

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ศึกษาหนังสือเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะนำเสนอตามลำดับหัวข้อดังต่อไปนี้

1. พฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์
2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้บริการทางการแพทย์
3. อุตสาหกรรมก่อสร้าง
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับอุตสาหกรรมก่อสร้าง

พฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ : พฤติกรรมสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย (Illness behavior)

ตามแนวความคิดของ Kasl S. และ Cobb S. (1966 อ้างถึงในประภาเพ็ญ สุวรรณ และสรวง สุวรรณ, 2532) ได้ให้คำนิยามของพฤติกรรมสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยไว้ว่า หมายถึงการปฏิบัติที่บุคคลกระทำเมื่อมีอาการผิดปกติ หรือความรู้สึกของบุคคลนี้มีต่ออาการหรือความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกาย ซึ่งบุคคลนั้นมีความเชื่อมั่นว่าเป็นอาการของความเจ็บป่วยโดยพยายามอธิบายหรือตีความหมายอาการที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์ของตนเอง การปรึกษาเพื่อนญาติ พี่น้อง และพยายามแสวงหาความช่วยเหลือด้วยวิธีการต่าง ๆ นานา เพื่อให้อาการเหล่านั้นหมดไป

ดังนั้นพฤติกรรมสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย จึงได้แก่ การตอบสนองต่ออาการทางร่างกาย แสวงหาความคิดเห็น และคำแนะนำจากบุคคลอื่นซึ่งตัวเองมีความเชื่อว่า เขามีความชำนาญด้านสุขภาพ โดยไม่คำนึงว่าบุคคลเหล่านั้นจะเป็นที่ยอมรับจากสังคมส่วนใหญ่หรือไม่ (เช่น หมอพื้นบ้าน, ผู้บำบัดโรคที่ไม่ใช่วิชาชีพ, ญาติพี่น้อง, เพื่อนบ้าน, มิตรสหาย, ผู้ร่วมงาน) การแสวงหาการรักษาพยาบาล การหลบหนีจากสังคม และรวมถึงพฤติกรรมที่บุคคลนั้นไม่ทำอะไรเลย ซึ่ง

ขณะเดียวกันก็จะคอยสังเกตอาการว่า อาการผิดปกติจะหายไปเองได้หรือไม่

อเดย์ และแอนเดอร์เซน (Aday And Andersen, 1975) ได้สร้างรูปแบบการศึกษาเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาถึงการให้บริการทางการแพทย์ทั้งระบบ โดยเริ่มต้นจากระบบการให้บริการทางการแพทย์ว่าประกอบด้วยปัจจัยใดบ้าง โดยมองตั้งแต่นโยบายสาธารณสุขเกี่ยวกับการจัดสรรงบประมาณ การจัดระบบการศึกษา การจัดสรรอัตรากำลัง การจัดองค์กรสาธารณสุขว่าจะมีผลต่อลักษณะระบบการให้บริการทางการแพทย์และลักษณะของผู้ใช้ หรือประชากรกลุ่มเสี่ยงอย่างไร ดังนี้คือ

1. ลักษณะของระบบการให้บริการทางการแพทย์ (Characteristic of health delivery system) ปัจจัยทางด้านนี้จะพิจารณาถึงระบบการให้บริการทางการแพทย์ของสถานบริการสาธารณสุขในแต่ละด้านแต่ละแห่ง ซึ่งประกอบด้วยทรัพยากรที่ได้รับจัดสรร ทั้งในด้านปริมาณและการกระจาย นอกจากนี้ยังพิจารณาเกี่ยวกับองค์กรสาธารณสุข ในด้านระบบการให้บริการและลักษณะการทำงานของเจ้าหน้าที่ว่าจะมีผลต่อการให้บริการทางการแพทย์ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ และลักษณะของผู้รับบริการหรือประชากรกลุ่มเสี่ยงอย่างไร

2. ลักษณะของประชาชนผู้ใช้บริการหรือประชากรกลุ่มเสี่ยง (Characteristic of population at risk) เป็นปัจจัยทางด้านประชากร เศรษฐกิจ และสังคมจิตวิทยาของผู้ใช้บริการ แบ่งได้เป็น 3 ปัจจัยคือ

2.1 ปัจจัยนำ (Predisposing factors) เป็นปัจจัยเกี่ยวกับตัวบุคคล ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากรคือ อายุ เพศ ปัจจัยโครงสร้างสังคมคือ เชื้อชาติ ศาสนา ระดับการศึกษา และค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วย

2.2 ปัจจัยสนับสนุน (Enabling factors) เป็นปัจจัยที่สนับสนุนหรือเกื้อกูลให้บุคคลสามารถไปใช้บริการได้ ปัจจัยด้านนี้ ได้แก่ รายได้ หรือทรัพยากรของครอบครัว และแหล่งบริการที่จัดไว้ในชุมชนที่ประชาชนจะไปใช้บริการได้เมื่อต้องการ

2.3 ปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพ (Needs for health services) เป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลรับรู้ว่าการเจ็บป่วยเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นได้กับทุกคน และเมื่อเจ็บป่วยแล้วจะต้องให้ความสำคัญต่อการเลือกใช้บริการทางการแพทย์ที่เหมาะสมด้วย ปัจจัยด้านนี้ ได้แก่ การรับรู้ด้านสุขภาพและการประเมินความรุนแรงของการเจ็บป่วย

ซึ่งปัจจัยทั้ง 3 ด้านดังที่ได้กล่าวแล้ว จะส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ในด้านต่าง ๆ ดังนี้คือ

1. ความพึงพอใจต่อความสะดวก (Convenience) ที่ได้รับจากบริการ ได้แก่

ก. การใช้เวลารอคอยต่อบริการต่างๆในสถานบริการ

ข. การได้รับการรักษาดูแล เมื่อมีความต้องการ

ค. ความสะดวกสบายที่ได้รับในสถานบริการ

2. ความพึงพอใจต่อความพร้อมและการประสานงานของการบริการ(Availability)

ได้แก่

ก. การได้รับบริการครบทุกประเภทในสถานบริการแห่งหนึ่งตามความต้องการของผู้ป่วย

ผู้ป่วย

ข. การที่เจ้าหน้าที่ให้ความสนใจต่อสุขภาพทั้งหมดของผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ

ค. ได้มีการติดตามผลการรักษา

3. ความพึงพอใจต่ออัธยาศัย ความสนใจของผู้ให้บริการ (Courtesy) ได้แก่ การแสดงอัธยาศัยท่าทางอันดี เป็นกันเองของผู้ให้บริการ และการแสดงความสนใจ ห่วงใยต่อผู้ป่วย

4. ความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับจากการบริการ(Medical information)สามารถแยกข้อมูลได้เป็น 2 ประเภท คือ

ก. ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุการเจ็บป่วย

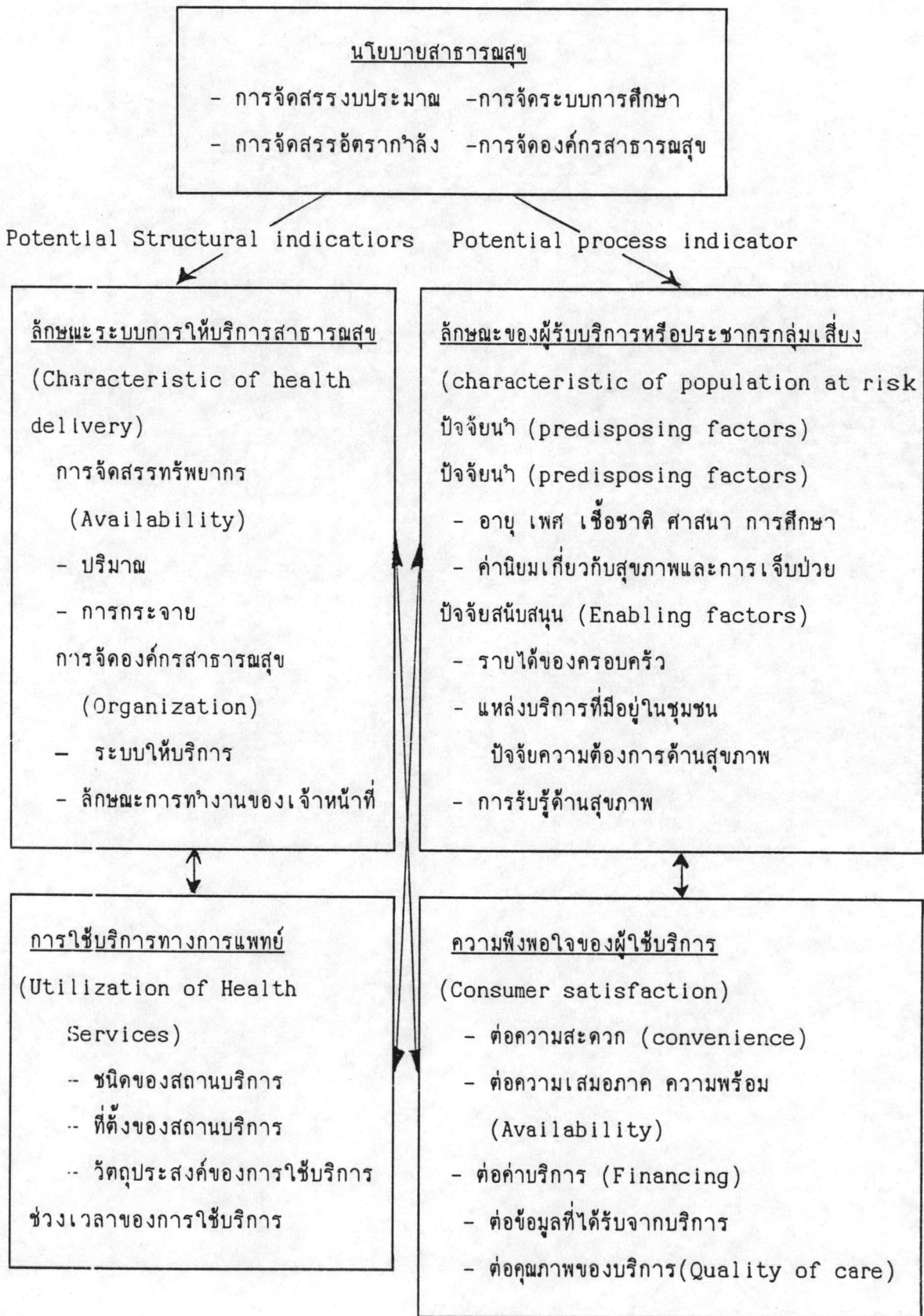
ข. ข้อมูลเกี่ยวกับการให้การรักษาแก่ผู้ป่วย เช่น ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติตน และการใช้ยา เป็นต้น

5. ความพึงพอใจต่อคุณภาพของการบริการ (Quality of care) ได้แก่ คุณภาพของการดูแลทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับ ในทัศนะของผู้ป่วยที่มีต่อบริการของสถานบริการแห่งนั้น

6. ความพึงพอใจต่อค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ (Out of pocket costs) ได้แก่ ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยจ่ายไปกับการรักษาความเจ็บป่วย

