

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประชากรวัยทำงานเป็นพลังสำคัญในการพัฒนาประเทศและเป็นปัจจัยการผลิตที่สำคัญของภาคอุตสาหกรรมในปัจจุบัน พลังเหล่านี้ควรเป็นพลังที่มีคุณภาพทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม นั่นคือการมีสุขภาพดี องค์ประกอบที่สำคัญของการมีสุขภาพดีและสามารถปฏิบัติได้ด้วยปัจเจกบุคคลคือ พฤติกรรมสุขภาพ และปัจจุบันนี้แบบแผนการเจ็บป่วยได้เปลี่ยนจากโรคติดต่อและโรคที่เกิดจากความยากจนเป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม อีกทั้งสภาพแวดล้อมในโรงงานอุตสาหกรรมส่วนใหญ่มีผลต่อสุขภาพ ดังนั้นการที่ผู้ใช้แรงงานจะมีสุขภาพดีได้นั้นจะต้องมีพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค

จากการที่ประเทศไทยกำลังพัฒนาเศรษฐกิจมุ่งไปสู่การเป็นประเทศอุตสาหกรรมใหม่(Newly Industrialized Countries - NICS) และตลาดการค้าเสรี ทำให้โครงสร้างทางเศรษฐกิจเปลี่ยนไปอย่างมากจากระบบเศรษฐกิจที่เน้นเกษตรกรรมมาสู่อุตสาหกรรมและบริการมากขึ้นก่อให้เกิดการจ้างงานในระดับต่างๆขึ้นด้วย (สถาบันทรัพยากรมนุษย์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2534, หน้า37) อีกทั้งการขยายตัวของคนวัยทำงานในชนบทอันเป็นผลจากการเพิ่มของประชากรในอัตราที่ค่อนข้างสูงยังมีอยู่ภาคเกษตรกรรมไม่สามารถสร้างงานให้เพียงพอกับแรงงานที่เพิ่มขึ้น แรงงานเหล่านี้จึงเข้าสู่ระบบการจ้างงานในโรงงานอุตสาหกรรม (โครงการวิจัยอุตสาหกรรมและการจ้างงานในชนบท, 2533, หน้า5) ทำให้ผู้ใช้แรงงานที่เคยอยู่ในกระบวนการผลิตภาคเกษตรกรรมไม่สามารถปรับตัวเข้ากับการทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมได้ดีพอ (สภาที่ปรึกษาเพื่อพัฒนาการใช้แรงงานแห่งชาติ ชุดที่ 6, 2534, หน้า17) ขณะเดียวกันยังขาดความรู้ ความเข้าใจ ในการปฏิบัติงาน การดูแลสุขภาพอนามัย ประกอบกับปัจจุบันอยู่ในระหว่างการพัฒนาอย่างรวดเร็ว มีการนำเครื่องจักร เครื่องมือ อุปกรณ์ที่ทันสมัย ตลอดจนเทคโนโลยีสมัยใหม่มาใช้ในกระบวนการผลิตมากขึ้น ทำให้ผู้ใช้แรงงานต้องเผชิญหรือเสี่ยงกับอันตรายที่เกิดขึ้นเนื่องจากการทำงาน ทำให้เกิดการบาดเจ็บ พิการ เจ็บป่วย และเสียชีวิตตลอดจนก่อให้เกิดความเสียหายต่อทรัพย์สินและสิ่งแวดล้อม อันมีผลต่อเศรษฐกิจโดยรวม

