวและรับผิดชอบงานบ้านได้ ซึ่งสอดคล้องกับภาระรับผิดชอบของผู้หญิงในสังคมไทย ส่วนอายุนั้นถ้าเป็นกลุ่มผู้ทำงานหัตถกรรมพื้นบ้านที่ทำกันมานาน เช่น การทำเครื่องเงิน การทอผ้า การจักสาน สัดส่วนของแรงงานอยู่ในวัยกลางคนสูง เพราะงานเหล่านี้ต้องใช้ทักษะและการสะสมประสบการณ์ ส่วนแรงงานเด็กที่มีอายุ 10-17 ปี พบในอุตสาหกรรมการทำอาหาร เจียระไนพลอย ตัดเย็บเสื้อผ้า จักสาน เป็นต้น ด้านการศึกษา แรงงานนอกระบบส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา โดยเฉพาะผู้รับงานไปทำที่บ้านส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษาประมาณร้อยละ 80 และส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานภาคเกษตร และได้เรียนรู้ได้มีประสบการณ์ด้านหัตถกรรมจากการทำงานในครัวเรือนและเพื่อนบ้าน

ส่วนสภาพการจ้างงาน ผู้หญิงส่วนใหญ่ในภาคเศรษฐกิจนอกระบบเป็นผู้ประกอบอาชีพอิสระและผู้ผลิตหรือคนงานรับเหมาช่วง และสัดส่วนของแรงงานหญิงในภาคการผลิตจำนวนมากเป็นแรงงานรับเหมาช่วง หรือแรงงานช่วยเหลือกิจการครอบครัวโดยไม่ได้รับค่าจ้าง นอกจากนี้ยังมีสัดส่วนของการจ้างแรงงานหญิงจำนวนมากที่อยู่ในภาคการก่อสร้าง การขนส่ง และงานบริการในลักษณะการจ้างงานชั่วคราว แต่มีผู้หญิงจำนวนน้อยที่เป็นนายจ้างหรือผู้บริหารในองค์กรธุรกิจขนาดเล็ก ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับการจ้างงานนอกระบบที่ไม่ได้อยู่ภายใต้การคุ้มครองของกฎหมายแรงงาน จึงเป็นช่องทางที่ผู้ประกอบการใช้เป็นกลยุทธ์ในการลดต้นทุนการผลิตและการแข่งขันเชิงธุรกิจ และนิยมทำกันเป็นอาชีพหลักมากกว่าอาชีพเสริม ประเภทของงานที่รับมาทำที่บ้านมากที่สุด ได้แก่ งานหัตถกรรม รองลงมา ได้แก่ พาณิชยกรรม การบริการ เกษตรกรรม การขนส่ง และการก่อสร้าง โดยการรับงานไปทำที่บ้านเกิดจากการตกลงกันระหว่างผู้ว่าจ้างหรือตัวแทนกับผู้รับงานไปทำที่บ้านด้วยวาจามากกว่าจะเป็นการตกลงกันด้วยลายลักษณ์อักษร อาศัยความคุ้นเคย การรู้จักมาก่อนหรืออาศัยคนรู้จักเป็นผู้รับประกัน

ในด้านชั่วโมงการทำงานนั้น แรงงานนอกระบบมีเสรีภาพเต็มที่ที่จะกำหนดเวลาการทำงานด้วยตนเอง จึงมีเวลาการทำงานไม่แน่นอน โดยปกติจะเริ่มทำงานตั้งแต่เช้าหลังจากเสร็จภารกิจภายในครอบครัวแล้ว จนกระทั่งเย็นและบางครั้งอาจทำงานในช่วงเวลากลางคืนด้วย แต่ค่าจ้างและรายได้จะมีอัตราต่ำกว่าในภาคเศรษฐกิจในระบบมาก ค่าตอบแทนส่วนใหญ่เป็นไปตาม

ผลงานที่จ่ายเป็นรายชิ้นหรืองานเหมา การจ่ายค่าจ้างเป็นรายวันหรือลักษณะอื่นๆ มีสัดส่วนน้อยมาก แต่ถึงแม้จะมีค่าตอบแทนต่ำผู้รับงานส่วนใหญ่ก็ยังพอใจกับการทำงานและค่าตอบแทนจากการทำงาน เพราะงานประเภทนี้มีความเหมาะสมกับชีวิต และการทำงานของสตรีไทยในสังคมไทย ลักษณะการทำงานมีความยืดหยุ่นและเป็นรายได้เสริม หรือบางกรณีเป็นรายได้หลักช่วยให้ชาวชนบทมีงานทำ โดยเฉพาะช่วงหลังฤดูการเกษตร ซึ่งก็ไม่ค่อยแตกต่างกันมากนักจากการศึกษาของคนอื่นๆ เช่น ปฐรินทร์ นิมิตวรพจน์ (2548: บทคัดย่อ) ที่พบว่าแรงงานนอกระบบกลุ่มอาชีพขับรถมอเตอร์ไซค์รับจ้าง ขับรถแท็กซี่ ขับรถสองแถว รับจ้างขับรถ แม่บ้าน ทำสวน ลูกจ้างชั่วคราว รับจ้างทั่วไป และค้าขาย ในเขตกรุงเทพมหานครจะมีอายุระหว่าง 17-56 ปี มีความรู้ระดับประถมศึกษา มีรายได้ระหว่าง 5,000-12,000 บาทต่อเดือน ดังนั้นไม่ว่าจะเป็นแรงงานนอกระบบในเขตเมืองหลวง หรือต่างจังหวัด สภาพการทำงาน รวมทั้งรายได้ก็ไม่แตกต่างกัน หรือการศึกษาของศิมาลักษณ์ ดิถีสวัสดิ์เวทย์ และคณะ (2546: บทคัดย่อ) ที่ศึกษาแรงงานนอกระบบกลุ่มผู้ผลิตผลิตภัณฑ์จากไม้และหวาย ในตำบลอาฮี อำเภอท่าลี่ และตำบลนาน้อย อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย พบว่า ส่วนใหญ่พักผ่อนนอนหลับวันละ 7-8 ชั่วโมง ในการทำงานมีการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล (ผ้าปิดจมูกและถุงมือ) แม้จะทำให้ส่วนบุคคลอึดอัด รำคาญ หายใจไม่สะดวก ดังนั้นจะเห็นได้ว่าถ้ามีสิ่งอำนวยความสะดวกในการป้องกันอันตรายจากการทำงานเอื้ออำนวย ถึงแม้จะไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันอันตรายจากการประกอบอาชีพก็ตาม ก็จะมีการใช้อุปกรณ์เหล่านั้นในการป้องกันสุขภาพตนเองอยู่ในจิตสำนึกอยู่แล้ว ยกเว้นปัญหาสุขภาพที่ไม่มีอุปกรณ์ในการป้องกันชัดเจน เช่น อาการปวดหลัง เพราะไม่มีอุปกรณ์ในการป้องกันที่ชัดเจน ประกอบกับผลการศึกษาที่พบว่าแรงงานนอกระบบจะให้ความสำคัญต่อการทำงานมากกว่า จนทำให้มีเวลาพักผ่อนน้อย

ภาวะสุขภาพแรงงานนอกระบบในอำเภอคอยสะเก็ดส่วนใหญ่ พบการเจ็บป่วยจากการทำงานน้อย ไม่ว่าจะเป็นด้านการยศาสตร์ ผิวหนัง และระบบทางเดินหายใจ ซึ่งสอดคล้องกับกับศิมาลักษณ์ ดิถีสวัสดิ์เวทย์ และคณะ (2546: บทคัดย่อ) ที่ศึกษาสุขภาพของแรงงานนอกระบบกลุ่มผลิตผลิตภัณฑ์จากไม้และหวายไม่พบข้อมูลที่ระบุว่าผู้ประกอบดังกล่าวมีการเจ็บป่วยหรือเป็นโรคจากการทำงานจนถึงขั้นที่ไปพบแพทย์ แต่กลับพบว่ามีอุบัติเหตุระหว่างการทำงานร้อยละ 30 และผู้ประกอบอาชีพมีอาการผิดปกติที่สำคัญ คือ การปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ เช่น หลัง ข้อขา และสะโพก นอกจากนี้มีอาการระคายเคืองตา แสบตาน้ำตาไหล มีอาการคันและเป็นผื่น โดยส่วนใหญ่รู้ว่าปัญหาสุขภาพที่เป็นอยู่มีผลมาจากการทำงาน แต่กลับเห็นว่าไม่จำเป็นต้องมีการปรับปรุงวิธีการและสภาพแวดล้อมในการทำงานเพื่อป้องกันและแก้ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น และการศึกษาของอนิรุจน์ มะโนธรรม (2548: บทคัดย่อ) เรื่องปัญหาด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทานของกลุ่ม

แรงงานนอกระบบในจังหวัดภูเก็ด จำนวน 385 คน ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาไม่เคยเจ็บป่วยหรือได้รับอุบัติเหตุจากการทำงาน มีเพียงร้อยละ 11.4 ที่เคยเจ็บป่วยและได้รับอุบัติเหตุจากการทำงาน โดยได้รับปีละ 1-2 ครั้ง โดยเป็นการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุเพียงเล็กน้อยโดยไม่ต้องหยุดงาน นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างไม่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับระดับอันตรายของงานที่ทำและไม่เคยเข้ารับการอบรมเรื่องดังกล่าว ในรอบเดือนที่ผ่านมาจะมีอาการปวดเมื่อกล้ามเนื้อมากถึงร้อยละ 84.2 โดยเกิดประมาณ 2-3 วันต่อครั้ง รองลงมา คือ เกิดอาการทุกวัน สำหรับวิธีการรักษาอาการจะใช้วิธีการที่หลากหลาย เช่น การนวดด้วยยาหรือครีม ปล่อยให้หายหรือทุเลาเอง หยุดหรือพักงานชั่วครู่ เปลี่ยนอิริยาบถและท่าทางในการทำงาน และรับประทานยาแก้ปวด แต่แตกต่างกับสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น (2550: ระบบออนไลน์) ที่ระบุว่าปัญหาสุขภาพและความปลอดภัยในการทำงานที่พบบ่อย ได้แก่ อันตรายจากการทำงานของเครื่องกล เครื่องมือที่แหลมคม การทำงานที่ต่อเนื่องกันยาวนานมาก การไม่คำนึงถึงหลักการยศาสตร์ การได้รับปัจจัยทางกายภาพ เช่น ความร้อน เสียงดัง สารที่ทำให้เกิดประกายไฟ สารเคมี พลังงานไฟฟ้า และเครื่องจักรต่างๆ

ปัญหาด้านสุขภาพอนามัย คือ ปวดหลังและมือ นอกจากนี้ยังขาดการแนะนำฝึกอบรมและวิธีป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้น และแตกต่างจากการศึกษาของพิไลลักษณ์ พลพิลา และคณะ (2548: บทคัดย่อ) เช่นกัน ที่พบว่ากลุ่มผู้ทอเสื่อส่วนใหญ่มีอาการปวดหรือปวดเมื่อยกล้ามเนื้อจากการทอเสื่อ ตำแหน่งที่ผู้ทอเสื่อปวดหรือปวดเมื่อยมากที่สุด คือ หลังส่วนเอว รองลงมา คือ ไหล่และสะโพก แต่เมื่อมีอาการปวดหรือปวดเมื่อยผู้ทอเสื่อเพียงร้อยละ 41.7 ที่จะไปรักษาที่สถานพยาบาล แต่เมื่อพิจารณาข้อมูลจากการสัมภาษณ์กลับพบว่า แรงงานนอกระบบส่วนใหญ่มีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้นแล้ว แต่คิดว่าเป็นอาการเพียงเล็กน้อย หรือเกิดจากสาเหตุอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับการทำงาน สอดคล้องกับข้อมูลด้านการรักษาพยาบาลที่พบว่า ส่วนใหญ่ไปใช้บริการที่สถานีอนามัย รับประทานยาที่มีอยู่ หรือซื้อยามารับประทานเอง ซึ่งแรงงานนอกระบบบอกว่าการรักษาเพียงเท่านี้ก็เพียงพอแล้ว ไม่ต้องเสียเวลาในการทำงาน หรือบางรายมีความต้องการรายได้มากจึงทำให้ลืมอาการเจ็บป่วยเหล่านั้น หรืออาจรู้สึกว่ามีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้น แต่ไม่นำมาเป็นอุปสรรคต่อการทำงาน และแก้ปัญหาเบื้องต้นด้วยตนเอง เช่น แรงงานนอกระบบอาชีพแกะสลักบ้านสันทราย ตำบลแม่ฮ้อยเงินที่มีอาการปวดหลังก็จะนอนพักสักครู่แล้วกลับมาทำงานต่อ แรงงานนอกระบบอาชีพทำคันร่มที่บ้านสันต้นแหนใต้ ตำบลแม่คือจะให้หมอนวดพื้นบ้านมาบริการนวดให้ที่บ้าน แรงงานนอกระบบอาชีพเก็บเมี่ยงบ้านปางไฮ ตำบลเทพเสด็จจะพกพายาแก้ปวดคลายเส้นไปเก็บเมี่ยงด้วย แรงงานนอกระบบอาชีพขายแคบหมูบ้านถ้ำ ตำบลดอนขวัญจะไม่ยอมบอกความจริงว่าปวดหลัง เพราะบุตรหลานอาจจะไม่ให้ทำงานต่อ ทำให้ต้องอยู่บ้านเฉยๆ นอกจากนี้ยังพบว่า

แรงงานนอกระบบที่มีปัญหาภาวะสุขภาพ จะพบปัญหาทางการยศาสตร์มากที่สุด รองลงมาคือ ทางผิวหนัง และทางระบบทางเดินหายใจ ส่วนพฤติกรรมเสี่ยงจากการทำงานที่พบในระดับสูง พบพฤติกรรมเสี่ยงทางการยศาสตร์สูงที่สุด รองลงมาคือ พฤติกรรมเสี่ยงทางผิวหนัง และระบบทางเดินหายใจ และยังพบว่าแรงงานนอกระบบภาคการผลิตจะมีความเสี่ยงในภาพรวมมากที่สุด รองลงมาคือ ภาคการเกษตร และภาคบริการ ตามลำดับ

ซึ่งข้อมูลดังกล่าวจะช่วยให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนและพัฒนา รวมทั้งให้ความสนใจปัญหาของแรงงานนอกระบบมากขึ้น ถึงแม้ผลการศึกษาจะพบว่าแรงงานนอกระบบมีภาวะสุขภาพน้อย แต่ก็พบว่ามีพฤติกรรมเสี่ยงสูงมาก ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขควรจะมีการพัฒนาระบบการตรวจคัดกรองโรคจากการประกอบอาชีพให้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น เร่งรัดการให้ความรู้การป้องกันอันตรายโรคจาการทำงาน ส่วนภาคท้องถิ่น ควรจะสนับสนุนกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในแรงงานนอกระบบเพิ่มขึ้น ซึ่งถือว่าเป็นแรงงานหลักที่นำรายได้เข้าสู่ท้องถิ่นโดยตรง

เมื่อพิจารณาแยกตามประเภทของงาน พบว่า แรงงานนอกระบบภาคการผลิตจะมีปัญหาภาวะสุขภาพทางการยศาสตร์มากที่สุด แรงงานนอกระบบภาคการเกษตรมีปัญหาภาวะสุขภาพทางผิวหนังและระบบทางเดินหายใจมากที่สุด ในด้านพฤติกรรมเสี่ยงทั้งทางการยศาสตร์และทางผิวหนัง แรงงานนอกระบบเสี่ยงเช่นเดียวกับภาวะสุขภาพ ยกเว้นระบบทางเดินหายใจ ที่แรงงานนอกระบบภาคบริการมีความเสี่ยงมากที่สุด ซึ่งแตกต่างจากการศึกษา ของปฐรินทร์ นิมิควรพจน์ (2548: บทคัดย่อ) ที่พบว่า แรงงานนอกระบบในกรุงเทพฯ รู้ว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุเพียงร้อยละ 56.6 และรู้ว่ามีความจำเป็นที่จะต้องใช้เครื่องมือป้องกันอุบัติเหตุในการทำงานร้อยละ 54.6 แต่ที่สอดคล้องกัน คือ ส่วนใหญ่ไม่มีความวิตกกังวลในเรื่องของโรคที่เกิดขึ้น นอกจากนี้จากการศึกษาของ สุนทรี ศรีโกไสย์ (2539: บทคัดย่อ) ที่พบว่า แรงงานนอกระบบในหมู่บ้านถวาย อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยเป็นแบบรักษาด้วยตนเอง ไม่ได้รักษา รักษาแผนปัจจุบัน และรักษาแผนโบราณ ตามลำดับ โดยเพศชายส่วนใหญ่เชื่อว่าอาการที่เจ็บป่วยมีสาเหตุมาจากภูมิต้านทานของร่างกายต่ำ ส่วนเพศหญิงเชื่อว่าเกิดจากการทำงาน และอาการที่ทุกเพศเชื่อว่ามีสาเหตุมาจากการทำงาน ได้แก่ การปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดท้อง โรคเกี่ยวกับผิวหนัง ความเครียด อุบัติเหตุ และโรคเกี่ยวกับตา และแรงงานนอกระบบจะตัดสินใจเองโดยอาศัยประสบการณ์ในการรักษาที่ผ่านมา และเพื่อนในที่ทำงานมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยมากกว่ากลุ่มอื่น

จากข้อมูลดังกล่าว สามารถอธิบายได้จากผลการศึกษาของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น (2550: ระบบออนไลน์) ที่ว่า ปัญหาภาวะสุขภาพของแรงงานนอกระบบเกิดจากหลายสาเหตุทั้งทางตรงและทางอ้อม ได้แก่ ปัญหาสถานภาพของแรงงานที่ไม่ชัดเจน ไม่มีกฎหมายหรือระเบียบใดๆ ที่คุ้มครองอย่างครอบคลุมทำให้ขาดการตระหนัก และการยอมรับสถานภาพการเป็นลูกจ้างอย่างเป็นทางการจากนายจ้างและจากสถาบันแรงงาน สภาพการทำงานที่ไม่เสถียรภาพ มีงานให้ทำไม่แน่นอน ถ้ามีงานเร่ง ก็จะมีงานมากและทำงานหนัก เพื่อชดเชยช่วงที่มีงานลดลงหรือไม่มีงาน การเร่ง และทำงานมากเกินกำลังตัวเองเมื่อมีงานเข้ามามากจะคำนึงถึงปัญหาสุขภาพน้อย สภาพแวดล้อมการทำงาน อุปกรณ์ และเครื่องมือการทำงานไม่เหมาะสม สามารถก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพและความไม่ปลอดภัยในการทำงาน เช่น การทำงานในบริเวณบ้านที่มีการถ่ายเทอากาศหรือระบบแสงสว่างไม่ดีพอ สถานที่ทำงานไม่ถูกสุขลักษณะ ประกอบกับผู้ทำงานขาดความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับความปลอดภัยในการทำงาน ขาดการส่งเสริมพัฒนาเพื่อยกระดับฝีมือ ทำให้ขาดความรู้ ไม่ระมัดระวังในการทำงาน การได้รับค่าจ้างในการทำงานต่ำ ถูกเอารัดเอาเปรียบจากคนกลางหรือผู้ว่าจ้าง ทำให้ต้องเร่งทำงานให้ได้จำนวนชิ้นงานเพิ่มขึ้น เพื่อจะได้มีรายได้เพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ ยังไม่มีการรวมกลุ่ม จึงไม่สามารถเพิ่มอำนาจในการต่อรองค่าจ้างและสวัสดิการ และมีผลต่อการเพิ่มประสิทธิภาพการผลิตและการตลาด ปัญหาความไม่ชัดเจนของกฎระเบียบต่างๆ กฎหมาย สวัสดิการและการคุ้มครอง ปัญหาการขาดผู้รับผิดชอบโดยตรงที่ชัดเจนในการประสานงานระหว่างแรงงานนอกระบบกับผู้ว่าจ้าง และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ภาวะสุขภาพของแรงงานนอกระบบไม่ว่าอาชีพใดก็ตามย่อมจะเกิดปัญหาเหล่านี้เสมอ แต่จะปรากฏอาการมากหรือน้อยนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ในการทำงาน และถ้าแรงงานนอกระบบกลุ่มใดมีพฤติกรรมเสี่ยงในด้านนั้นๆ มาก ย่อมจะเกิดอาการของการเจ็บป่วยตามพฤติกรรมเสี่ยงนั้นๆ มากด้วย แต่แรงงานนอกระบบอาจไม่เห็นความสำคัญของการป้องกัน และให้ความสำคัญกับการรักษาแบบที่คุ้นเคย เพื่อนแนะนำ หรืออาศัยประสบการณ์เดิมมาตัดสินการรักษา แรงงานนอกระบบที่อยู่ในเขตชนบทจะเลือกไปรักษาที่สถานีอนามัยเป็นส่วนใหญ่ เพราะอยู่ใกล้บ้าน ทำให้ไม่เสียเวลาในการทำงาน และที่สำคัญแรงงานกลุ่มนี้จะให้ความสำคัญต่อการทำงานมากกว่าเรื่องอื่น ประกอบกับการขาดความสนใจ และการจัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้จากภาครัฐ จึงทำให้ปัญหาดังกล่าวทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งข้อมูลเหล่านี้กระทรวงสาธารณสุขควรจะทำการพัฒนาศักยภาพในการเฝ้าระวังโรค คัดกรองโรค และวินิจฉัยโรค เพื่อให้เป็นที่พึ่งของแรงงานนอกระบบได้ รวมทั้งเพิ่มศักยภาพเกี่ยวกับการให้คำแนะนำในการป้องกันอันตรายจากการประกอบอาชีพ อาจประสานการดำเนินงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น การรณรงค์ส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การให้ความรู้ หรือการผลิตพยาบาลอาชีวอนามัย เป็นต้น

ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยง

ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องตามสมมติฐาน คือ ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงของแรงงานนอกระบบ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษา ดังนี้ ตัวแปร ลักษณะการทำงาน ระยะเวลาที่ทำงานมานาน ระยะเวลาพักงานต่อวัน และการใช้อุปกรณ์การป้องกันตัว สามารถใช้ทำนายภาวะสุขภาพได้ ส่วนตัวแปร ลักษณะการทำงาน ระยะเวลาที่ทำงานมานาน ระยะเวลาพักงานต่อวัน และการใช้อุปกรณ์การป้องกันตัว ใช้ทำนายภาวะสุขภาพทางการยศาสตร์ ตัวแปร รายได้ ลักษณะการจ้างงาน ลักษณะการทำงาน และระยะเวลาพักงานต่อวัน จะใช้ทำนายภาวะสุขภาพทางผิวหนัง และไม่มีตัวแปรใดที่ใช้ทำนายภาวะสุขภาพทางระบบทางเดินหายใจได้ นอกจากนี้ ตัวแปร จำนวนปีที่ศึกษา สถานภาพการสมรส งานภาคการเกษตร งานภาคการผลิต และลักษณะการจ้างงาน สามารถใช้ทำนายพฤติกรรมเสี่ยงได้ โดยตัวแปร งานภาคการผลิต และลักษณะการทำงาน ใช้ทำนายพฤติกรรมเสี่ยงทางการยศาสตร์ ปัจจัยด้านจำนวนปีที่ศึกษา และงานภาคการเกษตร ใช้ทำนายพฤติกรรมเสี่ยงทางผิวหนัง ตัวแปร งานภาคการเกษตร ลักษณะการทำงาน ระยะเวลาพักผ่อนต่อวัน และการได้รับความรู้ ใช้ทำนายพฤติกรรมเสี่ยงด้านระบบทางเดินหายใจ และตัวแปร อายุ จำนวนปีที่เรียน งานภาคการเกษตร งานภาคการผลิต ระยะเวลาที่ทำงานมานาน และการใช้อุปกรณ์ป้องกัน ใช้ทำนายความเสี่ยงโดยรวมได้

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพเหล่านี้ สอดคล้องกับการศึกษาของศิมาลักษณ์ ดิถีสวัสดิ์เวทย์ และคณะ (2546: บทคัดย่อ) ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ทำผลิตภัณฑ์จากไม้และหวาย 2 กลุ่มจากตำบลอาฮี อำเภอท่าลี่ และตำบลนาน้อย อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย โดยพบว่า การออกกำลังกาย จำนวนชั่วโมงที่ทำงานต่อวัน จำนวนปีที่ทำงานมีความสัมพันธ์กับการปวดเมื่อยกล้ามเนื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จำนวนชั่วโมงที่ทำงานต่อวันมีความสัมพันธ์กับความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ และลักษณะงานที่ทำ จำนวนชั่วโมงที่ทำงานต่อวันมีความสัมพันธ์กับการบาดเจ็บจากการทำงาน เมื่อพิจารณาแยกรายปัจจัย อธิบายผลได้ดังนี้

1. เพศ จากการศึกษาพบว่า เพศไม่มีผลต่อทั้งภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงของแรงงานนอกระบบ ซึ่งแตกต่างจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (บุญศรี ปันติ๊บ, 2549: 20) ที่พบว่าเพศเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพหรือการดูแลตนเอง ส่วนผู้สูงอายุของประภาพร จินันทุยา (2536: บทคัดย่อ) ที่พบว่า เพศชายดูแลตนเองและมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง รวมทั้งการศึกษาของ Hanlon and Picket (1981: 46-49) พบว่า เพศหญิงมีการปรับตัวได้ยากกว่า มีระดับการพึ่งพาผู้อื่นและมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันมากกว่าเพศชาย เนื่องจากมีความรู้สึกว่ามีความสามารถด้านร่างกายที่ต่ำกว่าเพศชาย แต่ในแรงงานนอกระบบที่เพศไม่มีผลต่อการเกิดปัญหา

สุขภาพอาจเนื่องจากลักษณะการทำงานที่ไม่แตกต่างกันระหว่างเพศหญิงกับเพศชาย เช่น แรงงานนอกระบบภาคการเกษตร กลุ่มเก็บเมี่ยงบ้านปางไฮ ไม่ว่าหญิงหรือชาย จะมีวิธีการทำงานที่เหมือนกันทุกขั้นตอน ประกอบกับลักษณะอาการของโรคจากการประกอบอาชีพแตกต่างจากโรคทั่วๆ ไป เนื่องจากต้องได้รับสิ่งคุกคามหรือปัจจัยเสี่ยงก่อนจึงจะเกิดโรค ดังนั้นความแตกต่างระหว่างเพศจึงไม่มีผลต่อการเกิดอาการ เพราะถ้าไม่ได้รับสิ่งคุกคามนั้นก็จะไม่เกิดอาการนั่นเอง แต่ถ้าได้รับสิ่งคุกคามไม่ว่าเพศหญิงหรือเพศชายก็จะมีความเสี่ยงเหมือนกัน