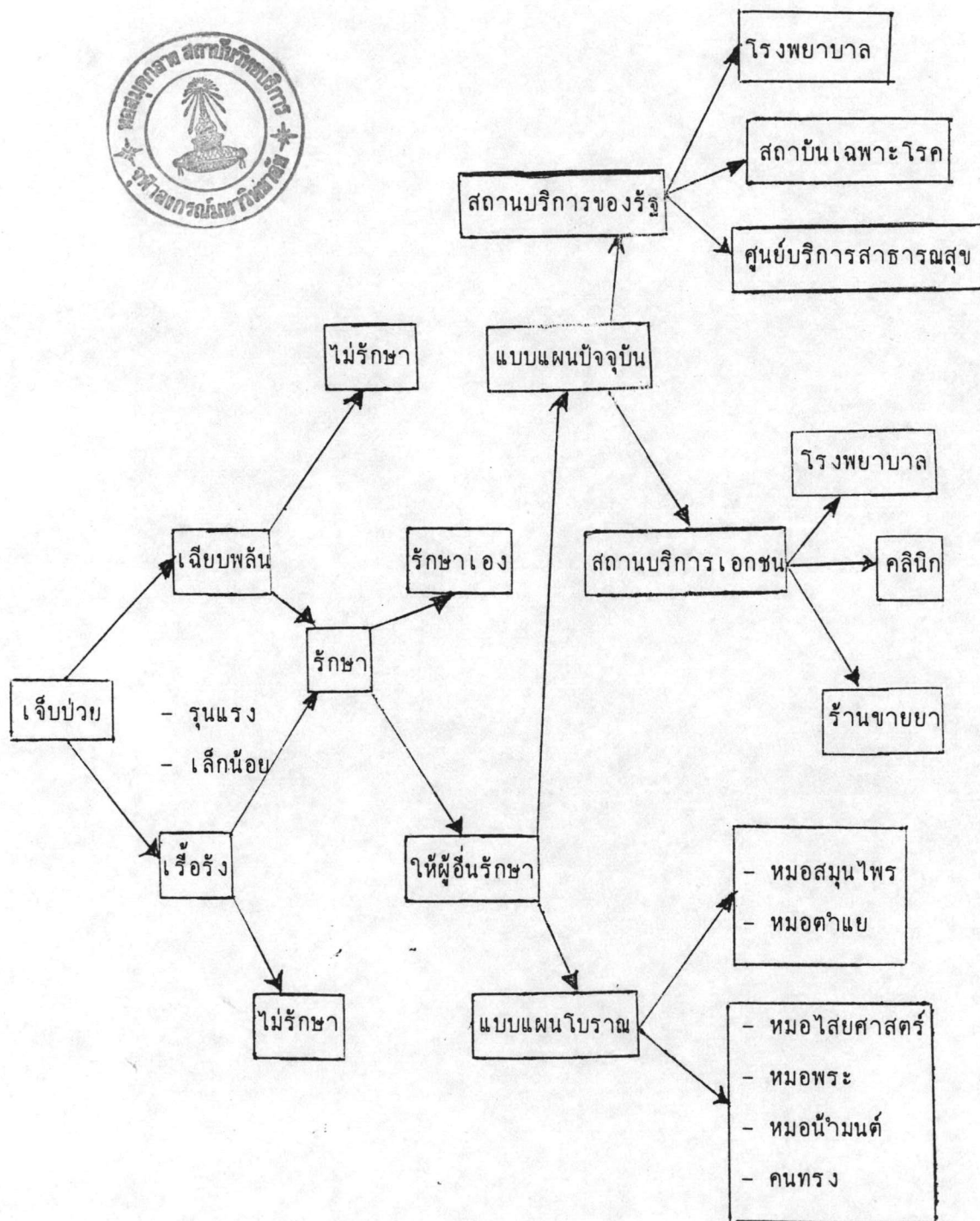
นอกจากนี้ลักษณะของผู้รับบริการ หรือประชากรกลุ่มเสี่ยง และลักษณะระบบการให้บริการสาธารณสุข ยังส่งผลต่อการใช้บริการทางการแพทย์ ตามชนิดและที่ตั้งของสถานบริการ วัตถุประสงค์ของการใช้บริการ และช่วงเวลาของการใช้บริการด้วย ในขณะที่เดียวกันก็จะพบว่า ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการมีความสัมพันธ์ซึ่งกัน และกันกับการใช้บริการสาธารณสุข ดังแผนผังแสดงรูปแบบของการศึกษาการให้บริการทางการแพทย์ในแผนภูมิที่ 2.1

แผนภูมิที่ 2.1 รูปแบบของการศึกษาการใช้บริการทางการแพทย์



จากทั้งหมดที่ได้กล่าวมาแล้วนั้นจะพบว่า มีปัจจัยมากมายที่มีผลต่อพฤติกรรม การเลือกใช้บริการทางการแพทย์ ซึ่งพอสรุปแนวทางการเลือกใช้บริการทางการแพทย์เมื่อเจ็บป่วยได้ ดังแสดงในแผนภูมิที่ 2.2

แผนภูมิที่ 2.2 แสดงแนวทางการเลือกใช้แหล่งบริการทางการแพทย์ เมื่อเจ็บป่วยของประชาชน



ผลงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ของประชาชนว่ามีรูปแบบการใช้บริการอนามัยจากแหล่งใด มีปัจจัยอะไรบ้างที่กำหนดการเลือกใช้แหล่งบริการทางการแพทย์และปัจจัยแต่ละด้านมีความสัมพันธ์กับการใช้บริการทางการแพทย์ของประชาชนอย่างไร ได้มีผู้ศึกษาไว้บ้างแล้วดังนี้คือ

เดย์และบุญเลิศ เลี้ยวประไพ (2520) ศึกษาแบบแผนการใช้บริการทางการแพทย์ในชนบทไทย ที่จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ส่วนใหญ่นิยมใช้สถานบริการแผนปัจจุบัน โดยแบ่งเป็นการใช้บริการทางการแพทย์ของรัฐได้แก่ โรงพยาบาล สถานีอนามัย เป็นต้น ร้อยละ 60.5 การใช้สถานบริการทางการแพทย์ของเอกชน ได้แก่โรงพยาบาลเอกชน คลินิกเอกชน เป็นต้น ร้อยละ 14.0 และใช้บริการร้านขายยา ร้อยละ 11.4 ที่เหลือ ร้อยละ 13.6 ได้แก่ พวกที่นิยมใช้สถานบริการแบบแผนโบราณ ผู้ที่อยู่อาศัยในเขตเมือง มีอัตราการใช้บริการที่คลินิกเอกชน และโรงพยาบาลจังหวัดสูงกว่าผู้ที่อยู่ในชนบท ซึ่งใช้บริการหมอตำแย หมอฉีดยาแพทย์ประจำตำบล พนักงานอนามัยของรัฐและโรงพยาบาล และหัวหน้าครอบครัวที่มีอายุมากกว่าจะมีอัตราการใช้หมอโบราณสูงกว่าหัวหน้าครอบครัวที่มีระดับอายุต่ำกว่า ความรุนแรงของการเจ็บป่วยในแต่ละครั้งมีผลต่อการเลือกใช้บริการทางการแพทย์ โดยถ้าเจ็บป่วยเล็กน้อยมักจะรักษาตนเองโดยการซื้อยาจากร้านขายยา ร้อยละ 58 แต่ถ้าบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยหนักส่วนใหญ่มักจะไปสถานบริการอนามัยของรัฐ ร้อยละ 60.6 สภาพการอ่านออกเขียนได้และการศึกษามีความเกี่ยวข้องกับการใช้บริการทางการแพทย์จากโรงพยาบาลจังหวัด และคลินิกเอกชน

กองแผนงานกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (อ้างถึงใน ลือชัย ศรีเงินยวง และทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, 2533) สํารวจเกี่ยวกับการใช้แหล่งบริการรักษาพยาบาลของประชาชน คือการสำรวจสภาวะอนามัย การแสวงหาและการใช้บริการสาธารณสุขของชุมชน ปีพ.ศ.2513, พ.ศ.2522 และ พ.ศ.2528 โดยศึกษาตัวอย่างทั่วประเทศ พบว่าประชาชนส่วนใหญ่ซื้อยากินเอง ร้อยละ 51.4 และ 42.3 ในปี พ.ศ.2513 และ 2522 ตามลำดับ แต่ในปี พ.ศ.2528 ประชาชนส่วนใหญ่ คือร้อยละ 32 ไปใช้บริการที่โรงพยาบาลของรัฐ รองลงมาคือซื้อยากินเองร้อยละ 22.3 ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของสำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี พ.ศ.2529 ซึ่งได้ศึกษาพฤติกรรมเมื่อประชาชนเจ็บป่วยพบว่า 'ในภาคกลาง (ไม่รวม กทม.)' ร้อยละ 49.29 ของประชาชนซื้อยารับประทานเอง รองลงมาคือใช้บริการโรงพยาบาลของรัฐ (ร้อยละ 22.85) ส่วนประชาชนใน กทม. มีการใช้บริการในคลินิกและโรงพยาบาลเอกชนมากที่สุด ร้อยละ 42.03 ซึ่งสอดคล้องกับ อนุสรณ์

สุนทรพงศ์ (2522) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางด้านสุขภาพอนามัย ของประชาชนแขวง สีพระยาและมหาพศดาราม พบว่า ร้อยละ 36.79 รักษาที่คลินิกแพทย์ ร้อยละ 34.55 ซื้อมา กินเอง ร้อยละ 28.37 รับประทานอาหารที่โรงพยาบาลของรัฐ โรงพยาบาลเอกชน และที่ศูนย์บริการ สาธารณสุขของกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 0.09 รักษาด้วยเวทมนต์ไสยศาสตร์

ชื่นชม เจริญยุทธ(2522) ศึกษาปัจจัยที่กำหนดการเลือกใช้บริการสาธารณสุขประเภท ต่าง ๆ ของประชาชนในชนบท จังหวัดชัยภูมิ และในตำบลที่มีสถานอนามัย จำนวน 8 ตำบล ผลการศึกษาพบว่า วิธีการรักษาตัวของประชาชนเมื่อเจ็บป่วยที่นิยมมากที่สุดคือ รักษาตัวเองหรือ รักษาตนเองโดยญาติหรือเพื่อนบ้าน ซึ่งไม่ใช่หมอ ร้อยละ 30.3 รองลงมาก็ใช้บริการของรัฐ ร้อยละ 26.5 ใช้บริการเอกชน ร้อยละ 22.1 และใช้การรักษาแผนโบราณร้อยละ 10.1 ซึ่งแตกต่างกับผลการศึกษาของ ภาควิชาพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (2522) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อบริการทางการแพทย์ของประชาชน จังหวัดขอนแก่น พบว่า วิธีปฏิบัติตนเมื่อเจ็บป่วยของประชาชน นิยมไปรับบริการรักษาจาก โรงพยาบาลจังหวัด ร้อยละ 25.1 ไปรับบริการจากสถานอนามัยใกล้บ้าน ร้อยละ 17.9 ซื้อมากินเอง ร้อยละ 12.7 รับการรักษาจากคลินิกเอกชน ร้อยละ 3 นอกจากนี้ผลการศึกษาของ ชื่นชม เจริญยุทธ (2522) ยังพบอีกว่า ระยะทางมีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้บริการกล่าวคือ ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ใกล้สถานบริการ จะมีการใช้บริการมากกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ห่างไกลออกไป ซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของ เคย์ และบุญเลิศ เลี้ยวประไพ (2520) ที่พบว่า ประชาชนเลือก ใช้แหล่งบริการที่ใกล้ตัวที่สุดก่อน นอกจากนี้การศึกษาของ สาลี เปลี่ยนบางช้างและคณะ (2521) ที่ศึกษาเกี่ยวกับสังคมจิตวิทยาของการใช้บริการสาธารณสุขของรัฐในชนบทภาคกลาง พบว่า ประชาชนจะ เลือกใช้บริการที่สถานอนามัยที่อยู่ใกล้ และเดินทางไปได้สะดวกเช่นกันอีกด้วย

กองสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข(2522) ศึกษารูปแบบการให้บริการทางการแพทย์ของคนไทย พบว่า ในการใช้บริการจากโรงพยาบาลของรัฐ กลุ่มที่มีการศึกษาสูงกว่า ประถมศึกษาปีที่ 4 จะใช้บริการมากกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาระดับอื่น ๆ คือ ประถม ร้อยละ 15 ขณะที่กลุ่มที่มีการศึกษา ระดับประถมศึกษาปีที่ 4 และต่ำกว่า มีอัตราการใช้บริการโรงพยาบาล ของรัฐเท่ากัน คือ ประถมร้อยละ 9 ตรงกันข้ามกับการใช้บริการของสถานอนามัย ซึ่งผู้มีการ ศึกษาประถมศึกษาปีที่ 4 และต่ำกว่าจะใช้สถานอนามัยประมาณร้อยละ 6 ส่วนที่มีการศึกษาสูง กว่าประถมศึกษาปีที่ 4 มีการใช้สถานอนามัยเพียงร้อยละ 3 เท่านั้น เมื่อพิจารณาการให้บริการ ของเอกชน พบว่า มีแบบแผนการให้บริการเช่นเดียวกับโรงพยาบาลของรัฐ กล่าวคือ พวกที่มีการ ศึกษาสูงกว่าประถมศึกษาปีที่ 4 จะใช้บริการมากที่สุดประมาณร้อยละ 25 ส่วนผู้ที่มีการศึกษา ประถมศึกษาปีที่ 4 และต่ำกว่า มีอัตราการใช้เท่ากันประมาณร้อยละ 14

