# บทที่ 1

# บทนำ

## ความสำคัญและที่มาของปัญหาการวิจัย

เป็นที่ทราบกันดีแล้วว่า การที่ประเทศชาติจะพัฒนาไปได้ด้วยดี ต้องมีทรัพยากรมนุษย์ที่มีความรู้ ความสามารถ และสติปัญญาที่เฉลียวฉลาด มีความคิดสร้างสรรในการนำเอาทรัพยากรอื่น ๆ ไปใช้ให้เกิดประโยชน์ ในประเทศที่เจริญแล้ว ประชาชนได้รับการพัฒนาให้มีความอยู่ดี กินดี มีการศึกษา และมีสาธารณูบการที่รัฐมอบให้อย่างเพียงพอ ปัญหาโรคภัยไข้เจ็บที่เกิดจากโรคธรรมดาสามัญที่ป้องกันได้จึงมีอัตราที่ต่ำ แม้จะมีโรคภัยเกิดขึ้น ประชาชนก็มีความรู้ในการป้องกันและรักษาตัวเองได้ อีกทั้งมีสถานพยาบาลและแพทย์เพียงพอ ที่จะช่วยบำบัดรักษาได้อย่างรวดเร็ว แต่สำหรับประเทศไทย คนส่วนน้อยเท่านั้นที่จะมีโอกาสได้รับสิ่งต่าง ๆ ดังกล่าว

ประเทศไทยเป็นประเทศที่กำลังพัฒนา ที่ประสบปัญหาทางด้านสาธารณสุขเป็นเวลาช้านาน รัฐบาลทุกยุคทุกสมัยต่างก็ได้ตระหนักและให้ความสำคัญแก่ปัญหาการเจ็บป่วยของประชาชนตลอดมา แต่ถึงกระนั้นปัญหาทางด้านสาธารณสุขก็ไม่ได้ลดลงอย่างน่าพอใจนัก รัฐยังคงต้องเร่งดำเนินการแก้ไขปัญหาดังกล่าวต่อไป ดังจะเห็นได้จากแผนและนโยบายที่รัฐได้กำหนดขึ้นมาเพื่อที่จะลดปัญหาการเจ็บป่วย และอัตราการตายที่เกิดขึ้นกับประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งประชาชนผู้ด้อยโอกาสที่ประสบปัญหาในเรื่องโรคภัยไข้เจ็บ ทั้งนี้ เนื่องจากประชาชนผู้ด้อยโอกาสส่วนใหญ่มีฐานะทางเศรษฐกิจค่อนข้างยากจน มีความรู้ ความเชื่อในการดำเนินชีวิตอย่างไม่ถูกต้อง อีกทั้งความด้อยโอกาสในเรื่องของการศึกษาและสาธารณูปการ สวัสดิการต่าง ๆ ที่รัฐไม่สามารถกระจายไปได้อย่างทั่วถึง ดังนั้นปัญหาการเจ็บป่วยของผู้ด้อยโอกาสเหล่านี้จึงยังคงมีอยู่ค่อนข้างมาก และรัฐต้องเสียเงินงบประมาณและทรัพยากรเพื่อใช้ในการนี้อีกเป็นจำนวนมาก การแก้ไขปัญหาภาวะการเจ็บป่วยของประชาชนอย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพจึงจำเป็นที่จะต้องมีความรู้ และความเข้าใจอย่างถ่องแท้ในตัวปัญหา เพื่อหาทางแก้ไขควบคู่กับการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และวัฒนธรรมของประชาชน อันจะทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการลงทุนของรัฐ และผู้รับคือประชาชน ซึ่งเป็นจุดหมายที่สำคัญของการพัฒนาประเทศชาติ

ในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา ประเทศไทยมีการพัฒนาเศรษฐกิจในอัตราที่สูงอย่างสม่ำเสมอ เมื่อกล่าวถึงผลของการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติเท่าที่ผ่านมา อาจจะกล่าวถึงผลสำเร็จของการพัฒนาได้ในหลายๆด้าน โดยมีอุตสาหกรรมก่อสร้างเป็นหลัก ขณะเดียวกันก็อาจจะกล่าวถึงผลในด้านตรงกันข้ามได้ในหลาย ๆ ด้านเช่นเดียวกัน ผลลัพธ์ของประการหลังประการหนึ่ง คือ การสูญเสียที่ดินของเกษตรกรที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งเป็นแรงผลักดันให้เกษตรกรเหล่านี้แปรสภาพตนเอง ให้กลายเป็นแรงงานอพยพที่โยกย้ายเข้าสู่ภาคตัวเมือง โดยเฉพาะอย่างยิ่งกรุงเทพมหานคร อาชีพแรกสุดที่พวกเขานิยมทำกันก็คือ งานก่อสร้าง ทั้งนี้เนื่องจากงานก่อสร้างสามารถจะรับแรงงานด้อยฝีมือได้อย่างเต็มที่ โดยผู้ใช้แรงงานเพียงแต่อาศัยกำลังกายเท่านั้น และกลไกของตลาดการจ้างงานประเภทนี้มีกระจัดกระจายอยู่ทั่วไป ไม่ต้องใช้หลักฐานหรือมีข้อผูกพันที่ยุ่งยาก ทำให้เกิดความสะดวกแก่การที่คนงานจะเข้าไปสู่ธุรกิจภาคนี้ได้โดยง่าย ประมาณว่าเฉพาะในกรุงเทพมหานคร มีจำนวนคนงานก่อสร้างมากกว่าแสนคน เนื่องจากการพัฒนาฝีมือแรงงานอยู่ในอัตราต่ำ คนงานส่วนใหญ่จึงเป็นคนงานด้อยฝีมือ มีสภาพการทำงานที่หามรุ่งหามค่ำ สภาพที่พักที่แออัดคับแคบ ตลอดจนสภาพชีวิตที่ต้องระเหเร่ร่อน ย้ายแหล่งที่อยู่เมื่องานในแหล่งก่อสร้างสิ้นสุดลง พื้นฐานที่มาและสภาพการทำงานที่เสี่ยงอันตราย ทำให้มีปัญหาทางอุบัติเหตุและสุขภาพในอัตราที่สูง ซึ่งกฎหมายแรงงานควบคุมได้ไม่ทั่วถึง และคนงานก่อสร้างไม่สามารถจะเข้ารับการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึง

จากสถิติการจดทะเบียนการคุ้มครองแรงงานและการประกันสังคม กรมแรงงาน ปี พ.ศ.2534 พบว่า คนงานก่อสร้างเป็นกลุ่มที่มีอัตราป่วยและอัตราตาย โดยสาเหตุจากการทำงานสูงสุดในกลุ่มคนงานทุกประเภท มีอุบัติเหตุเกิดขึ้นจากการทำงาน 15,628 ครั้ง หรือ 180 ครั้ง ต่อคนงานพันคนต่อปี ในจำนวนนี้มีคนงานตาย 132 ราย คิดเป็นอัตราตาย 1.5 คนต่อพันคนต่อปี เป็นอัตราที่สูงกว่าที่เกิดขึ้นกับแรงงานประเภทอื่น ๆ อัตราตายและอัตราการพิการจากการทำงานของคนงานก่อสร้างคิดเป็น 14 และ 3.4 เท่า ของอัตราที่เกิดกับคนงานประเภทอื่นๆ (กรมแรงงาน กระทรวงมหาดไทย : 2534)

จากความเป็นมาดังกล่าว ทำให้คนงานก่อสร้างกลายเป็นกลุ่มคนจนเขตเมืองที่ควรได้รับการดูแลเอาใจใส่จากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการกำหนดนโยบาย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในแผนกระจายรายได้ของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (พ.ศ.2535-2539) ซึ่งมีเป้าหมายที่จะให้ประชาชนทุกคนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นทั้งร่างกายและจิตใจ ได้กำหนดไว้อย่างชัดเจนว่า จะต้องดูแลและเอาใจใส่และให้ความสำคัญต่อแรงงานก่อสร้างอย่างใกล้ชิด ในฐานะที่ผู้วิจัยปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน และศูนย์บริการสาธารณสุข ของสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร มีความสนใจที่จะ

ศึกษาพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์เมื่อเจ็บป่วยของกรรมกรก่อสร้าง ในเขตกรุงเทพมหานคร เพื่อประเมินอัตราการเข้ารับและไม่เข้ารับบริการทางการแพทย์ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเลือกใช้บริการทางการแพทย์ดังกล่าว รวมทั้งเหตุผลของการเข้ารับบริการและความพึงพอใจในทัศนะของผู้รับบริการต่อบริการของสถานพยาบาลที่ไปรับบริการ เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปวางแผนหารูปแบบที่จะกระจายบริการด้านการรักษาพยาบาลให้กับประชาชนกลุ่มเหล่านี้ต่อไป

## คำถามของการวิจัย

1. อัตราการเข้ารับบริการ และไม่เข้ารับบริการทางการแพทย์ที่สถานบริการของรัฐและเอกชนของกรรมกรก่อสร้างที่เจ็บป่วยในเขตกรุงเทพมหานคร เป็นเท่าไร?

2. พฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ของกรรมกรก่อสร้างในเขตกรุงเทพมหานครรอบนอก และรอบใน ต่างกันหรือไม่? อย่างไร?

3. เหตุผลในการเลือกใช้บริการจากสถานบริการสุขภาพในแต่ละประเภทของกรรมกรก่อสร้าง ในเขตกรุงเทพมหานคร เป็นอย่างไร?

4. ปัจจัยนำ ปัจจัยสนับสนุน มีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้บริการทางการแพทย์หรือไม่?

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์เมื่อเจ็บป่วยของกรรมกรก่อสร้าง ในเขตกรุงเทพมหานคร

### วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. ศึกษาอัตราการเข้ารับและไม่เข้ารับบริการทางการแพทย์ ที่สถานบริการทางการแพทย์ของรัฐและเอกชนของกรรมกรก่อสร้าง ในเขตกรุงเทพมหานคร

2. เปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ของกรรมการก่อสร้าง ในเขตกรุงเทพมหานครรอบนอกและรอบใน

3. ศึกษาเหตุผลของการที่กรรมกรก่อสร้าง เลือกใช้บริการจากสถานบริการทางการแพทย์ในแต่ละประเภท

4. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยสนับสนุนกับพฤติกรรมการเลือกใช้บริการทางการแพทย์เมื่อเจ็บป่วยของกรรมกรก่อสร้าง ในเขตกรุงเทพ

มหานคร

สมมุติฐานของการวิจัย

1. กรรมกรก่อสร้างในเขตกรุงเทพมหานคร มีอัตราการเข้ารับบริการทางการแพทย์ที่สถานบริการของรัฐและเอกชน มากกว่าการไม่ไปรับบริการทางการแพทย์

2. กรรมกรก่อสร้างในเขตกรุงเทพมหานคร มีอัตราการเข้ารับบริการทางการแพทย์ที่สถานบริการของรัฐมากกว่าสถานบริการทางการแพทย์ของเอกชน

3. ปัจจัยนำ อันได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการเลือกใช้บริการทางการแพทย์เมื่อเจ็บป่วยของกรรมกรก่อสร้าง

4. ปัจจัยสนับสนุน อันได้แก่ ภูมิลำเนาเดิม รายได้ต่อเดือน(เมื่อรวมค่าล่วงเวลา) ฐานะทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในแหล่งก่อสร้าง สวัสดิการที่ได้รับ ความมั่นคงในงาน มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการเลือกใช้บริการทางการแพทย์เมื่อเจ็บป่วยของกรรมกรก่อสร้าง