2. อายุ จากการศึกษาพบว่า อายุมีผลต่อความเสี่ยงโดยรวมของแรงงานนอกระบบ โดยจะนำมาใช้ทำนายการเกิดภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงได้ ทั้งนี้เพราะผู้ที่มีอายุมากแสดงว่าทำงานมานาน จึงทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ และเผชิญกับพฤติกรรมเสี่ยงหรือส่งคุกคามที่ทำให้เกิดโรคจากการประกอบอาชีพนาย ซึ่งแตกต่างจาก บุญศรี ปันดิ๊บ (2549: บทคัดย่อ) ที่ถึงแม้จะระบุว่าอายุมีผลต่อปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แต่เหตุผลที่ใช้อธิบายแตกต่างกัน นั่นคือในผู้ป่วยที่เป็นโรคแล้ว อายุจะเป็นตัวบ่งชี้ถึงความมีวุฒิภาวะหรือความสามารถในการรับรู้แปลความหมายและการตัดสินใจ ส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองหรือสุขภาพ ผู้ที่มีอายุมากขึ้นย่อมจะมีประสบการณ์หรือการเรียนรู้ที่มากขึ้น จึงทำให้มีข้อมูลที่พร้อมต่อการตัดสินใจปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยจากโรคภัยไข้เจ็บ

3. อาชีพหรือลักษณะงาน จากการศึกษา พบว่าอาชีพหรือลักษณะการทำงาน มีผลต่อภาวะสุขภาพโดยรวม ปัญหาสุขภาพด้านการยศาสตร์และด้านโรคผิวหนัง พฤติกรรมเสี่ยงโดยรวม พฤติกรรมเสี่ยงด้านการยศาสตร์ ด้านโรคผิวหนัง และด้านระบบทางเดินหายใจ และความเสี่ยงโดยรวม ซึ่งสอดคล้องกับบุญศรี ปันติ๊บ (2549: บทคัดย่อ) ที่พบว่าอาชีพหรือลักษณะงานมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เช่น งานที่ต้องออกแรงมากจะทำให้อวัยวะต่างๆ มีความเสื่อมมากกว่า และขาดเวลาเอาใจใส่สุขภาพ หรืออาชีพที่ต้องนั่งอยู่กับที่นานๆ หรือต้องทำงานวันละหลายๆ ชั่วโมงจะไม่ค่อยมีเวลาออกกำลังกายจะทำให้สมรรถภาพด้านหัวใจและหลอดเลือดเสื่อมได้มากกว่า และสอดคล้องกับการศึกษาของวราภรณ์ เลิศพูนวิไลกุล และคณะ (2547: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีบ้านใหม่หลังมอ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างทำให้ไม่มีเวลาออกกำลังกาย นอกจากนี้งานที่ทำมีลักษณะเป็นงานประจำจะทำให้แรงงานให้ความสำคัญต่องานมากกว่าการออกกำลังกายเพราะมีผลต่อรายได้ที่จะได้รับด้วย จึงทำให้แรงงานต้องทำงานมากกว่าปกติเพื่อให้ได้รายได้มากขึ้น

4. ระดับการศึกษา จากการศึกษา พบว่า ระดับการศึกษาหรือจำนวนปีที่ศึกษาจะมีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงโดยรวม พฤติกรรมเสี่ยงด้านโรคผิวหนัง และความเสี่ยงโดยรวม ซึ่งแรงงานนอกระบบส่วนใหญ่มีการศึกษาที่หลากหลายตั้งแต่ไม่มีการศึกษาจนถึงปริญญาตรี แต่เฉลี่ยแล้วอยู่ใน

ระดับประถมศึกษาปีที่ 6 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบุญศรี ปันติ๊บ (2549: บทคัดย่อ) นัยนา เมธา (2544: บทคัดย่อ) และกรรณิการ์ เรือนจันทร์ (2535: บทคัดย่อ) ที่ต่างก็ระบุว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ถูกต้องส่วนกลุ่มที่มีการศึกษาสูงจะสามารถรับรู้และเข้าใจเกี่ยวกับโรคและวิธีการรักษาตลอดจนการดูแลตนเองได้ดีกว่า สอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาชุมชนที่พบว่า แรงงานนอกระบบภาคการเกษตร ไม่ว่าจะมีการศึกษาระดับไหนก็จะทำงานลักษณะเดียวกัน ไม่แตกต่างกัน แต่ผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่าจะมีผลต่อความตระหนักในการป้องกันโรคจาการทำงานมากกว่า ส่วน แรงงานภาคการผลิต และภาคการบริการ ถ้ามีการศึกษาสูงก็จะเข้าเป็นแรงงานขั้นสูง หรือแรงงานมีฝีมือ ทำให้ได้ค่าจ้างต่อชิ้นสูงขึ้น ดังนั้นการทำงานให้ได้จำนวนชิ้นมากหรือทำงานนานขึ้นย่อมมีผลต่อรายได้ที่มากขึ้น ส่วนแรงงานที่มีการศึกษาต่ำก็จะเข้าสู่ส่วนแรงงานไร้ฝีมือ จึงทำงานที่มีความเสี่ยงหรือมีสิ่งคุกคามน้อย จึงทำให้ระดับการศึกษามีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยง แต่ไม่มีผลต่อปัญหาสุขภาพ เพราะมีปัจจัยอื่นมีผลต่อปัญหาสุขภาพมากกว่า

5. สถานภาพการสมรส จากการศึกษา สถานภาพสมรสมีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงโดยรวมของแรงงานนอกระบบ ทั้งนี้เพราะแรงงานนอกระบบส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ และมีอายุส่วนใหญ่ประมาณ 40-50 ปี แสดงว่ามีบุตรอยู่ในวัยเรียน ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีค่าใช้จ่ายในการส่งเสียค่าเล่าเรียนบุตร จึงต้องทำงานจำนวนมากชิ้นขึ้นเพื่อให้เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายในแต่ละปี ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของทั้งดวงพร รัตนอมรชัย (2535: บทคัดย่อ) และสุวิมล พนาวัฒนกุล (2534: บทคัดย่อ) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพคู่ มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพโสด หม้าย หย่า และแยก ทั้งนี้เพราะการใช้ชีวิตคู่จะทำให้มีคนคอยห่วงใย ให้ความช่วยเหลือหรือดูแล การขาดชีวิตคู่หรือโสดจะทำให้รู้สึกขาดคนให้ความช่วยเหลือดูแล โดดเดี่ยวและไม่สนใจดูแลสุขภาพตนเองเท่าที่ควร

6. รายได้ จากการศึกษาพบว่า รายได้มีผลต่อปัญหาสุขภาพด้านโรคผิวหนัง และเมื่อพิจารณาข้อมูลจากการศึกษาด้านอื่นๆ ประกอบ พบว่า อาชีพนอกระบบที่เสี่ยงต่อโรคผิวหนังส่วนใหญ่อยู่ในภาคการเกษตร และอาชีพภาคการเกษตรที่มีรายได้สูง ได้แก่ กลุ่มที่ประกอบอาชีพทำไร่หรือทำนา ซึ่งจะมีรายได้ต่อฤดูการเก็บเกี่ยวสูงกว่า กลุ่มเลี้ยงสัตว์ ทำเมี่ยง หรือเก็บของป่า ถ้าต้องการรายได้มากต้องทำงานให้ได้ผลผลิตมากขึ้น หรือปลูกพืชเสริมให้ได้ตลอดทั้งปี จึงเสี่ยงต่อการสัมผัสสารเคมี หรือเหตุทางชีวภาพมากขึ้น จึงเกิดปัญหาสุขภาพด้านโรคผิวหนังเพิ่มขึ้นด้วย ซึ่งไม่สอดคล้องกันการศึกษาของ Orem (1991: 142) ที่กล่าวว่า รายได้เป็นตัวบ่งชี้สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งจะมีอิทธิพลสูงต่อการเลือกใช้บริการสุขภาพและการดูแลตนเอง และตอบสนองต่อความต้องการพื้นฐานของบุคคล บุคคลที่มีรายได้สูงจะสามารถเลือกแหล่งประโยชน์

ที่จะช่วยดูแลสุขภาพที่ให้ผลสำเร็จ ตามความต้องการของตนเองมากที่สุดได้ ส่วนผู้ที่มีรายได้ต่ำหรือปานกลางมักจะมีปัญหาเรื่องการเงิน และรู้สึกเป็นกังวลเป็นทุกข์มากกว่า

7. การได้รับความรู้ จากการศึกษาพบว่า การได้รับความรู้ใช้ทำนายพฤติกรรมเสี่ยงด้านระบบทางเดินหายใจได้ ซึ่งอาจเนื่องมาจากการทำงานของแรงงานนอกระบบ การป้องกันหรือการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงด้านการยศาสตร์ และผิวหนังทำได้ยาก เช่น แรงงานนอกระบบที่ทำงานเสี่ยงต่อการปวดหลัง ถึงแม้จะได้รับความรู้ว่างานที่ทำนั้นเสี่ยงต่อการเกิดอาการปวดหลัง ก็ไม่สามารถหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงนั้นได้ เพราะต้องทำงาน หรือแรงงานนอกระบบภาคการเกษตรที่ต้องใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ถึงแม้จะได้รับความรู้แต่จะไม่ใช้ก็จะทำให้ผลผลิตต่ำได้ ดังนั้นจึงได้แต่ทำการป้องกัน ส่วนพฤติกรรมเสี่ยงทางระบบทางเดินหายใจนั้น ถ้าได้รับความรู้ก็จะป้องกันได้เพียงแต่ใช้หน้ากากหรือผ้าปิดจมูกก็เพียงพอจึงมีผลต่อตัวแปรนี้ กอปรกับผลการศึกษาที่พบว่าแรงงานนอกระบบได้รับความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยในการทำงานน้อยมากจึงทำให้ผลการวิจัยไม่ชัดเจน ถ้าแรงงานนอกระบบได้รับความรู้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องก็อาจจะทำให้ได้ผลว่าการได้รับความรู้เป็นปัจจัยสำคัญที่จะส่งเสริมพัฒนาการของประชาชนในด้านการดูแลตนเองให้ดีขึ้น เนื่องจากกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และแก้ไขปัญหาร่วมกัน ทำให้คนในชุมชนได้มีโอกาสคิดวิเคราะห์สาเหตุ และการหาแนวทางแก้ไข ทดลองปฏิบัติ และสรุปบทเรียนร่วมกัน ซึ่งจากการศึกษาของประสบสุข ศรีแสนปวง (2535: บทคัดย่อ) เกี่ยวกับการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ควบคุมความดันโลหิตได้ดีเนื่องจากผู้ป่วยทุกรายได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวจากแพทย์และพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยพยายามที่จะดูแลตนเองเพื่อให้สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ และแตกต่างจากการศึกษาของศิริพร ทูลศิริ และสมสมัย รัตนกรีฑากุล (2543: บทคัดย่อ) ที่ศึกษารูปแบบการดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมสุขภาพของกรรมกรก่อสร้างในเขตจังหวัดชลบุรี พบว่า ถ้าแรงงานได้รับความรู้ในการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนด้านสุขภาพ เช่น การคงไว้ซึ่งอาหาร น้ำ และอากาศที่เพียงพอ การคงไว้ซึ่งการขับถ่ายให้เป็นไปตามปรกติ สมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อนหรือการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ฯลฯ จะเป็นการส่งเสริมสุขภาพของแรงงานได้

8. ค่านิยมในการดูแลสุขภาพ การเจ็บป่วยเป็นประสบการณ์ในการเรียนรู้ที่คอยดูแลตนเอง และพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองตลอดจนการยอมรับสภาพที่เกิดขึ้นกับตนเอง โดยที่ความสามารถในการดูแลตนเองอาจจะเพิ่มขึ้นตามระยะเวลาของการเป็นโรค นอกจากนี้ค่านิยมต่างๆ อาจมีผลต่อการดูแลสุขภาพทั้งทางบวก เช่น การออกกำลังกาย การพักผ่อน การรักษาด้วยการแพทย์พื้นบ้าน หรือทางลบ อาทิเช่น การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การรับประทานยาแก้ปวด การดื่มเครื่องดื่มบำรุงกำลัง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของถิรพงษ์ ถิรมนัส และคณะ (2544:

บทคัดย่อ) ที่ศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุและการบาดเจ็บจากกาทำงานในบริเวณก่อสร้างในเขตจังหวัดชลบุรี พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการประสบอุบัติเหตุและการบาดเจ็บจากการทำงานในบริเวณก่อนสร้าง เช่น การดื่มเครื่องดื่มบำรุงกำลัง การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การแต่งกายไม่รัดกุม เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่าแรงงานนอกระบบในอำเภอดอยสะเก็ดส่วนใหญ่จะใช้บริการด้านสุขภาพที่สถานีอนามัย และการรักษาพยาบาลที่อาศัยความเคยชินในอดีตหรือเพื่อนร่วมอาชีพแนะนำ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากบริบทชุมชนในพื้นที่ที่ศึกษาส่วนใหญ่มีความเป็นชนบทสูง การพึ่งพาอาศัยกันยังมีความสำคัญมากในชีวิตประจำวันของแรงงานนอกระบบ และความใกล้ชิดกับสถานีอนามัยยังมีบทบาทสำคัญต่อการเลือกใช้บริการทั้งระยะการเดินทางไปรับบริการ และความผูกพันกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เช่น บ้านป่างไฮ และบ้านสันทราย จะเป็นพื้นที่ที่มีสถานีอนามัยตั้งอยู่ในหมู่บ้าน ส่วนบ้านถ้ำ และบ้านสันต้นแหนใต้ จะใช้บริการที่สถานีอนามัยที่อยู่ในหมู่บ้านถัดไป การเดินทางไปใช้บริการไม่ได้ใช้เวลามากนัก นอกจากนี้อาจมีปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น จำนวนผู้รับบริการน้อย ไม่เสียเวลามากในการไปรับบริการ ไปใช้บริการได้ตั้งแต่เวลา 08.30-18.00 ในวันธรรมดา และเวลา 09.00-12.00 ในวันหยุดราชการหรือวันหยุดนักขัตฤกษ์ นอกจากนี้การใช้บริการด้วยวิธีที่เคยชิน หรือเพื่อนร่วมงานบอก ซึ่งล้วนแต่ทำให้ประหยัดเวลาในการรักษา ทำให้มีเวลาทำงานได้ตามที่ต้องการได้ ซึ่งสอดคล้องกับสุนทรี ศรีโกไสย์ (2539: บทคัดย่อ) ที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยของแรงงานนอกระบบในหมู่บ้านถวาย อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 162 คน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยของแรงงานนอกระบบส่วนใหญ่เป็นแบบรักษาด้วยตนเอง ไม่ได้รักษา รักษาแผนปัจจุบัน และรักษาแผนโบราณ ตามลำดับ ส่วนปัจจัยการให้บริการด้านสุขภาพโดยรัฐ คือ การให้บริการตรวจสุขภาพประจำปี ในด้านความเชื่อสาเหตุของการเกิดโรค ค่านิยม และเครือข่ายทางสังคมที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย เพศชายส่วนใหญ่เชื่อว่าอาการที่เจ็บป่วยมีสาเหตุมาจากภูมิต้านทานของร่างกายต่ำ ส่วนเพศหญิงเชื่อว่าเกิดจากการทำงาน และอาการที่ทุกเพศเชื่อว่ามีสาเหตุมาจากการทำงาน ได้แก่ การปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดท้อง โรคเกี่ยวกับผิวหนัง ความเครียด อุบัติเหตุ และโรคเกี่ยวกับตา และในด้านเครือข่ายทางสังคมที่มีผลต่อการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยนั้น แรงงานนอกระบบจะตัดสินใจเองโดยอาศัยประสบการณ์ในการรักษาที่ผ่านมา และเพื่อนในที่ทำงานมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยมากกว่ากลุ่มอื่น

9. สวัสดิการด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยที่เอื้ออำนวยให้ประชาชนเข้าถึงการบริการสุขภาพอันจะนำไปสู่การมีสุขภาพ การทำงาน หรือความเป็นอยู่ดี ได้แก่ การมีระบบบริการที่ดี การมีสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล การให้ทุนการศึกษาแก่บุตร การให้วันลาพักผ่อนประจำปี รวมทั้งการปฏิบัติกิจกรรมที่ต้องกระทำด้วยตนเอง เพื่อการรักษาไว้ซึ่งการมีชีวิต และสุขภาพที่ดี ซึ่ง

สอดคล้องกับสุขภาพอนามัยของคนงานก่อสร้างในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของบัณฑิต ถิ่นคำรพ (2540: 120-128) ที่สามารถยืนยันได้อย่างชัดเจนว่าการที่คนงานก่อสร้างจะมีเวลาสนใจสุขภาพตนเองมากขึ้นควรส่งเสริมการใช้เครื่องป้องกันอันตรายส่วนบุคคลให้มากขึ้น และควรจัดให้มีสวัสดิการแก่คนงานก่อสร้างและครอบครัว รวมทั้งสวัสดิการต่างๆ เช่น แหล่งน้ำอุปโภคบริโภค สถานที่รับประทานอาหาร การจัดเก็บขยะ การกำจัดน้ำเสีย และสิทธิด้านการรักษาพยาบาลที่ครอบคลุมมากขึ้น ดังจะเห็นได้จากการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่า แรงงานนอกระบบส่วนใหญ่มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล ซึ่งมีความสะดวกในการไปรับบริการที่สถานีอนามัยที่เป็นสถานบริการที่ใกล้ชิดกับชุมชน ให้บริการแบบใกล้บ้านใกล้ใจ จึงทำให้ประชาชนไม่อยากเปลี่ยนไปใช้สิทธิประกันสังคม ถึงแม้จะเลือกสถานบริการสุขภาพได้ แต่ถ้านายจ้างเลือกสถานบริการอื่นๆ ที่สถานีอนามัยไม่ได้อยู่ในเครือข่าย เขาก็ต้องยอมรับสภาพนั้น และต้องเสียค่าบริการในการรักษาพยาบาลก่อนเหมือนดังตัวอย่างที่มีกระจายอยู่ทั่วไปในชุมชน แรงงานนอกระบบกลุ่มที่อยู่ในชนบทจึงไม่มีความสนใจ เช่น แรงงานนอกระบบกลุ่มทำเมี่ยงที่อาศัยอยู่ห่างจากตัวเมืองจึงพึงพอใจที่จะใช้บริการระบบหลักประกันสุขภาถ้วนหน้าเท่านั้น หรือในส่วนของแรงงานผลิตผลิตภัณฑ์ไม้มะม่วงบ้านสันทราย ที่จะสนใจทำประกันสังคมเฉพาะในแรงงานที่มีความเสี่ยงเท่านั้น ส่วนที่ไม่เสี่ยงก็พึงพอใจการใช้บริการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเช่นเดียวกัน ดังนั้นจึงเห็นได้ว่า สถานีอนามัยยังเป็นที่พึ่งด้านสุขภาพของประชาชนในชนบทอยู่ ซึ่งแตกต่างจากปฐรินทร์ นิมิตวรพจน์ (2548: บทคัดย่อ) ที่ศึกษาสถานการณ์ด้านอาชีวอนามัยของแรงงานนอกระบบในเขตกรุงเทพมหานครที่มีอาชีพขับรถมอเตอร์ไซค์รับจ้าง ขับรถแท็กซี่ ขับรถสองแถว รับจ้างขับรถ แม่บ้าน ทำสวน ลูกจ้างชั่วคราว รับจ้างทั่วไป และค้าขาย ส่วนใหญ่ไม่มีความวิตกกังวลในเรื่องของโรคที่เกิดจากการประกอบอาชีพ ไม่ทราบว่ามีหน่วยงานที่ช่วยป้องกันอันตรายจากการทำงาน ไม่มีความรู้ด้านประกันสังคม แต่มีความต้องการเข้าร่วมโครงการประกันสังคมสูง โดยจำนวนเงินที่สามารถส่งได้ต่ำที่สุด คือ เดือนละ 100 บาท และสูงที่สุดเดือนละ 600 บาท และแตกต่างจาก ธชายร โสภณสุรการ (2549: บทคัดย่อ) ที่ศึกษาเรื่องความพร้อมของแรงงานนอกระบบในการเข้าสู่ระบบประกันสังคมในสมาชิกของสหกรณ์การเกษตรบ้านแพ้ว จำกัด จำนวน 351 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอาชีพทำสวน อายุระหว่าง 45-49 ปี สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา สมรสแล้ว รายได้เฉลี่ยเดือนละ 6,001-8,000 บาท กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับระบบประกันสังคมสูง มีความสามารถจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมแบบมีรัฐบาลร่วมด้วย โดยจ่ายสมทบในอัตราร้อยละ 5 ของรายได้ต่อเดือน ประมาณ 100-300 บาท เมื่อเปรียบเทียบงานวิจัยฉบับนี้กับงานวิจัย 2 เรื่องข้างต้น พบว่าแรงงานนอกระบบทั้ง 3 แห่งมีความต้องการเข้าร่วมโครงการประกันสังคมแตกต่างกัน เนื่องจากบริบทของพื้นที่ทั้ง 3

แตกต่างกันอย่างสิ้นเชิง โดยในกรุงเทพมหานครไม่มีสถานีอนามัยที่ทำงานใกล้ชิดกับชุมชน มีเพียงสถานบริการสุขภาพของกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีจำนวนจำกัดไม่ครอบคลุม ทั่วถึง และประกอบกับการจราจรที่คับคั่งทำให้การเดินทางไปใช้บริการลำบากจึงนิยมไปรับบริการที่โรงพยาบาลซึ่งมีกระจายมากกว่า ทำให้แรงงานในกรุงเทพมหานครสนใจโครงการประกันสังคมสูง เพราะสามารถเลือกสถานบริการที่ตนเองไปใช้ได้สะดวกได้ ส่วนอำเภอบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรปราการ เป็นพื้นที่เขตอุตสาหกรรม การกระจายความรู้เรื่องระบบประกันสังคม ตัวอย่างที่เห็นการใช้บริการในระบบประกันสังคม และการจราจรที่ติดขัด จึงทำให้แรงงานนอกระบบสนใจระบบประกันสุขภาพเช่นเดียวกัน แต่ในต่างจังหวัด โดยเฉพาะเขตชนบทความผูกพันระหว่างสถานีอนามัยและชาวบ้านยังคงอยู่ในระดับสูงมาก หรือมีระบบสุขภาพชุมชนที่หลากหลายตามข้อมูลจากการสำรวจชุมชนโดยใช้เครื่องมือ 7 ชิ้นนั่นเอง

ซึ่งข้อมูลเหล่านี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปใช้ประกอบในการวางแผนและดำเนินงานป้องกันหรือลดปัจจัยเสี่ยงของแรงงานนอกระบบต่อไป

ความแตกต่างของภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพในแรงงานนอก

เมื่อพิจารณาความแตกต่างของแรงงานนอกระบบทั้ง 3 ประเภทตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ คือ ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงของแรงงานนอกระบบทั้ง 3 ประเภท คือ แรงงานนอกระบบภาคการเกษตร ภาคการผลิต และภาคการบริการ แตกต่างกัน ซึ่งจากการศึกษาพบว่า

1. ภาวะสุขภาพ พบว่า แรงงานนอกระบบภาพทั้ง 3 ประเภทพบภาวะสุขภาพแตกต่างกันเฉพาะภาวะสุขภาพทางการยศาสตร์ และทางผิวหนัง ส่วนทางระบบทางเดินหายใจ และภาวะสุขภาพรวมไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้เป็นเพราะลักษณะการทำงานของแรงงานนอกระบบแต่ละประเภทแตกต่างกัน ซึ่งปัญหาทางการยศาสตร์ เป็นปัญหาที่พบมากในแรงงานนอกระบบที่มีการปฏิบัติงานในท่าทางเดิมเป็นระยะเวลานาน มีการเปลี่ยนท่าทางหรืออิริยาบถระหว่างการทำงานน้อย จนทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย เช่น ปวดหลัง ปวดขา หรือเมื่อยล้าตามร่างกาย ฯลฯ ซึ่งส่วนใหญ่กระจายอยู่ในภาคการผลิต ซึ่งพรชัย สิทธิศรัณย์กุล (2543: 143-149) กล่าวว่า ลักษณะอาชีพที่เสี่ยงไม่ว่าจะเป็นผู้ที่ทำงานออกแรงที่เกินกำลังของตนเอง ตั้งใจในการปฏิบัติเป็นระยะเวลานานๆ ผู้มีความเครียดทางสภาวะจิตใจจากการทำงาน การยืนทำงานติดต่อกันเป็นเวลานานๆ เกินครึ่งวัน ท่าทางการยืนทำงานไม่ถูกต้อง เช่น ยืนโก้งโค้งยืนโน้มตัวทำงาน ก้มตัวหยิบของ เอี้ยวตัวหรือบิดตัว เป็นต้น การนั่งทำงานไม่ถูกต้อง เช่น นั่งทำงานติดต่อกันเป็นเวลานานๆ เกินครึ่งวัน ความสูง