เบญจา ยอดคำเนิน และคณะ (2523) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของประชาชนในหมู่บ้านที่อำเภอหางฉัตร จังหวัดลำปาง พบว่า ปัจจัยหนึ่งที่เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมการใช้บริการสาธารณสุข คือ ความรุนแรงหรือความถี่ของการเจ็บป่วยแต่ละครั้ง ถ้ามีอาการน้อยก็จะรักษาด้วยตนเอง อาการมากขึ้นก็จะพึ่งหมอในท้องถิ่น ได้แก่ หมอกลางบ้าน หมอพระหรือเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย และถ้ามีอาการรุนแรงถึงพึ่งโรงพยาบาลเป็นแหล่งสุดท้าย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอรทัย รวยอาจิณ และ บุญช่วย จันทรเอี่ยม (2525) พบว่า ถ้าชาวบ้านรับรู้ว่าเป็นการเจ็บป่วยที่มีอาการรุนแรงจะไม่ไปสถานีอนามัย แต่จะไปโรงพยาบาล นอกจากนี้ เบญจา ยอดคำเนิน และคณะ (2523) ยังพบว่าผู้ป่วยจะไปรับบริการจากผู้อื่นขึ้นอยู่กับความเชื่อในสาเหตุของการเจ็บป่วย ถ้าเชื่อว่าโรคที่มีสาเหตุมาจากอำนาจเหนือธรรมชาติ ก็จะรักษาโดยวิธีแผนโบราณ แต่ถ้าเชื่อว่าโรคมีสาเหตุมาจากธรรมชาติก็จะรักษาโดยวิธีแผนปัจจุบัน และพ่อ แม่ ญาติ หรือเพื่อนบ้านผู้ป่วยก็จะมีส่วนช่วยเหลือ แนะนำในการเลือกแหล่งบริการรักษาพยาบาล และตัดสินใจในการเลือกใช้บริการมากกว่าตัวผู้ป่วยเอง

อรทัย รวยอาจิณ และคณะ (2524) ศึกษาเกี่ยวกับสังคมจิตวิทยาในการใช้บริการสาธารณสุขของประชาชนในภาควันออกเฉียงเหนือ พบว่าประชาชนเลือกใช้บริการที่สถานีอนามัยเมื่อมีความพึงพอใจต่อความสามารถของเจ้าหน้าที่ในการทำงาน มีความรู้ให้คำแนะนำกับผู้ป่วยได้ และมีอรรถาศัยที่ดีกับประชาชน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สำลี เปลี่ยนบางช้าง และคณะ (2521) พบว่า ประชาชนจะเลือกใช้บริการที่สถานีอนามัย เพราะตัวเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการมีความสามารถในการรักษา และมีสัมพันธภาพเป็นกันเองกับประชาชน

อรทัย รวยอาจิณ และบุญช่วย จันทรเอี่ยม (2525) ศึกษาวิจัยเรื่องสังคมจิตวิทยาในการใช้บริการสาธารณสุขของรัฐในชนบทภาคกลางโดยศึกษาถึงปัจจัยที่ประชาชนนิยมใช้หรือไม่นิยมใช้บริการของรัฐในชนบท พบปัจจัยต่าง ๆ สรุปได้ดังนี้

1. ปัจจัยทางด้านกายภาพเกี่ยวกับที่ตั้งของสถานีอนามัย พบว่า ประชาชนนิยมไปใช้สถานีอนามัยที่มีทางคมนาคมสะดวก และที่นิยมที่สุดคือ สถานีอนามัยที่ตั้งอยู่ศูนย์กลางของชุมชนหรือที่ตั้งอยู่ริมคลอง

2. ปัจจัยด้านเวลา พบว่า ประชาชนต้องเสียเวลาไปรอรับบริการ และรับคำแนะนำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่ในช่วงเวลาที่เขาจะต้องทำงานประกอบอาชีพ ซึ่งนับว่ามีผลกระทบกระเทือนต่อเวลาที่ใช้ในการประกอบอาชีพ ซึ่งตรงข้ามกับการไปซื้อยาจากร้านขายยา หรือหมอกลางบ้านที่ใช้เวลาเพียงเล็กน้อย สะดวกและรวดเร็ว

3. ปัจจัยทางสังคม สถานภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งเป็นข้าราชการ ทำให้เกิดช่องว่างระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ จากการสำรวจ พบว่า หากเจ้าหน้าที่เอาใจใส่และ

รับผิดชอบต่อผู้รับบริการดี ประชาชนจะมาใช้บริการมาก

4. ปัจจัยด้านราคาค่าบริการ ประชาชนส่วนใหญ่คิดว่า ราคาค่าบริการมีอัตราที่ค่อนข้างสูง (ค่าตรวจเฉลี่ย 21-40 บาท ค่าทำคลอด 350-600 บาท)

นอกจากนี้ยังพบอีกว่า ประชาชนที่ใช้บริการสาธารณสุขในท้องถิ่นให้เหตุผลที่ใช้เพราะเดินทางไปมาสะดวก เจ้าหน้าที่สามารถรักษาให้หายได้ ส่วนเหตุผลที่ไม่ไปใช้บริการสาธารณสุขของรัฐในชนบทเป็นเพราะเดินทางไม่สะดวก เคยไปแล้วเจ้าหน้าที่ไม่อยู่ เจ้าหน้าที่ไม่มีความสามารถ ป่วยเพียงเล็กน้อยจึงซื้อยากินเอง ซึ่งผลการศึกษานี้มีส่วนใกล้เคียงกับการศึกษาแบบแผนการใช้บริการสาธารณสุขในชนบทของประเทศ พบว่าการที่ประชาชนจะไปใช้ หรือไม่ใช่สถานบริการของรัฐมีสาเหตุมาจาก

1. ปัจจัยส่วนบุคคล

- 1.1 การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย
- 1.2 ความรู้ว่ามีบริการให้บริการด้านการแพทย์และอนามัย
- 1.3 เวลาที่สะดวกในการไปรับบริการ
- 1.4 ประสบการณ์ในอดีต และความสนิทสนมคุ้นเคยกับผู้ให้บริการ
- 1.5 การเดินทาง แนวโน้มที่จะไปยังที่อื่น ๆ
- 1.6 เศรษฐฐานะ
- 1.7 ลักษณะทางสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรม

2. ปัจจัยแทรกซ้อน

- 2.1 ระยะทางไกล
- 2.2 ยานพาหนะสำหรับเดินทาง สภาพของถนน ล่าคลอง
- 2.3 ความคิดเห็นของเพื่อนและญาติ
- 2.4 สถานบริการอื่นๆ ที่จะเลือกไปรับบริการ

3. ลักษณะของสถานบริการ

- 3.1 คุณภาพของการให้บริการและชื่อเสียง
- 3.2 เครื่องมือ, วิธีการรักษาพยาบาล
- 3.3 ความเป็นกันเองกับประชาชนและชุมชน
- 3.4 ค่าใช้จ่ายในการมารับบริการ
- 3.5 เวลาที่คอย

สงวน นิติยารัมภ์พงษ์ และคณะ (2525) พบว่าถ้าอายุมากขึ้นโอกาสที่จะเจ็บป่วยด้วยโรคบางโรคมากขึ้น เช่น ผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจส่วนมากจะมีอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป เช่น

เดียวกับ Odin Anderson(1963) และ Given JD. (1978) ที่พบว่า รูปแบบการใช้บริการสาธารณสุขจะเปลี่ยนไปตามอายุ โดยจะมีอัตราการใช้บริการทางการแพทย์ต่างๆ สูงขึ้น ในวัยสูงอายุ

อรทัย รวยอาจิณ และคณะ(2528) ได้ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ในเขตชานเมือง กรุงเทพมหานคร พบว่าในกรณีที่มีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยมักจะนิยมรักษาพยาบาลขั้นแรกแบบอื่น ๆ ซึ่งได้แก่ การปล่อยไว้ให้หายเอง, การไปศูนย์บริการสาธารณสุข, สถานีอนามัย ส่วนการไปคลินิก, การไปโรงพยาบาล และการไปหาหมอแผนโบราณเป็นที่นิยมรองลงมา ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอาการที่เป็น ถ้าเป็นไข้หวัด ท้องร่วงหรือผื่นคันพุพอง นิยมไปศูนย์บริการสาธารณสุข แต่ถ้าเป็นลม มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ นิยมปล่อยไว้ให้หายเอง

เจมส์ ไรลีย์ และสันทัก เสริมศรี (2517) ได้ทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ สาธารณสุขและการคุมกำเนิดของคนไทย พบว่าสภาพเศรษฐกิจมีความสำคัญในการเลือกรับบริการการรักษาพยาบาล

Thomas W.Bice, (1973) ได้ศึกษาถึงการให้บริการการแพทย์และรับรู้ความเจ็บป่วยในโครงการร่วมของ WHO international collaborative Study of Medical Care Utilization โดยวัดออกมาในค่าของ relative risk ในการที่จะไปพบแพทย์ภายใน 2 อาทิตย์ หลังรับรู้ความเจ็บป่วย ไม่ว่าจะเป็นการรู้สึกไม่สบายอย่างมากหรือเพียงแค่จำกัดกิจกรรมต่างๆ ซึ่งพบว่า ค่าสูงถึง 4.50 ในอังกฤษ 4.13 ในเวอรัมอนต์ 15.00 ในประเทศยูโกสลาเวีย จึงพอสรุปได้ว่า ปัจจัยด้านความต้องการด้านสุขภาพเป็นตัวแปรที่มีความสำคัญ โดยเฉพาะการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย

Harshey, et al. (1975) ได้แบ่งลักษณะอาการของความเจ็บป่วย 21 อาการ เป็น 3 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ Acute and Worrisome, Nonacute and Worrisome และ Nonacute Nonworrisome จากการสำรวจในชุมชน 1,065 ราย พบว่า ใน 2 กลุ่มแรกมีอัตราการใช้บริการทางการแพทย์สูงกว่ากลุ่ม Nonacute Nonworrisome จึงพอสรุปได้ว่า ลักษณะของการเจ็บป่วย และการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีผลต่อการใช้บริการทางการแพทย์

Lu Ann Aday. (1975) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการใช้บริการทางการแพทย์ พบว่าประชาชนที่ยากจนจะใช้บริการการแพทย์ในอัตราที่ต่ำกว่ากว่าคนที่ร่ำรวย ถึงแม้ว่าจะมีความจำเป็นหรือเกิดการเจ็บป่วยรุนแรงเท่าๆ กัน นอกจากนี้ยังพบว่าระยะเวลาการเดินทางและการเสียเวลารอคอยพบแพทย์ ก็มีผลต่อการไปใช้บริการเช่นกัน กล่าวคือ ประชาชนที่อยู่ใกล้สถานบริการจะไปรับบริการมากกว่าประชาชนที่อยู่ห่างไกล ยกเว้นในกรณีที่เขามีความ

จำเป็นจริง ๆ เท่านั้น

ความพึงพอใจของผู้ป่วยเป็นเสมือนผลที่แสดงถึงประสิทธิภาพการให้บริการ Linn, et al. (1982) พบว่า จำนวนครั้งของการใช้บริการเป็นตัวบ่งชี้ที่ดีถึงระดับความพึงพอใจผู้ป่วยที่ได้รับระดับพึงพอใจต่ำมักจะใช้บริการน้อยครั้ง แต่ Ware, et al. (1978) ได้ตั้งข้อสังเกตในแง่ของระดับความพึงใจที่มีผลต่อการใช้บริการทางการแพทย์ว่ายังไม่ชัดเจนนัก โดยกล่าวว่าระดับความพึงพอใจในแง่ของเรื่องความสามารถในการจ่ายค่าบริการ และการเข้าถึงการบริการดูเหมือนจะไม่ใช่เป็นตัวบ่งชี้ที่เกี่ยวกับการบ่งชี้การให้บริการทางการแพทย์ที่ดี

Zipkin, et al. (1984) ศึกษาความพึงพอใจในการใช้บริการสาธารณสุข ในชนบทที่ประเทศอิสราเอล โดยใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาเด็กอายุต่ำกว่า 14 ปี จำนวน 110 คน ในหมู่บ้านเกษตรกรรม 2 แห่ง ผลการศึกษาพบว่า มารดามีความพึงพอใจในการใช้บริการสาธารณสุข ถ้าแพทย์ใช้เวลาในการตรวจรักษาและพูดคุยกับผู้ป่วยนาน ๆ