ปัญหาสุขภาพของประชากรวัยแรงงานที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการประกอบอาชีพในโรงงานอุตสาหกรรมมีแนวโน้มจากการป่วยด้วยโรคจากการทำงานมีระดับค่อนข้างสูง ในช่วงแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 6 ที่ผ่านมา นอกจากนี้สถิติการประสบอันตรายจากการประกอบอาชีพของกองทุนเงินทดแทนพบว่า อัตราการประสบอันตรายจากการประกอบอาชีพมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จากร้อยละ 3.2 ในปี 2529 ของช่วงปลายแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 5 เป็นร้อยละ 3.5 และ 3.6 ในปี 2530 ถึง 2531 ของช่วงแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 6 ตามลำดับ คาดการณ์แนวโน้มปัญหาดังกล่าวอาจจะเพิ่มสูงขึ้นในช่วงแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7 นอกจากนี้ประชากรกลุ่มวัยแรงงานจะมีความเสี่ยงเพิ่มมากขึ้นต่อการเจ็บป่วยและตายด้วยโรคหรืออันตรายที่จะเกิดขึ้นกับการพัฒนา (แผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7, 2535, หน้า 37-38) ซึ่งโรคภัยไข้เจ็บในปัจจุบันได้เปลี่ยนไปจากโรคที่เกิดจากความยากจน เช่น โรคระบบทางเดินอาหาร โรคที่เกิดจากภาวะทุพโภชนาการ มาเป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม เช่น โรคหัวใจ โรคมะเร็ง อุบัติเหตุ โรคเอดส์ และโรคที่เกิดจากความเครียดต่าง ๆ มีมากขึ้น (ทิศทางการพัฒนาสาธารณสุขของไทยในทศวรรษหน้า, 2537, หน้า 97) อรรถพรณ์ เมธาติลกกุล (สยามรัฐ, 2536, หน้า 1) นายกสุมาคมแพทย์อาชีวเวชศาสตร์และสิ่งแวดล้อมแห่งประเทศไทย กล่าวว่า ปัจจุบันปัญหาสุขภาพอนามัยของผู้ใช้แรงงานอยู่ในขั้นน่าวิตก ได้ตรวจพบโรคทุกโรคที่เกิดจากการทำงานในโรงงานไทย เช่น โรคพิษสารตะกั่ว โรคปอดอักเสบจากฝุ่น โรคพิษปรอทเรื้อรัง และโรคประสาทหูเสื่อมจากเสียงดัง ซึ่งผู้ป่วยที่มาพบแพทย์นั้นส่วนใหญ่เกิดอาการหนักมาแล้ว ผู้ใช้แรงงานบางรายต้องนอนพักหลายเดือน บางรายพิการหรือไม่ก็เสียชีวิต โดยแพทย์ไม่สามารถช่วยได้ มาตรการไม่ให้ผู้ใช้งานเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด

อำเภอแกลง จังหวัดระยอง มีโรงงานอุตสาหกรรมตั้งอยู่เป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะโรงงานเฟอร์นิเจอร์ไม้ยางพาราและโรงงานส่วนใหญ่จะตั้งอยู่ในเขตเทศบาลซึ่งเป็นที่ตั้งของอำเภอส่วนที่เหลือก็จะตั้งในตำบลที่ติดต่อกันโดยตั้งไม่ห่างไกลจากชุมชนนัก ทำให้ประชากรวัยแรงงานที่อยู่นอกภาคเกษตรกรรมของอำเภอแกลงและอำเภอใกล้เคียงนิยมเข้ามาทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมเหล่านี้ ซึ่งจำนวนถึง 12 โรงงาน รับคนงานได้ประมาณ 2,217 คน จากจำนวนโรงงานอุตสาหกรรมทั้งอำเภอมีจำนวน 94 โรงงาน (สำนักงานปลัดกระทรวงอุตสาหกรรม, 2538, หน้า 101-119) ซึ่งปัจจุบันเฟอร์นิเจอร์ไม้ยางพาราเป็นสินค้าส่งออกที่ตลาดต่างประเทศกำลังนิยมมาก จะเห็นได้จากยอดการส่งออกมีแนวโน้มขยายตัวมาโดยตลอด จากที่เคยส่งออกได้ 98.9 ล้านบาทในปี 2521 เพิ่มขึ้นเป็น 864.3 ล้านบาทในปี 2528 และนับตั้งแต่ปี 2528 เป็นต้นมา มูลค่าการส่งออกก็ขยายในอัตราสูงขึ้นมาก

โดยในปี 2529 มีมูลค่าการส่งออก 1,299.7 ล้านบาท ปี 2530 เป็น 2,580.1 ล้านบาท (ศิริทิพย์ ตันติยานนท์, 2531, หน้า 41) และเพิ่มสูงขึ้นในปี 2534 เป็น 6,560 ล้านบาท (มีเดีย, 2535, หน้า 77) มีมูลค่าการส่งออกเฟอร์นิเจอร์ไม้ยางพาราคิดเป็นร้อยละ 70-80 ของมูลค่าการส่งออกเฟอร์นิเจอร์ไม้ทั้งหมดของไทย

