



การพัฒนาโปรแกรมการจัดการสุขภาพของแรงงานต่างชาติ: การวิจัยเชิงปฏิบัติการ
โดยความร่วมมือของภาคแรงงาน ภาคเอกชน และภาครัฐ
The Development of Health Management Program for Migrant Workers:
An Action Research under Collaboration of Workers,
Private and Public Sectors

สุคนธ์ ชัยชนะ
Sukhon Chaichana

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการสิ่งแวดล้อม
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the
Degree of Doctor of Philosophy in Environmental Management
Prince of Songkla University

2562

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์ การพัฒนาโปรแกรมการจัดการสุขภาพของแรงงานต่างชาติ: การวิจัยเชิงปฏิบัติการ
 โดยความร่วมมือของภาคแรงงาน ภาคเอกชน และภาครัฐ
ผู้เขียน นางสาวสุนันท์ ชัยชนะ
สาขาวิชา การจัดการสิ่งแวดล้อม

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

คณะกรรมการสอบ

.....ประธานกรรมการ
 (รองศาสตราจารย์ ดร.พญ. พิชญา พรรคทองสุข) (รองศาสตราจารย์ ดร.เลื้อชัย ศรีเงินยวง)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....กรรมการ
 (รองศาสตราจารย์ ดร.พญ. พิชญา พรรคทองสุข)

.....กรรมการ
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เยาวนิจ กิตติธรรกุล)

.....กรรมการ
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เยาวนิจ กิตติธรรกุล)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....กรรมการ
 (รองศาสตราจารย์ ดร.เสาวลักษณ์ รุ่งตะวันเรืองศรี)

.....กรรมการ
 (ดร.พีรพัฒน์ โกศลศักดิ์สกุล)

.....กรรมการ
 (รองศาสตราจารย์ ดร.ผจงศิลป์ เพ็งมาก)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยเป็นส่วน
 หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการสิ่งแวดล้อม

.....
 (ศาสตราจารย์ ดร.ดำรงศักดิ์ ฟ้ารุ่งสง)
 คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้มาจากการศึกษาวิจัยของนักศึกษาเอง และได้แสดงความขอบคุณบุคคลที่มีส่วนช่วยเหลือแล้ว

ลงชื่อ.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.พญ. พิชญ่า พรรคทองสุข)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ลงชื่อ.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เยาวนิจ กิตติธรรกุล)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ลงชื่อ.....

(ดร.พีรพัฒน์ โภศลศักดิ์สกุล)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ลงชื่อ.....

(นางสาวสุนันท์ ชัยชนะ)

นักศึกษา

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อน และ
ไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ.....

(นางสาวสุคนธ์ ชัยชนะ)

นักศึกษา

ชื่อวิทยานิพนธ์	การพัฒนาโปรแกรมการจัดการสุขภาพของแรงงานต่างชาติ: การวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยความร่วมมือของภาคแรงงาน ภาครัฐ และภาคเอกชน
ผู้เขียน	นางสาวสุคนธ์ ชัยชนะ
สาขาวิชา	การจัดการสิ่งแวดล้อม
ปีการศึกษา	2561

บทคัดย่อ

ถึงแม้ว่าการปฏิบัติตามมาตรฐานแรงงานระหว่างประเทศมีความสำคัญต่อผู้ผลิตที่มุ่งเน้นการส่งออกของไทยที่จ้างแรงงานต่างชาติ แต่มีผู้รู้ร้น้อยมากเกี่ยวกับวิธีการจัดการโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพ วัตถุประสงค์ของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เพื่อส่งเสริมให้ผู้มีส่วนได้เสียที่สำคัญทั้งหมดทำงานร่วมกันสำหรับการวางแผนในการแก้ปัญหาที่มีอยู่ ผ่านการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่นำมาใช้ในการพัฒนาระบบการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง การดำเนินการส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงรวมถึงการตัดสินใจของกลุ่ม และมุ่งมั่นที่จะปรับปรุงในสถานการณ์จริง การศึกษาได้ดำเนินการในค่ายแรงงานต่างชาติของโรงงานอุตสาหกรรมอาหารทะเลขนาดใหญ่ในอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ในช่วง 2559-2560 จากคณะทำงาน 3 ภาคส่วนคือ (ตัวแทนแรงงานต่างชาติ แรงงานสัมพันธ์ และตัวแทนหน่วยบริการสาธารณสุขภาครัฐเป็นผู้สนับสนุนทางวิชาการรวมผู้วิจัย) ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในการพัฒนาแผนปฏิบัติการ 1 ปีซึ่งประกอบ การพัฒนาโปรแกรมประกอบด้วย 2 ขั้นตอนหลัก คือ ระยะเวลาเน้นการเสริมสร้างศักยภาพคณะทำงานในการตรวจวินิจฉัยชุมชน และการบริหารจัดการโปรแกรม ในขณะที่ระยะที่สองให้ความสำคัญในการดำเนินการตามโปรแกรม และการประเมินผลการดำเนินงานการจัดการขยะซึ่งเป็นปัญหาที่ถูกเลือก และการวางแผนสำหรับการดำเนินงาน โดยใช้ 2 กลยุทธ์หลักคือ (1) การสร้างความรู้และความตระหนักการจัดการขยะ (2) และกลยุทธ์การจัดการ 3Rs (Reduce, Reuse, Recycle) บทเรียนที่ได้เรียนรู้และข้อจำกัด ของการดำเนินโครงการและการประเมินผล การจัดการขยะ ถูกอธิบายอย่างละเอียดในงานวิจัย เพื่อให้เกิดประสิทธิผลของโปรแกรม ประเมินผลการดำเนินงานโดยวิเคราะห์เปรียบเทียบก่อน-หลังโปรแกรม แสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงที่เพิ่มขึ้นของความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติของ 3Rs (Reduce, Reuse, Recycle) การปฏิบัติแม้ว่าจะไม่ได้มีนัยสำคัญทั้งหมด ในทำนองเดียวกันปริมาณน้ำหนักรายวัน และต่อเดือน ลดลง ค่าใช้จ่ายของการกำจัดขยะลดลง มีรายได้จากการขายขยะรีไซเคิลเพิ่มขึ้น และความชุกของสัตว์นำโรคจากขยะลดลงตัวชี้วัดเหล่านี้สนับสนุนประสิทธิผลโปรแกรมการจัดการขยะ การศึกษานี้ยืนยันยืนยันความเป็นไปได้ของการสร้างขีดความสามารถผ่านการวิจัยเชิงปฏิบัติการและผลประโยชน์ที่ช่วยให้เกิดประสิทธิภาพของการจัดบริการในแรงงานต่างชาติที่จดทะเบียนจ้างงานในภาคการผลิตการส่งออก

คำสำคัญ: การพัฒนาศักยภาพ การวิจัยชุมชน โปรแกรมการจัดการสุขภาพ การจัดการขยะ การวิจัยเชิงปฏิบัติการ แรงงานต่างชาติ

Thesis Title	The Development of Health Management Program for Migrant Workers: An Action Research under Collaboration of Workers, Private and Public Sectors
Author	Miss Sukhon Chaichana
Major Program	Environmental Management
Academic Year	2018

ABSTRACT

Despite ensuring compliance with international labor standards is crucial to Thai export-oriented manufacturers who employ migrant labor, relatively little is known about how to manage the effective program for well-being of migrant workers. The objective of this study was to encourage all key stakeholders to work together for remediation plan to solve the existing problem through action research, the method of which applied to developing continuing learning process, action for change, including group decision and commitment to improvement in one's own real situations. The study was carried out in a migrant labor camp of a large-scale seafood industry in Hatyai district, Songkhla province, Thailand during 2016-2017. Primarily, the tripartite taskforce (migrant worker representatives, factory staffs, governmental health center as academic supporters including a researcher) was engaged in order to develop a one-year action plan which consisted of two phase. Phase I emphasized on taskforce capacity building on community health diagnosis and program management while phase II gave priority to program implementation and evaluation. Solid waste management (SWM) problem was identified and planned for intervention based on two strategies of (i) knowledge and awareness raising and (ii) 3Rs (reduce, reuse, recycle) management. Lesson learnt and limitation of SWM program implementation and evaluation were thoroughly elaborated in the article. For program effectiveness, the before-after intervention analysis was performed to illustrate incremental changes of knowledge, attitude and practice of 3Rs (reduce, reuse, recycle) practice, though not all significant. Likewise, waste weight, waste per capita, cost of municipal waste elimination, revenues from sales of recycling material, and number of animal vector from waste supported SWM program effectiveness. This study affirmed the feasibility of capacity building through action research and its

benefit to enable effectiveness of service among registered migrant workers in export manufacturing sector

Keywords: Capacity building; Community diagnosis; Program management; Waste management; Action research; Migrant workers

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาให้คำปรึกษา แนะนำ แก้ไขข้อบกพร่อง และให้กำลังใจแก่ผู้วิจัย ตลอดจนคอยติดตามความก้าวหน้าอย่างสม่ำเสมอของอาจารย์ที่ปรึกษา คือ รองศาสตราจารย์ ดร. แพทย์หญิงพิชญา พรรคทองสุข และอาจารย์ที่ปรึกษาร่วมคือ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เยาวนิจ กิตติธรรกุล และ ดร. พีรพัฒน์ โกศลศักดิ์สกุล ผู้วิจัยจึงขอขอบพระคุณอาจารย์ทั้งสามท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. ลือชัย ศรีเงินยวง รองศาสตราจารย์ ดร. เสาวลักษณ์ รุ่งตะวันเรืองศรี และรองศาสตราจารย์ ดร. ผจงศิลป์ เฟิงมาก คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้เสนอข้อคิดเห็น และแนะนำตรวจสอบข้อบกพร่องจนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอขอบคุณคณะทำงานผู้ร่วมกระบวนการวิจัยทุกท่าน และผู้ให้ข้อมูลทุกท่านซึ่งประกอบไปด้วย ผู้ตอบแบบสอบถาม ผู้ถูกสัมภาษณ์ ที่ทำให้ได้ข้อมูลที่สำคัญในกระบวนการวิจัย

สุดท้ายนี้ ขอขอบพระคุณครอบครัวช่วยชนะทุกคน ผู้บังคับบัญชา เพื่อนร่วมงานทุกคนที่เป็นกำลังใจที่สำคัญของผู้วิจัย

สิ่งที่ดี และก่อประโยชน์จากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ขอมอบแต่อาจารย์ทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ให้แก่ผู้วิจัยตลอดมา

สุคนธ์ ชัยชนะ

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
สารบัญ	(10)
รายการตาราง	(13)
รายการภาพประกอบ	(17)
บทที่ 1 บทนำ	
ความสำคัญและที่มาของปัญหาที่ทำการวิจัย	1
คำถามการวิจัย	6
วัตถุประสงค์การวิจัย	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	6
นิยามศัพท์เฉพาะ	7
กรอบแนวคิดการวิจัย	8
ขอบเขตการวิจัย	9
ระยะเวลาการทำวิจัย	10
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรมและสารสนเทศ	
สถานการณ์ทั่วไป	11
สาเหตุและปัจจัยการเข้ามาของแรงงานต่างชาติ	15
ผลกระทบจากแรงงานต่างชาติ	18
แบบแผนการดูแลตนเอง การใช้บริการสุขภาพ และสิทธิด้านประกันสุขภาพของ แรงงานต่างชาติ	36
รูปแบบการจัดการสุขภาพในประเทศไทย	38
รูปแบบการจัดการสุขภาพของแรงงานต่างชาติในต่างประเทศ	45
แนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในงานวิจัย	48
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย	
ระยะการสร้างการมีส่วนร่วมกับภาคีที่เกี่ยวข้อง	69
ระยะการศึกษาข้อมูลเบื้องต้น	71
ระยะพัฒนาโปรแกรม	74
ระยะดำเนินงานตามโปรแกรม	74
การวิเคราะห์ข้อมูล	81
จริยธรรมการวิจัย	82

สารบัญ (ต่อ)

เรื่อง	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัย	
ผลการดำเนินงานระยะการสร้างการมีส่วนร่วมกับภาคีที่เกี่ยวข้อง	88
การสร้างภาคีกับภาคเอกชน	89
การสร้างความสัมพันธ์กับหน่วยงานรัฐ	92
ระยะการศึกษาข้อมูลเบื้องต้น	94
ข้อมูลทั่วไปของค่ายพัก	94
การบริหารจัดการค่ายพักแรงงานต่างชาติ	96
สวัสดิการของค่ายพักแรงงานต่างชาติ	97
สถานะสุขภาพของแรงงานต่างชาติ	101
ระยะพัฒนาโปรแกรม	107
ผลการดำเนินการตามโปรแกรม	109
ผลการสำรวจสถานะสุขภาพ (S1)	109
ผลที่ได้จากกระบวนการอบรมเชิงปฏิบัติการวิจัยชุมชน (W1)	126
การอบรมเชิงปฏิบัติการ การบริหารจัดการโครงการ	132
ผลการสำรวจ ปัญหาการจัดการขยะในค่ายพัก	132
กระบวนการและผลที่ได้จากการอบรมเชิงปฏิบัติการ การพัฒนาศักยภาพ	141
คณะทำงานด้านการบริหารจัดการโครงการ	
ผลการดำเนินงานตามแผนงานโครงการ	149
ผลการดำเนินงาน และกระบวนการที่ได้จากแผนงานให้ความรู้และสร้างความตระหนัก	149
ผลการดำเนินงาน และกระบวนการที่ได้จากแผนงานจัดการขยะโดยหลัก 3Rs	152
ผลการดำเนินงาน และกระบวนการที่ได้จากแผนงานประเมินผลโปรแกรม	157
การประเมินกระบวนการ (Process evaluation)	157
การประเมินผลลัพธ์ (Product evaluation)	159
ปัจจัยสำเร็จ และอุปสรรค	172
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะการวิจัย	
สรุปผลการวิจัย	176
อภิปรายผลการวิจัย	180

สารบัญ (ต่อ)

เรื่อง	หน้า
ข้อเสนอแนะ	195
บทเรียนการวิจัย	195
บรรณานุกรม	198
ภาคผนวก	223
ภาคผนวก ก เครื่องมือในการวิจัย	224
ภาคผนวก ข แผนการอบรมเชิงปฏิบัติการการบริหารจัดการโครงการ	273
ภาคผนวก ค รายนามผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย	277
ประวัติผู้เขียน	(19)

รายการตาราง

รายการ	หน้า
ตาราง 2-1 ผลการศึกษารายได้ ร้อยละ ของอัตราค่าแรงของแรงงานต่างชาติ	13
ตาราง 2-2 ผลการศึกษาร้อยละชั่วโมงการทำงาน ระยะเวลาพัก ของแรงงานต่างชาติ	14
ตาราง 2-3 ร้อยละของความสามารถพูด ฟัง ภาษาไทย ในการศึกษาของแรงงานต่างชาติ	15
ตาราง 2-4 การศึกษาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลแรงงานต่างชาติ	20
ตาราง 2-5 ค่าใช้จ่ายในการรักษาแรงงานต่างชาติที่ไม่สามารถเรียกเก็บได้ ปี พ.ศ. 2553-2556	21
ตาราง 2-6 ผลการศึกษาอัตราความชุกโรคเอดส์ในแรงงานต่างชาติเปรียบเทียบกับคนไทย	22
ตาราง 2-7 ผลการศึกษาอัตราความชุกโรคเอดส์ในแรงงานต่างชาติในต่างประเทศ	23
ตาราง 2-8 ผลการศึกษาอัตราความชุกโรคซิฟิลิสในแรงงานต่างชาติเปรียบเทียบกับคนไทย	25
ตาราง 2-9 ผลการศึกษาอัตราความชุกโรคเท้าช้างในแรงงานต่างชาติเปรียบเทียบกับคนไทย	27
ตาราง 2-10 ผลการศึกษาอัตราความชุกโรคผิวหนังโรคในแรงงานต่างชาติเปรียบเทียบกับคนไทย	27
ตาราง 2-11 ผลการศึกษาอัตราความชุกโรคมาลาเรียในแรงงานต่างชาติเปรียบเทียบกับคนไทย	29
ตาราง 2-12 การศึกษาวิจัยการบาดเจ็บจากการทำงานในแรงงานต่างชาติในประเทศยุโรป	33
ตาราง 2-13 สรุปลยุทธ์ที่ใช้ในรูปแบบการส่งเสริมการป้องกันเอดส์ในแรงงานต่างชาติ	45
ตาราง 2-14 ประเด็นสุขภาพที่ต่างประเทศให้ความสำคัญในการจัดการสุขภาพ	46
ตาราง 2-15 นโยบายหลักในการจัดรูปแบบการดูแลแรงงานต่างชาติในต่างประเทศ	47
ตาราง 3-1 ขั้นตอนดำเนินงานใน 4 ระยะ วิธีการ เครื่องมือ กลุ่มตัวอย่างกระบวนการ และผลที่ได้รับ	68
ตาราง 4-1 สรุปรกระบวนการ และผลที่ได้รับตาม 4 ระยะการดำเนินงาน	84
ตาราง 4-2 สาเหตุ 20 อันดับแรกที่แรงงานต่างชาติลาป่วยในปี พ.ศ. 2558	101

รายการตาราง (ต่อ)

รายการ	หน้า
ตาราง 4-3 เปรียบเทียบอัตราป่วยต่อแสนประชากร โรคที่เฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ปี พ.ศ. 2558	103
ตาราง 4-4 สิทธิประกันสุขภาพของแรงงานต่างชาติ ปี 2558	105
ตาราง 4-5 ลักษณะทั่วไปของแรงงานต่างชาติในค่ายพัก (n=340)	111
ตาราง 4-6 สถิติชีพของแรงงานต่างชาติในค่ายพัก (n=340)	113
ตาราง 4-7 ลักษณะงานของแรงงานต่างชาติในค่ายพัก (n=340)	113
ตาราง 4-8 การใช้ภาษาไทยของแรงงานต่างชาติในค่ายพัก (n=340)	114
ตาราง 4-9 สิทธิการรักษาของแรงงานต่างชาติในค่ายพัก (n = 340)	115
ตาราง 4-10 ผลตรวจสุขภาพก่อนได้รับใบอนุญาตทำงาน การป่วย สาเหตุการป่วย การรักษาเมื่อเจ็บป่วย ของแรงงานต่างชาติ (n=340)	116
ตาราง 4-11 ด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย แรงงานต่างชาติ (n=340)	116
ตาราง 4-12 จำนวน ร้อยละ โรคประจำตัวของแรงงานต่างชาติ (n=340)	117
ตาราง 4-13 อุบัติเหตุหรือบาดเจ็บ ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาของแรงงานต่างชาติ (n=340)	118
ตาราง 4-14 พฤติกรรมการออกกำลังกายของแรงงานต่างชาติในค่ายพัก (n=340)	119
ตาราง 4-15 พฤติกรรมสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และเครื่องดื่มเสริมกำลังของแรงงานต่างชาติ (n=340)	119
ตาราง 4-16 พฤติกรรมด้านสุขวิทยาส่วนบุคคลของแรงงานต่างชาติในค่ายพัก (n=340)	120
ตาราง 4-17 ภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตของแรงงานต่างชาติ ในค่ายพัก	121
ตาราง 4-18 สุขภาพสิ่งแวดล้อม/การกำจัดสิ่งปฏิกูล ของแรงงานต่างชาติ (n=340)	122
ตาราง 4-19 การปฏิบัติตัวด้านสุขภาพอาหาร ของแรงงานต่างชาติในค่ายพัก	123
ตาราง 4-20 การคุมกำเนิดของแรงงานต่างชาติหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ 15-49 ปี ที่แต่งงานและอยู่กินกับสามีในค่ายพัก (n=189)	123
ตาราง 4-21 สรุปตัวชี้วัดสุขภาพที่เป็นปัญหาของแรงงานต่างชาติชุดสำรวจดัชนีสุขภาพ 6 ด้าน (S1)	124
ตาราง 4-22 ผลลำดับปัญหาสุขภาพแรงงานต่างชาติในค่ายพักธง1 (แรงงานสัมพันธ์)	127

รายการตาราง (ต่อ)

รายการ	หน้า
ตาราง 4-23 ผลการจัดลำดับปัญหาสุขภาพของแรงงานต่างชาติในค่ายปลักธง 1 (แรงงานต่างชาติ)	128
ตาราง 4-24 สรุปผลการจัดลำดับปัญหาโดยวิธีการคูณของคณะทำงานทั้ง 2 กลุ่ม	129
ตาราง 4-25 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลัง การพัฒนาศักยภาพคณะทำงาน ด้านการวินิจฉัยชุมชน (W1) (n=16)	131
ตาราง 4-26 ระดับความพึงพอใจคณะทำงานต่อการพัฒนาศักยภาพด้านการวินิจฉัย ชุมชน (n=16)	132
ตาราง 4-27 ลักษณะทั่วไปของแรงงานต่างชาติในค่ายพัก (n=340)	134
ตาราง 4-28 ความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะของแรงงานต่างชาติในค่ายพัก (n=340)	135
ตาราง 4-29 ระดับความคิดเห็นการจัดการขยะของแรงงานต่างชาติในค่ายพัก (n=340)	136
ตาราง 4-30 พฤติกรรมการจัดการขยะของแรงงานต่างชาติในค่ายพัก (n=340)	137
ตาราง 4-31 ความร่วมมือการจัดการขยะของแรงงานต่างชาติในค่ายพัก (n=340)	137
ตาราง 4-32 ปัญหาอุปสรรคการจัดการขยะของแรงงานต่างชาติในค่ายพัก (n=340)	138
ตาราง 4-33 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การถูกรบกวนจากสัตว์นำโรค (n=340)	139
ตาราง 4-34 แผนงาน/โครงการ ที่เป็นผลลัพธ์จากการอบรมเชิงปฏิบัติการ	146
ตาราง 4-35 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลัง การพัฒนาศักยภาพคณะทำงาน ด้านการวินิจฉัยชุมชน (W1) และการพัฒนาศักยภาพคณะทำงานด้าน การบริหารจัดการโครงการ (W2)	148
ตาราง 4-36 ความพึงพอใจ การอบรมเชิงปฏิบัติการการวินิจฉัยชุมชน (W1) และการ บริหารจัดการโครงการ (W2)	148
ตาราง 4-37 ประเมินตรวจสอบการจัดการขยะในค่ายพักแรงงานต่างชาติ จากการ ติดตามของคณะทำงาน	155
ตาราง 4-38 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การมีส่วนร่วมของ คณะทำงาน (E5)	158
ตาราง 4-39 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความพึงพอใจต่อ โครงการย่อย	159

รายการตาราง (ต่อ)

รายการ	หน้า
ตาราง 4-40 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การถูกรบกวนจากสัตว์นำโรค และสิ่งแวดล้อม ก่อนและหลังโปรแกรมการจัดการสุขภาพของแรงงานต่างชาติ (n=340)	161
ตาราง 4-41 เปรียบเทียบความชุกหนูก่อน-หลังโปรแกรม โดยวิธีตรวจนับรอยเท้าหนูบนแผ่นกระเบื้องยาง (tracking board)	162
ตาราง 4-42 เปรียบเทียบการประเมินความชุกแมลงวันก่อน-หลังโปรแกรม โดยวิธี Fly Grill Count Technique	163
ตาราง 4-43 เปรียบเทียบการประเมินความชุกแมลงสาบก่อน-หลังโปรแกรม โดยวิธี Jar Trap Method	164
ตาราง 4-44 เปรียบเทียบการประเมินความชุกลูกน้ำยุงลายก่อน-หลังโปรแกรม	165
ตาราง 4-45 การเปลี่ยนแปลงตัวชี้วัดของสัตว์นำโรคที่เกิดจากขยะก่อนและหลังโปรแกรม	166
ตาราง 4-46 ความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะของแรงงานต่างชาติในค่ายพัก (n=340)	167
ตาราง 4-47 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความคิดเห็นการจัดการขยะของแรงงานต่างชาติในค่ายพัก ก่อน-หลังโปรแกรมการจัดการสุขภาพ (n=340)	168
ตาราง 4-48 พฤติกรรมการปฏิบัติการจัดการขยะของแรงงานต่างชาติ ก่อน-หลังโปรแกรมการจัดการสุขภาพ (n=340)	169
ตาราง 4-49 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความร่วมมือในการจัดการขยะของแรงงานต่างชาติ เปรียบเทียบก่อน-หลัง โปรแกรมการจัดการสุขภาพ (n=340)	170
ตาราง 4-50 ประเมินผลภาพรวมโครงการ (Eall) ของโปรแกรมการจัดการสุขภาพของแรงงาน	171

รายการภาพประกอบ

รายการ	หน้า
แผนภูมิ 2-1 จำนวนผู้ป่วยใหม่โรคเรื้อรัง และอุบัติการณ์โรคเรื้อรังในคนไทย ปี พ.ศ. 2538- 2554	26
แผนภูมิ 3-2 โปรแกรมการจัดการสุขภาพแรงงานต่างชาติในค่ายพัก	76
แผนภูมิ 4-1 ผังการบริหารงานเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบค่ายพักแรงงานต่างชาติ	96
แผนภูมิ 4-2 อัตราป่วยต่อแสนประชากร ด้วยโรคติดต่อของแรงงานต่างชาติในค่ายพัก ปี พ.ศ. 2558	102
แผนภูมิ 4-3 ร่างโปรแกรมการจัดการสุขภาพของแรงงานต่างชาติ	108
แผนภูมิ 4-4 ปริมาณขยะ (กิโลกรัม) และปริมาณขยะที่ผลิตเฉลี่ยต่อคนต่อวัน เปรียบเทียบ ก่อน หลังโปรแกรมการจัดการสุขภาพ	160
แผนภูมิ 4-5 รายจ่าย (บาท) ค่ากำจัดขยะ และรายรับ (บาท) จากการขายขยะ ประเภทรีไซเคิล เปรียบเทียบก่อน-หลังโปรแกรมการจัดการสุขภาพ	161
รูปภาพ 1-1 กรอบแนวคิดการวิจัย	9
รูปภาพ 2-1 แบบจำลองความเชื่อในเรื่องสุขภาพ (Health Belief Model)	49
รูปภาพ 2-2 ตัวอย่าง Social Learning Theory	49
รูปภาพ 2-3 Theory of Reasoned Action	51
รูปภาพ 2-4 รูปแบบการมีส่วนร่วมใช้แบบขั้นบันไดของ Arnstein (1996)	52
รูปภาพ 2-5 ระบบสุขภาพภาคประชาชน	58
รูปภาพ 2-6 องค์ประกอบหมู่บ้านจัดการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2551)	59
รูปภาพ 3-1 กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการการจัดโปรแกรมการจัดการสุขภาพใน แรงงานต่างชาติ	75
รูปภาพ 4-1 ผังการจัดพื้นที่ของค่ายพักปลักธง 1	95
รูปภาพ 4-2 ลักษณะบ้านพัก ของค่ายปลักธง 1	95
รูปภาพ 4-3 พื้นที่ประกอบพิธีกรรมทางศาสนา	97
รูปภาพ 4-4 ห้องสมุด	98
รูปภาพ 4-5 จุดบริการน้ำดื่มน้ำใช้	98
รูปภาพ 4-6 ส้วมและพื้นที่อาบน้ำรวม	99
รูปภาพ 4-7 จุดพักขยะ ถังขยะของค่ายพัก	100

รายการภาพประกอบ (ต่อ)

รายการ	หน้า
รูปภาพ 4-8 ร้านค้าในค่ายพัก	100
รูปภาพ 4-9 พื้นที่สำหรับเตรียมอาหาร และเก็บอาหาร	101
รูปภาพ 4-10 ปิระมิตประชากรตามกลุ่มอายุและเพศ กลุ่มตัวอย่างแรงงานต่างชาติ ปี พ.ศ. 2559	112
รูปภาพ 4-11 ประชุมจัดลำดับปัญหา Workshop1 กลุ่มคณะกรรมการแรงงานสัมพันธ์	126
รูปภาพ 4-12 การสู่มแยกองค์ประกอบขยะ 100 กิโลกรัม	137
รูปภาพ 4-13 ร้อยละองค์ประกอบขยะแยกประเภทในค่ายพักปลักรง 1	139
รูปภาพ 4-14 ผังการปฏิบัติงานของแรงงานต่างชาติ กะ เอ และช่วงเวลาการเข้าถึง ข้อมูลของผู้วิจัย	175
รูปภาพ 4-15 ผังการปฏิบัติงานของแรงงานต่างชาติ กะ บี และช่วงเวลาการเข้าถึง ข้อมูลของผู้วิจัย	175

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและที่มาของปัญหาที่ทำการวิจัย

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาประเทศไทยได้กลายเป็นประเทศในภูมิภาคกลุ่มแม่น้ำโขงที่ให้โอกาส การจ้างงานและค่าแรงที่สูงกว่าประเทศเพื่อนบ้าน (อมรา สุนทรธาดา, 2558) แรงงานต่างชาติส่วนใหญ่มาจากประเทศเมียนมาที่ถูกว่าจ้างในกระบวนการผลิต การก่อสร้าง อุตสาหกรรมการบริการ การเกษตร และการประมง (Tangcharoensathien, Thwinb & Patcharanarumola, 2017) ในปี 2018 ประมาณ 1,950,000 ได้รับการจดทะเบียนถูกต้องตามกฎหมายแรงงานต่างชาติในประเทศไทย (สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว, 2560) แต่จำนวนแรงงานต่างชาติที่ไม่มีเอกสารมีประมาณหนึ่งล้านขึ้นไป (ILO, 2013) สิ่งนี้อาจอธิบายได้ด้วยเศรษฐกิจไทยที่ขึ้นกับการส่งออกอย่างมาก ในขณะที่แรงงานภายในประเทศที่มีอยู่ในปัจจุบันไม่เพียงพอ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรไปสู่สังคมผู้สูงอายุ (Kanthawee et al., 2014; Kohpaiboon & Wongcharoen, 2015)

นอกจากนี้ แนวโน้มทั่วโลกมีการจัดหาแรงงานในข้อตกลงการค้าทวิภาคีและภูมิภาค การคว่ำบาตรทางการค้า และแนวทางการค้าเพื่อการค้าได้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเป็นเครื่องมือสำหรับการคุ้มครองแรงงานต่างชาติ (ILO, 2017) ดังนั้นผู้ผลิตภาคอุตสาหกรรมส่งออกของไทยต้องปฏิบัติตามมาตรฐานและข้อบังคับสากล ซึ่งมีความท้าทายทั้งด้านแรงงานและด้านการผลิตให้มีประสิทธิภาพ

การเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจอย่างรวดเร็วของประเทศไทยทำให้ความต้องการแรงงานเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่ประเทศไทยประสบปัญหาการขาดแคลนแรงงาน ส่งผลให้แรงงานต่างชาติจากประเทศเพื่อนบ้าน ทั้งเมียนมา ลาว และกัมพูชา อพยพเข้ามาทำงานในประเทศอย่างต่อเนื่อง (กิริยา กุลกลการ, 2557) นอกจากนี้ ประชากรวัยทำงานของไทยลดลง ขณะที่วัยพึ่งพาโดยเฉพาะจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น เนื่องจากอัตราการเกิดลดลง โดยอัตราการมีบุตรลดลงเหลือเพียง 1.5 คนต่อหญิงไทย ในขณะที่ค่าที่ควรจะเป็นคือ 2.1 คนต่อหญิงไทย (ชาญวิทย์ ทารเทพ, นธีรัตน์ ธรรมโรจน์, และ ปราณี จริตเอก, 2554) ดังนั้นแรงงานต่างชาติจึงเป็นทรัพยากรบุคคลสำคัญที่เข้ามาเติมเต็มตลาดแรงงานในประเทศไทย โดยเฉพาะกลุ่มแรงงานไร้ฝีมือซึ่งมีปัญหาการขาดแคลนแรงงานมากที่สุด กล่าวคือ จากสถิติของฝ่ายทะเบียนและข้อมูลสารสนเทศ สำนักบริหารแรงงานต่างชาติ กระทรวงแรงงาน ปี 2561 มีแรงงานต่างชาติทั้งสิ้น 3.8 ล้านคน ที่ขึ้นทะเบียนและทำงานอย่างถูกต้องตามกฎหมายประมาณ 2 ล้านคน ส่วนที่เหลือประมาณ 1.8 ล้านคน เป็นแรงงานต่างชาติประเภททั่วไป โดยส่วนใหญ่เป็นแรงงานประเภทไร้ฝีมือที่ถูกผ่อนผันให้ทำงาน และไม่สามารถดำเนินการขึ้นทะเบียนตามระยะเวลาที่กำหนด (สำนักบริหารแรงงานต่างชาติ กระทรวงแรงงาน, 2561) นอกจากนี้

ยังมีแรงงานต่างชาติที่หลบหนีเข้าเมืองอย่างผิดกฎหมาย และหลบซ่อนตัวเพื่อทำงานในเมืองไทยอีกจำนวนมากที่ไม่สามารถระบุตัวตนและสัญชาติได้ ทั้งนี้จากงานวิจัยประมาณการณ์จำนวนของแรงงานต่างชาติทั้งหมดในประเทศราว 3 ล้านคน ในปี 2556 (พีรพัฒน์ วงศ์ชัยวัฒน์, 2556) คือมีแรงงานต่างชาติที่ไม่ได้จดทะเบียนและลักลอบเข้ามาทำงานในประเทศไทยประมาณ 2 ล้านคน

การเข้ามาของแรงงานต่างชาติส่งผลด้านบวก กล่าวคือ แรงงานต่างชาติเป็นกลไกช่วยเพิ่มผลผลิต ส่งผลให้ผลิตภัณฑ์มวลรวม (GDP) ของประเทศสูงขึ้น (กิริยา กุลกลการ, 2557) และทำรายได้ให้กับประเทศไทยร้อยละ 5-6.2 ของมูลค่าผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (Martin, 2007) โดยเฉพาะในภาคการจ้างงานที่มีแรงงานต่างชาติเป็นสัดส่วนสูงมาก ได้แก่ ภาคการขนถ่ายสินค้าทางน้ำ ร้อยละ 63 และภาคการผลิตอื่น ๆ ร้อยละ 37 จากการศึกษาของ ธนะพงษ์ โปธิปิติ และกิริยา กุลกลการ (2553) ประมาณการว่าในอนาคตแรงงานต่างชาติจะแก้ปัญหาผลผลิตของประเทศลดลงอันเนื่องจากภาวะสังคมผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 57 นอกจากนี้แรงงานต่างชาติยังช่วยสร้างรายได้กับรัฐบาลไทยจากค่าธรรมเนียมรวม 1,237.5 ล้านบาท เป็นค่าธรรมเนียมการพิสูจน์สัญชาติ 244.5 ล้านบาท ค่าธรรมเนียมจากการนำเข้าแรงงานต่างชาติตาม MOU 37 ล้านบาท และค่าธรรมเนียมกลุ่มเข้าเมืองผิดกฎหมายตามมติกรม. 3 สัญชาติ (เมียนมา ลาว กัมพูชา) 956 ล้านบาท (กิริยา กุลกลการ, 2557) ยิ่งไปกว่านั้น การจ้างแรงงานต่างชาตินอกจากจะกระตุ้นเศรษฐกิจในประเทศของแรงงานต่างชาติแล้วยังกระตุ้นเศรษฐกิจในประเทศเจ้าบ้านด้วย องค์การแรงงานระหว่างประเทศประเมินว่า ปัจจุบันแรงงานต่างชาติในทุกประเทศทั่วโลกประมาณ 86 ล้านคน ส่งเงินกลับไปยังครอบครัวในประเทศกำลังพัฒนาคิดเป็นเงินประมาณ 160,000 ล้านดอลลาร์ต่อปี ซึ่งมากกว่าเงินช่วยเหลือเพื่อการพัฒนา (Development AIDS) ที่ประเทศกำลังพัฒนาได้รับถึง 3 เท่า (ILO, 2013) แม้จำนวนเงินจะค่อนข้างมากแต่คิดเป็นร้อยละ 13 ของรายได้ที่แรงงานต่างชาติได้รับเท่านั้น กล่าวคือรายได้ส่วนใหญ่ร้อยละ 87 หรือประมาณ 1 ล้านล้านดอลลาร์ยังหมุนเวียนอยู่ในประเทศเจ้าบ้าน (อนุสรณ์ ธรรมใจ, 2555)

อย่างไรก็ตาม การจ้างแรงงานต่างชาติแม้จะส่งผลด้านบวกหลายประการ การเพิ่มขึ้นของแรงงานต่างชาติก็ส่งผลกระทบต่อประเทศปลายทางอย่างมากเช่นกัน เช่น การเกิดชุมชนแออัด โรคติดต่อ อาชญากรรม เป็นต้น แรงงานต่างชาติและผู้ติดตามในประเทศไทยมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงขนาดและโครงสร้างประชากรด้านอายุ เพศ และอัตราการพึ่งพิง (จีรดา สุธีรัฐฉวี, 2557; สุสันtha ยิ้มแย้ม และคณะ, 2552; Baker, Holomyong & Thianiai, 2010) ตลอดจนการเพิ่มขึ้นของอัตราการเกิด อัตราการตาย ความหนาแน่นของประชากรในเขตเมืองและเขตอุตสาหกรรม และการเคลื่อนย้ายเข้าของแรงงานไทย (กิริยา กุลกลการ, 2553) อีกด้านหนึ่ง แรงงานต่างชาติทำให้ค่าจ้างแรงงานไทยขยับขึ้นยากเนื่องจากนายจ้างเลือกใช้แรงงานต่างชาติที่ค่าแรงต่ำกว่า (สุสันtha ยิ้มแย้ม และคณะ, 2552) และส่งผลให้เทคโนโลยีการผลิตของไทยขาดการพัฒนา เนื่องจากนายจ้าง

สามารถเลือกใช้แรงงานต่างชาติไร้ฝีมือแทนการพัฒนาเทคโนโลยีการผลิต (เนติมา คงแคล้ว, 2554) นอกจากนี้ การจ้างแรงงานต่างชาติทำให้ไทยถูกกีดกันด้านการค้าจากประเทศคู่ค้า (อนุสรณ์ ธรรมใจ, 2555)

ในด้านสาธารณสุข พบว่า แรงงานต่างชาติเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทย เนื่องจากแรงงานต่างชาติจะเข้ารับการรักษาเมื่อมีอาการป่วยขั้นรุนแรงเนื่องจากเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย แรงงานต่างชาติส่วนใหญ่จะซื้อยามากินเองจากร้านขายยา รองลงมาคือใช้บริการที่คลินิก เพราะสะดวก กรณีป่วยมากจึงไปโรงพยาบาล (ขวัญจิต ศศิศาโรจน์ และ เสาวณี พงผิ่ง, 2552; ขวัญชีวัน บัวแดง, 2552; สุสัณหา ยิ้มแย้ม และคณะ, 2552) ส่งผลให้ต้นทุนการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการดูแลรักษาแบบผู้ป่วยในสูงกว่าปกติ โรงพยาบาลต้องแบกรับค่าใช้จ่ายของแรงงานต่างชาติที่ป่วยแต่ไม่มีประกันสุขภาพ และไม่สามารถจ่ายค่ารักษาซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่มากกว่าผู้ป่วยในกลุ่มที่มีบัตรประกันสุขภาพประมาณ 4 เท่า (ชนนชนก สีสาววัฒนเกียรติ, 2551; ปิรันธน์ มณีวรรณ, 2544) ปัญหาสุขภาพที่สำคัญจากแรงงานต่างชาติคือ ปัญหาโรคติดต่อ เช่น อหิวาตกโรค โรคอุจจาระร่วง อาหารเป็นพิษ โรคเอดส์ (เพรียวภูรินทร์ มะโนเพ็ญ, กมลวรรณ บุญโปร่ง, และ วีระพงษ์ ปงจันตา, 2555; สำนักโรคติดต่อวิทยา, 2557) สำหรับโรคติดต่อควบคุมก็ยังเป็นปัญหาในแรงงานต่างชาติที่เข้าเมืองถูกกฎหมาย (1 ล้านคน) ได้แก่ โรคเรื้อน โรคเท้าช้าง โรคฉี่หนู โรคมาลาเรีย โรคซิฟิลิส อย่างไรก็ตาม ไม่มีข้อมูลการควบคุมป้องกันโรคติดต่อควบคุมในแรงงานต่างชาติที่เข้าเมืองผิดกฎหมาย (2 ล้านคน) (สำนักโรคติดต่อวิทยา, 2557) นอกจากนี้ ยังพบปัญหาอนามัยหญิงวัยเจริญพันธุ์ ในประเด็นการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ การทำแท้ง (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2551) โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การถูกล่วงละเมิดทางเพศ ปัญหาการคุมกำเนิด การตายของทารกและมารดาหลังคลอด อนามัยเด็ก (สุสัณหา ยิ้มแย้ม และคณะ, 2552) ปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ (ขวัญจิต ศศิศาโรจน์ และเสาวณี พงผิ่ง, 2552) ปัญหาคุณภาพชีวิต (มนตรี พรมวัน, 2552) และปัญหาสุขภาพจิต (Aung, Prathurng & Htoo, 2012)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของแรงงานต่างชาติในช่วงหลายปีที่ผ่านมา ส่วนใหญ่มุ่งพรรณนาสถานะสุขภาพแรงงานต่างชาติในประเทศไทยเป็นส่วนใหญ่ เพื่อนำมาสู่การดำเนินการป้องกันและเฝ้าระวังโรคที่เกิดจากแรงงานต่างชาติ อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยยังไม่พบงานวิจัยที่ศึกษาเพื่อการจัดการสุขภาพของแรงงานต่างชาติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการศึกษาที่ให้แรงงานต่างชาติมีส่วนร่วมจัดการปัญหาสุขภาพของตนเอง จากการทบทวนเอกสารถึงรูปแบบการจัดการสุขภาพของแรงงานต่างชาติในประเทศไทย มีรูปแบบการจัดการสุขภาพที่ผู้วิจัยสามารถจำแนกได้ 3 รูปแบบหลักคือ รูปแบบประกันสุขภาพ รูปแบบประกันสังคม และรูปแบบการแก้ปัญหาโรคเอดส์ โดยรูปแบบประกันสุขภาพและรูปแบบประกันสังคมเป็นรูปแบบที่รัฐกำหนดขึ้นเพื่อแก้ปัญหาภาระค่าใช้จ่ายจากแรงงานต่างชาติ (กระทรวงสาธารณสุข, 2557; กระทรวงแรงงาน สำนักงานประกันสังคม, 2557) และ

รูปแบบการแก้ปัญหาโรคเอดส์ในแรงงานข้ามชาติเป็นรูปแบบที่เกิดจากความร่วมมือ 8 องค์กร เพื่อลดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ใน 36 จังหวัดแนวชายแดน (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, 2554) โดยมีรูปแบบการจัดการ 7 รูปแบบคือ 1) รูปแบบการพัฒนากองทุนสุขภาพและสวัสดิการ เพื่อช่วยเหลือแรงงานต่างชาติที่ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพให้สามารถเข้าถึงแหล่งทุนในการดูแลสุขภาพ 2) การจัดตั้งศูนย์ตรีออปิน (ศูนย์บริการสุขภาพชุมชน/ศูนย์บริการสาธารณสุข) ที่ร่วมดำเนินการทั้งบุคลากรภาครัฐและแกนนำสุขภาพ (อสต.) 3) รูปแบบความร่วมมือในระบบส่งต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศ โดยความร่วมมือกันของเครือข่ายเจ้าหน้าที่ทั้งสองประเทศ 4) รูปแบบกลวิธีการทำงานเชิงรุก ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมกันระหว่าง เจ้าหน้าที่ อสต. และแกนนำในชุมชน 5) รูปแบบการจัดบริการที่เป็นมิตรสำหรับประชากรต่างชาติ ใช้กลยุทธ์การบริหารโดยสหวิชาชีพ การตั้งคณะกรรมการงานภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง 6) รูปแบบศูนย์ประสานประชาคมเอดส์จังหวัด ศปอจ. (provincial coordinating mechanism: PCM) กับการขับเคลื่อนบริการสุขภาพสำหรับประชาชนแรงงานต่างชาติ โดยกลยุทธ์ประสานความร่วมมือของหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องและ 7) รูปแบบการดูแลสุขภาพแรงงานต่างชาติโดยอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต.) ในชุมชน โดยการพัฒนาศักยภาพของแรงงานต่างชาติให้เป็นแกนนำร่วมดูแลสุขภาพของเพื่อนแรงงานต่างชาติด้วยตนเอง