อุตสาหกรรมก่อสร้าง

การก่อสร้างมีความหมายครอบคลุมถึงการก่อสร้างและวิศวกรรมโยธา ซึ่งรวมถึงกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการขุดเจาะ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้าง การซ่อมแซม การคงสภาพที่ดีไว้ การรีโนเวทอาคาร สิ่งก่อสร้าง และโครงการสร้างทุกชนิด ตัวอย่างของการก่อสร้าง เช่น การสร้างสนามบิน ท่าเรือ อ่าว เขื่อน การสร้างถนน ทางรถไฟ สะพาน อุโมงค์ การทำท่อระบายน้ำ และการทำที่เก็บแหล่งเชื้อเพลิง เหล่านี้เป็นต้น (องค์การแรงงานระหว่างชาติ, 1990)

อุตสาหกรรมก่อสร้างเติบโตอย่างรวดเร็วไปพร้อมกับ การพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจในสังคมไทย การเติบโตของอุตสาหกรรมก่อสร้างก่อให้เกิดความต้องการแรงงานก่อสร้างจำนวนมาก จำนวนของคณงานก่อสร้างในสถานก่อสร้างแต่ละแห่ง จะต่างกันไปตามขนาดของสถานก่อสร้าง พบว่าโครงการก่อสร้างใหญ่ ๆ เกือบทั้งหมดอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร สถานก่อสร้างขนาดใหญ่จำนวนคณงานก็จะมากขึ้นตามลำดับ สถิติของสถานประกอบการอุตสาหกรรม ก่อสร้างในเขตกรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ. 2535 แสดงดังตารางที่ 2.1

ตารางที่ 2.1 แสดงจำนวนสถานประกอบการอุตสาหกรรมก่อสร้างและกรรมกรก่อสร้าง จำแนกตามขนาดของสถานที่ก่อสร้าง

ขนาดของสถานที่ก่อสร้าง (จำแนกตามจำนวนคนงาน)	จำนวน (แห่ง)	จำนวนกรรมกรก่อสร้าง (คน)
1-4 คน	576	1,546
5-9 คน	537	3,631
10-19 คน	592	8,161
20-49 คน	565	16,732
50-99 คน	239	16,178
100-299 คน	216	33,375
300-499 คน	49	17,637
500-999 คน	22	14,274
> 1,000 คน	12	22,910

แรงงานก่อสร้างเหล่านี้ส่วนหนึ่ง คือ แรงงานท้องถิ่น และส่วนหนึ่งซึ่งเป็นส่วนใหญ่ของแรงงานก่อสร้างในเมืองหลักใหญ่ๆ เช่น กรุงเทพฯ ชลบุรี เชียงใหม่ นครราชสีมา ภูเก็ต สงขลา เป็นแรงงานที่อพยพมาจากภาคต่าง ๆ โดยเฉพาะภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ส่วนใหญ่เป็นชาวนามาก่อน

งานก่อสร้างโดยทั่วไป เมื่อพิจารณาตามลักษณะงานที่ทำ ได้แก่ งานแบกหาม ขนหิน คัดเหล็ก ผสมปูน ก่ออิฐ โบกปูน ชัดหิน ชัดชลลัด คควบคุมคนงาน หรืออาจจะจำแนกตามประเภทที่บอตราค่าจ้าง แบ่งงานออกเป็น 2 ประเภทคือ

1) แรงงานที่ไม่ต้องใช้ฝีมือ (Unskilled Labour) ได้แก่ แรงงานทั่วไป ซึ่งแรงงานประเภทนี้จะได้ค่าจ้างต่ำมาก เพราะเป็นแรงงานที่ใช้แค่เพียงกำลังกายเป็นส่วนใหญ่ ไม่ต้องใช้ประสบการณ์หรือเวลาในการฝึกหัดมากเป็นแรงงานที่หาได้ง่าย

2) แรงงานประเภทฝีมือ (Skilled Labour) ได้แก่ แรงงานที่ต้องอาศัยความชำนาญ งานการฝึกหัด และความสามารถเฉพาะตน เช่น แรงงานโบกปูน ทาชลลัด ชัดหิน



เป็นต้น

แรงงานก่อสร้างส่วนใหญ่จะเป็นแรงงานที่อพยพเข้ามาทำงานในบางฤดูกาล บ่อมหาค
ทักษะการฝึกฝน และมักจะเป็นแรงงานที่ไม่ต้องใช้ฝีมือ ค่าจ้างต่ำ

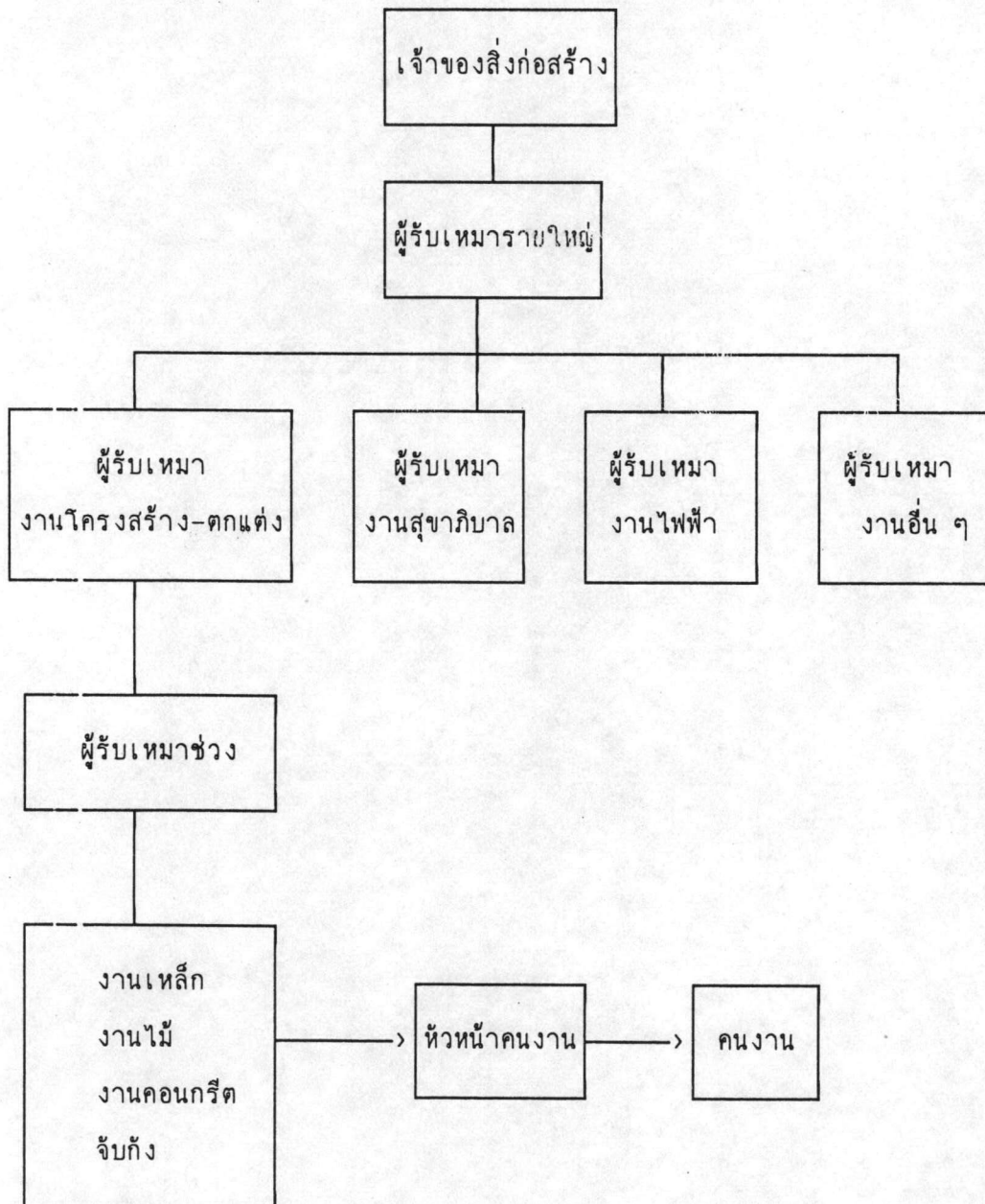
ลักษณะของงานก่อสร้าง

งานก่อสร้าง แบ่งได้เป็น 4 ประเภท คือ

1. ที่พักอาศัย เช่น บ้านพัก คอนโดมิเนียม ทาวน์เฮาส์
2. อาคารสาธารณะ เช่น โรงเรียน โรงพยาบาล โรงแรม อาคารพาณิชย์
3. งานโยธา เช่น สะพาน ถนน สนามบิน เขื่อน
4. งานก่อสร้างเพื่ออุตสาหกรรม เช่น โรงกลั่นน้ำมัน โรงถลุงแร่

โครงสร้างการรับเหมางานก่อสร้าง

แผนภูมิที่ 2.3 แสดงโครงสร้างการรับเหมางานก่อสร้าง



ที่มา : สำนักนโยบายและแผน กระทรวงมหาดไทย.

จากแผนผังอธิบายได้ว่าในการก่อสร้างอาคารขนาดใหญ่ หลังจากเจ้าของสิ่งก่อสร้างมีแบบพร้อมแล้วจะเปิดประมูลการรับเหมาก่อสร้าง ในขั้นตอนนี้การกำหนดผลงานผู้รับเหมาเฉพาะเจาะจง เช่น จะประมูลงานราคา 10 ล้านบาท ผู้รับเหมาต้องเคยทำงาน 5 ล้านบาทขึ้นไปในการก่อสร้างอาคาร 1 หลังในสัญญาเดียว และอาคารนั้นต้องสูง 7 ชั้นขึ้นไป หรือการกำหนดหลักทรัพย์สินค่าประกันของผู้ประมูล ซึ่งเปิดโอกาสให้สถาบันการเงินเข้ามามีบทบาทด้วย สิ่งเหล่านี้เป็นเหตุให้ผู้รับเหมาใหญ่ซึ่งเป็นเสมือนนายหน้าสามารถประมูลงานได้เป็นส่วนใหญ่ บริษัทขนาดกลางและขนาดเล็ก ที่ไม่สามารถประมูลแข่งได้ ต้องลดตัวเองลงเป็นผู้รับเหมาช่วง (Sub-contractor) และจากหลักฐานทั่วไปพอจะยืนยันได้ว่า ในช่วงต้นปี 2524 นั้น ได้มีบริษัทรับเหมาข้ามชาติเริ่มเข้ามาจ้างงานขนาดใหญ่ในประเทศมากขึ้น โดยเข้ามาในรูปแบบร่วมกับบริษัทในประเทศ ซึ่งส่วนใหญ่ก็เป็นบริษัทลูกของสถาบันการเงินและธนาคารในประเทศ และบริษัทขนาดใหญ่ในประเทศที่เคยทำงานข้ามชาติก็เริ่มจะพบอุปสรรคต่างประเทศนานาประการ จึงหันมามุ่งงานในประเทศ ทำให้เกิดการต่อสู้กันระหว่างบริษัทรับเหมาขนาดใหญ่ 2 กลุ่ม อันได้แก่ บริษัทขนาดใหญ่ในประเทศ และบริษัทต่างชาติที่มารับเหมาในประเทศไทย บรรดาบริษัทขนาดกลางขนาดเล็ก จึงมีโอกาสประมูลงานได้น้อยลงไปอีก

โดยทั่วไปการรับเหมาก่อสร้างอาคาร มักแบ่งลักษณะงานออกเป็น งานโครงสร้าง-ตกแต่ง งานสุขาภิบาล และงานไฟฟ้า หากพิจารณาจากจำนวนคนงาน กล่าวได้ว่างานโครงสร้างตกแต่ง เป็นงานที่มีคนงานมากที่สุด งานด้านอื่น เช่น งานสุขาภิบาล ไฟฟ้า คนงานส่วนใหญ่มักมีทักษะในการทำงานอยู่แล้ว จำนวนคนงานไร้ฝีมือมีเพียงเล็กน้อย