ของเก้าอี้ไม่เหมาะสม จอคอมพิวเตอร์อยู่ในตำแหน่งที่ไม่เหมาะสมกับมุมมอง เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีการเคลื่อนไหวซ้ำๆ บีบมืออย่างแรงขณะทำงาน เคลื่อนย้ายวัสดุหนัก และไม่เคยได้รับการแนะนำหรือฝึกยกของอย่างถูกวิธี ซึ่งการทำงานในลักษณะนี้ส่วนใหญ่จะพบในแรงงานนอกระบบภาคการบริการ และภาคการผลิต เช่น ค้าขาย นวดแผนไทย ขับรถบรรทุกหรือรถรับจ้าง พยาบาล พนักงานบริษัท ทำอาหาร แกะสลัก เดี่ยนไม้ ทอผ้า ผลิตวัสดุภัณฑ์ ฯลฯ จึงทำให้พบภาวะสุขภาพทางการยศาสตร์ในแรงงานนอกระบบภาคการบริการสูงกว่าภาคการผลิต และสูงกว่าภาคการเกษตรที่ถึงแม้จะมีการยกของหนักก็ตาม แต่เป็นการยกแบบครั้งคราว ไม่ได้ทำซ้ำๆ เป็นระยะเวลานาน นอกจากนี้แรงงานนอกระบบภาคการเกษตร และภาคการผลิตจะพบภาวะสุขภาพทางผิวหนังมากกว่าแรงงานนอกระบบภาคการบริการ เพราะส่วนใหญ่แรงงานทั้ง 2 ประเภทจะต้องทำงานที่สัมผัสกับสารเคมี ของมีคม และสารพิษตามธรรมชาติเป็นประจำ นอกจากนี้ พรชัย สิทธิศรัณย์กุล (2543: 131-136) และ The Worker Adviser Office (2010: Online) ได้กล่าวเสริมว่าปัญหาทางด้านผิวหนังเกิดจากการปฏิบัติงานที่ต้องสัมผัสกับสารเคมีโดยตรง โดยไม่ได้คำนึงถึงการป้องกัน เช่น การสวมใส่ถุงมือ แว่นครอบตา หรือเสื้อผ้ามิดชิด จนทำให้เกิดอาการทางผิวหนัง เช่น ผื่นคัน แผลหรือรอยไหม้ หรือบาดแผล ฯลฯ โดยแบ่งออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่ 1) เหตุเชิงกล มีสาเหตุจากการเสียดถู แรงกด และการสั่นรัว 2) เหตุเคมี จากการสัมผัสกรดหรือด่างแรง เช่น โซดาไฟ สารเคมี น้ำมันก๊าด เบนซิน และของเหลวที่ใช้ในการตัดโลหะ ฯลฯ 3) เหตุกายภาพ ได้แก่ ความร้อน ความเย็น และรังสี และ 4) เหตุชีวภาพ ได้แก่ สิ่งมีชีวิต เช่น พืชมีพิษ แมลงมีพิษ เห็ดป่า เชื้อโรค และปรสิต ล้วนแต่เป็นความเสี่ยงของแรงงานนอกระบบภาคการเกษตรและภาคการผลิตที่จะต้องสัมผัสตลอดระยะเวลาการทำงาน เช่น อาชีพที่ต้องทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักรกลและเครื่องยนต์ งานที่ต้องสัมผัสสารเคมีและชีวภาพ ทหารในสงคราม คนเลี้ยงผึ้ง ชาวประมง เกษตรกร นักวิทยาศาสตร์และเภสัชกร ทำอาหาร งานสัมผัสรังสี เช่น บุคลากรทางการแพทย์ ช่างทำเข็มนาฬิกา ผู้ทำงานกลางแจ้ง ช่างตีเหล็ก ผลิตน้ำแข็ง คนงานในโรงงานฆ่าสัตว์ พ่อค้าเนื้อ คนเลี้ยงสุนัข ผู้ทำงานสัมผัสดินและน้ำท้องนา โรงสีข้าว (สัมผัสตัวไรฝุ่น) ส่วนภาวะสุขภาพทางระบบทางเดินหายใจ ไม่แตกต่างกัน เพราะเป็นปัญหาทางระบบทางเดินหายใจส่วนใหญ่เกิดจากการไม่ใช้อุปกรณ์ป้องกัน (พรชัย สิทธิศรัณย์กุล, 2543: 28-92, 107-115; Kulkarni, 2006: 51-52) เช่น หน้ากากป้องกันฝุ่นละออง หรือการทำงานในที่มีการระบายอากาศ การทำความสะอาดสถานที่ไม่ดี หรือมีการทิ้งสารเคมี รวมทั้งบางครั้งการเกิดอาการทางระบบทางเดินหายใจก็ไม่สามารถแยกได้อย่างชัดเจนว่ามีสาเหตุมาจากการทำงาน หรือสภาวะแวดล้อมทั่วไป จึงทำให้ความแตกต่างของการพบโรคในแรงงานนอกระบบทั้ง 3 ประเภทไม่แตกต่างกัน

2. พฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ พบว่า แรงงานนอกระบบ 3 ประเภท มีพฤติกรรมเสี่ยงทางการยศาสตร์ ผิวหนัง และระบบทางเดินหายใจแตกต่างกัน ส่วนพฤติกรรมเสี่ยงรวมไม่แตกต่างกัน โดยแรงงานนอกระบบภาคการเกษตร และภาคการผลิต จะมีพฤติกรรมเสี่ยงทางการยศาสตร์มากกว่าภาคการบริการ ซึ่งเหตุผลบางส่วนสามารถอธิบายได้เช่นเดียวกับการอธิบายภาวะเสี่ยง แต่จะแตกต่างกันเพียงเล็กน้อย คือ แรงงานภาคการเกษตรพบภาวะสุขภาพน้อยแต่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูง และแรงงานนอกระบบภาคการบริการที่พบภาวะสุขภาพมากแต่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่ำ ซึ่งอาจอธิบายได้ด้วยบริบทของชุมชนและข้อมูลการศึกษาชุมชนที่พบว่า แรงงานนอกระบบภาคการเกษตรส่วนใหญ่ด้วยลักษณะอาชีพแล้วมีพฤติกรรมเสี่ยงทั้งทางการยศาสตร์และทางผิวหนังสูง แต่เนื่องจากแรงงานนอกระบบภาคการเกษตรเป็นแรงงานที่มีรายได้ต่ำจึงต้องทำงานมากขึ้นเพื่อให้ได้รายได้เพิ่มมากขึ้น และการทำงานต้องขึ้นอยู่กับธรรมชาติ ดังนั้นเมื่อถึงช่วยธรรมชาติเอื้อต่อการทำงานจะต้องรีบทำงานให้เสร็จ อาจเป็นเหตุผลสำคัญที่ทำให้แรงงานภาคการเกษตรมองข้ามการเจ็บป่วยของตนเอง ให้ความสำคัญน้อยกว่าการทำงานหาเงินหรือทำงานแข่งกับธรรมชาติที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา นอกจากนี้จากการศึกษาชุมชนโดยใช้เครื่องมือ 7 ชิ้น พบว่า ข้อมูลระบบสุขภาพชุมชนนั้น ชาวบ้านยังมีบริการทางการแพทย์พื้นบ้าน การดูแลสุขภาพเบื้องต้น หรือการบริการทางการแพทย์แผนปัจจุบันที่เข้าถึงได้ง่าย เช่น การรับประทานพืชผักสมุนไพร การซื้อยามารับประทานเอง การไปรักษาพยาบาลที่สถานีอนามัยที่อยู่ใกล้บ้าน ด้วยเหตุผลเหล่านี้อาจทำให้แรงงานนอกระบบให้ข้อมูลเรื่องการพบภาวะสุขภาพไม่ตรงกับความเป็นจริง ซึ่งสอดคล้องกับสุนทรี ศรีโกไสย์ (2539: บทคัดย่อ) ที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยของแรงงานนอกระบบในหมู่บ้านถวาย อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาชีพหลักในการทำอุตสาหกรรมไม้แกะสลัก และเคยเจ็บป่วยในช่วง 5 เดือน ก่อนทำวิจัย จำนวน 162 คน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยส่วนใหญ่เป็นแบบรักษาด้วยตนเอง ไม่ได้รักษา รักษาแผนปัจจุบัน และรักษาแผนโบราณ ตามลำดับ ซึ่งแตกต่างจากข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพจากการทำงานที่จะต้องตอบตรงกับความเป็นจริงมากกว่า เพราะมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สามารถตรวจสอบได้ นอกจากนี้แรงงานนอกระบบภาคการเกษตรจะมีพฤติกรรมเสี่ยงทางผิวหนังมากกว่าภาคบริการ และภาคการผลิตตามลำดับ ซึ่งสามารถอธิบายเหตุผลได้เช่นเดียวกับการอธิบายผลภาวะสุขภาพ ส่วนการสลับกันระหว่างภาคการบริการและภาคการผลิตจากการพบภาวะสุขภาพที่พบในแรงงานนอกระบบภาคการผลิตมากกว่าภาคบริการ ทั้งนี้เพราะแรงงานนอกระบบภาคการบริการ ประกอบด้วยอาชีพ ช่างเสริมสวย ช่างตัดผม และช่างงานฝีมือต่างๆ ที่โดยลักษณะการทำงานแล้วล้วนแต่สัมผัสกับสารเคมีหรือโลหะหนักตลอดเวลาจึงต้องให้ข้อมูลด้านพฤติกรรมเสี่ยงอย่างตรงไปตรงมา แต่สาเหตุที่พบภาวะสุขภาพมากกว่านั้น อาจเนื่องมาจากการสัมผัสสารเคมีหรือโลหะหนักเหล่านี้ยังไม่ทำให้เกิด

พยาธิสภาพทางผิวหนังอย่างชัดเจนในระยะเวลาสั้น แต่อย่างไรก็ตามแรงงานนอกระบบภาคการผลิต และภาคการบริการจะมีพฤติกรรมเสี่ยงทางระบบทางเดินหายใจมากกว่าภาคการเกษตร ตามลำดับ ทั้งนี้เพราะแรงงานนอกระบบภาคการผลิต และภาคการบริการนั้นสัมผัสกับไอระเหย หรือสารที่เป็นต้นเหตุของโรคทางระบบทางเดินหายใจบ่อยและเป็นระยะเวลานานกว่า เช่น พนักงานในโรงงานอุตสาหกรรม ช่างเสริมสวย ช่างฝีมือต่างๆ ผู้ผลิตผลิตภัณฑ์ชุมชน แม่ค้า คนทำอาหาร พนักงานขับรถ เป็นต้น

นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิมาลักษณ์ ดิถีสวัสดิ์เวทย์ และคณะ (2546: บทคัดย่อ) ที่ทำการศึกษาสภาพแวดล้อมและภาวะสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพผลิตภัณฑ์จากไม้และหวาย พบว่า สภาพแวดล้อมในการทำงานมีสิ่งที่คุกคามต่อสุขภาพที่สำคัญ คือ ฝุ่นจากไม้ เสียงดัง กลิ่นจากสารตัวทำละลาย สภาพการทำงานที่ไม่เหมาะสม ไม่พบข้อมูลที่ระบุว่าผู้ประกอบอาชีพมีการเจ็บป่วยหรือเป็นโรคจากการทำงานจนถึงขั้นที่ไปพบแพทย์ แต่กลับพบว่ามีอุบัติเหตุระหว่างการทำงานร้อยละ 30 ส่วนผู้ประกอบอาชีพมีอาการผิดปกติที่สำคัญ คือ การปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ เช่น หลัง ข้อขา และสะโพก นอกจากนี้มีอาการระคายเคืองตา แสบตาน้ำตาไหล มีอาการคันและเป็นผื่น ส่วนแรงงานนอกระบบภาคการบริการนั้นพบว่ามีความเสี่ยงน้อยกว่า ดังเช่นการศึกษาของปฐรินทร์ นิมิตวรพจน์ (2548: บทคัดย่อ) เรื่องสถานการณ์ด้านอาชีวอนามัยของแรงงานนอกระบบในเขตกรุงเทพมหานครที่มีอาชีพขับรถมอเตอร์ไซค์รับจ้าง ขับรถแท็กซี่ ขับรถสองแถวรับจ้างขับรถ แม่บ้าน ทำสวน ลูกจ้างชั่วคราว รับจ้างทั่วไป และค้าขาย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นแรงงานนอกระบบภาคการบริการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รู้ว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุร้อยละ 56.6 และรู้ว่ามีความจำเป็นที่จะต้องใช้เครื่องมือป้องกันอุบัติเหตุในการทำงานร้อยละ 54.6 แต่ด้านสุขภาพส่วนใหญ่ไม่มีความวิตกกังวลในเรื่องของโรคที่เกิดจากการประกอบอาชีพ ไม่ทราบว่ามีหน่วยงานที่ช่วยป้องกันอันตรายจากการทำงาน

ซึ่งข้อมูลจากการศึกษานี้กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปใช้ในการวางแผนดูแลสุขภาพ การให้ความรู้ คำแนะนำในการประกอบอาชีพของแรงงานนอกระบบได้ เช่น การเปลี่ยนอิริยาบถ การเปลี่ยนท่าทาง การสลับกิจกรรมระหว่างคนทอและคนสอด และการยืดกล้ามเนื้อ หรือการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การใช้วิธีการผ่อนคลายร่างกายและจิตใจควบคู่กันไป เช่น การฟังเพลงในขณะทอเสื่อ มีการยืดเส้นยืดสาย เช่น ทำท่าฤาษีดัดตน ควบคู่กับการดัดแปลงอุปกรณ์ในการทอเสื่อให้เหมาะสมและไม่เสี่ยงต่อการปวดเมื่อย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะต้องกระตุ้นให้ผู้ทอเสื่อมีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกัน และลดการปวดเมื่อยกล้ามเนื้ออย่างสม่ำเสมอ

การพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมในการจัดการสุขภาพแรงงานนอกระบบ

การพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมของแรงงานนอกระบบไม่ว่าจะเป็นแรงงานนอกระบบภาคการเกษตร ภาคการผลิต หรือภาคการบริการ การดำเนินงานในภาพรวมไม่แตกต่างกัน แต่อาจแตกต่างกันบ้างในรายละเอียดของความเสี่ยงในแต่ละอาชีพ โดยมีขั้นตอนการจัดการสุขภาพแรงงานนอกระบบ 7 ขั้นตอน คือ การพัฒนาศักยภาพทีมจัดการสุขภาพ การสำรวจชุมชน และการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ การวิเคราะห์ชุมชน การทำแผนงานหรือโครงการ การดำเนินงาน การประเมินผลงาน และการคืนข้อมูลสู่ชุมชน

ในการสำรวจชุมชนโดยใช้เครื่องมือ 7 ชิ้น โดยทีมจัดการสุขภาพ อาจใช้เครื่องมือไม่ครบทุกชิ้น หรือใช้ข้อมูลทุติยภูมิที่เคยทำการศึกษาแล้วมาประกอบ แต่ถ้าจำเป็นต้องใช้ทั้ง 7 ชิ้น ก็ไม่จำเป็นต้องใช้พร้อมกันในคราวเดียวกัน อาจแบ่งการอบรมออกเป็นครั้งละ 2-3 ชิ้น แล้วทีมจัดการสุขภาพลงไปใช้เครื่องมือ วิเคราะห์ข้อมูล แล้วจึงกลับมาเรียนรู้เครื่องมือชิ้นต่อไป ทั้งนี้เพราะการใช้เครื่องมือทั้ง 7 ชิ้นมีประโยชน์ คือ แผนที่เดินดิน จะทำให้เห็นภาพรวมของชุมชน ความสัมพันธ์ของคนในชุมชน และการกระจายตัวของแรงงานนอกระบบ ผังเครือญาติ จะช่วยให้รู้จักและเข้าใจความสัมพันธ์ของครอบครัวในการสืบทอดลักษณะทางพันธุกรรม วิถีชีวิต ทำให้การคาดการณ์การเกิดอาการของโรคจากการประกอบอาชีพในญาติที่ทำอาชีพเดียวกันได้ โครงสร้างองค์กรชุมชน ช่วยให้เห็นถึงความสัมพันธ์ทางสังคมในแง่มุมต่างๆ ทั้งโครงสร้างด้านเศรษฐกิจสังคม และการเมืองของชุมชน ที่เอื้อต่อการทำงานและการเกิดโรค ส่วนระบบสุขภาพชุมชน จะช่วยให้เข้าใจกระบวนการเยียวยารักษาโรคที่มีอยู่ในชุมชน ในแง่ของทัศนคติ และความรู้สึกนึกคิดของชุมชนเกี่ยวกับโรค หรือความเจ็บป่วย ตลอดจนวิธีการรักษาโรคที่มีอยู่อย่างหลากหลายในชุมชน ปฏิทินชุมชน ทำให้เห็นวิถีชีวิตของชุมชน รอบการทำงานหรือการว่างงาน รวมทั้งการประกอบอาชีพ และวัฒนธรรม ประเพณี ที่สัมพันธ์ต่อการเกิดโรค ประวัติชุมชน ช่วยให้ทราบความเป็นมาของการทำงานนอกระบบในชุมชน รวมทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และการเมือง ทำให้เข้าใจแรงงานนอกระบบมากยิ่งขึ้น และประวัติชีวิต ที่จะทำให้เห็นรายละเอียดชีวิตของแรงงาน วิถีชีวิตของแรงงาน สร้างมุมมองที่มีมิติความเป็นมนุษย์มากขึ้น ทำให้ได้เรียนรู้และเข้าใจชาวบ้านมากขึ้น (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2545: 1-140)

ส่วนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ เป็นการนำมาใช้ในประเมินภาวะสุขภาพแรงงานนอกระบบใน 3 ประเด็น คือ ขั้นตอนในการดำเนินงาน ความเสี่ยงต่อสุขภาพ และการปฏิบัติตัวของแรงงานนอกระบบในการป้องกันภาวะเสี่ยงดังกล่าว โดยการดำเนินงานต้องมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ผ่านการอบรมแล้วเป็นหลักในการประเมิน และทีมจัดการสุขภาพร่วม

ประเมิน ณ บริเวณที่ทำงานจริง โดยใช้วิธีการสังเกตและสัมภาษณ์เป็นหลัก โดยสามารถทำควบคู่ไปกับการใช้เครื่องมือ 7 ชิ้น หรือดำเนินการหลังจากใช้เครื่องมือ 7 ชิ้นแล้วก็ได้ ซึ่งการใช้กระบวนการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพจะทำให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องได้ทราบถึงภาวะเสี่ยงจากการทำงานที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์ และคณะ (2544: บทคัดย่อ) เพื่อกำหนดขอบเขตการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพจากการทำการเกษตรแบบมีสัญญาผูกพัน ที่พบว่า เกษตรกรส่วนใหญ่เห็นว่าการเข้าร่วมการเกษตรแบบมีสัญญาผูกพันเพราะทำให้มีรายได้เพิ่มขึ้น แต่เกษตรกรส่วนใหญ่กลับเห็นว่าตนเองมีสุขภาพแย่ลง มีอาการผิดปรกติที่พบบ่อย คือ อาการทางระบบประสาท เช่น ปวดศีรษะ วิเวียนศีรษะ สายตาพร่ามัว เหนื่อยอ่อนเพลีย แขนขาอ่อนแรง ระดับการทำงานของเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสลดต่ำลง และยังพบว่าเกษตรกรบางรายเสียชีวิตขณะผสมเกสรมะเขือเทศ และสอดคล้องกับทฤษฎีที่ว่า การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพในแรงงานนอกระบบครั้งนี้ เป็นหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพกรณีที่ 4 (เดชรัต สุขกำเนิด, 2552: 42) คือ เป็นการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพในฐานะกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของสังคม เป็นการประเมินผลกระทบในกรณีที่ภาคประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรภาครัฐ หรือสถาบันการศึกษา ต้องการนำกระบวนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพไปใช้เป็นเครื่องมือในการสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของสังคม เพื่อสนับสนุนให้เกิดการตัดสินใจที่จะเป็นผลดีต่อสุขภาพของประชาชน หน่วยงาน/ชุมชนนั้นสามารถปรับประยุกต์ใช้กระบวนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ เพื่อให้เหมาะสมกับกระบวนการเรียนรู้ทางสังคมนั้นได้ตามสมควร โดยดำเนินการตามหลักการของการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย 1) กำหนดขอบเขตและแนวทางการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ 2) ศึกษาครอบคลุมปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพหรือปัจจัยที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และ 3) จัดเวทีการทบทวน และวิเคราะห์ผลกระทบด้านสุขภาพ และสอดคล้องกับ ณรงค์ ณ เชียงใหม่ (2545: 4/8-4/12) ที่กล่าวถึงประเภทของการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพโดยแบ่งออกเป็น 3 ประเภท แต่ในการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องเฉพาะประเด็นที่ 1 และ 3 ที่ว่า เป็นการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพแบบเร่งด่วน (rapid health impact assessment: HIA) ที่ใช้ประเมินโครงการขนาดเล็กที่มีความซับซ้อนของผลกระทบไม่มากนัก หรือใช้กับกรณีที่ต้องการทราบผลกระทบแบบใช้ระยะเวลาสั้นๆ เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนและประสบการณ์ที่ผ่านมาเป็นสำคัญ โดยข้อมูลจะได้มาจากหลายๆ แหล่ง เช่น ความรู้และการรับรู้ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง และผู้ประเมิน ข้อมูล เอกสาร และหลักฐานที่มีอยู่ และประสบการณ์ความรู้จากการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพจากโครงการที่มีลักษณะใกล้เคียง ส่วนประเภทที่ 3 คือ การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพแบบระดับกลาง (intermediate health impact assessment:

HIA) ที่เป็นการสำรวจและเก็บข้อมูลที่มีความซับซ้อนของปัญหาน้อย มีความพร้อมของทรัพยากรน้อย และมีความจำกัดของเวลาในการนำเสนอผลการประเมินเข้าสู่กระบวนการตัดสินใจ โดยแหล่งข้อมูลที่จะได้มาประกอบด้วย ความรู้และการรับรู้ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ ทบทวนวรรณกรรม เอกสาร และหลักฐานทางวิชาการทบทวนงานการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพจากโครงการที่มีลักษณะใกล้เคียงกันหรือเหมือนกัน และสำรวจและเก็บรวบรวมข้อมูล และทำการศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นเฉพาะ จึงถือได้ว่าการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพดังกล่าวมีประสิทธิภาพ และข้อมูลที่ได้มีความน่าเชื่อถือ

นอกจากนี้ ทีมจัดการสุขภาพควรประกอบไปด้วยผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข สมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และแรงงานนอกระบบ โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นพี่เลี้ยงของทีม โดยหัวใจสำคัญ คือ ผู้นำชุมชนต้องเข้ามาเป็นหัวหน้าทีมและมีส่วนร่วมตลอดการดำเนินงาน หรือถ้าประกอบอาชีพเป็นแรงงานนอกระบบด้วยจะเป็นผลดีต่อการดำเนินงานมาก ส่วนแรงงานนอกระบบในช่วงแรกอาจไม่เข้ามามีส่วนร่วม ต้องดำเนินการแก้ไขโดยการเลือกทีมจัดการสุขภาพที่ประกอบอาชีพเป็นแรงงานนอกระบบด้วย และต้องมีการพัฒนาความรู้แก่ทีมจัดการสุขภาพก่อนเป็นลำดับแรก ในเรื่องเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของแรงงานนอกระบบและการป้องกัน การใช้เครื่องมือ 7 ชิ้นในการสำรวจชุมชน และการประเมินภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพ เนื่องจากเป็นเรื่องใหม่สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและทีมจัดการสุขภาพ

ขั้นตอนการจัดการสุขภาพแรงงานนอกระบบทั้ง 7 ขั้นตอนดังกล่าวจะต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของทีมจัดการสุขภาพอย่างแท้จริงตามทฤษฎีการมีส่วนร่วมของ Cohen and Uphoff (1977: 176-180; 1980: 219-222) ที่กล่าวว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างแท้จริงนั้นควรจะมีองค์ประกอบทั้งหมด 4 ลักษณะ คือ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (decision- making) การมีส่วนร่วมดำเนินการ (implementation) การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ (benefits) และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล (evaluation) นอกจากนี้กระบวนการดังกล่าวยังสอดคล้องกับบันได 10 ขั้นสู่งานพัฒนาชุมชน ของทวีศักดิ์ เศวตเศรณี (2530: 37-39) ที่กล่าวถึงขั้นตอนในการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนเพื่อการพัฒนาชุมชนตามขั้นตอนดังนี้

1. หมู่บ้านมีปัญหาเรื่องภาวะสุขภาพแรงงานนอกระบบหรือไม่ ซึ่งตรงกับขั้นตอนการพัฒนาศักยภาพทีมจัดการสุขภาพ และการสำรวจชุมชน ซึ่งจากงานวิจัยนี้พบว่า การที่ทีมจัดการสุขภาพจะรับรู้ว่าหมู่บ้านของตนเองมีปัญหาภาวะสุขภาพแรงงานนอกระบบหรือไม่ จะต้องใช้การให้ข้อมูลภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงแก่ทีมจัดการสุขภาพ ควบคู่กับการสำรวจชุมชนและประเมินผลกระทบด้านสุขภาพของทีมจัดการสุขภาพด้วยตนเอง จึงจะทำให้รับรู้ได้ว่าแรงงานนอกระบบกลุ่มนั้นๆ มีปัญหาภาวะสุขภาพที่ต้องรีบแก้ไข

2. รู้หรือไม่ว่าปัญหานี้มีอะไรเป็นสาเหตุ เมื่อทีมจัดการสุขภาพร่วมกันสำรวจชุมชนและประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ ประกอบกับประสบการณ์ของแรงงานนอกระบบในทีมแล้ว ทีมจัดการสุขภาพสามารถระบุสาเหตุของปัญหาแรงงานสุขภาพได้

3. กรรมการทั้งหลายคิดว่าเป็นปัญหาหรือไม่ โดยขั้นตอนการวิเคราะห์ผล จะช่วยให้ทีมจัดการสุขภาพที่ร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุของปัญหานั้นได้รับทราบว่าปัญหานั้นเป็นปัญหาของแรงงานนอกระบบจริงๆ ดังนั้นทีมจัดการสุขภาพจึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีแรงงานนอกระบบเข้ามาเป็นทีมจัดการสุขภาพด้วย จะทำให้การมองเห็นว่าเป็นปัญหาชัดเจนมากยิ่งขึ้น

4. กรรมการคิดว่าปัญหานี้ชุมชนมองเห็นหรือไม่ เหตุผลเช่นเดียวกับข้อ 3 เนื่องจากกำหนดให้ทีมจัดการสุขภาพต้องมีแรงงานนอกระบบด้วยก็จะทำให้ขั้นตอนนี้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น ส่วนความตระหนักของแรงงานนอกระบบในชุมชนที่ไม่ได้เข้ามาเป็นทีมจัดการสุขภาพนั้นในขั้นตอนการดำเนินงาน จะมีการกระตุ้นให้แรงงานนอกระบบตระหนักในปัญหาสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงในการทำงานของตนเองก่อน

5. กรรมการคิดว่าอยากแก้ไขปัญหานี้หรือไม่ ขั้นตอนการสำรวจชุมชน และการวิเคราะห์ชุมชน เป็นขั้นตอนที่กระตุ้นให้กรรมการคิดอยากแก้ไขปัญหาต่างๆ เนื่องจากการได้ลงไปสัมผัสด้วยตนเอง โดยเฉพาะแรงงานนอกระบบที่เป็นทีมจัดการสุขภาพจะสามารถมองเห็นความเสี่ยงในขั้นตอนการทำงานได้ชัดเจนมากขึ้น

6. หมู่บ้านที่มีองค์กรที่พร้อมที่จะร่วมมือแล้วหรือยัง ขั้นตอนการพัฒนาศักยภาพทีมจัดการสุขภาพเป็นขั้นตอนการสร้างองค์กรขึ้นมาเพื่อรองรับการดำเนินงานในขั้นนี้ รวมทั้งการชักชวนให้ทีมจัดการสุขภาพได้เห็นบทบาทของความเข้มแข็งของทีมในการจัดการสุขภาพแรงงานนอกระบบ

7. หมู่บ้านต้องการอะไรบ้างในการแก้ไขปัญหานี้ร่วมกัน ขั้นตอนการสำรวจชุมชนและการวิเคราะห์ชุมชน สามารถทำให้ประเด็นในข้อนี้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น โดยทีมจัดการสุขภาพสามารถประเมินศักยภาพของทีม มองเห็นความช่วยเหลือจากภาครัฐที่ต้องการ เช่น ความรู้ เทคนิค เวชภัณฑ์ การบริการของสถาบันบริการ หรืองบประมาณ รวมทั้งทุนจากชุมชน เช่น แรงคน อาสาสมัคร โรงเรียน กรรมการ ผู้นำ ทรัพยากรท้องถิ่น เป็นต้น

8. ทำแผนดำเนินการ ตรงกับขั้นตอนการทำแผนงานหรือโครงการ ซึ่งเมื่อทีมจัดการสุขภาพรับรู้ปัญหาและศักยภาพของคนเองแล้ว ก็จะทำการเลือกปัญหาเหล่านั้นมาเขียนเป็นแผนหรือโครงการในการดำเนินงานได้ การทำแผนหรือโครงการเพื่อแก้ปัญหาจะทำให้เกิดประโยชน์ต่อประชาชนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้ดี ซึ่งสอดคล้องกับ ศิริวรรณ หมื่นหัส และคณะ (2549: บทคัดย่อ) ที่ศึกษาค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพกลุ่มแรงงานนอกระบบของสถานีอนามัยศรีวิชัย อำเภอศรีบุญ

เรือง จังหวัดหนองบัวลำภู และสถานีอนามัยบ้านเม็ง อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น พบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิทั้งสองแห่งไม่มีกิจกรรมการสนับสนุนการสอบสวนโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม แต่มีโครงการพิเศษรวมถึงงบประมาณสนับสนุนเพิ่มเติมจากหน่วยงานต่างๆ ในการดูแลสุขภาพกลุ่มแรงงานนอกระบบ ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรให้การสนับสนุนและส่งเสริมให้หน่วยบริการปฐมภูมิอื่นๆ ได้มีการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพให้ครบถ้วนและสอดคล้องกับสภาพปัญหา โดยการระดมทรัพยากรจากภายนอก จะทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อแรงงานนอกระบบโดยตรง

9. ดำเนินการ ตรงกับขั้นตอนการดำเนินงาน ประกอบด้วยการแก้ไขปัญหา การกระตุ้นให้แรงงานนอกระบบรับรู้ปัญหาสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยง รวมทั้งการให้ความรู้เรื่องการป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพด้วย

10. ประเมินผลการดำเนินการ เป็นขั้นตอนการประเมินผลโดยทีมจัดการสุขภาพ โดยในระยะแรกที่ปรึกษาทีมหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะต้องเข้ามาช่วยชี้ประเด็นในการประเมินผลก่อน โดยพิจารณาว่า อะไรคือปัญหา ผลที่ได้จากการดำเนินงาน ความคุ้มทุนในการดำเนินงาน รวมทั้งการยกปัญหากลับไปที่จุดเริ่มต้นใหม่แล้วพิจารณาตามลำดับในกรณีที่ผลลัพธ์จากการดำเนินงานไม่ตรงตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

นอกจากนี้ขั้นตอนการจัดการสุขภาพแรงงานนอกระบบดังกล่าว ยังสอดคล้องกับการเตรียมประชาชนของยุวัฒน์ วุฒิเมธี (2534: 90-91) ที่กล่าวว่า การเตรียมประชาชนเพื่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องทุกขั้นตอนของการทำงาน ความสำเร็จของการเตรียมประชาชนไม่มีหลักการแบบสำเร็จรูป ทั้งนี้เพราะชุมชนมีความแตกต่างกันตามลักษณะนิเวศวิทยา สิ่งแวดล้อม ทรัพยากรในชุมชน ลักษณะทางสังคม ประชากร วัฒนธรรม เศรษฐกิจ ตลอดถึงโครงสร้างทางอำนาจของชุมชน ซึ่งการเตรียมชุมชนจะประกอบด้วย ขั้นตอนการเตรียมผู้นำ/องค์กรชุมชน โดยเฉพาะการเตรียมให้มีความรู้ ความเข้าใจในการนำเครื่องมือต่างๆ ในการพัฒนามาใช้ โดยให้สามารถวินิจฉัยปัญหาและความต้องการของชุมชน การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การวางแผนแก้ไขปัญหา การบริการจัดการโครงการและจัดการทรัพยากรที่มีอยู่มาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อการพัฒนา และสามารถประเมินผลการดำเนินการได้ ส่วนอีกขั้นตอนหนึ่ง คือ การเตรียมประชาชน ให้รู้จักบทบาทหน้าที่ของตนในการร่วมกันพัฒนาหมู่บ้าน รู้จักการพึ่งพาตนเอง ช่วยเหลือกันและกัน รู้จักประสานงานกันในกลุ่มและระหว่างหน่วยงานต่างๆ ซึ่งประเด็นหลังนี้เป็นประเด็นที่ยังขาดหรือให้ความสำคัญน้อยในส่วนของภาครัฐมานาน ทำให้แรงงานนอกระบบเข้ามามีส่วนร่วมน้อย ซึ่งในการทำวิจัยครั้งนี้เป็นการเริ่มต้นของการนำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพแรงงานนอกระบบ สามารถทำการเตรียมประชาชนในส่วนขององค์กร

ชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ในส่วนของประชาชนหรือแรงงานนอกระบบยังมีการเตรียมให้เข้ามามีส่วนร่วมน้อย เนื่องจากยังให้ความสำคัญในเรื่องของการทำงานเพื่อเพิ่มรายได้มากกว่าการคำนึงถึงสุขภาพตนเอง จึงเป็นเรื่องที่บุคลากรที่เกี่ยวข้องต้องเร่งรีบดำเนินการปรับเปลี่ยนหรือแก้ไขปัญหาเหล่านี้ ทั้งนี้เพราะ ยุวัฒน์ วุฒิเมธี (2534: 90-91) ยังได้กล่าวเพิ่มเติมอีกว่าการมีส่วนร่วมของประชาชน เป็นแนวคิดทางยุทธศาสตร์ของหลักการพัฒนาชุมชนที่จะนำประชาชนให้บังเกิดมีความศรัทธาในตัวเอง (Self reliance) ความเชื่อมั่นในตัวเอง (Self confident) และความรู้สึกเป็นเจ้าของ (Sense of belonging) ในการดำเนินการตามโครงการพัฒนาต่างๆ ในชุมชน ซึ่งจะนำไปสู่ความสามารถ และประสิทธิภาพในการปกครองตัวเองตามระบอบประชาธิปไตยของประชาชน สาระสำคัญของการมีส่วนร่วมในเรื่องต่างๆ อันมีผลกระทบมาถึงตัวประชาชนเอง และผลประโยชน์ที่สำคัญที่สุดที่ประชาชนควรได้รับ คือ ความจำเป็นพื้นฐานขั้นต่ำเพื่อให้ชีวิตที่ดี และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศรัณยา รักเสนาะ (2548: บทคัดย่อ) ที่พบว่าการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองของสตรีวัยทองในกลุ่มแม่บ้านกองบิน 41 จะเกิดขึ้นได้ต้องมีการจัดการให้เกิดการนำสตรีวัยทองเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดแผนกิจกรรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยใช้กระบวนการกลุ่ม เพื่อให้กลุ่มแม่บ้านดังกล่าวเกิดการร่วมคิด ร่วมทำในการแก้ไขปัญหาสุขภาพตนเองได้เป็นอย่างดี เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน และบรรลุความมุ่งหวังได้มากกว่าต่างคนต่างทำ หรือแยกส่วนกัน

ดังนั้น จึงสรุปได้ว่าการมีส่วนร่วมของประชาชนที่มีส่วนได้ส่วนเสียกับการแก้ปัญหานั้นๆ เป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้การดำเนินการแก้ปัญหาต่างๆ นั้นได้ตรงกับประเด็นปัญหาจริงๆ ทำให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จ เกิดความยั่งยืนในการดำเนินงาน และสร้างความร่วมมือหรือความสามัคคีในชุมชนได้ ซึ่งสอดคล้องกับนภารัตน์ ต้วงลา (2545: บทคัดย่อ) เรื่องผลของการให้บริการพยาบาลร่วมกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครต่อความพึงพอใจและการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลหล่มสัก จังหวัด พบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในบริการพยาบาลหลังได้รับการพยาบาลร่วมกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครในคลินิกโรคเบาหวานสูงกว่าก่อนได้รับการบริการพยาบาลร่วมกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครในคลินิกโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้ป่วยจะมีการดูแลตนเองได้มากกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นกัน ส่วนการมีส่วนร่วมที่จะเกิดประโยชน์ต่อการดำเนินงานต่างๆ นั้น ควรจะเป็นการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง ดังเช่นการศึกษาครั้งนี้ที่ทีมจัดการสุขภาพเข้ามามีส่วนร่วมอย่างแท้จริงทุกขั้นตอน และมีการอบรมพัฒนาศักยภาพแก่ทีมจัดการสุขภาพในขั้นตอนการดำเนินงานที่ยังไม่มีความรู้หรือมีความรู้น้อย

จากผลของการศึกษา และทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยสรุปรูปแบบการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมของแรงงานระบบในอำเภอคอยสะเก็ดได้ทั้งหมด 7 ขั้นตอน คือ 1) การพัฒนาศักยภาพทีมจัดการสุขภาพของแรงงานนอกระบบ 2) การสำรวจชุมชนโดยใช้เครื่องมือ 7 ชิ้น และการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ 3) การวิเคราะห์ชุมชน 4) การจัดทำแผนงานและโครงการแก้ไขปัญหา 5) การปฏิบัติตามแผนหรือโครงการ 6) การประเมินผลการดำเนินงาน และ 7) การคืนข้อมูลสู่ชุมชน ซึ่งการพัฒนารูปแบบดังกล่าวแตกต่างจากกรอบแนวคิด เนื่องจากผู้วิจัยเห็นว่าในระยะแรกของการจัดการสุขภาพที่เป็นเรื่องใหม่ๆ ควรเพิ่มขั้นตอนที่ 1 เป็นการสร้างและพัฒนาศักยภาพของทีมจัดการสุขภาพ โดยเฉพาะการใช้เครื่องมือสำรวจชุมชนอย่างละเอียด แต่ถ้าดำเนินการจัดการสุขภาพเรื่องเดิม อาจพิจารณาตัดขั้นตอนที่ 1 นี้ออกได้ และขั้นตอนที่ 7 การคืนข้อมูลสู่ชุมชน เพื่อให้ชุมชนได้รับรู้ถึงความเสี่ยงของตนเองและชุมชน รวมทั้งชุมชนสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนต่อไปได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของคงกฤช ถูกแผน (2548: บทคัดย่อ) ที่พบว่าการที่จะเป็นหมู่บ้านสุขภาพดีนั้น การส่งเสริมการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับหมู่บ้านสุขภาพดี เป็นการให้ชุมชนได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารเพื่อนำมาใช้ในการในการหาแนวทางในการวางแผนการแก้ปัญหา การกระจายข้อมูลข่าวสารภายในหมู่บ้านในรูปแบบต่างๆ รวมถึงการพัฒนาความเชื่อในความสามารถของตนเองและชุมชนได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้รูปแบบการจัดการสุขภาพดังกล่าวยังสอดคล้องกับ นิยามการจัดการสุขภาพของ วัฒนา โพธา (2548: 4) ที่กล่าวว่าการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพที่ประชาชนและกลุ่ม/องค์กรประชาชนในตำบลใช้กระบวนการร่วมกันคิด และวิเคราะห์สภาพความเป็นอยู่ เพื่อวางแผนดำเนินงานแบบบูรณาการตามกระบวนการแผนชุมชน พร้อมทั้งจัดการให้มีกลไกในการนำความรู้ ภูมิปัญญาหรือเทคโนโลยี และแหล่งทุนในท้องถิ่นมาร่วมกันจัดกิจกรรมการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ โดยมุ่งให้บุคคลและชุมชนสามารถพัฒนาและดูแลสุขภาพของตนเองได้ และสอดคล้องกับ นัพวุฒิ ชื่นบาล และคณะ (2550: บทคัดย่อ) ที่จัดการอบรมและทำกิจกรรมการมีส่วนร่วม 5 กิจกรรม ได้แก่ 1) การวิเคราะห์ขั้นตอนการทำงาน 2) การประเมินบริเวณและลักษณะงาน 3) การวิเคราะห์จัดลำดับความสำคัญ 4) การเฝ้าระวังป้องกันโรคจากการทำงานของเกษตรกรด้วยตนเอง และ 5) การหาแนวทางในการป้องกันภัยคุกคามสุขภาพร่วมกัน ในกลุ่มเกษตรกร พบว่าสามารถทำให้เกษตรกรมีความรู้และมีพฤติกรรมการป้องกันโรคจากอาชีพดีขึ้น

นอกจากนี้ การจัดการสุขภาพแรงงานนอกระบบประสบความสำเร็จได้ โดยมีหัวใจของความสำเร็จ (critical success factors) ในการจัดการสุขภาพของแรงงานนอกระบบอย่างเหมาะสมมี 2 ประการ คือ

1. เครื่องมือในการศึกษาชุมชน คือ เครื่องมือ 7 ชิ้น และการประเมินภาวะสุขภาพ ที่ดำเนินการเป็นระยะๆ ทำให้ทีมจัดการสุขภาพสามารถมองเห็นลักษณะการกระจายตัวของแรงงานนอกระบบ การพึ่งพาระบบการรักษาพยาบาลที่หลากหลาย วัฒนธรรม ประเพณี เศรษฐกิจ และภาวะสังคมที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรค รวมถึงโครงสร้างอำนาจด้านต่างๆ ที่จะส่งผลต่อการดูแลสุขภาพของประชาชน ความเสี่ยงด้านสุขภาพ ความตระหนักในการป้องกันโรค ความรู้ด้านสุขภาพ รวมทั้งสามารถสร้างความสามัคคีให้กับทีมจัดการสุขภาพ และทำให้ทีมจัดการสุขภาพได้ประสบการณ์จริงในการค้นหาปัญหาสุขภาพแรงงานนอกระบบได้ ซึ่งสอดคล้องกับ ยุวยงค์ จันทรวิจิตร และคณะ (2546: บทคัดย่อ) ที่ทำการศึกษาวิถีชุมชนของประชาชนเวียงแหง จังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้เครื่องมือศึกษาวิถีชุมชน 7 ชิ้น เพื่อหาความคิดเห็นต่อโครงการพัฒนาเหมืองถ่านหินเวียงแหง และความคาดหวังต่อการพัฒนาเมืองเวียงแหงใน พบว่า การใช้เครื่องมือ 7 ชิ้น ทำให้ทราบข้อมูลของชุมชน คือ ภูมิประเทศและถิ่นที่อยู่ของประชาชน ลักษณะทางประชากรศาสตร์ ประวัติศาสตร์ ศูนย์รวมทางจิตใจ วัฒนธรรมและประเพณี ผู้นำที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ การมีส่วนร่วมของประชาชนในการปกครองและแสดงความคิดเห็น การรวมกลุ่มและกองทุนในหมู่บ้าน และการประกอบอาชีพ

2. ทีมจัดการสุขภาพ จะต้องมาจากองค์กรชุมชนที่หลากหลายประกอบด้วย ผู้นำชุมชน สมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุข และแรงงานนอกระบบ โดยผู้นำชุมชนจะมีความสำคัญในการบริหารจัดการ โครงการ และขวัญกำลังใจ ถ้าผู้นำชุมชนเข้มแข็งการดำเนินงานให้สำเร็จจะง่ายขึ้น ดังการศึกษาของวิโรจน์ ชำนาญการ (2549: บทคัดย่อ) ที่ศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการแก้ปัญหายาเสพติดในกลุ่มเด็กและเยาวชน ในตำบลเหมืองง่า อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน ในกลุ่มกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข พนักงานองค์การบริหารส่วนตำบล และผู้ปกครอง พบว่า ถ้าผู้นำชุมชนมีส่วนร่วมในระดับมาก และเห็นด้วยต่อการช่วยกันแก้ไขปัญหายาเสพติด ส่งผลให้การดำเนินงานปราบปรามยาเสพติดในปี 2545-2548 ประสบผลสำเร็จ ลดปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติดลง จำนวนผู้ค้าลดลง ผู้เสพลดลง และทำให้เด็กและเยาวชนไม่เข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติดอีก และการศึกษาของประพันธ์ แก้วเก๋ (2549: บทคัดย่อ) เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงานตามโครงการพัฒนาศักยภาพของหมู่บ้านและชุมชน (SML) ในกิ่งอำเภอดอยหล่อ จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วม ได้แก่ ตำแหน่งทางสังคม คือ ผู้มีตำแหน่งทางสังคมมีส่วนร่วมในการดำเนินโครงการมากกว่าผู้ไม่มีตำแหน่งทางสังคม และขนาดของหมู่บ้าน คือ หมู่บ้านขนาดเล็ก และขนาดกลางมีการดำเนินงานตามความต้องการของประชาชนทั้งหมู่บ้าน แต่หมู่บ้านขนาดใหญ่มีการดำเนินกิจกรรมตามความต้องการของประชาชนเพียงบางกลุ่ม ส่วน อสม. นั้นมีความสำคัญในแง่ของผู้ดำเนินงาน

ส่วนองค์กรชุมชนที่จะมีส่วนร่วมมากที่สุดจะต้องเป็นองค์กรชุมชนที่ประกอบอาชีพเป็นแรงงานนอกระบบด้วย จะทำให้การจัดการสุขภาพมีทั้งประสิทธิภาพและประสิทธิผล และถ้าไม่มีบทบาทเป็นองค์กรชุมชนด้วยมักจะไม่เห็นความสำคัญของการจัดการสุขภาพ และมักจะไม่เข้ามามีส่วนร่วม หรือเป็นผู้รอรับผลประโยชน์มากกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของวัฒนา โพธา (2548: 18-32) เรื่องการจัดการสุขภาพโดยเครือข่ายตำบล 48 ตำบลจาก 25 จังหวัดในภาคกลาง พบว่า การจัดการสุขภาพในตำบลนั้น ภาคประชาชนยังขาดความศรัทธา และความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง เพราะเป็นฝ่ายตั้งรับกิจกรรมการพัฒนาที่ถูกกำหนดจากภายนอก และการเร้าจากเทคโนโลยีสมัยใหม่ที่มีประสิทธิภาพในการรักษาโรค ส่งผลให้ประชาชนขาดการเอาใจใส่และใช้ชีวิดด้วยความประมาท และดูหมิ่นดูแคลนภูมิปัญญาว่าล้าสมัย ก่อให้เกิดการพึ่งพิงผู้อื่นและบุคคลจากนอกชุมชน และการศึกษาของนิภาพรรณ หงส์ชูเกียรติ (2544: บทคัดย่อ) ที่ศึกษาสภาพและปัญหาการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดำเนินงานของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดเทศบาล 42 ศูนย์ พบว่า ปัญหาการมีส่วนร่วม คือ ผู้ปกครองไม่มีเวลาและไม่ให้ความสำคัญในการพัฒนาเด็ก มีฐานะยากจน การขาดสื่ออุปกรณ์ ผู้บริหารไม่ให้ความสำคัญในการพัฒนาเด็ก และขาดแคลนงบประมาณ ดังนั้นจึงต้องมีการแก้ไขการไม่มีส่วนร่วมของประชาชนที่มีส่วนได้ส่วนเสีย ทั้งหมดนี้ ซึ่งปรัชญา เวสารัช (2528: 171-173) ได้กล่าวไว้ว่าปัญหาและอุปสรรคของการมีส่วนร่วมของชุมชนไม่ได้เกิดขึ้นจากสาเหตุเดียว แต่เกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ เช่น เกิดจากระบบราชการ และเกิดจากระบบของประชาชน ซึ่งก็มีเหตุผลแตกต่างกันไปตามสถานการณ์ที่สนใจศึกษา โดยปัญหาเกี่ยวกับตัวชาวชนบทเอง ในอดีตเคยมีความอุดมสมบูรณ์ไม่ต้องพึ่งพาคนอื่น ขณะเดียวกันความไม่แน่นอนของภูมิอากาศและสิ่งแวดล้อมซึ่งไม่สามารถควบคุมธรรมชาติเหล่านี้ได้ จึงสร้างทัศนคติต่อตนเองในลักษณะลัทธิปฏิบัตินิยม (pragmatism) การมีส่วนร่วมซึ่งมีผลระยะยาวจึงค่อนข้างลำบาก นอกจากนี้ชาวชนบทผู้อยู่ภายใต้ระบบอุปถัมภ์และลัทธิพ่อปกครองลูก (paternalism) หวังพึ่งบุคคลจนเกินไป ดูถูกดูหมิ่นฐานะของตนเอง เลือกผู้นำที่จะอุปถัมภ์ตนเองได้และส่วนใหญ่จะเป็นผู้ตามมากกว่าผู้นำ ส่วนปัญหาเกี่ยวกับตัวของเจ้าหน้าที่และระบบราชการ จะเกี่ยวข้องกับนโยบายที่มักมาจากเบื้องบน การจัดสรรงบประมาณที่มักคำนึงถึงเฉพาะกิจกรรมที่ส่วนกลางกำหนด การขาดการประสานงานในหน่วยงานระดับต่างๆ ความสัมพันธ์แบบผู้ใหญ่ผู้น้อย โดยมักเชื่อว่าตัวเองมีฐานะสูงกว่าชาวชนบท การชอบทำงานสำนักงานมากกว่าลงไปปฏิบัติในพื้นที่ ทำตัวให้พอใจกับผู้บังคับบัญชามิได้ปฏิบัติงานเพื่อชาวบ้านจริงๆ และผู้เกี่ยวข้องไม่ต้องการให้ชาวชนบทเข้ามาร่วม

จากผลการศึกษา และแนวคิดการมีส่วนร่วม เป็นขั้นตอนสำคัญที่จะพัฒนาศักยภาพของทรัพยากรมนุษย์ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพได้ด้วยตนเอง สามารถที่จะดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งปัญหาของการที่แรงงานนอกระบบไม่มีส่วนรวม

นั้น ปัญหาเกี่ยวกับตัวชาวชนบทเองข้างต้นสามารถอธิบายได้อย่างชัดเจน นอกจากนี้แนวทางการแก้ปัญหาดังกล่าววัฒนา โพธา (2548: 5-6) ได้เสนอไว้ว่า ควรพัฒนาศักยภาพองค์กรต่างๆ ในชุมชน รวมทั้งควรมีการชี้แจงแนวทางความสำคัญของการจัดการสุขภาพโดยเครือข่าย ส่งเสริมให้ใช้กระบวนการแผนชุมชนเป็นกลไกที่ก่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันอย่างแท้จริงของคนในชุมชน และกำหนดให้การส่งเสริมสุขภาพเป็นประเด็นร่วม เพื่อแสวงหาความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในตำบล จะทำให้ชุมชนเกิดความเข้มแข็ง พึ่งตนเองและพึ่งพากันเอง และดำเนินการร่วมกันในชุมชนและระหว่างชุมชน ซึ่งระบบสุขภาพชุมชนมีอยู่ 3 ระบบ คือ ระบบป้องกัน เป็นการสร้างความมั่นคงในการดำเนินงานด้านสุขภาพ ระบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นการพัฒนาจิตสำนึกเพื่อให้ตระหนักในเรื่องสุขภาพ และระบบการรักษาฟื้นฟู เป็นการจัดเพื่อรักษาฟื้นฟูในกรณีเกิดเจ็บป่วย ด้วยเหตุผลข้างต้นและผลจากการศึกษา นอกจากนี้รูปแบบการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมของแรงงานนอกระบบควรประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ซึ่งถือว่าเป็นกลไกหรือปัจจัยสำคัญ (key success factors) ในการจัดการสุขภาพ โดยเฉพาะขั้นตอนที่ 2-7 ที่จะขาดหรือข้ามขั้นตอนใดไม่ได้ ส่วนขั้นตอนที่ 1 อาจหมดความสำคัญถ้าการดำเนินงานจัดการสุขภาพดำเนินงานมาเป็นระยะเวลาพอสมควร และทีมจัดการสุขภาพมีประสบการณ์ในการทำงานมาแล้ว

และเมื่อพิจารณาจากตัวชี้วัดของหมู่บ้านจัดการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขแล้ว ถือได้ว่า การจัดการสุขภาพแรงงานนอกระบบเป็นการจัดการสุขภาพอย่างแท้จริง เพราะผ่านเกณฑ์ตามตัวชี้วัดทั้ง 5 ตัว ดังนี้ (ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคเหนือ, 2551: 14-15)

1. การจัดการสุขภาพแรงงานนอกระบบ มีการพัฒนาและนำอาศักยภาพองค์กรกำลังคน ภาคีเครือข่ายในชุมชนที่สำคัญ ได้แก่ อสม. ชมรมสร้างสุขภาพ กลุ่มแกนนำ องค์กรชุมชน ฯลฯ มาใช้ดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดที่ 1

2. การจัดการสุขภาพแรงงานนอกระบบ มีการจัดการด้านทุน โดยส่งเสริมให้มีการระดมทุนทั้งภายในและภายนอกชุมชน เพื่อนำมาใช้ในการจัดการสุขภาพชุมชน โดยอาจจัดตั้งเป็นกองทุนสุขภาพของหมู่บ้าน ตามตัวชี้วัดที่ 2