กล่าวได้ว่า รูปแบบการแก้ปัญหาโรคเอดส์ในแรงงานต่างชาติเป็นรูปแบบที่ประสบความสำเร็จ โดยพบว่าทั้ง 7 รูปแบบ มีปัจจัยความสำเร็จร่วมที่สำคัญคือ การใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งของแรงงานต่างชาติ การสร้างแกนนำแรงงานต่างชาติ การสร้างเครือข่ายการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นภาครัฐ ภาคเอกชน ตลอดจนภาคแรงงาน และจากการทบทวนรูปแบบการดูแลสุขภาพแรงงานต่างชาติในต่างประเทศ โดยเฉพาะประเทศแถบยุโรป พบว่ามีรูปแบบที่แตกต่างกันในแต่ละประเทศตามสภาพปัญหาของพื้นที่ และตามความจำเป็น ประเด็นสุขภาพที่ทุกประเทศเน้นและให้ความสำคัญคือ ประเด็นอนามัยแม่และเด็ก รองลงมาคือ โรคติดต่อทั่วไป โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และปัญหาสุขภาพจิต โดยรูปแบบการจัดการสุขภาพที่ทุกประเทศเริ่มเล็งเห็นและให้ความสำคัญคือ การส่งเสริมและป้องกันโรคในแรงงานต่างชาติที่ให้ภาคส่วนต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งตัวแรงงานต่างชาติเอง

การทบทวนข้อมูลพื้นฐานเรื่องที่พักอาศัยสำหรับแรงงานต่างชาติในประเทศไทย พบว่ามีรูปแบบการจัดที่พักอาศัย 3 รูปแบบหลัก คือ 1) รูปแบบค่ายพัก ที่สถานประกอบการเป็นผู้จัดให้แก่แรงงานต่างชาติ มีกระจายอยู่ทั่วไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งในจังหวัดที่มีโรงงานอุตสาหกรรมขนาดใหญ่ อาทิ สมุทรสาคร สมุทรสงคราม ระยอง สุราษฎร์ธานี และสงขลา การจัดที่พักสำหรับแรงงานต่างชาติมักแยกกับแรงงานไทย 2) รูปแบบเช่าที่พักเองของเอกชน มักอยู่รอบสถานประกอบการและอาศัยอยู่รวมกันเป็นชุมชน และ 3) รูปแบบพักกับนายจ้าง เช่น บ้านนายจ้าง บ้านในสวน และในสถานที่ก่อสร้าง การจัดที่พักแก่แรงงานต่างชาติทั้งสามรูปแบบ กระจายอยู่ทั่วไปในแต่ละจังหวัด (กระทรวง

แรงงาน, 2557) จากการศึกษาพบว่า พื้นที่พักอาศัยของแรงงานต่างชาติดังกล่าวที่มีสภาพที่แออัด ขาดระบบการจัดการที่ดีด้านสาธารณสุข เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคติดต่อ และแพร่ระบาดของโรคติดต่ออย่างรวดเร็ว (มนตรี พรหมวัน, 2552)

สำหรับจังหวัดสงขลาซึ่งเป็นจังหวัดที่มีการจ้างงานแรงงานต่างชาตินานาชาติมากที่สุดรองจากจังหวัดสุราษฎร์ธานีในภาคใต้ (กรมการจัดหางาน สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว, 2555, 2561) มีโรงงานอุตสาหกรรมขนาดใหญ่หลายแห่ง โดยจัดการให้แรงงานต่างชาติดำเนินงานในรูปแบบค่ายพักภายในสถานประกอบการซึ่งผู้ประกอบการได้จัดให้ เนื่องจากมีค่าใช้จ่ายต่ำกว่าการเช่าที่พักของเอกชน และสะดวกในการเดินทาง (กระทรวงแรงงาน, 2557) อย่างไรก็ตาม รูปแบบค่ายพักของแรงงานต่างชาตินี้ถูกกฎหมายทั้งหมดนั้นพบว่ามีไม่มากนัก นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังไม่พบการศึกษาการจัดการสุขภาพของแรงงานต่างชาตินี้ในรูปแบบค่ายพัก และไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาการดูแลสุขภาพของแรงงานต่างชาติโดยความร่วมมือระหว่างภาคแรงงาน ภาคเอกชน และภาครัฐ โดยเฉพาะอย่างยิ่งงานวิจัยที่เชื่อมโยงกับการดำเนินงานในระดับพื้นที่ และยังไม่พบงานวิจัยที่น่าเสนออย่างชัดเจนว่ารูปแบบการจัดการสุขภาพของแรงงานต่างชาตินี้ในค่ายพักควรมีรูปแบบเป็นอย่างไร และยังไม่มีการศึกษาเพื่อทำความเข้าใจล่วงหน้าเกี่ยวกับวิธีการจัดการโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพสำหรับแรงงานต่างชาติในประเทศไทย การอ้างอิงถึงการทบทวนวรรณกรรมในประเทศและต่างประเทศ เช่น การศึกษาของ Chaichana, Pakthongsuk & Kittitornkoo (2018) พบว่า โครงการที่ประสบความสำเร็จในแรงงานต่างชาติได้กล่าวถึงปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญในการเสริมสร้างศักยภาพของพันธมิตรที่เกี่ยวข้องการทำงานร่วมกันของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและเครือข่าย

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ อธิบายกระบวนการและบทเรียนที่ได้รับจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญในอุตสาหกรรมอาหารทะเลขนาดใหญ่ในการพัฒนาโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพผ่านการเสริมสร้างศักยภาพในการวินิจฉัยชุมชนและการจัดการโปรแกรมผ่านการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อให้เกิดประสิทธิผลของโปรแกรมซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของแผนปฏิบัติการนั้น

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงใช้กรอบแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อสร้างรูปแบบการทำงานและความร่วมมือของภาคแรงงาน ภาคเอกชน และภาครัฐ และพัฒนาเครือข่ายในการจัดการสุขภาพแรงงานต่างชาติในค่ายพักร่วมกัน โดยใช้ยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพ และวิเคราะห์ปัจจัยสำเร็จร่วมของการจัดการสุขภาพที่ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรม เพื่อกำหนดเป็นกรอบแนวทางในการจัดการสุขภาพของแรงงานต่างชาติในค่ายพัก รวมถึงการสร้างเครือข่ายความร่วมมือจาก 3 ภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ตามแนวคิดการมีส่วนร่วมดำเนินงานในรูปแบบการทำงาน เพิ่มศักยภาพด้านการวินิจฉัยชุมชน การเขียนแผนงาน/โครงการ การประเมินผลเพื่อแก้ไขปัญหา การดำเนินการเพื่อพัฒนาโปรแกรมการจัดการสุขภาพแก้ปัญหาสุขภาพของค่ายพัก ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ดำเนินงานเป็นวงจรตามลำดับตั้งแต่วางแผน ดำเนินการ/ปฏิบัติการตามแผน ประเมินผลและตั้งข้อสังเกต เพื่อ

สะท้อนผลการปฏิบัติ เป็นข้อมูลสู่การปรับแผนพัฒนา ปรับปรุงการดำเนินงานในวงรอบถัดไป ร่วมกับ ประเมินผลโครงการ ตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของโครงการ หมุนเป็นวงจรพัฒนาขึ้นในทุก วงรอบ จนเกิดผลสัมฤทธิ์ของโครงการ และเกิดประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการสุขภาพของ แรงงานต่างชาติในค่ายพัก การพัฒนารูปแบบดังกล่าวจะทำให้ได้รูปแบบการจัดการสุขภาพของ แรงงานต่างชาติ สามารถนำไปประยุกต์ใช้จัดการสุขภาพแรงงานต่างชาติในพื้นที่อื่น รวมถึงเป็น แนวทางจัดการสุขภาพของแรงงานต่างชาติสำหรับผู้กำหนดนโยบาย ผู้บริหารส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และส่วนท้องถิ่น รวมถึงได้แนวทางเชิงนโยบายและมาตรการต่างๆ ในการบริหารจัดการด้าน การแพทย์และสาธารณสุขเพื่อรองรับปัญหาแรงงานต่างชาติในประเทศไทย

คำถามการวิจัย

การวิจัยเรื่อง การพัฒนาโปรแกรมการจัดการสุขภาพของแรงงานต่างชาติ: การวิจัยเชิง ปฏิบัติการโดยความร่วมมือของภาคแรงงาน ภาคเอกชน และภาครัฐ มีคำถามวิจัย ดังนี้

1. โปรแกรมการจัดการสุขภาพของแรงงานต่างชาติในค่ายพักโดยความร่วมมือของภาค แรงงาน ภาคเอกชน และภาครัฐ มีรูปแบบอย่างไร และมีกลไกดำเนินการอย่างไร
2. ประสิทธิผลของโปรแกรมจัดการสุขภาพของแรงงานต่างชาติในค่ายพักเป็นอย่างไร
3. ปัจจัยใดบ้างที่ส่งผลต่อความสำเร็จ/ล้มเหลว ของโปรแกรมการจัดการสุขภาพของ แรงงานต่างชาติในค่ายพัก

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. พัฒนาและทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการสุขภาพแรงงานต่างชาติในค่าย พักโดยเน้นความร่วมมือระหว่างภาคแรงงาน ภาคเอกชน และภาครัฐ
2. ศึกษาปัจจัยสำเร็จและล้มเหลวของโปรแกรมการจัดการสุขภาพของแรงงานต่างชาติใน ค่ายพัก

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1. ได้รูปแบบการดูแลสุขภาพของแรงงานต่างชาติในค่ายพักโดยความร่วมมือระหว่างภาค แรงงาน ภาคเอกชน และภาครัฐ
2. องค์กรภาครัฐและภาคเอกชน สามารถนำรูปแบบการจัดการสุขภาพของแรงงานต่างชาติ ในค่ายพักโดยความร่วมมือระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคแรงงาน ไปประยุกต์ใช้ในการจัดการ สุขภาพแรงงานต่างชาติในพื้นที่อื่น

3. ผู้กำหนดนโยบาย และผู้บริหารส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และส่วนท้องถิ่น สามารถนำผลที่ได้จากการศึกษานี้ไปส่งเสริม สนับสนุน ให้เกิดการจัดการแรงงานต่างชาติในรูปแบบค่ายพักได้
4. ได้แนวทางเชิงนโยบายและมาตรการต่างๆในการบริหารจัดการทางการแพทย์และสาธารณสุขเพื่อรองรับปัญหาแรงงานต่างชาติในประเทศไทย

นิยามศัพท์เฉพาะ

โปรแกรมการจัดการสุขภาพ หมายถึง กระบวนการต่าง ๆ ที่นำมาใช้จัดการสุขภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มขีดความสามารถของภาครัฐและเอกชนในการดูแลสุขภาพของแรงงานต่างชาติ

ประสิทธิผล หมายถึง ความสำเร็จในการจัดโปรแกรมการจัดการสุขภาพของแรงงานต่างชาติในค่ายพักเมื่อเปรียบเทียบกับตัวชี้วัดด้านสุขภาพก่อนและหลังดำเนินโปรแกรมการจัดการสุขภาพ

แรงงานต่างชาติ หมายถึง แรงงานต่างชาติในค่ายพักในโรงงานอุตสาหกรรม จ้างงานแบบถูกกฎหมายทั้งประเทศเมียนมา กัมพูชา และลาว

ความร่วมมือ หมายถึง ลักษณะการร่วมกันในการพัฒนาโปรแกรมการจัดการสุขภาพของแรงงานต่างชาติในค่ายพักของภาครัฐ คือ หน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ตั้งค่ายพัก ภาคเอกชนคือสถานประกอบการ และแรงงานต่างชาติ ตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้ ตั้งแต่ร่วมวินิจฉัยปัญหาสุขภาพ วางแผนแก้ไขปัญหา ดำเนินการแก้ไขปัญหา และประเมินผลโปรแกรมการจัดการสุขภาพ และอำนวยความสะดวกให้แก่กัน เพื่อให้งานประสบความสำเร็จ

ภาครัฐ หมายถึง สถานบริการสุขภาพในพื้นที่ศึกษา ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดโปรแกรมการจัดการสุขภาพของแรงงานต่างชาติ คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคอหงส์ (รพ.สต. คอหงส์) เป็นหน่วยงานรัฐที่รับผิดชอบในด้านพื้นที่ดำเนินงาน การดำเนินเรื่องการเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยา ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองคอหงส์ (บ้านปลักธง) เป็นหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้องในการให้บริการรักษาพยาบาลและบริการส่งเสริมสุขภาพ และเทศบาลเมืองคอหงส์เป็นหน่วยงานรัฐระดับท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องในเรื่องการจัดการด้านสาธารณสุขปโภค และสุขภาพibalสิ่งแวดล้อม

ภาคเอกชน หมายถึง สถานประกอบการที่เป็นพื้นที่วิจัย จัดการแรงงานต่างชาติในรูปแบบค่ายพัก

ภาคแรงงาน หมายถึง ตัวแทนแรงงานต่างชาติในค่ายพัก ที่ได้รับการเลือกตั้งจากสมาชิกแรงงานต่างชาติในรูปแบบคณะกรรมการบ้านพัก และตัวแทนแรงงานสัมพันธ์ของสถานประกอบการ

ค่ายพัก หมายถึง ที่พักสำหรับแรงงานต่างชาติที่สถานประกอบการเป็นผู้จัดให้ โดยให้เช่าเป็นรายเดือน

ฐานข้อมูล หมายถึง ข้อมูลพื้นฐาน ข้อมูลด้านสุขภาพ ข้อมูลการใช้บริการของแรงงานต่างชาติดังกล่าวในโปรแกรมสำเร็จรูปของหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อใช้เป็นฐานในการบริหารจัดการ

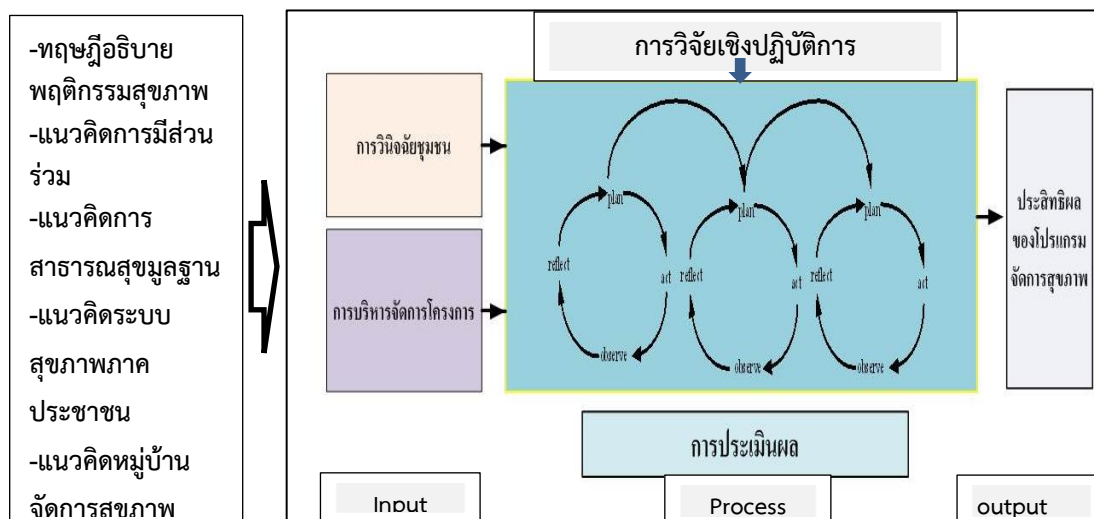
กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมการจัดการสุขภาพของแรงงานต่างชาตินาคายพักที่มีประสิทธิภาพ โดยความร่วมมือของภาคประชาสังคม ภาคเอกชน และภาครัฐ มีรายละเอียดการดำเนินงานดังนี้

กรอบแนวคิดในการจัดการสุขภาพของแรงงานต่างชาตินาคายพัก เน้นสร้างภาคีเครือข่ายความร่วมมือจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง 3 ภาคส่วน ให้เข้ามามีส่วนร่วมจัดการปัญหาสุขภาพ ตามแนวคิดการมีส่วนร่วม (Mikkelsen & Britha, 1995) ซึ่งจากผลการศึกษาเบื้องต้นมีภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับแรงงานต่างชาตินาคายพักที่สำคัญ คือภาคแรงงาน คือตัวแทนแรงงานต่างชาตินาคายพัก ภาคเอกชน คือแรงงานสัมพันธ์ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ของสถานประกอบการ และภาครัฐ ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพของแรงงานนาคายพักปลักตรง 1 ซึ่งเป็นพื้นที่วิจัย ให้มีส่วนร่วมดำเนินงานในรูปแบบคณะทำงาน โดยเริ่มจากและเพิ่มศักยภาพด้าน *การวิจัยชุมชน* ให้สามารถรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพ ระบุปัญหาสุขภาพ จัดลำดับความสำคัญของปัญหา และเลือกปัญหาสุขภาพเพื่อดำเนินการแก้ไขตามลำดับ และพัฒนาศักยภาพให้คณะทำงานสามารถ *บริหารจัดการโครงการ* เพื่อแก้ไขปัญหาที่เลือก การออกแบบการแก้ปัญหาสุขภาพที่เลือก ใช้แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ (World Health Organization, 1978) เพื่อสร้างเสริมสุขภาพ 5 องค์ประกอบ คือ 1) การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Build Healthy Public) 2) การสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Create Supportive Environment) 3) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Develop Personal Skills) 4) การสร้างสรรค์กิจกรรมในชุมชนให้เข้มแข็ง (Strengthen Community Action) และ 5) การปรับระบบบริการสาธารณสุข (Reorient Health Service) เพื่อให้แรงงานต่างชาตินาคายพักเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ที่คำนึงถึงปัจจัยที่กำหนดสุขภาพของแรงงานต่างชาตินาคายพักตามทฤษฎีอธิบายพฤติกรรมสุขภาพ ตลอดจนการใช้แนวคิดระบบสุขภาพภาคประชาชน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2546) ที่เน้นให้แรงงานต่างชาตินาคายพักมีความรู้ ความเข้าใจ ร่วมมือกันดูแล และบริหารจัดการให้เกิดสุขภาพที่ดีขึ้นพื้นฐานด้วยตนเอง ด้วยการสนับสนุนองค์ความรู้ เทคโนโลยีและทรัพยากรที่จำเป็นจากภาครัฐ ภาคเอกชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เน้นการจัดการเพื่อให้แรงงานต่างชาตินาคายพักมีความสามารถในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง และใช้แนวคิดหมู่บ้านจัดการสุขภาพ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2551) พัฒนาการแก้ไขปัญหาเป็นขั้นตอนอย่างชัดเจน เน้นให้สามารถจัดการตนเอง (Self Management Organization)

ด้วยกระบวนการจัดการด้านสุขภาพ 4 ด้าน 1) กระบวนการจัดทำแผน 2) การบริหารจัดการงบประมาณ 3) การจัดกิจกรรมแก้ไขปัญหาและพัฒนาสุขภาพ และ 4) การประเมินผลการดำเนินงาน เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน จนสามารถจัดการและพึ่งพากันเองได้

ขั้นดำเนินการจัดการสุขภาพเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพของค่ายพัก ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ดำเนินงานเป็นวงจรตามลำดับในขั้นวางแผน (Plan) ขั้นดำเนินการ/ปฏิบัติการตามแผน (Act) ขั้นประเมินผลและตั้งข้อสังเกต (Observe) และขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflect) เพื่อประเมินผลและทบทวนผลร่วมกัน เป็นข้อมูลสู่การปรับแผนพัฒนา ปรับปรุงการดำเนินงานในวงรอบถัดไป ร่วมกับประเมินผลโครงการ ตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของโครงการ หมุนเป็นวงจรพัฒนาขึ้นในทุกวงรอบ จนโครงการเกิดประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการสุขภาพของแรงงานต่างชาติในค่ายพัก ดังแสดงในรูปภาพ 1-1



รูปภาพ 1-1 กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual Framework)

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยมีขอบเขตการวิจัย ดังนี้

1. ขอบเขตด้านพื้นที่วิจัย

ใช้การเลือกพื้นที่ตามเกณฑ์คัดเข้าจากสถานประกอบการ ประเภทโรงงานอุตสาหกรรมในจังหวัดสงขลาที่มีการจ้างแรงงานต่างชาติในกระบวนการผลิต พิจารณาจาก

- เป็นสถานประกอบการที่มีการจ้างแรงงานต่างชาติในกระบวนการผลิต และเป็นแรงงานต่างชาติที่ได้รับการจดทะเบียนการจ้างงานอย่างถูกต้องตามกฎหมาย
- เป็นสถานประกอบการที่มีการจัดระบบที่พักอาศัยของแรงงานต่างชาติในรูปแบบค่ายพัก และมีรูปแบบการดำเนินงานที่ชัดเจน

- พื้นที่ค่ายพักของสถานประกอบการตั้งอยู่ในชุมชนซึ่งมีระบบจัดการที่มีผู้เกี่ยวข้องหลายภาคส่วน เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ศูนย์บริการสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล เป็นต้น
- พื้นที่ตั้งค่ายพักต้องไม่อยู่ในพื้นที่อำเภอหรือจังหวัดที่ถูกกำหนดเป็นพื้นที่เป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่ต้องดำเนินงานตามนโยบายด้านแรงงานต่างชาติ
- เป็นสถานประกอบการที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย

จากเกณฑ์คัดเข้าพบสถานประกอบการที่มีคุณสมบัติครบในจังหวัดสงขลา 6 แห่ง แต่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยเพียง 1 แห่ง ซึ่งเป็นสถานประกอบการผลิตและแปรรูปอาหารทะเลขนาดใหญ่แห่งหนึ่งในอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา จัดที่อยู่อาศัยในรูปแบบค่ายพักให้แรงงานต่างชาติ 2,260 คน จาก 1,092 คริวเรือน

2. ขอบเขตด้านประชากร

กลุ่มเป้าหมายที่เกี่ยวข้องในงานวิจัยนี้ ประกอบด้วย 1) คณะทำงานจากภาคแรงงานคือตัวแทนแรงงานต่างชาติที่เป็นคณะกรรมการสวัสดิการบ้านพัก ภาคเอกชนคือ แรงงานสัมพันธ์จากค่ายพักปลั๊กธง 1 ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ของสถานประกอบการ และ ภาครัฐ คือ ตัวแทนเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ คือพยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคองหงส์ และหัวหน้าศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองคองหงส์ (บ้านปลั๊กธง) 2) แรงงานต่างชาติในค่ายปลั๊กธง 1 จำนวน 2,260 คน

3. ขอบเขตด้านเนื้อหา

เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) เพื่อพัฒนาและทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการสุขภาพแรงงานต่างชาติ ของสถานประกอบการผลิตและแปรรูปอาหารทะเลขนาดใหญ่แห่งหนึ่งในอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ซึ่งจัดที่อยู่อาศัยในรูปแบบค่ายพักให้แรงงานต่างชาติ 2,260 คน จาก 1,092 คริวเรือน โดยเน้นความร่วมมือระหว่างภาคแรงงาน ภาคเอกชน และภาครัฐ ที่เกี่ยวข้องกับค่ายพักแรงงานต่างชาติ พร้อมทั้งศึกษาปัจจัยสำเร็จและล้มเหลวของโปรแกรมการจัดการสุขภาพของแรงงานต่างชาติในค่ายพัก

ระยะเวลาการทำวิจัย

ระหว่างเดือน มกราคม 2559 ถึง ธันวาคม 2560

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรมและสารสนเทศที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนวรรณกรรมและสารสนเทศที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย สถานการณ์ทั่วไป สาเหตุ และปัจจัยการเข้ามาของแรงงานต่างชาติ ผลกระทบ แบบแผนการดูแลตนเอง การใช้บริการสุขภาพ และสิทธิด้านประกันสุขภาพ รูปแบบการจัดการสุขภาพของแรงงานต่างชาติในประเทศไทย รูปแบบการจัดการสุขภาพในต่างประเทศ และแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องในงานวิจัย ดังแสดงดังต่อไปนี้

สถานการณ์ทั่วไป

การเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจอย่างรวดเร็วของประเทศไทยทำให้ความต้องการแรงงานเพิ่มสูงขึ้น ส่งผลให้แรงงานต่างชาติจากประเทศเพื่อนบ้านทั้ง เมียนมา ลาว และกัมพูชาอพยพเข้ามาทำงานอย่างต่อเนื่อง ทำให้ประเทศไทยที่เดิมเป็นผู้ส่งออกแรงงานสุทธิกลายเป็นประเทศผู้นำเข้าแรงงานสุทธิ ตั้งแต่ปี 2533 เป็นต้นมา (กิริยา กุลกลการ, 2557) โดยเฉพาะแรงงานในภาคเกษตรกรรม และแรงงานไร้ฝีมือ เนื่องจากปริมาณวัยทำงานของไทยลดลงมาก เนื่องจากอัตราเกิดลดลงทำให้แรงงานไร้ฝีมือของไทยขาดแคลน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2555; สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว, 2555) จากสถิติของฝ่ายทะเบียนและข้อมูลสารสนเทศ สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กระทรวงแรงงาน ในเดือนมีนาคม 2559 มีแรงงานต่างชาติที่ขึ้นทะเบียนรวม 1,548,810 คน ส่วนใหญ่เป็นแรงงานไร้ฝีมือ แต่จากการศึกษาเพื่อประมาณการตัวเลขต่างชาติทั้งหมดในไทย พบว่า มีแรงงานต่างชาติที่หลบหนีเข้าเมืองผิดกฎหมายและหลบซ่อนตัวทำงานในเมืองไทยอีกจำนวนมากที่ไม่สามารถระบุตัวตนและสัญชาติได้ และตัวเลขจำนวนแรงงานต่างชาติที่บันทึกในระบบน้อยกว่าจำนวนตัวเลขของแรงงานต่างชาติที่มีอยู่จริง (กฤตยา อาชวนิจกุล, 2547; พีรพัฒน์ วงศ์ชัยวัฒน์, 2556) พบว่า ข้อมูลแรงงานต่างชาติที่สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กระทรวงแรงงานบันทึกไว้เป็นข้อมูลที่กฎหมายกำหนดตามมาตราต่าง ๆ เท่านั้น ไม่ได้นับรวมแรงงานต่างชาติที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียน เช่น กลุ่มที่อยู่แบบชั่วคราว นักท่องเที่ยว นักเรียน/นักศึกษา เด็กที่เกิดจากพ่อแม่ที่เป็นแรงงานต่างชาติ ผู้ติดตามและครอบครัวของแรงงานต่างชาติ และแรงงานต่างชาติที่ลักลอบเข้ามาอย่างผิดกฎหมาย (ประมาณการเฉพาะแรงงานต่างชาติที่มีอยู่จริงในประเทศไทย) เมื่อนับรวมทั้งหมดประมาณ 3 ล้านคน มากกว่าที่กระทรวงแรงงานบันทึกไว้ในระบบประมาณ 2 ล้านกว่าคน หรือมากกว่า 2 เท่า (พีรพัฒน์ วงศ์ชัยวัฒน์, 2556) แรงงานต่างชาติในประเทศไทยสามารถทำงานได้ 2 อาชีพคือ งานกรรมกรและงานรับใช้ในบ้าน ตามมติรัฐมนตรีที่ผ่อนผันให้ เนื่องจากเป็นงานที่ไม่ใช้ความรู้และทักษะมาก ใช้แต่กำลังกายทำงานซ้ำๆ แรงงานต่างชาติส่วนใหญ่ประกอบอาชีพกรรมกร โดยเฉพาะอาชีพกรรมกรภาคเกษตรและปศุสัตว์ กิจการก่อสร้าง และกิจการต่อเนื่องประมงทะเล เมื่อ

พิจารณาด้านเชื้อชาติพบว่า แรงงานเมียนมามีสัดส่วนมากที่สุด ร้อยละ 71.9 รองลงมาคือเชื้อชาติกัมพูชา ร้อยละ 13.9 และสัญชาติอื่นๆร้อยละ 10.3 และสัญชาติลาว ร้อยละ 3.9 (สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว, 2557)

แรงงานต่างชาติในประเทศไทยกระจุกตัวอยู่หนาแน่นในจังหวัดที่มีความต้องการแรงงานสูง ได้แก่ จังหวัดที่เป็นเมืองใหญ่ เช่น กรุงเทพมหานคร เชียงใหม่ จังหวัดที่มีโรงงานอุตสาหกรรมอยู่มาก เช่น สมุทรสาคร ชลบุรี สมุทรปราการ ปทุมธานี และระยอง จังหวัดที่มีภาคบริการขนาดใหญ่ไม่ว่าจะเป็นการท่องเที่ยวและการโรงแรม เช่น สุราษฎร์ธานี ภูเก็ต จังหวัดใกล้ชายแดน เช่น ตาก ระนอง กาญจนบุรี (สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว, 2557)

แรงงานต่างชาติในประเทศไทยมีรายได้แตกต่างกันตามประเภทการจ้าง การศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่พบว่า แรงงานต่างชาติได้รับค่าจ้างน้อยกว่าอัตราขั้นต่ำ ยกเว้นการศึกษาของของ นิติภูมินวรัตน์ และคณะ (2554) ที่พบว่า แรงงานต่างชาติมีรายได้เท่ากับและมากกว่าอัตราขั้นต่ำ ยกเว้นการจ้างภาคเกษตรกรรมและคนรับใช้ในบ้าน นอกจากนี้ พบว่ารูปแบบการจ้างงานแบบไม่มีสัญญา มีผลให้แรงงานต่างชาติได้รับค่าจ้างน้อยกว่าอัตราขั้นต่ำมากกว่ารูปแบบการจ้างงานแบบมีสัญญา และขนาดของสถานประกอบการมีผลต่ออัตราค่าแรงกล่าวคือ สถานประกอบการขนาดใหญ่มีสัดส่วนการได้รับค่าแรงเท่ากับและมากกว่าอัตราขั้นต่ำมากขึ้นดังแสดงในตาราง 2-1

ตาราง 2-1 ผลการศึกษารายได้ ร้อยละของอัตราค่าแรงของแรงงานต่างชาติ

ผู้วิจัย	ปี	สถานที่	ประเภท	รายได้เฉลี่ย	อัตราค่าจ้าง		
					<ขั้นต่ำ	=ขั้นต่ำ	>ขั้นต่ำ
นิติภูมินวรัตน์	2554	14 จังหวัด n=1,000	กิจการ ธุรกิจประมงทะเล รับเหมาก่อสร้าง อุตสาหกรรม จำหน่ายสินค้าและบริการ ประมง เกษตรกรรม รับใช้ในบ้าน				
			รูปแบบการจ้าง				
			การจ้างแบบมีสัญญา	9.1	40.9	50.0	
			การจ้างแบบไม่มีสัญญา	16.5	25.7	57.8	

ตาราง 2-1 ผลการศึกษารายได้ ร้อยละของอัตราค่าแรงของแรงงานต่างชาติ (ต่อ)

ผู้วิจัย	ปี	สถานที่	ประเภท	รายได้เฉลี่ย	อัตราค่าจ้าง		
					<ขั้นต่ำ	=ขั้นต่ำ	>ขั้นต่ำ
ขนาดสถานประกอบการ							
			แรงงาน 1-9 คน		20.7	24.1	55.2
			แรงงาน 10-49 คน		11.3	26.4	62.3
			แรงงาน 50-99 คน		22.2	77.8	0.0
			แรงงาน 100-2,200		0.0	18.2	81.8
Htoot et.al	2012	พังกา n=297	ไม่ระบุประเภท	<5,000	62.9	37.1	0.0
สุสัณหา ยิ้มแย้ม และคณะ	2552	เชียงใหม่ n=314	ไม่ระบุกิจการ	3,001- 5,000	82.0	14.0	4.0
ขวัญจิต ศศิคารจน์, เสาวณี พงษ์	2552	ระนอง n=431	ธุรกิจประมงทะเล อุตสาหกรรม จำหน่ายสินค้าและ บริการ เกษตรกรรม รับใช้ในบ้าน		68.9 90.0 79.2 92.9 97.6	31.1 10.0 20.8 7.1 2.4	0.0 0.0 0.0 0.0 0.0

แรงงานต่างชาติมีชั่วโมงการทำงานแตกต่างกันตามประเภทกิจการ เช่น ประมง เกษตรกรรมและ คนรับใช้ในบ้านมีชั่วโมงทำงานไม่แน่นอน บางส่วนทำงานเกินเวลา เช่น แรงงานประมง อาจเนื่องมาจากสภาพการทำงานที่อยู่กลางทะเล การตรวจตราและการคุ้มครองแรงงานทำได้ยากกว่ากิจการที่มีรูปแบบการทำงาน ที่ชัดเจน ขนาดสถานประกอบการ และการจ้างงานแบบมีสัญญาจ้างมีผลให้แรงงานต่างชาติมีชั่วโมงการทำงานและเวลาพักที่กฎหมายกำหนด เนื่องจากสามารถตรวจสอบการทำงานและมีระบบที่ชัดเจนมากกว่า ดังแสดงในตาราง 2-2

ตาราง 2-2 ผลการศึกษาร้อยละชั่วโมงการทำงาน ระยะเวลาพัก ของแรงงานต่างชาติ

ผู้วิจัย	ปี	สถานที่	ประเภท	ร้อยละของ ชั่วโมง การพัก		ร้อยละของชั่วโมงการทำงาน			
				1 ชม นอน	ไม่แน่ นอน	45 ชม./ ส.	48 ชม./ ส.	54 ชม./ ส.	ไม่แน่ นอน
ขวัญชีวัน แดง	2550	เชียงใหม่, แม่ฮ่องสอน	งานรับจ้าง 8 ระยะเวลา	NA	NA	0.0	79.6	20.4	0.0
สมาน เหล่าคำรังชัย	2551	สมุทรสาคร, ระนอง	ประมง	0.0	100	0.0	0.0	0.0	100
มนตรี พรหมวัน	2552	เชียงใหม่		NA	NA	0.0	71.9	0.0	18.1
สุสัสมหา ยิ้มแย้ม และคณะ	2552	เชียงใหม่	งานก่อสร้าง คนรับใช้ ธุรกิจประมงทะเล รับเหมาก่อสร้าง อุตสาหกรรม จำหน่ายสินค้า/บริการ ประมง เกษตรกรรม รับใช้ในบ้าน รูปแบบการจ้าง การจ้างแบบมีสัญญา การจ้างแบบไม่มีสัญญา ขนาดสถานประกอบการ แรงงาน1-9 คน แรงงาน10-49 คน แรงงาน50-99 คน แรงงาน100-2,200	100 0.0 9.1 100 90.6 58.5 0.0 73.7 0.00 86.3 57.8 67.9 66.7 72.7 86.4	0.0 100 90.9 0.0 9.4 41.5 100 26.3 100 13.6 42.2 32.1 33.3 27.3 13.6	0.0 0.0 0.0 0.0 0.0 0.0 5.3 0.00 0.00 0.00 0.0 0.00 0.0 0.0 0.0 0.0	0.0 0.0 18.2 14.3 37.5 39.0 0.0 15.8 22.2 52.4 27.3 34.8 26.5 37.5 40.0	0.0 0.0 9.1 64.3 56.3 34.2 0.0 10.5 0.00 42.9 42.9 43.5 41.2 50.0 40.0	0.0 100 72.7 21.4 6.3 26.8 100 68.4 77.8 4.8 29.3 21.8 32.4 12.5 20.0
ขวัญจิต ศศิศาโรจน์, เสาวณี พงษ์	2552	ระนอง	ภาพรวม รับใช้ในบ้าน	NA NA	NA NA	0.0 0.0	52.9 0.0	37.1 0.0	0.0 100

แรงงานต่างชาตินิยมอุปสรรคในการสื่อสารเนื่องจากภาษาและวัฒนธรรมที่แตกต่าง จากการศึกษาพบว่า แรงงานต่างชาตินับล้านที่เข้ามาในประเทศไทยไม่มีการศึกษาหรือจบการศึกษาขั้นพื้นฐาน สามารถสื่อสารภาษาไทย ด้านการพูด การฟัง ในระดับน้อย ดังแสดงในตาราง 2-3

ตาราง 2-3. ร้อยละของความสามารถพูด ฟัง ภาษาไทย ในการศึกษาของแรงงานต่างชาติ

ผู้วิจัย	ปี	สถานที่	ประเภท	ร้อยละของความสามารถพูด ฟัง ภาษาไทย			
				ไม่ได้เลย	น้อย	ปานกลาง	ดี
ขวัญชีวัน	2552	เชียงใหม่,	เกษตรกรรม	0.0	0.0	83.0	17.0
บัวแดง		แม่ฮ่องสอน					
สุสันหา	2552	เชียงใหม่		33.1	50.3	10.6	7.0
ยิ้มแย้มและ							
คณะ							
Chunyan	2010	ประเทศจีน	ไม่ระบุประเภท	56.4	43.2	0.0	0.0
Htoot	2012	พังกา	ไม่ระบุประเภท	34.3	58.2	8.5	0.0
et.al							
ขวัญจิต	2552	ระนอง	กิจการประมง	15.8	54.8	25.4	4.0
ศศิคารจน์,							
เสาวณี							
พงษ์							
			สถาน	7.5	57.5	22.5	12.5
			ประกอบการ				
			ทั่วไป	13.9	40.0	43.1	2.8
			เกษตรกรรม	21.4	51.4	24.3	2.9
			รับใช้ในบ้าน	19.1	50.0	21.4	9.5

สาเหตุและปัจจัยการเข้ามาของแรงงานต่างชาติ

สาเหตุและปัจจัยการเข้ามาของแรงงานต่างชาติในประเทศไทย เกิดจากสามปัจจัยหลัก ได้แก่ ปัจจัยทางภูมิศาสตร์ ปัจจัยผลักดันจากประเทศต้นทาง (Push Factors) และปัจจัยดึงดูดจากประเทศปลายทาง (Pull Factors) (ศิริพิมพ์ ศรีบัลลังค์ และ สุรชาติ บำรุงสุข, 2555)

ปัจจัยทางภูมิศาสตร์ ประเทศไทยมีพรมแดนติดกับประเทศเพื่อนบ้านโดยเฉพาะประเทศเมียนมาเป็นระยะทางยาว 2,401 กิโลเมตร (สุรชาติ บำรุงสุข, 2552) และขาดแนวรั้วป้องกัน เอื้อให้แรงงานต่างชาติเมียนมาสะดวกและง่ายในการเดินทางเข้าประเทศไทยทั้งถูกกฎหมายและผิดกฎหมาย การสกัดกั้นของรัฐบาลไทยไม่ประสบความสำเร็จ และไม่สามารถผลักดันแรงงานต่างชาติออกไป

ปัจจัยผลักดันจากประเทศต้นทาง (Push Factors) ปัจจัยผลักดันที่สำคัญคือ ปัญหาด้านเศรษฐกิจและปัญหาการเมืองภายในประเทศ เมื่อพิจารณาเส้นความยากจน¹ (Poverty Line) ที่ระดับ 1.25 ดอลลาร์สหรัฐ/คน/วัน พบว่าร้อยละประชากรยากจนในประเทศกัมพูชา ลาว และไทย 34, 26 และ 2 ตามลำดับ (กิริยา กุลกลการ, 2557, น. 14) ซึ่งแสดงถึงความแตกต่างด้านเศรษฐกิจของประเทศไทยกับประเทศเพื่อนบ้าน ด้านปัญหาการเมืองในประเทศเมียนมาพบว่า การเมืองไม่เสถียรภาพ จากปัญหาชาติพันธุ์ การตกเป็นอาณานิคมของประเทศอังกฤษและญี่ปุ่นเป็นระยะเวลานาน และนโยบาย แผนการบริหารที่ผิดพลาดของรัฐบาลทหาร ซึ่งยึด และถ่ายโอนกิจการต่างๆ มาดำเนินการโดยรัฐ ส่งผลให้ผลผลิตภาคครัวเรือนตกต่ำ เกิดภาวะขาดแคลนสินค้าอุปโภคบริโภคอย่างรุนแรง (Steinberg, 1981) ร่วมกับการคว่ำบาตรทางเศรษฐกิจของชาติมหาอำนาจในสหภาพยุโรปและสหรัฐอเมริกายิ่งซ้ำเติมให้ประเทศเมียนมาเข้าสู่ภาวะความยากจนต่อเนื่อง ประชาชนไม่สามารถทนต่อสภาพเศรษฐกิจที่ตกต่ำและความแร้นแค้นที่เกิดขึ้น ต้องอพยพเข้าสู่ประเทศไทยเพื่อแสวงหาโอกาสของชีวิตที่ดีกว่า นอกจากนี้การไร้ประชาธิปไตย และการเคลื่อนไหวทางการเมืองของกลุ่มต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นชนกลุ่มน้อย พระสงฆ์ และกลุ่มนักศึกษา นำไปสู่สถานการณ์รุนแรงภายในประเทศ (พรพิมล ตรีโชติ, 2548) การเคลื่อนไหวทางสังคมของประชาชนอยู่ใต้อำนาจของกองทัพเมียนมา และการมีส่วนร่วมทางการเมืองของประชาชนในประเทศอยู่ในระดับต่ำ เห็นได้จากรัฐธรรมนูญฉบับปี พ.ศ. 2551 กำหนดที่นั่งในรัฐสภาให้หนึ่งในสี่ต้องเป็นบุคคลจากกองทัพ จากจำนวนที่นั่ง 664 ที่ ส่งผลให้การเลือกตั้งในปี พ.ศ. 2553 กองทัพได้รับคะแนนเสียงสูงสุดร้อยละ 76.5 (Human Right Watch, 2011) เป็นที่มาของการควบคุมอำนาจแบบเบ็ดเสร็จของรัฐบาล นอกจากนี้การประกาศห้ามประชาชนวิพากษ์รัฐธรรมนูญและกองทัพ การจำกัดสิทธิของสื่อมวลชน แสดงความคิดเห็น ส่งผลให้การแสดงออกทางการเมือง และทางสังคมของประชาชนถูกจำกัด นอกจากนี้ยังมีปัจจัยผลักดันทางด้านสังคมจากความขัดแย้ง และการเรียกร้องอิสรภาพทางชาติพันธุ์ เนื่องจากประเทศเมียนมามีกลุ่มชาติพันธุ์จำนวนมากและหลากหลาย ซึ่งส่งผลต่อวิกฤตการณ์ทางการเมืองภายหลังได้รับเอกราชโดยตลอด ปัญหาอีกประการหนึ่งคือการละเมิดสิทธิมนุษยชนจากรูปแบบการปกครองเผด็จการสังคมนิยม ประชาชนขาดอิสรภาพทางด้านการเมือง เศรษฐกิจและสังคม ประชาชนต้องปฏิบัติตามนโยบายอย่างไม่มีทางเลือก ตัวอย่างการละเมิดสิทธิของรัฐบาล เช่น การบังคับเกณฑ์แรงงานโดยไม่จ่ายค่าแรงและค่าตอบแทน ทำให้แรงงานต้องละทิ้งงานของตนไปทำงานให้รัฐ และไม่สามารถประกอบอาชีพเพื่อเลี้ยงตนเองและครอบครัวได้ การบังคับให้อพยพย้ายถิ่นฐานรวมทั้งการข่มขู่และทำร้ายร่างกายประชาชน ปัจจัยเหล่านี้ผลักดันให้แรงงานเมียนมาเข้ามาทำงานทำในประเทศไทยเพื่อชีวิตที่ดีกว่า (ศิพิมพ์ ศรีบัลลังค์ และ สุรชาติ บำรุงสุข, 2555)