จากแผนผังของผู้รับเหมาช่วงที่รับเหมาใหญ่ (ซึ่งมีบทบาทเพียงเป็นนายหน้าประมูลงานแล้วมาส่งงานต่ออีกทอดหนึ่ง) ได้แบ่งงานตามลักษณะต่าง ๆ เป็น งานเหล็ก งานไม้ ฯลฯ นั้น จะเห็นว่าคนงานซึ่งเป็นผู้ใช้แรงงานอยู่ระดับล่างสุดโดยมีหัวหน้าคนงานควบคุมอยู่ งานไม้ งานเหล็ก และคอนกรีตเป็นงานที่ต้องอาศัยฝีมืออยู่บ้าง ในขณะที่งานจับกังเป็นงานที่ไร้ฝีมือมีเพียงแรงงานเท่านั้น ซึ่งคนงานในกลุ่มนี้จะรับค่าแรงต่ำกว่าลักษณะงานอื่น ๆ แรงงานหญิงและเด็กจะอยู่ในกลุ่มนี้มากที่สุด ทั้ง ๆ ที่โดยลักษณะงานก็หนักไม่น้อยกว่างานอื่น ๆ เช่น หิ้วปูน ขนดิน แบกไม้ ฯลฯ มีหลายครั้งที่คนงานระดับล่างพยายามรวมกลุ่มกันเองรับเหมางาน แต่โดยส่วนใหญ่มักเป็นงานเล็ก ๆ เช่น สกัดเสา ฯลฯ ซึ่งลักษณะการรับเหมางานจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อนายจ้างคำนวณดูแล้วว่าต้องการให้เสร็จทันเวลาหรือเสร็จเร็วขึ้น แต่การรับเหมางานเช่นนี้ก็มิเพียงช่วงสั้น ๆ เท่านั้น พอหมดงานหากหัวหน้ากลุ่มไม่สามารถมีเงินสำรองจ่ายให้คนงานในกลุ่มได้สภาพกลุ่มก็ต้องสลายไปโดยปริยายทุกคนต้องดิ้นรนหางานหาเงินมาเลี้ยงชีพวันหนึ่ง ๆ ไป

กล่าวได้ว่าธุรกิจการรับเหมาก่อสร้างที่เริ่มมีการผูกขาดการรับเหมา โดยบริษัทผู้รับเหมายักษ์ใหญ่ ๆ นั้น ยิ่งเป็นส่วนเสริมให้คนงานผู้ใช้แรงงานส่วนใหญ่ซึ่งมาจากชนบทต้องถูกกดขี่ให้อยู่ในระดับล่างที่ต่ำลงไปอีก โดยสภาพการรับเหมางานก่อสร้างขนาดเล็ก เช่น อาคารพาณิชย์ ฯลฯ บริษัทขนาดกลาง หรือขนาดเล็กที่ประมุขงานได้ ก็ย่อมต้องการกำไรในการลงทุนกิจการนี้ การว่าจ้างแรงงานจึงมักใช้ระบบความสัมพันธ์ส่วนตัว นั่นคือขอร้องให้ทำงานล่วงเวลาเพื่อให้งานเสร็จตามกำหนดโดยไม่จ่ายค่าแรงส่วนเกินนั้น มีเพียงความผูกพันที่จะร่วมงานกันต่อไปเรื่อยๆ เท่านั้นเอง โดยไม่ได้คำนึงถึงสุขภาพที่ทรุดโทรมไปก่อนวัยอันสมควร จากสภาพของงานที่หักโหม

เมื่อระบบของการผูกขาดการรับเหมาก่อสร้างเกิดขึ้น เพราะบริษัทใหญ่ที่ทำหน้าที่เป็นเพียงนายหน้าประมูล แล้วมอบงานให้ผู้รับเหมาช่วงซึ่งดำเนินงานโดยบริษัทขนาดกลางหรือขนาดเล็กตามลำดับขั้น ผู้รับเหมาช่วงก็ย่อมที่จะกดแรงงานคนงานระดับล่างหนักเข้าไปอีก ทั้งนี้เพราะสภาวะความบีบรัดทางเศรษฐกิจและเพื่อความอยู่รอด

ขั้นตอนสำคัญในงานก่อสร้าง

สำหรับขั้นตอนสำคัญในงานก่อสร้าง หลังจากการเตรียมการก่อสร้าง เมื่อถึงช่วงการดำเนินการก่อสร้าง ต้องมีการดำเนินการก่อสร้างหลายขั้นตอน ตามลักษณะของแต่ละโครงการ แต่ขั้นตอนที่สำคัญโดยทั่วไปจะคล้ายคลึงกัน ดังนี้

1) การปรับเตรียมพื้นที่ เมื่อทราบตำแหน่งที่จะก่อสร้างต้องทำการศึกษาสภาพพื้นที่เพื่อกำหนดว่าบริเวณใดจะใช้ทำอะไร เช่น ที่พักชั่วคราวคนงาน สำนักงานชั่วคราว ที่เก็บวัสดุ ถ้าบริเวณนั้น ๆ ไม่เหมาะสม อาจต้องปรับพื้นที่ โดยการไถรถแทรกเตอร์

2) การวางผังและการเตรียมงาน เมื่อปักผังแล้ว ก็ทำการก่อสร้างสำนักงานชั่วคราว สถานที่เก็บเครื่องมือเครื่องใช้ สถานที่เก็บกองวัสดุ ตลอดจนบ้านพักคนงาน ส่วนสถานที่ก่อสร้างก็ทำการตรวจสอบระดับพื้นดิน ทำเครื่องหมายแสดงตำแหน่งโครงสร้าง และฐานราก

3) การทำเสาเข็ม งานก่อสร้างนิยมใช้เสาเข็มชนิดตอกมากกว่าชนิดอื่น ๆ เช่น เสาเข็มชนิดเจาะหล่อในที่ หรือเสาเข็มขนาดเล็ก ทั้งนี้การเลือกชนิดของเสาเข็มก็แล้วแต่ความเหมาะสมของสภาพหน่วยงานก่อสร้างนั้น ๆ

4) การทำฐานราก (Footing) ต้องตรวจสอบจำนวนเสาเข็ม ระดับ และตำแหน่งฐานรากให้ถูกต้องก่อนทุกครั้งที่จะทำฐานราก เททรายหยาบรองกันหลุม ราดน้ำให้ชุ่ม แล้วกระทุ้งให้แน่น เทคอนกรีตหยาบให้หัวเสาเข็มโผล่จากคอนกรีตหยาบเล็กน้อย เมื่อคอนกรีตหยาบแห้งดีแล้วก็วางเหล็กตระแกรงฐานราก และเหล็กตอม่อบนเสาเข็ม จากนั้นจึงเริ่มเท

คอนกรีตฐานราก

5) การหล่อเสา (Column) ถ้าเสาไม่แข็งแรงจะเป็นอันตรายมากในโครงสร้างขนาดใหญ่จะมีเหล็กเสริมจำนวนมาก ถ้าเหล็กเสริมแน่นมากจะทำให้การเทคอนกรีตในแบบหล่อเสาล่าช้า ก่อให้เกิดช่องว่าง มีโพรงอากาศภายในเสา ทำให้เสาไม่แข็งแรงรับน้ำหนักไม่ได้ตามที่ออกแบบ

6) การหล่อพื้น (Slab) มีหลายชนิด ได้แก่

6.1 พื้นวางบนดิน (Slab on Ground) จะใช้ดินหรือทรายอัดถมแน่นรองรับเหล็กเสริมรับพื้น ตัดขาดจากเหล็กเสริมในคาน

6.2 พื้นไร้คาน (Flat Slab) เป็นพื้นที่ไม่มีคานรองรับการถ่ายน้ำหนัก จะถ่ายจากพื้นลงสู่เสาโดยตรง

6.3 พื้นวางบนคาน (Slab on Beam) พื้นที่มีคานรับ อาจมี 2 ด้าน หรือ 4 ด้าน เหล็กเสริมในพื้นเชื่อมต่อไปในคาน น้ำหนักของพื้นจะถ่ายไปยังคานที่รองรับ

6.4 พื้นสำเร็จรูป เป็นพื้นที่ทำการหล่อขึ้นส่วนจากโรงงาน นำมาประกอบที่หน่วยงาน โดยวางเหล็กตระแกรง ด้านบนพื้นที่สำเร็จรูปแล้ว จัดเทคอนกรีตทับหลัง

7) ก่ออิฐฉาบปูน ซึ่งต้องใช้น้ำที่สะอาดและแข็งแรงพอ

8) งานหลังคา ถ้าเป็นงานหลังคาเหล็กขนาดใหญ่ ต้องใช้รถยกหรือปั้นจั่น

9) ติดตั้งวงกบประตู หน้าต่าง สุขภัณฑ์ การประปา เครื่องปรับอากาศ ไฟฟ้า ลิฟต์ และอื่น ๆ

10) การตกแต่งและเก็บงาน นับว่าเป็นขั้นตอนสุดท้ายของงาน เมื่อเรียบร้อยแล้วตอนนี้ โครงการก็สามารถเปิดใช้ได้ตามวัตถุประสงค์

ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับอุตสาหกรรมก่อสร้าง

มรกต สิงหะ เชนทร์ (2518) ศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจในอาชีพก่อสร้าง ผลการศึกษาพบว่า คนงานส่วนใหญ่มีความพอใจในระดับปานกลาง และเชื่อว่างานก่อสร้างเป็นงานที่ไม่มั่นคงและไม่คิดที่จะยึดเป็นอาชีพหลักต่อไป คนงานส่วนใหญ่ไม่มีความรู้ในด้านกฎหมาย แรงงาน ขาดความรู้เรื่องสภาพแรงงาน และขาดสำนึกในการที่จะรวมตัวกันเพื่อปกป้องสิทธิของคนงานด้วยตนเอง ถ้าเกิดปัญหาไม่พอใจอย่างใดอย่างหนึ่งขึ้น คนงานส่วนใหญ่มักไม่มีปฏิกิริยาแสดงออก ถ้าเห็นว่าถ้าเกิดขัดแย้งขึ้นระหว่างนายจ้างกับลูกจ้างแล้ว ผลที่ตามมาคือ ลูกจ้างจะถูกไล่ออก และความต้องการของคนงานโดยส่วนใหญ่ เสนอให้นายจ้างปรับปรุงที่

พักอาศัยในแหล่งงานให้มีสภาพดีกว่าที่เป็นอยู่ โดยเพิ่มปริมาณปัจจัย เช่น จำนวนห้องน้ำ ห้องส้วม น้ำประปา และไฟฟ้าให้เพียงพอ

มรกต สิงหะเซนทร์ (2522) ได้ทำการศึกษาเรื่องการศึกษาวิเคราะห์สภาพ และปัญหาแรงงาน ในอุตสาหกรรมการก่อสร้างในเขตกรุงเทพมหานคร เพื่อหาข้อเท็จจริงที่เป็นประโยชน์ในการวางมาตรการ เพื่อแก้ปัญหาของแรงงานในส่วนที่เกี่ยวกับการคุ้มครองแรงงานศึกษาโดยการสัมภาษณ์ลูกจ้างคนงานก่อสร้างอาคาร จำนวน 374 คน โดยแบ่งสัดส่วนตามเพศ และจำนวนคนงานตามขนาดสถานประกอบการ ซึ่งแบ่งเป็น สถานประกอบการขนาดเล็ก ขนาดกลาง ขนาดใหญ่ สํารวจโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ผลการศึกษาพบว่า

คนงานส่วนใหญ่อยู่ในวัยฉกรรจ์เหมาะกับงานที่ค่อนข้างหนักและเสี่ยงภัย คนงานส่วนใหญ่ในสถานประกอบการทั้ง 3 มีการศึกษาระดับต่ำ อายุเฉลี่ย 26.3 ปี เป็นคนงานที่ไม่มีฝีมือมากที่สุด ส่วนใหญ่เป็นคนโสด คนงานหญิงเป็นโสดมากกว่าชาย คือ มีร้อยละ 52.94 มีภูมิลำเนาอยู่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมากที่สุด ร้อยละ 47.13 รายได้ของคนงานส่วนใหญ่ในขณะนั้นมีรายได้ระหว่าง 31.73 - 58.53 บาทต่อวัน ส่วนใหญ่ที่พักอาศัยอยู่ในแหล่งงาน การใช้เวลาว่างพบว่า ร้อยละ 55.73 ต้องทำงานทุกวัน

สภาพการจ้างแรงงานและการคุ้มครองแรงงาน ความคิดเห็นเกี่ยวกับผู้ที่รับผิดชอบในเรื่องของสวัสดิการ สภาพการจ้างงาน พบว่าส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าใครควรจะได้รับผิดชอบ การลาจลาจลและการลาป่วยสามารถลาได้แต่ไม่ได้รับค่าจ้าง นายจ้างไม่ให้สิทธิในเรื่องลาจลาจลร้อยละ 82.52 ส่วนการลาคลอดและการลาอุปสมบทนั้นลาไม่ได้ ต้องออกจากงาน การทำงานล่วงเวลาในสถานประกอบการทำงานขนาดเล็ก พบการทำงานเกินชั่วโมงการทำงานและไม่ได้รับค่าแรงงานโดยนายจ้างเพิกเฉยร้อยละ 97.90 เนื่องจากเป็นการทำงานระยะสั้นไม่เกินหนึ่งชั่วโมง