ข้อตกลงเบื้องต้น

1. สถานที่ทำการศึกษา ได้ทำการจำแนก (Stratified) พื้นที่ในการศึกษาเป็น 2 เขต คือ กรุงเทพมหานครรอบในและรอบนอก ซึ่งกรรมกรก่อสร้างที่ถูกสุ่มมาศึกษาในแต่ละเขตนั้นน่าจะมีพฤติกรรมไม่แตกต่างกับเขตอื่นๆในพื้นที่เดียวกัน

2. กรรมกรก่อสร้างที่จะถูกสุ่มเพื่อการศึกษาครั้งนี้ คือคนทำงานในเขตก่อสร้างในวันสำรวจทุกคน รวมถึงผู้คุมงาน หัวหน้าคนงาน แต่ไม่รวมถึงวิศวกรและเจ้าของกิจการ

3. สถานที่ก่อสร้างที่ถูกเลือกมาศึกษา ได้มาจากการคัดกรองสถานที่ก่อสร้างโดยแบบสอบถามชุดที่ 1 โดยสถานที่ก่อสร้างที่ถูกเลือกมาศึกษาจะต้องอยู่ในขั้นตอนของระยะโครงสร้าง คือ ระยะของการขุดหลุม ตอกเสาเข็ม ฐานราก งานไม้ และงานปูน ถ้าส่วนของโครงสร้างเสร็จสมบูรณ์แล้ว เหลือแต่งานประปา การระบายน้ำ ไฟฟ้าและอื่นๆ จะไม่นำมาศึกษา เนื่องจากเห็นว่างานก่อสร้างที่ไม่ใช่ระยะโครงสร้างมักใช้การรับเหมาเป็นช่วง

คำนิยามที่ใช้ในการวิจัย

1. พฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์

หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำเมื่อมีอาการผิดปกติ หรือรู้ว่าตนเองเจ็บป่วย ได้แก่ การไปรับการรักษา เช่น ที่สถานบริการของรัฐ สถานบริการของเอกชน การรักษาแผนโบราณ และการไม่รับการรักษา เช่น การเพิกเฉย หรือปล่อยให้หายเอง

2. กรรมกรก่อสร้าง

หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่ประกอบการเกี่ยวกับการก่อสร้าง สิ่งก่อสร้างประเภทอาคารในทุกขั้นตอนของงานก่อสร้าง ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ที่ใช้ฝีมือในการทำงาน คือ ช่างไม้ ช่างปูน ช่างเหล็ก และผู้ที่ไม่ต้องใช้ฝีมือในการทำงาน ได้แก่ กรรมกรที่ใช้แรงงานทั่วไป

3. ขนาดก่อสร้าง

แบ่งเป็น 2 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของกรุงเทพมหานคร และประกาศกฎกระทรวง ฉบับที่ 33 พ.ศ.2535 ได้แก่

- ขนาดใหญ่ ได้แก่ สิ่งก่อสร้างที่พื้นที่มากกว่า 10,000 ตารางเมตร และมีความสูงมากกว่า 23 เมตร สิ่งก่อสร้างประเภทนี้ต้องขออนุญาตทำการก่อสร้างจากสำนักงานโยธาธิการ กรุงเทพมหานคร

- ขนาดเล็ก ได้แก่สิ่งก่อสร้างที่มีพื้นที่น้อยกว่า 10,000 ตารางเมตร สิ่งก่อสร้างประเภทนี้ต้องขออนุญาตทำการก่อสร้างที่เขตโดยขออนุญาตจากหัวหน้าเขต ตามคำสั่งกรุงเทพมหานครที่ 4084/2529 เช่น อาคารสูงไม่เกิน 4 ชั้น ประเภทที่พักอาศัย อาคารตึกแถว หอพัก แฟลต อาคารชุดสำนักงาน ทาวน์เฮาส์ ห้องแสดงสินค้า และอาคารพาณิชย์ ห้องแถวสูงไม่เกิน 2 ชั้น อาคารสัตว์เลี้ยง อาคารชั่วคราว สะพานไม้ หอถังเก็บน้ำ รั้ว เขื่อน ป้าย แผงลอย โกดังเก็บของ และถนน