¹ เส้นความยากจน (Poverty Line) คือ เกณฑ์ชีวิตที่คำนวณจากมาตรฐานความต้องการบริโภคอาหารและสินค้าจำเป็นขั้นต่ำที่เพียงพอต่อการดำรงชีพ เส้นความยากจนเฉลี่ยทั่วโลก (International poverty line) มีค่าเท่ากับ 1.25 ดอลลาร์สหรัฐ / คน / วัน

ปัจจัยดึงดูดจากประเทศปลายทาง (Pull Factors) ปัจจัยดึงดูดที่สำคัญคือ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ประเทศไทยประสบความสำเร็จในการพัฒนาเศรษฐกิจช่วงทศวรรษที่ 1980-1990 สร้างความแตกต่างทางเศรษฐกิจที่ดีกว่าประเทศเพื่อนบ้าน ดังรายงานขององค์การแรงงานระหว่างประเทศ (ILO, 2007) พบว่ารายได้ต่อหัวประชากรเมื่อเปรียบเทียบกับระหว่าง ไทย กัมพูชา ลาว และเมียนมาคือ 8,300, 2,200, 1,900 และ 1,700 US\$ ตามลำดับ ปัจจัยดังกล่าวดึงดูดให้แรงงานต่างชาติจากประเทศเพื่อนบ้านหลั่งไหลเข้ามาประเทศไทย ประกอบกับปัญหาขาดแคลนแรงงานไร้ฝีมือในประเทศไทย ในขณะที่แรงงานต่างชาติไม่เลือกงานและอดทนต่อสภาพการทำงาน แม้จะเป็นงานที่เสี่ยง (Dangerous) ยาก (Difficult) และสกปรก (Dirty) วรางคณา อิมมอดุม และคณะ (2556) ระบุว่าแรงงานต่างชาติส่วนใหญ่ยินดีทำงานเหล่านี้เนื่องจากได้รับค่าจ้างเป็นรายวันในอัตราใกล้เคียงกับอัตราค่าจ้างขั้นต่ำของไทย แม้จะแตกต่างกันเล็กน้อยตามพื้นที่และลักษณะงานที่ทำ นอกจากนี้แรงงานต่างชาติในพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นแรงงานผิดกฎหมายที่กลัวถูกเจ้าหน้าที่จับกุม จึงทำให้ผู้ประกอบการสามารถกดราคาค่าจ้างเพื่อลดต้นทุนการผลิต ซึ่งกลายเป็นแรงดึงดูดด้านผู้ประกอบการต่อการจ้างแรงงานต่างชาติมากยิ่งขึ้น ปัจจัยดึงดูดถัดมาคือ ปัจจัยด้านการเมือง การพัฒนาประชาธิปไตยในประเทศไทยซึ่งมีความก้าวหน้ามากกว่าประเทศเมียนมา ส่งผลให้หน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนคำนึงถึงบรรทัดฐานด้านเสรีภาพ และสิทธิมนุษยชนของคนภายในประเทศเท่าเทียมกันทั้งพลเมืองของตนและพลเมืองต่างชาติ เช่น การดูแลรักษาพยาบาลแรงงานต่างชาติที่หลบหนีเข้าเมือง การสนับสนุนการศึกษาแก่บุตรไร้สัญชาติในประเทศไทย ความเป็นธรรมด้านค่าจ้างแก่แรงงานต่างชาติ เป็นต้น ปัจจัยนี้ส่งผลให้แรงงานต่างชาติหลั่งไหลเข้ามาในประเทศไทยเช่นกัน ปัจจัยดึงดูดทางด้านสังคม การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากรของสังคมไทยและการพัฒนาของสังคมที่แตกต่างกัน ประชากรวัยแรงงานของไทยลดลงอย่างต่อเนื่อง เพราะอัตราการเติบโตของประชากรไทยมีแนวโน้มลดลงจากความสำเร็จของนโยบายวางแผนครอบครัว ทำให้อัตราการเจริญพันธุ์รวมยอดลดลง (Total fertility rate) อย่างรวดเร็วจาก 6.3 คน ในช่วงปี พ.ศ. 2507-2508 ประมาณ 1.66 คน ในปี พ.ศ. 2554 และการเพิ่มประชากรในอัตราต่ำลงร้อยละ 3.4 ในปี พ.ศ. 2513 เหลือเพียง ร้อยละ 0.54 ต่อปี ในปี พ.ศ. 2554 (กิริยา กุลกลการ, 2557) ร่วมกับการเดินทางไปทำงานต่างประเทศของประชากรวัยแรงงานไทยจำนวนมากในช่วงปี พ.ศ. 2545-2552 แรงงานไทยเดินทางไปทำงานต่างประเทศปีละ 150,000 คนต่อปี (กิริยา กุลกลการ, 2557) ประเทศไทยจึงต้องการแรงงานประเภทไร้ฝีมือมากขึ้น จะเห็นว่าสภาพสังคม ความเป็นอยู่ และการสาธารณสุขปโภคพื้นฐาน (บริการสาธารณสุข ระบบไฟฟ้า การคมนาคม การสื่อสาร) กฎหมายและสิทธิเสรีภาพของไทยตลอดจนสวัสดิภาพของแรงงานเอื้อต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าของแรงงานต่างชาติเมื่อเทียบกับประเทศของตนเองอย่างชัดเจน

ผลกระทบจากแรงงานต่างชาติ

ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ

แรงงานต่างชาติช่วยเพิ่มกำลังการผลิตของไทย ส่งผลให้ผลิตภัณฑ์มวลรวม (GDP) ของประเทศไทยเพิ่มสูงขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2538 แรงงานต่างชาติที่มีประมาณ 750,000 คน ทำให้ผลผลิตมวลรวมประชาชาติของไทยเพิ่มขึ้น ร้อยละ 0.5 หรือคิดเป็นเงินเท่ากับ 839 ล้านดอลลาร์สหรัฐฯ จากผลผลิตมวลรวมประชาชาติทั้งหมด และเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2557 168,000 ล้านดอลลาร์สหรัฐฯ (กิริยา กุลกลการ, 2557) การศึกษาของ Martin (2007) ระบุว่า ในปี พ.ศ. 2548 ตัวเลขประมาณการของแรงงานต่างชาติมี 1.8 ล้านคน หรือประมาณ ร้อยละ 5 ของแรงงานในประเทศไทย ทำให้มีรายได้ประชาชาติเพิ่มขึ้น ร้อยละ 1.25 การศึกษาของ ธนะพงษ์ โพธิ์ปิติ และ กิริยา กุลกลการ (2553) พบว่า ในอนาคตคาดว่าแรงงานต่างชาติจะช่วยลดปัญหาการลดลงของผลผลิตประเทศอื่นเนื่องจากภาวะสังคมผู้สูงอายุได้ร้อยละ 57 นอกจากนี้แรงงานต่างชาติยังช่วยสร้างรายได้กับรัฐบาลไทยจากการเก็บค่าธรรมเนียมนิยม เช่น ปี พ.ศ. 2553 เก็บค่าธรรมเนียนิยมแรงงานต่างชาติรวม 1,237.5 ล้านบาท เป็นค่าธรรมเนียนิยมจากการพิสูจน์สัญชาติ 244.5 ล้านบาท จากนำเข้าแรงงานต่างชาติตาม MOU 37 ล้านบาท และจากแรงงานต่างชาติเข้าเมืองผิดกฎหมายตามมติ ครม. 3 สัญชาติ 956 ล้านบาท (กิริยา กุลกลการ, 2557)

การจ้างแรงงานต่างชาติทำให้เกิดการกระตุ้นทางเศรษฐกิจของประเทศเจ้าบ้าน และการหมุนเวียนเงินในประเทศของแรงงานต่างชาติเอง ดังที่องค์การแรงงานระหว่างประเทศ (ILO, 2007) ได้ประเมินไว้ว่า ปัจจุบันมีแรงงานต่างชาติในทุกประเทศทั่วโลกประมาณ 86 ล้านคน ยอดเงินที่แรงงานต่างชาติส่งกลับไปยังครอบครัวของตนในประเทศกำลังพัฒนานั้นคิดเป็นเงินประมาณ 160,000 ล้านดอลลาร์ต่อปี ซึ่งมากกว่าเงินช่วยเหลือเพื่อการพัฒนา (Development Aid) ที่ประเทศกำลังพัฒนาได้รับถึง 3 เท่า แม้จำนวนเงินจะค่อนข้างมากแต่เป็นเพียงร้อยละ 13 ของรายได้ที่แรงงานต่างชาติได้รับเท่านั้น กล่าวคือรายได้ส่วนใหญ่ร้อยละ 87 หรือคิดเป็นมูลค่าประมาณ 1 ล้านล้านดอลลาร์จะยังหมุนเวียนอยู่ในประเทศเจ้าบ้าน (อนุสรณ์ ธรรมใจ, 2555) สำหรับประเทศไทยพบว่าแรงงานต่างชาติทำรายได้ให้กับประเทศไทย ร้อยละ 5-6.2 ของมูลค่าผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (Martin, 2007) โดยเฉพาะในบางภาคการจ้างงานที่มีแรงงานต่างชาติเป็นสัดส่วนสูงมากได้แก่ ภาคการขนถ่ายสินค้าทางน้ำ ร้อยละ 63 ภาคประมงร้อยละ 45 คนรับใช้ในบ้านร้อยละ 44 และภาคการผลิตอื่นๆร้อยละ 37

กล่าวได้ว่าแรงงานต่างชาติที่เข้ามาเป็นแรงงานในประเทศไทยสร้างประโยชน์ด้านการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศ ทดแทนแรงงานไร้ฝีมือของไทย เพิ่มผลิตภัณฑ์มวลรวมของประเทศไทย แก้ปัญหาการลดลงของผลผลิตประเทศอื่นเนื่องมาจากสังคมผู้สูงอายุ สร้างรายได้จากการเก็บค่าธรรมเนียนิยมรายปี ช่วยกระตุ้นเศรษฐกิจในประเทศไทยและประเทศของแรงงานเอง อย่างไรก็ตาม

ในทางตรงกันข้ามแรงงานต่างชาตีก็นำส่งผลกระทบต่อด้านลบกับประเทศที่แรงงานต่างชาติเข้ามารับจ้างทำงานด้วย

ผลกระทบต่อประชากร

การเข้ามาของแรงงานต่างชาติและผู้ติดตามมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงขนาดและโครงสร้างประชากรด้านอายุและเพศ อัตราการพึ่งพิงทางประชากร อัตราการเกิดและอัตราการตาย อัตราความหนาแน่นของประชากรในเขตเมืองหรือเขตอุตสาหกรรม เมื่อเปรียบเทียบภาวะเจริญพันธุ์ของคนไทยและแรงงานต่างชาติพบว่า ภาวะเจริญพันธุ์ของคนไทยร้อยละ 1.64 ในขณะที่ของแรงงานต่างชาติร้อยละ 3.14 (Peailueang, 2002) และการศึกษาของ ชาญวิทย์ ทารเทพ และคณะ (2554) รายงานว่าประเทศไทยมีอัตราการมีบุตรเฉลี่ยเพียง 1.5 คน ต่อหญิงไทย ซึ่งค่าที่สมดุลคือ 2.1 คนต่อหญิงไทย ในขณะที่อัตราเกิดรอดของแรงงานต่างชาติที่สมรสแล้วเท่ากับ 2.09 คน รายงานเด็กต่างชาติเกิดใหม่ในประเทศไทยอยู่ที่ปีละกว่า 2-3 หมื่นคน โดยในปี พ.ศ. 2555 มีเด็กต่างชาติเกิดใหม่ 33,319 คน (จีรดา สุธีรุฒิ, 2557) จากการศึกษาของสุสัณหา ยิ้มแย้ม และคณะ (2552) ประเมินการประชากรเด็กต่างชาติที่ติดตามพ่อแม่ และที่เกิดในประเทศไทยสูงถึง 200,000-250,000 คนต่อปี ซึ่งส่วนใหญ่ไม่มีสถานะตามกฎหมาย ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อปัญหาสังคมในระยะยาว เช่น ปัญหาสถานะบุคคล นำมาสู่ปัญหาสืบเนื่อง เช่น ปัญหาการดูแลด้านสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งการควบคุมโรคติดต่อที่ประเทศไทยสามารถดำเนินการควบคุมได้แล้ว เช่น โรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีน เช่น โรคโปลิโอ โรคคอตีบ โรคบาดทะยัก โรคไข้สมองอักเสบ โรคคางทูม โรคหัด เนื่องจากเด็กต่างชาติที่มาพร้อมแรงงานต่างชาติไม่ได้รับวัคซีนหรือได้รับแต่ไม่ครอบคลุมหรือไม่มีการรับวัคซีน ส่วนเด็กต่างชาติที่ไม่ได้รับบริการดูแลหลังคลอดทำให้ไม่ได้รับวัคซีน หรือได้รับแต่ไม่ครบ และยากต่อการติดตามเนื่องจากต้องโยกย้ายตามผู้ปกครองไปทำงานที่อื่น นอกจากนี้การศึกษาของ Baker, Holmyong and Thianiai (2010) ซึ่งสำรวจข้อมูลอายุและเพศของแรงงานต่างชาติเปรียบเทียบกับประชากรไทย พบว่า พีรามิดประชากรไทยเป็นแบบหดตัว (Constrictive Pyramid) คือมีฐานแคบตรงกลางพองออกและยอดแคบแสดงว่ามีคนเกิดและตายน้อย ในขณะที่พีรามิดของแรงงานต่างชาติเป็นแบบหดตัวแต่ป่องกลางในช่วงวัยแรงงานเนื่องจากแรงงานต่างชาติเป็นวัยแรงงานที่มีอัตราตายและเกิดต่ำ โดยในช่วงอายุ 20-39 แรงงานต่างชาติมีจำนวนมากกว่าประชากรไทยสองถึงสามเท่า สะท้อนว่าไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุที่มีอัตราพึ่งพิงสูง วัยแรงงานของไทยต้องแบกรับการเลี้ยงดูเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี และผู้สูงอายุมากกว่า 60 ปี ทำให้เกิดปัญหาการขาดแคลนแรงงานและต้องพึ่งพาวัยแรงงานจากแรงงานต่างชาติ

แรงงานต่างชาติส่งผลกระทบต่อเคลื่อนย้ายแรงงานไทย กล่าวคือ แรงงานต่างชาติทำให้การผลิต และการจ้างงานภาคเกษตรกรรมของแรงงานไทยลดลง การจ้างแรงงานต่างชาติเพิ่มร้อยละ 1 มีผลให้การผลิตภาคเกษตรลดลงร้อยละ 0.01 และการจ้างงานคนไทยภาคเกษตรลดลงร้อยละ 0.20

และทำให้แรงงานไทยย้ายเข้าสู่ภาคบริการ หรือย้ายถิ่นเพื่อจัดบริการรองรับแรงงานต่างชาติ เช่น กิจการบ้านเช่า ร้านอาหาร ร้านค้าและสถานบันเทิง (กิริยา กุลกลการ, 2553)

แรงงานต่างชาติทำให้ค่าจ้างของแรงงานไทยลดลง กล่าวคือหากแรงงานต่างชาติเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 จะส่งผลให้ค่าจ้างแรงงานไทยลดลงร้อยละ 3 เนื่องจากผู้ประกอบการมีตัวเลือกการจ้างงานและสามารถต่อรองค่าจ้างเพิ่มขึ้น การจ้างแรงงานต่างชาติทำให้ค่าแรงของคนไทยไม่สามารถขยับขึ้นเนื่องจากแรงงานต่างชาติมีค่าจ้างต่ำกว่าแรงงานไทย โบจัส (Borjas, 2016) คาดการณ์ว่า หากแรงงานต่างชาติลดลง 1 แสนคน จะส่งผลให้ค่าแรงแรงงานไทยเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 2.1 (สุสันหา ยิ้มแย้ม และคณะ, 2552) นอกจากนี้การจ้างแรงงานต่างชาติที่ผิดกฎหมาย ทำให้ประเทศคู่ค้ากีดกันสินค้าส่งออกของประเทศไทย ด้วยข้อหาใช้แรงงานผิดกฎหมายและกดขี่ด้านแรงงาน ทั้งนี้ประเทศไทยเป็นสมาชิกองค์การการค้าโลก World Trade Organization (WTO) และจำเป็นต้องปฏิบัติตามกติกาสากล (อนุสรณ์ ธรรมใจ, 2555)

ภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล

แรงงานต่างชาติ เพิ่มภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลของรัฐบาลไทย โดยพบว่าต้นทุนผู้ป่วยในของแรงงานต่างชาติสูงกว่าต้นทุนผู้ป่วยนอกในทุกปีที่ศึกษา ทั้งในกลุ่มที่มีบัตรประกันสุขภาพและกลุ่มที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ (ตาราง 2-4) เนื่องจากแรงงานต่างชาติจะเข้ารับการรักษาเมื่อมีอาการป่วยขั้นรุนแรงส่งผลให้ต้นทุนการตรวจทางห้องปฏิบัติการและต้นทุนผู้ป่วยในสูงกว่าปกติ

ตาราง 2-4 การศึกษาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลแรงงานต่างชาติ

ผู้ศึกษา	จังหวัด	ปีเก็บข้อมูล	ค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาล (ล้านบาท)					
			กลุ่มมีบัตรประกันสุขภาพ			กลุ่มไม่มีบัตรประกันสุขภาพ		
			ผู้ป่วยนอก	ผู้ป่วยใน	รวม	ผู้ป่วยนอก	ผู้ป่วยใน	รวม
ชนัน	ตาก	2548	9.0	8.6	17.6	1.1	30.9	32.0
ชนก		2549	2.7	9.0	11.8	1.3	42.0	43.3
		2550	3.5	7.7	11.2	1.4	42.6	44.0

นอกจากนี้ จากการศึกษพบว่ารัฐบาลไทยต้องรับภาระค่าใช้จ่ายที่ไม่สามารถเรียกเก็บได้ในการรักษาแรงงานต่างชาติ เนื่องจากแรงงานต่างชาติที่ป่วยแต่ไม่มีประกันสุขภาพและไม่สามารถจ่ายค่ารักษาได้เป็นค่าใช้จ่ายประเภทผู้ป่วยในที่มากกว่าผู้ป่วยนอกประมาณ 4 เท่า ดังแสดงในตาราง 2-5

ตาราง 2-5 ค่าใช้จ่ายในการรักษาแรงงานต่างชาติที่ไม่สามารถเรียกเก็บได้ ปี พ.ศ. 2553-2556

ผู้แต่ง/ศึกษา	จังหวัด	ปีที่ศึกษา	ปีที่เก็บ ข้อมูล	ค่าใช้จ่าย (ล้านบาท)	
				ผู้ป่วยนอก	ผู้ป่วยใน
สำนักบริหาร การ สาธารณสุข	ทั่วประเทศ	2557	2553	74	0.3
			2554	75	0.3
			2555	58	0.2
สำนักงาน สาธารณสุข ปทุมธานี	ปทุมธานี	2557	2554	0.03	3
			2555	0.05	2
			2556	0.7	1

ผลกระทบที่เกิดจากภาระจากการป้องกันและควบคุมโรคและปัญหาด้านสุขภาพอื่นๆ

ปัญหาโรคติดต่อ เป็นประเด็นปัญหาสุขภาพที่หลายฝ่ายมีความวิตกกังวล ที่คาดว่าจะส่งผลกระทบต่อคนไทยมากที่สุดจากแรงงานต่างชาติ เนื่องจากโรคติดต่อบางโรคที่ประเทศไทยสามารถควบคุมได้ และหมดไปจากประเทศไทยแล้ว มีแนวโน้มจะกลับมาเป็นปัญหาซ้ำ เช่น โรคเท้าช้าง โรคโปลิโอ นอกจากนี้ โรคมาลาเรีย โรคอหิวาตกโรค วัณโรค โรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีอุบัติการณ์โรคสูงขึ้นจากการติดต่อผ่านแรงงานต่างชาติ และยากต่อการติดตามควบคุมเพราะแรงงานต่างชาติเคลื่อนย้ายบ่อย (สำนักกระบาดวิทยา, 2555) สาเหตุการเจ็บป่วยสูงสุดของแรงงานต่างชาติแผนกผู้ป่วยในคือ โรคมาลาเรีย รองลงมาโรคอุจจาระร่วง และจากสถานการณ์โรคติดต่อระหว่างประเทศและโรคติดต่อชายแดน พบว่า ผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นแรงงานจากประเทศเมียนมา โดยโรคที่พบมากที่สุดคือ โรคไข้เลือดออก รองลงมาคือโรคอุจจาระร่วง และอาหารเป็นพิษตามลำดับ (เพรียวภุรินทร์ มะโนเพ็ญ, กมลวรรณ บุญโปร่ง, และ วีระพงษ์ ปงจันทา, 2555)

จากการวิเคราะห์รายงาน 506 ของสำนักกระบาดวิทยา ในช่วง ปี 2547-2557 พบว่า โรคอหิวาตกโรคมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น 3.8 เท่า (สำนักกระบาดวิทยา, 2557) เช่นเดียวกับการศึกษาของชนนชนก สิวาวัฒนาเกียรติ (2551) ศึกษาโรคที่เฝ้าระวังทางระบาดวิทยาตามระบบรายงาน 506 ในปี 2552 พบว่าโรคที่เป็นปัญหาสำคัญ 3 อันดับแรกได้แก่ โรคอหิวาตกโรค โรคหัด และโรคมาลาเรีย และพบว่าพื้นที่ระบาดของโรคสัมพันธ์กับพื้นที่ที่มีแรงงานต่างชาติอาศัยอยู่หนาแน่น เช่น พื้นที่แนวชายแดน มีการระบาดใหญ่ของอหิวาตกโรคในจังหวัดภูเก็ตและสงขลาปี พ.ศ. 2547 นอกจากนี้พบอหิวาตกโรคในศูนย์พักพิงคนต่างชาติในช่วงเดือนพฤษภาคม ถึงมิถุนายน พ.ศ. 2552 และในช่วงเดือนพฤศจิกายนในปีเดียวกันพบการระบาดในแรงงานประมงชาวกัมพูชากว่า 300 คนในจังหวัดปัตตานี และระบาดต่อเนื่องถึงปี พ.ศ. 2553 และระบาดในศูนย์อพยพจังหวัดตาก (สำนักกระบาดวิทยา, 2554)

ในช่วงเดือนกรกฎาคม-พฤศจิกายน พ.ศ. 2553 มีรายงานการระบาดของโรคหัด 137 ราย ในค่ายพักพิงแรงงานต่างชาติซึ่งในจังหวัดชายแดนไทย-เมียนมา และการรายงานของ กรมควบคุมโรค

กระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2557 พบผู้ป่วยทั่วประเทศ 2,300 ราย เป็นแรงงานต่างชาติ ร้อยละ 17 (กรมควบคุมโรค, 2557)

การศึกษาในต่างประเทศก็พบปัญหาโรคติดต่อที่เกิดจากแรงงานต่างชาติไม่แตกต่างกัน กล่าวคือ ในประเทศเคนย่า พบการระบาดด้วยโรคหัดและโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนเกิดในแรงงานต่างชาติ ในปี ค.ศ. 2005, 2007 และ 2009 โดยเริ่มมีการระบาดจากแรงงานต่างชาติที่ไม่ได้จดทะเบียน (International Organisation For Migration, 2011)

แรงงานต่างชาติถือเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อเอชไอวี การศึกษาอัตราความชุกการติดเชื้อเอชไอวีในแรงงานต่างชาติ พบว่าเมื่อเปรียบเทียบอัตราความชุกโรคในทุกการศึกษาในแรงงานต่างชาติสูงกว่าอัตราความชุกในคนไทย 2-10 เท่า ดังแสดงในตาราง 2-6

ตาราง 2-6 ผลการศึกษาอัตราความชุกโรคเอดส์ในแรงงานต่างชาติเปรียบเทียบกับคนไทย

ผู้ศึกษา	ปีที่ศึกษา	วิธีการศึกษา/การเก็บข้อมูล	จำนวนแรงงานต่างชาติ (คน)	ความชุกโรคแรงงานต่างชาติ (ต่อ 10 ⁶)	ความชุกโรคคนไทย (ต่อ 10 ⁶)
จุไรรัตน์ รัตนเลิศนาวิ และคณะ	2548	เจาะเลือดหาเชื้อเอชไอวี จ.พังงา	3,384	4,200	352
สำนักกระบวนวิทยา	2553ก	เจาะเลือดหาเชื้อเอชไอวี 15-49 ปี 10 จังหวัด	2,517	840	433
สำนักกระบวนวิทยา	2553ข	เจาะเลือดหาเชื้อเอชไอวี	3,001	1,333	
วิชุดา เสพสมุทร และ ช่อทิพย์ บรมธนรัตน์	2554	เจาะเลือดหาเชื้อเอชไอวี จ.สมุทรสาคร	623	4,900	434
สำนักกระบวนวิทยา	2555ก	เจาะเลือดหาเชื้อเอชไอวี 15-49 ปี 10 จังหวัด	2,517	1,100	384
สำนักกระบวนวิทยา	2555ข	เจาะเลือดหาเชื้อเอชไอวี	2,517	954	
สำนักกระบวนวิทยา	2556	เจาะเลือดหาเชื้อเอชไอวี	200	2,000	697

พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของแรงงานต่างชาติในขณะมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดกับคู่นอน ลดลงกล่าวคือ ในกลุ่มพนักงานบริการลดลงจากร้อยละ 79.1 ในปี พ.ศ. 2553 เหลือร้อยละ 75.6 ในปี พ.ศ. 2555 ในกลุ่มคนรักจากร้อยละ 37.5 ในปี พ.ศ. 2553 เหลือร้อยละ 8.5 ในปี พ.ศ. 2555 แสดงว่าความเสี่ยงการติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้น ในภาพรวมพบว่าแรงงานต่างชาติมีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ไม่ครอบคลุมทุกด้าน กล่าวคือแรงงานต่างชาติมีความรู้ทุกด้านน้อยกว่าร้อยละ 50 ยังมีความเข้าใจว่ายังเป็นพาหะนำโรคเอดส์มาสู่คนมากกว่า ร้อยละ 57.5 ในปี พ.ศ. 2553 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 69.1 ในปี พ.ศ. 2555 และเข้าใจว่าการกินอาหารร่วมกับผู้ติดเชื้อเอดส์สามารถติดเชื้อเอดส์ได้ถึงมากกว่าร้อยละ 80 (สำนักกระบวนวิทยา, 2555)

การศึกษาปัญหาโรคเอดส์ในแรงงานต่างชาติในต่างประเทศ ผลการศึกษาไม่แตกต่างกับประเทศไทย พบว่าโรคเอดส์เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในแรงงานต่างชาติของประเทศปลายทางที่รับแรงงานต่างชาติโดยเฉพาะการศึกษาในประเทศแถบยุโรป ดังแสดงตาราง 2-7

ตาราง 2-7 ผลการศึกษาอัตราความชุกโรคเอดส์ในแรงงานต่างชาติในต่างประเทศ

ผู้ศึกษา	ปีที่ศึกษา	วิธีศึกษา/ เก็บข้อมูล	กลุ่มเป้าหมาย แรงงานต่างชาติ	อัตราความชุกโรคเอดส์ใน แรงงานต่างชาติ (ต่อ 10 ⁶)	อัตราความชุกโรค คนในประเทศปีที่ ศึกษา (ต่อ 10 ⁶)
Castilla et al	2002	การสำรวจ	สเปน 8,861 คน	3,470	-ยุโรปตะวันตก และยุโรปกลาง
Nikolopoulos et al	2005	การสำรวจ	Greek	1,200	200 ทั่วโลก 500
EuroHIV	2007	สำรวจ	12 ประเทศในยุโรป ตะวันตก นอร์เวย์ ไอซ์แลนด์ ไซปรัส สวีเดน มอลตา ไอร์แลนด์	4,300 3,950 3,640 3,530 3,530 3,450 3,220	
Madeddu et al.	2007	1997- 2000 2001- 2004	อิตาลี	2,400 17,600	
Pezzoli et al.	2009	ตรวจเชื้อ HIV	อิตาลี 3003 คน	2,900	

การศึกษาสถิติการเฝ้าระวังผู้ติดเชื้อเอชไอวีระดับชาติในประเทศยุโรป ปี ค.ศ. 1989-2003 พบว่าสาเหตุสำคัญเกิดจากการย้ายถิ่นของแรงงานต่างชาติ เช่น การศึกษาในประเทศกรีซ พบว่า ร้อยละ 12 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกกรณี เกิดในแรงงานต่างชาติ ที่มาจาก sub-Saharan Africa ร้อยละ 32.4 จากภาคกลางและยุโรปตะวันออก ร้อยละ 20 (Nikolopoulos et al., 2005) นอกจากนี้ พบว่า 2 ใน 3 ของการติดเชื้อเอชไอวีเป็นแรงงานต่างชาติ และแรงงานต่างชาติจากประเทศแอฟริกาเป็นกลุ่มเสี่ยงที่สุดในภูมิภาคยุโรป (Hamers & Downs, 2004) สัดส่วนของการติดเชื้อเอชไอวีในแรงงานต่างชาติในประเทศยุโรปแตกต่างกัน ตั้งแต่ร้อยละ 21 ในโปรตุเกสถึงร้อยละ 65 ในสวีเดนและนอร์เวย์ (EuroHIV, 2007) ในประเทศอิตาลี ในปี ค.ศ. 2007 อัตราอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวีใน

แรงงานต่างชาติสูงกว่าชาวอิตาลี 11 เท่า (Pezzoli et al. 2009) และร้อยละ 71.4 ของการติดเชื้อเอชไอวีมาจาก sub-Saharan Africa (Madeddu et al., 2007) การติดเชื้อเอชไอวีในประเทศยุโรปตะวันตก ปี ค.ศ. 2006 พบว่า ร้อยละ 43 ติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และความชุกการเกิดโรคสูงในประเทศที่มีแรงงานต่างชาตินาน 12 ประเทศในยุโรปตะวันตก (เบลเยียม เดนมาร์ก ฟินแลนด์ เยอรมนี กรีซ ไอร์แลนด์ ไอร์แลนด์ ลักเซมเบิร์ก นอร์เวย์ สวีเดน สวิตเซอร์แลนด์และ สหราชอาณาจักร) (EuroHIV, 2007)

กระทรวงสาธารณสุขกำหนดโรคติดต่อควบคุมในแรงงานต่างชาติของไทย ที่ต้องผ่านการตรวจคัดกรองสุขภาพก่อนออกใบอนุญาตทำงาน 6 โรค คือ โรคซิฟิลิส โรคเรื้อน โรคหนองพยาธิ โรคเท้าช้าง โรควัณโรค และโรคมาลาเรีย (สำนักงานระบาดวิทยา, กลุ่มโรคติดต่อทั่วไป, 2555) ผลการตรวจสุขภาพประจำปีพบว่า แรงงานต่างชาติส่วนใหญ่มีสุขภาพแข็งแรงเนื่องจากเป็นกลุ่มวัยหนุ่มสาว แต่มีแรงงานต่างชาติบางส่วนป่วยก่อนที่จะเดินทางเข้ามา หรือป่วยหลังจากเข้ามาทำงานในประเทศไทยด้วยโรคติดต่อควบคุม และมีแรงงานต่างชาติที่ลักลอบเข้ามาอย่างผิดกฎหมายที่ไม่ผ่านการตรวจคัดกรองโรคอีกเป็นจำนวนมาก ซึ่งเป็นภาระที่ภาครัฐต้องดำเนินการควบคุม และหาแนวทางที่เหมาะสมในการจัดการเพื่อไม่ให้เกิดการแพร่กระจายโรคสู่คนไทย และลดอัตราการเกิดโรคติดต่อควบคุมในแรงงานต่างชาติของไทย ผลจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาเกี่ยวกับโรคติดต่อควบคุม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

สถานการณ์ของโรคซิฟิลิสในแรงงานต่างชาติ มีอัตราความชุกโรคลดลง แต่เมื่อเปรียบเทียบคนไทยพบว่า มีอัตราความชุกโรคมกกว่าคนไทยหลายเท่า (ตาราง 2-8) ดังนั้นโรคซิฟิลิสในแรงงานต่างชาติจึงเป็นปัญหาด้านสุขภาพที่สำคัญในประเทศไทย สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศแถบยุโรปพบว่า โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์รวมโรคซิฟิลิส (STIS) มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในแรงงานต่างชาติ (ECDC, 2010)

ตาราง 2-8 ผลการศึกษาอัตราความชุกโรคซิฟิลิสในแรงงานต่างชาติเปรียบเทียบกับคนไทย

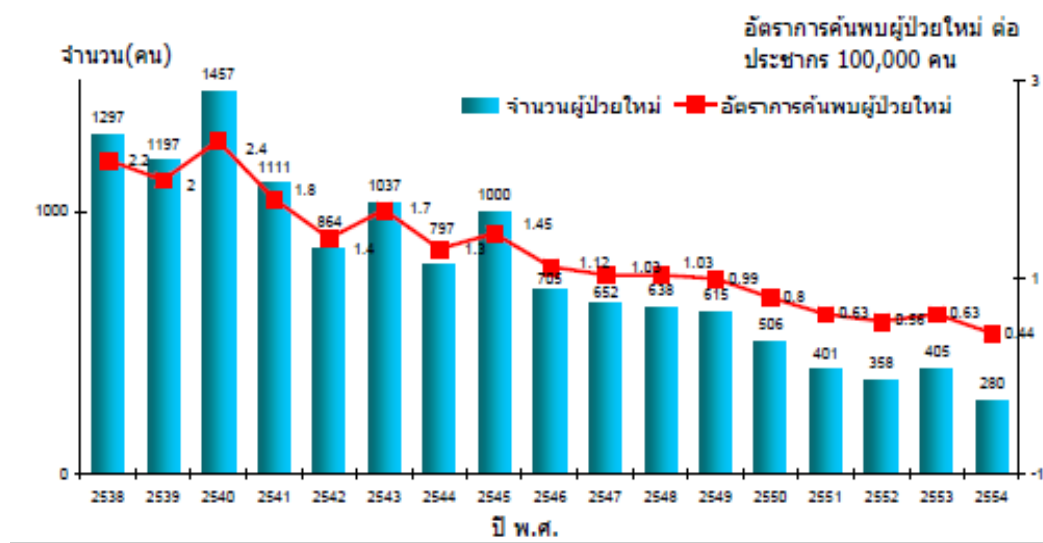
ผู้ศึกษา	ปีที่ศึกษา	ปีที่เก็บข้อมูล	วิธีการศึกษา/การเก็บข้อมูล	กลุ่มเป้าหมาย	อัตราชุกในแรงงานต่างชาติ (ต่อ 10 ⁶)	อัตราความชุกโรคในไทย (ต่อ 10 ⁶)
จูไรรัตน์ รัตนเลิศ นาวี และคณะ	2548	2548	เจาะเลือดหาเชื้อ วิธี RPR ² 3,384 คน	แรงงานต่างชาติ ทุกสัญชาติ พังงา	1,040.0	2.5
Chanthavaysouk	2554	2554	สัมภาษณ์ 623 คน	สัญชาติลาว	870.0	1.2
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี	2556	2554	ตรวจเลือดหาเชื้อใน	52,331	72.6	1.2
		2555	ขั้นตอนการตรวจ	30,658	35.9	3.2
		2556	สุขภาพแรงงานต่างชาติ	20,458	48.9	3.7
กระทรวงสาธารณสุข, สำนักปลัดกระทรวง, สำนักบริหารการสาธารณสุข	2557	2557	ตรวจเลือด 1,066,803 คน	แรงงานต่างชาติ ทุกสัญชาติ ทุกจังหวัด	310.0	4.9

สถานการณ์ของโรคเรื้อนของประเทศไทยในรอบ 17 ปีที่ผ่านมา (ปี 2538-2554) อัตราการตรวจพบผู้ป่วยใหม่ทั้งประเทศมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2554 อัตราความชุกโรคเท่ากับ 1.1 ต่อประชากรแสนคนและอัตราอุบัติการณ์โรค เท่ากับ 0.4 ต่อประชากรแสนคน (แผนภูมิ 2-1)

อย่างไรก็ตามพบผู้ป่วยโรคเรื้อนประเภทเชื้อมาก (Muitibailiary³) ในรอบ 5 ปี ตั้งแต่ ปี 2551-2555 ในแรงงานต่างชาติ จำนวน 149 คน โดยร้อยละ 86.58 เป็นผู้ป่วยประเภทเชื้อมากที่พร้อมจะแพร่เชื้อสู่ผู้อื่นได้ (สถาบันราชประชาสมาสัย, 2556) และรายงานผลการตรวจสุขภาพแรงงานต่างชาติ ปี พ.ศ. 2557 พบอัตราความชุกโรคเรื้อน 121 ต่อประชากรแสนคน (สำนักบริหารการสาธารณสุข, 2557) มากกว่าคนไทยหลายเท่า จึงเป็นโรคที่เป็นปัญหาของแรงงานต่างชาติในประเทศไทย

² RPR Rapid plasma regain หมายถึงการตรวจหาภูมิคุ้มกันที่ไม่เฉพาะเจาะจงต่อเชื้อซิฟิลิส หากได้ผลบวกต้องตรวจยืนยันเพื่อวินิจฉัย (จูไรรัตน์ รัตนเลิศ นาวี และคณะ, 2548)

³ Muitibailiary ผู้ป่วยประเภทเชื้อมาก (สถาบันราชประชาสมาสัย, 2556)



แผนภูมิ 2-1 จำนวนผู้ป่วยใหม่โรคเรื้อน และอุบัติการณ์โรคเรื้อนในคนไทย ปี พ.ศ. 2538-2554
ที่มา: สถาบันราชประชาสมาสัย (2556)

โรคหนองพยาธิในแรงงานต่างชาติ ที่ผ่านเข้ามาไม่พบการศึกษาของโรคนี้ในแรงงานต่างชาติ แต่ประเทศไทยดำเนินการควบคุมโรคหนองพยาธิในแรงงานต่างชาติโดยให้รับประทานยาอัลเบนดาโซล 400 มิลลิกรัม ทุกภายในขั้นตอนการตรวจสุขภาพเพื่อขึ้นทะเบียนของแรงงานต่างชาติ เพื่อควบคุมโรคหนองพยาธิ (สำนักบริหารการสาธารณสุข, 2557)

ปัจจุบันประเทศไทยประสบความสำเร็จในการควบคุมโรคเท้าช้างในคนไทย อัตราการตรวจพบเชื้อพยาธิโรคเท้าช้างในโลหิต (Microfilaria positive rate :MPR)⁴ มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535 และพบผู้ป่วยคนไทยเพียงบางหมู่บ้านใน 8 จังหวัด (แม่ฮ่องสอน ลำพูน ตาก กาญจนบุรี สุราษฎร์ธานี นครศรีธรรมราช กระบี่ และนราธิวาส) ที่ยังเป็นแหล่งแพร่เชื้อโรคเท้าช้าง (สำนักงานระบาดวิทยา, 2552) แต่จากการศึกษาถึงอัตราชุกโรคเท้าช้างในแรงงานต่างชาติพบว่า การศึกษาแรงงานต่างชาติมีอัตราชุกโรคสูงกว่าคนไทย ดังนั้นโรคเท้าช้างในแรงงานต่างชาติจึงเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยที่ต้องเฝ้าระวัง

⁴ Microfilaria positive rate :MPR หมายถึงผู้ป่วยระยะแพร่เชื้อพยาธิฯ ในโลหิต (สำนักงานระบาดวิทยา, 2552)

ตาราง 2-9 ผลการศึกษาอัตราความชุกโรคเท้าช้างในแรงงานต่างชาติเปรียบเทียบกับคนไทย

ผู้ศึกษา	ปีที่ศึกษา	วิธีการศึกษา/ การเก็บข้อมูล	กลุ่มเป้าหมาย แรงงานต่างชาติ	อัตราความชุกโรค ในแรงงาน ต่างชาติ (ต่อ10 ⁶)	อัตราความ ชุกโรคในคน ไทย (ต่อ10 ⁶)
Tritreeaprapab	1999	ตรวจเลือด	เมียนมา จ. ตาก	4,400.0	1.0
กองโรคเท้าช้าง	2543	รง.ผู้ป่วย	แรงงานต่างชาติ	118.0	0.7
กองโรคเท้าช้าง	2545	ตรวจเลือด	แรงงานต่างชาติ	1,300.0	0.5
สำนักระบาด วิทยา	2549	ตรวจเลือด	เมียนมา 3 จังหวัด -ตาก -ระนอง -กรุงเทพฯ	1,750.0 1,460.0 840.0	0.4
สำนักบริหารการ สาธารณสุข	2557	ตรวจเลือด	ทุกสัญชาติ ทุกจังหวัด	21.3	0.4
สสจ.สงขลา ฝ่าย ควบคุมโรค	2558	ตรวจเลือด	ทุกสัญชาติ จ.สงขลา	1,120.0	0.4
		19,618 คน			

ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาพบว่ามีแนวโน้มโรคผิวหนังโรคในคนไทยลดลง อัตราการรักษาสำเร็จร้อยละ 85 (“คุณภาพชีวิต”, 2557) แต่การศึกษาโรคผิวหนังโรคในแรงงานต่างชาติพบว่ามีอัตราป่วยสูงกว่าคนไทย 3-5 เท่า ดังการศึกษาในตาราง 2-10

ตาราง 2-10 ผลการศึกษาอัตราความชุกโรคผิวหนังโรคในแรงงานต่างชาติเปรียบเทียบกับคนไทย

ผู้ศึกษา	ปีที่ศึกษา	ปีที่เก็บข้อมูล	วิธีการศึกษา/การเก็บข้อมูล	กลุ่มเป้าหมาย แรงงาน ต่างชาติ	อัตราความชุกโรค ในแรงงาน ต่างชาติ (ต่อ10 ⁶)	อัตราความ ชุกโรคในคน ไทย (ต่อ10 ⁶)
รติกร จุลเสวก	2547	2547	เอกซเรย์ปอดและ ตรงจเสมหะ	NA	330.0	103.5
สสจ. จ ปทุมธานี	2556	2554		52,331	231.2	102.1
		2555	เอกซเรย์ปอด	30,658	189.2	89.9
		2556		20,458	259.1	83.0
สำนักบริหารการ สาธารณสุข	2557	2557	เอกซเรย์ปอด	1,066,803	570.0	119.0

แรงงานต่างชาติที่ป่วยส่วนใหญ่ไม่ผ่านการตรวจสุขภาพก่อนรับเข้าทำงาน (รติกร จุลเสวก, 2547) มีรายงานจากสำนักโรค (2554) จังหวัดที่พบผู้ป่วยโรคผิวหนังโรคสูงสุดคือจังหวัดสมุทรสาคร

รองลงมาคือกาญจนบุรีและตากซึ่งเป็นจังหวัดที่ติดชายแดน และมีแรงงานต่างชาตินำเข้าเป็นแรงงานมาก เนื่องจาก วัณโรคเป็นโรคที่ต้องรักษาอย่างต่อเนื่อง ปัญหาที่เป็นอุปสรรคในการรักษาที่สำคัญในการรักษาวัณโรคในกลุ่มผู้ป่วยแรงงานต่างชาตินั้นคือ ปัญหาการดื้อยาและวัณโรคกลับซ้ำจากการขาดการรักษาที่ต่อเนื่อง และความยากลำบากในการติดตามเนื่องจากการเคลื่อนย้ายที่อยู่บ่อยครั้ง ดังจะเห็นได้จากอัตราการรักษาวัณโรคสำเร็จในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นคนไทย ร้อยละ 85 ในขณะที่อัตราการความสำเร็จในการรักษาของผู้ป่วยที่เป็นแรงงานต่างชาติ ร้อยละ 70 ในปีเดียวกัน (สำนักวัณโรค, 2554)

