

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการศึกษา

ตอนที่ 1 ข้อมูลจากการสัมภาษณ์หัวหน้า/หรือ ผู้ควบคุมงานก่อสร้าง
จำนวนสถานที่ก่อสร้างในเขตรอบนอกมีมากกว่าในเขตรอบใน ส่วนใหญ่ของสถานที่
ก่อสร้างในเขตรอบนอกเป็นสิ่งก่อสร้างขนาดเล็ก ในขณะที่เขตรอบในมีสิ่งก่อสร้างขนาดเล็ก
และขนาดใหญ่ใกล้เคียงกัน ประเภทของสิ่งก่อสร้างในทั้ง 2 เขต ส่วนใหญ่เป็นที่พักอาศัย
สำหรับสถานที่ก่อสร้างที่ถูกผู้มาศึกษาต่อ จำนวน 40 แห่ง เมื่อสอบถามนายจ้าง
ถึงการจ่ายเงินเข้าสมทบกองทุนเงินทดแทนและการทำประกันสังคมให้กับกรรมกรก่อสร้าง พบว่า
ในเขตรอบใน ส่วนใหญ่นายจ้างตอบว่าจ่ายและทำประกันสังคมให้กับกรรมกรก่อสร้าง ส่วนใน
เขตรอบนอก ส่วนใหญ่ไม่ได้จ่ายและไม่ได้ทำประกันสังคมให้กับกรรมกรก่อสร้าง

ตอนที่ 2 ข้อมูลจากกรรมกรกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 1 สภาพทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

เพศ กรรมกรก่อสร้างเป็นเพศชายร้อยละ 58.3 เพศหญิงร้อยละ 41.7

อายุ กรรมกรก่อสร้างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-29 ปี คิดเป็นร้อยละ 31.7

สถานภาพสมรส กรรมกรก่อสร้างส่วนใหญ่สมรสแล้ว (ร้อยละ 80.4)

ระดับการศึกษา กรรมกรก่อสร้างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ
86.7)

ภูมิลำเนาเดิม กรรมกรก่อสร้างทั้งหมดมีภูมิลำเนาอยู่ต่างจังหวัด ร้อยละ 47.1 มา
จากภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 40.3 มาจากภาคเหนือ ร้อยละ 11.9 มาจาก
ภาคกลาง(ยกเว้นกรุงเทพฯ) ร้อยละ 0.7 มาจากภาคใต้

รายได้ต่อเดือน(เมื่อรวมค่าล่วงเวลา) กรรมกรก่อสร้างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 54.1)
มีรายได้อยู่ในช่วงระหว่าง 3,000 - 4,999 บาท

ฐานะทางเศรษฐกิจ กรรมกรก่อสร้างที่มีหนี้สินคิดเป็นร้อยละ 40.0

ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในแหล่งก่อสร้าง กรรมกรก่อสร้างส่วนใหญ่มีระยะเวลาอาศัย

อยู่ในแหล่งก่อสร้างในช่วง 1-6 เดือน (ร้อยละ 61.3)

สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล กรรมกรก่อสร้างส่วนใหญ่มีสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล (ร้อยละ 68.2)

ความมั่นคงพอใจในการทำงาน กรรมกรก่อสร้างส่วนใหญ่รู้สึกมั่นคงพอใจในงาน (ร้อยละ 74.3)

รายได้ต่อวันของกรรมกรก่อสร้าง กรรมกรเพศหญิงมีรายได้ต่อวันต่ำกว่า 135.00 บาท มากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 91.0)

การเคลื่อนย้ายแรงงาน การจ้างงานส่วนใหญ่เป็นลักษณะลูกจ้างชั่วคราวรายวัน (ร้อยละ 73.0) ส่วนอาชีพที่ทำก่อนมาทำงานก่อสร้าง ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 84.6)

พฤติกรรมเสี่ยงส่วนบุคคลของกรรมกรก่อสร้าง กรรมกรก่อสร้างดื่มสุราทุกวัน ร้อยละ 5.6 ดื่มบ้างเป็นบางวัน ร้อยละ 38.5 ดื่มเครื่องดื่มบำรุงกำลังทุกวัน ร้อยละ 6.4 ดื่มบ้างเป็นบางวัน ร้อยละ 45.9

ความรู้เกี่ยวกับกฎหมายคุ้มครองแรงงาน กรรมกรก่อสร้างจากเขตรอบนอกและเขตรอบใน ส่วนใหญ่ไม่ทราบสิทธิการรักษาพยาบาลตามกฎหมายประกันสังคม กฎหมายแรงงาน ค่าจ้างขั้นต่ำตามที่กฎหมายกำหนด

ส่วนที่ 2 อัตราการเจ็บป่วยและอัตราการเข้ารับบริการทางการแพทย์

กรณีเจ็บป่วยเล็กน้อย (Self perceived illness)

- อัตราการเจ็บป่วยเล็กน้อย 0.7 ครั้งต่อคนต่อเดือน หรือ 8.4 ครั้งต่อคนต่อปี
- อัตราการเข้ารับบริการทางการแพทย์ 0.8 ครั้งต่อคนต่อเดือน หรือ 9.6 ครั้งต่อคนต่อปี จำแนกเป็น ร้อยละ 90.9 รับบริการจากสถานบริการของเอกชน ร้อยละ 9.1 รับบริการที่สถานบริการของรัฐ

กรณีเจ็บป่วยหนัก

- อัตราการเจ็บป่วยหนัก 0.01 ครั้งต่อคนต่อเดือน หรือ 0.013 ครั้งต่อคนต่อปี
- อัตราการเข้ารับบริการทางการแพทย์ 0.08 ครั้งต่อคนต่อเดือน หรือ 1 ครั้งต่อคนต่อปี จำแนกเป็น ร้อยละ 66.7 รับบริการจากสถานบริการของรัฐ ร้อยละ 33.7 รับบริการจากสถานบริการเอกชน