ทัศนคติต่องานและความรู้ ทัศนคติที่มีต่อกฎหมายแรงงาน พบว่ามีเพียง ร้อยละ 30.57 เท่านั้น มีความพึงพอใจในการทำงาน เกี่ยวกับกฎหมายแรงงาน พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ทราบกฎหมายแรงงานเลยร้อยละ 94.90 การตรวจงานโดยเจ้าหน้าที่ พบว่าคนงานไม่เคยพบเห็นเจ้าหน้าที่จากกรมแรงงานมาตรวจ ร้อยละ 78.02

ความคิดเห็นเกี่ยวกับการรวมตัวกันเป็นองค์กรลูกจ้าง คนงานไม่รู้จักสหภาพแรงงาน ร้อยละ 95.85 ให้ความคิดเห็นว่า ไม่สามารถรวมกันเพื่อประโยชน์ของส่วนรวมได้ ร้อยละ 60.19

ความปลอดภัยในการทำงาน เห็นว่างานที่ทำไม่มีการเสี่ยงอันตราย พบว่า คนงานเคยสะดุดหกล้ม ร้อยละ 86.22 เคยถูกตะปูหรือเส้นตำ ร้อยละ 75.47



เกษม กิตติธรรมทรัพย์ (2524) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะเจริญพันธุ์ของกรรมกรก่อสร้างสตรีใน กทม. โดยศึกษากรรมกรก่อสร้างสตรีวัย 15-44 ปี จำนวน 100 คน ที่ทำงานโดยมิได้ใช้วิชาชีพ ยังอยู่กินกับสามีและทำงานในกรุงเทพมหานคร โดยใช้แบบสอบถามชนิดปลายปิด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ Stepwise Regression Analysis ผลการศึกษาพบว่า กรรมกรก่อสร้างสตรีส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 25-34 ปี ย้ายถิ่นมาจากต่างจังหวัด และมาจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือมากที่สุด ส่วนใหญ่ทำงานก่อสร้างมาน้อยกว่า 1 ปี มีความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด และนิยมใช้ยาเม็ดในการคุมกำเนิดมากที่สุด

อายุ อาชีพเดิมและรายได้ในครอบครัว มีอิทธิพลต่อภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีเหล่านี้ สตรีอายุน้อยมีภาวะเจริญพันธุ์ต่ำ ส่วนสตรีอายุสูงขึ้นจะมีภาวะเจริญพันธุ์สูงขึ้น สตรีที่มีอาชีพเดิมทำไร่ ทำนามีภาวะเจริญพันธุ์ต่ำกว่าสตรีที่มีอาชีพเดิมอื่น ๆ และมีความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ในครอบครัวกับภาวะเจริญพันธุ์ แต่เป็นความสัมพันธ์ที่มีผลมาจากอายุและอาชีพเดิม

อัญชลี สิงหนัตร รินาร์ต (2524) ศึกษาเรื่อง Commuting and The Fertility of Construction Workers in Chiang Mai City โดยศึกษาคนงานก่อสร้างชาย 1,386 คน หญิง 479 คน คนงานก่อสร้างหญิงที่สมรสแล้ว อายุ ระหว่าง 15-44 ปี อีก 132 คน และผู้บริหารโครงการก่อสร้าง จำนวน 23 คน ซึ่งทั้งหมดนี้ทำงานก่อสร้างขนาดใหญ่ 23 แห่ง ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ สัมภาษณ์โดยการสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลเป็นร้อยละ ผลการศึกษาพบว่า

ร้อยละ 77 ของคนงานอายุระหว่าง 15-29 ปี ส่วนใหญ่จบประถมศึกษาปีที่ 4 ร้อยละ 75 เป็นคนเชียงใหม่โดยกำเนิด แรงงานฝีมือเป็นชายมากกว่าหญิง ส่วนแรงงานไร้ฝีมือเป็นหญิง ร้อยละ 81 ซึ่งมากกว่าชายมาก

ร้อยละ 61 ของคนงานพักอยู่บ้านตนเอง ส่วนอีกร้อยละ 27 อาศัยอยู่ในที่พักคนงานใกล้แหล่งก่อสร้าง คนงานเกือบทั้งหมดมีสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับบ้านญาติพี่น้อง สามารถไปมาหาสู่กันอย่างสะดวกสบาย ซึ่งเป็นแรงสนับสนุนที่ดีที่ทำให้คนงานสามารถเผชิญกับความไม่แน่นอนต่าง ๆ ในงานก่อสร้างได้ นอกจากนั้นยังได้ใช้ชีวิตทั้งในแบบเมืองและชนบทในเวลาเดียวกัน ทำให้คนงานเหล่านั้นได้รับประโยชน์ทั้งทางเศรษฐกิจ และสังคมตามต้องการ

ในส่วนที่เกี่ยวกับการเจริญพันธุ์พบว่า ในหญิงเจริญพันธุ์ที่สัมภาษณ์ 132 คน ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 20-24 ปี และทำงานก่อสร้างมานาน โดยที่งานก่อสร้างไม่มีผลกระทบที่เสียหายต่อชีวิตครอบครัว ร้อยละ 69 คุมกำเนิด ส่วนใหญ่ใช้ยาเม็ด รองลงมาคือ ชนิดฉีด ร้อยละ 5 ของหญิงเหล่านี้ที่สามีคุมกำเนิดเอง ส่วนกลุ่มที่ไม่คุมกำเนิดนั้นบ้างมีสาเหตุจากต้องการมีลูกอีก บ้างไม่สบาย และบ้างหมดประจำเดือนไปแล้ว และหญิงทั้งหมดที่ศึกษามีลูกน้อยกว่าค่าเฉลี่ยของ

หญิงเชียงใหม่โดยทั่วไป

อัมพร โอตระกุลและคณะ (2530) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการอพยพโยกย้ายที่อยู่และสุขภาพจิตของผู้ใช้แรงงานก่อสร้าง โดยการใช้แบบสอบถามสัมภาษณ์ผู้ใช้แรงงานก่อสร้างในเขตกรุงเทพมหานคร และประเมินสุขภาพจิตโดยใช้แบบสอบถามของ P.L. Berkman วิเคราะห์ข้อมูลโดยการทดสอบไคสแควร์ จำนวนตัวอย่างที่ศึกษา 195 คน เป็นชาย 159 คน และหญิง 36 คน มีอายุระหว่าง 15-58 ปี

ผู้ใช้แรงงานส่วนใหญ่ร้อยละ 96 เป็นผู้อพยพย้ายมาจากต่างจังหวัดและส่วนใหญ่มาจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 70 ย้ายที่อยู่มากกว่า 1 ครั้ง ในรอบ 1 ปี ร้อยละ 50 ของผู้ใช้แรงงานกลุ่มนี้ได้รับค่าจ้างต่ำกว่า 80 บาทต่อวัน

อายุ จำนวนครั้งการเปลี่ยนย้ายที่อยู่และระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพฯ มีความสัมพันธ์กับระดับสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ ผู้ใช้แรงงานที่อายุ 20-29 ปี มีระดับสุขภาพจิตไม่ดีมากกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ เช่นเดียวกับผู้ใช้แรงงานที่ย้ายที่อยู่เกิน 2 ครั้ง/ปี และผู้ที่อยู่ในกรุงเทพฯ นาน 1-4 ปี มีระดับสุขภาพจิตไม่ดีมากที่สุด

นนท์ชัย ไชยสุต และคณะ (2531) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง ครอบครัวของคณงานก่อสร้าง : การประเมินความต้องการของชุมชน โดยทำการสัมภาษณ์ภรรยาคนทำงานก่อสร้าง 3 แห่ง คือ ปรีชา เข้าชิง ที่รามคำแหง สำนักงานใหญ่ขององค์การปิโตรเลียม และบริษัท ช. การช่าง ที่สนามบิน รวมประชากรที่ศึกษา 360 คน โดยทำการเก็บข้อมูลด้วยการเยี่ยมบ้าน การสัมภาษณ์ การทำกลุ่มสัมพันธ์และการสังเกต ผลการศึกษา พบว่า ภรรยาคนงานก่อสร้างอายุประมาณ 29 ปี อยู่กับสามีพร้อมทั้งบุตร 1-2 คนที่สถานที่ก่อสร้าง การศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา อพยพจากชนบทเนื่องมาจากความแห้งแล้งได้ค่าแรงประมาณ 80 บาท ได้รับค่าแรงงานทุกๆ 15 วัน ภรรยาคนงานมีหน้าที่ดูแลบ้าน ทำอาหารหลังทำงานเสร็จพบมีการพนันหรือดื่มเหล้าบ้างเล็กน้อย ปัญหาที่พบได้แก่ปัญหาทางด้านการเงิน ได้รับค่าแรงต่ำ ปัญหาสุขภาพมีการเจ็บป่วยและบาดเจ็บเล็กน้อย ปัญหาครอบครัว พบว่า ทั้งพ่อและแม่ต้องทำงานตลอดวันและตลอดสัปดาห์ เด็ก ๆ ไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่ มีพฤติกรรมก้าวร้าว ไม่เชื่อฟัง นอกจากนี้ยังพบว่า มีการอาละวาดทุบตีลูกเมื่อบิดาเมาสุรา ส่วนปัญหาเกี่ยวกับการศึกษานั้นพบว่า เด็กไม่ได้รับการศึกษาที่ต่อเนื่อง เนื่องจากพ่อแม่ต้องย้ายที่ทำงานอยู่เสมอ ความต้องการที่พบ ได้แก่ ต้องการการบริการเกี่ยวกับทางด้านสุขภาพ การฝึกและการแนะแนวทางด้านอาชีพ การจ้างงาน งานสันตนาการและบริการสวัสดิการต่าง ๆ

นนท์ชัย ไชยสุตและคณะ (2532) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง ปัญหา ความต้องการ และความเป็นไปได้ในการจัดตั้งสหภาพแรงงานสำหรับผู้ใช้แรงงานก่อสร้าง เพื่อต้องการทราบ

ข้อมูล เช่น อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ รายได้ และสภาพการจ้างงาน รวมทั้งปัญหาที่ผู้ใช้แรงงานประสบ ประเมินความต้องการทางด้านสวัสดิการของผู้ใช้แรงงานก่อสร้าง และประเมินความเป็นไปได้ในการจัดตั้งสหภาพแรงงานสำหรับผู้ใช้แรงงานก่อสร้าง ตลอดจน เพื่อศึกษาความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสหภาพแรงงาน กฎหมายแรงงาน ศาลแรงงานมากน้อยเพียงใด โดยการสัมภาษณ์ผู้ใช้แรงงานก่อสร้างที่ทำงานอยู่ในอุตสาหกรรมขนาดใหญ่ ขนาดกลาง ขนาดเล็ก ทั้งที่กรุงเทพมหานครและชลบุรี โดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ (Accidental Sampling) จำนวน 100 คน ผลการวิจัยพบว่า

ผู้ใช้แรงงานก่อสร้างส่วนใหญ่ อายุ ระหว่าง 20-39 ปี การศึกษา ป.4 เป็นชายมากกว่าหญิง ส่วนใหญ่แต่งงานแล้วและยังอยู่ด้วยกันกับครอบครัว มีคนงานที่ไม่รู้หนังสือเลยจำนวนหนึ่งแต่อยู่ในแหล่งก่อสร้างขนาดเล็กเท่านั้น

ผู้ใช้แรงงานร้อยละ 92 อพยพมาจากชนบทเนื่องจากรายได้ไม่พอกินไม่พอใช้และส่วนใหญ่เป็นเกษตรกรมาก่อน เมื่อมาเป็นคนงานก่อสร้างมีรายได้ก็เพียงพอที่จะยังชีวิตอยู่ได้เพียงวันต่อวันเท่านั้น แต่ก็มีเหลือเก็บบ้าง ส่วนปัญหา ซึ่งเรียงลำดับความสำคัญคือ การทะเลาะวิวาท ที่พักอาศัย สุขภาพอนามัย ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน ขาดแคลนสาธารณสุขปก การประกอบอาชีพ ลูกไม่มีที่เรียน ยาเสพติด ปัญหาการเดินทางไปทำงานและอื่น ๆ มีผู้ใช้แรงงาน ร้อยละ 40 บอกว่าชุมชนไม่มีปัญหา