การศึกษาในหลายประเทศในยุโรปแสดงให้เห็นว่า การเพิ่มขึ้นของแรงงานต่างชาติมีผลให้จำนวนผู้ป่วยโรควัณโรคเพิ่มขึ้น มีรายงานผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในยุโรป 461,645 ราย หรือคิดเป็น 52.2 ต่อแสนประชากร และพบอัตราอุบัติการณ์โรคผู้ป่วยรายใหม่สูงที่สุดในประเทศโซเวียต 16.7 ต่อแสนประชากร และมีอัตราการความชุกโรคมากที่สุดที่ โรมาเนีย 115.1 ต่อแสนประชากร Lithuania 66.8 ต่อแสนประชากร Latvia 47.1 ต่อแสนประชากร Bulgaria 41.2 ต่อแสนประชากร และ Estonia 33.1 ต่อแสนประชากร และพบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 22.4 เป็นแรงงานต่างชาติจากเอเชียและแอฟริกา (European Centre for Disease Prevention and Control, 2010) การศึกษาโดยการสำรวจในประเทศแถบยุโรป 27 ประเทศ พบ 17 ประเทศ มีผู้ป่วยด้วยวัณโรคในแรงงานต่างชาติมากกว่าร้อยละ 20 (Wormamm & Kramer, 2011)

กล่าวได้ว่าโรควัณโรคในแรงงานต่างชาติยังเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศที่ต้องดำเนินการป้องกัน และเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง

สถานการณ์โรคมาลาเรียในคนไทยในรอบ 10 ปีที่ผ่านมาระหว่างปี พ.ศ. 2541 และ 2550 มีความชุกโรคสูงสุดคือ 109.13 และ 123.67 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ จากนั้นอัตราป่วยมีแนวโน้มลดลงอย่างรวดเร็วจนต่ำสุดในปี พ.ศ. 2555 คือ 10 ต่อประชากรแสนคน เนื่องจากมีนโยบายเร่งรัดในการควบคุมโรคจากกระทรวงสาธารณสุข และโครงการร่วมกับองค์กรเอกชน ในการควบคุมโรควัณโรค เอ็ดส์ มาลาเรีย ที่ผ่านมากการป่วยด้วยโรคมาลาเรียของไทยพบมากในพื้นที่ป่าเขาบริเวณชายแดนไทย-เมียนมา โดยเฉพาะจังหวัดตาก รองลงมาคือกาญจนบุรีและระนอง สาเหตุจากมีแรงงานต่างชาติเคลื่อนย้ายข้ามพรมแดนไปมาเพื่อหารายได้ ทำให้เชื้อมาลาเรียแพร่ติดต่อไปยังบริเวณอื่นตามความหนาแน่นและการกระจายตัวของแรงงานต่างชาติ แรงงานต่างชาติที่ป่วยมีเชื้อมาลาเรียไม่แสดงอาการทางคลินิกจึงไม่ได้รับการตรวจวินิจฉัย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา, ฝ่ายควบคุมโรคติดต่อ, 2558)

แม้โรคมาลาเรียมีแนวโน้มโรคลดลง แต่พบอัตราความชุกโรคมาลาเรียสูงในแรงงานต่างชาติเมื่อเปรียบเทียบกับอัตราความชุกโรคในแรงงานต่างชาติมากกว่า 10 เท่า ของความชุกโรคในคนไทย ทุกปีการศึกษา ยกเว้นการศึกษาในปี 2551 ของสำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง กรมควบคุมโรคกระทรวง

สาธารณสุข โดยการสุ่มตรวจโรคแรงงานต่างชาติ 439,977 คน พบอัตราความชุกโรคสูงถึง 5,836 ต่อประชากรแสนคน มากกว่า อัตราความชุกโรคในคนไทย 45.75 ต่อประชากรแสนคน ถึง 130 เท่า ดังแสดงในตาราง 2-11

ตาราง 2-11 ผลการศึกษาอัตราความชุกโรคมมาลาเรียในแรงงานต่างชาติเปรียบเทียบกับคนไทย

ผู้ศึกษา	ปีที่ศึกษา	ปีที่เก็บข้อมูล	วิธีการศึกษา/ การเก็บข้อมูล	กลุ่มเป้าหมาย แรงงาน ต่างชาติ	อัตราความชุก โรคในแรงงาน ต่างชาติ (ต่อ10 ⁶)	อัตรา ความชุก โรคในคน ไทย (10 ⁶)
สำนักโรคติดต่อ นำโดย แมลง	2551	2551	สุ่มตรวจเลือด	439,977	5,836.0	45.8
สำนักปลัดกระทรวง, สำนักบริหารการ สาธารณสุข	2557	2557	ตรวจเลือด	1,066,803	570.0	35.2
สำนักโรคติดต่อ นำโดย แมลง	2558	2553	รายงานเฝ้าระวัง	ผู้ป่วยคน ไทยและ แรงงาน ต่างชาติ	987.7 923.4 597.9 1014.2 496.2 243.7	36.6 17.0 10.0 23.4 35.4 16.2

โดยสรุปพบว่าโรคติดต่อควบคุม 6 โรคในแรงงานต่างชาติ พบว่าโรคที่ยังเป็นปัญหาที่จะต้องมีการจัดการแก้ไขและติดตามในแรงงานต่างชาติต่อไป คือ โรคซิฟิลิส โรคเท้าช้าง โรคฉี่หนู โรค และโรคมมาลาเรีย

ผลกระทบด้านอนามัยเจริญพันธุ์และอนามัยแม่และเด็ก

ปัญหาการทำแท้งในแรงงานต่างชาติ สาเหตุจากการวางแผนครอบครัวที่ไม่มีประสิทธิภาพ เกิดการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และใช้วิธีการทำแท้งเพื่อแก้ปัญหา มีการศึกษาพบว่า แรงงานต่างชาติหญิงที่ตรวจพบว่าตั้งครรภ์โดยไม่รู้ตัวมาก่อนมักไม่ถูกจ้าง ดังนั้นแรงงานหญิงที่ตั้งครรภ์จึงตัดสินใจทำแท้งก่อนการตรวจ ส่งผลให้เกิดปัญหาการทำแท้งและตายคลอด การศึกษาของกฤตยา อาชวนิจกุล (2550) พบว่า แรงงานต่างชาติหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดที่โรงพยาบาล เพียง 1 ใน 3 นอกนั้นมักทำแท้งและคลอดเองกับหมอต้าแย และรายงานจากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2551) มีแรงงานต่างชาติหญิงเสียชีวิตจากการการทำแท้ง ปีละ 200 คน สาเหตุสำคัญจากความไม่มีประสิทธิภาพของการวางแผนครอบครัวของแรงงานต่างชาติ ดังการศึกษาของสุริพร พันพั้ง และคณะ (2548) ที่พบว่าร้อยละ 82.1 ไม่เคยปรึกษาสามีในการวางแผนครอบครัว ร้อยละ 81.2 ขาดความรู้

ความเข้าใจในวิธีการคุมกำเนิดที่ถูกต้อง ส่งผลให้เกิดการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ร้อยละ 29.7 และเมื่อเกิดการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์จึงทำแท้งโดยวิธีพื้นบ้าน ร้อยละ 45.5 ทำแท้งกับคลินิกร้อยละ 36.4 และทำแท้งด้วยตนเองร้อยละ 18.1 ทำให้เกิดปัญหาการแท้งติดเชื้อ การเสียชีวิต

แรงงานต่างชาตินี้มีปัญหาความผิดปกติของอวัยวะสืบพันธุ์ การศึกษาของ สุสัณหา ยิ้มแย้ม และคณะ (2552) ที่ศึกษาถึงภาวะเสี่ยงและปัญหาสุขภาพด้านอนามัยเจริญพันธุ์ในแรงงานต่างชาตินิไทใหญ่ พบว่ามีปัญหาเกี่ยวกับประจำเดือน และความผิดปกติของอวัยวะสืบพันธุ์ ร้อยละ 56.9 มีอาการปวดประจำเดือน ประจำเดือนมามาก และประจำเดือนมากระปริดกระปรอย ร้อยละ 40.8 มีปัญหาและมีความผิดปกติของระบบสืบพันธุ์ร้อยละ 56.7 โดยปัญหาที่พบคือปวดท้องน้อยและมีตกขาว นอกจากนี้ยังมีปัญหาการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน ดังการศึกษาของสุรียพร พันพิ่ง และคณะ (2548) พบว่า แรงงานต่างชาตินี้มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกันการติดเชื้อร้อยละ 84.5 สาเหตุคือ ว่างใจสามี และจากการศึกษากลุ่มสตรีแรงงานต่างชาตินิไทใหญ่ในโครงการฟ้ามิตรที่มีอาชีพให้บริการทางเพศ พบว่า มีข้อจำกัดในการสื่อสารทำให้ไม่กล้าปฏิเสธลูกค้าที่ไม่ใช่หญิงงามอนามัย หรือไม่สามารถเจรจาต่อรองการใช้หญิงงามอนามัยกับลูกค้าได้ มีอัตราการใช้หญิงงามอนามัยทุกครั้งเพียงร้อยละ 75

ปัญหาการถูกล่วงละเมิดทางเพศในแรงงานต่างชาตินิไทใหญ่ ดังการศึกษาของสุรียพร พันพิ่ง และคณะ (2548) ที่ศึกษาการถูกล่วงละเมิดทางเพศของแรงงานต่างชาตินิไทใหญ่ จังหวัดเชียงใหม่ 242 คน พบว่าร้อยละ 14.5 ถูกล่วงละเมิดทางเพศโดยไม่ยินยอม ร้อยละ 4.1 ถูกล่วงละเมิดทางเพศ และร้อยละ 0.8 ถูกข่มขืน และการศึกษาของ สุสัณหา ยิ้มแย้ม และคณะ (2552) ปัญหาการถูกล่วงละเมิดทางเพศ ร้อยละ 13.1 การถูกล่วงละเมิดทางเพศมักพบในสตรีที่มีอาชีพรับจ้างในร้านอาหาร ปัจจัยเอื้อที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศคือดื่มสุรา ร้อยละ 63.2 เทียบยามวิการ้อยละ 40.7 และผู้ที่ละเมิดคือนายจ้างที่แรงงานพักอาศัยอยู่ด้วย

ปัญหาอนามัยแม่และเด็กของแรงงานต่างชาตินิไทใหญ่ในประเทศแถบยุโรป พบว่าแตกต่างจากประเทศไทยที่พบว่าแรงงานต่างชาตินิไทใหญ่มีปัญหาทารกน้ำหนักน้อย (Low birth Weight) ในสหรัฐอเมริกา (Kelly et.al., 2009) พบว่าเด็กที่เกิดจากมารดาที่เป็นแรงงานต่างชาตินิไทใหญ่จะมีน้ำหนักน้อยกว่าเด็กที่เกิดจากมารดาที่ไม่ใช่แรงงานต่างชาตินิไทใหญ่ และพบปัญหาการคลอดก่อนกำหนด การศึกษาของ Amsterdam (Goedhart et al., 2008) พบว่าแรงงานต่างชาตินิไทใหญ่มีความเสี่ยงในการคลอด ปัจจัยสำคัญที่กำหนดและมีผลต่อการคลอดคือ แบบแผนความเชื่อเกี่ยวกับการคลอด มารดามีน้ำหนักเกิน มารดาขาดการศึกษา มารดาที่เลี้ยงดูบุตรคนเดียว มารดาที่มีความเครียดจากการทำงาน ซึ่งจากการศึกษามารดาจากประเทศแอฟริกาและเตอร์ก็พบความเสี่ยงมารดาคลอดก่อนกำหนด (33 สัปดาห์) และมีความเสี่ยงมากขึ้นเมื่อมารดาเป็นโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วย (Zeitlin et.al., 2004)

จากการศึกษาที่กล่าวมาสะท้อนให้เห็นว่า ปัญหาอนามัยแม่และเด็ก ยังเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศปลายทางที่มีแรงงานต่างชาติย้ายถิ่นมาเป็นแรงงาน แม้ในรายละเอียดของปัญหาจะมีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศ สำหรับประเทศไทยยังไม่ประสบความสำเร็จในการดูแลอนามัยเจริญพันธุ์ การวางแผนครอบครัว และงานอนามัยแม่และเด็กในแรงงานต่างชาติ เพราะแรงงานต่างชาติไม่สามารถเข้าถึงบริการที่รัฐจัดให้ได้ และมีพฤติกรรมความเชื่อในการดูแลสุขภาพเมื่อเกิดปัญหาแตกต่างกัน

ผลกระทบด้านคุณภาพชีวิต

แรงงานต่างชาติที่เข้ามาอยู่ในประเทศปลายทางเพื่อเป็นแรงงานนั้นมีภาวะเครียด กัดเคี้ยว การศึกษาของ มนตรี พรหมวัน (2552) ศึกษาคุณภาพชีวิตด้านจิตใจแรงงานต่างชาติเมียนมาในเชียงใหม่พบว่า ไม่มีความสุข ไม่สบายใจ และเครียดร้อยละ 89.4 และการศึกษาของ Tsia (2012) ที่ศึกษาแรงงานต่างชาติชาวไต้หวันในประเทศจีน พบว่า แรงงานต่างชาติ มีภาวะเครียดจากการทำงาน ร้อยละ 62.2 และการศึกษาของ Aung, Prathung, and Htoo (2012) ศึกษาปัจจัยและระดับการเกิดภาวะวิตกกังวลและกดดันของแรงงานเมียนมาที่มีอายุ 18-59 ปี ในจังหวัดราชบุรีโดยการสัมภาษณ์แรงงาน 300 คน พบว่า มีภาวะวิตกกังวลระดับมากที่สุด (Severe anxiety) ร้อยละ 64.4 ระดับกลาง (Moderate anxiety) ร้อยละ 24.3 และระดับร้ายแรง (Extreme anxiety) ร้อยละ 11.3 และด้านความกดดัน มีความกดดันระดับกลางมากที่สุด (Mildly depressed) ร้อยละ 42.6 รองลงมา ระดับ (Moderately depressed) ร้อยละ 36.7 ระดับรุนแรง (Severely depressed) ร้อยละ 16.7 และระดับปกติ (Normal range) ร้อยละ 4.0 ตามลำดับ ปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะวิตกกังวลและกดดันคือ สถานะอยู่อาศัย ผู้ที่อาศัยคนเดียวจะมีภาวะวิตกกังวลและกดดันมากกว่าผู้ที่อยู่กับเพื่อนหรือครอบครัว เนื่องจากไม่มีคนให้คำแนะนำและแบ่งปันความรู้สึก และปัจจัยด้านรายได้ แรงงานต่างชาติที่รายได้น้อยกว่า 5,000 บาท จะเกิดภาวะวิตกกังวลและกดดันเนื่องจากรายได้ไม่พอในการดำรงชีวิต จึงแสวงหาทางออกในรูปแบบต่างๆ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นพฤติกรรมในเชิงลบที่ส่งผลกระทบต่อ การเจ็บป่วย

พฤติกรรมเสี่ยงที่ส่งผลต่อการเจ็บป่วยในแรงงานต่างชาติ ดังการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของแรงงานต่างชาติเมียนมาในจังหวัดระนอง 431 คน โดยใช้แบบสอบถาม ของ ขวัญจิต ศศิศาโรจน์ และ เสาวณี พงษ์ (2552) พบว่า แรงงานต่างชาติมีพฤติกรรมสูบบุหรี่ร้อยละ 40.4 มีพฤติกรรมดื่มสุราร้อยละ 33.4 ซื้อบริการทางเพศร้อยละ 6.0 ใช้สารเสพติดร้อยละ 0.9 สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศ ดังการศึกษาของ Tsai (2012) ในแรงงานต่างชาติไต้หวันในประเทศจีน 156 คน พบว่ามีพฤติกรรมดื่มเหล้าร้อยละ 72.4

ด้านคุณภาพชีวิตของแรงงานต่างชาติ เเท่าที่สืบค้นในประเทศไทย มีงานศึกษา 2 ชิ้นคือ งานวิจัยของมนตรี พรหมวัน (2552) และงานวิจัยของสุสัณหา ยิ้มแย้ม และคณะ (2552) ที่ศึกษาใน

พื้นที่จังหวัดเดียวกันแต่ต่างกลุ่มเป้าหมายพบว่า การศึกษาของ มนตรี พรมวัน (2552) ศึกษาคุณภาพชีวิตของแรงงานต่างชาติไร้ฝีมือสัญชาติเมียนมาในอำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ โดยวัดระดับความพึงพอใจแรงงานสัญชาติเมียนมา 153 คน แบ่งคุณภาพชีวิตออกเป็น 6 ด้านคือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านการทำงานซึ่งประกอบด้วยประเด็นย่อย 7 ประเด็น (คำตอบแทน ความก้าวหน้าและความมั่นคง โอกาสในการพัฒนาขีดความสามารถ การทำงานร่วมกันและความสัมพันธ์กับผู้อื่น สิทธิมนุษยชน จังหวะในชีวิต และการเป็นประโยชน์ต่อสังคม) ผลการศึกษาพบว่า แรงงานต่างชาติอาศัยเข้าบ้าน ร้อยละ 30.7 และอาศัยในที่พักคนงานร้อยละ 28.8 แรงงานคิดว่าไม่ได้รับความสะดวกในการเข้ารับบริการเมื่อเจ็บป่วยร้อยละ 79.1 ได้รับการพักผ่อนไม่เพียงพอร้อยละ 49.7; คุณภาพชีวิตด้านจิตใจเห็นว่าไม่มีความสุข ไม่สบายใจ และเครียดร้อยละ 89.4 คุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคมเห็นว่าครอบครัวไม่อบอุ่นร้อยละ 75 และความสัมพันธ์กับผู้อื่นอยู่ในระดับปานกลาง; คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมเห็นว่าที่พักไม่สะดวกร้อยละ 67.3; คุณภาพชีวิตด้านการทำงานในภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ คำตอบแทนไม่เป็นธรรมชาติ ร้อยละ 90.2 รายได้ไม่เหมาะสมร้อยละ 74.5 และขาดสวัสดิการด้านต่างๆ ร้อยละ 82.4 ขาดอุปกรณ์ป้องกันอุบัติเหตุร้อยละ 88.2 ไม่มีนโยบายป้องกันอุบัติเหตุร้อยละ 65.4 ที่ทำงานขาดสุขลักษณะร้อยละ 74.5 ขาดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพร้อยละ 89.5 แต่มีการตรวจสุขภาพ ร้อยละ 73.2 งานวิจัยของสุสัณหา ยิ้มแย้ม และคณะ (2552) ศึกษาแรงงานต่างชาติสตรีไทใหญ่ จังหวัดเชียงใหม่ 314 คน สอบถามระดับความพึงพอใจ 4 ด้าน ตามแนวคิดของเฟอร์รานส์ (Ferrans, 1997) ได้แก่ ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย ด้านเศรษฐกิจและสังคม ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ และด้านครอบครัว พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมของสตรีมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.12 (SD=0.39) เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตในแต่ละด้านพบว่า คุณภาพชีวิตด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย คุณภาพชีวิตด้านจิตใจและจิตวิญญาณ คุณภาพชีวิตด้านเศรษฐกิจและสังคม คุณภาพชีวิตด้านครอบครัว มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.88 ผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของมนตรี พรมวัน น่าจะเนื่องจากลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน งานวิจัยนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีชาวไทยใหญ่ ที่อยู่ในพื้นที่แนวชายแดนมีวัฒนธรรม วิถีชีวิตที่สอดคล้องกลมกลืนกับคนพื้นเมืองและชาวเขาโดยเฉพาะในชนบทที่มี ชาวไทใหญ่เป็นจำนวนมากเป็นเวลานานจึงไม่รู้สึกแปลกแยก และระยะเวลาการอยู่ในประเทศไทยมีค่าเฉลี่ยมากกว่าสิบปี อีกทั้งมีเครือข่ายในพื้นที่เชียงใหม่อยู่ก่อน

แม้รูปแบบการศึกษาคุณภาพชีวิตของแรงงานต่างชาติมีความแตกต่างกันตามนิยามความหมายคุณภาพชีวิตของผู้ศึกษา แต่ผลสรุปโดยภาพรวมพบว่าคุณภาพชีวิตของแรงงานต่างชาติมีปัญหาทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจจากภาวะเครียด คุณภาพชีวิตด้านการทำงานในเรื่องของค่าจ้าง ด้านสัมพันธภาพกับผู้อื่น ด้านสังคมที่ต้องปรับตัวกับที่อยู่ใหม่ที่ไม่คุ้นเคย รวมถึงการไม่สามารถเข้าถึงระบบสวัสดิการและบริการสุขภาพต่างๆ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่มีอิทธิพลต่อผลการวิจัยด้านคุณภาพ

ชีวิตคือ ลักษณะทางวัฒนธรรม ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในประเทศปลายทาง วิธีชีวิตที่แตกต่างหรือ กลมกลืนกับประชาชนในประเทศปลายทาง

การบาดเจ็บจากการทำงาน

จากการทบทวนการศึกษาวิจัยการบาดเจ็บจากการทำงานในแรงงานต่างชาติไม่พบงานวิจัย ในประเด็นนี้ในประเทศไทย แต่พบการวิจัยในต่างประเทศโดยเฉพาะการศึกษาในยุโรป การศึกษาใน ยุโรประหว่างปี ค.ศ. 1990-2005 พบว่า แรงงานต่างชาติมีความเสี่ยงต่อการป่วยจากการทำงาน สาเหตุจากลักษณะงาน การขาดความชัดเจนในการแบ่งหน้าที่รับผิดชอบ และความขัดแย้งในการ ทำงานของแรงงานต่างชาติ (Ahonen et.al., 2007) จากสภาพบรรยากาศการทำงานเป็นระบบ 3D dangerous dirty difficult (McCauleg, 2005; Benach et.al., 2010) และแรงงานต่างชาติหญิง จะมีความเสี่ยงในเรื่องสุขภาพมากกว่าแรงงานชาย แรงงานต่างชาติมีอัตราเสี่ยงด้านสุขภาพ ร้อยละ 9.9 มากกว่าแรงงานทั่วไปที่มีอัตราเสี่ยง ร้อยละ 8.2 (McCauleg, 2005; Benach et.al., 2010)

การทบทวนการศึกษาวิจัยการบาดเจ็บจากการทำงานในแรงงานต่างชาติในประเทศยุโรป ในช่วงปี ค.ศ. 2006-2010 พบว่า ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในประเทศสเปน และอิตาลี ผลการศึกษา ส่วนใหญ่อืนยันว่าแรงงานต่างชาติมีความเสี่ยงในการบาดเจ็บจากการทำงานมากกว่าแรงงานใน ประเทศที่ศึกษา ดังตาราง 2-12

ตาราง 2-12 การศึกษาวิจัยการบาดเจ็บจากการทำงานในแรงงานต่างชาติในประเทศยุโรป

ผู้ศึกษา/ ปี	ประเทศ	กลุ่มเป้าหมาย	วัตถุประสงค์	ผลการศึกษา
Rubiales- Gutierrez et al. (2010)	สเปน	คนสเปนและ แรงงานต่างชาติ	เปรียบเทียบอุบัติเหตุจาก การทำงานระหว่างแรงงาน ต่างชาติและแรงงานสเปน	ความเสี่ยงสูงจากอุบัติเหตุการ ทำงานจากการสังเกตในกลุ่ม แรงงานต่างชาติหญิง (adjusted OR 1.66; 95%; CI 1.21-2.28
Salminen et al. (2009)	ฟินแลนด์	คนฟิน แลนด์ และ แรงงาน ต่างชาติที่ขับรถ โดยสาร	เพื่อตรวจสอบว่าแรงงาน ต่างชาติมีความถี่ในการเกิด อุบัติเหตุจากการทำงานสูง กว่าแรงงานฟินแลนด์หรือไม่ เมื่อปฏิบัติงานเดียวกัน บรรยากาศเดียวกัน	แรงงานต่างชาติที่ขับรถโดยสารมี ความถี่สูงกว่าเล็กน้อย แต่ไม่ มาก ขึ้น มักจะเกี่ยวข้องกับ การ บาดเจ็บมากกว่า คนขับรถของ ฟินแลนด์ (13.0% vs 9.8%; $X^2=0.72$; $df=1,ns$)
Lopez- Jacob et al. (2008)	สเปน	คนสเปนและ แรงงานต่างชาติ	เพื่อเปรียบเทียบอัตรา อุบัติการณ์ของการบาดเจ็บ ที่ร้ายแรงและไม่ร้ายแรงใน แรงงานต่างชาติกับคนสเปน ในชุมชนและเศรษฐกิจ เดียวกัน	ความเสี่ยงการบาดเจ็บของ แรงงานต่างชาติในปี ค.ศ. 2005 ร้ายแรงทั้ง 2 กลุ่ม (1.34; 95% CI 1.11-1.62) และอุบัติการณ์ การบาดเจ็บที่ไม่ร้ายแรง (1.34; 95% CI 1.13-1.14) แม้ว่ามีความ

ตาราง 2-12 การศึกษาวิจัยการบาดเจ็บจากการทำงานในแรงงานต่างชาติในประเทศยุโรป (ต่อ)

ผู้ศึกษา/ ปี	ประเทศ	กลุ่มเป้าหมาย	วัตถุประสงค์	ผลการศึกษา
				แตกต่างของชุมชนและกิจกรรม
Benavides et al. (2008)	สเปน	คนสเปนและแรงงานต่างชาติ	เพื่อเปรียบเทียบความเสี่ยงของการบาดเจ็บจากการทำงานตามสัญชาติในปี ค.ศ. 2003-2004	ผลการศึกษาดังกล่าวกับการศึกษาอื่น มีรายงานแรงงานต่างชาติมีความเสี่ยงต่ำกว่าคนสเปนของการบาดเจ็บในการทำงาน อุบัติการณ์การบาดเจ็บจากงานต่างๆ ขึ้นกับนิยามของแรงงานต่างชาติ
Patussi et al. (2008)	อิตาลี	แรงงานถาวร, แรงงานชั่วคราว, คนอิตาลีและแรงงานต่างชาติ	เพื่อประเมินความแตกต่างความถี่ของการบาดเจ็บจากการทำงานระหว่างแรงงานถาวร และแรงงานชั่วคราว และระหว่างแรงงานชาวอิตาลีกับแรงงานต่างชาติ	อัตราส่วนอุบัติการณ์ของการบาดเจ็บจากการทำงานสูงอย่างมีนัยสำคัญในแรงงานชั่วคราวกว่าแรงงานถาวร (IR 2.46; 95% CI 2.02-2.99) สถานะย้ายถิ่นเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในหมู่แรงงานถาวร (IR 1.63; 95% CI 1.34-1.98)
Marchiori et al. (2008)	อิตาลี	แรงงานของยุโรป และแรงงานต่างชาติในยุโรป	เพื่อศึกษาประมาณการณ์ อัตราการบาดเจ็บจากการทำงานในแรงงานต่างชาติกับแรงงานของยุโรป	อัตราการเกิดการบาดเจ็บจากการทำงานของแรงงานต่างชาติมากกว่าในคนอิตาลีในปี ค.ศ. 2004 พบอัตราการเกิดการบาดเจ็บจากการทำงาน 65 ต่อพันประชากรในแรงงานต่างชาติในยุโรปมากกว่า 2 เท่า
Colao et al. (2006)	อิตาลี	คนอิตาลีและแรงงานต่างชาติ	เพื่ออธิบายแนวโน้มของการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานในในช่วง ปี ค.ศ. 2000-2003	แรงงานต่างชาติมีความเสี่ยงเกิดอุบัติเหตุจากงานสูงกว่าคนอิตาลี อุบัติเหตุจากการทำงานต่างชาติค่อยๆสูงขึ้นในปี ค.ศ. 2002 ภาคที่มีความเสี่ยงสูงคือภาควิศวกรรมเครื่องกล และภาคโลหะกรรม และอุตสาหกรรมก่อสร้าง การบาดเจ็บเกิดทั้งแรงงานชายและหญิงอายุน้อย (18-34 ปี)เกิดในเพศชาย (83.3%) มากกว่าเพศหญิง (16.7%)

ตาราง 2-12 การศึกษาวิจัยการบาดเจ็บจากการทำงานในแรงงานต่างชาติในประเทศยุโรป (ต่อ)

ผู้ศึกษา/ ปี	ประเทศ	กลุ่มเป้าหมาย	วัตถุประสงค์	ผลการศึกษา
Bacciconi et al. (2006)	อิตาลี	แรงงานต่างชาติหญิง	อธิบายการเกิดการบาดเจ็บจากการทำงานในแรงงานต่างชาติหญิงที่ทำงานใน 2 เมืองของภาคตะวันออกเฉียงของอิตาลี	ประเทศที่พบความถี่การบาดเจ็บทำงานบ่อยที่สุดคือ Friuli Venezia Giulia (ภูมิภาคที่มีพรมแดนติดสโลวีเนีย) เป็นอดีตของยูโกสลาเวีย (113 ราย) และแอลเบเนีย (28ราย) สอดคล้องกับในเวเนโต คือ แอฟริกา (156ราย) โรมานี (84ราย) และอัลบาเนีย (80ราย)
Ahonen and Benavides, (2006)	สเปน	คนสเปนและแรงงานต่างชาติ	อธิบายลักษณะการบาดเจ็บจากการทำงานในสเปน	ในผู้หญิงและชาย และในทุกกลุ่มอายุของแรงงานต่างชาติมีการเพิ่มความเสี่ยงในการบาดเจ็บจากการทำงานที่ร้ายแรงและไม่ร้ายแรงเมื่อเปรียบเทียบกับแรงงานสเปน ความแตกต่างที่ชัดเจนโดยเฉพาะอย่างยิ่งในแรงงานต่างชาติผู้หญิงและแรงงานที่มีอายุมาก

หมายเหตุ : CI=confidence interval; d.f.=degree of freedom; IR=incidence rate; n.s.=not significant; OR=odds ratio; X^2 =chi square test

สภาพที่พักอาศัยของแรงงานต่างชาติก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพสิ่งแวดล้อม จากการศึกษาสภาพที่พักอาศัยของแรงงานต่างชาติ พบว่าส่วนใหญ่พักเป็นห้องเช่า หรือหอพักร้อยละ 34.4 มีที่พักในบริเวณที่ทำงานร้อยละ 23.6 เป็นที่พักในสถานที่ก่อสร้างร้อยละ 17.8 ที่พักในสวนร้อยละ 5.8 ที่พักของแรงงานประเภทกิจการก่อสร้างจะเป็นห้องแถวเรียงกัน หลังคามุงสังกะสี ฝาบ้านทำด้วยวัสดุที่ทิ้งแล้ว ป้ายโฆษณา เศษไม้ ที่พักจะอยู่อาศัยกันหลายคนจึงคับแคบ แออัด และสาธารณูปโภค น้ำ ไฟไม่ทั่วถึง สภาพรอบที่พักอาศัยไม่ถูกสุขลักษณะ ไม่ปลอดภัย เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ (สุสัณหา ยิ้มแย้ม และคณะ, 2552) และ การศึกษาของ มนตรี พรหมวัน (2552) ศึกษาคุณภาพชีวิตของแรงงานต่างชาติไร้ฝีมือสัญชาติเมียนมาในอำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ โดยวัดระดับความพึงพอใจแรงงานสัญชาติเมียนมา 153 คน ด้านสิ่งแวดล้อมเห็นว่าที่พักไม่สะดวกร้อยละ 67.3 ทำให้เกิดปัญหาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและโรคติดต่อ เช่น กรณีการแพร่ระบาดของโรคคอตีบในจังหวัดปัตตานี ในแรงงานต่างชาติซึ่งเป็นกรรมกรในเรือประมงชาวกัมพูชากว่า 300 คน และระบาดต่อเนื่องถึงปี

พ.ศ. 2552-2553 (สำนักกระบวนคดี, 2555) ที่เกิดจากปัญหาสุขภาพสิ่งแวดล้อม น้ำดื่มน้ำใช้ในที่พักของแรงงานต่างชาติ

สรุป ผลกระทบด้านลบของแรงงานต่างชาติในประเทศที่สำคัญจากการทบทวนเอกสารคือ ผลกระทบด้านภาระค่าใช้จ่ายโดยเฉพาะอย่างยิ่งภาระด้านค่ารักษาพยาบาล ปัญหาด้านสุขภาพซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญโดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาโรคติดต่อ และโรคติดต่อควบคุม นอกจากนี้ปัญหานามัยเจริญพันธุ์และอนามัย แม่และเด็ก ปัญหาสุขภาพจิต ปัญหาด้านคุณภาพชีวิต การบาดเจ็บจากการทำงาน และปัญหาสุขภาพและสิ่งแวดล้อม ตลอดจนปัญหาสุขภาพด้านอื่นๆ ที่กำลังมีความรุนแรงมากขึ้นในอนาคตจากแรงงานต่างชาติ และการขาดการจัดการวางแผนในเชิงรุกทั้งในระดับนโยบาย และระดับชุมชน เนื่องจากแรงงานต่างชาติเป็นกลุ่มเปราะบาง เข้าถึงยากด้วยข้อจำกัดหลายอย่างในการดำรงชีวิตเมื่อมาอยู่ในประเทศปลายทาง

แบบแผนการดูแลตนเอง การใช้บริการสุขภาพ และสิทธิด้านประกันสุขภาพของแรงงานต่างชาติ

การทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับแบบแผนการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยของแรงงานต่างชาติไม่พบงานวิจัยในประเด็นนี้ เท่าที่ค้นพบองค์ความรู้เรื่องแบบแผนการดูแลตนเองของแรงงานต่างชาติมีเพียงบันทึกเป็นหนังสือเกร็ดความรู้ทั่วไป และมีเพียงเล็กน้อยที่กล่าวว่า เมื่อเจ็บป่วยแรงงานต่างชาติเมียนมาใช้แนวทางการรักษาแบบพื้นบ้าน เช่น การใช้สมุนไพรและการรักษาพยาบาลในศาสตร์ 4 ด้าน พุทธเวท เกสัชเวท นักขัตเวท และไสยเวท และชาวเมียนมามีการรักษาพยาบาลแบบพื้นบ้านคือ สมุนไพร และการรักษาพื้นบ้านที่ใช้คือ ยากกลางบ้าน ซึ่งเป็นยาที่ปรุงไม่ซับซ้อนอย่างยาแผนโบราณ โดยทั่วไปชาวเมียนมายังนิยมการรักษาแบบพื้นบ้านควบคู่ไปกับการรักษาแผนปัจจุบัน หากเจ็บป่วยเล็กน้อย อาทิ ปวดหัว ปวดท้อง เจ็บคอ จะเลือกวิธีรักษาพื้นบ้าน แต่เมื่ออาการไม่ทุเลาลง จึงจะพึ่งวิธีการรักษาแผนปัจจุบัน และเมื่อใช้วิธีแผนปัจจุบันไม่ได้ผลก็จะกลับมาพึ่งการรักษาพื้นบ้านอีกครั้ง สมุนไพรจึงเป็นทางเลือกแรกและทางเลือกสุดท้ายของชาวเมียนมาโดยเฉพาะในชนบท (ชญาณี ฉลาดธัญญกิจ, 2556)

สาเหตุสำคัญที่การรักษาพื้นบ้านยังคงมีอยู่ในสังคมเมียนมา เนื่องจากการรักษาสุขภาพแบบ องค์กรวม ไม่แยกส่วน ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลทั้งร่างกายและจิตใจ ผู้ป่วยสามารถเข้าใจอาการของตนว่ามีสาเหตุมาจากอะไร และพร้อมจะบำบัดรักษาหลังจากได้พูดคุยกับหมอ ประกอบกับวิธีการไม่ยุ่งยากใช้เพียงอาหารหรือยาสมุนไพรที่ทำได้ตามธรรมชาติ ส่วนหมอพื้นบ้านก็เป็นบุคคลที่ชาวบ้านคุ้นเคย เพราะอยู่ประจำท้องถื่นรู้จักกันดีในหมู่บ้าน หมอพื้นบ้านนอกจากมีความชำนาญในการรักษาแล้วต้องประพฤติตนอยู่ในศีลธรรม มีสัจจะ หากไม่แน่ใจว่ารักษาได้ก็จะแนะนำให้ไปรักษา กับผู้อื่น ทำให้เกิดความไว้วางใจ นอกจากนี้หมอพื้นบ้านยังรักษาโดยไม่กำหนดเวลาหยุดพัก จึงสะดวกต่อผู้ป่วยที่จะมารักษาโดยสะดวก และมีค่าใช้จ่ายน้อยกว่าการรักษาแผนใหม่ บางรายคิดตาม

ศรัทธา บางรายอาจไม่เรียกร้องค่ารักษาแต่เมื่อผู้ป่วยหายดีแล้วจึงจ่ายค่ารักษาในภายหลัง นอกจากนี้สาเหตุที่ชาวเมียนมาต้องพึ่งการรักษาแบบพื้นบ้านเนื่องจากความไม่พร้อมของการบริการด้านสาธารณสุขของเมียนมา โดยเฉพาะจำนวนสถานพยาบาล และร้านจำหน่ายยาสมัยใหม่มีจำกัด อีกทั้งค่ายาและค่ารักษาถือว่าสูงสำหรับชาวเมียนมาที่มีรายได้น้อย การรักษาพื้นบ้านด้วยสมุนไพรและยากลางบ้านจึงเป็นที่พึ่งที่สำคัญโดยเฉพาะในพื้นที่ชนบท (อรนุช นิยมธรรมะ, 2554)

จากการศึกษาการเลือกใช้บริการแรงงานต่างชาติเมื่อเจ็บป่วยในประเทศไทย การศึกษาส่วนใหญ่ระบุว่า มากกว่าร้อยละ 50 แรงงานต่างชาติเลือกใช้บริการจากร้านขายยา เนื่องจากเสียค่าใช้จ่ายน้อยที่สุด ไม่เสียเวลา เมื่อเปรียบเทียบกับสถานบริการประเภทอื่น รองลงมาคือคลินิก (ขวัญจิต ศศิศาโรจน์ และเสาวณี พงษ์, 2552; ขวัญชีวัน บัวแดง, 2552; ขวพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์ และ ธาณี แก้วธรรมานุกุล, 2554) ทั้งนี้การเลือกรับบริการด้านสุขภาพจากสถานบริการขึ้นอยู่กับรูปแบบการป่วย กรณีป่วยไม่มาก เช่น ปวดศีรษะ เป็นหวัด มักซื้อยารับประทานเอง กรณีป่วยหนัก หรือประสบอุบัติเหตุร้ายแรง จึงจะใช้บริการจากสถานพยาบาลของรัฐ (กฤตยา อาชวนิชกุล และ พันธุ์ทิพย์ กาญจนะจิตรา สายสุนทร, 2548) นอกจากนี้การเลือกใช้บริการสุขภาพยังขึ้นอยู่กับสถานภาพทางกฎหมาย (ขวพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์ และ ธาณี แก้วธรรมานุกุล, 2554) แรงงานต่างชาติที่ไม่จดทะเบียนจะไม่ใช้บริการของภาครัฐเพราะกลัวถูกจับกุมข้อหาเป็นแรงงานผิดกฎหมาย และการตัดสินใจเลือกใช้บริการขึ้นกับเศรษฐกิจและความรุนแรงของการป่วย เช่น ถ้าป่วยไม่รุนแรง แรงงานต่างชาติทั้งจดทะเบียนและไม่จดทะเบียนนิยม ซื้อยาจากร้านยามารับประทานเองหรือพึ่งแพทย์พื้นบ้านในกลุ่มแรงงานต่างชาติด้วยตนเอง แต่ถ้าป่วยรุนแรงแรงงานต่างชาติทั้งที่จดทะเบียนและไม่จดทะเบียนจะรักษาที่โรงพยาบาลของรัฐหรือคลินิกเนื่องจากสะดวกรวดเร็วและเชื่อมั่นในแผนปัจจุบัน สู้สนหา ยิ้มแย้ม และคณะ (2552) นอกจากนี้การเลือกรับบริการเมื่อเจ็บป่วยยังขึ้นกับการได้รับอนุญาตจากนายจ้าง การมีหรือไม่มีค่ารักษาพยาบาล ระยะเวลาที่ป่วยก่อนตัดสินใจรับบริการ (ขวัญจิต ศศิศาโรจน์ และ เสาวณี พงษ์, 2552)

ด้านสิทธิในการรักษาพยาบาล แรงงานต่างชาติส่วนใหญ่ใช้บัตรประกันสุขภาพประมาณ ร้อยละ 50 ดังการศึกษาของ ขวัญจิต ศศิศาโรจน์ และ เสาวณี พงษ์ (2552) พบว่า ใช้บัตรประกันสุขภาพร้อยละ 53.1 รองลงมาไม่มีบัตรแต่มีเงินสำหรับค่ารักษาพยาบาลร้อยละ 13.5 และไม่มีเงินค่ารักษาพยาบาลร้อยละ 33.4 และการศึกษาของ ขวัญชีวัน บัวแดง (2552) ถึงหลักประกันสุขภาพของแรงงานต่างชาติเมียนมาในจังหวัดเชียงใหม่และแม่ฮ่องสอน พบว่าแรงงานต่างชาติมีบัตรประกันสุขภาพร้อยละ 52.3 และไม่มีบัตรประกันสุขภาพร้อยละ 30.6 แต่มีอัตราการใช้ตำโนโรคทั่วไป ยกเว้นเจ็บป่วยรุนแรงจึงใช้บัตรประกันสุขภาพ สาเหตุมาจาก 1) การขึ้นทะเบียนน้อยกว่าจำนวนที่มีอยู่จริง ทำให้แรงงานต่างชาติที่ไม่ขึ้นทะเบียนไม่ได้ประกันสุขภาพ 2) ไม่เข้าใจสิทธิ และขาดข้อมูลเรื่องแหล่งให้บริการสุขภาพ 3) ไม่สามารถเข้าถึงบริการเนื่องจากโรงพยาบาลที่จดทะเบียนห่างไกล 4)

อุปสรรคในการสื่อสารระหว่างแรงงานต่างชาติกับบุคลากรสาธารณสุข 5) ขาดความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้การเข้าไม่ถึงสิทธิในการรักษาพยาบาลของแรงงานต่างชาติ เกิดจากปัจจัยด้านเวลา แรงงานต่างชาติดีที่ตนคิดว่าการตรวจรักษาทำให้เสียเวลา สูญเสียรายได้ จึงนิยมเลือกการซื้อยามารับประทานเองและรับบริการที่คลินิกเพราะไม่เสียเวลาและขั้นตอนไม่ซับซ้อนยุ่งยาก (ชวพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์ และ ธานี แก้วธรรมานุกูล, 2554)

รูปแบบการจัดการสุขภาพสำหรับแรงงานต่างชาติในประเทศไทย

เมื่อเริ่มผ่อนผันให้มีการจ้างแรงงานต่างชาติที่ลักลอบเข้าเมืองตั้งแต่ปี พ.ศ. 2539 กระทรวงสาธารณสุข (สธ.) ยังไม่มีนโยบายเฉพาะในการให้บริการด้านรักษาพยาบาล การดำเนินงานเน้นที่การตรวจร่างกายแรงงานต่างชาติก่อนออกไปอนุญาตทำงาน และรักษาพยาบาลเมื่อแรงงานต่างชาติป่วยและเข้ามารับบริการในโรงพยาบาลและหน่วยบริการ และเฝ้าระวังโรคติดต่อ บริการวางแผนครอบครัว ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ส่งเสริมอนามัยสิ่งแวดล้อมในจังหวัดชายแดนและจังหวัดชั้นในที่มีแรงงานต่างชาติหนาแน่น ต่อมา ปี พ.ศ. 2541 กำหนดภารกิจในการดูแลสุขภาพแรงงานต่างชาติ 4 ด้านตามนโยบายหลักประกันสุขภาพคือ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพ

การตรวจสุขภาพแรงงานต่างชาติเริ่มครั้งแรกในปี พ.ศ. 2539 เรื่อยมาจนถึงปัจจุบันเพื่อใช้ประกอบในการขึ้นทะเบียนและขอใบอนุญาตทำงาน การตรวจสุขภาพเหมือนการตรวจร่างกายผู้เข้ารับราชการคือกำหนดโรคที่ควบคุม 6 โรค⁵ โรคที่ตรวจพบและไม่อนุญาตให้ทำงาน 7 โรค⁶ ต่อมาปี พ.ศ. 2550 รายงานผลการตรวจเหลือเพียง 3 ประเภท⁷ ไม่มีประเภทที่ 4 คือผลการตรวจการตั้งครรภ์ (กฤตยา อาชวนิจกุล, 2550) การบริการด้านการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพทั่วไปเริ่มปี พ.ศ. 2547 ครอบคลุมถึง การระบุ การตรวจ การวินิจฉัย และการฟื้นฟูสุขภาพจนสิ้นสุดการรักษา รวมทั้งแพทย์ทางเลือกที่ผ่านการรับรองของคณะกรรมการประกอบโรคศิลปะ ต่อมา ปี พ.ศ. 2549 ระบุให้การตรวจรักษาครอบคลุมถึงการคลอดบุตร การดูแลทารก แรกเกิดตั้งแต่วันคลอดจนถึงวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และปรับอีกครั้งใน ปี พ.ศ. 2550 ให้ดูแลทารกตั้งแต่วันคลอดจนถึง อายุ 28 วัน (กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

⁵ วัณโรค โรคเรื้อน โรคเท้าช้าง โรคซิฟิลิส โรคมาลาเรีย และโรคพยาธิลำไส้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

⁶ โรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือน หรือปัญญาอ่อน วัณโรคระยะสุดท้าย โรคเรื้อนที่ปรากฏอาการเป็นที่น่ารังเกียจของสังคม โรคเท้าช้างที่ปรากฏอาการที่น่ารังเกียจของสังคม โรคซิฟิลิสระยะ 3 ดิยาเสพติดให้โทษและโรคพิษสุราเรื้อรัง (กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

⁷ ประเภทที่ 1 ผลตรวจสุขภาพปกติ ประเภท 2 ผ่านการตรวจแต่มีภาวะติดเชื้อโรคที่ต้องควบคุม ประเภท 3 ไม่ผ่านการตรวจสุขภาพ (กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

รัฐบาลไทยกำหนดนโยบายในการแก้ปัญหาและพัฒนางานสาธารณสุขชายแดน 2 ฉบับ คือ ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2550-2554 และฉบับที่ 2 พ.ศ. 2555-2559 มีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนที่อาศัยอยู่บริเวณชายแดนมีคุณภาพชีวิตที่ดี เน้นจังหวัดเป้าหมายที่มีแนวพรมแดนติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้าน 4 ประเทศคือ ประเทศเมียนมา ลาว กัมพูชาและมาเลเซีย ครอบคลุมจังหวัดเป้าหมาย 30 จังหวัด เน้นแก้ปัญหา คือ 1) ปัญหาโรคติดต่อ 2) ปัญหาอนามัยแม่และเด็ก 3) ปัญหาการเข้าถึงบริการสาธารณสุข 4) ปัญหาความแตกต่างของศักยภาพสถานบริการของไทยและประเทศเพื่อนบ้าน 5) ปัญหาการเคลื่อนย้ายเข้าออกของแรงงานต่างชาติ 6) ปัญหาการนำเข้า ส่งออกของอาหาร ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัย 7) ปัญหาการจัดการข้อมูลข่าวสาร 8) ปัญหาผู้ลี้ภัยที่ลักลอบออกนอกพื้นที่ซึ่งอาจเป็นแหล่งแพร่ระบาดของโรค 9) ปัญหาบ่อนการพนันบริเวณแนวชายแดนที่อาจก่อให้เกิดโรคติดต่อและแพร่ระบาดของโรค 10) ปัญหาความไม่สงบในแนวชายแดน 11) ปัญหาการติดตามการรักษาโรคบางชนิดเช่น มาลาเรีย วัณโรค และ 12) ปัญหาการจัดสรรงบประมาณเพื่อดำเนินงานสาธารณสุขแนวชายแดนเป็นการเฉพาะ การดำเนินงานตามนโยบายพบว่ามีปัญหาอุปสรรค เนื่องจากแรงงานต่างชาติได้เดินทางเข้ามาทำงานในจังหวัดชั้นใน โดยเฉพาะอย่างยิ่งจังหวัดที่มีการจ้างแรงงานมากในภาคอุตสาหกรรม การกำหนดพื้นที่ตามนโยบายจึงแก้ปัญหาจากแรงงานต่างชาติได้เพียงบางส่วน

จากการทบทวนเอกสารและการศึกษารูปแบบการจัดการสุขภาพของแรงงานต่างชาติในประเทศไทยพบว่า ส่วนใหญ่เป็นการจัดการสุขภาพโดยรัฐเกือบทั้งหมด ผู้วิจัยจำแนกได้ 3 รูปแบบหลักคือ 1) รูปแบบประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข 2) รูปแบบประกันสังคมของกระทรวงแรงงาน และ 3) รูปแบบการแก้ปัญหาโรคเอดส์

ก. รูปแบบการประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข

เพื่อแก้ปัญหาการแบกรับค่าใช้จ่ายด้านรักษาพยาบาลของแรงงานต่างชาติของภาครัฐ จึงมีมาตรการด้านหลักประกันสุขภาพสำหรับแรงงานต่างชาติครั้งแรกปี พ.ศ. 2541 ให้แรงงานต่างชาติซื้อบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ ต่อมาปี พ.ศ. 2542 บังคับให้แรงงานต่างชาติทุกคนซื้อบัตรประกันสุขภาพเรื่อยมาจนถึงปัจจุบัน โดยกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักดำเนินการแนวทางการดำเนินงานแต่ละปีไม่แตกต่างกัน มีกลุ่มเป้าหมาย 2 กลุ่ม คือแรงงานต่างชาติที่รอเข้าระบบประกันสังคม และกลุ่มแรงงานต่างชาติที่ไม่ได้อยู่ในระบบประกันสังคม ในปี พ.ศ. 2557 ภายใต้อำนาจของคณะกรรมการรักษาความสงบแห่งชาติ เน้นให้แรงงานต่างชาติเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพ กำหนดให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระบบการขึ้นทะเบียนและประกันสุขภาพดำเนินงานแบบเสร็จในขั้นตอนเดียว (One Stop Service) เพื่อความสะดวก ลดขั้นตอน และค่าใช้จ่าย เพื่อและให้แรงงานต่างชาติขึ้นทะเบียนมากที่สุด ปัจจุบันแรงงานต่างชาติเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพ 3 กลุ่มหลักคือ (1) กลุ่มผู้ใช้แรงงานในภาคอุตสาหกรรมและรอเข้าสู่ระบบการประกันสังคม กำหนดบัตรประกันสุขภาพ 2 แบบ

คือ 1) ประเภทมีอายุคุ้มครอง 90 วัน อัตราคนละ 1,000 บาท ประกอบด้วย ค่าตรวจ 500 บาท และค่าประกันสุขภาพ จำนวน 500 บาท 2) ประเภทอายุคุ้มครอง 180 วัน อัตราคนละ 1,400 บาท ประกอบด้วย ค่าตรวจ 500 บาท และค่าประกันสุขภาพ จำนวน 900 บาท จากนั้นก็จะอยู่ในความดูแลของระบบประกันสังคม (2) กลุ่มแรงงานต่างชาติทั่วไปที่ใช้แรงงานและไม่ได้อยู่ในระบบประกันสังคม เช่น รับจ้างทำงานภาคเกษตร ประมง ก่อสร้าง หรือติดตามครอบครัว อัตราคนละ 2,100 บาท ประกอบด้วยค่าตรวจสุขภาพ 500 บาท และค่าประกันสุขภาพ 1,600 บาท มีอายุคุ้มครอง 1 ปี และ (3) กลุ่มเด็กอายุไม่เกิน 7 ปีบริบูรณ์อัตราคนละ 365 บาท มีอายุคุ้มครอง 1 ปี (กระทรวงสาธารณสุข, 2557)

การดำเนินงานในรูปแบบประกันสุขภาพที่ผ่านมามีอุปสรรคคือ แรงงานต่างชาติซื้อบัตรประกันสุขภาพน้อยกว่าจำนวนที่ขออนุญาต เนื่องจากต้องการหลีกเลี่ยงการประกันตน ส่งผลให้โรงพยาบาลต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่าย ถึงแม้ว่ากองทุนประกันสุขภาพยังสามารถเลี้ยงตนเองได้คือมีรายรับมากกว่ารายจ่าย แต่แนวโน้มของรายรับลดลงในขณะที่แนวโน้มของรายจ่ายมากขึ้นทุกปี เนื่องจากไม่สามารถบังคับการซื้อบัตรประกันสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงรอยต่อของการพิสูจน์สัญชาติเพื่อเข้าสู่ระบบประกันสังคม เกิดช่องว่างในการหลีกเลี่ยงการประกันตนและการซื้อบัตรประกันสุขภาพ (กระทรวงสาธารณสุข, 2557)

ข. รูปแบบการประกันสังคมกระทรวงแรงงาน

สำหรับหลักประกันสังคมของแรงงานต่างชาติมีหน่วยงานที่รับผิดชอบคือ สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน ดำเนินการครั้งแรกเมื่อ ปี พ.ศ. 2550 ภายใต้กฎหมาย 3 ฉบับ คือ พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 พระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 และพระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน พ.ศ. 2541 แรงงานต่างชาติที่เข้าระบบประกันสังคมคือ กลุ่มพิสูจน์สัญชาติ⁸ และกลุ่มนำเข้า⁹ กำหนดให้ผู้ประกันตนต้องส่งเงินสมทบในอัตราร้อยละ 5 จากค่าจ้างรายเดือน ซึ่งค่าจ้างที่ใช้เป็นฐานในการคำนวณเงินสมทบของผู้ประกันตนกำหนดเป็นจำนวนไม่ต่ำกว่าเดือนละ 1,650 บาท และไม่เกินเดือนละ 15,000 บาท ปี พ.ศ. 2556 ปรับอัตราการนำส่งเงินสมทบกองทุนประกันสังคม จากร้อยละ 5 เป็นร้อยละ 4 ของค่าจ้างรายเดือน ทั้งนี้เมื่อลูกจ้างซึ่งเป็นแรงงานต่างชาติได้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกันตนตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 และได้นำส่งเงินสมทบ จะได้รับความคุ้มครองใน 7 กรณี ได้แก่ กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ทุพพลภาพ ตาย คลอดบุตร สงเคราะห์บุตร ชราภาพ และว่างงาน กรณีลูกจ้างประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจาก

⁸ กลุ่มพิสูจน์สัญชาติ หมายถึง แรงงานต่างชาติหลบหนีเข้าเมืองสัญชาติเมียนมา ลาว กัมพูชา ที่คณะรัฐมนตรีมีมติให้อยู่ในราชอาณาจักรเป็นการชั่วคราว รอการส่งกลับ อนุญาตให้ทำงานกรรมกรและคนรับใช้ในบ้าน (กระทรวงแรงงาน, 2555)

⁹ กลุ่มนำเข้า MOU (Memorandum of Understanding) หมายถึง แรงงานต่างชาติที่เข้ามาทำงานตามข้อตกลงว่าด้วยการจ้างแรงงานต่างชาติระหว่างประเทศไทยและประเทศคู่ภาคี โดยอนุญาตทำงานได้ 2 งานคือ งานกรรมกรและคนรับใช้ในบ้าน (กระทรวงแรงงาน, 2555)

การทำงาน นายจ้างต้องจัดให้ลูกจ้างได้รับการรักษาพยาบาลทันที และต้องแจ้งการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยต่อสำนักงานประกันสังคมภายใน 15 วัน ส่วนลูกจ้างสามารถแจ้งเรื่องขอรับเงินทดแทนเองได้ภายใน 180 วันนับแต่วันที่ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย เพื่อเจ้าหน้าที่จะได้วินิจฉัยจ่ายเงินทดแทนให้ลูกจ้างตามสิทธิที่กำหนดใน พระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 (สำนักงานประกันสังคม, 2557)

การดำเนินงานประกันสังคมในแรงงานต่างชาตินี้ผ่านมาถือว่าไม่ประสบความสำเร็จเนื่องจากมีแรงงานต่างชาติเข้าสู่ระบบประกันสังคมน้อย กล่าวคือปี พ.ศ. 2555 ตัวเลขประมาณการที่แรงงานต่างชาตินี้ควรเข้าสู่ระบบประกันสังคมประมาณ 8 แสนคน แต่ในทางปฏิบัติพบว่า มีแรงงานเข้าสู่ประกันสังคมน้อยกว่าครึ่ง ดังที่กระทรวงแรงงานระบุเมื่อเดือนพฤศจิกายน 2555 ว่ามีแรงงานต่างชาตินี้ผ่านการพิสูจน์สัญชาติแล้วจำนวน 530,156 คน ในจำนวนนี้เข้าสู่ระบบประกันสังคมเพียง 217,972 คน หรือร้อยละ 41 เท่านั้น (กระทรวงแรงงาน, 2555) และการเปิดเผยข้อมูลของกรมจัดหางาน กระทรวงแรงงานพบว่า ปี พ.ศ. 2557 มีแรงงานต่างชาติที่จดทะเบียนและรับรองสถานะทั้งหมด 1.5 ล้านคน แต่ขึ้นทะเบียนประกันสังคมเพียง 3.5 แสนคน (เจาะลึกระบบสุขภาพ, 2557 พฤศจิกายน 14) แม้จะเข้าสู่ระบบประกันสังคม แต่มีปัญหาการปฏิบัติหลายประการคือ 1) นายจ้างไม่ส่งเงินสมทบ หรือส่งแต่ล่าช้า 2) ปัญหาการเข้าถึงระบบบริการระหว่างรอบัตรประกันสังคม เนื่องจากต้องเข้ารับการักษาเฉพาะโรงพยาบาลรัฐเท่านั้นจึงจะเบิกคืนเงินย้อนหลังที่จ่ายไปได้ รวมทั้งความล่าช้าในการออกใบอนุญาตทำงานทำให้แรงงานต่างชาติใช้สิทธิเบิกจ่ายสิทธิประกันสังคมล่าช้า 3) แรงงานต่างชาติไม่ทราบสิทธิต่างๆ ที่พึงมีพึงได้ ขาดความเข้าใจในกฎหมาย ระเบียบเงื่อนไขต่างๆ (บุษยรัตน์ กาญจนดิษฐ์, 2555) นอกจากนี้ยังพบว่าตั้งแต่แรงงานต่างชาติเข้าสู่ระบบประกันสังคม อัตราการพบโรคผิวหนังโรคและซิฟิลิสเพิ่มขึ้น และพบว่ากลุ่มประกันสังคมตั้งครุฑสูงกว่ากลุ่มประกันสุขภาพถึง 4 เท่า น่าจะเกิดจากการได้รับเงินตอบแทนจากการคลอดรายละ 13,000 บาท อาจส่งเสริมการตั้งครุฑและคลอดทางอ้อม (ชาญวิทย์ ทารเทพ และคณะ, 2554)

ค. รูปแบบการส่งเสริมการป้องกันเอดส์ในแรงงานต่างชาติ ประเทศไทย

รูปแบบการส่งเสริมการป้องกันเอดส์ในแรงงานต่างชาติ ประเทศไทย ดำเนินการโดยมูลนิธิรักไทย เกิดจากความร่วมมือจาก 8 องค์กร ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547-2557 ได้รับเงินสนับสนุนจากกองทุนโลกด้านเอดส์ วัณโรค และมาลาเรีย จุดประสงค์เพื่อส่งเสริมการป้องกันเอดส์ในแรงงานต่างชาติ เป้าหมาย 36 จังหวัด ดังนี้ ภาคกลาง 5 จังหวัด ภาคตะวันออก 4 จังหวัด ภาคตะวันตก 3 จังหวัด ภาคเหนือ 3 จังหวัด ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 8 จังหวัด และภาคใต้ 11 จังหวัด ใช้กลยุทธ์สำคัญในการดำเนินงานคือ การสื่อสารเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การเข้าถึงชุมชน การแจกจ่ายอุปกรณ์แก่กลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยง การตรวจหาเชื้อเอชไอวีในกลุ่มเสี่ยงและการให้คำปรึกษา การพัฒนาบุคลากรผู้ให้บริการของรัฐเพื่อเสริมสร้างระบบบริการสุขภาพ การสร้างความเข้มแข็งของภาค

ประชาชน และการเสริมสร้างศักยภาพในระดับปฏิบัติการ สร้างความรู้สึกร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียระดับท้องถิ่น จังหวัด ประเทศ มีรูปแบบการจัดการที่มีลักษณะเด่น 7 รูปแบบคือ (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, 2554)

1) รูปแบบการทำงานเพื่อกองทุนสุขภาพและสวัสดิการ

เป็นรูปแบบการแก้ปัญหาด้านค่าใช้จ่ายในผู้ป่วยเอดส์ของแรงงานต่างชาติ ดำเนินงานในจังหวัดหนองคายและสมุทรสาคร จังหวัดหนองคายให้แรงงานต่างชาติออมทรัพย์วันละ 1 บาท เพื่อเป็นทุนในการดูแลสุขภาพ และช่วยเหลือแรงงานต่างชาติที่ป่วยและไม่มีสิทธิประกันสุขภาพ จังหวัดสมุทรสาคร จัดตั้งกลุ่มออมทรัพย์สำหรับแรงงานเมียนมา เริ่มครั้งแรกปี พ.ศ. 2547 แต่หยุดชะงักไปช่วงหนึ่งจากปัญหาความไม่สงบในประเทศเมียนมา ต่อมาปี พ.ศ. 2554 แคนนำแรงงานต่างชาติได้ฟื้นฟูและจัดตั้งกองทุนสำหรับเพื่อนต่างชาติขึ้นมาใหม่ ทั้งสองจังหวัดใช้หลักการเดียวกันคือออมวันละ 1 บาท โดยการบริหารของแรงงานต่างชาติเอง ผลสำเร็จของรูปแบบนี้ขยายไปสู่กองทุนออมทรัพย์เพื่อการศึกษาและสุขภาพของเด็กต่างชาติ อย่างไรก็ตามมีปัญหาในการดำเนินงานคือ ภาระในการติดตามจัดเก็บเงินของอาสาสมัคร และไม่มีระเบียบด้านกฎหมายรองรับสำหรับกองทุนแม้จะมีประโยชน์ในการช่วยเหลือแรงงานต่างชาติ (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, 2554)

2) การจัดตั้งศูนย์ตรีออปิน (ศูนย์บริการสุขภาพชุมชน/ศูนย์บริการสาธารณสุข)

แนวคิดการจัดบริการที่เป็นมิตร เอื้อต่อการเข้าถึงบริการโรคเอดส์ในแรงงานต่างชาติ อย่างครอบคลุมด้านการป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การส่งต่อ โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติ (อสต.) ร่วมให้บริการ มีจังหวัดที่ใช้แนวคิดนี้ และดำเนินงานคือจังหวัดระนอง โดยให้ความรู้และคำปรึกษาก่อนและหลังการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวี/เอดส์ด้วยความสมัครใจ บริการตรวจวินิจฉัยโรคไวรัสโรค, เอดส์, โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และได้เพิ่มบริการให้แพทย์เมียนมาร่วมตรวจวินิจฉัยโรคทั่วไป และจังหวัดตากเพิ่มกลยุทธ์ดึงดูดการรับบริการ โดยการจัดห้องสมุดที่มีเอกสารภาษาเมียนมา การดำเนินการพบปัญหาคือ แรงงานต่างชาติเข้าถึงบริการเพียงบางกลุ่ม บริการไม่เอื้อต่อกลุ่มแรงงานต่างชาติในภาคเกษตรกรรมที่อยู่ห่างไกล ขาดอุปกรณ์ ความเข้มข้นของการดำเนินงาน เวลาทำการไม่แน่นอน การส่งต่อมีปัญหาในการสื่อสารกับภาครัฐ (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, 2554)

3) รูปแบบความร่วมมือในการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศ

ดำเนินงานที่ชัดเจนในจังหวัดตราด เพื่อการดูแลผู้ป่วยที่ต่อเนื่องในการส่งต่อผู้ป่วยแรงงานต่างชาติระหว่างไทยและกัมพูชา ใช้รูปแบบความร่วมมือระหว่างจังหวัดตราดกับเกาะกงประเทศกัมพูชา โดยการจัดจ้าง อสต. และ พตส. ในโรงพยาบาลมีหน้าที่เป็นล่ามแปลภาษาให้เจ้าหน้าที่ รวมทั้งให้คำปรึกษาก่อนและหลังการตรวจเลือด การเยี่ยมบ้าน โดยริเริ่มจากสำนักงาน

สาธารณสุขจังหวัดตราด และได้ทำข้อตกลงร่วมในการส่งต่อผู้ป่วย กับ 3 จังหวัดของกัมพูชา คือ เกาะกง โพธิ์สัตรีและพระตะบอง ในช่วงปี พ.ศ. 2544-2545 ทำให้แรงงานกัมพูชาที่เข้ามาทำงานในประเทศไทยสามารถกลับไปรับการดูแลรักษาและรับยาต้านไวรัสในโรงพยาบาลเกาะกงเป็นรูปธรรมมากขึ้น ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานคือ ความไม่ชัดเจนในนโยบายระดับจังหวัด ข้อจำกัดด้านฐานข้อมูล การติดตามผู้ป่วยหลังส่งต่อ ขาดความยืดหยุ่นในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่นอกประเทศ ความต่อเนื่องในการดำเนินงานจากนโยบายไม่ชัดเจนในการจ้าง พตส. (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, 2554)

4) รูปแบบกลวิธีการทำงานเชิงรุก

จังหวัดระยอง ใช้กลวิธีการทำงานเชิงรุก โดยพัฒนาและส่งเสริมให้ อสต. กัมพูชา พัฒนามาเป็น พตส. และมีแกนนำจิตอาสาในชุมชนที่สามารถสื่อสารภาษาไทยและกัมพูชา พัฒนาทักษะให้มีบทบาทใกล้เคียงกับ อสต. เป็นผู้ประสานงานในชุมชน สถานประกอบการ กระจายถุงยังชีพ อนามัย สื่อ/ข้อมูล โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงาน ตั้งแต่การคัดเลือกอาสาสมัคร การสร้างแรงจูงใจในการทำงานเพื่อสร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของ ร่วมคิด ร่วมทำ ทำให้เกิดความตระหนักถึงคุณค่าในการช่วยเหลือเพื่อน เกิดความภูมิใจ (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, 2554)

5) รูปแบบการจัดบริการที่เป็นมิตรสำหรับแรงงานต่างชาติ

จังหวัดมุกดาหาร จัดบริการที่เป็นมิตรกับแรงงานต่างชาติลาว โดยการทำงานแบบสหวิชาชีพ ใช้เทคนิคการบอกต่อบริการผ่านแรงงานต่างชาติ มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตแรงงานต่างชาติและผู้มีปัญหาสถานะบุคคล เริ่มดำเนินการ ปี พ.ศ. 2553 หลังจากดำเนินการ 2 ปี เกิดหน่วยบริการสุขภาพที่เป็นมิตร 3 แห่งจาก 3 อำเภอ เป็นภาคีโดยให้บริการตรวจรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ตรวจหาเชื้อเอชไอวี ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก แบบครบวงจร เบ็ดเสร็จในที่เดียวแก่แรงงานต่างชาติลาว ปัจจัยความสำเร็จคือการสนับสนุนจากผู้บริหารโรงพยาบาล (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, 2554)

6) รูปแบบศูนย์ประสานประชาคมเอตส์จังหวัด (ศปอจ.) สำหรับแรงงานต่างชาติ

จากการดำเนินป้องกันโรคเอตส์ในแรงงานต่างชาติช่วงแรกที่ประสบปัญหาในการรับบริการจากหน่วยงานรัฐ ที่ไม่ได้รับรู้และเข้าใจต่อการทำงาน จังหวัดอุบลราชธานี จึงใช้กลไกศูนย์ประสานประชาคมเอตส์จังหวัด (provincial coordinating mechanism: PCM) เพื่อสร้างความเข้าใจและประสานงานกับหน่วยงานในจังหวัด มีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีเป็นเลขานุการ ส่งผลให้การประสานการส่งต่อประสบความสำเร็จ (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, 2554)

7) รูปแบบดูแลสุขภาพแรงงานต่างชาติโดยอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต.)

จากปัญหาการให้บริการสาธารณสุขในประชากรต่างชาติ ข้อจำกัดด้านการสื่อสาร และจำนวนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มีจำนวนน้อย แต่แรงงานต่างชาติมีจำนวนมาก จังหวัดสมุทรสาครจึงสร้างเครือข่ายในการดำเนินงานสาธารณสุขสำหรับแรงงานต่างชาติ หรืออาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติ เป็นจังหวัดนำร่องในการสร้างอาสาสมัครสาธารณสุข และสามารถดำเนินการประสบผลสำเร็จ เช่น การไม่พบโรคอุจจาระร่วงในพื้นที่อาศัยของแรงงานต่างชาติ และขยายการดำเนินงานเปิดโรงเรียน อสต.ขึ้นในปี 2555 มีหลักสูตรการเรียนที่ชัดเจนและมีมาตรฐาน เพื่อสร้าง อสต. ใหม่ และฟื้นฟูให้ความรู้เพิ่มเติมแก่ อสต. รายเก่า ให้มีความรู้ มีประสิทธิภาพ สามารถดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว ชุมชน สภาพแวดล้อมและสังคมโดยรวมได้อย่างยั่งยืน

ภาพรวมในระดับประเทศ มี อสต.ทั้งหมด 2,467 คน อัตรา อสต.: ประชากร เฉลี่ย 1:100 คน จังหวัดสมุทรสาคร มี อสต.มากที่สุด 1,885 คน ดำเนินงานโดยไม่มีค่าตอบแทน แต่ก็มี การสร้างขวัญและกำลังใจโดยมอบเสื้อ อสต. กระเป๋าใส่เสื้อเอกสาร จักรยานเพื่อทำงานประสานงานกับเจ้าหน้าที่ บางจังหวัด อสต. ได้รับค่าตอบแทนประมาณ 400-900 บ./เดือน (มูลนิธิรักษ์ไทย, 2558) ตัวอย่างการใช้รูปแบบของ อสต. ในการดูแลสุขภาพของแรงงานต่างชาติดังการศึกษาของ วิชิตา เสพสมุทร และ ช่อทิพย์ บรมธนรัตน์ (2554) ศึกษาการปฏิบัติงานการป้องกันและควบคุมวัณโรคในจังหวัดสมุทรสาคร พบว่า อสต. มีความรู้เรื่องวัณโรคในระดับสูง ร้อยละ 62.8 ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคในรอบปีที่ผ่านมา ร้อยละ 98.3 แหล่งการได้ข้อมูลข่าวสารของ อสต. มากที่สุดคือแผ่นพับ/ใบปลิว/เอกสาร ร้อยละ 81.2 การปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมวัณโรคในแรงงานต่างชาติของ อสต. ภาพรวมส่วนใหญ่อยู่ระดับต่ำ ร้อยละ 55.1 และพบว่าตัวแปรที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของ อสต. คือ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาเป็น อสต. สถานภาพสมรสคู่ การได้รับข้อมูลข่าวสาร จำนวนสมาชิกที่พักอาศัยในครัวเรือน และปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรควัณโรคคือ ปัญหาด้านการประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ร้อยละ 20.5

จากการทบทวนการพัฒนาารูปแบบการจัดการสุขภาพของแรงงานต่างชาติ สามารถสรุปประเด็นสำคัญที่เป็นจุดเด่นที่ทำให้ประสบความสำเร็จของแต่ละวิธีดังตาราง 2-13

ตาราง 2-13 สรุปกลยุทธ์ที่ใช้ในรูปแบบการส่งเสริมการป้องกันเอตส์ในแรงงานต่างชาติ ประเทศไทย

ผู้ศึกษา/ปีที่ศึกษา	รูปแบบการส่งเสริมป้องกันเอตส์ในแรงงานต่างชาติ	กลยุทธ์					
		ทุน	แกนนำ (อศต.)	การมีส่วนร่วม	เครือข่ายความร่วมมือ	การพัฒนาสื่อ	คณะทำงาน
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม (2554)	กองทุนสุขภาพ และสวัสดิการ	✓	✓	✓			✓
	ศูนย์ดรีอปอิน (ศูนย์บริการสุขภาพชุมชน)		✓	✓	✓	✓	✓
	ความร่วมมือการส่งต่อระหว่างประเทศ		✓	✓	✓		✓
	การทำงานเชิงรุก		✓	✓	✓	✓	✓
	การจัดบริการที่เป็นมิตร			✓	✓	✓	✓
	PCM กับการขับเคลื่อน			✓	✓		
	บริการสุขภาพ						
	การพัฒนา อศต.		✓	✓	✓	✓	✓

จากตาราง 2-13 พบว่า ทั้ง 7 รูปแบบ มีปัจจัยความสำเร็จร่วมที่สำคัญ 5 กลยุทธ์คือ 1) การพัฒนาผู้นำด้านสุขภาพของแรงงานต่างชาติเป็นแกนนำหลัก 2) กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 3) สร้างเครือข่ายความร่วมมือจากภาคส่วนต่างๆ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน 4) การพัฒนาสื่อสำหรับแรงงานต่างชาติในการสื่อสาร และ 5) การระดมทุนและมีคณะทำงาน ผู้วิจัยเห็นด้วยว่า หากจะพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพของแรงงานต่างชาติในรูปแบบค่ายพักจำเป็นจะต้องใช้กลยุทธ์ดังกล่าวข้างต้น

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของแรงงานต่างชาติในช่วงหลายปีที่ผ่านมา ส่วนใหญ่มุ่งศึกษาสถานะสุขภาพแรงงานต่างชาติเมื่ออยู่ในประเทศไทยเป็นหลัก เพื่อนำมาสู่การดำเนินการป้องกันและเฝ้าระวังโรคที่เกิดจากแรงงานต่างชาติ แรงงานต่างชาติเป็นกลุ่มตัวอย่างหลักในการศึกษาใช้วิธีการศึกษาโดยสร้างเครื่องมือเพื่อวัดสถานะสุขภาพของแรงงานต่างชาติ อย่างไรก็ตามยังไม่พบงานวิจัยที่ศึกษาเพื่อการจัดการสุขภาพของแรงงานต่างชาติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการศึกษาที่ให้แรงงานต่างชาติร่วมจัดการปัญหาสุขภาพของตนเองที่ศึกษาในบริบทของสถานประกอบการ

รูปแบบการจัดการสุขภาพของแรงงานต่างชาติในต่างประเทศ

การดูแลสุขภาพแรงงานต่างชาติในต่างประเทศ โดยเฉพาะประเทศแถบยุโรป มีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศ ตามสภาพปัญหาของแต่ละพื้นที่และสภาพความจำเป็น ประเด็นสุขภาพที่ประเทศส่วนใหญ่ให้ความสำคัญ คือ ประเด็นอนามัยแม่และเด็ก และอนามัยเจริญพันธุ์ สุขภาพจิต

รองลงมาคือ โรคติดต่อ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การวางแผนครอบครัว และโรคไม่ติดต่อตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 2-14

ตาราง 2-14 ประเด็นสุขภาพที่ต่างประเทศให้ความสำคัญในการจัดการสุขภาพของแรงงานต่างชาติ

ผู้ศึกษา/ ปี	ประเทศ	ประเด็นสุขภาพที่สำคัญ									
		โรคติดต่อ	โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	โรคเอดส์	โรคไม่ติดต่อ	มารดา/ทารก/อนามัยเจริญพันธุ์	สร้างเสริมภูมิคุ้มกัน	วางแผนครอบครัว	สุขภาพวัยรุ่น	สุขภาพการทำงาน	สุขภาพจิต
Vazquez et al. (2010)	อังกฤษ										✓
	เนเธอร์แลนด์ อิตาลี	✓	✓			✓					✓
Chimienti (2009); Vazquez et al. (2010)	สเปน	✓ TB	✓		✓ CA	✓		✓	✓		✓
German Federal Government (2007)	เยอรมัน					✓					
Chimienti (2009)	สวิสเซอร์แลนด์		✓	✓							✓
	ฝรั่งเศส	✓ TB			✓		✓				
	ไอร์แลนด์				✓	✓	✓	✓			✓
	เคนยา	✓	✓	✓		✓		✓			✓

จากการทบทวนนโยบาย และรูปแบบการจัดการสุขภาพของแรงงานต่างชาติในต่างประเทศพบว่า ประเทศในแถบยุโรปมีนโยบายและรูปแบบการจัดการสุขภาพแรงงานต่างชาติที่มีความหลากหลาย นโยบาย และรูปแบบการจัดบริการสุขภาพของแรงงานต่างชาติในต่างประเทศ โดยเฉพาะประเทศแถบยุโรปเน้นการจัดบริการสุขภาพในกลุ่มแรงงานต่างชาติที่จดทะเบียนและกลุ่มผู้อพยพเป็นหลัก นโยบายเน้นความสำคัญกับความแตกต่างวัฒนธรรมของแรงงานต่างชาติทุกประเทศ ที่ศึกษา ยกเว้นออสเตรเลีย ประเทศส่วนใหญ่เน้นการพัฒนาโปรแกรมการดูแลสุขภาพแรงงานต่างชาติ สำหรับประเทศเยอรมันเพิ่มการพัฒนาคู่มือในการสื่อสารของบุคลากรผู้ทำงานกับแรงงานต่างชาติ และประเทศออสเตรเลียเพิ่มการพัฒนาบุคลากรในการให้บริการสำหรับแรงงานต่างชาติ ดังแสดงในตาราง 2-15

แนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในงานวิจัย

แนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในงานวิจัยประกอบด้วย ทฤษฎีอธิบายพฤติกรรมสุขภาพ แนวคิดการมีส่วนร่วม แนวคิดหมู่บ้านจัดการสุขภาพ แนวคิดการสาธารณสุขมูลฐาน แนวคิดระบบสุขภาพภาคประชาชน และการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ซึ่งจะนำเสนอเป็นลำดับดังนี้

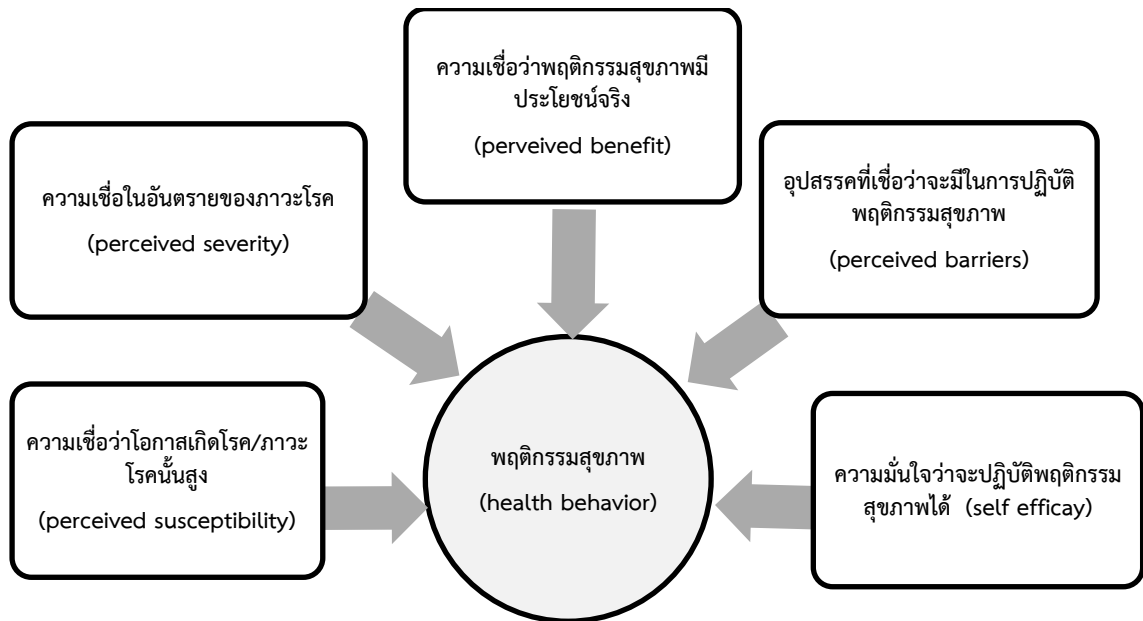
1. ทฤษฎีอธิบายพฤติกรรมสุขภาพ

1) Health belief model (Rosenstock, strecher & Backer, 1994)

ทฤษฎีนี้อธิบายแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ของบุคคลว่าเป็นผลมาจากการรับรู้ที่ตนเองเสี่ยงต่ออันตรายจากพฤติกรรมนั้น ซึ่งเกิดจากการรับรู้ 4

(Tangcharoensathien, Thwinb, & Patcharanarumola, (2017).; Chaichana, Pakthongsuk, & Kittitornkoo , 2018)

- ก. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยหากยังคงพฤติกรรมไม่พึงประสงค์นั้น (perceived risk) เชื่อว่าตนเองมีโอกาสติดเชื้อ เจ็บป่วยหรือเป็นโรคต่างๆ
- ข. การรับรู้หรือความเชื่อว่าการเจ็บป่วยนั้นมีผลร้ายแรง (perceived severity) ความรุนแรงนี้
- ค. รวมถึงความรุนแรงทางคลินิก (ตาย พิการ หรือความเจ็บปวด) และความรุนแรงทางสังคม เช่น ผลของการเจ็บป่วยส่งผลต่อการไม่สามารถทำงานได้ ผลต่อชีวิตครอบครัว ผลต่อความสัมพันธ์กับเพื่อนและคนรอบข้าง
- ง. การรับรู้ว่าการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น มีประโยชน์ (perceived benefits) เมื่อบุคคลเห็นว่าพฤติกรรมสุขภาพมีประโยชน์โดยลดอันตรายจากโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมสุขภาพที่เห็นผลชัดเจนเมื่อปฏิบัติ บุคคลจะมีโอกาสสูงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้นอย่างต่อเนื่อง
- จ. การรับรู้ปัญหาอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม หากบุคคลรับรู้ว่าเป็นพฤติกรรมสุขภาพนั้นทำได้ไม่ยาก ไม่มีอุปสรรคมาก บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ หรือหากบุคคลรับรู้ปัญหาอุปสรรคที่จะเกิดขึ้นก่อนหน้า จะเตรียมความพร้อมหรือหาทางออกไว้เนิ่นๆ
- ฉ. ปัจจัยอื่นๆ เช่น ปัจจัยทางประชากรศาสตร์ เช่น อายุ เพศ ศาสนา อาชีพ ที่อยู่อาศัย รายได้ ค่าใช้จ่ายการดูแลสุขภาพไม่เฉพาะค่าใช้จ่ายการรักษาแต่ต้องรวมถึงค่าเสียเวลาการทำงาน และค่าใช้จ่ายในการเดินทาง บุคคลที่มีสถานะทางสังคมและเศรษฐกิจต่ำกว่าจะมีความยากลำบากด้านค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ ทำให้มีโอกาสน้อยในการดูแลสุขภาพ (Taylor, 2003) และปัจจัยทางจิตวิทยาอื่นๆ เช่น บุคลิกภาพ แรงกดดันจากกลุ่มเพื่อน คนสนิท หรือญาติพี่น้อง รวมทั้งปัจจัยทางโครงสร้างและตัวกระตุ้นอื่นๆ เช่น โฆษณาเกี่ยวกับโรคหรือพฤติกรรมสุขภาพ คำแนะนำจากคนรู้จัก ความเจ็บป่วยของคนรู้จัก
- ช. ความมั่นใจว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ (Self-efficacy)



รูปภาพ 2-1 แบบจำลองความเชื่อในเรื่องสุขภาพ (Health Belief Model)

ที่มา: Rosenstock , strecher & Backer (1994)

2) Social learning Theory

Albert Bandura (1997) ได้เสนอแนวคิดที่ว่า พฤติกรรมของบุคคลเกิดจากการเรียนรู้ภายในของบุคคล การเรียนรู้เกิดขึ้นในบริบทของสังคม และบทบาทภายในของบุคคลในการตัดสินใจ



เห็นเพื่อนที่เสพยาสามารถเลิก เชื่อมั่นว่าตัวเองจะสามารถ ทดลองเลิกยาเสพติด สามารถเลิกเสพยาได้ สุขภาพดีขึ้น เลิกยาเสพติดได้ หลายครั้ง เสพยาได้

รูปภาพ 2-2 ตัวอย่าง Social learning Theory

ต่อมาให้ความสำคัญต่อการรู้คิด (Cognitive) ในการเรียนรู้จากการสังเกตและการเลียนแบบ และได้เปลี่ยนเรียกทฤษฎีว่า ทฤษฎีการเรียนรู้ด้วยการรู้คิดทางสังคม (Social Cognitive Learning) ข้อเสนอของทฤษฎีนี้คือ

บุคคลสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตัวเองจากการเรียนรู้ประสบการณ์ของคนอื่น เช่น เห็นคนในครอบครัวดื่มสุราแล้วเป็นโรคมะเร็งตับ จึงตัดสินใจไม่ดื่มสุรา

บุคคลเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองโดยอาจไม่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เช่น เลิกจะไม่เสพยาเนื่องจากเห็นเพื่อนที่เสพยาเสพยาติดแล้วการเรียนแย่ลง และสุขภาพทรุดโทรมลง

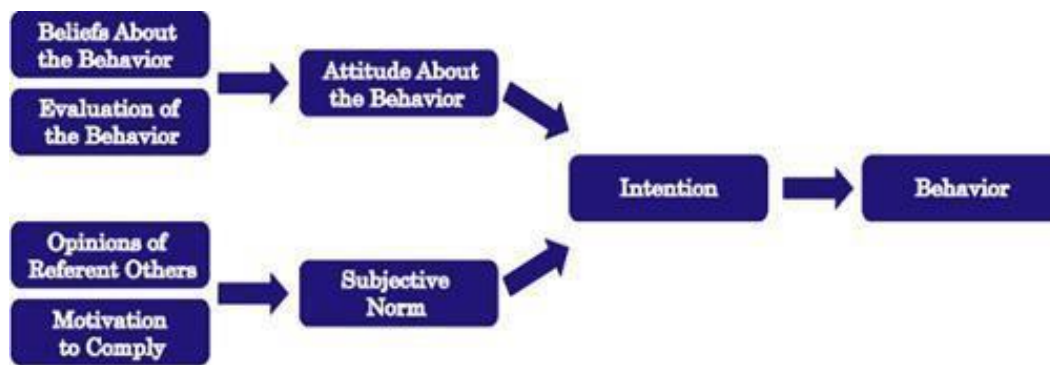
บุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้จากภายนอก เช่น ถูกชมเชยเมื่อสามารถลดน้ำหนักได้ ได้รับการยกย่องจากเพื่อนผู้หญิงเมื่อหยุดบุหรี่ แต่ตัวกระตุ้นภายนอกมีอิทธิพลน้อยกว่าตัวกระตุ้นที่เกิดจากการเรียนรู้ภายในของบุคคล

3) ทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Self-efficacy Theory)