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ของกรรมกรก่อสร้าง เปรียบเทียบระหว่าง เขต
รอบนอก และ เขตรอบใน

เขตรอบนอก

- กรณีเจ็บป่วยเล็กน้อย ซึ่ยอมรับประทานเอง ร้อยละ 35.7 ไม่ได้รับการรักษา
ร้อยละ 35.7 รักษาที่คลินิก ร้อยละ 21.5 รักษาที่โรงพยาบาลของรัฐบาลหรือศูนย์บริการ
สาธารณสุข ร้อยละ 7.1

- กรณีเจ็บป่วยหนัก รักษาที่โรงพยาบาลของรัฐบาลหรือศูนย์บริการสาธารณสุข
ร้อยละ 60.0 ซึ่ยอมรับประทานเอง ร้อยละ 20.0 รักษาที่โรงพยาบาลเอกชน ร้อยละ
20.0

เขตรอบใน

- กรณีเจ็บป่วยเล็กน้อย ซึ่ยอมรับประทานเอง ร้อยละ 64.3 รักษาที่คลินิก
ร้อยละ 14.4 รักษาที่โรงพยาบาลของรัฐบาลหรือศูนย์บริการสาธารณสุข ร้อยละ 7.1 รักษา
ที่โรงพยาบาลเอกชนร้อยละ 7.1 ไม่ได้รับการรักษา ร้อยละ 7.1

- กรณีเจ็บป่วยหนัก รักษาที่โรงพยาบาลรัฐบาลหรือศูนย์บริการสาธารณสุข ร้อยละ
75.0 ซึ่ยอมรับประทานเอง ร้อยละ 25.0

ส่วนที่ 4 เหตุผลในการเลือกรับและไม่รับบริการทางการแพทย์ และความพึงพอใจในบริการที่
ได้รับ

เหตุผลในการเลือกรับและไม่รับบริการทางการแพทย์

กรณีเจ็บป่วยเล็กน้อย

กรรมกรก่อสร้างที่ไม่ได้รับการรักษา ร้อยละ 83.3 คิดว่าอาการเจ็บป่วยไม่รุนแรง
ร้อยละ 12.5 ไม่มีเงินรักษาพยาบาล ร้อยละ 4.2 ไม่รู้จักสถานพยาบาล

กรรมกรก่อสร้างที่เลือกใช้สถานบริการทางการแพทย์ของรัฐ ร้อยละ 25.0 ให้
เหตุผลว่าเดินทางสะดวก ร้อยละ 25.0 คิดว่าอาการเจ็บป่วยรุนแรง ร้อยละ 22.5 ได้
รับบริการที่ดี

กรรมกรก่อสร้างที่เลือกใช้สถานบริการทางการแพทย์ของเอกชน ร้อยละ 20.0
ให้เหตุผลว่าบริการดี ร้อยละ 15.0 อาการไม่รุนแรง ร้อยละ 15.0 ไม่มีเวลา ร้อยละ
15.0 เดินทางสะดวก

กรณีเจ็บป่วยหนัก

กรรมการก่อสร้างที่เลือกใช้สถานบริการทางการแพทย์ของรัฐ ร้อยละ 50.0 ให้เหตุผลว่า อาการเจ็บป่วยรุนแรง ร้อยละ 33.3 นายจ้างนำส่ง ร้อยละ 16.7 ตอบว่า ค่ารักษาพยาบาลถูก

กรรมการก่อสร้างที่เลือกใช้สถานบริการทางการแพทย์ของเอกชน ร้อยละ 33.3 ให้เหตุผลว่า ใช้สวัสดิการประกันสังคม ร้อยละ 25.0 เดินทางไปรับบริการสะดวก ร้อยละ 25.0 ร้อยละ 16.7 คิดว่าอาการไม่รุนแรง

ความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ

กรรมการก่อสร้างมีความพึงพอใจในสถานบริการของรัฐมากกว่าเอกชนในทุก ๆ ด้าน ยกเว้นในเรื่องของที่ตั้งของสถานบริการ

ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่าง พฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์กับปัจจัยต่างๆ

กรณีเจ็บป่วยเล็กน้อย

- ปัจจัยนำที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ และระดับศึกษา

- ปัจจัยสนับสนุนที่สัมพันธ์กับการเลือกใช้บริการทางการแพทย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ภูมิลำเนาเดิม รายได้ต่อเดือน (เมื่อรวมค่าล่วงเวลา) ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในแหล่งก่อสร้าง สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล และความมั่นคงในการทำงาน

กรณีเจ็บป่วยหนัก

เนื่องจากกรรมการก่อสร้างที่เจ็บป่วยหนักทุกรายมีพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์แบบรับการรักษา จึงไม่สามารถทดสอบความสัมพันธ์กับปัจจัยต่างๆ ได้

สถานบริการทางการแพทย์ที่กรรมการก่อสร้างเลือกใช้มีทั้งที่เป็นของรัฐและเอกชน ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทำการทดสอบเพื่อดูความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับการเลือกใช้สถานบริการทางการแพทย์ ทั้งในกรณีเจ็บป่วยเล็กน้อยและกรณีเจ็บป่วยหนัก พบว่า

กรณีเจ็บป่วยเล็กน้อย

- ปัจจัยนำที่สัมพันธ์กับการเลือกใช้สถานบริการทางการแพทย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา

- ปัจจัยสนับสนุนที่สัมพันธ์กับการเลือกใช้สถานบริการทางการแพทย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ภูมิลำเนาเดิม ฐานะทางเศรษฐกิจ สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล และ

ความมั่นคงในการทำงาน

กรณีเจ็บป่วยหนัก

- ไม่มีปัจจัยนำที่สัมพันธ์กับการเลือกใช้สถานบริการทางการแพทย์
- ปัจจัยสนับสนุนที่สัมพันธ์กับการเลือกใช้สถานบริการทางการแพทย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ ภูมิลาเนาเดิม รายได้ต่อเดือน(เมื่อรวมค่าล่วงเวลา) ระยะเวลาที่อาศัยในแหล่งก่อสร้าง และความมั่นคงในการทำงาน

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นข้อเท็จจริงหรือเป็นข้อมูลพื้นฐานเฉพาะกลุ่มกรรมกรก่อสร้างในเขตกรุงเทพมหานครเท่านั้น จากสรุปผลการวิจัย พบประเด็นที่น่าสนใจหลายประการ คือ

1. ลักษณะโครงสร้างทางประชากร

กรรมกรก่อสร้างที่ศึกษาพบว่า เป็นเพศชายและเพศหญิงใกล้เคียงกัน อายุอยู่ในช่วง 20-39 ปี (ร้อยละ 67.1) เนื่องจากงานก่อสร้างเป็นงานหนักต้องใช้กำลังมาก และเสี่ยงต่ออุบัติเหตุ ดังนั้น กรรมกรก่อสร้างส่วนใหญ่จึงอยู่ในวัยฉกรรจ์ ส่วนแรงงานเด็ก คนสูงอายุ พบได้น้อย กรรมกรก่อสร้างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสแล้วเป็นส่วนใหญ่ ทั้งสามีและภรรยา มักจะทำงานก่อสร้างด้วยกันทั้งคู่ ดังนั้นเพศชายและเพศหญิงจึงมีจำนวนใกล้เคียงกัน ระดับการศึกษาส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 86.7) อาจเนื่องจากการศึกษาภาคบังคับ ดังนั้นกรรมกรก่อสร้างส่วนใหญ่จึงมีความรู้พออ่านออกเขียนได้ และถ้าหากไม่ได้ไปศึกษาเพิ่มเติม กรรมกรกลุ่มนี้ย่อมเป็นแรงงานไร้ฝีมือ (Unskilled Labor) รายได้เฉลี่ยต่อวันจึงได้ต่ำกว่าที่กฎหมายกำหนด การเข้ามาทำงานก่อสร้างอาศัยการเรียนรู้จากผู้ทำงานอยู่ก่อนแล้ว

ภูมิลาเนาเดิมของกรรมกรก่อสร้างทั้งหมดมาจากต่างจังหวัด โดยมาจากทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือมากที่สุด รองลงมาเป็นภาคเหนือ และภาคกลางตามลำดับ แสดงให้เห็นว่า กรรมกรก่อสร้างส่วนใหญ่เป็นแรงงานอพยพ โดยมีอาชีพดั้งเดิมเกษตรกรรม (ร้อยละ 80.8) สอดคล้องเก็บการศึกษาของ วสันต์ เวียนเสี้ยว ที่จังหวัดนนทบุรี ในปี 2534 สาเหตุเป็นเพราะ

1. ความล้มละลายของชาวนชนบทที่อยู่ในภาคเกษตร ซึ่งจากการศึกษา พบว่า กรรมกรก่อสร้างมีอาชีพเกษตรกรรมมาก่อนคิดเป็นร้อยละ 80.8 ระยะเวลาที่เข้ามาทำงานก่อสร้างอยู่ในช่วง 1-6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 59.3 การที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องจากการขยายตัวของระบบกลไกตลาดที่เอารัดเอาเปรียบชาวไร่ชาวนา หรือภัยพิบัติทางธรรมชาติที่ทำให้การเกษตรกรรมในชนบทไม่ได้ผล รวมทั้งระบบชลประทานที่ดีและทั่วถึงเพียงพอ หรือการสูญเสียที่

นาทำงาน ผลผลิตทางเกษตรตกต่ำ ฯลฯ ทำให้รายได้จากการประกอบอาชีพเดิมไม่พอที่จะเลี้ยงชีพเกษตรกรและครอบครัวจึงต้องแสวงหารายได้จากการเป็นกรรมกรก่อสร้าง ซึ่งเป็นหนึ่งในทางเลือกเพียงไม่กี่ทางเลือกที่พอจะทำได้ นั่นคือการมุ่งหน้ามาเมืองหลวงเพื่อใช้แรงงานของการแสวงหาช่องทางคืนหนี้ให้ชีวิตตนเองและครอบครัวมีชีวิตอยู่ต่อไป ทั้งนี้ไม่ว่าจะเป็นการเข้ามาเมื่อเสร็จสิ้นฤดูกาลผลิตหรือมาเพราะทำนาไม่ได้ผล หรือมาด้วยวิธี "ไปตายคาบหน้า" และไม่ว่าจะเป็นการเข้ามาทั้งครอบครัว หรือมาเพียงบุคคลเพื่อหาทางส่งรายได้กลับไปชนบท

2. เพื่อนฝูง ญาติมิตร แนะนำ ชักชวน คือ เพื่อนหรือญาติที่มักไปทำงานก่อสร้างก่อนเมื่อทราบว่ามีบริษัทต้องการคนเพิ่ม หรือทราบว่าจะมีแหล่งงานใหม่ ก็ชักชวนเพื่อนหรือญาติให้ไปทำด้วยกัน