4. กรุงเทพมหานครรอบนอก

หมายถึง เขตภาษีเจริญ เขตบางขุนเทียน เขตจอมทอง เขตบางเขน เขตดอนเมือง เขตบางกะปิ เขตลาดพร้าว เขตบึงกุ่ม เขตประเวศ เขตคลิ่งชัน เขตหนองแขม เขตราษฎร์บูรณะ เขตลาดกระบัง เขตมีนบุรี เขตหนองจอก

5. กรุงเทพมหานครรอบใน

หมายถึง เขตดุสิต เขตบางซื่อ เขตพระนคร เขตป้อมปราบ เขตปทุมวัน เขตสัมพันธวงศ์ เขตบางรัก เขตราชเทวี เขตพระโขนง เขตคลองเตย เขตห้วยขวาง

เขตยานนาวา เขตบางคอแหลม เขตสาธร เขตธนบุรี เขตคลองสาน เขตบางกอกน้อย เขตบางกอกใหญ่ เขตจตุจักร เขตดินแดง เขตพญาไท เขตบางพลัด เขตสวนหลวง

6. ลักษณะของความเจ็บป่วย

ผู้วิจัยได้จัดแบ่งลักษณะของความเจ็บป่วยออกเป็น 2 ลักษณะคือ

- เจ็บป่วยเล็กน้อย ได้แก่ อาการที่รู้สึกไม่สบาย จำเป็นต้องรักษาตัว แต่ไม่ต้องนอนโรงพยาบาล

- เจ็บป่วยหนัก ได้แก่ อาการเจ็บป่วยที่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

7. สถานบริการของรัฐ

หมายถึง ศูนย์บริการสาธารณสุขของสำนักอนามัย โรงพยาบาลทั่วไป และสถาบันเฉพาะโรค ทุกสังกัดของรัฐบาล

8. สถานบริการของเอกชน

หมายถึง ร้านขายยาแผนปัจจุบันหรือแผนโบราณ คลินิกเอกชน และโรงพยาบาลเอกชนทั่วไป

9. ความพึงพอใจ

หมายถึง ความรู้สึกที่เกิดจากประสบการณ์และความคาดหวังของกรรมกรก่อสร้างต่อบริการทางการแพทย์ ในด้าน การต้อนรับ ความสะดวกสบาย บริการที่รวดเร็ว คุณภาพของบริการ ค่ารักษาพยาบาล

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาถึงพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์เมื่อเจ็บป่วยของกรรมกรก่อสร้าง ด้วยวิธีการสัมภาษณ์ สังเกต และบันทึกผล ตามแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เท่านั้น