ทฤษฎีความสามารถของตนเอง เดิมเป็นแนวคิดหนึ่งในทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theory) ซึ่งทฤษฎีนี้เชื่อว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมนุษย์ ซึ่งการรับรู้ว่าตนเองสามารถทำได้อาจเป็นผลจากประสบการณ์ในอดีตหรือไม่ก็ได้ เพราะหากบุคคลไม่เชื่อมั่นในตนเองแม้จะมีความรู้ความสามารถก็ไม่อาจทำกิจกรรมให้ประสบผลสำเร็จได้ในทางกลับกันหากบุคคลเชื่อว่าตนเองสามารถทำได้โดยที่ไม่เคยทำกิจกรรมนั้นมาก่อนมีแนวโน้มสามารถทำพฤติกรรมนั้นซ้ำด้วยมั่นใจว่าจะทำพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จ เช่น คนที่ตั้งใจจะลดน้ำหนักก็พยายามหาวิธีการต่างๆ Bandura (1997) อธิบายว่าการที่มนุษย์จะรับเอาพฤติกรรมได้ไว้ ขึ้นอยู่กับปัจจัย 2 ประการ ได้แก่ 1) ความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome Expectancies) หมายถึง ความคาดหวังของบุคคลเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นถ้าหากรับเอาพฤติกรรมนั้น ๆ มาปฏิบัติ ซึ่งผลลัพธ์ที่คาดหวังอาจมีหลายรูปแบบ เช่น ความปลอดภัยจากการเป็นโรคต่าง ๆ หรือการไม่ประสบอุบัติเหตุ เมื่อปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งถือเป็นผลลัพธ์ทางด้านร่างกาย (Physical effects) ส่วนผลลัพธ์ทางสังคม (Social effects) เช่น การได้รับการยอมรับ การมีชื่อเสียง และผลลัพธ์ที่เกิดจากการประเมินตนเองต่อพฤติกรรมที่ปฏิบัติ (Self-evaluative reaction to one's own behavior) เช่น ความรู้สึกพึงพอใจในตนเอง ความมีคุณค่าในตนเอง เป็นต้น 2) ความเชื่อในความสามารถ (Efficacy Beliefs) หมายถึง ความเชื่อว่าตนเองสามารถที่จะมีพฤติกรรมหรือประกอบกิจกรรมที่กำหนดไว้ ซึ่งสิ่งนั้นมีความสำคัญมากที่จะนำไปสู่การปฏิบัติจริง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่คาดหวังไว้ ความเชื่อสำคัญมากและจะนำไปสู่การปฏิบัติอย่างจริงจังจนเกิดผลลัพธ์ที่คาดหวังในที่สุด

4) Theory of Reasoned Action

Martin Fishbein และ Icek Ajzen (1975) เสนอว่าการที่บุคคลจะทำพฤติกรรมใด จะต้องมีความตั้งใจจะทำพฤติกรรม (Intention) ก่อน ความตั้งใจมีอิทธิพลจากทัศนคติและรับรู้ของบุคคลต่อพฤติกรรมพึงประสงค์ตามบรรทัดฐานสังคม (Subjective Norm) ในขณะที่ความตั้งใจกระทำพฤติกรรมยังขึ้นกับความเชื่อในความสามารถของตนเองว่าจะสามารถทำพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จหรือไม่รวมถึงการคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ เช่น เมื่อผู้เสพยาเสพติดต้องการที่จะเลิกเสพยา ในเบื้องต้นผู้เสพยาต้องมีความตั้งใจและมุ่งมั่นที่จะเลิกเสพยา และต้องเชื่อว่าตนเองสามารถเลิกเสพยาก่อน และคาดว่าเมื่อตนเองเลิกเสพยาเสพติดแล้วตนเองจะได้รับการยอมรับจากสังคม และสุขภาพร่างกายจะดีขึ้น



รูปภาพ 2-3 Theory of Reasoned Action

ทฤษฎีนี้เน้นปัจจัยหรือตัวแปรที่ส่งผลต่อพฤติกรรมเฉพาะปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ เจตคติ แต่ในความเป็นจริงการปฏิบัติพฤติกรรมยังขึ้นกับปัจจัยภายนอกอื่นๆ หากพฤติกรรมสุขภาพที่ตั้งใจปฏิบัติเป็นพฤติกรรมง่ายๆ เช่น ตั้งใจว่าจะแปรงฟันหลังรับประทานอาหารทุกครั้ง หากอยู่ที่บ้านหรือที่ทำงานก็สามารถทำได้ทันที แต่หากเป็นการรับประทานอาหารขณะเดินทาง เช่น โดยสารรถไฟหรือรถยนต์ก็ไม่สามารถทำได้ตามที่ตั้งใจไว้ ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าพฤติกรรมสุขภาพบางอย่างอาจไม่ได้ขึ้นอยู่กับเจตคติเพียงอย่างเดียว บริบทหรือความเหมาะสมของสถานการณ์เป็นปัจจัยต่อการควบคุมพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลเช่นกัน ปัจจัยเหล่านี้บุคคลสามารถควบคุมได้บางส่วน ควบคุมได้ทั้งหมด และควบคุมไม่ได้

2. แนวคิดการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมของประชาชน หรือ Public participation งานเขียนหลายชิ้นใช้คำที่แตกต่าง ได้แก่ Citizen participation, People's participation, public involvement, Community involvement, Citizen involvement (Creighton, 1981)

แนวคิดการมีส่วนร่วมเกิดจากการสงสัยในความสัมพันธ์ที่ไม่เท่าเทียมกัน (Unequal Relationship) ของการพัฒนา เช่น ใครเป็นผู้มีส่วนร่วม ใครเป็นผู้กำหนดหรือตีความการมีส่วนร่วมว่าเกี่ยวข้องกับใครบ้าง ทำโดยใคร ทำเพื่อใคร และทำไม ตลอดจนถึงการตั้งคำถามต่อจริยธรรมพื้นฐานในการเข้าร่วมพัฒนาที่นำไปสู่ความเท่าเทียมกัน (Mikkelsen & Britha, 1995)

นิยามความหมาย

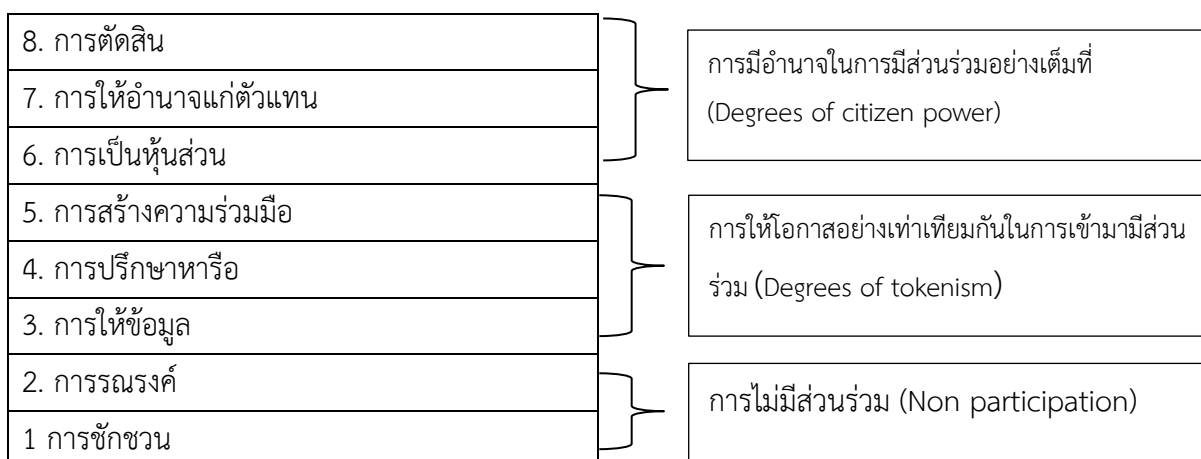
นักวิชาการหลายท่านให้นิยามการมีส่วนร่วม Creighton (1981) ได้ให้ความหมายว่า เป็นกระบวนการที่คน หรือบุคคล องค์กร ตัวแทน และรัฐบาล ให้ความสนใจสิ่งที่ได้รับผลกระทบ รวมถึงการเข้ามามีส่วนร่วมในการปรึกษาหารือ และตัดสินใจร่วมกัน (Creighton, 1981) นอกจากนี้ เจมส์ แอล แครย์ตัน (2547) กล่าวว่า กระบวนการที่สาธารณชนมีความห่วงกังวล ต้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นกระบวนการสื่อสารสองทางที่มีเป้าหมายเพื่อให้

เกิดการตัดสินใจที่ดีขึ้นและได้รับการสนับสนุนจากสาธารณชน จากนิยามดังกล่าวข้างต้น กล่าวได้ว่าวัตถุประสงค์ของการมีส่วนร่วมต้องการให้ประชาชน และผู้มีส่วนร่วมทุกฝ่ายได้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกัน ดังที่ Kasperson (1974) ได้ให้ประเด็นสำคัญของการมีส่วนร่วมคือ การมีส่วนร่วมจะไม่เกิดขึ้นจริงถ้าแรงจูงใจถูกกำหนดโดยกฎหมายมากกว่าการแสดงความคิดสร้างสรรค์ การมีส่วนร่วมไม่เกิดขึ้นจริงเมื่อสิ่งต่างๆ ถูกกำหนดไว้ล่วงหน้า

ระดับของการมีส่วนร่วม

ทฤษฎีการมีส่วนร่วมของ Cohen & Uphoff (1980) ได้แบ่งการมีส่วนร่วมออกเป็น 4 แบบ คือ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล ซึ่งก่อให้เกิดการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วมโดยประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจในโครงการพัฒนาและร่วมดำเนินการและแก้ไขปัญหาของตนเอง

ปัจจุบันมีการประยุกต์ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนมากมายหลายสาขา ต้นแบบของรูปแบบการมีส่วนร่วมใช้แบบขั้นบันไดของ Arnstein (1996). ซึ่งประกอบด้วย 8 ชั้น



รูปภาพ 2-4 รูปแบบการมีส่วนร่วมใช้แบบขั้นบันไดของ Arnstein (1996)

ระดับที่ 1 และ 2 เป็นรูปแบบการมีส่วนร่วมของประชาชนขั้นแรกๆ ที่ยังไม่มีส่วนร่วมอย่างแท้จริง เนื่องจากอำนาจส่วนใหญ่อยู่ที่ผู้มีการศึกษา ผู้มีอำนาจในการโน้มน้าว ผู้ให้คำปรึกษาให้การชักจูงให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลต่างๆ แต่ประชาชนไม่มีโอกาสในการให้ข้อมูลสะท้อนกลับ หรือไม่มีโอกาสในการซักถามข้อสงสัย

ระดับที่ 3 และ 4 เป็นการมีส่วนร่วมแบบให้ข้อมูล และการปรึกษาหารือตามลำดับ ประชาชนได้รับข้อมูลและสะท้อนความคิดเห็นผ่านสื่อสาธารณะ การเข้าร่วมประชุม การปรึกษาหารือ แบบสอบถามต่างๆ แต่ไม่มีโอกาสทราบ หรือติดตามว่าผลของความคิดเห็นนั้นนำไปสู่การตัดสินใจอย่างไร

ระดับที่ 5 เป็นการมีส่วนร่วมผ่านตัวแทนประชาชนในการเข้าร่วมประชุมต่างๆ ประชาชนมีโอกาสดูแสดงความคิดเห็นมากขึ้นโดยผ่านตัวแทนของตนเอง อย่างไรก็ตามการตัดสินใจขั้นสุดท้ายยังอยู่ที่ผู้มีอำนาจในการตัดสินใจนั้นๆ

ระดับที่ 6 ประชาชนมีอำนาจมากขึ้นในการต่อรองการตัดสินใจผ่านตัวแทนของประชาชนเข้ามาทำงานในรูปแบบคณะกรรมการ การมีอำนาจในการคิดแผนการ หรือต่อรองแผนดำเนินงานที่คิดโดยบุคคลอื่น การจัดวางงบประมาณและทรัพยากร ประชาชนมีอำนาจในการต่อรองการตัดสินใจ

ระดับที่ 7 ประชาชนมีอำนาจมากขึ้นในการต่อรองการตัดสินใจโดยผ่านตัวแทนของประชาชนในรูปแบบคณะกรรมการ ที่มีจำนวนตัวแทนของชุมชนของตนเอง ในจำนวนที่หนึ่งที่มากพอที่มีอิทธิพล มีอำนาจต่อรองในการตัดสินใจ

ระดับที่ 8 เป็นรูปแบบการมีส่วนร่วมอย่างเต็มรูปแบบในการดำเนินงานและการควบคุมการดำเนินงาน

นอกจากนี้ระดับการมีส่วนร่วมตามที่ International Association for Public Participation (IAPP, 2007) ซึ่งได้พัฒนากรอบแนวคิด ได้กำหนดระดับการมีส่วนร่วมไว้ 5 ระดับ ระดับของการมีส่วนร่วม ได้แบ่งระดับของการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็น 5 ระดับ ดังนี้

1. การให้ข้อมูลข่าวสาร (To Inform) ถือเป็นการมีส่วนร่วมของประชาชนในระดับล่างที่สุด แต่เป็นระดับที่สำคัญที่สุด เพราะเป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้าสู่กระบวนการมีส่วนร่วมในเรื่องต่างๆ

2. การให้คำปรึกษาหารือ (To Consult) หรือ การรับฟังความคิดเห็น เป็นกระบวนการที่เปิดโอกาสให้ ประชาชนมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูล ข้อเท็จจริง และความคิดเห็นเพื่อประกอบการตัดสินใจด้วยวิธีต่าง ๆ

3. การเข้าร่วมกิจกรรม (To Involve) เป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน หรือร่วมเสนอแนะแนวทางที่นำไปสู่การตัดสินใจ เพื่อสร้างความมั่นใจให้ประชาชนว่า ข้อมูล ความ คิดเห็นและความต้องการของประชาชนจะถูกนำไปพิจารณาเป็นทางเลือก

4. ความร่วมมือ (To Collaborate) เป็นการให้กลุ่มประชาชน ผู้แทนภาคสาธารณะ มีส่วนเป็นส่วนร่วมกับภาครัฐในทุกขั้นตอน และมีการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

5. การมอบอำนาจการตัดสินใจ (To Empower) หรือการให้อำนาจแก่ ประชาชน เป็นขั้นที่ ให้บทบาทประชาชนในระดับสุดท้าย โดยให้ประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจ

ประโยชน์ของการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมทำให้เกิดการเพิ่มคุณภาพของการตัดสินใจ ลดค่าใช้จ่ายและการสูญเสียเวลา สร้างฉันทมติในการชุมชน เพิ่มความง่ายต่อการนำไปปฏิบัติ ลดการหลีกเลี่ยงการเผชิญหน้า ในกรณีนี้

ปัญหาที่มีความร้ายแรงที่สุด ดำรงไว้ซึ่งความน่าเชื่อถือและความชอบธรรม และสามารถคาดคะเนความหวังกังวลของประชาชนและค่านิยมของสาธารณชน

3. แนวคิดการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care)

แนวความคิดที่มุ่งแก้ปัญหาของประชาชนด้านสุขภาพ ครอบคลุมบริการสาธารณสุขของประชาชน และการผสมผสานความร่วมมือกับงานพัฒนาสังคมด้านอื่น แนวคิดนี้เริ่มดำเนินงานในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 4 ที่เรียกว่า "งานสาธารณสุขมูลฐาน" โดยองค์การอนามัยโลกได้เสนอความคิดในปี พ.ศ. 2524-2525 ว่า หากจะให้ประชาชนทุกคนในโลกหรือประชากรในประเทศมีสุขภาพอนามัยที่ดีขึ้น งานสาธารณสุขจะต้องได้รับการส่งเสริมให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ซึ่งในขณะนั้นมีประเทศต่าง ๆ เริ่มดำเนินการรวมทั้งประเทศไทย ประเทศสมาชิกขององค์การอนามัยโลกมีมติให้ปี ค.ศ. 2000 หรือ พ.ศ. 2543 เป็นปีเป้าหมายที่ประชาชนทุกคนของประเทศสมาชิกมีสุขภาพดีถ้วนหน้า ซึ่งประเทศสมาชิกทุกประเทศยอมรับเป้าหมายดำเนินงาน เมื่อปี พ.ศ. 2523 ในการประชุมการสาธารณสุขมูลฐานขึ้นที่เมืองอัลมา อตาประเทศสหภาพโซเวียต (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2545) ที่ประชุมยอมรับหลักการว่า สาธารณสุขมูลฐานเป็นกลวิธีที่เหมาะสมที่จะทำให้ประชากรทุกคนมีสุขภาพอนามัยดีอย่างทั่วถึง (กฤษณชัย กิมชัย, 2551)

ความหมายการสาธารณสุขมูลฐาน

การสาธารณสุขมูลฐาน หมายถึง "การดูแลสุขภาพที่จำเป็น ซึ่งจัดให้อย่างทั่วถึงสำหรับทุกคนและทุกครอบครัวในชุมชน โดยการยอมรับและมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ของทุกคนด้วยค่าใช้จ่ายที่ไม่เกินกำลังของชุมชนและประเทศจะรับได้นอกจากนั้นการสาธารณสุขมูลฐานเป็นส่วนผสมผสานของระบบบริการสาธารณสุข และระบบพัฒนาทางสังคมและเศรษฐกิจของประเทศ" (WHO, 1978)

อมร นนทสุต (2531) ได้สรุปแนวคิดการสาธารณสุขมูลฐานว่าเป็นวิธทางสาธารณสุขที่เพิ่มจากระบบการบริการสาธารณสุขที่มีอยู่เดิม โดยให้ความสำคัญในการดำเนินงานสาธารณสุขระดับตำบลและหมู่บ้าน ด้วยการผสมผสานบริการทั้งทางด้านรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ ที่ดำเนินการโดยประชาชนเอง โดยมีแนวคิดหลักดังนี้

เป็นระบบบริการสาธารณสุขที่เพิ่มเติมหรือเสริมจากระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ ซึ่งจัดบริการในระดับตำบล หมู่บ้าน โดยประชาชนและความร่วมมือของประชาชนเอง เป็นการพัฒนาชุมชนให้สามารถแก้ไขปัญหาสาธารณสุขได้ด้วยตนเอง โดยการที่ชุมชนร่วมมือทำกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาที่ชุมชนเผชิญอยู่ การสาธารณสุขมูลฐานจะเกิดขึ้นได้ต้องให้ชุมชนรับรู้และทราบว่าปัญหาของชุมชนคืออะไร และร่วมกันพิจารณาถึงแนวทางที่จะแก้ปัญหา รัฐมีหน้าที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือให้ชุมชนสามารถวิเคราะห์ปัญหาเองได้ หน้าที่และบทบาทของรัฐจะต้องเข้าใจว่า "เราไม่ได้ทำงานแทนเขา เขาไม่ได้ทำงานให้เรา แต่เขาทำงานร่วมกันเพื่อให้เกิดการดำรงชีวิตที่ดีของชุมชน" ความร่วมมือ

ของชุมชน คือหัวใจของการสาธารณสุขมูลฐาน การสนับสนุนอาจจะเป็นในรูปของแรงงาน แรงเงิน ความร่วมมือในการปฏิบัติด้วยความสมัครใจ เพราะเห็นและรับรู้ปัญหาไม่ใช่เพราะว่าหวังสิ่งตอบแทน สุขภาพอนามัยที่ดีมีความสัมพันธ์กับฐานะความเป็นอยู่และการดำรงชีวิต ดังนั้น งานบริการสาธารณสุขต้องผสมผสานกับการพัฒนาด้านอื่นๆ อาทิ การเกษตรและสหกรณ์ การศึกษา การพัฒนาชุมชน เป็นต้น ต้องใช้เทคนิคและวิธีการต่างๆ ไม่เกินขอบเขตและกำลังที่ชุมชนจะเข้าใจและนำมาใช้ประโยชน์ได้ การสาธารณสุขมูลฐานจะต้องสอดคล้องและอาศัยประโยชน์จากสถาบันหรือระบบชีวิตประจำวันของชุมชน ควรมีความยืดหยุ่นในการแก้ปัญหาตามความเหมาะสมของสภาพสิ่งแวดล้อมและแก้ปัญหาที่ประสบอยู่ซึ่งไม่จำเป็นต้องเป็นเรื่องเดียวกัน เหมือนกันทุกหมู่บ้าน ต้องเชื่อมโยงกับงานบริการสาธารณสุขของรัฐ ในด้านการให้การสนับสนุน การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาพยาบาลต่อ การให้การศึกษาคือเนื่อง การให้ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข

หลักการของการสาธารณสุขมูลฐาน

การพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชน ให้สำเร็จโดยกระบวนการของประชาชนเองนั้น จะต้องใช้กลวิธีการสาธารณสุขมูลฐาน (Strategic PHC) หรือที่เรียกว่า “หลักการการสาธารณสุขมูลฐาน” ที่สำคัญ 4 ประการคือ

- 1) การมีส่วนร่วมของชุมชน (People Participation or People Involvement) หมายถึง การมีส่วนร่วมของประชาชนหรือชุมชนที่มีความลึกซึ้งซึ่งมากกว่าความร่วมมือธรรมดา
- 2) การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม (Appropriate Technology) เป็นการใช้เทคโนโลยีทางสาธารณสุขที่ง่าย ไม่ซับซ้อนยุ่งยาก เหมาะสมกับสภาพของท้องถิ่น ประชาชนสามารถปฏิบัติเองได้
- 3) การปรับระบบบริการขั้นพื้นฐานของรัฐ เพื่อรองรับการสาธารณสุขมูลฐาน (Re-oriented Basic Health Service) เป็นการปรับระบบบริการของรัฐและระบบบริหารจัดการที่มีอยู่แล้วของรัฐให้เชื่อมต่อและรองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน ให้เกิดการกระจายและครอบคลุมของบริการของรัฐ
- 4) การผสมผสานกับงานของกระทรวงอื่น (Intersectional Collaboration) งานสาธารณสุขมูลฐาน จะสำเร็จผลได้ต้องผสมผสานทำงานไปด้วยกัน ทั้งภายในกระทรวงสาธารณสุขเองและงานพัฒนาชุมชนของต่างกระทรวง ตลอดจนรัฐวิสาหกิจและเอกชน

สรุปได้ว่า การสาธารณสุขมูลฐาน เป็นระบบที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งเกิดขึ้นทั้งในระดับปัจเจกบุคคล ระดับครอบครัว หรือระดับหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่ของรัฐที่ให้บริการต้องปรับเปลี่ยนบทบาทใหม่ ซึ่งจากเดิมเป็นผู้ให้บริการ เปลี่ยนเป็นผู้กระตุ้น ให้คำแนะนำ (Supervise) และผู้สนับสนุน (Supporter) ให้กับประชาชน เพื่อให้ประชาชนเกิดศักยภาพสามารถดำเนินการได้โดยประชาชนเอง

องค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐาน จำนวน 14 องค์ประกอบ

องค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐานของประเทศไทยนั้น มีความสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของประชาชน โดยเป็นองค์ประกอบที่มีความเชื่อมโยงกับงานบริการสาธารณสุขพื้นฐาน (Basic Health Service) ประกอบด้วยบริการแบบผสมผสาน 4 ด้าน คือ การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพอนามัย การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสุขภาพ ซึ่งประชาชนสามารถดำเนินการได้ด้วยตนเอง มี 14 องค์ประกอบคือ 1) งานโภชนาการ 2) งานสุขศึกษา 3) การรักษาพยาบาล 4) การจัดหาที่จำเป็น 5) การสุขาภิบาลและจัดหาน้ำสะอาด 6) อนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว 7) งานควบคุมป้องกันโรคติดต่อในท้องถิ่น.8) การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค 9) การส่งเสริมสุขภาพฟัน 10) การส่งเสริมสุขภาพจิต 11) อนามัยสิ่งแวดล้อม 12) คุ้มครองผู้บริโภค 13) การป้องกันควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัย และโรคไม่ติดต่อ 14) งานเอดส์ (สำนักงานสาธารณสุขมูลฐาน, 2544)

4. แนวคิดระบบสุขภาพภาคประชาชน

กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2546) ได้สรุปแนวคิดระบบสุขภาพภาคประชาชน ว่าเป็นกระบวนการดำเนินงานที่มีใช้กิจกรรมเดี่ยวๆ ของชุมชน มีใช้ภารกิจของหน่วยงานหรือองค์กรภายนอกที่กำหนดหรือออกแบบกิจกรรมดำเนินงานให้ชุมชน เป็นเรื่องที่ชุมชนคิด ตั้งเป้าหมาย บริหารจัดการและวัดผลสำเร็จด้วยตนเอง หน่วยงานหรือองค์กรภายนอกมีบทบาทเพียงส่งเสริม สนับสนุน หรือสร้างกลไกหนุนเสริมการจัดการด้านสุขภาพของชุมชนเอง

ระบบสุขภาพภาคประชาชน หมายถึง กระบวนการที่สมาชิกของสังคมหรือชุมชนนั้นมีความรู้ ความเข้าใจ ร่วมมือกันดูแลและบริหารจัดการให้เกิดสุขภาพที่ดีขึ้นพื้นฐานด้วยตนเอง ด้วยการสนับสนุนองค์ความรู้ เทคโนโลยีและทรัพยากรที่จำเป็นจากภาครัฐ ภาคเอกชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2545)

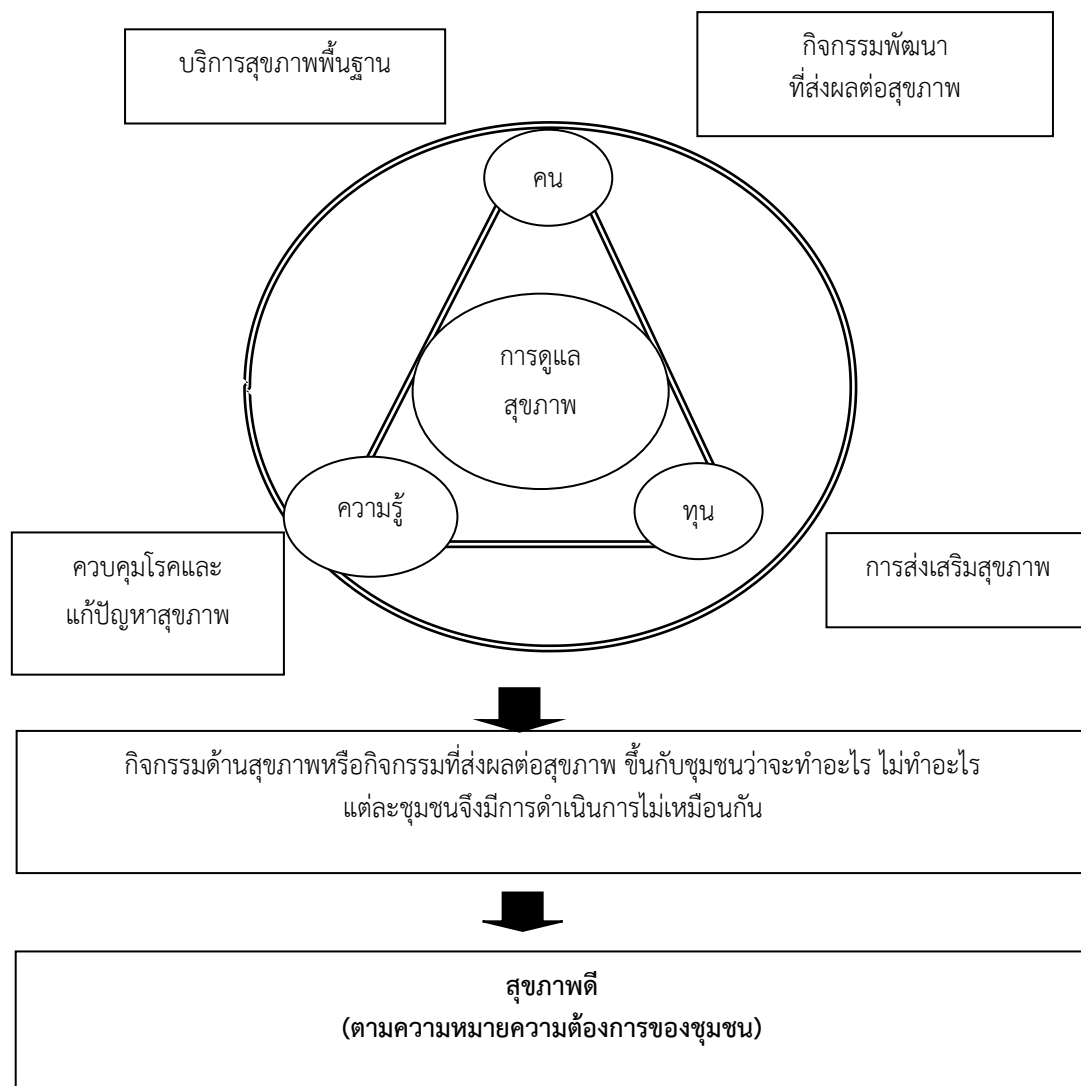
แนวคิด กระบวนการทำงาน พัฒนาการของการพัฒนา ในแต่ละชุมชนท้องถิ่น การเรียนรู้และศึกษาจากชุมชนโดยกระบวนการวิจัย การศึกษาดูงานและจากเอกสารสิ่งพิมพ์ทั้งหลาย พบว่าความหลากหลายของกระบวนการของชุมชนในการพัฒนาชุมชนท้องถิ่น กระบวนการจัดการจุดเริ่มต้นการพัฒนาที่มาจากคนกลุ่มต่างๆ ทั้งในและนอกชุมชน กิจกรรมหลักที่ก่อให้เกิดความเข้มแข็งพบว่ามีสิ่งเหมือนกันสามารถจำแนกเป็นองค์ประกอบหลักๆ 3 อย่าง คือ

1) คน เป็นองค์ประกอบหลักที่สำคัญ ในการพัฒนา ร่วมกันคิด ร่วมกันทำ อาจเริ่มจากคนกลุ่มหนึ่งและการขยายแนวร่วมออกไปในชุมชนที่ประสบความสำเร็จนั้น พบว่าคนที่มาทำงานร่วมกันนั้นมีความแตกต่างหลากหลาย ต่างกลุ่ม ต่างอาชีพ ต่างฐานะ ต่างความคิด ต่างวัย แต่มีจิตใจเพื่อส่วนรวม มีเป้าหมายร่วม

2) องค์ความรู้ ในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ชุมชนจำเป็นต้องมีองค์ความรู้วิธีการเทคโนโลยี ภูมิปัญญาและประสบการณ์ รวมทั้งทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ การถ่ายทอดและการกระจายความรู้ ข้อมูลข่าวสารในชุมชน

3) ทุนในการพัฒนา การดำเนินงานพัฒนาใดๆ จำเป็นต้องมีทุนทั้งที่เป็นตัวเงินและมีใช้ตัวเงิน ทุนที่เป็นตัวเงินในแง่ของการพัฒนามีความหมายในลักษณะของการเงินการคลังเพื่อการพัฒนาด้านต่างๆ ซึ่งในแต่ละชุมชนก็จะมีแหล่งแสวงหาแหล่งทุนทั้งจากภายในและภายนอกเพื่อใช้ในการดำเนินงาน เริ่มจากการรวมกลุ่มกันในการออมเงินนำไปสู่การพัฒนาด้านอื่นๆ ในขณะที่อีกหลายแห่งพบว่าเมื่อรวมตัวกันทำงานเพื่อชุมชนระยะหนึ่งจะมีการรวมทุนหรือการออมเงินของคนในชุมชนเพื่อให้สมาชิกที่มีความจำเป็นสามารถกู้ยืมไปใช้ มีการนำดอกผลที่ได้จากการกู้ยืมของสมาชิกมาจัดสวัสดิการในด้านการศึกษาและการรักษาพยาบาล นำมาพัฒนาด้านอาชีพ สร้างรายได้ รวมถึงการพัฒนาด้านอื่นๆ โดยไม่ต้องพึ่งพิงหรือรอสนับสนุนจากภายนอก นอกจากทุนที่เป็นตัวเงินแล้ว มีความจำเป็นต้องอาศัยทุนในชุมชนที่ไม่ใช่เงิน ได้แก่ ภูมิปัญญาความรู้ที่มีในชุมชน ทรัพยากรบุคคลที่มีความรู้ความสามารถด้านต่างๆ ทรัพยากรที่มีในชุมชนที่เป็นทรัพยากรธรรมชาติและอื่นๆ วัฒนธรรมประเพณีของชุมชน หากมีการจัดการอย่างเหมาะสมจะบังเกิดผลของการดำเนินงานพัฒนาชุมชน

นอกจากองค์ประกอบ 3 ประการแล้ว หัวใจสำคัญของระบบสุขภาพภาคประชาชนคือ การจัดการเพื่อให้ประชาชนมีความสามารถในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง คือการปฏิบัติการประสานให้เกิดความสมดุลเพื่อการเคลื่อนไหวของปัจจัย คน องค์ความรู้หรือวิธีการทำงานและทุนเพื่อการพัฒนาสุขภาพให้เกิดการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาสุขภาพ เพื่อสนองต่อความต้องการของคนในชุมชน ป้องกันและแก้ปัญหาสุขภาพของคนในชุมชน ทั้งนี้กิจกรรมพัฒนาสุขภาพที่ดำเนินโดยชุมชนนั้น ขึ้นกับการตัดสินใจของชุมชนว่าจะดำเนินการในเรื่องใด อย่างไร ซึ่งสามารถแสดงเป็นแผนภาพเชิงแนวคิดองค์ประกอบระบบสุขภาพภาคประชาชน ดังรูปภาพ 2-5



รูปภาพ 2-5 ระบบสุขภาพภาคประชาชน

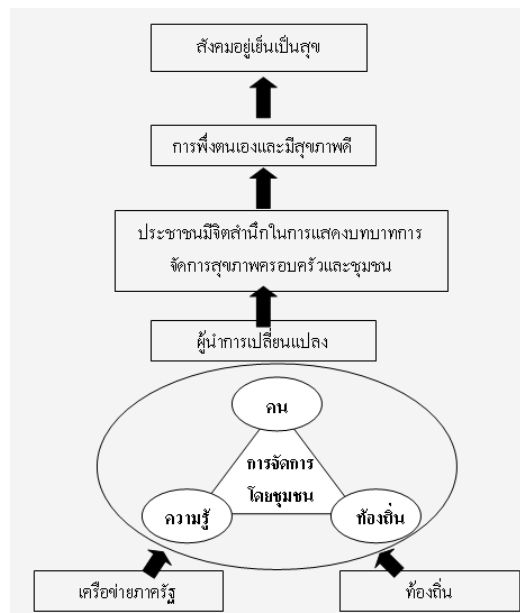
บทบาทของภาคประชาชนกับการพัฒนาสุขภาพ

กรอบวิธีคิด 2 ส่วนคือ การจัดการด้านสุขภาพตนเองของประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชนและตำบล และการเชื่อมต่อกับภาครัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในกรณีที่เกิดภัยสุขภาพของชุมชน ซึ่งบทบาทของภาคประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเองมีดังนี้คือ บทบาทในการดูแลสุขภาพตนเองในระดับชุมชน บทบาทในการพัฒนาศักยภาพตนเอง บทบาทการจัดการภาคประชาชน บทบาทในการระดมทุนเพื่อสร้างสุขภาพ และบทบาทในการพิทักษ์และเรียกร้องสิทธิคุ้มครอง (สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน, 2544)

5. แนวคิดหมู่บ้านจัดการสุขภาพ

หมู่บ้านจัดการสุขภาพ เป็นการพัฒนางานด้านสุขภาพอย่างเป็นขั้นตอน เป็นรูปธรรม เป็นกระบวนการพัฒนารูปแบบใหม่ที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรเอกชนอื่นๆ เป็นผู้สนับสนุนให้หมู่บ้าน/ชุมชน เป็นองค์กรที่สามารถจัดการตนเอง (Self Management Organization) หมู่บ้านจัดการสุขภาพเน้นกระบวนการจัดการด้านสุขภาพ 4 ด้าน 1) กระบวนการจัดทำแผนชุมชน 2) การบริหารจัดการงบประมาณด้านสุขภาพ 3) การจัดกิจกรรมแก้ไขปัญหาและพัฒนาสุขภาพ และ 4) การประเมินผลการดำเนินงาน เพื่อให้ชุมชนเกิดการเรียนรู้ร่วมกัน จนสามารถจัดการและพึ่งพากันเองได้ โดยมีเจ้าหน้าที่ที่เป็นพี่เลี้ยงและอำนวยความสะดวก (Facilitator) กระบวนการนี้จะช่วยให้ชุมชนเติบโตทางปัญญาและมีศักยภาพเพียงพอที่จะจัดการตนเองได้ไม่เฉพาะเรื่องสุขภาพเท่านั้น แต่เป็นรากฐานของการพัฒนาในด้านอื่นๆ ด้วย (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2551)

เป้าหมายสุดท้ายของหมู่บ้านจัดการสุขภาพคือ ประชาชนในหมู่บ้านหรือชุมชน พึ่งพากันเองทางสาธารณสุข โดยการพัฒนากระบวนการเรียนรู้ของชุมชนเอง รู้จักตนเอง เข้าใจตนเองและกำหนดอนาคตของชุมชนได้ เกิดเป็นชุมชนแห่งการเรียนรู้และการพึ่งพากันเองหรือจัดการกันเอง นอกจากชุมชนต้องมีความรู้ในการจัดการแล้ว ชุมชนต้องมีคุณธรรมเพื่อเป็นกรอบกำหนดพฤติกรรมหรือจัดระบบระเบียบการทำงานร่วมกันของหมู่บ้าน/ชุมชนหรือมีมาตรการทางสังคมที่เป็นตัวกำหนดคนในชุมชนให้อยู่ร่วมกันอย่างปกติสุข องค์ประกอบของหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ดังรูปภาพ 2-6



รูปภาพ 2-6 องค์ประกอบหมู่บ้านจัดการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2551)

ขั้นตอนการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ

ขั้นตอนที่ 1 สำรวจกลไกหลักและประเมินสถานการณ์

การสำรวจกลไกหลักและประเมินสถานการณ์การดำเนินงานด้านสุขภาพของหมู่บ้าน โดยการสำรวจและวิเคราะห์หมู่บ้าน/ชุมชนของตนเองว่า มีกลไกหลักในระบบสุขภาพภาคประชาชนหรือไม่ โดยอาจใช้เครื่องมือในการสำรวจที่มีอยู่ เช่น จปฐ. แบบประเมินตนเองเพื่อการเรียนรู้ร่วมกันของชุมชนในการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ แบบคัดกรองพฤติกรรมความเสี่ยงด้านสุขภาพ ฯลฯ แล้วสรุปข้อมูลที่ได้จากการสำรวจและข้อมูลที่เกี่ยวข้องนำเสนอในเวทีเรียนรู้ชุมชน กลไกหลัก คือมี *เจ้าภาพหลัก* ในการพัฒนาสุขภาพ ในที่นี้คือ อสม. ชมรมสร้างสุขภาพ กลุ่มแกนนำ องค์กรภาคี เครือข่ายอื่น ๆ รวมทั้งคนเก่ง คนดี ในหมู่บ้านที่พร้อมจะมาร่วมกันทำงานสุขภาพ *มีกองทุน* ซึ่งเป็นกองทุนที่ชาวบ้านระดมกันเอง เกิดเป็นกองทุนต่างๆและกองทุนที่ภาครัฐสมทบมาให้ เช่น กองทุนหมู่บ้านเอสเอ็มแอล กองทุนสุขภาพระดับตำบล ฯลฯ เป็นต้น กองทุนนี้ รวมถึงกองทุนต่างๆที่มีอยู่ในหมู่บ้านทั้งที่เกี่ยวข้องและไม่เกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพ และ*มีการนำองค์ความรู้และภูมิปัญญาท้องถิ่น* มาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อชุมชน เช่น การใช้ภูมิปัญญาเรื่องสมุนไพร ความเชื่อ วัฒนธรรม ประเพณีมาใช้เป็นสื่อหล่อหลอมและดึงดูดให้คนในหมู่บ้านมารวมกลุ่มทำกิจกรรมร่วมกัน เป็นต้น ผลที่คาดว่าจะเกิดในขั้นตอนนี้ จะช่วยให้การจัดทำแผนชุมชนและแผนสุขภาพเพื่อแก้ไขปัญหา และพัฒนาตรงจุด

ขั้นตอนที่ 2 สร้างเวทีการเรียนรู้ในหมู่บ้าน/ชุมชน

เป็นขั้นตอนของการนำกลไกทั้ง 3 กลุ่ม คือ กลุ่มองค์กร ทู และความรู้มาถูกรูปให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน สานกลไกทั้ง 3 ให้เกิดคุณค่ามากขึ้นกว่าเดิม โดยร่วมระดมความคิดในประเด็นต่างๆของหมู่บ้าน/ชุมชนด้วยการ กลุ่มองค์กร ภาคี/เครือข่าย มาทำประชาคม คุยกันถึงเรื่องสภาพความเป็นอยู่ของคนในหมู่บ้านในทุกแง่มุม ทุกด้าน ขั้นตอนนี้ถือว่าเป็นการวิเคราะห์สถานการณ์หมู่บ้าน/ชุมชนโดยคนในหมู่บ้าน/ชุมชนเอง ร่วมกันวิเคราะห์ถึงปัญหาหรือสิ่งที่ต้องการพัฒนาโดยวิเคราะห์ให้ลึกถึงสาเหตุของปัญหานั้นๆ ร่วมกันจัดบันทึก แดกประเด็นของเรื่องที่พูดคุย เพื่อนำสู่กระบวนการจัดทำแผนชุมชนในแต่ละเรื่องได้ง่ายขึ้น ผลที่คาดว่าจะได้รับจากขั้นตอนนี้ คือ ได้ปัญหาและข้อมูลต่างๆที่เป็นของจริงจากชุมชน ซึ่งจะทำให้การจัดทำแผนได้ละเอียดและครอบคลุมทุกปัญหา

ขั้นตอนที่ 3 กระบวนการทำแผนชุมชน

การร่วมกันวางแผนแก้ไขหรือพัฒนาหมู่บ้านจากการวิเคราะห์ในขั้นตอนที่ 2 ให้ได้แผนชุมชน นำแผนชุมชนที่ได้ประกาศให้ประชาชนทั้งหมู่บ้านได้รับรู้และมีส่วนร่วมในกระบวนการทำแผน อาจจะใช้วิธีการประชุม หรือจัดเวทีกลางบ้าน เพื่อให้ชุมชนได้มีโอกาสรับรู้ได้เสนอโต้แย้ง และประชาพิจารณ์แผนด้วย แผนชุมชนนี้ควรออกมาเป็นแผนรวมทุกเรื่อง ซึ่งเรียกว่าแผนชีวิต หรือ แผนแม่บทชุมชน และมีแผนสุขภาพเป็นแผนหนึ่งในนั้น แผนสุขภาพควรประกอบด้วย 2 ด้านใหญ่ๆ

คือด้านสร้างสุขภาพและด้านซ่อมสุขภาพ ซึ่งแผนสุขภาพทั้ง 2 ด้าน จะมีกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัญหาและความต้องการพัฒนาของประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชน ผลที่จะเกิดขึ้นในขั้นตอนนี้ คือ ได้แผนชุมชนหรือแผนแม่บทชุมชน ที่เป็นแผนรวมทุกเรื่องและมีแผนสุขภาพเป็นแผนย่อยแผนหนึ่งในแผนแม่บทนั้น

ขั้นตอนที่ 4 ปฏิบัติการตามแผน

การปฏิบัติตามแผนสุขภาพโดยเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน เลือกรากิจกรรมด้านสุขภาพและร่วมกันกำหนดว่ากิจกรรมใดควรทำก่อน ทำหลัง นำมาจัดลำดับ กิจกรรมใดทำโดยชุมชนเองทั้งหมด กิจกรรมใดต้องทำร่วมกับหน่วยงานหรือองค์กรอื่น กิจกรรมใดต้องเสนอให้หน่วยงานหรือองค์กรอื่นทำ จากนั้นจึงปฏิบัติตามแผนและผลที่คาดว่าจะได้รับจากขั้นตอนนี้เป็นการยืนยันผลการวิเคราะห์แผนอันนำไปสู่ความสำเร็จตามที่ชุมชนมุ่งหวังไว้