รายได้ของกรรมกรก่อสร้าง พบว่า ประมาณครึ่งหนึ่งของกรรมกรก่อสร้างมีรายได้รวมค่าล่วงเวลาต่อเดือนอยู่ในช่วง 3,000 - 4,999 บาท ลักษณะของการจ้างงานเป็นแบบลูกจ้างชั่วคราวรายวัน (เขตรอบในร้อยละ 81.8 เขตรอบนอกร้อยละ 88.3) สาเหตุส่วนหนึ่งเกิดจากแรงงานเหล่านี้มีการเคลื่อนย้ายอยู่ตลอดเวลา ส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่อยู่ในแหล่งก่อสร้าง 1-6 เดือน เมื่อถึงฤดูเก็บเกี่ยวพืชผลทางเกษตร กรรมกรเหล่านี้ก็จะอพยพกลับภูมิลำเนาเดิมเพื่อทำอาชีพเกษตรกรรม จากลักษณะการจ้างงานแบบลูกจ้างชั่วคราวรายวันและเป็นแรงงานไร้ฝีมือ ทำให้กรรมกรก่อสร้างไม่มีอำนาจต่อรอง อัตราค่าจ้างถูกกำหนดจากฝ่ายนายจ้าง ซึ่งมักเป็นอัตราที่ต่ำกว่าอัตราค่าจ้างขั้นต่ำที่รัฐบาลประกาศใช้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรรมกรก่อสร้างเพศหญิง ประกอบกับกรรมกรก่อสร้างไม่ทราบอัตราค่าแรงขั้นต่ำในเขตกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล (ร้อยละ 81.8) ทั้งหมดนี้เป็นปัจจัยร่วมที่ทำให้รายได้ของกรรมกรก่อสร้างน้อยกว่าที่ควรจะเป็น ทำให้กรรมกรก่อสร้างส่วนใหญ่มีการทำงานล่วงเวลา เขตรอบใน ร้อยละ 86.3 เขตรอบนอก ร้อยละ 80.2 ในบางครั้งก็เป็นความต้องการของนายจ้าง ที่จะเร่งงานให้เสร็จตามกำหนดเวลาในสัญญา จึงบังคับให้กรรมกรก่อสร้างทำงานล่วงเวลา

สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล จากการสัมภาษณ์กรรมกรก่อสร้าง ร้อยละ 68.3 มีการจัดสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลเมื่อเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน โดยนายจ้างเป็นผู้ออกค่ารักษาพยาบาล ส่วนสวัสดิการด้านประกันสังคมและสวัสดิการด้านเงินกองทุนทดแทน ซึ่งได้จากการสัมภาษณ์ผู้ควบคุมงานก่อสร้างพบว่า ในเขตรอบนอกไม่จ่ายเงินเข้าสมทบกองทุนทดแทน ร้อยละ 80.0 ไม่ได้ทำประกันสังคม ร้อยละ 80.0 ส่วนในเขตรอบใน จ่ายเงินเข้าสมทบกองทุนทดแทนร้อยละ 59.1 ทำประกันสังคมให้ลูกจ้างร้อยละ 81.8 แต่เมื่อสอบถามกรรมกรที่เป็นตัวอย่างในการศึกษา พบว่า ส่วนมาก (ร้อยละ 80.5) ไม่ทราบสิทธิเกี่ยว

กับประกันสังคม และกองทุนเงินทดแทน การที่ค่าตอบแทนที่ได้รับจากนายจ้างและกรมกรแตกต่างกันอาจเนื่องจาก กรมกรก่อสร้างที่ถูกส่งมาศึกษา มีลักษณะการจ้างงานเป็นลูกจ้างชั่วคราวรายวัน ซึ่งเป็นกลุ่มคนงานส่วนใหญ่ไม่ได้ทำประกันสังคม ส่วนที่นายจ้างตอบว่าทำประกันสังคมให้กับลูกจ้างนั้น อาจเป็นกลุ่มที่เป็นคนงานประจำ ซึ่งเป็นส่วนน้อยของกรมกรก่อสร้างได้แก่พวก ช่างฝีมือ หรือหัวหน้าคนงาน เป็นต้น

สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย จากการสัมภาษณ์พบว่า มีการจัดสวัสดิการการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยให้แก่กรมกรก่อสร้าง ร้อยละ 68.3 ซึ่งกรมกรก่อสร้างจะมีการรับรู้และใช้บริการดังกล่าว ดังนี้

1. ในระหว่างการทำงาน หากเกิดการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุเล็กน้อย จะมียาให้เบิกมาทาแผลได้ แต่หากเกิดอุบัติเหตุรุนแรง ทางหัวหน้างานจะนำส่งโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษาพร้อมทั้งจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้

2. โดยทั่วไปแล้ว คนงานก่อสร้างจะจำแนกแยกแยะตัวด้วยตนเองว่า จะเรียกร้องบริการการรักษาพยาบาลจากนายจ้างหรือไม่ เช่น การเจ็บป่วยในเวลาทำงานแต่ถ้าเป็นโรคที่ไม่เกี่ยวกับงาน เช่น โรคกระเพาะ อุจจาระร่วง ต้องรับผิดชอบการรักษาของตนเองหรือการเจ็บป่วยที่เกิดในที่พักสถานที่ก่อสร้างหากเกิดนอกเวลางานก็ถือว่าต้องดูแลรักษาตนเอง

ฐานะทางเศรษฐกิจ กรมกรก่อสร้างมีฐานะทางเศรษฐกิจที่ต่ำกว่ากลุ่มประชากรอื่นๆ มีหนี้สินถึงร้อยละ 40.0 สาเหตุเกิดจากการที่มีรายได้น้อย และมีการใช้จ่ายอย่างไม่เหมาะสม กรมกรก่อสร้างประมาณครึ่งหนึ่งจะดื่มสุรา และใช้เครื่องดื่มบำรุงกำลังร่วมด้วย