อีกทั้งลักษณะการทำงานทำให้ผู้ใช้แรงงานในโรงงานเฟอร์นิเจอร์ไม้ยางพาราต้องเผชิญกับฝุ่นละอองและสารเคมี ทำให้เกิดการระคายเคืองต่อระบบหายใจและผิวหนัง เนื่องจากขั้นตอนในการทำงานประกอบไปด้วย ไล่ ตัด เจาะไม้ เหลากลม การอัดประสานตัววงกบ การขัดเรียบ การทาแป้งลบเสี้ยนไม้ การทาสี-ชุบสี การทาแลคเกอร์ ฯลฯ และจากสถิติโรคที่ผู้ใช้แรงงาน (ผู้มีประกันตน) ได้ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลคูสัญญา ในปี 2538 (งานประกันสังคม โรงพยาบาลแก่ง, 2538) พบว่า ผู้ใช้แรงงานที่มารับบริการ พบว่าโรคที่เป็นมากอันดับ 1 คือโรคระบบทางเดินหายใจ รองลงมาคือ โรคเกี่ยวกับทางเดินอาหาร โรคระบบกล้ามเนื้อและกระดูก และโรคเกี่ยวกับผิวหนังและภูมิแพ้ สอดคล้องกับสถานการณ์พยาบาลแห่งประเทศไทย ได้สำรวจปัญหาสุขภาพของคนงานในภาคอุตสาหกรรม ในปีพ.ศ. 2534 โดยออกแบบสอบถามพยาบาลที่ประจำโรงงานอุตสาหกรรมทั่วประเทศ พบว่า ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นบ่อยและพบมากที่สุด คือ โรคระบบทางเดินหายใจ ซึ่งมีอาการหวัด น้ำมูกไหล เจ็บคอ นอกจากนี้ยังพบโรคทางเดินอาหาร อุบัติเหตุ โรคผิวหนัง และอาการปวดข้อ ปวดกล้ามเนื้อ (สถานการณ์พยาบาล, 2534) ซึ่งปัญหาสุขภาพในปัจจุบันนี้ร้อยละ 90 เป็นปัญหาที่มีสาเหตุจากพฤติกรรมของบุคคล (กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข, 2536, หน้า 111) อรพรรณ เมธาติลกกุล (2535, หน้า 44) ได้รายงานผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของปอดแบบอุดกั้นในคนงานที่ทำงานเกี่ยวข้องกับไม้เนื้อแข็งไว้ ปีพ.ศ. 2529 ด้วยอัตราป่วย 16 % ต่อมาปี พ.ศ. 2532 ได้รายงานผู้ป่วยหอบหืดจากฝุ่นไม้ยางพารา และฝุ่นไม้สักด้วยอัตรา 27 % และ 20 % ตามลำดับ การป้องกันโรคขั้นปฐมภูมิ (Primary Prevention) เป็นกันป้องกันระยะที่ยังไม่เกิดโรค คือการส่งเสริมสุขภาพทั่วไปของคนงาน และผู้สัมผัสมลพิษ (อรพรรณ เมธาติลกกุล, 2535, หน้า 79)

การส่งเสริมสุขภาพมีเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพมาสู่พฤติกรรมสุขภาพ (เกษม นครเขตต์ และเน่งน้อย นครเขตต์, 2534, หน้า 2) ในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ Kasl and Cobb (1966, p. 246) กล่าวว่า ว่าเป็นการกระทำกิจกรรมใดๆ ของบุคคลเพื่อให้มีสุขภาพดี โดยการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหรือสามารถสังเกตความผิดปกติของร่างกายได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกที่โรคยังไม่แสดงอาการออกมา บุคคลใดมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่ดี มีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