เกี่ยวกับการจ้างงาน พบว่าผู้ใช้แรงงานถูกเอารัดเอาเปรียบจากนายจ้าง และมีปัญหาเรื่องอุบัติเหตุในการก่อสร้างมากที่สุด ที่อยู่อาศัยก็แออัด สกปรก ทำงานหนักมาก และไม่เคยได้รับสิทธิหยุดงานตามกฎหมาย

ในส่วนที่เกี่ยวกับภาวะสุขภาพอนามัย พบว่า เป็นโรคปวดศีรษะมากที่สุด รองลงมาคือเป็นหวัด ปวดท้อง ถูกตะปูตำ ท้องเสีย เป็นโรคผิวหนัง และอื่น ๆ

ผู้ใช้แรงงานร้อยละ 73 ไม่ได้รับอุปกรณ์รักษาความปลอดภัยในงานและมี ร้อยละ 22 เท่านั้นที่เคยได้รับการอบรมเรื่องความปลอดภัย จึงมักมีปัญหาเรื่องอุบัติเหตุบ่อย ๆ ดังนั้นผู้ใช้แรงงานร้อยละ 73 จึงต้องการบริการสวัสดิการเรื่องสุขภาพอนามัยมากที่สุด แต่ส่วนใหญ่ไม่ได้ระบุน่าควรจะให้ใครจัด

ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับความเป็นไปได้ในการจัดตั้งสหภาพแรงงานนั้น พบว่า ผู้ใช้แรงงานส่วนใหญ่ยังไม่ตระหนักถึงการชักกลุ่มพลังเข้าช่วย ดังนั้นร้อยละ 79 จึงคิดว่าไม่น่าจะมีกลุ่มพลังเข้ามาพิทักษ์ผลประโยชน์ของลูกจ้าง แต่ก็มีผู้ใช้แรงงานร้อยละ 66 ต้องการชักกลุ่มต่อรองในเรื่องสวัสดิการ ค่าจ้าง จึงเป็นไปได้ที่ผู้ใช้แรงงานก่อสร้างจะรวมเป็นกลุ่มพลัง โดยมีผู้นำที่เคยมีประสบการณ์การทำงานกลุ่มมาก่อนช่วยเป็นตัวจักรในการจัดตั้ง และดำเนินกิจกรรม

ของกลุ่ม

นิภา ส. ตุมรสุนทร (2532) ศึกษาการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับครอบครัวคนงานก่อสร้างในเขตพัฒนาอุตสาหกรรมชายฝั่งทะเลตะวันออก โดยศึกษาภรรยาคนงานก่อสร้างจำนวน 239 คน ที่สามีทำงานก่อสร้างกลุ่มโรงงานอุตสาหกรรมปิโตรเลียมที่จังหวัดระยอง สํารวจโดยการสัมภาษณ์ ผลการศึกษาพบว่า

ด้านประชากร ขนาดของสมาชิกในครอบครัว 3 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงอายุระหว่าง 20-29 ปี ภูมิลำเนาเดิมส่วนใหญ่อยู่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา

เศรษฐกิจและสังคม พบว่า ชายประกอบอาชีพเป็นกรรมกรร้อยละ 30.1 ภรรยาคนงานก่อสร้างส่วนใหญ่ทำหน้าที่เป็นแม่บ้าน รายได้ต่อเดือนประมาณ 1,500 - 2,000 บาท รายได้เพียงพอกับรายจ่ายร้อยละ 56.1

สุขภาพอนามัย พบว่ามีการวางแผนครอบครัว เป็นการคุมกำเนิดแบบชั่วคราว ร้อยละ 74.1 แบบถาวร ร้อยละ 17.6 การเจ็บป่วยที่ต้องนอนโรงพยาบาลพบ ร้อยละ 29.7 ส่วนใหญ่คิมน้ำประปาที่ไม่ผ่านการต้ม การทิ้งขยะสร้างความรบกวนให้ผู้อื่นร้อยละ 47.3 การกำจัดขยะโดยใช้วิธีการเผา ร้อยละ 44

การสาธารณสุขโรค และความปลอดภัยในทรัพย์สิน ถนนสภาพไม่ดี ไฟฟ้าสว่างไม่เพียงพอ มีความรู้สึกไม่ปลอดภัย ร้อยละ 80

สวัสดิการและการใช้เวลาว่าง มีวันหยุดปกติ ได้รับเงินชดเชยเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ภรรยาคนงานก่อสร้างส่วนใหญ่ใช้เวลาว่างในการทำอาหาร

ปัญหาและความต้องการของครอบครัว ได้แก่ ค่าแรงงาน สวัสดิการสำหรับตัวเองและบุตร การฝึกอาชีพ การรักษาพยาบาลและต้องการรพพยาบาลประจำแคมป์ สุขภาพอนามัยต้องได้รับการแก้ไข

เบญจมาศ ศรีกำพล (2532) ศึกษาความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ศูนย์ผู้ปกครองและเจ้าหน้าที่ของแหล่งก่อสร้างต่อบริการการศึกษาในระบบโรงเรียนที่จัดศูนย์เด็กก่อสร้าง โดยศึกษาเจ้าหน้าที่ศูนย์ผู้ประสานงานผู้ปกครองเด็กที่เข้ารับบริการจากศูนย์ และเจ้าหน้าที่ของแหล่งก่อสร้างที่มีศูนย์เด็กก่อสร้าง 3 แห่งใน กทม. ซึ่งเป็นของมูลนิธิสร้างสรรค์เด็ก สํารวจโดยใช้แบบสอบถามสัมภาษณ์ ผลการศึกษาพบว่า เจ้าหน้าที่ศูนย์ ผู้ปกครอง และเจ้าหน้าที่ของแหล่งก่อสร้าง เห็นด้วยมากกับการจัดการศึกษาในระบบโรงเรียนที่ศูนย์เด็กก่อสร้างดำเนินการ แต่ผู้ปกครอง และเจ้าหน้าที่ของแหล่งก่อสร้างต้องการให้การเรียนการสอนมีลักษณะเหมือนการเรียนในระบบโรงเรียนมากกว่า

ในด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน พบว่า มีปัญหาด้านพฤติกรรมเด็ก ปัญหาโรคภัยไข้เจ็บ ปัญหาเด็กไม่มีโอกาสเรียนหนังสือตัวกรรมกรเองก็ไม่เห็นความสำคัญของการศึกษากกรรมกรขาดความรู้เรื่องอาชีพเสริม ส่วนแม่บ้านของกรรมกรขาดความรู้เรื่องอาหารและโภชนาการสำหรับเด็ก

เขาวพรรณ แซ่อ่าน (2534) ศึกษาความรู้ความเข้าใจและการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของกรรมกรก่อสร้างในเขตอำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี โดยศึกษากรรมกรก่อสร้างอายุไม่ต่ำกว่า 15 ปี จำนวน 254 คน ที่ทำงานก่อสร้างหมู่บ้านจัดสรร 2 แห่ง ในจังหวัดนนทบุรี โดยการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยอัตราส่วนร้อยละและทดสอบค่าไคสแควร์ ผลการศึกษาพบว่า

กรรมกรก่อสร้างส่วนใหญ่อายุระหว่าง 15-24 ปี เพศชาย จำนวนเท่ากับเพศหญิง จบการศึกษาประถมศึกษาทุกคน นับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่เป็นคนภาคกลาง และร้อยละ 51 ไม่เคยป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง

กรรมกรก่อสร้างที่ศึกษามี ความรู้ ความเข้าใจ และการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วง และเรื่องพุงน้ำตาลเกลือแร่ การวิจัยนี้ยังพบว่า รายได้ และระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ ความเข้าใจและการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วง อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนเรื่องพาหะนำโรค การเตรียมอาหาร การรับประทานอาหาร-น้ำดื่ม และการถ่ายเทอุจจาระนั้นกรรมกรก่อสร้างมีความรู้ความเข้าใจและการปฏิบัติตัวอยู่ในเกณฑ์ดี

วสันต์ เวียนเสี้ยว (2535) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยของคณงานก่อสร้าง ในจังหวัดนนทบุรี ปี 2534 จำนวนตัวอย่าง 405 ครั้ง เรือน ส้ารวจ โดยการสัมภาษณ์ จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วยของคณงานในด้านปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการใช้บริการสาธารณสุข ด้านปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพ ได้แก่ ลักษณะของการเจ็บป่วย การรับรู้ตนเองเกี่ยวกับความรุนแรงของการเจ็บป่วย ในด้านปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ การมีบัตรประกันสุขภาพ จำนวนชั่วโมงที่ทำงานต่อวัน ช่วงเวลาที่ปฏิบัติงาน ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในแหล่งก่อสร้าง ตัวแปรที่ดีที่สุดที่ถูกคัดเลือกเข้ามาทำนายพฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วยของคณงาน ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การมีบัตรประกันสุขภาพ การรู้จักเวลาเปิดให้บริการ ประเภทของบริการที่ให้ และสถานที่ตั้งของสถานบริการสุขภาพ จำนวนชั่วโมงที่ทำงานต่อวัน ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในแหล่งก่อสร้าง อาชีพเดิม และประสบการณ์ที่เคยไปใช้บริการที่สถานีอนามัยและโรงพยาบาลเอกชน

สุพิศรา เก้าประคิษฐ์ (2535) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลสุขภาพตนเองของคณงานในโรงงานอุตสาหกรรม โดยการสัมภาษณ์คณงานของโรง

งานร่วมแสงพัฒนาอุตสาหกรรม จำนวน 180 คน ในเดือนมกราคม-มีนาคม 2535 วิเคราะห์ ข้อมูลหาค่าสัมประสิทธิ์สัมพันธของเพียร์สัน ทดสอบค่าที ค่าเซฟเฟ และวิเคราะห์ความแปรปรวน ทางเดียว ผลการศึกษาพบว่า

คนงานมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองทั้งระยะปกติ และเจ็บป่วยในระดับปานกลาง กล่าวคือในภาวะปกติคนงานปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันสุขภาพเป็นบางครั้ง เมื่อเจ็บป่วยส่วนหนึ่งซื้อยา จากร้านขายยาหรือปล่อยให้หายเอง

เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม และการดูแลสุขภาพตนเอง นั้น พบว่า การสนับสนุนด้านอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลสุขภาพตนเองในระดับต่ำ ส่วน การสนับสนุนด้านสิ่งของ แรงงานและบริการมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง และการสนับสนุน ด้านข้อมูลข่าวสารสุขภาพก็มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเองในระดับปานกลาง เช่นเดียวกัน

นอกจากนั้นยังพบว่า คนงานชายดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าคนงานหญิง ส่วนคนงานที่ สมรสแล้วดูแลสุขภาพตนเองได้ดีกว่าคนงานที่เป็นโสด หม้าย หรือหย่า และคนงานที่มีอายุ ระดับการศึกษาและรายได้ต่างกันจะมีการดูแลสุขภาพตัวเองในระดับที่ต่างกันด้วย

รุ่งศรี ศศิธร (2536) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่อ อำนาจควบคุมทางสุขภาพกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน ของคนงานก่อสร้างในบริษัทรับเหมาก่อสร้างบางแห่ง จังหวัดราชบุรี ใช้คนงานก่อสร้าง จำนวน 200 คน ที่ทำงานในบริษัทรับเหมาก่อสร้างเขตอำเภอโพธาราม โดยใช่แบบ สัมภาษณ์ และวิเคราะห์ทดสอบสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันและถดถอยพหุเชิงซ้อน ผลการ ศึกษาพบว่า

คนงานส่วนใหญ่ปฏิบัติเพื่อป้องกันการอุบัติเหตุจากการทำงานในระดับปานกลาง และรับรู้ โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์และอุปสรรค ซึ่งเป็นการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน ความเชื่ออำนาจบุคคลอื่น ความเชื่ออำนาจ ความบังเอิญ ส่วนความเชื่ออำนาจภายในตนนั้น คนงานส่วนใหญ่มีความเชื่อในระดับสูง

ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์นั้นพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงความรุนแรง ประโยชน์ อุปสรรค และความเชื่อภายในตนนั้นถ้ามีมากก็จะมี การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิด อุบัติเหตุจากการทำงานในระดับสูงขึ้น