ถึงแม้ว่ากรมกรก่อสร้างต้องทำงานหนัก มีรายได้น้อยและยังเสี่ยงต่ออุบัติเหตุต่างๆ แต่เมื่อสอบถามถึงความพอใจและความมั่นคงในงาน พบว่า ร้อยละ 74.3 ของกรมกรรู้สึกมั่นคงพอใจในงาน สาเหตุน่าจะเกิดจาก การที่กรมกรก่อสร้างเหล่านี้เข้ามาทำงานเพียงเพื่อต้องการรายได้เสริมในช่วงที่อยู่นอกฤดูเก็บเกี่ยวทางการเกษตร หรือตกต่ำจนไม่คุ้มทุน

2. อัตรการเจ็บป่วย

เมื่อคู่อัตราเจ็บป่วยเล็กน้อย (Self perceived illness) พบว่า กรมกรก่อสร้างมีอัตราเจ็บป่วยเล็กน้อยสูงกว่าประชากรกลุ่มอื่นๆ ประมาณ 2-4 เท่า การศึกษาของสถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล พบว่า คนไทยป่วยในอัตรา 2.1 ครั้ง/คน/ปี และจากการศึกษาของ สุพินดา โชติกริติเวช (2535) ผู้ประกันตนในจังหวัดสมุทรปราการ เจ็บป่วยเล็กน้อย (Self perceived illness) ในอัตรา 3.84 ครั้งต่อคนต่อปี (ข้อควรระวังในการเปรียบเทียบต้องพิจารณาถึงค่านิยามของการเจ็บป่วยที่ใช้ในแต่ละการศึกษาด้วย)

สาเหตุน่าจะเกิดจาก

1. ลักษณะของงานก่อสร้างเป็นงานที่หนักต้องทำงานกลางแจ้ง ตากแดดตากฝน
2. สภาพของความเป็นอยู่ที่คับแคบไม่ถูกสุขลักษณะ
3. สภาพแวดล้อมที่ไม่ถูกสุขลักษณะมีน้ำท่วมขัง มีสัตว์นำโรคมามาก
4. พฤติกรรมเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย เช่น ดื่มเหล้า สูบบุหรี่ ใช้สารกระตุ้นร่างกาย
5. ขาดการพักผ่อนที่เพียงพอ

กรณีการเจ็บป่วยเล็กน้อย กรมการก่อสร้างเข้ารับบริการทางการแพทย์ในอัตรา 9.6 ครั้ง/คน/ปี คิดเป็นอัตราร้อยละ 79.0 ของกรมการก่อสร้างที่เจ็บป่วยเล็กน้อย ซึ่งเป็นอัตราที่ค่อนข้างสูง เมื่อแจกแจงพบว่าร้อยละ 90.9 ของกรมการก่อสร้างที่ใช้บริการแบบรับการรักษาไปรับบริการทางการแพทย์จากสถานบริการทางการแพทย์ของเอกชน ในจำนวนนี้ ร้อยละ 50.0 เป็นการซื้อยารับประทานเอง เมื่อเปรียบเทียบระหว่างเขตรอบนอกและเขตรอบในพบว่าเขตรอบในมีอัตราการซื้อยารับประทานเองมากกว่าเขตรอบนอก สาเหตุอาจเนื่องมาจากในเขตรอบในมีอัตราการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจสูง มีร้านจำหน่ายยาอยู่หลายแห่ง ทำให้กรมการก่อสร้างสะดวกในการซื้อยา (ร้อยละ 15.0 ให้เหตุผลว่าเดินทางสะดวก) ในขณะที่เขตรอบนอกมีอัตราการซื้อยารับประทานเอง และปล่อยให้หายโดยไม่รักษาเท่ากัน คือร้อยละ 35.7 ซึ่งสูงกว่าอัตราการปล่อยให้หายโดยไม่รักษาในเขตรอบใน (ร้อยละ 7.1)

ส่วนกรณีเจ็บป่วยหนัก เนื่องจากผู้วิจัยให้นิยามว่าเป็นการเจ็บป่วยที่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ดังนั้นทุกรายจึงมีพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์แบบรับการรักษา จากข้อมูลกรมการก่อสร้างจะเลือกใช้สถานบริการของรัฐมากกว่าของเอกชน (ร้อยละ 66.7) และ (ร้อยละ 33.3) ทั้งนี้เพราะ ในกรณีเจ็บป่วยหนัก อาการของโรคมักจะรุนแรง และนายจ้างเป็นผู้จ่ายค่ารักษาพยาบาล (ร้อยละ 44.5) ให้ จึงเป็นสาเหตุที่กรมการก่อสร้างมักเลือกใช้บริการการแพทย์ของรัฐมากกว่าเอกชน

3. พฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์
กรณีเจ็บป่วยเล็กน้อย

จากข้อมูลจากการสำรวจพบประเด็นที่สำคัญดังนี้

1. กรมการก่อสร้าง ร้อยละ 50.0 ซื้อยารับประทานเอง ร้อยละ 21.4

ปล่อยให้หายเอง



2. กรรมการก่อสร้างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 86.4)จ่ายค่ารักษาพยาบาลเองทั้งหมด
3. ไม่มีกรรมการก่อสร้างใช้สิทธิประกันสังคม หรือกองทุนเงินทดแทน ในการรักษาพยาบาล
4. ในกลุ่มของกรรมการก่อสร้างที่ไม่ได้รับการรักษา ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 83.3) คิดว่าอาการไม่รุนแรง มีส่วนน้อย (ร้อยละ 12.5) มีสาเหตุจากไม่มีเงินค่ารักษาพยาบาล
5. ในกลุ่มของกรรมการก่อสร้างที่เข้ารับการรักษาจากสถานบริการทางการแพทย์ของเอกชน ร้อยละ 70.0 ซื้อยารับประทานเอง ร้อยละ 25.0 ไปรักษาที่คลินิก โดยมีเหตุผลคือ บริการดี (ร้อยละ 20.0) รองลงมา คือ เดินทางสะดวก ใช้เวลาหลังจากเลิกงาน คิดว่าอาการไม่รุนแรง และค่ารักษาพยาบาลถูก (ร้อยละ 15.0, 15.0, 15.0, 12.5 ตามลำดับ)
6. ส่วนน้อยของกรรมการที่มารับการรักษาจากสถานบริการทางการแพทย์ของรัฐ (ร้อยละ 9.1) ในจำนวนนี้ครึ่งหนึ่งให้เหตุผลว่ามาใช้บริการเพราะ อาการเจ็บป่วยรุนแรง

ถึงแม้ว่ากรรมการก่อสร้างจะมีพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์แบบรับการรักษาค่อนข้างสูง ถึงร้อยละ 79.0 ในจำนวนนี้ครึ่งหนึ่งเป็นการซื้อยารับประทานเอง ซึ่งถือเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เพราะการซื้อยารับประทานเองมักเป็นการเล่าอาการให้ผู้ขายยา (อาจเป็นหรือไม่เป็นเภสัชกร) ฟัง ผู้ขายยาก็จะจัดยาให้ บางครั้งอาจถูกต้องตามสมุฐานของโรค บางครั้งก็อาจไม่ถูกต้อง ทำให้ผู้เจ็บป่วยได้ยาโดยไม่จำเป็น หรืออาการของโรครุนแรงมากขึ้น เนื่องจากความล่าช้ากว่าจะได้รับการรักษาที่ถูกต้อง (ร้อยละ 22.2 ของกรรมการก่อสร้างที่เจ็บป่วยหนัก มีพฤติกรรมแบบซื้อยารับประทานเอง ก่อนเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล)

ในกลุ่มกรรมการก่อสร้างที่ไม่ได้รับการรักษา ปลอบยให้หายเองนั้น สาเหตุหลักคือ คิดว่าอาการไม่รุนแรง การตัดสินใจว่าความเจ็บป่วยนั้นรุนแรงหรือไม่ ขึ้นกับความรูสึกของผู้ป่วย ภาวะทุพพลภาพ (Disability) เป็นมากน้อยเพียงใด ประสบการณ์ดั้งเดิม หรือคำชี้แนะของคนในครอบครัว หรือเพื่อนฝูง ซึ่งบางครั้งก็ถูกต้อง คืออาการเจ็บป่วยนั้นไม่รุนแรงจริง ไม่จำเป็นต้องให้การรักษาที่หายเองได้ แต่บางครั้งการปลอบยให้เนิ่นนานกลับทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้นจนทำให้เสียชีวิต หรือทุพพลภาพได้

จากตารางที่ 4.22 บัญญัติสำคัญที่ทำให้กรรมการก่อสร้างนิยมซื้อยารับประทานเอง เนื่องจาก การไปซื้อยาที่ร้านขายยาก่อนข้างสะดวก ใช้เวลาน้อย และสามารถซื้อยาตามจำนวนเงินที่มีอยู่ ในขณะที่สถานบริการทางการแพทย์ของรัฐต้องมีขั้นตอนหลายอย่าง และมักเปิดบริการในเวลาทีกลุ่มกรรมการก่อสร้างต้องทำงาน ทำให้ต้องขาดงาน เสียรายได้ถ้าหากมาพบแพทย์

จากข้อมูลไม่พบกรรมการก่อสร้างใช้สิทธิการรักษาจากการประกันสังคม หรือกองทุนเงินทดแทน ว่าสาเหตุอาจเกิดจาก

1. นายจ้างไม่ได้จัดสวัสดิการรักษายาบาลด้านนี้ให้

2. กรรมการก่อสร้างไม่ทราบสิทธิด้านนี้

สาเหตุส่วนใหญ่น่าจะเกิดจากนายจ้างไม่ได้จ่ายเงินสมทบประกันสังคม หรือกองทุนเงินทดแทน เนื่องจากกลุ่มกรรมการเหล่านี้มักมีการเคลื่อนย้ายอยู่ตลอดเวลา ทำงานในช่วงระยะเวลาสั้น (มักไม่เกิน 1 ปี)

ในฐานะที่สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร มีหน้าที่รับผิดชอบด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน และรักษาโรคในเขตกรุงเทพมหานคร มีศูนย์บริการสาธารณสุข 61 แห่ง และศูนย์บริการสาธารณสุขสาขาอีก 82 แห่ง กระจายอยู่ทั่วกรุงเทพมหานคร ถือได้ว่าเป็นจุดเด่นข้อหนึ่งคือ มีการกระจายของศูนย์บริการทางการแพทย์ครอบคลุมพื้นที่ในเขตกรุงเทพมหานคร เพียงแต่มีการเพิ่มระยะเวลาในการให้บริการเพื่อสนองความต้องการของกลุ่มกรรมการก่อสร้าง โดยเปิดเป็นคลินิกตรวจผู้ป่วยด้วยโรคต่างๆไปนอกเวลาราชการ ตั้งแต่ 16.00 น.-20.00 น. ในแหล่งที่มีชุมชนหนาแน่นหรือมีแหล่งก่อสร้างจำนวนมาก พร้อมกับเร่งประชาสัมพันธ์การบริการรูปแบบดังกล่าว