เสริมสุขภาพและป้องกันโรคย่อมจะมีสุขภาพดีตามมาด้วย ตามหลักพฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมจะเกิดขึ้นได้ต้องมีปัจจัยหลายปัจจัยด้วยกัน ปัจจัยที่สำคัญประการหนึ่งคือความเชื่อ ความเชื่อเป็นส่วนประกอบภายในตัวบุคคลซึ่งฝังแน่นอยู่ในความคิดความเข้าใจ (จรรยา สุวรรณทัต, 2534, หน้า 814) ความเชื่อนั้นเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมให้บุคคลประพฤติปฏิบัติ ตามความคิด ความเข้าใจ โดยที่บุคคลอาจจะรู้ตัวหรือไม่รู้ตัวก็ได้ ความเชื่อในสิ่งนั้นไม่จำเป็นต้องอยู่บนพื้นฐานแห่งความจริงเสมอไป อาจเป็นเพียงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ ความคาดหวังหรือสมมุติฐานซึ่งอาจมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ (Rokeach, 1970, p. 214) ระบบความเชื่อเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อแบบแผนพฤติกรรมหรือการกระทำที่เป็นแบบแผนเดียวกัน ภายใต้ระบบสังคมและวัฒนธรรมนั้นๆ ทั้งนี้เพราะแบบแผนพฤติกรรมเป็นผลจากการเรียนรู้เพื่อให้บุคคลเข้าสู่สังคมได้ ความแตกต่างกันทางวัฒนธรรมทำให้มนุษย์มีความเชื่อแตกต่างกันในเรื่องสุขภาพ โรคและความเจ็บป่วย ตลอดจนกรรมวิธีในการเยียวยารักษาและป้องกันโรค ทั้งนี้ก็เพราะต่างก็มุ่งที่จะมีชีวิตที่ยืนยาวปลอดภัย (ปรีชา อุปโยคิน, 2528, หน้า 260) ได้มีนักการศึกษาหลายท่านได้นำแนวคิดทฤษฎีที่มีพื้นฐานของความเชื่อมาศึกษาเพื่อทำนายพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล รูปแบบที่นำมาศึกษากันอย่างแพร่หลายคือ รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) รูปแบบความคิดนี้มีปัจจัยที่เป็นองค์ประกอบสำคัญในการศึกษาพฤติกรรมคือ การรับรู้ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ต่อมาเบคเกอร์และคณะ (Becker, et al, 1974 อ้างในรุ่งศรี ศศิธร, 2536, หน้า 34) ได้เพิ่มปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลอันได้แก่ เพศ อายุ เชื้อชาติ ระดับการศึกษา สถานะเศรษฐกิจ เป็นต้น และสิ่งชักนำภายนอก เช่น การได้รับข่าวสารผ่านบุคคล สื่อมวลชน เป็นต้น ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้มีผลให้พฤติกรรมของบุคคลเปลี่ยนแปลงไปในทางบวกหรือลบได้ ดังที่ ปัทมา กาญจนวงษ์ (2536) ทำการศึกษาการรับรู้ปัญหาสุขภาพและการดูแลตนเองของเยาวชนในโรงงานอุตสาหกรรม พบว่า อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และการรับรู้ปัญหาสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของเยาวชนในโรงงานอุตสาหกรรม และสุวิมล ฤทธิมนตรี (2534) ทำการศึกษาความรู้เรื่องโรคเอดส์ ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคเอดส์ในคู่สมรสของผู้ป่วยโรคตับอักเสบไวรัสบี พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว และความรู้เรื่องโรคเอดส์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนรุ่งศรี ศศิธร (2536) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ กับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานของคนงานก่อสร้างในบริษัทรับเหมา