3. การจัดการสุขภาพแรงงานนอกระบบ มีการจัดการทำแผนสุขภาพของชุมชนโดยชุมชน แกนนำร่วมกับภาคีเครือข่ายสุขภาพที่เกี่ยวข้องในชุมชน รวมทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามาร่วมดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดที่ 3

4. การจัดการสุขภาพแรงงานนอกระบบ มีการถ่ายทอดความรู้สู่ชุมชน โดยจัดให้มีกระบวนการถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ทั้งรายบุคคล รายกลุ่ม ตามตัวชี้วัดที่ 4

5. การจัดการสุขภาพแรงงานนอกระบบ มีการจัดกิจกรรมสุขภาพในชุมชน โดยส่งเสริมสนับสนุนให้กลุ่มเป้าหมายต่างๆ มีส่วนร่วมการจัดกิจกรรมสุขภาพชุมชน ตามดัวชี้วัดที่ 5

โดยรูปแบบการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมของแรงงานนอกระบบนี้ จะเป็นรูปแบบที่กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องนำไปใช้ในการจัดการสุขภาพแรงงานนอกระบบกลุ่มอื่นๆ ได้ รวมทั้งสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับการจัดการสุขภาพด้านอื่นๆ ในประชาชนทั่วไป กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้พิการ กลุ่มผู้ป่วย ฯลฯ ได้ ซึ่งรายละเอียดการนำไปใช้และในการศึกษาต่อไปผู้วิจัยนำเสนอไว้ในข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำรูปแบบไปใช้กับการจัดการสุขภาพแรงงานนอกระบบกลุ่มอื่นๆ ที่มีอยู่กระจายในชุมชนทั่วไป เพื่อให้แรงงานนอกระบบมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ระหว่างการรอความชัดเจนของภาครัฐในการผลักดันให้แรงงานนอกระบบเข้าสู่การทำงานในระบบ

2. นำรูปแบบไปใช้ในการจัดการสุขภาพโรคอื่นๆ โดยเฉพาะโรคที่เกิดจากพฤติกรรมไม่ถูกต้อง หรือโรคเรื้อรังต่างๆ

3. การศึกษาชุมชนโดยใช้เครื่องมือ 7 ชิ้น เพื่อเป็นการประหยัดเวลาในการดำเนินงาน ผู้ปฏิบัติอาจใช้ข้อมูลทุติยภูมิที่เคยศึกษาไว้แล้วมาใช้ก็ได้ หรืออาจเลือกเครื่องมือบางชิ้นเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่จะศึกษามาใช้ก็ได้

4. การขยายประเภทสมาชิกของทีมจัดการสุขภาพให้หลากหลายมากขึ้น เช่น กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มร้านค้าเอกชนในชุมชน ชมรมสร้างสุขภาพ ฯลฯ ให้สมาชิกชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพด้านต่างๆ จะช่วยให้คนในชุมชนเข้าใจถึงการดูแลสุขภาพเป็นเรื่องของตนเองมากขึ้น

5. ดำเนินการส่งต่อการดำเนินงาน หรือประสานการบูรณาการร่วมกับทีมแพทย์หรือพยาบาลอาชีวอนามัยในการนำการต่อยอดด้าน Occupation Medicine หรือการดูแลสุขภาพด้านอื่นๆ เช่น การแพทย์แผนไทย หรือการแพทย์พื้นบ้าน

6. สร้างความร่วมมือในการจัดการสุขภาพด้านต่างๆ กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งจะทำให้การดำเนินการดังกล่าวมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น รวมทั้งกระตุ้นให้ท้องถิ่นมีการจัดสร้าง

สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลในแรงงานนอกระบบที่ไม่มีสิทธิประกันสังคม ในรูปแบบของสวัสดิการพิเศษเฉพาะท้องถิ่นในด้านการชดเชยการบาดเจ็บหรือพิการในกองทุนสุขภาพประจำตำบลควบคู่ไปกับการใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

1. นำรูปแบบการจัดการสุขภาพไปศึกษาในกลุ่มแรงงานนอกระบบที่หลากหลาย เช่น กลุ่มชาวนา กลุ่มนวดแผนไทย กลุ่มผลิตผลิตภัณฑ์ชุมชน

2. นำรูปแบบการจัดการสุขภาพไปศึกษาในกลุ่มแรงงานนอกระบบที่มีหลากหลายประเภทกระจายอยู่ในชุมชนนั้นๆ หรือเป็นชุมชนที่ไม่มีแรงงานนอกระบบที่ประกอบอาชีพคล้ายๆ กันเป็นกลุ่มใหญ่เช่นเดียวกับการศึกษาครั้งนี้

3. ศึกษารูปแบบการกระตุ้นให้แรงงานนอกระบบเห็นความสำคัญของการจัดการสุขภาพ และเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพของตนเองอย่างแท้จริง

4. ศึกษาเปรียบเทียบความต้องการเข้าร่วมโครงการประกันสังคมของแรงงานนอกระบบในแรงงานนอกระบบในพื้นที่หรือจังหวัดที่มีความแตกต่างกัน เช่น พื้นที่เขตเมืองกับพื้นที่ชนบท เขตกรุงเทพมหานคร ปริมณฑล และต่างจังหวัด เป็นต้น

5. ศึกษารูปแบบการจัดการสวัสติการสุขภาพอย่างเหมาะสมในแรงงานนอกระบบที่ไม่เข้าร่วมโครงการประกันสังคม เช่น การสร้างสวัสดิการเสริมหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การสร้างกองทุนชดเชยการบาดเจ็บและพิการเฉพาะท้องถิ่น เป็นต้น

บรรณานุกรม

(BIBLIOGRAPHY)

กรรณิการ์ พงษ์สนิท ชวพรรณ จันทร์ประสิทธิ์ และประพิมพ์ พุทธิรักษ์กุล. 2541. **การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิต.** เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

กรรณิการ์ เรือนจันทร์. 2535. **ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง.** เชียงใหม่: วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัย เชียงใหม่.

กระทรวงมหาดไทย. 2550. "การกระจายอำนาจการปกครองท้องถิ่นไทย". [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา http://www.local.moi.go.th/ menu2.htm. (31 มีนาคม 2550).

กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค. 2548. **ตัวชี้วัดสุขภาพประชากร.** กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

กระทรวงสาธารณสุข กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 2549. **แนวทางการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ.** กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

กีรติ ศรีวิเชียร. 2534. "การวิเคราะห์สารธาร: เทคนิคใหม่เพื่อการพัฒนาองค์กร" **วารสารคณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี วิทยาลัยครูพระนครศรีอยุธยา (ฉบับพิเศษ).** 1, 1 (15 มิถุนายน 2534): 36.

เกษม วัฒนชัย. 2544. **การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพในกลุ่มเกษตรกรจากการใช้สารเคมีทางการเกษตรในจังหวัดเชียงใหม่.** นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ คณิศร เต็งรัง และวรัญญา เพ็ชรคง. 2545. **วิถีชุมชน: คู่มือการเรียนรู้ที่ทำให้งานชุมชนง่าย ได้ผล และสนุก.** นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

คงกฤช ถูกแผน. 2548. **การเสริมสร้างพลังในการเป็นหมู่บ้านสุขภาพดีของบ้านม่วงสามปี อำเภอลี้ จังหวัดลำพูน.** เชียงใหม่: วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

โครงการประสานการพัฒนาคุณภาพชีวิตการทำงานของแรงงานนอกระบบ. 2548. **การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตการทำงานของแรงงานนอกระบบ.** กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรค.

ชญาภา ตุจจานุทัศน์. 2548. **ผลกระทบทางเศรษฐกิจของการมีหัตถอุตสาหกรรมในชุมชนชนบท กรณีกลุ่มแม่บ้านเกษตรกรผู้ผลิตมันฝรั่งทอดกรอบ.** เชียงใหม่: วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยแม่โจ้.

ชรินทร์ ศึกษากิจ. 2544. **การมีส่วนร่วมของสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลในการดูแลสุขภาพประชาชนอำเภอบ้านแพ้ว และอำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร.** กรุงเทพฯ: วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ชาติชาย ณ เชียงใหม่. 2543. **การบริหารการพัฒนาชนบทเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน.** กรุงเทพฯ: 21 เซ็นจูรี จำกัด.

ณรงค์ ณ เชียงใหม่. 2545. **แนวทางการประเมินผลกระทบสุขภาพและการบูรณาการการประเมินผลกระทบสุขภาพในการประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อม.** เอกสารประกอบการสอนสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่.

ดวงพร รัตนอมรชัย. 2535. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการรับรู้การควบคุมสุขภาพกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทอง.** กรุงเทพฯ: วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

เดชรัตน์ สุขกำเนิด. 2552. "ทำความเข้าใจประกาศหลักเกณฑ์และวิธีการการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพจากนโยบายสาธารณะ". **Health.** 32, 4 (ตุลาคม-ธันวาคม): 41-48.

ถิรพงษ์ ถิรมนัส. 2544. **ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุและการเกิดอุบัติเหตุและการบาดเจ็บจากการทำงานในบริเวณก่อสร้างในเขตจังหวัดชลบุรี.** ชลบุรี: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

ทยทัตต์ อากรกิจ. 2545. **ปัญหากฎหมายเกี่ยวกับการคุ้มครองแรงงานนอกระบบ.** กรุงเทพฯ: วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์. (บรรณาธิการ). 2527. **การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา**. กรุงเทพฯ: ศักดิ์โสภาการพิมพ์.

ทวีศักดิ์ เศวตเศรณี. 2530. **คู่มือการดำเนินงานโครงการชุมชนปลอดภัยสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข.** นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

ทัศนีย์ เกริกกุลธร. 2536. **การศึกษาการสนับสนุนทางสังคมและการปรับตัวของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองสระบุรี.** กรุงเทพฯ: วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

ธชายร โสภณสุรการ. 2549. **ความพร้อมของแรงงานนอกระบบในการเข้าสู่ระบบประกันสังคม ศึกษาเฉพาะกรณีเกษตรกรที่เป็นสมาชิกของสหกรณ์การเกษตรบ้านแพ้ว จำกัด.** กรุงเทพฯ: วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

นภารัตน์ ด้วงลา. 2545. **ผลของการให้บริการพยาบาลร่วมกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครต่อความพึงพอใจและการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน คลินิกโรคเบาหวาน.** กรุงเทพฯ: วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นัพวุฒิ ชื่นบาล วิภา เอื้อสมานจิต และสุปราณี โมพีชาติ. 2550. **การประยุกต์การวิจัยแบบมีส่วนร่วมเพื่อป้องกันภัยคุกคามสุขภาพจากการทำงานในเกษตร อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี.** กรุงเทพฯ: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1. กระทรวงสาธารณสุข.

นัยนา เมธา. 2544. **ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง.** เชียงใหม่: วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

นิภาพรรณ หงส์ชูเกียรติ. 2544. **สภาพและปัญหาการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดำเนินงานของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดเทศบาล.** กรุงเทพฯ: วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นิรันดร์ จงวุฒิเวศย์. 2527. "กลวิธี แนวทาง วิธีการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชน" น.183. ใน ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ (บรรณาธิการ). **การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา.** กรุงเทพฯ: ศักดิ์โสภาการพิมพ์.

บัณฑิต ถิ่นคำรพ 2540. "การสำรวจอนามัยของคนงานก่อสร้างในภาคตะวันออกเฉียง เหนือ: ปัญหาและแนวทางแก้ไข". **วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข.** 5, 2 (มกราคม-มีนาคม): 120-128.

บุญชัย สมบูรณ์สุข ธีชัช บุญญะการกุล และวัฒนา เกตุมงคลฉวี. 2543. **การศึกษาระบบประเมินและการบริหารจัดการความเสี่ยงต่อสุขภาพในพื้นที่นิคมอุตสาหกรรมมาบตาพุด.** นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

บุญรักษ์ นวลศรี. 2551. **การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพจากโครงการพัฒนาแหล่งน้ำมันประดู่เฒ่าตอนใต้ อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก และอำเภอกงไกรลาส จังหวัดสุโขทัย.** พิษณุโลก: ศูนย์อนามัยที่ 9 กระทรวงสาธารณสุข.

บุญศรี ปันติ๊บ. 2549. **พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่หน่วยบริการปฐมภูมิบ้านแท่นดอกไม้ ตำบลสบเตี๊ยะ อำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่.** เชียงใหม่: การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ปฐรินทร์ นิมิตวรพจน์. 2548. **การศึกษาสถานการณ์ด้านอาชีวอนามัยของแรงงานนอกระบบ.** กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกริก.

ประพันธ์ แก้วเก่. 2549. **การมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงานตามโครงการพัฒนาศักยภาพของหมู่บ้านและชุมชน (SML): กรณีศึกษากิ่งอำเภอดอยหล่อ จังหวัดเชียงใหม่.** เชียงใหม่: การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ประภาพร จินันทุยา. 2536. **คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมทางสังคมผู้สูงอายุดินแดง.** กรุงเทพฯ: วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

ประสบสุข ศรีแสนปวง. 2535. **สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม ภาวะสุขภาพและการควบคุมความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ.** กรุงเทพฯ: วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

ปรัชญา เวสารัช. 2528. **การมีส่วนร่วมของประชาชนในกิจกรรมเพื่อการพัฒนาชนบท.** กรุงเทพฯ: สถาบันไทยคดีศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์. 2544. **รายงานการศึกษาเพื่อกำหนดขอบเขตการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพจากการทำการเกษตรแบบมีสัญญาผูกพัน.** ขอนแก่น: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ปาริชาติ บัวเจริญ. 2551. **การพัฒนาแผนกลยุทธ์แบบมีส่วนร่วมของมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลล้านนา.** เชียงใหม่: ดุษฎีนิพนธ์ปริญญาเอก, มหาวิทยาลัยแม่โจ้.

พจนา เทียนธาดา. 2543. **การศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาหลักสูตรท้องถิ่นในระดับประถมศึกษาของโรงเรียนที่ได้รับการรับรองมาตรฐานคุณภาพการศึกษา สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาเอกชนในกรุงเทพมหานคร.** กรุงเทพฯ: วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พรชัย สิทธิศรัณย์กุล. 2543. **แนวทางการวินิจฉัยโรคเหตุอาชีพ.** กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.

พิไลลักษณ์ พลพิลา ศิมาลักษณ์ ดิถีสวัสดิ์เวทย์ และอภิศักดิ์ ช่วยนา. 2548. **การป้องกันและลดปัญหาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ อันเนื่องมาจากการทำงาน: กรณีแรงงานนอกระบบกลุ่มผู้ประกอบอาชีพทอเสื่อ อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น.** ขอนแก่น: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 กระทรวงสาธารณสุข.

ยุวยงค์ จันทรวิจิตร นงเยาว์ อุดมวงศ์ และศิวพร อึ้งวัฒนา 2546. **วิถีชุมชนของประชาชนเวียงแหง.** เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ยุวัฒน์ วุฒิเมธี. 2534. **การพัฒนาชุมชน: จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติ.** กรุงเทพฯ: บางกอกบล็อก.

วนิดา วิระกุล. 2546. **การประเมินผลศักยภาพและความเข้มแข็งของชุมชนในการบริหารจัดการระบบสุขภาพภาคประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ปี 2546.** ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.

วราภรณ์ เลิศพูณวิไลกุล ยุภาพร ลิมโมษิต และนงเยาว์ เกษตร์ภิบาล. 2547. **พฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีบ้านใหม่หลังมอ หมู่ที่ 14 ตำบลสุเทพ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่.** เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

วัฒนา โพธา. 2548. **การจัดการสุขภาพโดยเครือข่ายในตำบล.** นนทบุรี: ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนภาคกลาง กระทรวงสาธารณสุข.

วิโรจน์ ชำนาญการ. 2549. **การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการแก้ปัญหายาเสพติดในกลุ่มเด็กและเยาวชนในตำบลเหมืองง่า อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน.** เชียงใหม่: การค้นคว้าอิสระปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ศรัณยา รักเสนาะ. 2548. **การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองของสตรีวัยทองในกลุ่มแม่บ้านกองบิน 41.** เชียงใหม่: วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัย เชียงใหม่.

ศิมาลักษณ์ ดิถีสวัสดิ์เวทย์ อารยา จันทร์ขวาง และอุไรวรรณ ชัยศิริถาวรกุล. 2546**. การศึกษาสภาพแวดล้อมและภาวะสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพตามโครงการหนึ่งตำบลหนึ่งผลิตภัณฑ์ ในกลุ่มผู้ผลิตผลิตภัณฑ์จากไม้และหวาย**. ขอนแก่น: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 กระทรวงสาธารณสุข.

ศิริพร ทูลศิริ และสมสมัย รัตนศรีฑากุล. 2543. "รูปแบบการดูแลคนเองเพื่อส่งเสริมสุขภาพของกรรมกรก่อสร้างในเขตจังหวัดชลบุรี". **วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.** 8, 1 (มกราคม-เมษายน): 1-11.

ศิริวรรณ หมื่นหัส ศิมาลักษณ์ ดิถีสวัสดิ์เวทย์ และพิไลลักษณ์ พลพิลา. 2549. **การศึกษาค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพกลุ่มแรงงานนอกระบบของหน่วย บริการปฐมภูมิ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2549.** ขอนแก่น: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 กระทรวงสาธารณสุข.

ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคเหนือ. 2542. **กระบวนการวิจัย.** นครสวรรค์: ทิศทางการพิมพ์.

_____. 2547. **รายงานการประเมินผลความเข้มแข็งของชุมชนในการจัดการด้านสุขภาพด้วยตนเอง ปี 2547.** นครสวรรค์: ทิศทางการพิมพ์.

_____. 2551. **รายงานการประเมินผลหมู่บ้านจัดการด้านสุขภาพ ภาคเหนือ ปี 2549-2550.** นครสวรรค์: พิมพ์ดีการพิมพ์.

ศูนย์วิจัยกสิกรไทย. 2549. "แรงงานนอกระบบ: คุณภาพชีวิตที่ยังขาดหาย". [ระบบออนไลน์] แหล่งที่มา www.positioningmag.com/prnews/prnews.aspx?id=48248. (28 มกราคม 2551).

สถานีอนามัยตำบลตลาดขวัญ. 2552. **สรุปผลการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพประจำปี 2552.** รายงานประจำปีเพื่อประกอบการประเมินผลการปฏิบัติงาน. เชียงใหม่: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอดอยสะเก็ต.

สถานีอนามัยตำบลเทพเสด็จ. 2552. **สรุปผลการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพประจำปี 2552.** รายงานประจำปีเพื่อประกอบการประเมินผลการปฏิบัติงาน. เชียงใหม่: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอดอยสะเก็ด.

สถานีอนามัยตำบลแม่คือ. 2552. **สรุปผลการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพประจำปี 2552.** รายงานประจำปีเพื่อประกอบการประเมินผลการปฏิบัติงาน. เชียงใหม่: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอดอยสะเก็ด.

สถานีอนามัยตำบลแม่ฮ้อยเงิน. 2552. **สรุปผลการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพประจำปี 2552.** รายงานประจำปีเพื่อประกอบการประเมินผลการปฏิบัติงาน. เชียงใหม่: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอดอยสะเก็ด.

สนธยา พลศรี. 2545. **ทฤษฎีและหลักการพัฒนาชุมชน.** พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: โอ.เอส. พริ้นติ้งเฮ้าส์.

สภาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2545. **แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8-9.** กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์แห่งประเทศไทย.

สมศักดิ์ นัคลาจารย์. 2550. **การศึกษาเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตการทำงานของแรงงานนอกระบบ: ศึกษาเฉพาะกรณีผู้ขับขี่มอเตอร์ไซด์รับจ้าง และผู้ค้าขายตลาดนัดในเขตกรุงเทพ มหานคร.** กรุงเทพฯ: สถาบันทรัพยากรมนุษย์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

สุนทรี ศรีโกไสย์. 2539. **พฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยของแรงงานนอกระบบในหมู่บ้านถวาย อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่.** เชียงใหม่: วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุวิมล พนาวัฒนกุล. 2534. **อัตมโนทัศน์ ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ.** กรุงเทพฯ: วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุสัณหา ยิ้มแย้ม ชฤทธิ์ มีสิทธิ์ และระกาวิน ลีชนะวานิชพันธ์. 2544. **ประมวลองค์ความรู้เกี่ยวกับแรงงานนอกระบบ.** นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

เสรี พงศ์พิศ. 2545. **เครือข่ายชุมชนและประชาสังคม: แนวคิด ประสบการณ์ ตัวอย่าง.** นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2546. "ผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ ไตรมาสที่ 4/2545 ฉบับวันที่ 17 มีนาคม 2546". [ระบบออนไลน์] แหล่งที่มา http://www.nesdb.go.th (31 มีนาคม 2551).

_____. 2553. "ผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ ไตรมาสที่ 4/2552 ฉบับวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2553". [ระบบออนไลน์] แหล่งที่มา http://www.nesdb.go.th (28 มีนาคม 25531).

สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน. 2528. **ชุมชนหัวใจของงานพัฒนา.** นนทบุรี: สถานสงเคราะห์หญิงปากเกร็ด.

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น. 2550. "แรงงานนอกระบบ". [ระบบออนไลน์] แหล่งที่มา http://dpc6.ddc.moph.go.th/envocc/ labour5.html. (31 มีนาคม 2551).

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2548. "สรุปผลสำรวจแรงงานนอกระบบ ปี พ.ศ. 2548". [ระบบออนไลน์] แหล่งที่มา www.service .nso.go.th. (30 มกราคม 2551).

_____. 2551. "สรุปผลสำรวจแรงงานนอกระบบ ปี พ.ศ. 2551". [ระบบออนไลน์] แหล่งที่มา www.service .nso.go.th. (30 มกราคม 2551).

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอดอยสะเก็ด. 2551. **สรุปผลการดำเนินงานพัฒนาด้านสาธารณสุข อำเภอดอยสะเก็ด ประจำปี 2550.** เชียงใหม่: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอดอยสะเก็ด.

เสาวนีย์ สีสองสม. 2541. **การมีส่วนร่วมของชุมชน ในโครงการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง บ้านกิ่วพร้าว อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย.** เชียงใหม่: วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อนิรุจน์ มะโนธรรม. 2548. **การศึกษาปัญหาด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงานของกลุ่มแรงงานนอกระบบในจังหวัดภูเก็ต.** ภูเก็ต: มหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต.

อนุ เนินหาด. 2549. **อดีตดอยสะเก็ด.** เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.

เอกพงศ์ คลังกรณ์. 2545. **มาตรการในการให้ความคุ้มครองผู้รับงานไปทำที่บ้านในประเทศไทย.** กรุงเทพฯ: วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Brown, Warren B. and Moberg, Donnis J. 1980. **Organizational Theory and Management: A Macro Approach.** New York: Wiliey & Sons.

Cohen, John M. and Uphoff, Norman T. 1977. **Rural Development Participation: Concepts and Measures for Protect Design, Implementation and Evaluation.** The Rural Development Committee Center for International Studies. New York: Cornell University.

_____. 1980. "Participation in Rural Development: Seeking Clarity through Specificity." **World Development.** 8, 3 (April). 213-235.

Kulkarni, G.K. 2006. "Occupational diseases and disorders: How relevant and they in clinical practice?". **Indian Journal of Occupational and Environmental Medicine.** 10, 2 (January-March): 51-52.

Gustavo, Wilches Chaux. 1990. "The Meaning of Participation". pp. 4 In Brand, Peter Charles. (ed). **Community Participation: Proceedings Habinet International Seminar.** Columbia: Habinet.

Hanlon, J.J. and, G.E. Pickett. 1984. **Public Health: Administration and Practice.** 8th ed. St. Louis: Timer Mirrir/Mosby College Publishing.

Haq, Mahbub Ul. 1995. **Reflections on Human Development.** New York: Oxford University Press.

Medicine Net Incorporated. 2009. "Occupational Disease Dictionary". [Online]. Available http://www.dictionary.referance.com (30 July 2010).

Orem, D.E. 1991. **Nursing Concepts of Practice.** New York: McGraw Hill Book Company.

The Worker Adviser Office. 2010. "Occupational Disease". [Online]. Available http://www. owa.gov.on. ca (30 July 2010).

The Workplace Safety and Insurance Board. 2009. "What's Occupational Disease?". [Online] Available http://www.wsib.on.ca (30 July 2010).

World Health Organization and The United Nations Children's Fund [WHO/UNICEF]. 1978. **Report of the International Conference on Primary Health Care.** New York: N.P. Press.

Yamane, Taro. 1967. **Statistics: An Introductory Analysis.** 2nd ed. New York: Harper and Row.

ภาคผนวก

(Appendices)

ภาคผนวก ก

เครื่องมือการวิจัย

หมายเลขแบบสัมภาษณ์.....

แบบสัมภาษณ์ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงของแรงงานนอกระบบอำเภอดอยสะเก็ด

ดุษฎีนิพนธ์เรื่อง...การพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมของแรงงานนอกระบบในอำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่

โดย...นายทรงยศ คำชัย

หลักสูตร ศิลปศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวางแผนและพัฒนาชนบท มหาวิทยาลัยแม่โจ้

ชื่อผู้สัมภาษณ์..... วันที่สัมภาษณ์.....

ตำบลที่อยู่ของผู้ให้สัมภาษณ์.....

<u>ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล</u>

<u>คำชี้แจง</u> ข้อคำถามต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของแรงงานนอกระบบ โดยดำเนินการสัมภาษณ์แล้วเติมข้อความ หรือใส่เครื่องหมายถูก ☑ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความจริงมากที่สุด

สำหรับผู้วิจัย

1. ประเภทของงานที่ทำ

☐ 1. ภาคการเกษตร ได้แก่.....

☐ 2. ภาคการผลิต ได้แก่..... ☐

☐ 3. ภาคการบริการ ได้แก่.....