กลุ่มช่างปฏิบัติตัวดีกว่ากลุ่มกรรมกรทั่วไป กลุ่มที่ได้รับคำแนะนำการป้องกันอุบัติเหตุจะ ปฏิบัติตัวดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับคำแนะนำนอกจากนั้นยังพบว่า การรับรู้ ประโยชน์-อุปสรรค สามารถ ทำนายการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานได้ดีที่สุด รองลงมาตามลำดับ คือ ความเชื่ออำนาจภายในตน ลักษณะงาน และสิ่งชักนำภายนอก

นพพิวธรรม นพเคราะห์ (2537) ศึกษาพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดโรคเอดส์ของกรรมกรก่อสร้างชายเขตเมืองเชียงใหม่ โดยศึกษากรรมกรก่อสร้างชายที่มีพฤติกรรมเที่ยวหญิงบริการ จำนวน 12 คน ที่พักอาศัยอยู่ในชุมชนกรรมกรก่อสร้าง 2 แห่ง ในเขตรอบนอกและเขตอำเภอเมืองเชียงใหม่ ศึกษาเฉพาะกรณี โดยการสังเกตอย่างมีส่วนร่วมและสัมภาษณ์ระดับลึก ผลการศึกษาพบว่า

กรรมกรก่อสร้างที่ถูกศึกษาทั้งหมดเชื่อว่า การเที่ยวหญิงบริการเป็นเรื่องธรรมดาที่แสดงถึงความเป็นลูกผู้ชาย เมื่อไปเที่ยวแล้วก็มีความสุขกับการได้รับการเอาใจ และความสวยของหญิงบริการ ทุกคนรู้ว่าจะติดเอดส์ได้ทางใดบ้าง รู้ว่าการเที่ยวหญิงบริการอาจติดเอดส์ได้ แต่ส่วนใหญ่เชื่อว่าตนเองไม่มีโอกาสติดเอดส์ เนื่องจากคิดว่าหญิงบริการที่ตนเองไปเที่ยวไม่เป็นเอดส์ สถานบริการที่ไม่สะอาด ตนเองไม่ได้เที่ยวบ่อยเมื่อไปเที่ยวก็กินยาป้องกันโรคเอดส์ และเคยตรวจเลือดซึ่งเป็นการตรวจหาเชื้อมาลาเรีย ได้ทราบว่าจะผลเลือดปกติ ตนเองก็แข็งแรงดี และหลายคนคิดว่าโรคเอดส์ไม่มีจริง

ผู้วิจัยสรุปว่า พฤติกรรมกรก่อสร้างเที่ยวหญิงบริการ ซึ่งถือเป็นวิถีปฏิบัติของกรรมกรก่อสร้าง เป็นพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเอดส์ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนี้ โดยให้เลิกเที่ยวหญิงบริการ หรือถ้าจะเที่ยวก็ต้องใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง ไม่ว่าจะเข้าใจว่าผู้หญิงบริการนั้นสะอาดหรือปลอดภัยเชื้อเอดส์เพียงใดก็ตาม

ประเด็นการศึกษาที่สำคัญในการศึกษาวิจัยที่ดำเนินไปแล้วส่วนใหญ่ เป็นการสำรวจหาปัญหาและความต้องการทั่วไป มากกว่าจะเจาะลึกไปที่ประเด็นใดประเด็นหนึ่งโดยเฉพาะ มีการศึกษาบางเรื่องเท่านั้นที่เจาะเฉพาะเรื่อง เช่นการคุมกำเนิด การตั้งสหภาพแรงงาน สุขภาพจิต ยังไม่มีการศึกษาใดที่เน้นประเด็นทางสังคมและสาธารณสุขเป็นหลัก ถึงแม้ว่าปัญหาทางสังคม และสาธารณสุขไม่สามารถที่จะแยกออกมาศึกษาเป็นเอกเทศก็คิดเกี่ยวข้องกับปัญหาอื่นๆ ได้ เนื่องจากปัญหาดังกล่าวมีผลสืบเนื่องมาจากปัญหาอื่น ๆ และส่งผลสืบเนื่องให้เกิดปัญหาอื่น ๆ ก็ตาม แต่เพื่อให้องค์ความรู้ที่เป็นตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตของคนงานก่อสร้าง การศึกษาถึงสถานการณ์ปัจจุบันทางสังคม และสุขภาพอนามัยของคนงานก่อสร้างทุกกลุ่มก็จะทำให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางานด้านนี้

ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับวิธีดำเนินการศึกษา เกือบทั้งหมดเป็นการวิจัยพื้นฐาน และใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณเป็นหลัก โดยเลือกศึกษาเฉพาะที่ในจังหวัดใดจังหวัดหนึ่งเป็นส่วนใหญ่ และที่ศึกษามากที่สุดคือในกรุงเทพฯ เนื่องจากเป็นที่ที่มีการก่อสร้างต่าง ๆ ทั้งการก่อสร้างขนาดใหญ่ ขนาดกลาง และขนาดเล็ก เป็นจำนวนมาก เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลส่วนใหญ่คือแบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์ ใช้กับตัวคนงานที่ตกเป็นตัวอย่าง ซึ่งส่วนใหญ่ก็ได้จากการสุ่มโดยวิธี

เฉพาะเจาะจงและโดยบังเอิญ ซึ่งการศึกษาวีธีนี้ก็มีประสิทธิภาพในแง่ของการประหยัดเวลาค่า
ใช้จ่าย และได้ข้อมูลตามกรอบงานวิจัยที่ผู้ศึกษาต้องการ แต่ขณะเดียวกันข้อมูลที่ได้ก็ขาดความ
เชื่อมโยงตามความเป็นจริงกับบริบททางสังคมที่คนงานตกเป็นตัวอย่างในการวิจัยนั้นใช้ชีวิตอยู่ แต่
จะได้รับความเชื่อมโยงเชิงทฤษฎีมากกว่า

อย่างไรก็ตาม มิงงานวิจัยบางเรื่องที่ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพร่วมด้วย โดยที่
นักวิจัยร่วมสังเกตการณ์การดำเนินชีวิตของคนงาน และมีการบันทึกภาคสนามเกี่ยวกับการทำงาน
สภาพความเป็นอยู่และสถานการณ์ต่าง ๆ ในแหล่งก่อสร้าง ข้อมูลเชิงคุณภาพเหล่านี้ได้ถูกนำไป
อธิบายให้ภาพของชีวิตคนงานก่อสร้างได้ชัดเจน มีความเชื่อมโยงตามความเป็นจริงกับบริบท
ทางสังคมมากขึ้น แต่การศึกษาวีธีนี้ต้องการเวลาและงบประมาณมาก อีกทั้งต้องใช้ผู้วิจัยที่มี
ความรู้และประสบการณ์ในการใช้เทคนิค วิธีการเก็บข้อมูลซึ่งแตกต่างไปจากการสอบถาม และ
การสัมภาษณ์จึงมิงงานวิจัยน้อยเรื่องที่ใช้วีธีนี้ แม้ว่าวิธีการศึกษานี้จะทำให้ได้ข้อมูลที่มีความหมาย
ลึกซึ้งตามการรับรู้ของคนงานก่อสร้างอย่างแท้จริงเพียงใดก็ตาม

ประเด็นข้อค้นพบที่สำคัญในงานวิจัย และบทความทางวิชาการที่ผ่านมาพอนำมาลำดับ
และสรุปได้ดังนี้

1. ที่มาของคนงานก่อสร้าง

1.1 ทั้งคนงานท้องถิ่น และคนงานอพยพส่วนใหญ่เป็นคนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
ที่หนีความแห้งแล้งและความอดอยากจากการประกอบอาชีพชาวนา นอกนั้นเป็นคนภาคกลาง ภาค
เหนือ ส่วนภาคใต้น้อยที่สุด

2. ลักษณะทางประชากรของคนงานก่อสร้าง

2.1 คนงานมีฝีมือ เป็นชายมากกว่าหญิง

2.2 คนงานไร้ฝีมือมีทั้ง ชาย หญิง เด็ก และคนแก่ แต่ส่วนใหญ่เป็นคนวัยฉกรรจ์
วัยทำงาน

2.3 คนงานก่อสร้างทั้งชาย และหญิง ส่วนใหญ่การศึกษาต่ำกว่าระดับ ป.4-ป.6

2.4 คนงานที่อพยพมาจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือมักเอาครอบครัวมาอยู่ด้วย
ส่วนคนงานจากภาคอื่น ๆ มักอพยพมาคนเดียว

2.5 ปริมาณคนงานโสด และมีครอบครัวไม่แตกต่างกันมากนัก

3. ความเป็นอยู่ในที่พักที่จัดให้ใกล้แหล่งก่อสร้าง

3.1 ที่อยู่อาศัยและสุขภาพแวดล้อมไม่ถูกหลักสุขอนามัย

3.2 ที่อยู่อาศัยอยู่ท่ามกลางมลพิษและอันตรายจากอุบัติเหตุขนานาประการ

3.3 เป็นที่มิ้วสุขของนักพนัน พวกละขี้ยาเสพติดและนักเลงสุรา



- 3.4 อยู่กันอย่างแออัด มีวิทย์ โทรทัศน์เป็นเครื่องหย่อนใจ
4. ความมั่นคงในชีวิตในคนงานไร้ฝีมือ
 - 4.1 รายได้แค่พอใช้จ่ายวันต่อวัน ถ้าเจ็บป่วยหรือมีค่าใช้จ่ายพิเศษอื่นๆ ก็ต้องเป็นหนี้ ส่วนใหญ่จึงมีหนี้สิน
 - 4.2 ถูกเอารัดเอาเปรียบค่าแรงงานเสมอ โดยเฉพาะคนงานหญิง
 - 4.3 มีโอกาสที่จะได้รับอุบัติเหตุจากการทำงานตลอดเวลาเนื่องจากขาดอุปกรณ์ในการป้องกันอุบัติเหตุ
 - 4.4 เมื่อเจ็บป่วย พิกัด หรือเสียชีวิต มีจำนวนน้อยที่ได้รับค่ารักษาพยาบาล หรือค่าชดเชยจากนายจ้าง
 - 4.5 มีโอกาสที่จะตกงานได้ง่าย เนื่องจากการไร้ฝีมือ
 - 4.6 ไม่สามารถเป็นที่พึ่งอันมั่นคงให้กับครอบครัว
 - 4.7 ขาดโอกาสที่จะศึกษาอย่างต่อเนื่อง และโอกาสที่จะพัฒนาไปเป็นคนงานมีฝีมือเป็นไปได้ยาก
 - 4.8 ใช้ชีวิตอย่างระเห่ระร้อน ขาดที่อยู่อาศัยที่มั่นคง ปลอดภัยสำหรับตนเอง และครอบครัว
 - 4.9 ขาดผู้นำในการต่อรอง เพื่อพิทักษ์สิทธิอันพึงได้ตามกฎหมาย
5. ภาวะทางสุขภาพอนามัย
 - 5.1 เสี่ยงต่อการเป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ และทางเดินอาหาร
 - 5.2 ตึดยาแก้ปวด และเครื่องดื่มบำรุงกำลัง
 - 5.3 ลูกคนงานจำนวนมากเป็นโรคขาดสารอาหาร
 - 5.4 ขาดการตรวจสุขภาพที่จำเป็น

จากสรุปข้อค้นพบของงานวิจัยต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่างานวิจัยที่ผ่าน มาได้ให้ภาพชีวิตของคนงานก่อสร้างที่มีชีวิตอยู่ในที่พักที่นายจ้างจัดให้ ทำให้ได้ภาพรวมของปัญหา ต่าง ๆ โดยมีตัวแปรที่เกี่ยวข้องคือ ระดับการศึกษา อัตราการเคลื่อนย้าย อายุ รายได้ และ อาชีพเดิม แต่ในประเด็นของปัญหาทางสาธารณสุขก็ยังไม่มีการศึกษาที่เป็นระบบระเบียบเจาะลึก พอที่จะทำให้ นำผลการศึกษานั้นมาใช้ในการวางแผนงานสาธารณสุขได้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะ ศึกษาพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์เมื่อเจ็บป่วยของกรรมกรก่อสร้าง ในเขตกรุงเทพมหานคร เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปวางแผนหารูปแบบที่จะกระจายบริการด้านการรักษาพยาบาลให้ กับประชาชนกลุ่มเหล่านี้ต่อไป