ขั้นตอนที่ 5 ประเมินผล

ชุมชนร่วมกันสรุปผลการดำเนินงานตามแผนพัฒนาสุขภาพของชุมชนที่กำหนดไว้ว่า การดำเนินงานมีความก้าวหน้าหรือไม่ เกิดความสำเร็จของกิจกรรมมากน้อยเพียงใด อาจจะประเมินระหว่างการทำงานหรือเมื่อเสร็จสิ้นภารกิจก็ได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับกิจกรรมของแผนสุขภาพที่ดำเนินการ จุดประสงค์การประเมินเพื่อยกระดับการพัฒนาหมู่บ้าน รวมทั้งได้ข้อมูลในการจัดทำแผนในปีต่อไป อาจใช้วิธีเวทีประชาคม การถอดบทเรียน หรือใช้แบบประเมินตนเองเพื่อการเรียนรู้ร่วมกันของชุมชนในการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ผลที่คาดว่าจะได้รับจากขั้นตอนนี้คือ ทราบว่าหมู่บ้านเป็นหมู่บ้านจัดการสุขภาพหรือไม่ มีภาคีเครือข่ายสุขภาพเข้ามามีส่วนร่วมมากน้อยเพียงใด ประชาชนมีส่วนร่วม และได้รับประโยชน์มากน้อยเพียงใด

การประเมินผลการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ

การจะเป็นหมู่บ้านจัดการสุขภาพหรือไม่นั้น หมู่บ้าน/ชุมชนต้องมีการดำเนินงานและประเมินผลอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน โดยการประเมินผลความสำเร็จของกระบวนการพัฒนาหมู่บ้านใน 5 ด้าน คือ การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการด้านสุขภาพ การจัดทำแผนด้านสุขภาพโดยชุมชน การจัดการงบประมาณเพื่อใช้ในการพัฒนาสุขภาพ การจัดกิจกรรมด้านสุขภาพในหมู่บ้าน และการประเมินผลการจัดการด้านสุขภาพในหมู่บ้านเพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องได้ใช้เป็นข้อมูลในการตัดสินใจกำหนดทิศทางและวางแผนการพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน (กระทรวงสาธารณสุข, 2551)

6. การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนกลับ (Reflection)

ได้อธิบายวงจรของกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 4 ขั้นตอน

ขั้นการวางแผน (Planning) เก็บรวบรวมข้อมูล เริ่มจากการสำรวจปัญหาและวิเคราะห์ ข้อมูลปัญหาที่สำคัญเพื่อนำมาแก้ไข ซึ่งดำเนินการได้หลายลักษณะ สำรวจสถานการณ์ของปัญหา เช่น ข้อมูลลักษณะก้างปลา สำรวจพฤติกรรม การสังเกต ข้อมูลจากการประเมินผู้ที่เกี่ยวข้อง วิธีการแก้ปัญหาแบบอย่างไร การปฏิบัติการแก้ไขอะไร จะต้องเปลี่ยนแปลงอะไร

ขั้นลงมือปฏิบัติ (Action) เป็นการนำแนวคิดที่กำหนดเป็นกิจกรรมในขั้นตอนการวางแผน ไขว้มาดำเนินการ ทดลองปฏิบัติจริง

ขั้นสังเกตการณ์ (Observation) เป็นการสังเกตการณ์เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ซึ่งสังเกตการณ์วิจัยเชิงปฏิบัติการ ผลการปฏิบัติการ พร้อมทั้งจดบันทึกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทั้งที่คาดหวัง และไม่ได้คาดหวัง การสังเกตนี้หมายถึงการรวบรวมข้อมูลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติการเห็นด้วยตา ยืนยันด้วยข้อมูลจาก 3 ฝ่าย (Triangulations) และโดยการใช้เครื่องมือ เช่นการบันทึกสนทนา การสัมภาษณ์ การใช้สังคมมิติ แบบสอบถาม การใช้แบบตรวจสอบรายการ

ขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) ขั้นการประเมินและตรวจสอบกระบวนการ สิ่งที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงาน การตรวจสอบปัญหาในแง่ทุมต่างๆ ผ่านกระบวนการอภิปรายปัญหา การประเมินโดยกลุ่ม ให้ได้แนวทางการพัฒนา ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมที่เป็นข้อมูลที่จะเป็นแนวทางไปสู่การปรับปรุง และวางแผนปฏิบัติต่อไป

ชนิดของการวิจัยเชิงประจักษ์เชิงปฏิบัติการ มีหลายรูปแบบ ประกอบด้วย

- 1) การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research: AR)
- 2) การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participation Action Research: PAR)

สิทธิณัฐ ประพุทธิติสาร (2545) แนวคิดของ PAR ถูกพัฒนาจากปัญหาของการ พัฒนาการแก้ปัญหาในสังคมที่ดำเนินการมายาวนาน แต่ปัญหาในสังคมยิ่งสลับซับซ้อนยุ่งยากมากขึ้น ในขณะเดียวกัน ปัญหาทางองค์ความรู้ที่เคยเชื่อว่าเกิดจากการวิจัยที่ผูกขาดโดยนักวิจัยที่มีทฤษฎี มีระเบียบวิธีที่เชื่อถือได้ทางวิทยาศาสตร์ องค์ความรู้บางอย่างนำไปช่วยให้ชีวิตความเป็นอยู่ของมนุษย์ ดีขึ้น แต่หลายส่วนที่องค์ความรู้กับปรากฏการณ์จริงที่หลากหลายโดยเฉพาะปรากฏการณ์ทาง สังคมศาสตร์กลับมีช่องว่างมากขึ้น ความรู้ทางเทคโนโลยีส่วนมากเป็นความรู้เฉพาะด้าน แก้ปัญหาได้ เฉพาะจุด และเทคโนโลยีบางครั้งกลับสร้างปัญหาใหม่ วนเวียนแบบนี้ตลอดไป ส่วนความรู้ด้านสังคม ถ้าไม่แคบก็กว้างเกินไปมีความเป็นนามธรรมสูง จึงไม่ช่วยให้แก้ปัญหาต่างๆ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่ง ความรู้ทางสังคมมีช่องว่างระหว่างความรู้และการปฏิบัติกว้าง อาจเป็นเพราะเรามองข้ามธรรมชาติ ของความจริงเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดกับมนุษย์หลายประการ เช่น

- ก. ธรรมชาติของความจริงมีความสลับซับซ้อนสัมพันธ์กันหมด ทั้งในระดับกว้างและระดับลึก คงไม่มี องค์ความรู้ใด โดยวิธีการทางวิทยาศาสตร์ที่จับต้องและทำความเข้าใจความจริงทั้งหมด ทำได้แค่ แยกส่วนและเจาะประเด็น หรืออาจทำความเข้าใจความสัมพันธ์ระดับกว้าง โดยเหมารวมว่า

- ความสัมพันธ์ระดับเล็กๆ ต่างๆ ไม่มีความหมายไม่มีอิทธิพล หากจะศึกษาแบบองค์รวมไปพร้อมๆ กับการเจาะลึกก็ไม่สามารถทำได้เช่นกัน
- ข. ข้อถกเถียงของนักวิชาการระหว่างความเป็นคนนอกและคนใน ในกระแสความคิดที่เชื่อใน วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี การจัดการความรู้จากผู้รู้ ผู้เชี่ยวชาญ ผู้ที่มีทรัพยากรมาก ทั้งหมดคือ คนนอก การจะสร้างความรู้ การจะเกิดการพัฒนา คนในทำไม่สำเร็จ บทบาทคนนอกจึงเหนือคน ใน ต่อมามีปัญหาด้านองค์ความรู้และการพัฒนา ประกอบกับสังคมศาสตร์มีกระบวนทัศน์เกี่ยวกับ ความรู้ความจริง และวิธีการแสวงหาความรู้ความจริงที่ปฏิเสธวิธีการแบบเดิม คือ กระบวนทัศน์ หลังความทันสมัย (Postmodernism) การพัฒนาที่กำหนดโดยคนใน คนนอกเป็นเพียง ผู้สนับสนุนไม่ใช่ผู้นำแบบเดิม ให้มีบทบาทนำ ทั้งการสร้างความรู้การใช้ความรู้ และการแก้ไขปัญหาจึงเป็นสิ่งจำเป็น ดังนั้นแนวทางที่น่าจะเข้าถึงความจริงได้อย่างใกล้เคียงมากที่สุดจึงน่าจะ อยู่ที่ผู้คนที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหา เข้ามามีบทบาทเป็นผู้กระทำการ เป็นผู้บอกเล่า ตีความ และให้นิยามความหมายด้วยตัวเอง ทั้งกลุ่มที่อยู่ร่วมกันหรือมีปัญหาาร่วมกัน นักวิจัยจึงต้อง ตระหนักและเปิดใจกว้างสำหรับความหลากหลายของวิธีวิทยาที่นำมาประยุกต์ใช้ ประเด็นนี้ที่ทำให้ การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นทางเลือกใหม่ที่สำคัญเพื่อแก้ปัญหาให้คนในชุมชน และเกิดความยั่งยืนของการแก้ปัญหาและการพัฒนาอย่างแท้จริง
- ค. การมีส่วนร่วมของประชาชน มีข้อโต้แย้งถึงการมีส่วนร่วมในหลายระดับ หลายประเด็น ทั้งในเรื่อง การตั้งคำถาม ว่าใครเป็นเจ้าของการพัฒนานั้น ใครเป็นผู้ลงมือทำการพัฒนา ใครเป็นผู้มีส่วนร่วม บ้าง ซึ่งมีการตั้งคำถามต่อการมีส่วนร่วมและศึกษาหาคำตอบ เกิดคำถามจำกัดความ การตีความที่ หลากหลาย โดยส่วนใหญ่เน้นย้ำว่าต้องสอดคล้องกับปรากฏการณ์จริง มีความน่าเชื่อถือ และ สอดคล้องกับปรัชญาการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม แต่โดยแท้จริงความอ่อนไหวของปัจจัย เงื่อนไขของแต่ละพื้นที่ แต่ละชุมชนที่ไม่สามารถยึดทฤษฎีและแนวคิดตายตัว และไม่สามารถ ดำเนินตามขั้นตอนแบบสูตรสำเร็จ ดังนั้นความหลากหลายของรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบ มีส่วนร่วมจึงเป็นการวิจัยที่ยืดหยุ่นสูง

สรุป วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม จึงเป็นกระบวนการวิจัยที่น่าจะสะท้อนความ จริงที่มีความแตกต่างหลากหลาย ซับซ้อนและมีพลวัตได้ดีที่สุด โดยไม่มีรูปแบบตายตัว ไม่มีสูตรสำเร็จ แต่เป็นวิธีที่เปิดกว้าง ยืดหยุ่น และความลงตัวอยู่ที่สถานการณ์และการเปลี่ยนแปลงทางสังคม

วิธีการคิดและวิธีปฏิบัติให้คนที่อยู่กับปัญหาในบริบทของชุมชนเป็นศูนย์กลาง ดำเนินการ แก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ โดยความร่วมมือจากนักวิชาการและนักพัฒนาจากภายนอกชุมชน และใช้ กระบวนการเรียนรู้ เพื่อนำไปสู่เป้าหมายการพัฒนาขีดความสามารถในการวิเคราะห์ และจัดการ แก้ปัญหาของกลุ่มผู้อยู่กับปัญหาให้ประสบความสำเร็จอย่างยั่งยืน (สิทธิณัฐ ประพุทธนิตินสาร, 2545) เป็นวิธีการที่เหมาะสมที่ประยุกต์ใช้กับปัญหาและสถานการณ์ที่แตกต่างกัน ทำให้บทบาท

นักวิชาการเป็นเพียงผู้ให้คำปรึกษาที่คอยกระตุ้น แนะนำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขององค์กร ในการสร้างความสำเร็จในการพัฒนา และนำไปสู่การคิดใหม่ (Rethinking) และการปรับโครงสร้าง (Restructuring) ของความสัมพันธ์ในชุมชน/องค์กร (William, Foote & Whyte, 1991)

การทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมิใช่การวิจัยใหม่ มีนักวิชาการและนักพัฒนาได้พยายามสังเคราะห์ปัญหาและศักยภาพของงานวิจัยและงานพัฒนาส่วนหนึ่งแล้วพยายามเชื่อมโยงสาระสำคัญของการพัฒนาและการวิจัยออกเป็นการวิจัยแบบมีส่วนร่วม หรือการวิจัยและพัฒนา ในเบื้องต้น PAR จึงเป็นงานวิจัยรูปแบบหนึ่งที่ทำกับชุมชนมีการเชื่อมโยงกับส่วนที่เป็นวิจัย และส่วนที่เป็นการพัฒนาหรือแก้ปัญหา เข้าด้วยกัน (สิทธิธัญ ประพุทธนิตสาร, 2545) จากการทบทวนวรรณกรรมสามารถสรุปสาระสำคัญของการวิจัยแบบนี้ ได้ดังนี้

วิวัฒนาการของแนวคิดการปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

ที่ผ่านมาแนวคิดในการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมของประชาชน (Participation) เป็นที่ยอมรับและเป็นเงื่อนไขที่จำเป็น และมีการเรียกร้องให้องค์ความรู้จากการวิจัยเชื่อมโยงสู่การปฏิบัติมากขึ้น จึงได้มีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ที่พยายามมุ่งหาความรู้ภาคปฏิบัติ โดยบทบาทหลักยังเป็นของนักวิจัย แต่พบว่างานวิจัยเชิงปฏิบัติการก็ยังมีปัญหา กล่าวคือ นักวิจัยส่วนใหญ่ทำวิจัยเชิงประยุกต์เมื่อได้ข้อสรุปก็จะอ้างว่าเป็นงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ ยิ่งไปกว่านั้นแนวทางการวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นวิธีที่ใช้วิธีการทางวิทยาศาสตร์แก้ปัญหาทางการปฏิบัติในการเข้าถึงความรู้และทฤษฎี ดังนั้นงานวิจัยเหล่านี้จึงนำไปสู่ทางตันของเป้าหมาย (Goal) และการริเริ่ม (Initiative) ซึ่งความรู้ทางวิทยาศาสตร์มีความเข้มข้น ตายตัวไม่ยืดหยุ่น (Scientific Rigor) และการแก้ปัญหาทางวิทยาศาสตร์นั้นทำให้เกิดปัญหาตามมามากอีกปัญหาหนึ่งเสมอ การแก้ปัญหาหนึ่งจึงต้องอาศัยบุคคลที่อยู่กับปัญหาเข้าไปเป็นผู้ร่วมเพื่อการพัฒนา (Participant) ในกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติ (Elden & Levin ใน Whyte, 1991) ภายหลังจึงมีการปรับปรุงวิจัยรูปแบบใหม่ ซึ่งเรียกการวิจัยลักษณะนี้ว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research for Development) เริ่มมีบทบาทมากขึ้น

การทบทวนงานวิจัยหรือการพัฒนาแบบดั้งเดิมที่ผ่านมาพบข้อเท็จจริงที่เป็นความเห็นร่วมว่า ความร่วมมือของประชาชนอยู่ในวงจำกัดทั้งในแง่การมีส่วนร่วมและการรวบรวมข้อมูลปัญหาทั้งหลายเพื่อการวิจัยก็อยู่ในวงจำกัด ประชาชนผู้เป็นเจ้าขององค์ความรู้ และเอื้อประโยชน์แก่ผู้เข้ามาวิจัยไม่ได้อะไรจากงานวิจัยเหล่านั้น ดังนั้นงานวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมจึงเป็นเรื่องที่มากกว่างานวิจัยแบบเดิม มากกว่าการพัฒนาแบบเดิม แต่เป็นการวิจัยที่เป็นการเรียนรู้ เป็นการเก็บข้อมูลร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและชาวบ้าน เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้มาแก้ปัญหาชุมชนโดยทันทีทันใดและต้องทำร่วมกันเป็นหมู่คณะ ในแง่การสร้างองค์ความรู้หรือทฤษฎีก็มีปัญหา ซึ่ง Berger & Luckmann (1971) เสนอแนวคิดว่า ความจริงเป็นสิ่งที่ถูกสร้างขึ้นทางสังคม (Reality is socially constructed)

ซึ่งหมายความว่าทฤษฎีหรือองค์ความรู้เกี่ยวกับโลกของนักวิทยาศาสตร์ไม่จำเป็นที่จะต้องถูกต้อง/ใช้ได้/มีเหตุผลมากเกินไปกว่าเป็นองค์ความรู้ของการรับรู้โลกที่พวกเขาสร้างขึ้นมาอธิบาย ดังนั้น ทฤษฎีและองค์ความรู้จึงเป็นผลผลิตทางสังคมที่สามารถปรับเปลี่ยน พัฒนาผ่านกระบวนการตรวจสอบและสืบค้นใหม่เสมอ และองค์ความรู้หนึ่งๆก็ถูกสร้างมาจากอิทธิพลของสถานการณ์เฉพาะ กระบวนการ PAR จึงเหมาะสมที่จะนำมาใช้เป็นกระบวนการสืบค้นหาองค์ความรู้ใหม่ๆ ที่ปรับเปลี่ยนไปตามบริบท และเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่อธิบายปรากฏการณ์ทางสังคมโดยผู้คนที่อยู่กับปัญหา/ปรากฏการณ์นั้น เป็นผู้ผลิตสร้างความรู้ขึ้นมาเอง

โดยสรุป การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม คือ กระบวนการที่ผู้คนจำนวนหนึ่งในองค์กรหรือชุมชน เข้ามาร่วมศึกษาปัญหาโดยกระทำร่วมกันกับนักวิจัย ผ่านกระบวนการวิจัยตั้งแต่ต้นจนกระทั่งเสร็จสิ้นการเสนอผลและการอภิปรายผลการวิจัย เป็นการริเริ่มของผู้คนที่อยู่กับปัญหา (Problems People) ค้นหาปัญหาที่ตนเองมีอยู่ร่วมกับนักวิชาการ จึงเป็นกระบวนการที่ผู้คนในองค์กรหรือชุมชนไม่ใช่ผู้ถูกระทำ แต่เป็นผู้กระทำการที่มีส่วนร่วมอย่างกระตือรือร้นและมีอำนาจร่วมกันในการวิจัย (Whyte, 1991)

เริ่มต้นกระบวนการ PAR ถูกเสนอว่าเป็นการผสมผสานระหว่างการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและการวิจัยแบบมีส่วนร่วมด้วยกัน โดยทั้งสองแนวคิดมีความแตกต่างคือ การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant Observation) เป็นการที่นักวิจัยทำการสังเกตเพื่อเก็บข้อมูลภาคสนาม โดยนักวิจัยเข้าร่วมเป็นสมาชิกของสังคม ส่วนการวิจัยแบบมีส่วนร่วม (Participatory Research) นั้น เป็นการมีชาวบ้านเข้ามามีส่วนร่วมในการวิจัย เป็นวิธีการที่เหมาะสมกับโครงการวิจัยประเภทประยุกต์ให้ชาวบ้านเป็นนักวิจัย โดยมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูล และช่วยวิเคราะห์ข้อมูล ตลอดจนช่วยหาวิธีแก้ไข ปัญหาหรือส่งเสริมกิจกรรมนั้นๆ นักวิชาการได้พยายามพัฒนาการวิจัยแบบมีส่วนร่วมโดยเป็นวิธีการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่อาศัยการมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันจากทุกๆฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการวิจัย ตั้งแต่การระบุปัญหา การดำเนินการติดตามผลจนถึงขั้นประเมินผล โดยการวิจัยลักษณะนี้จะประกอบด้วย ปฏิบัติการ (Action) และการมีส่วนร่วม (Participation) เป็นองค์ประกอบสำคัญ ซึ่งปฏิบัติการหมายถึง กิจกรรมที่โครงการต้องการดำเนินการและเป็นกิจกรรมด้านใดด้านหนึ่ง ส่วนการมีส่วนร่วมหมายถึง การมีส่วนเกี่ยวข้องกับทุกฝ่ายที่ร่วมกับกิจกรรมวิจัย ได้แก่ร่วมกันวิเคราะห์สภาพปัญหาหรือสถานการณ์อันใดอันหนึ่งแล้วร่วมในกระบวนการตัดสินใจและดำเนินการจนสิ้นสุด การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม จึงได้นำแนวคิด 2 ประการดังกล่าวมาผสมกัน (สุภางค์ จันทวานิช, 2531)

กระบวนการ PAR

ขั้นตอนการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ปารีชาติ วัลย์เสถียร (2543) สรุปขั้นตอน PAR มี 5 ขั้นตอน คือ

- 1) ระยะก่อนทำวิจัย (Pre-Research Phase) ได้แก่ การคัดเลือกชุมชนและการเข้าถึงชุมชนการบูรณาการตัวนักวิจัยเข้าสู่ชุมชน การสำรวจข้อมูลเบื้องต้นของชุมชน การเผยแพร่แนวคิด PAR แก่ชุมชน
- 2) ระยะของการวิจัย (Research Phase) การศึกษาวิเคราะห์ปัญหาพร้อมกับชุมชน การฝึกอบรมทีมวิจัยท้องถิ่น การวิเคราะห์ปัญหาซึ่งอาจเกิดขึ้นในกระบวนการ PAR และกำหนดแนวทางแก้ไขการออกแบบการวิจัยและการเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การนำเสนอข้อมูลต่อที่ประชุม
- 3) ระยะการจัดทำแผน (Planning Phase) การอบรมทีมงานวางแผน การกำหนดโครงการหรือกิจกรรม การศึกษาความเป็นไปได้ของแผนงาน การแสวงหางบประมาณและหน่วยงานที่สนับสนุนการวางแผนเพื่อติดตามและประเมินผล
- 4) ระยะการนำแผนไปปฏิบัติ (Implementation Phase) การกำหนดทีมงานปฏิบัติงานอาสาสมัคร การอบรมทีมงานปฏิบัติอาสาสมัคร
- 5) ระยะติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงาน (Monitoring and Evaluation Phase) จัดตั้งทีมติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงานของหมู่บ้านขึ้นมาติดตามการดำเนินงานของฝ่ายปฏิบัติเป็นระยะ เสนอผลการประเมินต่อที่ประชุมหมู่บ้าน

จากการวิเคราะห์ปัจจัยสำเร็จร่วมการจัดการสุขภาพของแรงงานต่างชาติจากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยนำแนวคิดและทฤษฎีต่างๆ มากำหนดเป็นกรอบแนวทางในการจัดการสุขภาพของแรงงานต่างชาติในค่ายพัก โดยประยุกต์แนวคิดทฤษฎีจากการทบทวนเอกสารดังนี้

ประยุกต์ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมในการร่วม (Mikkelsen & Britha, 1995) ที่ออกแบบการมีส่วนร่วมจากภาคี 3 ภาคส่วน ร่วมกันดำเนินงานจัดการปัญหาสุขภาพของแรงงานต่างชาติ โดยประยุกต์ใช้ยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพของกฎบัตรออสตาวาเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ 5 องค์ประกอบ คือ 1) การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ 2) การสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ 3) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล 4) การสร้างสรรค์กิจกรรมในชุมชนให้เข้มแข็ง และ 5) การปรับระบบบริการสาธารณสุข (World Health Organization, 1978)

แนวคิดทฤษฎีอธิบายพฤติกรรมสุขภาพ คือ Health belief model ที่นำมาใช้เพื่อทำความเข้าใจการรับรู้ของแรงงานต่างชาติ การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และรับรู้ถึงปัญหาอุปสรรค ในการปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติพฤติกรรมด้านสุขภาพของแรงงานต่างชาติ

แนวคิด Social learning Theory มาประยุกต์ใช้ในงานวิจัยในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของแรงงานต่างชาติ ให้เชื่อว่าหากให้แรงงานต่างชาติปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่พึงประสงค์

นอกจากการส่งเสริมการเรียนรู้ภายในตัวแรงงานต่างชาติแล้ว ยังส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในสังคมที่แรงงานต่างชาติอาศัยร่วมกันด้วย

ทฤษฎีความสามารถของตนเอง นั้นนำมาใช้ในกระบวนการพัฒนาศักยภาพของคณะทำงาน เพื่อให้คณะทำงานเห็นศักยภาพของตนเองว่ามีความสามารถที่จะทำกิจกรรมต่างๆ ให้ประสบความสำเร็จได้ และแนวคิดระบบสุขภาพภาคประชาชน ที่เน้นให้แรงงานต่างชาติมีความรู้ เกิดความตระหนัก ความเข้าใจ จนร่วมมือกันดูแลและบริหารจัดการให้เกิดสุขภาวะที่ดีขึ้นพื้นฐานด้วยตนเอง ด้วยการจัดการกระบวนการให้เกิดการสนับสนุนองค์ความรู้ เทคโนโลยีและทรัพยากรที่จำเป็นจากภาครัฐ ภาคเอกชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เน้นการจัดการเพื่อให้แรงงานต่างชาติมีความสามารถในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง และประยุกต์ใช้แนวคิดหมู่บ้านจัดการสุขภาพที่กำหนดการพัฒนาเป็นลำดับขั้นตอนอย่างชัดเจน เน้นให้สามารถจัดการตนเอง (Self Management Organization) ด้วยกระบวนการจัดการด้านสุขภาพ 4 ด้าน 1) กระบวนการจัดทำแผนงานโครงการเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เป็นประเด็นปัญหา 2) การบริหารจัดการงบประมาณด้านสุขภาพ 3) การจัดกิจกรรมแก้ไขปัญหและพัฒนาสุขภาพ และ 4) การประเมินผลการดำเนินงานเพื่อให้ชุมชนเกิดการเรียนรู้ร่วมกัน จนสามารถจัดการและพึ่งพากันเองได้ กระบวนการแก้ปัญหาสุขภาพหลังจากวางแผนงาน ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ดำเนินงานเป็นวงจรตามลำดับในขั้นวางแผน (Plan) ขั้นดำเนินการ/ปฏิบัติการตามแผน (Act) ขั้นประเมินผลและตั้งข้อสังเกต (Observe) และขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflect) เพื่อประเมินผลและทบทวนผลร่วมกัน เป็นข้อมูลสู่การปรับแผนพัฒนาปรับปรุงการดำเนินงานในวงรอบถัดไป ร่วมกับประเมินผลโครงการ ตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของโครงการ หมุนเป็นวงจรพัฒนาขึ้นในทุกวงรอบ จนเกิดประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการสุขภาพของแรงงานต่างชาติในค่ายพักต่อไป

บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนาโปรแกรมการจัดการสุขภาพของแรงงานต่างชาติ : การวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยความร่วมมือของภาคแรงงาน ภาคเอกชน และภาครัฐ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการสุขภาพของแรงงานต่างชาติ และศึกษาปัจจัยสำเร็จและล้มเหลวของโปรแกรมการจัดการสุขภาพ ออกแบบเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) ซึ่งแบ่งเป็น 4 ระยะ คือ 1) ระยะการสร้างการมีส่วนร่วมกับภาคีที่เกี่ยวข้อง 2) ระยะการศึกษาเบื้องต้น 3) ระยะพัฒนาโปรแกรม และ 4) ระยะดำเนินงานตามโปรแกรม และมีระเบียบวิธีวิจัยดังสรุปในตาราง 3-1 ส่วนรายละเอียดดังแสดงต่อไปนี้

ตาราง 3-1 ขั้นตอนดำเนินงานใน 4 ระยะ กระบวนการ เครื่องมือ กลุ่มตัวอย่าง กระบวนการ และผลที่ได้รับ

ระยะ	การออกแบบวิจัย เครื่องมือ กลุ่มตัวอย่าง	ขั้นตอนดำเนินงาน
ระยะ 1: การสร้างการมีส่วนร่วมกับภาคีที่เกี่ยวข้อง	-เชิงคุณภาพ โดยใช้แบบสัมภาษณ์ชนิดไม่เป็นทางการ สังเกตแบบมีส่วนร่วม และบันทึกภาพถ่าย -กลุ่มตัวอย่างคือตัวแทนของสถานประกอบการที่ตอบรับเข้าร่วมวิจัย และผู้บริหารหน่วยบริการสาธารณสุข 2 แห่ง	-ส่งหนังสือขออนุญาตจากสถานประกอบการ 6 แห่ง ผลตอบรับ 1 แห่ง ประสานงาน-เข้าพบผู้บริหารสถานประกอบการ และหน่วยบริการ พุดคุย ชักถาม -ร่วมกิจกรรมของค่ายพัก 3 ครั้ง -ประสาน พบปะ พุดคุย กับผู้บริหารหน่วยบริการสาธารณสุข
ระยะ 2: การศึกษาเบื้องต้น	-เชิงคุณภาพ โดยใช้แบบสัมภาษณ์ชนิดไม่เป็นทางการ สังเกตแบบมีส่วนร่วม และบันทึกภาพถ่าย ร่วมกับวิเคราะห์เอกสารจากฐานข้อมูลสถิติการป่วยจากสถานประกอบการ หน่วยบริการ 2 แห่ง รายงาน 506 รพ.หาดใหญ่ -กลุ่มตัวอย่างคือ ตัวแทนผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติสถานประกอบการ 7 คน และตัวแทนผู้บริหารจากหน่วยบริการสาธารณสุข 2 คน	-ส่งหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากสถานประกอบการ หน่วยงานสาธารณสุข 3 แห่ง -ทบทวนเอกสารการฐานสถิติการป่วยวิเคราะห์ข้อมูล -สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง -นำผลการศึกษาในระยษะนี้ไปใช้พัฒนาแผนปฏิบัติการ
ระยะ 3: พัฒนาโปรแกรม	-เชิงคุณภาพ โดยใช้แบบสัมภาษณ์ชนิดไม่เป็นทางการ สังเกตแบบมีส่วนร่วม และบันทึกภาพถ่าย -ประชากรคือ คณะทำงาน 16 คน ซึ่งได้จากการคัดเลือกในระยะ 1	-ประชุมคณะทำงาน เพื่อคัดเลือกปัญหา -ร่างโปรแกรมวิจัยเชิงปฏิบัติการ 1 ปีซึ่งประกอบด้วย การพัฒนาศักยภาพคณะทำงานและการปฏิบัติตามแผนงานโครงการของโปรแกรม

ตาราง 3-1 ขั้นตอนดำเนินงานใน 4 ระยะ กระบวนการ เครื่องมือ กลุ่มตัวอย่าง กระบวนการ และผลที่ได้รับ (ต่อ)

ระยะ	การออกแบบวิจัย เครื่องมือ กลุ่มตัวอย่าง	ขั้นตอนดำเนินงาน
ระยะ 4: ดำเนิน งานตาม โปรแกรม	<p>ขั้นพัฒนาศักยภาพคณะทำงาน</p> <p>-before-after design</p> <p>-เครื่องมือและกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย</p> <p>workshop 1 การวินิจฉัยชุมชน และแบบสำรวจดัชนีสุขภาพ (S1) ที่สุ่มเก็บแรงงานต่างชาติ 340 คน; แบบประเมินกระบวนการ ความรู้ก่อน-หลัง กระบวนการ และความพึงพอใจ (E1, E3) สำหรับคณะทำงาน 16 คน</p> <p>workshop 2 การบริหารจัดการโครงการ และแบบสำรวจปัญหาที่เลือก (S2) ที่สุ่มเก็บแรงงานต่างชาติ 340 คน แบบประเมินกระบวนการ ความรู้ก่อน-หลัง และความพึงพอใจ (E2, E4)</p>	<p>-สำรวจข้อมูลสุขภาพ (S1) นำมาวิเคราะห์หาดัชนีสุขภาพ</p> <p>-จัด workshop 1 การวินิจฉัยชุมชน โดยนำผลดัชนีสุขภาพเป็น input แล้วจัดลำดับปัญหา ซึ่งสรุปปัญหาคือการจัดการขยะของค่ายพัก</p> <p>-ประเมินผล workshop 1 ด้วย E1 และ E3</p> <p>-สำรวจข้อมูลการจัดการปัญหาขยะ (S2) และสุ่มตรวจองค์ประกอบขยะ E1 และ E3</p> <p>-จัด workshop 2 การบริหารจัดการโครงการ โดยนำข้อมูลสำรวจปัญหาขยะเป็น input ให้เพื่อออกแบบแผนงาน/โครงการจัดการขยะ รวมทั้งวิธีและเครื่องมือประเมินโปรแกรม ผลที่ได้คือตัวโปรแกรมที่ประกอบด้วย 3 แผนงาน 5 โครงการ</p> <p>-ประเมินผล workshop 2 ด้วย E2 และ E4</p>
	<p>ขั้นปฏิบัติงานตามแผนงานโครงการในโปรแกรม</p> <p>-before-after design</p> <p>-เครื่องมือประกอบด้วย 3 แผนงาน และ 5 โครงการ เพื่อจัดการปัญหาขยะ; แบบประเมินการมีส่วนร่วม คณะทำงาน (E5) สำหรับคณะทำงาน 16 คนทุก 3 เดือน; แบบประเมินโครงการย่อย (E6+n) สำหรับแรงงานต่างชาติที่เข้าร่วมแต่ละโครงการเป็นระยะตาม และโครงการกำหนด; ประเมินเมื่อสิ้นสุดโครงการด้วยแบบประเมินภาพรวมโครงการ (Eall) และแบบประเมินผลลัพธ์โครงการ (S2) ที่สุ่มเก็บ 340 ตัวอย่าง รวมทั้งตัวแปรประเมินประสิทธิผลโครงการได้แก่ ความชุกสัตว์นำโรค ปริมาณขยะต่อเดือน ต่อต่อคน ต่อวัน รายจ่ายค่ากำจัดขยะต่อเดือน รายได้ค่าขายขยะรีไซเคิลต่อเดือน</p>	<p>-ทบทวนแผนงานโครงการ</p> <p>-จัดแบ่งงานและกำหนดผู้รับผิดชอบแต่ละโครงการ</p> <p>-กำหนดพื้นที่ในค่ายพักให้คณะทำงานส่วนแรงงานแต่ละคนรับผิดชอบติดตามกำกับนิเทศทุกโครงการของโปรแกรม</p> <p>-กำหนดให้ประชุมติดตามงานโดยคณะทำงานทุก 1 เดือน</p> <p>-จัดดูงาน 2 ครั้ง ตามความต้องการของคณะทำงาน</p> <p>-ประเมินกระบวนการเป็นระยะตามแผน</p> <p>-ประเมินผลลัพธ์เมื่อสิ้นสุดโครงการ</p>

ระยะการสร้างการมีส่วนร่วมกับภาคีที่เกี่ยวข้อง

ระยะการสร้างการมีส่วนร่วมกับภาคีที่เกี่ยวข้อง เป็นกระบวนการที่ผู้วิจัยเข้าพื้นที่จนเกิดความร่วมมือกับภาคีที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แรงงานต่างชาติ แรงงานสัมพันธ์ และเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพของภาครัฐในรูปแบบคณะทำงาน

1. การออกแบบการศึกษา
วิจัยเชิงคุณภาพ

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

สถานประกอบการทั้ง 6 แห่ง ในจังหวัดสงขลา ตามคุณสมบัติเกณฑ์คัดเข้าดังนี้

- ก. เป็นสถานประกอบการที่มีการจ้างแรงงานต่างชาติในกระบวนการผลิต และเป็นแรงงานต่างชาติที่ได้รับการจดทะเบียนการจ้างงานอย่างถูกกฎหมาย
- ข. เป็นสถานประกอบการที่มีการจัดระบบที่พักอาศัยของแรงงานต่างชาติในรูปแบบค่ายพัก และมีรูปแบบการดำเนินงานที่ชัดเจน
- ค. พื้นที่ค่ายพักของสถานประกอบการตั้งอยู่ในชุมชนซึ่งมีระบบจัดการที่มีผู้เกี่ยวข้องหลายภาคส่วน เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ศูนย์บริการสาธารณสุข และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล
- ง. พื้นที่ตั้งค่ายพักต้องไม่อยู่ในพื้นที่อำเภอหรือจังหวัดที่ถูกกำหนดเป็นพื้นที่เป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่ต้องดำเนินงานตามนโยบายด้านแรงงานต่างชาติ
- จ. เป็นสถานประกอบการที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย

จากเกณฑ์คัดเข้าพบสถานประกอบการที่มีคุณสมบัติครบ 6 แห่ง ในจังหวัดสงขลา แต่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยเพียง 1 แห่ง คือสถานประกอบการผลิตและแปรรูปอาหารทะเลขนาดใหญ่แห่งหนึ่งในอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา โดยเลือกค่ายพักปลักธง 1 ซึ่งมีแรงงานต่างชาติทั้งหมด 2,260 คน จาก 1,092 ครัวเรือน

3. เครื่องมือ

สัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ สังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant Observation) ร่วมกันเข้าร่วมกิจกรรมในค่ายพัก เพื่อเก็บข้อมูลสภาพทั่วไปของค่ายพัก รูปแบบและการบริหารงานขององค์กรบริหารงานค่ายพัก ปัญหาสุขภาพที่ภาคีสนใจ ปฏิทินกิจกรรมสันตนาการของค่ายพักและการเข้าร่วมกิจกรรม โดยบันทึกข้อมูลรายวัน และบันทึกด้วยภาพถ่าย

4. วิธีการและขั้นตอนดำเนินงาน

เดือนมกราคม พ.ศ. 2559 ผู้วิจัยส่งจดหมายในนามของคณะกรรมการจัดการสิ่งแวดล้อมมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ แก่สถานประกอบการทั้ง 6 แห่ง เพื่อขออนุญาตใช้พื้นที่ศึกษาวิจัย มีสถานประกอบการตอบรับให้ความร่วมมือในการวิจัย 1 แห่ง คือ สถานประกอบการผลิตและแปรรูปอาหารทะเลขนาดใหญ่แห่งหนึ่งในอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ต่อมาผู้วิจัยประสานงานกับเจ้าของสถานประกอบการเข้าพบเพื่อแนะนำตัวกับเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยส่งหนังสือจากมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการศึกษาวิจัยแก่หน่วยงานรัฐในพื้นที่ 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคอกหงส์ และศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองคอกหงส์ (บ้านปลักธง) เข้าไปแนะนำตัวผู้วิจัยด้วยตนเองเพื่อทำความรู้จัก ผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตัวกับแรงงานสัมพันธ์ในค่ายปลักธง 1 และแรงงานต่างชาติในค่ายพักด้วยตนเอง และเข้าร่วมกิจกรรม 3 ครั้ง กับแรงงานต่างชาติในค่ายพัก เก็บข้อมูลจากการสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant Observation) ที่ผู้วิจัยเข้า

ร่วมในกิจกรรมเปิดห้องครัวกลางของค่ายพัก พิธีทำบุญวันสงกรานต์ในค่ายพัก กิจกรรมการซ่อมแผนไฟไหม้

ระยะการศึกษาเบื้องต้น (Preliminary Study)

การศึกษาเบื้องต้นมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐานของค่ายพัก ปัญหาและความต้องการในการจัดการสุขภาพของแรงงานต่างชาติในค่ายพัก และบทบาทหน้าที่ ปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงานด้านสุขภาพที่ผ่านมา

1. การออกแบบการศึกษา

วิจัยเชิงคุณภาพ โดยการศึกษาเอกสาร (Documentary Study) และการสัมภาษณ์แบบเจาะจง (Purposive Interview)

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การเลือกประชากรตัวอย่างเพื่อเป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informant) โดยกำหนดเกณฑ์ดังนี้

- บุคลากรระดับบริหารและระดับปฏิบัติการของสถานประกอบการที่รับผิดชอบการดำเนินงานด้านแรงงานต่างชาติ
- บุคลากรระดับบริหารของหน่วยงานให้บริการสุขภาพแก่แรงงานต่างชาติในพื้นที่ตั้งค่ายพัก

กลุ่มตัวอย่างดังนี้

- ตัวแทนจากสถานประกอบการ 7 คน ได้แก่ ผู้จัดการแผนกบุคคล 1 คน หัวหน้าแผนกอาวุโสบริหารแรงงานต่างชาติ 1 คน หัวหน้าแรงงานสัมพันธ์ ค่ายปลักธง 1 1 คน และแรงงานสัมพันธ์ 4 คน
- ตัวแทนหน่วยงานให้บริการสุขภาพ 2 คน ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคอหงส์ และหัวหน้าศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองคอหงส์ (บ้านปลักธง)

3. การเก็บข้อมูลและเครื่องมือ

1) ฐานข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาได้แก่

- ฐานข้อมูลสถิติการลาป่วยของแรงงานต่างชาติจากโปรแกรม excel ของสถานประกอบการ ตั้งแต่ เดือนมิถุนายน ถึง สิงหาคม 2558 เพื่อวิเคราะห์ดัชนีด้านการเจ็บป่วย ได้แก่ อัตราป่วยทั่วไป อัตราป่วยด้วยโรคที่เฝ้าระวังทางระบาดวิทยา สัดส่วนการป่วยแยกตามกลุ่มโรค

- ฐานข้อมูลสถิติการใช้บริการสุขภาพของแรงงานต่างชาติ จากโปรแกรมสำเร็จรูประบบงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และศูนย์สุขภาพชุมชน (Java Health Center Information System: JHCIS) จากหน่วยงานให้บริการสุขภาพ 2 แห่งคือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคอหงส์ และศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองคอหงส์ (บ้านปลักธง) ย้อนหลัง 1 ปี เพื่อวิเคราะห์ดัชนีด้านการเจ็บป่วย เช่น อัตราป่วย อัตราป่วยด้วยโรคที่เฝ้าระวังทางระบาดวิทยา สัดส่วนการป่วยแยกตามกลุ่มโรค อัตราการมารับบริการ ดัชนีด้านสถิติชีพ เช่น อัตราตาย อัตราการย้ายเข้า ดัชนีด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อม เช่น อัตราการกำจัดขยะในครัวเรือน ดัชนีด้านอนามัยเจริญพันธุ์ เช่น อัตราการวางแผนครอบครัว ดัชนีด้านพฤติกรรมสุขภาพ เช่น อัตราการสูบบุหรี่ อัตราการล้างมือ
- ฐานข้อมูลสถิติข้อมูลระบาดวิทยา จากโปรแกรมสำเร็จรูปรายงาน 506 จากเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลหาดใหญ่ ย้อนหลัง ปี พ.ศ. 2551-2557 เพื่อวิเคราะห์ดัชนีการเจ็บป่วย เช่น อัตราป่วยด้วยโรคที่เฝ้าระวังทางระบาดวิทยา

การเก็บข้อมูลดัชนีด้านการเจ็บป่วย เช่น อัตราการป่วยทั่วไป อัตราการป่วยด้วยโรคที่เฝ้าระวังทางระบาดวิทยา จากฐานข้อมูลทั้ง 3 แหล่ง เพื่อตรวจสอบความสอดคล้อง และความน่าเชื่อถือของข้อมูล

2) แบบสัมภาษณ์แบบเปิด (open-ended interview) สำหรับตัวแทนเจ้าหน้าที่ของสถานประกอบการ และตัวแทนเจ้าหน้าที่หน่วยให้บริการสุขภาพ

ประเด็นการสัมภาษณ์ตัวแทนเจ้าหน้าที่ของสถานประกอบการ 1) ข้อมูลพื้นฐานของค่ายพัก ได้แก่ ด้านการบริหารจัดการในค่ายพัก การจัด ที่พัก ระเบียบการเข้าพัก การจัดบริการให้แก่แรงงานต่างชาติในค่ายพัก การจัดการสาธารณสุขโรค การจัดการความปลอดภัย การจัดระบบสุขภาพและสิ่งแวดล้อม การจัดการขยะมูลฝอย การสุขภาพอาหาร การจัดการด้านสุขภาพ 2) ปัญหาสุขภาพที่ผ่านมาของแรงงานต่างชาติ และความต้องการการจัดการสุขภาพของแรงงานต่างชาติในค่ายพัก 3) บทบาทหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการด้านสุขภาพของแรงงานต่างชาติในค่ายพักที่ผ่านมา

ประเด็นการสัมภาษณ์ตัวแทนเจ้าหน้าที่หน่วยให้บริการสุขภาพ ได้แก่ 1) รูปแบบการจัดบริการสุขภาพแก่แรงงานต่างชาติในสถานบริการ และชุมชน 2) บริการสุขภาพที่แรงงานต่างชาติมารับบริการ 3) การดำเนินงานเมื่อเกิดโรคระบาดในแรงงานต่างชาติ 4) ระบบการจัดเก็บข้อมูลสุขภาพ ข้อมูลพื้นฐานของแรงงานต่างชาติ 5) ระบบการรับ-การส่งต่อข้อมูลแรงงานต่างชาติที่ป่วยด้วยโรคที่ต้องติดตามและดูแลต่อเนื่อง 6) ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพระบบข้อมูลระบบการส่งต่อของแรงงานต่างชาติที่ผ่านมา