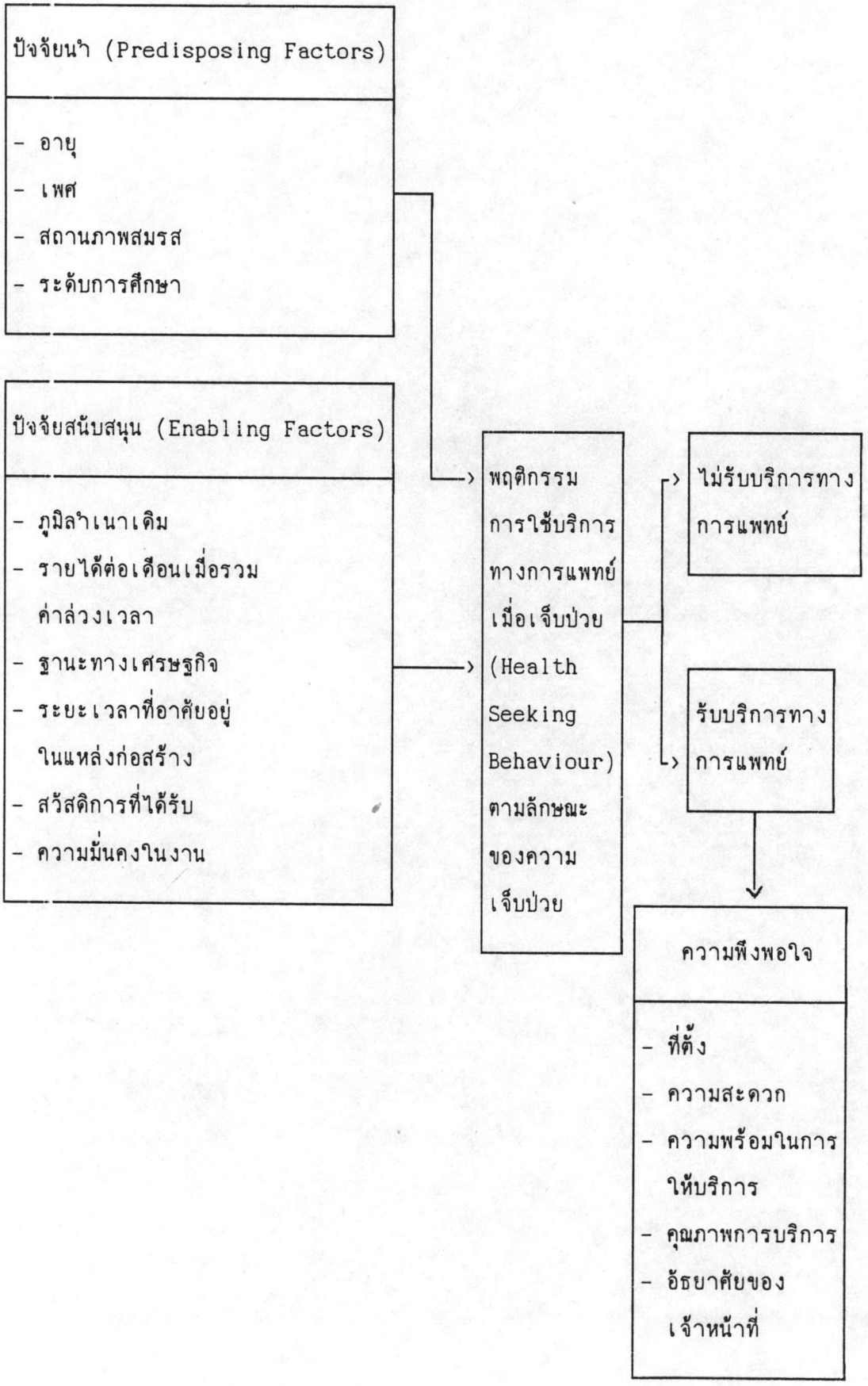
2. ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์เมื่อเจ็บป่วยของกรรมกรก่อสร้างเฉพาะในเขตที่ศึกษา ภายในช่วงระยะเวลาที่ศึกษา (เป็นการศึกษาแบบ Cross-Sectional Descriptive Study ไม่ได้ศึกษาแบบ Longitudinal Descriptive Study) ดังนั้น การขยายผลการวิจัย (Generalized) จึงอยู่ในขีดจำกัด

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย และการนำไปประยุกต์ใช้

1. ทำให้ได้ทราบถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ เมื่อเจ็บป่วยของกรรมกรก่อสร้างในเขตที่ศึกษา

2. ทำให้ได้ทราบถึงพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์เมื่อเจ็บป่วย ของกรรมกรก่อสร้างในเขตที่ศึกษา

3. สำนักอนามัยนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ในการจัดบริการสาธารณสุขให้เหมาะสมกับกลุ่มกรรมกรก่อสร้าง ตลอดจนเป็นการกระตุ้นให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องตระหนัก และเห็นความสำคัญในการร่วมกันหารูปแบบที่เหมาะสม ในการจัดบริการเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพ ในกลุ่มกรรมกรก่อสร้าง เพื่อเป็นทางช่วงลดปัญหาสังคมอีกแนวทางหนึ่งต่อไป

4. เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษา และวิจัยในเรื่องที่เกี่ยวข้องต่อไป

**แผนภูมิที่ 1.1** กรอบแนวความคิดในการวิจัย(Conceptual Framework)