อีกรูปแบบหนึ่งของการให้บริการทางการแพทย์ที่จะเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายก็คือ การจัดหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ ซึ่งทางหน่วยงานที่ผู้วิจัยปฏิบัติงานอยู่ได้กระทำอยู่แล้ว ข้อดีอีกประการหนึ่งของหน่วยแพทย์เคลื่อนที่คือเราสามารถให้สุขศึกษา ความรู้ที่ถูกต้อง ตลอดจนวิธีปฏิบัติตนยามเจ็บป่วยแบบเป็นกลุ่มได้

กรณีเจ็บป่วยหนัก

พบประเด็นที่น่าสนใจดังนี้

1. สาเหตุของการเจ็บป่วยหนัก ส่วนใหญ่เป็นโรคทั่วไป (ร้อยละ 66.7)
2. กรรมการก่อสร้างมักเลือกใช้บริการทางการแพทย์ของรัฐ ร้อยละ 66.7 (ร้อยละ 60.0 ในเขตรอบนอก ร้อยละ 75.0 ในเขตรอบใน)
3. ค่าเฉลี่ยของค่ารักษายาบาลกรณีเจ็บป่วยหนัก ในโรงพยาบาลเอกชนสูงที่สุด รองลงมาเป็นคลินิก และโรงพยาบาลของรัฐ ส่วนการซื้อยากินเองมีค่าเฉลี่ยของค่ารักษายาบาลต่ำสุด
4. ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 44.5) นายจ้างจะเป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายทั้งหมด
5. เหตุผลของการเลือกใช้บริการทางการแพทย์ของเอกชน คือ เงินทางสะดวก บริการดี
6. เหตุผลหลักของการเลือกใช้บริการทางการแพทย์ของรัฐ คือ อากาศ

เจ็บป่วยรุนแรง และนายจ้างพาไปรักษา

ในกรณีเจ็บป่วยหนักจนต้องนอนโรงพยาบาล กรรมการก่อสร้างมักจะเลือกใช้สถานบริการทางการแพทย์ของรัฐ ผู้วิจัยคาดว่าน่าจะมีสาเหตุจาก ค่าใช้จ่ายในการรักษาในโรงพยาบาลของเอกชนสูงมาก (แสดงดังตารางที่ 4.15) และทางโรงพยาบาลเอกชนมักเรียกเก็บเงินมัดจำก่อนเข้านอนในโรงพยาบาล อีกทั้งนายจ้างมักเป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลทั้งหมด เพื่อเป็นการประหยัดค่าใช้จ่าย นายจ้างจึงมักพากรรมการก่อสร้างที่ป่วยหนักไปรักษาที่สถานบริการทางการแพทย์ของรัฐ

อย่างไรก็ตาม ร้อยละ 11.1 ของกรรมการก่อสร้างที่เจ็บป่วยหนักใช้บริการทางการแพทย์ที่โรงพยาบาลเอกชน ซึ่งผู้วิจัยคาดว่าอาจเป็นกลุ่มที่รักษาฟรีโดยใช้จ่ายกองทุนเงินทดแทน หรือประกันสังคม (ตารางที่ 4.19)

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าถ้านายจ้างจัดให้มีสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล โดยจ่ายเข้าสมทบกองทุนเงินทดแทน หรือกองทุนประกันสังคม ย่อมเป็นหลักประกันด้านการรักษาพยาบาลให้กับกลุ่มกรรมการก่อสร้าง แต่กรรมการก่อสร้างส่วนใหญ่จะไม่ได้รับสวัสดิการด้านนี้เนื่องจาก เป็นแรงงานอพยพ ย้ายที่อยู่บ่อยตามสภาพของงาน ผู้วิจัยคิดว่าควรจัดให้มีบัตรประกันสุขภาพแก่กลุ่มกรรมการ

ก่อสร้าง และสามารถใช้บริการจากสถานบริการของรัฐได้ทั่วประเทศ โดยกระทรวงสาธารณสุขจะต้องเชื่อมโยงเครือข่ายบัตรประกันสุขภาพทั้งประเทศเข้าด้วยกัน (ขณะนี้กำลังดำเนินการอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร) โดยหน่วยงานต่างๆ ที่มีหน้าที่ดูแลด้านสุขภาพ จะต้องประสานงานกัน เช่น กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานแพทย์ สำนักงานนายจ้าง โรงพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ

ปัญหาของกลุ่มกรรมการก่อสร้างเป็นปัญหาที่สลับซับซ้อนและสะสมมานาน ขาดการดูแลแก้ไขอย่างจริงจังตั้งแต่ปัญหาจะเป็นสาเหตุซึ่งกันและกัน เกิดเป็นวงจรแห่งความชั่วร้าย (Vicious Cycle) เป็นเหตุให้ปัญหาอื่นๆรุนแรงยิ่งขึ้น การแก้ไขปัญหาลักษณะนี้คงไม่มีวิธีใดวิธีหนึ่งที่ดีที่สุด ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ต้องมีการจัดวางระบบแก้ไขอย่างดี การแก้ไขในลักษณะต่างคนต่างทำ จะไม่ช่วยให้ปัญหาต่างๆ ของกรรมการก่อสร้างคลี่คลายลงได้ ซึ่งข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย

ปัญหาด้านแรงงาน

1. ควรมีหน่วยงานของรัฐในต่างจังหวัดคอยให้คำปรึกษาแนะนำ ให้ความรู้ เกี่ยวกับกฎหมายแรงงานแก่กลุ่มคนงานที่ต้องการเข้ามาทำงานในเขตกรุงเทพมหานคร
2. จัดฝึกอบรมด้านอาชีพให้กับกลุ่มคนงานเพื่อให้เป็นแรงงานมีฝีมือ (Skilled Labor) ก่อนที่จะอพยพเข้ามาทำงานในเขตกรุงเทพมหานคร
3. สร้างความเข้าใจที่ถูกต้องให้กับกลุ่มนายจ้างหรือผู้รับเหมาก่อสร้าง ถึงประโยชน์ที่จะได้รับในการปฏิบัติตามกฎหมายแรงงาน หรือประกันสังคม
4. พยายามเร่งสร้างงานในต่างจังหวัดเพื่อลดการอพยพของแรงงานสู่เมืองหลวง
6. ส่งเสริมให้คนงานจากจังหวัดเดียวกันและจังหวัดใกล้เคียง รวมตัวจัดตั้งกลุ่มเพื่อลดการเอาเปรียบจากกลุ่มนายจ้าง
7. หน่วยงานของรัฐต้องเร่งให้กฎหมายแรงงานที่มีอยู่มีผลในทางปฏิบัติอย่างแท้จริงจัดให้มีการทำสัญญาจ้างงานเป็นลายลักษณ์อักษรก่อนเข้าทำงาน

ปัญหาด้านสุขภาพอนามัย

- ซึ่งผู้วิจัยรับผิดชอบงานด้านสาธารณสุขของโรงพยาบาลคิดว่าควรมีการจัดวางระบบดังนี้
1. ระบบฐานข้อมูลเกี่ยวกับคนงานก่อสร้างในเขตรับผิดชอบ โดยในขั้นแรกจะต้องทำการสำรวจแหล่งก่อสร้างทั้งหมดที่มีอยู่ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ
 2. จัดวางระบบให้ผู้รับเหมาก่อสร้างต้องแจ้งจำนวนคนงานที่อยู่ในความรับผิดชอบเมื่อเริ่มลงมือก่อสร้างและแจ้งเป็นระยะๆ
 3. ให้อาสาสมัครสาธารณสุขหรือกรรมการชุมชน รายงานแหล่งก่อสร้างใหม่ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบให้กับโรงพยาบาลหรือหน่วยงานศูนย์บริการสาธารณสุขที่รับผิดชอบพื้นที่นั้นทราบทุกครั้ง
 4. แจ้งให้คนงานก่อสร้างทราบถึงสถานบริการทางการแพทย์ของรัฐที่สามารถจะไปรับบริการได้
 5. จัดหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ออกไปตามแหล่งก่อสร้างเพื่อตรวจรักษาโรค และให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องสุขภาพอนามัยที่เป็นปัญหาในกลุ่มกรรมกรก่อสร้าง และลดพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ
 6. จัดให้มีการศึกษาแก่บุตรหลานของกรรมกรก่อสร้าง
 7. หน่วยงานโยธาและงานพัฒนาชุมชนของสำนักเขต ควรหมั่นออกตรวจตามแหล่งก่อสร้างโดยเน้นในเรื่องสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและมาตรการในการป้องกันอุบัติเหตุจากงาน

8. จัดให้มีการเฝ้าระวังโรคที่เหมาะสมเพื่อที่จะสามารถป้องกันการระบาดของโรคได้ทันที

9. จัดให้มีบริการตรวจโรคนอกเวลาราชการตั้งแต่เวลา 16.00 น.-20.00 น.
(Extended OPD)

10. จัดให้มีโครงการบัตรสุขภาพแก่กลุ่มกรรมกรก่อสร้าง และสร้างเครือข่าย (Net Work) เพื่อให้สามารถใช้บริการจากโรงพยาบาลของรัฐได้ทั่วประเทศ

ข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งนี้ศึกษาเฉพาะด้านกรรมกรก่อสร้างเท่านั้น ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในด้านของผู้รับเหมา หรือนายจ้าง เกี่ยวกับปัญหาที่พบในกลุ่มกรรมกรก่อสร้างในด้านต่าง ๆ เช่น การเคลื่อนย้ายแรงงาน ปัญหาด้านสุขภาพ การทำประกันสังคม เป็นต้น

2. การศึกษาในเชิงปริมาณครั้งนี้ ข้อมูลที่ได้จะแสดงให้เห็นภาพรวมกว้าง ๆ ไม่สามารถที่จะอธิบายรายละเอียดต่าง ๆ ได้ ดังนั้นจึงควรที่จะมีการศึกษาในเชิงคุณภาพร่วมด้วยเพื่อที่จะทำให้ได้ข้อมูลทั้งในแนวกว้างและในแนวลึก ทำให้ข้อมูลมีความชัดเจน สามารถที่จะนำไปใช้ในการแก้ปัญหาได้ง่ายและตรงประเด็นมากยิ่งขึ้น

3. ควรมีการศึกษาในด้านของความคิดเห็น และความต้องการของกรรมกรก่อสร้างเกี่ยวกับสวัสดิการด้านต่างๆ ตลอดจนรูปแบบการให้บริการทางสุขภาพที่กรรมกรก่อสร้างต้องการ

4. การศึกษาเกี่ยวกับปัญหาของกรรมกรก่อสร้างในด้านต่างๆ มีผู้ศึกษามากพอสมควร ข้อมูลที่ได้มีลักษณะคล้ายคลึงกัน ผู้ที่มีความประสงค์จะทำการศึกษาเกี่ยวกับกรรมกรก่อสร้างควรใช้ประโยชน์จากข้อมูลที่มีผู้เคยศึกษาไว้แล้วเหล่านั้น ควรทำการศึกษาในลักษณะของรูปแบบในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ให้กับกลุ่มกรรมกรก่อสร้าง ไม่ควรศึกษาในลักษณะของการสำรวจเพื่อหาปัญหาของกรรมกรก่อสร้างอีก