ก่อสร้างบางแห่ง ในจังหวัดราชบุรี พบว่าปัจจัยในเรื่องเพศ อายุ ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากที่กล่าวมาแล้วทั้งหมด พอสรุปได้ว่าการเปลี่ยนแปลงพัฒนาเศรษฐกิจที่เน้นเกษตรกรรม มาสู่อุตสาหกรรม การเปลี่ยนแปลงแบบแผนการเจ็บป่วยจากโรคติดต่อและโรคที่เกิดจากความยากจนมาเป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม สภาพแวดล้อมภายในโรงงานอุตสาหกรรมอาจมีผลก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพได้ ถ้ามีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง จากสภาพปัญหา แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยในฐานะผู้ปฏิบัติงานด้านส่งเสริมสุขภาพจึงสนใจศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ใช้แรงงานในโรงงานเฟอร์นิเจอร์ไม้ยางพารา รวมทั้งศึกษาปัจจัยด้านความเชื่อทางสุขภาพ และปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และฐานะเศรษฐกิจ เพื่อจะได้ทราบข้อมูลอันจะเป็นแนวทาง ในการวางแผนและจัดรูปแบบการดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพของผู้ใช้แรงงาน เพื่อการมีคุณภาพชีวิตของประชากรกลุ่มนี้ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ และเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้ใช้แรงงานในโรงงานเฟอร์นิเจอร์ไม้ยางพารา ระหว่างเพศ อายุ ระดับการศึกษา และฐานะเศรษฐกิจ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพกับความเชื่อทางสุขภาพ ของผู้ใช้แรงงานในโรงงานเฟอร์นิเจอร์ไม้ยางพารา

ขอบเขตของการวิจัย

1. ขอบเขตประชากร ประชากรคือผู้ใช้แรงงานที่ทำงานในโรงงานเฟอร์นิเจอร์ไม้ยางพาราในเขตอำเภอแกลง จังหวัดระยอง
2. ขอบเขตเนื้อหา ศึกษาถึงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ใช้แรงงานในโรงงานเฟอร์นิเจอร์ไม้ยางพารา ในอำเภอแกลง จังหวัดระยอง รวมทั้งเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพระหว่างตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา ฐานะเศรษฐกิจ และศึกษาความสัมพันธ์พฤติกรรมสุขภาพ กับ ความเชื่อทางสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพศึกษาในประเด็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมป้องกันโรคทั่วไปและพฤติกรรมป้องกันอันตรายที่อาจเกิดจากการทำงานในโรงงาน

ความเชื่อทางสุขภาพ ศึกษาในประเด็นของความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพโดยทั่วไป ซึ่งความเชื่ออาจได้รับอิทธิพลมาจากวัฒนธรรมในท้องถิ่น สังคมไทย หรือความเชื่อที่เป็นเหตุเป็นผลทางวิทยาศาสตร์ (รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ)

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ใช้แรงงาน หมายถึง ผู้ที่ทำงานในแผนกต่างๆ ของโรงงานอุตสาหกรรมเฟอร์นิเจอร์ไม้ยางพารา ในเขตอำเภอแกลง จังหวัดระยอง

โรงงานเฟอร์นิเจอร์ไม้ยางพารา หมายถึง โรงงานที่ใช้ไม้ยางพาราเป็นวัตถุดิบในการผลิตเครื่องเฟอร์นิเจอร์และส่งไปขายต่างประเทศ

ความเชื่อทางสุขภาพ หมายถึง การรับรู้ ความเข้าใจ การแสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับสุขภาพโดยทั่วไปของผู้ใช้แรงงาน ความเชื่อนั้นอาจไม่อยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริงก็ตาม โดยความเชื่อนั้นอาจมาจากวัฒนธรรมในท้องถิ่น ในสังคมไทย หรือความเชื่อที่เป็นเหตุเป็นผลทางวิทยาศาสตร์ก็ได้

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมที่ผู้ใช้แรงงานปฏิบัติเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เช่น การรับประทานอาหาร การพักผ่อนนอนหลับและนันทนาการ การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และพฤติกรรมการป้องกันอันตรายที่เกิดจากการทำงาน เช่น การป้องกันอุบัติเหตุและภัยอันตรายต่างๆ เป็นต้น

ประโยชน์ที่รับจากการวิจัย

1. ทำให้ทราบถึงพฤติกรรมสุขภาพและความเชื่อทางสุขภาพ ของผู้ใช้แรงงานในโรงงานเฟอร์นิเจอร์ไม้ยางพารา
2. นำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้เป็นแนวทาง สำหรับผู้มีหน้าที่รับผิดชอบด้านสุขภาพ ในการวางแผนดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแก่ผู้ใช้แรงงาน
3. นำผลการศึกษาที่ได้ใช้เป็นแนวทางในการศึกษา ค้นคว้า วิจัยในประเด็นอื่นๆ ของกลุ่มผู้ใช้แรงงานต่อไป