2. เพศ

☐ 1. ชาย ☐ 2. หญิง ☐

3. อายุ.....ปี (ระบุจำนวนเต็ม) ☐

4. จำนวนปีที่ศึกษาสูงสุด.....ปี (ระบุจำนวนเต็ม) ☐

5. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท (ระบุจำนวนเต็ม) ☐

6. สถานภาพการสมรส

☐ 1. โสด ☐ 2. สมรส/อยู่ด้วยกัน ☐

☐ 3. หย่า/หม้าย ☐ 4. แยกกันอยู่

7. ลักษณะของงานที่ทำ

☐ 1. งานประจำ ☐ 2. งานเสริม ☐

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อ)

8. สภาพของการจ้างงาน

☐ 1. รายชิ้น ☐ 2. รายวัน ☐ 3. รายสัปดาห์ ☐

☐ 4. รายเดือน ☐ 5. อื่นๆ (ระบุ).....

9. ระยะเวลาที่ทำงานนี้.....ปี (ระบุจำนวนเต็ม) ☐

10. จำนวนชั่วโมงในการทำงานต่อวันโดยเฉลี่ย.....ชั่วโมง (ระบุจำนวนเต็ม) ☐

11. สวัสดิการในการทำงาน

☐ 1. ไม่มี ☐ 2. มี (ระบุ)..... ☐

12. หลักประกันสุขภาพที่ใช้ (เลือกเฉพาะที่ใช้ประจำเพียง 1 อย่างเท่านั้น)

☐ 1. เบิกสิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ☐ 2. ประกันสังคม ☐

☐ 3. บัตรประกันสุขภาพทุกประเภท ☐ 4. ไม่มีสิทธิใดๆ

13. แหล่งบริการทางการแพทย์ที่ท่านใช้บริการเป็นส่วนใหญ่เมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพ ☐

☐ 1. ไม่ใช้บริการ/ปล่อยให้หายเอง ☐ 2. ใช้ยาที่มีอยู่ที่บ้าน

☐ 3. ซื้อจากร้านขายของชำใกล้บ้าน ☐ 4. ซื้อจากร้านขายยาที่มีเภสัชกรควบคุม

☐ 5. โรงพยาบาลของรัฐ ☐ 6. โรงพยาบาลเอกชน

☐ 7. สถานีอนามัย ☐ 8. คลินิกแพทย์

☐ 9. อื่นๆ (ระบุ).....

14. ท่านเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากอันตรายที่มีสาเหตุมาจากการประกอบอาชีพ ☐

☐ 1. ไม่เคยได้รับ ☐ 2. เคยได้รับจาก (ระบุ).....

15. ท่านสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายขณะทำงานข้อใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ 1. เสื้อผ้ามิดชิด ☐ 2. หมวกนิรภัย ☐

☐ 3. หน้ากาก/แว่นตา ☐ 4. ผ้าพันนิ้ว ☐

☐ 5. ถุงมือ ☐ 6. รองเท้ายางหุ้มส้น/บู๊ท ☐

☐ 7. ผ้าปิดจมูก ☐ 8. อื่นๆ (ระบุ)..... ☐

ส่วนที่ 2 สภาวะสุขภาพ

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพของแรงงานนอกระบบ โดยผู้สัมภาษณ์ถามแรงงานนอกระบบ แล้ววงกลม ❍ รอบตัวเลขในช่องที่ตรงกับความจริงมากที่สุด ซึ่งคำตอบในแต่ละข้อมีตัวเลือก 5 ระดับ ดังนี้

คะแนน 1 คะแนน หมายถึง ตลอดเวลา คือ ภาวะสุขภาพหรืออาการที่ถามนั้นเกิดขึ้นกับตัวท่านทุกวัน หรือทุกครั้งที่ทำงาน

คะแนน 2 คะแนน หมายถึง ค่อนข้างบ่อย คือ ภาวะสุขภาพหรืออาการที่ถามนั้นเกิดขึ้นกับตัวท่านบ่อยครั้ง แต่ไม่ได้เกิดทุกวัน

คะแนน 3 คะแนน หมายถึง บางครั้ง คือ ภาวะสุขภาพหรืออาการที่ถามนั้นเกิดขึ้นกับตัวท่านบางครั้ง หรือเดือนละ 1-2 ครั้ง แต่ถ้าหยุดทำงานอาการเหล่านั้นก็จะหายไป

คะแนน 4 คะแนน หมายถึง นานๆ ครั้ง คือ ภาวะสุขภาพหรืออาการที่ถามนั้นเกิดขึ้นกับตัวท่านเป็นส่วนน้อย นานๆ ครั้ง หรือประมาณ 1 ครั้งภายในเวลา 2-3 เดือน

คะแนน 5 คะแนน หมายถึง ไม่มีอาการ คือ ภาวะสุขภาพหรืออาการที่ถามนั้นไม่เคยเกิดขึ้นกับตัวท่านเลย

คำถาม ภายในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยเจ็บป่วยหรือมีอาการต่อไปนี้หรือไม่ เพียงใด

ภาวะสุขภาพ/อาการ	ตลอดเวลา	ค่อนข้างบ่อย	บางครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่มีอาการ	สำหรับผู้วิจัย
อาการทางการยศาสตร์						
1. อาการระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ เช่น ปวดหลัง ปวดเอว หรือทั่วร่างกาย	1	2	3	4	5	☐
2. อาการปวดศีรษะ อาจมีอาการคลื่นไส้อาเจียน หรือวิงเวียนคล้ายเมาสุราร่วมด้วย	1	2	3	4	5	☐
3. มีปัญหาเกี่ยวกับสายตา ปวดตา มองเห็นไม่ชัดหรือมีน้ำตาไหล	1	2	3	4	5	☐
4. มีปัญหาเกี่ยวกับหู และการได้ยิน เช่น หูตึง หูหนวก แก้วหูอักเสบ	1	2	3	4	5	☐
5. เกิดอุบัติเหตุทำให้เกิดแผล หรือช้ำกับอวัยวะต่างๆ ขณะทำงาน	1	2	3	4	5	☐

ส่วนที่ 2 สภาวะสุขภาพ (ต่อ)

ภาวะสุขภาพ/อาการ	ตลอดเวลา	ค่อนข้างบ่อย	บางครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่มีอาการ	สำหรับผู้วิจัย
อาการทางผิวหนัง						
6. เป็นผื่นบริเวณผิวหนัง เช่น ผื่นคัน ผื่นแดง ผื่นอักเสบ หรือลมพิษ	1	2	3	4	5	☐
7. ผื่นพุพอง หรือรอยไหม้จากการสัมผัสสารเคมี ความร้อน ความเย็นจัด หรือรังสี	1	2	3	4	5	☐
8. มีตุ่มน้ำ รอยถลอก หรือฟกช้ำที่เกิดจากการเสียดสี หรือถูกกระแทก	1	2	3	4	5	☐
9. ผิวหนังแห้ง แตก หยาบกร้าน หรือเป็นสิวฝ้า หรือรูขุมขนอักเสบ	1	2	3	4	5	☐
10. ผิวหนังอักเสบ ติดเชื้อ หรือเป็นเริม หูด หรือแผลน้ำกัดเท้า	1	2	3	4	5	☐
อาการทางทางเดินหายใจ						
11. อาการภูมิแพ้ คัดจมูก น้ำมูกไหล คล้ายไข้หวัด	1	2	3	4	5	☐
12. อาการหอบหืด หรือหายใจมีเสียงหวีด หรือรู้สึกเหมือนหายใจไม่อิ่ม	1	2	3	4	5	☐
13. อาการหายใจขัด แน่นหน้าอก หายใจไม่หรือรู้สึกเหมือนกำลังจม	1	2	3	4	5	☐
14. อาการไอเรื้อรัง ไอแห้งๆ เจ็บหน้าอก หรืออาจไอมีเสมหะปนเลือด	1	2	3	4	5	☐
15. มีการระคายเคืองหรือแสบจมูกเมื่อได้กลิ่นสารเคมีที่ใช้ในการทำงาน	1	2	3	4	5	☐

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมเสี่ยง

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงของแรงงานนอกระบบ โดยผู้สัมภาษณ์ถามแรงงานนอกระบบ แล้ววงกลม ❍ รอบตัวเลขในช่องที่ตรงกับความจริงมากที่สุด ซึ่งคำตอบในแต่ละข้อมีตัวเลือก 5 ระดับ ดังนี้

คะแนน 1 คะแนน หมายถึง ทำเป็นประจำ คือ ท่านปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเป็นประจำทุกวัน หรืออย่างน้อย 5-6 วันต่อสัปดาห์ หรือทุกครั้งที่มีการทำงาน

คะแนน 2 คะแนน หมายถึง ทำบ่อยครั้ง คือ ท่านปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเป็นส่วนใหญ่ 1-4 วันต่อสัปดาห์

คะแนน 3 คะแนน หมายถึง ทำเป็นบางครั้ง คือ ท่านปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเป็นบางครั้ง หรือน้อยกว่า 4 ครั้งต่อเดือน

คะแนน 4 คะแนน หมายถึง นานๆ ทำครั้ง คือ ท่านปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเป็นส่วนน้อย นานๆ ครั้ง หรือเคยปฏิบัติน้อยกว่า 1 ครั้งต่อ 2-3 เดือน

คะแนน 5 คะแนน หมายถึง ไม่เคยทำ คือ ท่านไม่ได้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเลย

คำถาม ในขณะทำงานท่านมีพฤติกรรมเหล่านี้มากน้อยเพียงใด

พฤติกรรมเสี่ยง	ทำเป็นประจำ	ทำบ่อยครั้ง	ทำเป็นบางครั้ง	นานๆ ทำครั้ง	ไม่เคยทำ	สำหรับผู้วิจัย
พฤติกรรมเสี่ยงทางด้านการยศาสตร์						
1. ท่านต้องเคลื่อนไหวเฉพาะอวัยวะใดอวัยวะหนึ่งซ้ำๆ กันอย่างต่อเนื่อง	1	2	3	4	5	☐
2. ท่านต้องก้ม หรือโน้มตัวไปข้างหน้า เพื่อหยิบของขนาดใหญ่บ่อยๆ	1	2	3	4	5	☐
3. ท่านต้องหิ้วของหนักอยู่ในมือ หรือต้องเกร็งกล้ามเนื้ออย่างต่อเนื่อง	1	2	3	4	5	☐
4. ท่านต้องนั่งอยู่กับที่นานติดต่อกันมากกว่า 1 ชั่วโมงขึ้นไป	1	2	3	4	5	☐
5. ท่านต้องยืนทำงานติดต่อกันเป็นเวลานานๆ หลายชั่วโมง หรือเกินครึ่งวันขึ้นไป	1	2	3	4	5	☐

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมเสี่ยง (ต่อ)

พฤติกรรมเสี่ยง	ทำเป็นประจำ	ทำบ่อยครั้ง	ทำเป็นบางครั้ง	ทำนานๆ ครั้ง	ไม่เคยทำ	สำหรับผู้วิจัย
6. ท่านต้องออกแรงบีบมือหรือบีบอุปกรณ์ที่ต้องใช้ในการทำงานนานๆ	1	2	3	4	5	☐
7. ท่านต้องเคลื่อนย้ายวัสดุหนักมากกว่า 30 กก. บางครั้ง หรือวัสดุหนัก 10-30 กก. บ่อยๆ	1	2	3	4	5	☐
8. ท่านต้องใช้อุปกรณ์หรือเครื่องจักรที่มีเสียงหรือต้องทำงานในบริเวณที่มีเสียงดัง	1	2	3	4	5	☐
9. ท่านต้องใช้อุปกรณ์หรือเครื่องจักรที่มีการสั่นสะเทือน	1	2	3	4	5	☐
10. ท่านนั่งทำงานบนเก้าอี้ หรือม้านั่งที่มีความสูงเหมาะสมกับความสูงของโต๊ะ	1	2	3	4	5	☐
11. ท่านทำงานกับอุปกรณ์หรือเครื่องจักรที่แหลมคม หรือเคลื่อนที่ด้วยความเร็วสูง	1	2	3	4	5	☐
12. ท่านต้องรับประทานยาแก้ปวด ชา/กาแฟ สุรา เครื่องดื่มชูกำลังขณะทำงาน/เลิกงาน	1	2	3	4	5	☐
13. ท่านมีเวลานอนที่ปกติและแน่นอน เช่น เข้านอนเวลา22.00 น. / ตื่นนอนเวลา 6.00 น.	1	2	3	4	5	☐
14. ท่านมีเวลาหยุดทำงานไม่ถึง 1 ชั่วโมง หรือทำงานติดต่อกันเกิน 4 ชั่วโมงโดยไม่หยุดพัก	1	2	3	4	5	☐
พฤติกรรมเสี่ยงทางด้านโรคผิวหนัง						
15. ท่านทำงานโดยไม่ได้สวมใส่อุปกรณ์ป้องกันผิวหนัง เช่น เสื้อผ้ามิดชิด ถุงมือ	1	2	3	4	5	☐
16. ท่านล้างมือ หรืออาบน้ำทุกครั้งหลังจากสัมผัสกับสารเคมี เมื่อจะหยุดพักหรือเลิกงาน	1	2	3	4	5	☐

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมเสี่ยง (ต่อ)

พฤติกรรมเสี่ยง	ทำเป็นประจำ	ทำบ่อยครั้ง	ทำเป็นบางครั้ง	ทำนานๆ ครั้ง	ไม่เคยทำ	สำหรับผู้วิจัย
17. ท่านมักจะจะถูกแรงเสียดถู แรงกด จากวัสดุอุปกรณ์ หรือเครื่องจักรที่ใช้ในการทำงาน	1	2	3	4	5	☐
18. ท่านต้องทำงานสัมผัสกับความร้อนความเย็น หรือรังสี	1	2	3	4	5	☐
19. ท่านต้องทำงานสัมผัสกับสารปราบศัตรูพืชต่างๆ เช่น ยาฆ่าแมลง ยาฆ่าหญ้า	1	2	3	4	5	☐
20. ท่านต้องทำงานกลางแจ้งท่ามกลางแดดร้อนมากกว่า 1 ชั่วโมงขึ้นไป	1	2	3	4	5	☐
21. ท่านต้องทำงานสัมผัสกับของสกปรก เช่น มูลสัตว์ เลือดหรือน้ำลายสัตว์ น้ำทิ้ง หรือขยะ	1	2	3	4	5	☐
22. ท่านต้องทำงานสัมผัสกับพืชมีพิษ เห็ดป่า สัตว์หรือแมลงมีพิษ เช่น ผึ้ง ตัวต่อ	1	2	3	4	5	☐
พฤติกรรมเสี่ยงทางด้านโรคทางเดินหายใจ						
23. ท่านไม่ได้สวมหน้ากาก หรือผ้าปิดจมูกเพื่อป้องกันฝุ่นละออง สารเคมี หรือแก๊สต่างๆ	1	2	3	4	5	☐
24. ท่านต้องทำงานสัมผัสกับมลพิษต่างๆ เช่น กลิ่น ฝุ่นละออง ควันไฟ หรือไอเสียรถยนต์	1	2	3	4	5	☐
25. ท่านทำงานในห้องที่มีการระบายอากาศไม่ดีอึดอัด หรือมีฝุ่นละอองฟุ้งกระจาย	1	2	3	4	5	☐
26. ท่านทำงานสัมผัสกับฝุ่นละออง เช่น ฝุ่นหิน ฝุ่นฝ้าย แป้ง ฟางข้าว ชานอ้อย ขี้เลื่อย ฯลฯ	1	2	3	4	5	☐
27. ท่านทำงานสัมผัสกับสารระเหย เช่น สี น้ำมัน แลกเกอร์ ทินเนอร์ น้ำหมึกพิมพ์ กาว ฯลฯ	1	2	3	4	5	☐

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมเสี่ยง (ต่อ)

พฤติกรรมเสี่ยง	ทำเป็นประจำ	ทำบ่อยครั้ง	ทำเป็นบางครั้ง	ทำนานๆ ครั้ง	ไม่เคยทำ	สำหรับผู้วิจัย
28. ท่านทำงานสัมผัสกับสเปรย์ฉีดพ่น น้ำยาที่มีฤทธิ์รุนแรง หรือแก๊สต่างๆ	1	2	3	4	5	☐
29. ท่านทำงานสัมผัสกับโลหะหนัก เช่น ตะกั่วดีบุก แคดเมี่ยม คลอรีน ฯลฯ	1	2	3	4	5	☐
30. ท่านสูบบุหรี่ในระหว่างการทำงาน หรือทำงานในบริเวณที่มีควันบุหรี่มากกว่า 30 นาที	1	2	3	4	5	☐

ภาคผนวก ข

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. อาจารย์ ดร.จิติมา กตัญญู อาจารย์ประจำโปรแกรมวิชาสาธารณสุขศาสตร์ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพและสิ่งแวดล้อม คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่

2. ดร.วันทนีย์ ชวพงศ์ นักวิชาการอิสระ อดีตนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ ผู้ช่วยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่

3. อาจารย์ประกายแก้ว ธนสุวรรณ รองผู้อำนวยการกลุ่มวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดเชียงใหม่

รายนามวิทยากร

วิทยากร เรื่อง การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ

อาจารย์ ดร. ศิวพร อึ้งวัฒนา อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วิทยากร เรื่อง การใช้เครื่องมือ 7 ชิ้นสำรวจชุมชน

1. นายชัชวาล ไขแสง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สถานีอนามัยบ้านสันทราย ตำบลแม่ฮ้อยเงิน อำเภอดอยสะเก็ด
2. นายปรีชา ชัยชนันท์ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สถานีอนามัยบ้านสันต้นแหน ตำบลแม่คือ อำเภอดอยสะเก็ด
3. นางสุภาพร เตชะ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถานีอนามัยบ้านแม่ก๊ะ ตำบลตลาดใหญ่ อำเภอดอยสะเก็ด

วิทยากร เรื่อง การใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการจัดทำแผนที่ และแผนภูมิความคิด

นางสาวจีราภรณ์ ตันสถาพร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สถานีอนามัยบ้านแม่ก๊ะ ตำบลตลาดใหญ่ อำเภอดอยสะเก็ด

ภาคผนวก ค

รายชื่อทีมจัดการสุขภาพแรงงานนอกระบบ

รายชื่อทีมจัดการสุขภาพแรงงานนอกระบบ

ทีมจัดการสุขภาพแรงงานนอกระบบภาคการเกษตร บ้านปางไฮ จำนวน 11 คน ประกอบด้วย

1. นายสุรสิทธิ์ เขียวเขื่อน	ผู้ใหญ่บ้าน
2. นายฤทธิ์ จอมบัว	อาสาสมัครสาธารณสุข
3. นางเรือนแก้ว ใจอาราม	อาสาสมัครสาธารณสุข
4. นายพล คร่องไหว	อาสาสมัครสาธารณสุข
5. นางสมจิตต์ อุลลิวัลย์	อาสาสมัครสาธารณสุข
6. นางพรรณี พรหมเมือง	อาสาสมัครสาธารณสุข
7. นางบานเย็น ดวงน้ำคำ	แรงงานนอกระบบ
8. นายเกษม สุกันธา	แรงงานนอกระบบ
9. นางภัฐนะขะสิ ใจใส	แรงงานนอกระบบ
10. นางฉวีวรรณ ปัญญาทิพย์	แรงงานนอกระบบ
11. นางสมสมัย สังขมณี	นักวิชาการสาธารณสุข

ทีมจัดการสุขภาพแรงงานนอกระบบภาคการผลิต บ้านสันต้นแหนใต้ จำนวน 11 คน ประกอบด้วย

1. นายอิ่นคำ สุภาศรี	ผู้ใหญ่บ้าน
2. นางทองใบ เชื้อสุข	อาสาสมัครสาธารณสุข
3. นายเกษม ไชยเทพ	อาสาสมัครสาธารณสุข
4. นายพิรุณ ช่างกล่อม	อาสาสมัครสาธารณสุข
5. นางบัวซอน ช่างอยู่	อาสาสมัครสาธารณสุข
6. นางเพียงทอง ไชยยาน	อาสาสมัครสาธารณสุข
7. นางสุพัตร ช่างการ	แรงงานนอกระบบ
8. นางอัมพร จิตตนาน	แรงงานนอกระบบ
9. นางมามิตร เตชะ	แรงงานนอกระบบ
10. นางฟองนวล ไชยเทพ	แรงงานนอกระบบ
11. นางปรีชา ชัยชนันท์	นักวิชาการสาธารณสุข

ทีมจัดการสุขภาพแรงงานนอกระบบภาคการบริการ บ้านถ้ำ จำนวน 11 คน ประกอบด้วย

1. นายอินทร คิดการงาน	ผู้ใหญ่บ้าน
2. นางอมร การคนเที่ยง	อาสาสมัครสาธารณสุข
3. นางจงรักษ์ คาวสนั่น	อาสาสมัครสาธารณสุข
4. นางคำหน้อย คิดการงาน	อาสาสมัครสาธารณสุข
5. นายอุเทน เครื่องคำ	อาสาสมัครสาธารณสุข
6. นางแก้ว คิดการงาน	อาสาสมัครสาธารณสุข
7. นางสม ทรายคำ	แรงงานนอกระบบ
8. นางโสภิณ เครื่องนันตา	แรงงานนอกระบบ
9. นางมานิตย์ เตชะ	แรงงานนอกระบบ
10. นางรัตนา ฉันทะ	แรงงานนอกระบบ
11. นายสำราญ กระจ่างแก้ว	นักวิชาการสาธารณสุข

ทีมจัดการสุขภาพแรงงานนอกระบบภาคการผลิต บ้านสันทราย (กลุ่มทดลองรูปแบบ) จำนวน 11 คน ประกอบด้วย

1. นายประหยัด บรรเทิง	ผู้ใหญ่บ้าน
2. นายสุทัศน์ ตวงจันทร์คำ	สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล
3. นางสมยงค์ คาวตาก	อาสาสมัครสาธารณสุข
4. นางสาวผ่องศรี ตวงใจธรรม	อาสาสมัครสาธารณสุข
5. นางชุติกาญจน์ ดวงคำมิ่ง	อาสาสมัครสาธารณสุข
6. นายเจษฎา ยอดกันทา	อาสาสมัครสาธารณสุข
7. นางเกศรินทร์ แย่งเพ็ชร	แรงงานนอกระบบ
8. นางละมัย สามหงษ์	แรงงานนอกระบบ
9. นางสุพัตร พรหมพิจารณ์	แรงงานนอกระบบ
10. นางประมวล คาราวงษ์	แรงงานนอกระบบ
11. นายชัชวาลย์ ไขแสง	นักวิชาการสาธารณสุข

ภาคผนวก ง

ลักษณะการทำงานของแรงงานนอกระบบ

ลักษณะการทำงานของแรงงานนอกระบบ

การปลูกและทำเมี่ยง

ขั้นตอนการปลูกและทำเมี่ยง

ขั้นที่ 1

ภาพผนวกที่ 1 การปลูกเมี่ยง

(1) สวนเมี่ยงบริเวณหลังบ้านของเกษตรกร

(2) "ทุ้ง" อุปกรณ์ช่วยปลูกเมี่ยง

ขั้นที่ 2

ภาพผนวกที่ 2 การดูแลไร่เมี่ยง

(1) สภาพใต้ต้นเมี่ยง

(2) โรคใบจุดของเมี่ยง ชาวบ้านเรียกว่า "เพี้ยงลง"

ขั้นที่ 3

ภาพผนวกที่ 3 การเก็บเมี่ยง

(1) มีดเก็บใบเมี่ยง ชาวบ้านเรียกว่า "ปอบเกี่ยวเมี่ยง" หรือ "เล็บเกี่ยวเมี่ยง"

(2) การตัดใบเมี่ยงเรียกว่า "ใบเมี่ยงสด"

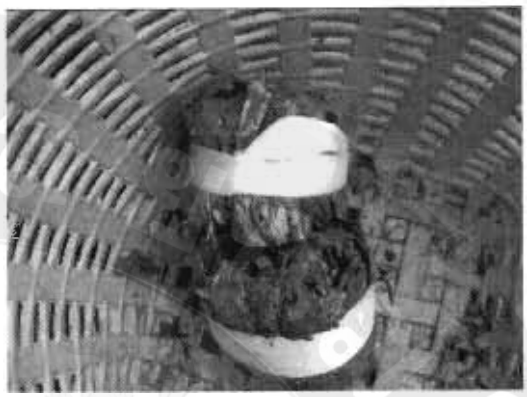
ขั้นที่ 4

ภาพผนวกที่ 4 การนึ่งเมี่ยง

(1) เรียงใบเมี่ยงสดในหม้อนึ่ง

(2) หามหม้อนึ่งเมี่ยง ที่นึ่งสุกแล้ว

ขั้นที่ 5



ภาพผนวกที่ 5 การมัดเมี่ยง

(1) การนั่งมัดเมี่ยงที่เสี่ยงต่อการปวดหลัง เหน็บชา และเท้าด้าน

(2) ลักษณะกำเมี่ยงสุกที่มัดแล้ว

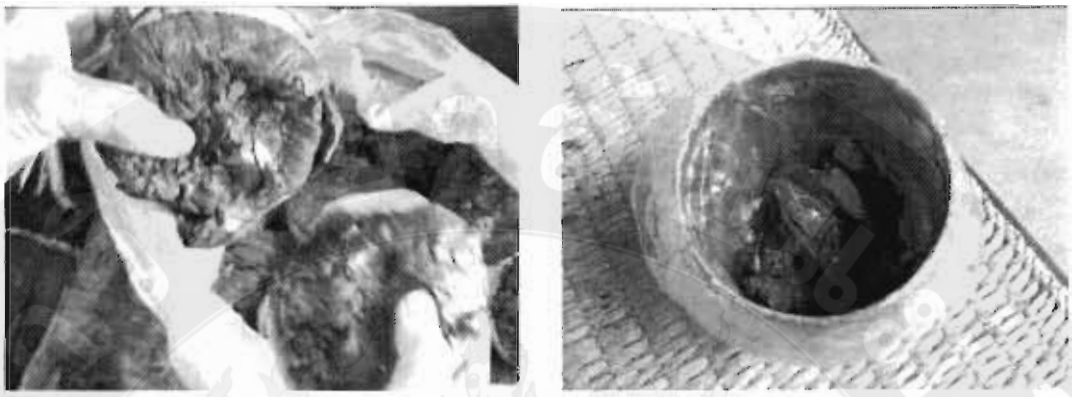
ขั้นที่ 6

ภาพผนวกที่ 6 การหมักเมี่ยง

(1) การหมักเมี่ยงในบ่อซีเมนต์ โดยใช้หินทับ

(2) การหมักในถัง เป็นการหมักชั่วคราวกรณีถังซีเมนต์เต็ม

ขั้นที่ 7



ภาพผนวกที่ 7 การส่งขายเมี่ยง

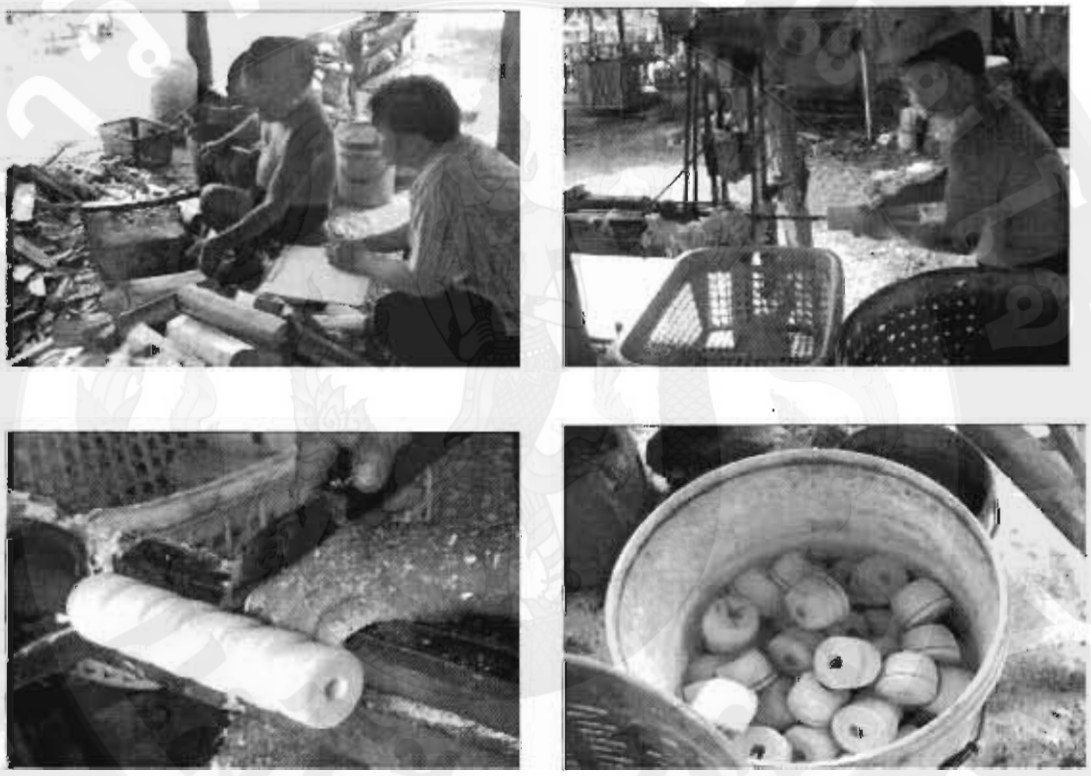
(1) เมี่ยงที่หมักได้ที่แล้ว จะมีรสเปรี้ยว ฝาด พร้อมส่งขาย

(2) ถ้วยใส่เมี่ยงของชาวล้านนาชนบท

การทำดันร่ม

ขั้นตอนการทำดันร่ม

ขั้นที่ 1



ภาพผนวกที่ 8 การทำหัวร่วม

(1) นำไม้เปลือกอ่อนมาเหลาให้ได้ตามขนาด

(2) เจาะรูไม้ตรงกลางโดยใช้เครื่องจักร

(3) เคียนไม้เป็นรูปร่างด้วยมีด และเครื่องจักร

(4) หัวร่มที่ตัดออกเป็นชิ้นๆ

ขั้นที่ 2

ภาพผนวกที่ 9 การทำซี่ร่ม

(1) กองไม้ไผ่ที่ตัดให้ได้ขนาดที่จะนำไปทำซี่ร่ม

(2) การลบคมไม้ไผ่ดรงปลายกระบอกทั้ง 2 ด้านด้วยมีดปลายแหลม

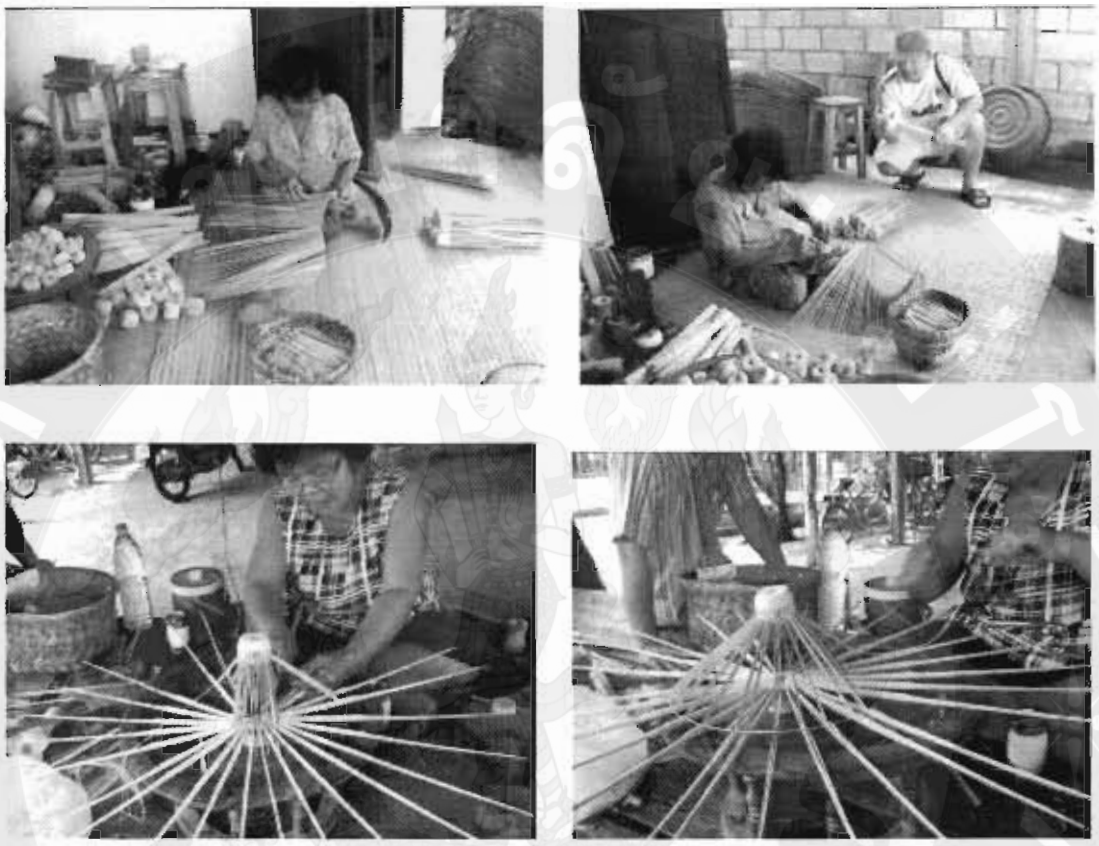
(3) เหลาไม้ไผ่ให้บางเพื่อทำเป็นซี่ร่ม

(4) เจาะรูไม้ไผ่ด้วยเครื่องเจาะรูด้วยมือ เรียกว่า "ยนต์"

(5) เจาะรูไม้ไผ่ด้วยเครื่องเจาะรู คือ สว่านไฟฟ้า

(6) การเจาะรูตรงกลางไม้ที่ใช้ทำซี่ร่ม เรียนกว่า "แตงดือ"

ขั้นที่ 3



ภาพผนวกที่ 10 การขึ้นรูปคันร่ม

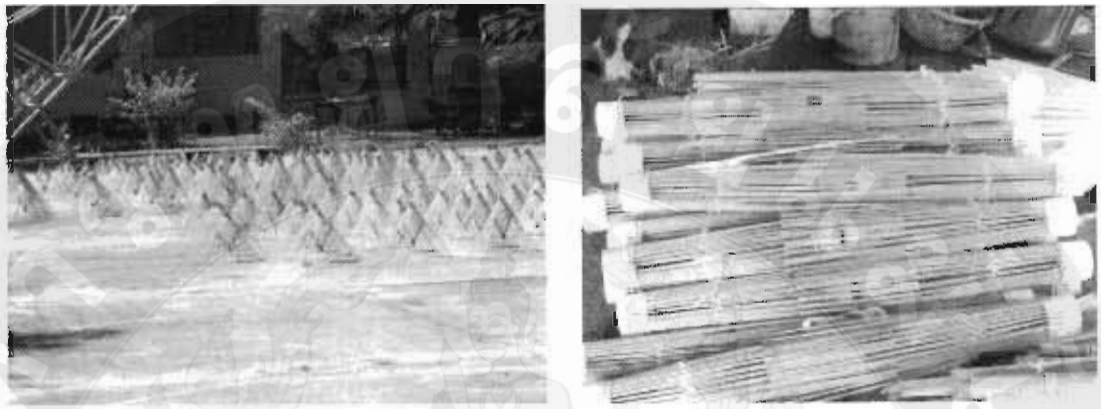
(1) การเข้าหัว และเข้าตุ้ม ที่แรงงานนอกระบบมักจะรับงานไปทำที่บ้าน

(2) แรงงานนอกระบบสูงอายุกำลังเข้าหัวอยู่ที่บ้านตนเอง

(3) นำส่วนหัว และส่วนค้ำ (ตุ้ม) มาเสียบเข้าด้วยกัน เรียกว่า "เข้าดือ"

(4) ใช้เชือกร้อยตรงส่วนที่เข้าดือไว้

ขั้นที่ 4



ภาพผนวกที่ 11 การส่งคันร่มขาย

(1) คันร่มที่เข้ารูปเสร็จแล้ว นำไปตากแดดให้แห้ง

(2) คันร่มที่พร้อมส่งขาย

ส่วนประกอบอื่นๆ ในการทำร่ม

ภาพผนวกที่ 12 ต้นดับดอง

(1) ต้นตับตองที่นำลูกมาทำน้ำยาหมักสำหรับทาร่มกระดาษ

(2) ลูกตับตองที่นำมาใช้ทำน้ำหมัก

ขั้นตอนการทำร่ม

ภาพผนวกที่ 13 การใส่ด้ามร่ม และการเขียนลาย

(1) การประกอบด้ามร่มคันใหญ่

(2) การประกอบด้ามร่มคันเล็ก

(3) ลักษณะการนั่งเขียนลายบนผ้ากำมะหยี่

(4) ลักษณะการนั่งเขียนลายบนพัด

การทำแคบหมู

ขั้นตอนการทำแคบหมู

ขั้นที่ 1

ภาพผนวกที่ 14 การเตรียมหนังหมู

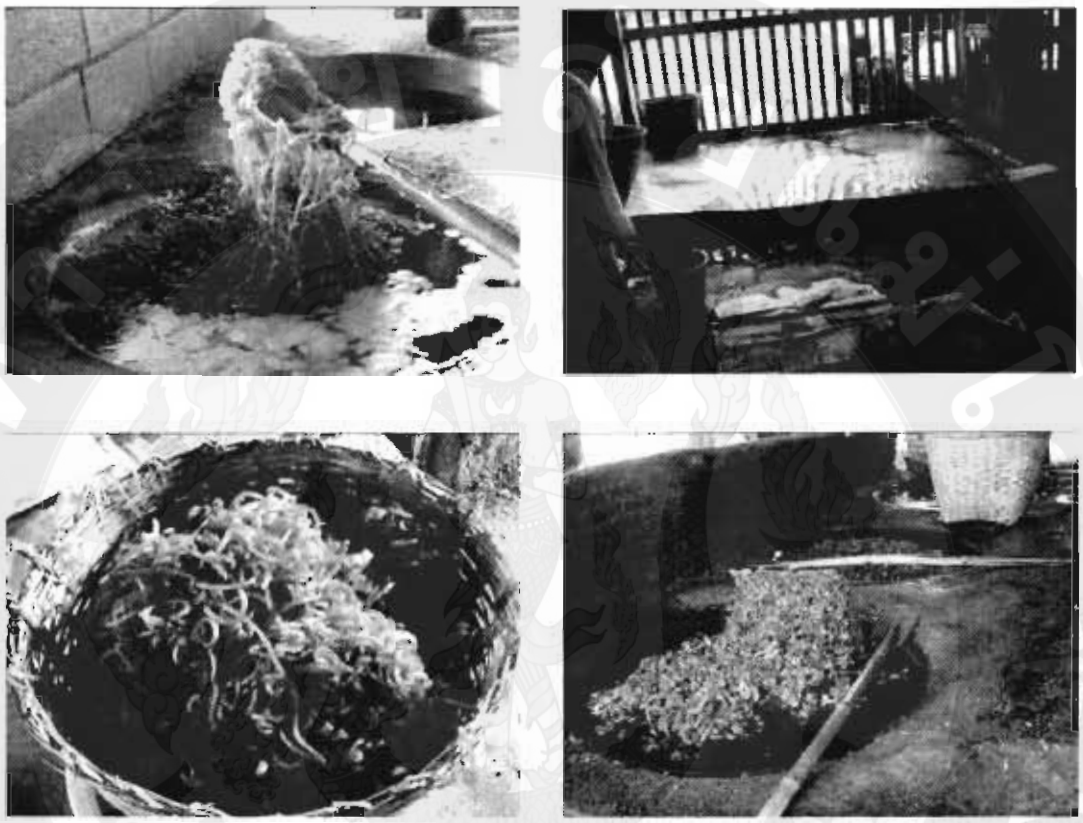
(1) หนังหมูที่ผ่านการต้มให้สุก

(2) นำหนังหมูที่ต้มสุกแล้วมาตากแดดให้แห้ง

(3) คนงานหั่นหนังหมูเป็นเส้นเพื่อทำแคบหมูไร้มัน โดยใช้เครื่องจักร

(4) คนงานหั่นหนังหมูสดเพื่อทำแคบหมูแบบดั้งเดิม

ขั้นที่ 2



ภาพผนวกที่ 15 การรวน และหมักหนังหมู

(1) การรวนหนังหมูในน้ำมันร้อน หรือชาวบ้านเรียกว่า “การจี๋น”

(2) ถาดที่ใช้สำหรับยกหนังหมูที่รวนแล้วมาเสด็จน้ำมัน

(3) หนังหมูที่เสด็จนำมันเสร็จแล้ว

(4) การหมักหนังหมูในน้ำมันร้อน หรือชาวบ้านเรียกว่า “การจ๊อ”

ขั้นที่ 3

ภาพผนวกที่ 16 การทอดแคบหมู

(1) การทอดแคบหมูในน้ำมันร้อนจัด ชาวบ้านเรียกว่า "การสู่"

(2) แคบหมูที่กำลังสู่ต้องทำการคนตลอดเวลา

(3) แคบแดง เป็นแคบหมูอีกประเภทหนึ่ง

(4) แคบหมูที่รอการบรรจุถุง

ขั้นที่ 4

ภาพผนวกที่ 17 การบรรจุถุง

(1) การบรรจุถุงในอุตสาหกรรมครัวเรือน

(2) แรงงานนอกระบบรับไปบรรจุถุงที่บ้านตนเอง

ขั้นที่ 5

ภาพผนวกที่ 18 การขายแคบหมู

(3) แคบหมูพวกที่ส่งขายในท้องตลาด

(4) แม่ค้านั่งขายแคบหมูในตลาด

การทำผลิตภัณฑ์ไม้มะม่วง

ขั้นตอนการทำผลิตภัณฑ์ไม้มะม่วง

ขั้นที่ 1

ภาพผนวกที่ 19 การเตรียมไม้มะม่วง

(1) นำไม้มะม่วงเข้าตู้อบให้แห้ง และป้องกันมอด

(2) ไม้มะม่วงที่อบแห้งแล้วรอการขึ้นรูป

(3) งานบางอย่างต้องนำไม้ไปกลึงขึ้นรูปกลมก่อน

(4) แจกันไม้มะม่วงที่ต้องนำไปกลึงก่อน

ขั้นที่ 2

ภาพผนวกที่ 20 การตัด ขัด และทำคิ้วไม้

(1) การตัดไม้เพื่อทำเป็นรูปร่างผลิตภัณฑ์ด้วยเครื่องจักร

(2) ใบเลื่อย และเครื่องจักรตัดไม้

(3) การขัดผิวไม้ด้วยเครื่อง

(4) การขัดผิวไม้ด้วยแรงงานคน

(5) เหล็กขนาดเล็ก ใช้สำหรับช่วยไสไม้เล็กๆ ให้เครื่องตัด (ป้องกันอุบัติเหตุ)

(6) เปรียบเทียบผลิตภัณฑ์ที่ยังไม่ได้ทำคิ้ว และที่ทำคิ้วแล้ว

ขั้นที่ 3

ภาพผนวกที่ 21 การขึ้นรูปผลิตภัณฑ์

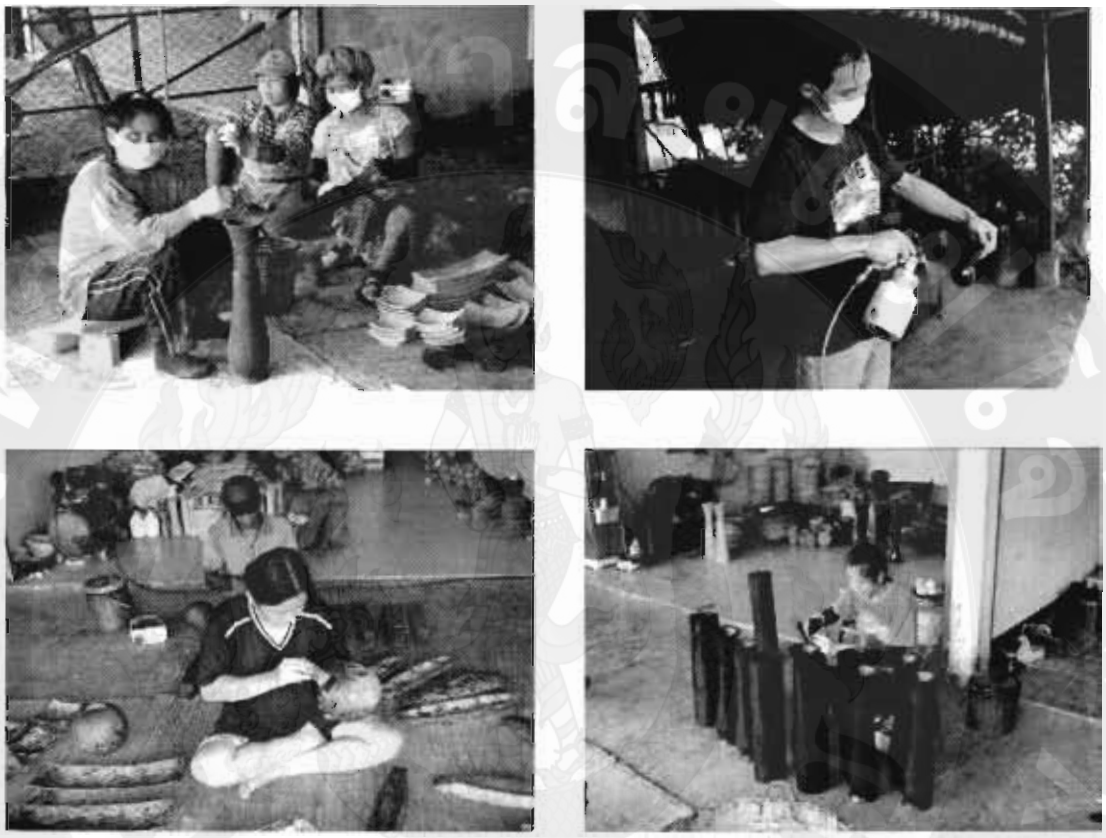
(1) การขึ้นรูปชั่วคราวโดยใช้ยางรัดผลิตภัณฑ์

(2) การขึ้นรูปถาวรโดยใช้เครื่องยิง ชาวบ้านเรียกว่า "แม็กซ์ลม"

(3) การขึ้นรูปถาวรโดยใช้กาวแห้งเร็ว

(4) การขึ้นรูปถาวรโดยใช้ตะปูยึด

ขั้นที่ 4



ภาพผนวกที่ 22 การขัดผิวและทำสี

(1) แรงงานนอกระบบขัดผิวผลิตภัณฑ์ด้วยกระดาษทรายหยาบ

(2) การพ่นสีโดยใช้เครื่องพ่นสี

(3) การลงแล็กเกอร์ผลิตภัณฑ์แล้วนำไปขัดด้วยกระดาษทรายละเอียดอีกรอบ

(4) เมื่อทำสีเสร็จแล้ว จะต้องนำไปขัดให้ขึ้นเงาอีกครั้ง

ขั้นที่ 5

ภาพผนวกที่ 23 การแกะสลัก

(1) ลักษณะการนั่งแกะสลักผลิตภัณฑ์ขนาดเล็ก

(2) ลักษณะการนั่งแกะสลักผลิตภัณฑ์ขนาดใหญ่

(3) การแกะสลักไม้สักของแรงงานนอกระบบที่บ้าน

(4) การรับผลิตภัณฑ์ไปแกะสลักที่บ้าน

ขั้นที่ 6

ภาพผนวกที่ 24 การส่งขายผลิตภัณฑ์

(1) แจกันไม้มะม่วงที่สำเร็จแล้วเตรียมส่งขาย

(2) หม้อไม้ขนาดเล็กที่ใช้การเพ้นท์สีตกแต่งให้สวยงาม

(3) ผลิตภัณฑ์ที่ทำสีอย่างเดียว ไม่แกะสลักหรือเพ้นท์สี

(4) โต๊ะไม้สักที่รับมาแกะสลักที่บ้าน ไม่ต้องทำสี

ภาคผนวก จ

โครงการจัดการสุขภาพแรงงานนอกระบบ

โครงการ บ้านสาธิตป้องกันโรคปวดข้อและปวดกล้ามเนื้อ

หลักการและเหตุผล

ปัจจุบันประชาชนตำบลเทพเสด็จประกอบอาชีพทำสวนกาแฟ และชา (เมี่ยง) มากกว่าร้อยละ 90 ของหลังคาเรือน และร้อยละ 78.23 ของผู้ประกอบอาชีพนี้มีประวัติการป่วยด้วยโรคปวดข้อและปวดกล้ามเนื้อ ซึ่งมีสาเหตุมาจากการประกอบอาชีพ และร้อยละ 70.56 ของผู้ที่รับประทานยาแก้ปวดข้อและกล้ามเนื้อประจำ (มากกว่า 3 ปี) จะป่วยด้วยโรคแผนกระเพาะอาหาร ซึ่งเกิดจากผลข้างเคียงของการรับประทานยาแก้ปวดข้อและปวดกล้ามเนื้อติดต่อกันเป็นเวลานานๆ

จากการศึกษาขั้นตอนการประกอบอาชีพดังกล่าว พบว่าสาเหตุที่ผู้ประกอบอาชีพนี้ป่วยเป็นโรคปวดข้อและปวดกล้ามเนื้อกันมากเนื่องจากการมีวิธีการในการใช้อวัยวะของร่างกายในการประกอบกิจการที่อยู่ในท่าเดียวนานๆ โดยเฉพาะขั้นตอนการนั่งกับพื้นเพื่อมัดเมี่ยง ซึ่งผู้ประกอบกิจการจะอยู่ในท่านั่งที่ไม่ถูกต้องนานติดต่อกันถึง 3-5 ชั่วโมงต่อครั้ง ซึ่งขั้นตอนนี้จากการทดลองการเปลี่ยนท่านั่งในการมัดเมี่ยงจากการนั่งกับพื้นมาเป็นนั่งบนเก้าอี้ จะพบว่าผู้ประกอบกิจการมีอาการปวดและชาตามกล้ามเนื้อลดลงและบางคนไม่มีอาการชาที่ขาเลย

ดังนั้นเพื่อเป็นการลดภาวการณ์เจ็บป่วยที่เกิดจากการประกอบอาชีพทำเมี่ยง จึงเห็นควรเผยแพร่วิธีการที่สามารถช่วยลดการเจ็บป่วยจากการประกอบอาชีพให้แก่ผู้ที่มีอาชีพปลูกเมี่ยงได้ทราบโดยทั่วกัน ทีมจัดการสุขภาพแรงงานนอกระบบบ้านปางไฮ ตำบลเทพเสด็จจึงได้จัดทำโครงการนี้ขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ประชาชนหมู่บ้านปางไฮที่ประกอบอาชีพปลูกเมี่ยงได้รู้เรื่องถึงวิธีการป้องกันอาการปวดและชากล้ามเนื้อและข้อ

2. เพื่อลดการรับประทานยาแก้ปวดข้อและกล้ามเนื้อที่มีสาเหตุมาจากการประกอบอาชีพทำเมี่ยง

กลุ่มเป้าหมาย

ประชาชนบ้านปางไฮที่ประกอบอาชีพปลูกเมี่ยง 30 หลังคาเรือน จำนวน 105 คน

ระยะเวลา

1 พฤศจิกายน 2552 – 30 กันยายน 2553

วิธีดำเนินการ

1. จัดทำโต๊ะสาธิตการนั่งมัดเมี่ยงที่ถูกวิธี ในบ้านตัวอย่าง คือ บ้านนายพล คร่องไหม เลขที่ 18 หมู่ที่ 7 ตำบลเทพเสด็จ อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่
2. ประชุมกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้ความรู้เรื่องขั้นตอนที่สามารถป้องกันอันตรายที่เกิดจากการประกอบอาชีพปลูกเมี่ยง และสาธิตการนั่งมัดเมี่ยงที่ถูกวิธี
3. เยี่ยมบ้านเพื่อดูการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการนั่งมัดเมี่ยงที่บ้านกลุ่มเป้าหมาย
4. บันทึกจำนวนการกินยาแก้ปวดข้อและกล้ามเนื้อประจำวันของผู้ประกอบอาชีพที่เข้าร่วมโครงการ
5. ประเมินผลการดำเนินงาน และสรุปผล

งบประมาณ

ได้รับการสนับสนุนจากโครงการพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมของแรงงานนอกระบบในอำเภอดอยสะเก็ดจังหวัดเชียงใหม่ กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) จำนวน 3,000 บาท ซึ่งสามารถเฉลี่ยจ่ายได้ตามรายการต่อไปนี้

1. ค่าอุปกรณ์การสร้างโต๊ะสาธิตในการมัดเมี่ยง 1 ชุดราคา 2,500 บาท
2. ค่าเอกสารความรู้เรื่องการป้องกันและลดการเจ็บป่วยที่เกิดจากอาชีพปลูกเมี่ยง 500 บาท

ผู้รับผิดชอบโครงการ

1. นายฤทธิ์ จอมบัว หัวหน้าทีมจัดการสุขภาพแรงงานนอกระบบ
2. นายพล คร่องไหม
3. นางเรือนแก้ว ไชยมหา

การประเมินผล

1. ประเมินจากการสร้างโต๊ะสำหรับมัดเมี่ยงตามแบบสาธิต หรือมีการปรับพื้นที่สำหรับมัดเมี่ยงให้มีสภาพที่เหมาะสมถูกต้องสำหรับการมัดเมี่ยงที่ไม่ก่อให้เกิดอาการปวดและชาข้อและกล้ามเนื้อที่บ้านต้นแบบ และสร้างเพิ่มขึ้นในบ้านกลุ่มเป้าหมาย
2. มีกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมโครงการได้ร่วมรับฟังความรู้มากกว่าร้อยละ 90
3. มีการลดการรับประทานยาแก้ปวดข้อและกล้ามเนื้อของผู้เข้าร่วมโครงการ (เฉพาะผู้ที่สามารถปรับวิธีการปลูกเมี่ยงและมัดเมี่ยงได้ถูกต้องตามที่ได้ให้ความรู้ไปแล้ว) ลดลงมากกว่าร้อยละ 30

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. กลุ่มเป้าหมายได้รับความรู้และสามารถนำไปปฏิบัติได้ถูกต้อง

2. ประชาชนกลุ่มเป้าหมายสามารถลดการกินยาแก้ปวดข้อและกล้ามเนื้อซึ่งเกิดจากการประกอบอาชีพทำเมี่ยงได้

ลงชื่อ ฤทธิ์ จอมบัว ผู้เสนอโครงการ
(นายฤทธิ์ จอมบัว)
ประธานทีมจัดการสุขภาพแรงงานนอกระบบ

ลงชื่อ สมสมัย สังขมณี ผู้เห็นชอบโครงการ
(นางสมสมัย สังขมณี)
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

ลงชื่อ อนุชา แสนไฝ ผู้อนุมัติโครงการ
(นายอนุชา แสนไฝ)
สาธารณสุขอำเภอดอยสะเก็ด

โครงการติดตามประเมินความเสี่ยงและความปลอดภัยในการดำเนินงานแรงงานนอกระบบ

หลักการและเหตุผล

ประเทศไทยเป็นประเทศที่กำลังพัฒนา มีโรงงานอุตสาหกรรมเกิดขึ้นจำนวนมาก อุตสาหกรรมดังกล่าวมีตั้งแต่ขนาดใหญ่ ขนาดกลาง ขนาดย่อม และอุตสาหกรรมครัวเรือน ทั้งนี้ อุตสาหกรรมครัวเรือนมีมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 37 ของอุตสาหกรรมทั้งหมด อุตสาหกรรมครัวเรือนเป็นการสร้างงานและรายได้ให้กับประชาชนในท้องถิ่นก่อให้เกิดประโยชน์กับชุมชนได้เป็นอย่างดียิ่ง ด้วยเหตุนี้อุตสาหกรรมครัวเรือนซึ่งเป็นอุตสาหกรรมขนาดเล็ก มีการประกอบการในชุมชนอย่างแพร่หลายและใช้แรงงานคนในการปฏิบัติงานเป็นหลัก อุตสาหกรรมดังกล่าวเป็นอุตสาหกรรมที่ยังไม่มีการจัดระบบ ซึ่งเป็นอุปสรรคในการดำเนินงานอาชีวอนามัยและความปลอดภัย การขาดความรู้ การบริหารร่างกาย และความปลอดภัยในการทำงานจึงจำเป็นอย่างยิ่งเพื่อป้องกันโรคหรืออันตรายจากการทำงาน ที่เกิดการเจ็บป่วยและได้รับอุบัติเหตุระหว่างทำงาน ซึ่งเป็นผลโดยตรงจากการที่ทำงานอันตราย เช่น การทำงานที่มีเสียงดัง ทำให้ประสาทหูเสื่อม การทำงานที่สัมผัสกับสารตะกั่ว ทำให้เกิดโรคจากพิษตะกั่วได้ แต่การเกิดโรคในบางกรณีอาจจะไม่ส่งผลโดยตรงก็ได้ เพราะมีเหตุปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคในแต่ละคนแต่ละงานไม่เท่ากัน

บ้านสันต้นแหนใต้ หมู่ที่5 ตำบลแม่คือ มีประชาชนส่วนใหญ่เป็นเจ้าของกิจการผลิตคันร่ม ผลิตพัด และรับงานมาทำที่บ้าน ซึ่งถือว่าเป็นอาชีพหลักควบคู่กับการปลูกข้าว การทำร่มของหมู่บ้านจะเป็นการทำเฉพาะตัวคันร่ม ส่วนการหุ้มโครงร่มและเขียนร่มจะทำที่บ้านบ่อสร้าง ตำบลต้นเปา อำเภอสันกำแพง ส่วนการทำพัดจะทำและเขียนภาพที่ในหมู่บ้านแล้วส่งไปขายที่บ้านบ่อสร้าง ด้วยลักษณะงานจึงทำให้มีผู้มารับบริการที่ป่วยและได้รับอันตรายจากการทำงาน ซึ่งในชุมชนมีการประกอบอาชีพที่หลากหลาย เช่น การทำร่ม การทำสี การทำเครื่องจักสาร การทำไม้แกะสลัก และมีโรงงานต่างๆ เกิดขึ้น ดังนั้นโรคจากการทำงานไม่ใช่เรื่องไกลตัว สามารถพลในชีวิตประจำวันได้ควรมีการเอาใจใส่ตนเองและควรให้ความรู้กับประชาชนให้ตระหนักและป้องกันอันตรายที่เกิดจากการประกอบอาชีพ

ดังนั้นทีมงานจัดการสุขภาพแรงงานนอกระบบ จึงเห็นควรดำเนินโครงการนี้ขึ้น เพื่อให้ประชาชนบ้านสันต้นแหนได้รับความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพตนเองให้ปลอดภัยจากอันตรายในการประกอบอาชีพดังกล่าว

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ความรู้และให้คำแนะนำแก่ผู้ประกอบอาชีพให้มีความปลอดภัยในการทำงาน

2. เพื่อให้แรงงานนอกระบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองให้ปลอดภัยจากการทำงาน

วิธีการดำเนินงาน

1. ประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์คณะทำงาน
2. แบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบและเขตรับผิดชอบของแต่ละคน
3. จัดทำแผนและเตรียมเอกสารประกอบการให้ความรู้และคำแนะนำในการทำงาน
4. ประเมินผลการดำเนินงาน
5. แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์และการดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบ
6. ประเมินผลหลังการดำเนินงาน
7. สรุปผลการดำเนินงานของโครงการ

กลุ่มเป้าหมาย

ประชาชนที่ประกอบอาชีพทำร่มและพัด จำนวน 20 คน

งบประมาณ

สนับสนุนงบประมาณจากโครงการพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพอย่างเหมาะสมของแรงงานนอกระบบในอำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส) จำนวน 3,000 บาท ซึ่งสามารถถัวเฉลี่ยจ่ายได้ดังรายการต่อไปนี้

1. ค่าตอบแทนการสำรวจและออกประเมินแรงงานนอกระบบจำนวน 8 คนๆ ละ 150 บาท เป็นเงิน 1,200 บาท
2. ค่าวัสดุสำนักงาน จำนวน 300 บาท
3. ค่าอาหาร อาหารว่างและเครื่องดื่มผู้เข้าประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์และการดูแลสุขภาพแรงงานนอกระบบจำนวน 15 คนๆ ละ 100 บาท เป็นเงิน 1,500 บาท

ผู้รับผิดชอบ

ทีมจัดการสุขภาพแรงงานนอกระบบบ้านสันต้นแหนใต้ หมู่ที่ 5 ตำบลแม่คือ อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่

ระยะเวลาดำเนินงาน

20 พฤศจิกายน 2552 – 30 มกราคม 2553

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. แรงงานนอกระบบมีความรู้และตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองให้ปลอดภัยจากการประกอบอาชีพ

2. เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการทำงาน และการดูแลสุขภาพตนเองให้ปลอดภัยจากการประกอบอาชีพ

3. แรงงานนอกระบบมีความปลอดภัยในการทำงาน

ผู้เขียนโครงการ เกษม ไชยเทพ
(นายเกษม ไชยเทพ)
ประธานอาสาสมัครสาธารณสุข

ผู้เสนอโครงการ อิ่นคำ สุภาศรี
(นายอิ่นคำ สุภาศรี)
ผู้ใหญ่บ้าน บ้านสันต้นแหนใต้

ผู้เห็นชอบโครงการ ปรีชา ชัยชนันท์
(นายปรีชา ชัยชนันท์)
นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

ผู้อนุมัติโครงการ อนุชา แสนไฝ
(นายอนุชา แสนไฝ)
สาธารณสุขอำเภอดอยสะเก็ด

โครงการรณรงค์ให้ความรู้แรงงานนอกระบบบ้านสันทราย

หลักการและเหตุผล

ประชากรวัยแรงงานเป็นกลุ่มประชากรหลักในการสร้างผลผลิต และต้องดูแลกลุ่มประชากรวัยอื่นๆ ของประเทศ ดังนั้นสถานะสุขภาพของประชากรวัยแรงงานสามารถบ่งบอกถึงสภาวะสุขภาพของประชากรไทยรวมทั้งประเทศ การเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศไทยช่วงที่ผ่านมาทำให้เกิดการขยายตัวของภาคการผลิตต่างๆ จากสภาพการทำงานของแรงงานไทยในช่วงที่ผ่านมา พบว่าแรงงานมีสภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัย เสี่ยงต่ออันตราย และไม่มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการป้องกันอันตรายส่วนบุคคล และการป้องกันปัญหาภาวะสุขภาพหรือโรคที่เกิดหรือเกี่ยวเนื่องจากการทำงาน โดยเฉพาะภาคการผลิต

บ้านสันทราย ตำบลแม่ฮ้อยเงิน เป็นหมู่บ้านที่มีแรงงานในภาคการผลิตอยู่เป็นจำนวนมาก โดยการผลิตส่วนใหญ่จะเป็นผลิตภัณฑ์ที่ทำจากไม้มะม่วง ไม้สัก ซึ่งมีการใช้เครื่องจักรกล เครื่องทุนแรงต่างๆ ในกระบวนการผลิต จากข้อมูลที่ได้รับจากสถานบริการสุขภาพในพื้นที่ในช่วงที่ผ่านมาพบว่า มีการเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวเนื่องจากการทำงานเป็นจำนวนมาก ไม่ว่าจะเป็นด้านกายภาพ เช่น เสียงดัง แสงสว่าง ความร้อน การสั่นสะเทือน ปัจจัยด้านเคมี เช่น ฝุ่น สารเคมี ควัน ละออง ปัจจัยด้านลักษณะท่าทางการทำงาน ด้านจิตสังคม เช่น ชั่วโมงการทำงาน ภาระงาน และด้านการเกิดอุบัติเหตุ เป็นต้น โดยพบว่ามีผู้เจ็บป่วยด้วยโรคระบบกล้ามเนื้อและโครงร่างมากที่สุดถึง 57,290 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน โดยร้อยละ 28.16 เป็นประชากรในวัยแรงงาน และมีถึงร้อยละ 39.50 ของอุบัติเหตุทั้งหมดเป็นอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นจากการทำงาน

ดังนั้น การให้ความรู้ในกลุ่มแรงงานเหล่านี้ซึ่งยังไม่มีหลักประกันสุขภาพในระบบการประกันสังคมที่สามารถชดเชยความเสียหายต่อสุขภาพอนามัยของแรงงานเหล่านี้ จึงเป็นสิ่งจำเป็นเป็นอย่างยิ่ง เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องถึงหลักการป้องกันอันตรายส่วนบุคคล ในการที่จะลดความเจ็บป่วยอันเกี่ยวเนื่องจากการทำงานและอุบัติเหตุจากการทำงาน ทีมจัดการสุขภาพแรงงานนอกระบบบ้านสันทราย ตำบลแม่ฮ้อยเงิน จึงได้จัดทำโครงการดังกล่าวนี้ขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้แรงงานนอกระบบมีความรู้ในการดูแลสุขภาพและป้องกันตนเองด้วยโรคที่เกี่ยวเนื่องจากการทำงาน

2. เพื่อจัดกิจกรรมกระตุ้นให้แรงงานมีความตระหนักและเข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันตนเองและเพื่อนร่วมงานจากปัจจัยคุกคามด้านสุขภาพที่เกิดจากการทำงาน

วิธีการดำเนินงาน

1. ประชุมชี้แจงผู้เกี่ยวข้องเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการดำเนินโครงการ

2. ประสานความร่วมมือระหว่างผู้นำชุมชนและเจ้าของสถานประกอบการภาคการผลิตต่างๆ ในชุมชน

3. จัดเตรียมทีมงานในการดำเนินงานตามโครงการ

4. จัดทำป้ายประชาสัมพันธ์เพื่อกระตุ้นเตือนให้แรงงานตะหนักถึงการป้องกันตนเองจากการเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวเนื่องจากการทำงาน

5. จัดทำแผ่นพับความรู้ในการป้องกันตนเองด้วยโรคจากการทำงานและการสร้างเสริมสุขภาพตนเอง

6. ทีมงานออกดำเนินกิจกรรมแนะนำให้ความรู้แก่แรงงานในสถานประกอบการ พร้อมประเมินความรู้ 3 เดือนต่อครั้ง

7. สรุปผลการดำเนินงาน

งบประมาณ

งบประมาณได้รับการสนับสนุนจากโครงการพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมของแรงงานนอกระบบในอำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส) จำนวน 3,000 (สามพันบาทถ้วน) ซึ่งสามารถเฉลี่ยจ่ายได้ดังรายการต่อไปนี้

1. ค่าวัสดุในการจัดทำเอกสารเผยแพร่ความรู้ เป็นเงิน 1,000 บาท

2. ค่าจัดทำป้ายประชาสัมพันธ์ 2 ผืนๆ ละ 500 บาท เป็นเงิน 1,000 บาท

3. ค่าอาหารกลางวันสำหรับทีมงานออกให้ความรู้ และติดตามประเมินผล จำนวน 2 ครั้งๆ ละ 10 คนๆ ละ 50 บาท เป็นเงิน 1,000 บาท

ระยะเวลาดำเนินการ

พฤศจิกายน 2552 – มกราคม 2553

ผู้รับผิดชอบโครงการ

นายประหยัด บรรเทิง ผู้ใหญ่บ้านหมู่ที่ 3 บ้านสันทราย ตำบลแม่ฮ้อยเงิน

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. แรงงานมีความรู้ในการดูแลสุขภาพและป้องกันตนเองด้วยโรคที่เกี่ยวเนื่องจากการทำงาน สามารถปฏิบัติตนในการป้องกันโรคที่เกี่ยวเนื่องจากการทำงานได้

2. แรงงานมีความตระหนักและเข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันตนเองและเพื่อนร่วมงานจากปัจจัยคุกคามด้านสุขภาพที่เกิดจากการทำงาน

3. ลดอัตราการเจ็บป่วยด้วยปัจจัยหรือโรคที่เกี่ยวเนื่องจากการทำงานของแรงงานนอกระบบ

4. ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพของแรงงานนอกระบบ

(ลงชื่อ) ประหยัด บรรเทิง ผู้เสนอโครงการ
(นายประหยัด บรรเทิง)
ผู้ใหญ่บ้าน

(ลงชื่อ) ธิรารัตน์ ญี่นาง ผู้เห็นชอบโครงการ
(นางธิรารัตน์ ญี่นาง)
หัวหน้าสถานีอนามัยบ้านสันทราย

(ลงชื่อ) อนุชา แสนไฝ ผู้อนุมัติโครงการ
(นายอนุชา แสนไฝ)
สาธารณสุขอำเภอดอยสะเก็ด

โครงการรณรงค์ให้ความรู้แรงงานนอกระบบบ้านสันทราย

หลักการและเหตุผล

ประชากรวัยแรงงานเป็นกลุ่มประชากรหลักในการสร้างผลผลิต และต้องดูแลกลุ่มประชากรวัยอื่นๆ ของประเทศ ดังนั้นสถานะสุขภาพของประชากรวัยแรงงานสามารถบ่งบอกถึงสภาวะสุขภาพของประชากรไทยรวมทั้งประเทศ การเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศไทยช่วงที่ผ่านมาทำให้เกิดการขยายตัวของภาคการผลิตต่างๆ จากสภาพการทำงานของแรงงานไทยในช่วงที่ผ่านมา พบว่าแรงงานมีสภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัย เสี่ยงต่ออันตราย และไม่มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการป้องกันอันตรายส่วนบุคคล และการป้องกันปัญหาภาวะสุขภาพหรือโรคที่เกิดหรือเกี่ยวเนื่องจากการทำงาน โดยเฉพาะภาคการผลิต

บ้านสันทราย ตำบลแม่ฮ้อยเงิน เป็นหมู่บ้านที่มีแรงงานในภาคการผลิตอยู่เป็นจำนวนมาก โดยการผลิตส่วนใหญ่จะเป็นผลิตภัณฑ์ที่ทำจากไม้มะม่วง ไม้สัก ซึ่งมีการใช้เครื่องจักรกล เครื่องทุนแรงต่างๆ ในกระบวนการผลิต จากข้อมูลที่ได้รับจากสถานบริการสุขภาพในพื้นที่ในช่วงที่ผ่านมาพบว่า มีการเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวเนื่องจากการทำงานเป็นจำนวนมาก ไม่ว่าจะเป็นด้านกายภาพ เช่น เสียงดัง แสงสว่าง ความร้อน การสั่นสะเทือน ปัจจัยด้านเคมี เช่น ฝุ่น สารเคมี ควัน ละออง ปัจจัยด้านลักษณะท่าทางการทำงาน ด้านจิตสังคม เช่น ชั่วโมงการทำงาน ภาระงาน และด้านการเกิดอุบัติเหตุ เป็นต้น โดยพบว่ามีผู้เจ็บป่วยด้วยโรคระบบกล้ามเนื้อและโครงร่างมากที่สุดถึง 57,290 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน โดยร้อยละ 28.16 เป็นประชากรในวัยแรงงาน และมีถึงร้อยละ 39.50 ของอุบัติเหตุทั้งหมดเป็นอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นจากการทำงาน

ดังนั้น การให้ความรู้ในกลุ่มแรงงานเหล่านี้ซึ่งยังไม่มีหลักประกันสุขภาพในระบบการประกันสังคมที่สามารถชดเชยความเสียหายต่อสุขภาพอนามัยของแรงงานเหล่านี้ จึงเป็นสิ่งจำเป็นเป็นอย่างยิ่ง เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องถึงหลักการป้องกันอันตรายส่วนบุคคล ในการที่จะลดความเจ็บป่วยอันเกี่ยวเนื่องจากการทำงานและอุบัติเหตุจากการทำงาน ทีมจัดการสุขภาพแรงงานนอกระบบบ้านสันทราย ตำบลแม่ฮ้อยเงิน จึงได้จัดทำโครงการดังกล่าวนี้ขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้แรงงานนอกระบบมีความรู้ในการดูแลสุขภาพและป้องกันตนเองด้วยโรคที่เกี่ยวเนื่องจากการทำงาน

2. เพื่อจัดกิจกรรมกระตุ้นให้แรงงานมีความตระหนักและเข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันตนเองและเพื่อนร่วมงานจากปัจจัยคุกคามด้านสุขภาพที่เกิดจากการทำงาน

วิธีการดำเนินงาน

1. ประชุมชี้แจงผู้เกี่ยวข้องเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการดำเนินโครงการ

2. ประสานความร่วมมือระหว่างผู้นำชุมชนและเจ้าของสถานประกอบการภาคการผลิตต่างๆ ในชุมชน

3. จัดเตรียมทีมงานในการดำเนินงานตามโครงการ

4. จัดทำป้ายประชาสัมพันธ์เพื่อกระตุ้นเตือนให้แรงงานตะหนักถึงการป้องกันตนเองจากการเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวเนื่องจากการทำงาน

5. จัดทำแผ่นพับความรู้ในการป้องกันตนเองด้วยโรคจากการทำงานและการสร้างเสริมสุขภาพตนเอง

6. ทีมงานออกดำเนินกิจกรรมแนะนำให้ความรู้แก่แรงงานในสถานประกอบการ พร้อมประเมินความรู้ 3 เดือนต่อครั้ง

7. สรุปผลการดำเนินงาน

งบประมาณ

งบประมาณได้รับการสนับสนุนจากโครงการพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมของแรงงานนอกระบบในอำเภอดอยสะเก็ต จังหวัดเชียงใหม่ กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส) จำนวน 3,000 (สามพันบาทถ้วน) ซึ่งสามารถเฉลี่ยจ่ายได้ดังรายการต่อไปนี้

1. ค่าวัสดุในการจัดทำเอกสารเผยแพร่ความรู้ เป็นเงิน 1,000 บาท

2. ค่าจัดทำป้ายประชาสัมพันธ์ 2 ผืนๆ ละ 500 บาท เป็นเงิน 1,000 บาท

3. ค่าอาหารกลางวันสำหรับทีมงานออกให้ความรู้ และติดตามประเมินผล จำนวน 2 ครั้งๆ ละ 10 คนๆ ละ 50 บาท เป็นเงิน 1,000 บาท

ระยะเวลาดำเนินการ

พฤศจิกายน 2552 – มกราคม 2553

ผู้รับผิดชอบโครงการ

นายประหยัด บรรเทิง ผู้ใหญ่บ้านหมู่ที่ 3 บ้านสันทราย ตำบลแม่ฮ้อยเงิน

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. แรงงานมีความรู้ในการดูแลสุขภาพและป้องกันตนเองด้วยโรคที่เกี่ยวเนื่องจากการทำงาน สามารถปฏิบัติตนในการป้องกันโรคที่เกี่ยวเนื่องจากการทำงานได้

2. แรงงานมีความตระหนักและเข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันตนเองและเพื่อนร่วมงานจากปัจจัยคุกคามด้านสุขภาพที่เกิดจากการทำงาน

3. ลดอัตราการเจ็บป่วยด้วยปัจจัยหรือโรคที่เกี่ยวเนื่องจากการทำงานของแรงงานนอกระบบ

4. ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพของแรงงานนอกระบบ

(ลงชื่อ) ประหยัด บรรเทิง ผู้เสนอโครงการ
(นายประหยัด บรรเทิง)
ผู้ใหญ่บ้าน

(ลงชื่อ) ธิรารัตน์ ญี่นาง ผู้เห็นชอบโครงการ
(นางธิรารัตน์ ญี่นาง)
หัวหน้าสถานีอนามัยบ้านสันทราย

(ลงชื่อ) อนุชา แสนไฝ ผู้อนุมัติโครงการ
(นายอนุชา แสนไฝ)
สาธารณสุขอำเภอดอยสะเก็ด

ภาคผนวก ฉ

ประมวลภาพการจัดการสุขภาพแรงงานนอกระบบ

ขั้นการสำรวจข้อมูลเชิงปริมาณ

ภาพผนวกที่ 25 การอธิบายแบบสัมภาษณ์ และการออกสัมภาษณ์

(1) การอธิบายแบบสัมภาษณ์แก่ผู้ช่วยนักวิจัย

(2) ผู้ช่วยนักวิจัยออกสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง

ขั้นที่ 1

ภาพผนวกที่ 26 การพัฒนาศักยภาพ และการเตรียมทีม

(1) การพัฒนาศักยภาพทีมจัดการสุขภาพ

(2) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเตรียมความพร้อมทีมจัดการสุขภาพก่อนสำรวจชุมชน

ขั้นที่ 2

ภาพผนวกที่ 27 การสำรวจชุมชน และการประเมินภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพ

(1) ทีมจัดการสุขภาพร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูลทันทีเมื่อสำรวจเสร็จ

(3) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และทีมงานออกประเมินภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพ

ขั้นที่ 3 และ 4

ภาพผนวกที่ 28 การวิเคราะห์ชุมชน และการวางแผนงาน/โครงการ

(1) การวิเคราะห์ชุมชนและการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา

(2) การจัดทำแผนงานและโครงการ โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นพี่เลี้ยง

ขั้นที่ 5

ภาพผนวกที่ 29 การดำเนินโครงการ

(1) ดำเนินโครงการการให้ความรู้เรื่องการป้องกันอาการปวด ตำบลตลาดขวัญ

(2) ดำเนินโครงการโต๊ะสาธิตมัดเมี่ยง ตำบลเทพเสด็จ

ขั้นที่ 6

ภาพผนวกที่ 30 การประเมินผล

(1) ทีมจัดการสุขภาพออกทดสอบความรู้หลังการอบรม

(2) ทีมจัดการสุขภาพออกประเมินผลในชุมชน

ขั้นที่ 7

ภาพผนวกที่ 31 การคืนข้อมูลสู่ชุมชน

(1) การคืนข้อมูลสู่ชุมชนกลุ่มผู้นำ และทีมจัดการสุขภาพ

(2) การคืนข้อมูลสู่ชุมชนแบบรายบุคคล

(3) การคืนข้อมูลสู่ชุมชนแบบเวทีเสวนา

(4) การคืนข้อมูลสู่ชุมชนแบบรายกลุ่ม

ภาคผนวก ช

ประวัติผู้วิจัย

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อผู้วิจัย	นายทรงยศ คำชัย	
วันเดือนปีเกิด	11 พฤศจิกายน 2512	
ประวัติการศึกษา	ปี 2534	สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (การบริหารสาธารณสุข) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช นนทบุรี
	ปี 2543	ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต (การส่งเสริมสุขภาพ) มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เชียงใหม่
ประวัติการทำงาน	พ.ศ. 2532-2534	เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน 2 โรงพยาบาลเวียงแหง จังหวัดเชียงใหม่
	พ.ศ. 2534-2540	เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน 3 และ 4 โรงพยาบาลดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่
	พ.ศ. 2541-2546	นักวิชาการสาธารณสุข 5 และ 6 สถานีอนามัยตำบลลวงเหนือ และสถานีอนามัยตำบลตลาดขวัญ อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่
	พ.ศ. 2547–2553	นักวิชาการสาธารณสุข 7 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่
	พ.ศ. 2553-ปัจจุบัน	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ งานสุขภาพภาคประชาชน กลุ่มงานสนับสนุนและพัฒนาระบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่