3) แบบสังเกต และการบันทึกภาพถ่าย

ประเด็นในการสังเกต และบันทึกภาพถ่ายได้แก่ ผังรูปแบบการจัดพื้นที่ค่ายพัก การจัดแบ่งพื้นที่ การกำหนดตำแหน่ง สภาพบ้านพัก โครงสร้างที่พัก การจัดการสุขาภิบาลและสิ่งแวดล้อม การจัดการขยะ การจัดการระบบสาธารณสุขโรค การจัดพื้นที่สาธารณะ การจัดระบบความปลอดภัย

4. วิธีการและขั้นตอนดำเนินงาน

ในระยณะนี้ ใช้วิธีวิจัยศึกษาเชิงคุณภาพโดยแบบสัมภาษณ์ การสังเกตภาคสนาม และการทบทวนเอกสารจากฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์ที่มีอยู่ในโรงงาน จากรายงานการลาป่วยของพนักงาน แรงงานต่างชาติที่มีใบรับรองแพทย์ ทุกสถานบริการที่รักษาปี พ.ศ. 2558 ข้อมูลระบาดวิทยาจากเครือข่ายปฐมภูมิโรงพยาบาลหาดใหญ่ ปี 2552-2558 และข้อมูลผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคอหงส์ และศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองคอหงส์ (ปลักธง) สัมภาษณ์ตัวแทนผู้ให้สัมภาษณ์คือ หัวหน้าแผนกอาวุโสบริหารแรงงานต่างชาติ หัวหน้าแรงงานสัมพันธ์ ค่ายปลักธง 1 ตัวแทนแรงงานสัมพันธ์ คณะกรรมการสวัสดิการบ้านพักแรงงานต่างชาติ 4 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคอหงส์ และหัวหน้าศูนย์บริการสาธารณสุขบ้านปลักธง ข้อมูลที่รวบรวมประกอบด้วยข้อมูลที่อยู่อาศัย สภาพความเป็นอยู่สวัสดิการ และสิ่งอำนวยความสะดวก

เก็บข้อมูลจากการสังเกต และการเก็บภาพถ่าย ผู้วิจัยเข้าไปสังเกต และบันทึกภาพถ่ายในค่ายพักในวันที่นัดสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่จากสถานประกอบการ

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

- นำข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการสัมภาษณ์ การสังเกต และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ การตีความสร้างข้อสรุปแบบอุปนัย (Inductive) การแปลความโดยอาศัยความรู้และเข้าใจของผู้วิจัย สรุปประเด็นร่วม และตรวจสอบข้อมูล
- ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) วิเคราะห์โดยค่าความถี่ ร้อยละ อัตราป่วย อัตราความชุกโรค

ผลการศึกษาเบื้องต้นในระยณะนี้ นำมาออกแบบโปรแกรมการจัดการสุขภาพในระยณะต่อไป

ระยะพัฒนาโปรแกรม

1. การออกแบบการศึกษา

การประชุมระดมความคิดเห็นจากคณะทำงาน โดยใช้ข้อมูลจากการศึกษาเบื้องต้นจากระยะ 2

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

หัวหน้าแผนกอาวุโสบริหารแรงงานต่างชาติ 1 คน หัวหน้าแรงงานสัมพันธ์ค่ายปลักธง 1 คน แรงงานสัมพันธ์ 4 คน คณะกรรมการสวัสดิการบ้านพัก 9 คน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคองหงส์ 1 คน และหัวหน้าศูนย์บริการสุขภาพเทศบาลเมืองคองหงส์ (ปลักธง) และผู้วิจัย รวม 18 คน

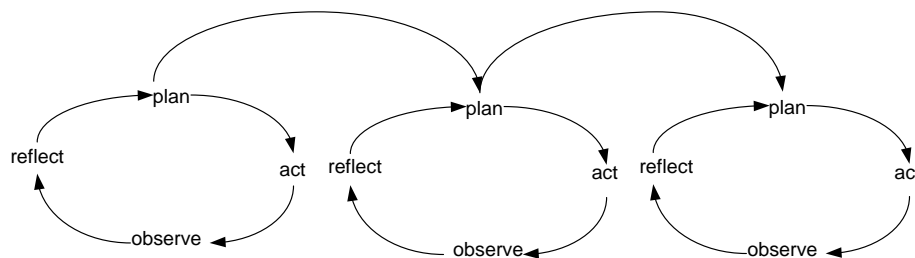
3. วิธีการและขั้นตอนดำเนินงาน

ผู้วิจัยนำข้อมูลจากผลการสำรวจข้อมูลทุติยภูมิของหน่วยบริการสาธารณสุข และข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์ การสังเกต การบันทึกภาพ ข้อมูลพื้นฐานของค่ายพัก สถานะสุขภาพและความต้องการจัดการสุขภาพในค่ายปลักธง 1 เสนอในที่ประชุมเพื่อคัดเลือกปัญหาของค่ายปลักธง 1 ในวันที่ 11 ธันวาคม 2559 โดยผู้วิจัยประสานงานกับหัวหน้าแรงงานสัมพันธ์ ที่ประชุมประกอบด้วยหัวหน้าแผนกอาวุโสบริหารแรงงานต่างชาติ หัวหน้าแรงงานสัมพันธ์ค่ายปลักธง 1 แรงงานสัมพันธ์ 4 คน คณะกรรมการสวัสดิการบ้านพัก 9 คน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคองหงส์ หัวหน้าศูนย์บริการสุขภาพเทศบาลเมืองคองหงส์ (ปลักธง) รวมผู้วิจัย 18 คน

ระยะดำเนินงานตามโปรแกรม

1. การออกแบบโปรแกรมจัดการขยะ

คณะทำงานพัฒนาโปรแกรมการจัดการสุขภาพของแรงงานต่างชาติในค่ายพัก โดยใช้หลักการของวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ในแต่ละขั้นตอนการดำเนินงาน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ การวางแผน (Plan) การปฏิบัติการ (Act) การสังเกตผลการปฏิบัติ (Observe) และการสะท้อนการปฏิบัติ (Reflect) เพื่อปรับปรุงการดำเนินงานตลอดระยะเวลาการดำเนินงานเป็นขั้นตอนที่หมุนวนต่อเนื่อง และสามารถกระทำซ้ำได้หลายรอบเหมือนขดลวด (Kemmis & McTaggart, 1990; Costello, 2003) โดยออกแบบโปรแกรมเป็นแบบเปรียบเทียบผลงานก่อน-หลัง (before-after design) ดังรูปภาพ 3-1



รูปภาพ 3-1 กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการการจัดโปรแกรมการจัดการสุขภาพในแรงงานต่างชาติ
ที่มา: Dencombe (2003)

2. ประชากรตัวอย่าง (Sampling Population) และการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง (Sampling Calculation)

ประชากรศึกษา (Study Population): แรงงานต่างชาติในค่ายพัก จำนวน 2,260 คน

การคำนวณประชากรตัวอย่าง (Sampling Population): ใช้สูตรการหาขนาดตัวอย่างแบบทราปจำนวนประชากร เมื่อกำหนดขนาดความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 และกำหนดขนาดความผิดพลาดไม่เกินร้อยละ 5 โดยใช้สูตรของ Taro Yamane (1973) ดังนี้

$$n = \frac{N}{1+N(e)^2}$$

เมื่อ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง N = จำนวนประชากร e = ค่าความคาดเคลื่อน (ใช้ 0.05)

วิธีการสุ่มตัวอย่าง: ใช้การสุ่มแบบมีระบบ (Systematics Random Sampling) โดยเรียงลำดับห้องพัก 1,092 ห้อง ตามลำดับเลขห้อง แล้วเลือกตัวอย่างจากห้องพักห้องละ 1 คน แบบจับสลากแบบเลือก 1 ห้อง เว้น 3 ห้อง จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 340 คน

3. เครื่องมือและวิธีการ

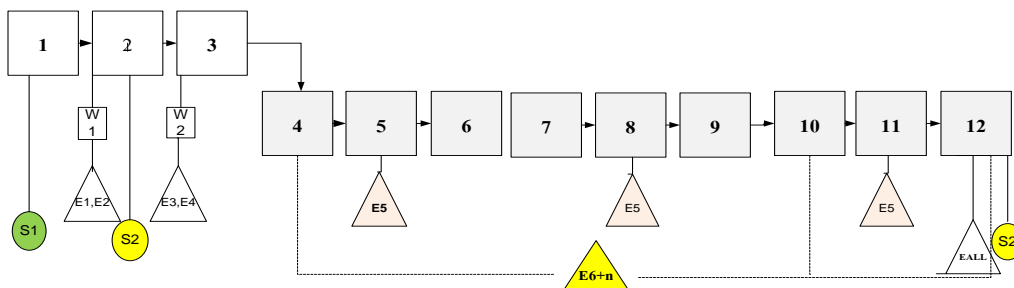
1) โปรแกรมการจัดการปัญหาขยะ

แผนภูมิ 3-1 แสดงโปรแกรมการจัดการขยะในค่ายพักแรงงานต่างชาติ ซึ่งพัฒนาจากคณะทำงานจาก 16 คน จาก 3 ภาคคือ ภาครัฐ (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข) 2 คน ภาคเอกชน (แรงงานสัมพันธ์) 4 คน ตัวแทนแรงงานต่างชาติ 9 คน (คณะกรรมการสวัสดิการบ้านพัก) และผู้วิจัย 1 คน ประกอบด้วยขั้นพัฒนาศักยภาพของคณะทำงานด้านการวินิจฉัยชุมชนในเดือนที่ 1-3 โดยใช้ workshop การวินิจฉัยชุมชน (W1) ให้คณะทำงานสามารถวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพ เพื่อระบุปัญหาและจัดลำดับความสำคัญของปัญหา จนเลือกปัญหาขยะเพื่อดำเนินการแก้ไข และวัดผลการอบรม W1 โดยประเมินคะแนนความรู้เปรียบเทียบก่อนและหลังการอบรม (E1) และประเมินความพึงพอใจ (E2) หลังจากระบุปัญหาขยะแล้ว จะเริ่มพัฒนาศักยภาพของคณะทำงานด้วย Workshop การบริหารจัดการโครงการ (W2) เพื่อจัดทำแผนงาน/โครงการจัดการขยะ แล้ววัดผลการอบรมโดยประเมินคะแนนความรู้เปรียบเทียบก่อนและหลังการอบรม (E3) และประเมินความพึงพอใจ (E4)

หลังอบรม ทั้งนี้ ก่อนเริ่มแต่ละ workshop จะใช้แบบข้อมูล (S1, S2) และวิเคราะห์ผลเพื่อนำมาใช้เป็น input ในแต่ละ workshop

ส่วนช่วงเดือนที่ 4-12 เป็นช่วงปฏิบัติงานตามแผนงาน/โครงการจัดการขยะ ใช้แบบประเมินผลกระบวนการของแต่ละโครงการย่อย (E6+n) และแบบประเมินการมีส่วนร่วมของทีม (E5) ทุก 3 เดือนเพื่อพัฒนาและปรับปรุงการดำเนินงาน (Reflect, Act) ในที่ประชุมคณะทำงานซึ่งกำหนดไว้ 1 ครั้งต่อเดือน

หลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการจัดการขยะ จะประเมินผลประสิทธิผลของโปรแกรมในภาพรวมก่อน-หลัง (S2) โดยสำรวจเปรียบเทียบดัชนีสุขภาพที่เป็นปัญหาโดยใช้แบบสำรวจ S2 ซ้ำอีกครั้ง และประเมินความพึงพอใจต่อการจัดโปรแกรมในภาพรวม (EALL)



สัญลักษณ์	
S1	สำรวจข้อมูลเบื้องต้นดัชนีสาธารณสุข
S2	สำรวจข้อมูลของปัญหาที่เลือก
W1	workshop วิจารณ์ชุมชน
W2	workshop การบริหารจัดการโครงการ
E1	ประเมินความรู้ก่อน-หลังอบรมวิจารณ์ชุมชน
E2	ประเมินความพึงพอใจหลังอบรมวิจารณ์ชุมชน
E3	ประเมินความรู้ก่อน-หลังอบรมการเขียนแผนงาน/โครงการ/ประเมินผล
E4	ประเมินความพึงพอใจอบรมการเขียนแผนงาน/โครงการ/ประเมินผล
E5	ประเมินการมีส่วนร่วมโดยทีม ทุก 3 เดือน
E6+n	ประเมินผลโครงการย่อย ประเมินกระบวนการ (Process evaluation)
EALL	ประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม ประเมินผลลัพธ์ (Product evaluation)

- สัญลักษณ์: 1 เดือนที่ดำเนินการตั้งแต่เดือนที่ 1 ถึง เดือนที่ 12
 การประเมินผล
 การสำรวจข้อมูล

แผนภูมิ 3-2 โปรแกรมการจัดการสุขภาพแรงงานต่างชาติในค่ายพัก

2) การอบรมเชิงปฏิบัติการ (workshop) เพื่อพัฒนาศักยภาพคณะทำงาน มี 2 workshop (ดูเครื่องมือในภาคผนวก ก) ได้แก่

workshop การวินิจฉัยชุมชน (W1) จัดให้คณะทำงาน 16 คน ใช้กระบวนการจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคองหงส์ ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เพื่อให้คณะทำงานเข้าใจความหมายของสุขภาพชุมชน เหนือกว่าการวัดด้านสุขภาพ ตัวชี้วัดสุขภาพ และประเมินผลการอบรมเชิงปฏิบัติการการวินิจฉัยชุมชน ด้วยเครื่องมือ (E1, E3)

workshop การบริหารจัดการโครงการ (W2) จัดให้คณะทำงาน 16 คน ผู้วิจัยเป็นกระบวนกร จัดประชุม จำนวน 3 ครั้ง ตามข้อเสนอของการอบรมเชิงปฏิบัติการวิจจัยชุมชน (W1) เพื่อให้คณะทำงานสามารถเขียนแผนงาน/โครงการ/การประเมินผล แก้ไขปัญหาที่เลือก ประเมินผล การอบรมเชิงปฏิบัติการการบริหารจัดการโครงการ ด้วยเครื่องมือ (E2, E4)

3) การประเมินผล ใช้เครื่องมือ 2 แบบคือ

เครื่องมือประเมินกระบวนการ (Process Evaluation) ใช้แบบประเมินความรู้ก่อน-หลัง แบบประเมินการอบรมเชิงปฏิบัติการรวมทั้งความพึงพอใจของคณะทำงาน 16 คนหลังการอบรมทั้ง 2 ครั้ง แบบประเมินผลการดำเนินงานโครงการย่อย (E6+n) ความถี่ตามที่กำหนดจากการประชุมร่วมกันของคณะทำงานเพื่อสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflect) และทบทวนและแก้ไขปรับปรุงแผนงาน/โครงการในโปรแกรม และแบบประเมินการมีส่วนร่วมของคณะทำงาน (E5) เพื่อทบทวนการมีส่วนร่วมและการทำงานเป็นทีมของคณะทำงานต่อโปรแกรมกระบวนการทำงานทุก 3 เดือน

เครื่องมือประเมินผลลัพธ์ (Product Evaluation) ตัวแปรที่ใช้ประเมินได้แก่ แบบวัดความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมที่เกี่ยวกับปัญหาขยะ ปริมาณน้ำหนัขยะต่อเดือน อัตราการผลิตขยะของแรงงานต่างชาติต่อคนต่อวัน รายจ่ายค่ากำจัดขยะต่อเดือน รายรับจากการขายขยะรีไซเคิล ความสุขสัตว์นำโรคจากขยะ คะแนนต่อภาพรวมของโปรแกรม (Eall)

4. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เพื่อให้ได้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือและเป็นที่ยอมรับ การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ของแบบสอบถาม เพื่อนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์หรือนิยาม โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน (รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตั้งภาคผนวก) ทุกข้อคำถามมีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ IOC 1.00 นั่นคือ IOC ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป ซึ่งถือว่ามีความสอดคล้องกับเนื้อหา

หาค่าความเที่ยงและความตรง ทั้งข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถาม ผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน และหาความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟา (alpha coefficient)

เครื่องมือที่ต้องแปลสองภาษา (ไทย-เมียนมา) ผู้วิจัยใช้เทคนิคการแปลย้อนกลับของบรินลิน (Brislin, 1970) โดยมีรายละเอียดการปฏิบัติดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การแปลเครื่องมือจากภาษาไทย เป็นภาษาเมียนมา โดยใช้ผู้แปลที่มีความเชี่ยวชาญทั้งภาษาไทย และเมียนมา โดยคำนึงถึงความหมายที่ถูกต้อง และเป็นภาษาที่ใช้กันทั่วไป และใช้ในชีวิตประจำวัน และสอดคล้องกับวัฒนธรรมของแรงงานต่างชาติ

ขั้นตอนที่ 2 ตรวจสอบเครื่องมือที่แปลโดยผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของภาษาที่ใช้ในการแปล โดยเป็นผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 2 คน จาก ศูนย์บริหารทางทะเล สงขลา และล่ามของบริษัทโซติวิวัฒน์ อุตสาหกรรมจำกัด

ขั้นตอนที่ 3 การแปลย้อนกลับ จากภาษาเมียนมา เป็นภาษาไทย โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 2 คน ที่เข้าใจทั้งภาษาเมียนมา และภาษาไทยเป็นอย่างดี

ขั้นตอนที่ 4 การเปรียบเทียบเครื่องมือวิจัยชุดภาษาไทยกับชุดที่แปลย้อนกลับ เพื่อพิจารณาความเหมาะสมของภาษาและวัฒนธรรม

ขั้นตอนที่ 5 การทดสอบเครื่องมือวิจัย โดยนำเครื่องมือไปทดลองกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มศึกษา เพื่อประเมินความเข้าใจของผู้ตอบในข้อความ

5. วิธีการและขั้นตอนดำเนินงาน

1) เตรียมเครือข่ายคณะทำงาน เพื่อให้เกิดความพร้อมในการดำเนินการวิจัย และเกิดการประสานงานที่ดี ผู้วิจัยเข้าพื้นที่สร้างความสัมพันธ์กับคณะทำงาน ประกอบด้วยแรงงานสัมพันธ์ แรงงานต่างชาติ ในค่ายปลักธง 1 เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคองหงส์ ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองคองหงส์ (บ้านปลักธง) เตรียมความพร้อมให้กับคณะทำงาน เพื่อเป็นแกนนำในการปฏิบัติงานวิจัยร่วมกับผู้วิจัยประกอบด้วย

- ตัวแทนจากองค์กรรัฐ จำนวน 2 คน ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคองหงส์ 1 คน ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ 1 คน เจ้าหน้าที่จากศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองคองหงส์ ตำแหน่งหัวหน้าศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองคองหงส์ (บ้านปลักธง) 1 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากเทศบาลคองหงส์ 1 คน
- ตัวแทนจากองค์กรเอกชน เป็นเจ้าหน้าที่จากสถานประกอบการ จำนวน 4 คน ประกอบด้วยหัวหน้าแรงงานสัมพันธ์ 1 คน แรงงานสัมพันธ์ จำนวน 3 คน
- ตัวแทนแรงงานต่างชาติ เลือกจากแรงงานต่างชาติที่เป็นคณะกรรมการสวัสดิการบ้านพัก ค่ายปลักธง 1 จำนวน 9 คน ใช้การประสานความร่วมมือ การสร้างความเข้าใจ ในกรอบของการทำงานวิจัย การประสานงานเรื่องการใช้สถานที่ดำเนินการ ใช้วิธีประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับคณะทำงานเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และกำหนดแนวทางการดำเนินการวิจัย

2) สร้างแบบสัมภาษณ์ แบบประเมิน และคู่มือสำหรับ workshop แปลเป็น ภาษาเมียนมา โดยเจ้าหน้าที่องค์กรพัฒนาเอกชนที่เป็นชาวเมียนมา ที่มีประสบการณ์ในการแปลระหว่างภาษาไทยกับภาษาเมียนมา และทำงานมามากกว่า 5 ปี

3) การออกแบบแบบสอบถาม (S1) ผู้วิจัยพัฒนามาจากตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข ตัวชี้วัดจากโปรแกรม (JHCIS) ของหน่วยบริการสาธารณสุข และตัวชี้วัดความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ประกอบกัน โดยคัดเลือกเฉพาะตัวชี้วัดสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับบริบทและกลุ่มอายุของแรงงานต่างชาติ ได้ตัวชี้วัดสุขภาพ จำนวน 49 ดัชนีชี้วัด และแบ่งเป็น 6 ด้าน ได้แก่ 1) ดัชนีด้านข้อมูล

- ทั่วไปและสถิติชีพ 2) ดัชนีด้านโรค 3) ดัชนีด้านพฤติกรรมสุขภาพ 4) ดัชนีด้านสุขภาพ สิ่งแวดล้อม/การกำจัดสิ่งปฏิกูล 5) ดัชนีด้านสุขภาพโภชนาการ และ 6) ดัชนีด้านอนามัยวัยเจริญพันธุ์ หลังจากออกแบบสอบถามผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามให้หัวหน้าศูนย์บริการเทศบาลเมืองคอหงส์ และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคอหงส์ หัวหน้าแรงงานสัมพันธ์ ทั้งหมด 3 คนร่วมตรวจสอบข้อคำถามที่เป็นภาษาไทย หลังจากปรับปรุงตามข้อเสนอแนะแล้วให้ล่ามแปลเป็นภาษาเมียนมาต่อมานำแบบสอบถามให้ตัวแทนแรงงานต่างชาติตรวจสอบความถูกต้องของภาษาเมียนมาเพื่อตรวจสอบความเข้าใจที่ตรงกัน
- 4) ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความเข้าใจด้านภาษากับล่ามจำนวน 3 คน และนำไปทดลองใช้กับแรงงานต่างชาติที่มีคุณลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อดูความเป็นไปได้ ความชัดเจน
 - 5) วางแผนการสำรวจสถานะสุขภาพ (S1) ในช่วง 2 สัปดาห์แรกของเดือนมกราคม 2560 เพื่อเป็นข้อมูลนำเข้าในขั้นตอนการจัดการอบรม
 - 6) สุ่มสัมภาษณ์แรงงานต่างชาติในค่ายพัก สุ่มสัมภาษณ์แรงงานต่างชาติ 340 คน ใช้การสุ่มอย่างมีระบบ จากบ้านพัก 21 อาคาร (1 อาคารมีห้องพัก 52 ห้องพัก) ในแต่ละอาคารเลือกห้องพัก 16 ห้อง แต่ละห้องเลือกสอบถามแรงงานต่างชาติตามความสะดวก และสัมภาษณ์คณะทำงานถึงการดำเนินการจัดการขยะ ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานที่ผ่านมา เพื่อนำผลที่ได้มาระบุและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพในค่ายพัก ในการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการการวินิจฉัยชุมชน (W1)
 - 7) จัดอบรมเชิงปฏิบัติการการวินิจฉัยชุมชน (W1)
 - ระบุปัญหาสุขภาพ (Problem Definition) นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษานำร่องและการสำรวจครั้งที่ 1 เสนอต่อคณะทำงาน และระดมความคิดเห็นมากำหนดปัญหาสุขภาพของค่ายพักเปรียบเทียบกับ ดัชนีอนามัย (Health Index) เกณฑ์ ตัวชี้วัดสุขภาพ
 - จัดลำดับความสำคัญของปัญหา (Priority Setting) คณะทำงานร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ใช้วิธีของภาควิชาบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล (บุญชัย ภาละกาล, 2557) มีเกณฑ์ในการพิจารณา 4 ด้านคือ 1) ขนาดของปัญหา (Size of Problem) 2) ความรุนแรงของปัญหา (Severity of Problem) 3) ความยากง่ายในการแก้ปัญหา (Ease of Management) 4) ความวิตกกังวลของชุมชน (Community Concern) หลังจากนั้นนำมาคิดคะแนนรวมด้วยวิธีคูณ แล้วนำคะแนนที่ได้มาจัดลำดับ ปัญหาที่ได้ผลรวมคะแนนสูงสุดจะเป็นปัญหาแรกที่น่ามาวางแผนแก้ไข

- เมื่อจัดลำดับความสำคัญและคัดเลือกปัญหาแล้ว อภิปรายผลร่วมกันเพื่อกำหนดประเด็นสำรวจเพิ่มเติมสำหรับปัญหาที่เลือก ออกแบบเครื่องมือสำรวจ (S2) ผู้วิจัย ศึกษาและค้นคว้างานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการจัดการขยะและสัตว์นำโรคที่เกิดจากขยะ นำมาออกแบบเครื่องมือ (S2) ให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประเมินความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับลักษณะเฉพาะกลุ่มพฤติกรรม พบว่ามีค่าความสอดคล้อง ค่า IOC=1.00 นำแบบสอบถามแปลเป็นภาษาไทยมา และตรวจสอบความเข้าใจข้อคำถามโดยตัวแทนแรงงานต่างชาติ และแรงงานสัมพันธ์ 3 คน นำมาปรับปรุงแก้ไขแล้วนำแบบสอบถามไปทดลองกับแรงงานต่างชาติที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง 30 คน ในโรงงานอุตสาหกรรมแห่งหนึ่งในอำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา ที่จ้างงานแรงงานต่างชาติ และจัดค่ายพักแรงงานต่างชาติเหมือนพื้นที่วิจัย หาค่าความเที่ยง สัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha) ของครอนบัต (Cronbach) ได้ค่าความเที่ยง 0.77 นำไปสอบถามแรงงานต่างชาติ 340 คน แล้วนำผลไปใช้ในการอบรมเชิงปฏิบัติการการจัดการจัดการโครงการ (W2)
- 8) อบรมเชิงปฏิบัติการการจัดการโครงการ (W2) โดยนำปัญหาจาก W2 ร่วมวิเคราะห์สาเหตุ ปัจจัยของปัญหา วิธีการเก็บข้อมูล เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนแก้ปัญหา โดยวิธีระดมความคิดของคณะทำงาน เขียนเป็นแผนผังวิเคราะห์สาเหตุและวิธีการแก้ปัญหา กำหนดเครื่องมือและวิธีประเมินผล
- เขียนแผนงาน/โครงการ เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพของแรงงานต่างชาติในค่ายพัก กำหนดผู้รับผิดชอบโครงการ หัวหน้าชุดโครงการ มอบหมายภาระหน้าที่แก่คณะทำงาน
 - สร้างเครื่องมือ เกณฑ์ชี้วัด แบบประเมินแผนงาน/โครงการ และวางแผนการเก็บข้อมูล
 - ระดมความคิดคณะทำงาน เขียนแผนงาน/โครงการ และวิธีประเมินผล กำหนดผู้รับผิดชอบโครงการย่อย ข้อตกลงในการติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน
- 9) ปฏิบัติตามแผนงาน/โครงการ และคณะทำงานกำกับการทำงานให้เป็นไปตามผังปฏิบัติงาน และติดตามความก้าวหน้าโครงการ เปรียบเทียบกับแผนงาน เป้าหมาย วัตถุประสงค์โครงการ และประเมินผลโครงการย่อย (E6+n)
- 10) ประชุมติดตามความก้าวหน้าทุก 1 เดือน และผลการดำเนินงานโครงการย่อย ปัญหา อุปสรรคร่วมวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นและสาเหตุ เสนอแนวทางพัฒนาและปรับปรุงแก้ไข และประเมินการมีส่วนร่วมของทีม (E5) ทุก 3 เดือน
- 11) หลังเสร็จสิ้นโปรแกรม ประเมินผลลัพธ์
- ประเมินปริมาณน้ำหนักรายวัน และอัตราการผลิตขยะของแรงงานต่างชาติต่อคนต่อวัน ใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากรายงานบันทึกปริมาณน้ำหนักรายวันต่อคนต่อวัน 1 รายต่อวัน และจำนวนแรงงานต่างชาติในแต่ละเดือน นำมาหาค่าเฉลี่ยปริมาณขยะต่อเดือน

และปริมาณขยะต่อคนต่อวันก่อน-หลังโครงการ เปรียบเทียบ ก่อน-หลังโปรแกรม โดยกำหนดให้คณะทำงานฝ่ายแรงงานสัมพันธ์เป็นผู้รับผิดชอบในการรายงานผลเนื่องจากค่ายพักปลักธง 1 มีการรวบรวมข้อมูลส่วนนี้อยู่แล้ว

- ประเมินรายจ่ายค่ากำจัดขยะต่อเดือน และรายรับจากการขายขยะรีไซเคิล ต่อเดือน
- ประเมินความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการขยะ ออกแบบส้อมสอบถามแรงงานต่างชาติ 340 คน 2 ครั้ง ก่อน และหลังโปรแกรม และ
- ประเมินภาพรวมความพึงพอใจในโปรแกรม ส้อมสอบถามแรงงานต่างชาติ 340 คน หลังเสร็จสิ้นโปรแกรม วางแผนให้ติดตามความก้าวหน้าในการประชุมทุกเดือน
- ประเมินความชุกสัตว์นำโรค 4 ประเภท คือ หนู แมลงสาบ แมลงวัน และยุง ใช้วิธีการ สุ่มนับจำนวน 4 ครั้ง ก่อนโปรแกรม 1 ครั้ง หลังโปรแกรม 3 ครั้ง ในเดือนเมษายน สิงหาคม และธันวาคม โดยคณะทำงานแบ่งประเมินตามพื้นที่รับผิดชอบ ดังนี้
 - (1) *ประเมินความชุกหนู* โดยสุ่มสำรวจประชากรหนูในค่ายพักปลักธง 1 15 ตำแหน่ง แบ่งความรับผิดชอบตามพื้นที่ของคณะทำงานตามข้อตกลง โดยใช้แผ่นกระเบื้องยางสี ขาวขนาด 23 x 23 เซนติเมตร ที่ทำด้วยหมึกดำครึ่งแผ่น นำไปวางตามจุดต่าง ๆ ที่คาดว่าเป็นทางเดินของหนู 2 คืน นับรอยเท้าหนูเพื่อประเมินค่าดัชนีประชากรหนู (2) *ประเมินความชุกของแมลงวัน* โดยใช้วิธี Fly Grill Count Technique หรือ Glue Stick Technique ที่เป็นเครื่องมือที่สร้างจากไวนิล ขนาดพื้นที่รูสี่เหลี่ยมจตุรัสตามมาตรฐาน ขนาด 24x24 นิ้ว ใช้วางนับจำนวนการเกาะพักของแมลงวันในช่วงเวลา 30 วินาที วางแต่ละจุดจำนวน 2 ครั้ง และหาค่าเฉลี่ย (3) *ประเมินความชุกแมลงสาบ* โดยวิธีกับดัก ขวดปากกว้างตามขนาดที่กำหนด Jar Trap Method วางดักแมลงสาบแล้วมา เปรียบเทียบระหว่างจำนวนแมลงสาบที่ติดกับดัก กับจำนวนกับดักที่วาง ได้เป็นค่าความ ชุกของแมลงสาบ และ (4) *ความชุกลูกน้ำยุงลาย* คณะทำงานและผู้วิจัยสุ่มสำรวจลูกน้ำ ยุงลายในภาชนะที่มีน้ำขังครอบคลุมสถานที่ 5 พื้นที่เพื่อประเมินความชุกลูกน้ำยุงลาย

12) สรุปบทเรียนของการจัดโปรแกรม ปัจจัยสำเร็จ ปัญหาอุปสรรค

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

- อธิบายคุณลักษณะทางประชากรของแรงงานต่างชาติ วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน อัตรา สัดส่วน
- ประเมินสถานะสุขภาพของแรงงานต่างชาติในค่ายพัก วิเคราะห์โดยอัตราความชุกโรค อัตราป่วย ร้อยละ

- ประเมินผลการเรียนรู้ของคณะทำงานในการวินิจฉัยชุมชน การเขียนแผนงาน/โครงการ ก่อนและหลังการอบรม วิเคราะห์โดยร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบ ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนด้วย McNemar's test, Chi-square test, Paired - simple t-test, Wilcoxon signed-rank test, repeated measure ANOVA
- วิเคราะห์ระดับ ความตระหนัก ระดับการมีส่วนร่วม พฤติกรรมการจัดการมูลฝอย โดยใช้ค่าเฉลี่ย (x) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D) โดยกำหนดค่าน้ำหนักตามเกณฑ์ดังนี้ มากที่สุด 4.50-5.00, มาก 3.50-4.49, ปานกลาง 2.50-3.49, น้อย 1.50-2.49, น้อย ที่สุด 1-1.49 (ชัชวาลย์ เรื่องประพันธ์, 2539).

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

- วิเคราะห์โดย content Analysis และ analytic induction

7. จริยธรรมการวิจัย

การดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยใช้หลักการเคารพในความเป็นบุคคล และยึดหลักพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยตั้งแต่เริ่มต้นกระบวนการรวบรวมข้อมูล จนกระทั่งการนำเสนอผลงาน เพื่อปกป้องผู้เข้าร่วมวิจัยจากความเสี่ยงต่อการถูกละเมิดสิทธิอันเป็นผลเนื่องมาจากการเข้าร่วมวิจัย และผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิเต็มที่ในการเข้าร่วมและไม่เข้าร่วม และสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา

เพื่อปกป้องสิทธิ ความปลอดภัย และสวัสดิภาพของผู้เข้าร่วมวิจัย (Rights and Welfare) และพัฒนางานวิจัยให้ได้มาตรฐาน ผู้วิจัยดำเนินโครงการวิจัยดังนี้

- 1) ผู้วิจัยดำเนินการให้โครงการวิจัยได้รับการตรวจสอบและรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน จากสถาบันการจัดการระบบสุขภาพ (สจรส.) มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (Research Ethics Committee or Institutional Review Board) โดยผ่านกระบวนการพิจารณารับรองจากอนุกรรมการพิจารณาจริยธรรมเมื่อวันที่ 1 เมษายน 2559
- 2) ผู้วิจัยดำเนินการให้โครงการวิจัยได้รับ การรับรองงานวิจัยที่รับผิดชอบต่อสิ่งแวดล้อม (Green Research Certificate) จากคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมเมื่อวันที่ 8 มีนาคม 2559
- 3) ผู้วิจัยดำเนินการให้ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ยินดีให้การยินยอมหลังจากที่ได้รับการบอกกล่าว และเข้าใจอย่างดี (Informed consent process) ซึ่งประกอบด้วยผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยได้รับทราบข้อมูล สามารถเข้าใจข้อมูลที่ได้รับทราบอย่างสมบูรณ์ เพียงพอสำหรับการตัดสินใจ และตัดสินใจ เข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ ปราศจากการบังคับ หรือการใช้อิทธิพล หรือการครอบงำ ผู้วิจัยคำนึงถึงการเคารพความเป็นส่วนตัว ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิเต็มที่ในการปฏิเสธหรือจำกัดการเข้าถึงข้อมูลเหล่านั้น ผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยมีข้อตกลงร่วมกันเกี่ยวกับขอบเขตการเข้าถึง และการจัดการข้อมูล ผู้วิจัยคำนึงถึงความเสี่ยงทางจิตใจ สังคม ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

โดยผู้วิจัยขออนุญาตจากผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ในประเด็นเรื่องการเก็บความลับ เช่น การเก็บข้อมูลโดยวิธีการประชุมกลุ่มแบบเข้มข้น (Focus Group Discussion) ซึ่งอาจทำให้ข้อมูลของผู้ร่วมโครงการวิจัยถูกรับรู้ร่วมกันโดยคนอื่นในกลุ่ม ผู้วิจัยดำเนินการโดยให้รายละเอียดถึงกระบวนการรักษา การเข้าถึง และทำลายข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย การนัดหมาย วัน เวลาในการดำเนินการรวบรวมข้อมูล หรือกิจกรรมต่างๆ ผู้วิจัยดำเนินการโดยยึดหลักความสะดวกของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยและผู้ให้ข้อมูล โดยไม่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

- 4) ผู้วิจัยมีคุณสมบัติเพียงพอ สามารถปฏิบัติตามโครงร่างการวิจัย และมาตรฐานทางจริยธรรมการวิจัยได้ (qualified investigator)
- 5) ผู้วิจัยดำเนินโครงการวิจัยภายใต้ระบบการป้องกันดูแลผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย โดยการสนับสนุนและกำกับดูแลจากคณะกรรมการจัดการสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ซึ่งเป็นสถาบันที่รับผิดชอบหลัก (oversight body)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาวินิจฉัยเรื่อง การพัฒนาโปรแกรมการจัดการสุขภาพของแรงงานต่างชาติ: การวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยความร่วมมือของภาคแรงงาน ภาคเอกชน และภาครัฐ ซึ่งแบ่งการศึกษาเป็น 4 ระยะ คือ 1) ระยะสร้างการมีส่วนร่วมกับภาคีที่เกี่ยวข้อง 2) ระยะการศึกษาเบื้องต้น 3) ระยะพัฒนาโปรแกรม และ 4) ระยะดำเนินงานตามโปรแกรม รวมถึงศึกษาปัจจัยสำเร็จ ล้มเหลว ผู้วิจัยได้สรุปการดำเนินงานในระยะต่างๆ ดังแสดงในตาราง

ตาราง 4-1 สรุปกระบวนการและผลที่ได้รับตาม 4 ระยะการดำเนินงาน

ระยะ	กระบวนการ	ผลที่ได้รับ
สร้างการมีส่วนร่วม กับภาคี แรงงาน เอกชน และรัฐ (ม.ค.-ส.ค. 59)	-ประสานงาน พบปะ พูดคุย บุคลากรระดับ บริหารเอกชน รัฐ และร่วมกิจกรรม ค่ายพัก -ใช้บันทึกประจำวัน และสังเกตแบบมีส่วนร่วม ร่วม	-เลือกประเด็นสุขภาพ แต่ไม่ระบุปัญหา -เลือกค่ายปลักธง 1 เพื่อทำวิจัย -ใช้วิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการ -ก่อตั้งคณะทำงานจาก 3 ภาคส่วน 16 คน (แรงงาน 9 คน เอกชน 4 รัฐ 2 ผู้วิจัย 1)
ศึกษาเบื้องต้น preliminary study (ก.ย.-พ.ย. 59)	-ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาข้อมูลเบื้องต้น -ใช้แบบสัมภาษณ์ และเก็บข้อมูลเอกสารที่ เกี่ยวข้องกับวิเคราะห์ -คณะทำงานนำผลการศึกษามาระดมสมอง เพื่อคัดเลือกปัญหา	-ประวัติค่ายพักแรงงานต่างชาติ องค์กรและการ บริหารจัดการค่าย สวัสดิการค่ายพัก โรคทั่วไป และโรคติดต่อที่เจ็บป่วยบ่อย
พัฒนา โปรแกรม (ธ.ค. 59)	-คณะทำงานประชุมพิจารณาการศึกษา เบื้องต้น เพื่อกำหนดปัญหาที่จะเลือก และ จัดทำร่างโปรแกรมร่วมกัน	-คณะทำงานไม่สามารถเลือกปัญหาสุขภาพให้ ตรงกันได้เช่นเดิม จึงเสนอให้พัฒนาศักยภาพ ตนเองด้านวินิจฉัยชุมชน และเสนอให้เพิ่ม ศักยภาพบริหารจัดการโครงการตามแนวคิด PDCA -ร่างโปรแกรมการจัดการสุขภาพระยะ 1 ปี (พัฒนาศักยภาพ 3 ค. ระยะปฏิบัติการตาม แผนงาน/โครงการ 9 ค.)
ปฏิบัติตาม โปรแกรม (ม.ค.-ธ.ค. 60)	ขั้นตอนพัฒนาศักยภาพคณะทำงาน (ม.ค.-มี.ค.60) <i>อบรมเชิงปฏิบัติการวินิจฉัยชุมชน (W1)</i> -คณะทำงานร่วมกันสำรวจข้อมูลเบื้องต้น จากแรงงานต่างชาติ 340 คน วิเคราะห์และ นำข้อมูลไปใช้การอบรมเชิงปฏิบัติการ วินิจฉัยชุมชน	-ผลสำรวจพบตัวชี้วัดที่เป็นปัญหา 26 จาก 49 ตัวชี้วัด

ตาราง 4-1 สรุปกระบวนการและผลที่ได้รับตาม 4 ระยะการดำเนินงาน (ต่อ)

ระยะ	กระบวนการ	ผลที่ได้รับ
	<p>-จัดอบรมเชิงปฏิบัติการวินิจฉัยชุมชนแก่คณะทำงาน แต่เวลาของแรงงานสัมพันธ์กับแรงงานต่างชาติไม่ตรงกัน จึงต้องจัดแยกกลุ่ม ทำให้ผลคัดเลือกปัญหาไม่ตรงกัน</p> <p>-คณะทำงานจัดประชุมระดมสมองเพื่อคัดเลือกปัญหาซ้ำ</p> <p>-ประเมินกระบวนการอบรมด้านความรู้ (E1) และความพึงพอใจ (E3)</p>	<p>-กลุ่มแรงงานสัมพันธ์เลือกปัญหาพฤติกรรมกรรมกรดูแลตนเองด้านสุขภาพ ส่วนแรงงานต่างชาติเลือกปัญหาถูกรบกวนจากสัตว์นำโรค และไม่แยกขยะ</p> <p>-ที่ประชุมมีมติเลือกปัญหาการจัดการขยะด้วยเสียงรบกวน 15 จาก 16 เสียง และเสนอให้การอบรมครั้งต่อไปไม่ควรอบรมแยก เนื่องจากได้บทเรียนจาก W1</p> <p>คะแนนความรู้และความพึงพอใจอยู่ในเกณฑ์ดี ยกเว้นคะแนนวิทยากร เสนอให้ปรับตัววิทยากรวิธีการและเวลาอบรม โดยจัดแยกเป็น 3 ครั้ง ครั้งละ 3 ชั่วโมง ช่วงเวลา 19.00-21.00 น.</p>
<p><i>อบรมเชิงปฏิบัติการบริหารจัดการโครงการ (W2)</i></p>		
	<p>-คณะทำงานร่วมกันจัดทำแบบสำรวจปัญหาขยะ (S2) จากแรงงานต่างชาติ 340 คน; จัดสนทนากลุ่มย่อย 2 ครั้ง แรงงานต่างชาติเชื้อชาติมอญ กัมพูชา; วิเคราะห์หาประเภทชนิดของขยะในค้าย โดยสุ่มเก็บขยะหนัก 100 กก.จากถังขยะ คัดแยกขยะ 4 ประเภทและชั่งน้ำหนักขยะแยกประเภท</p>	<p>-ผลสำรวจพบว่า ความรู้ค่อนข้างดี แต่ยังขาดความรู้ด้านขยะอันตราย ความตระหนักปานกลาง และพฤติกรรมแยกขยะรีไซเคิลน้อย ซึ่งเป็นผลจากถังขยะไม่เพียงพอ ส่วนการวิเคราะห์ประเภทขยะพบดังนี้ ขยะทั่วไป 44.7% ขยะเปียก 42.6% ขยะรีไซเคิล 12.7% และขยะอันตราย 0.1%</p> <p>-คณะทำงานสะท้อนว่า ไม่เข้าใจวิธีการจัดการขยะทุกประเภทแบบครบวงจร เสนอให้เพิ่มการดำเนินงานจัดการขยะเปียก และชุมชนต้นแบบในโปรแกรม</p>
	<p>-อบรมเชิงปฏิบัติการบริหารจัดการโครงการคณะทำงาน 16 คน โดยปรับเปลี่ยนเป็น 3 ครั้ง (ตามผลประเมิน W1)</p>	<p>-ผลการอบรม ได้ 3 แผนงาน คือ แผนงานสร้างความรู้ความตระหนัก แผนงานจัดการขยะตามหลัก 3Rs และแผนงานประเมินผล และ 5 โครงการย่อย ฝังกำกับเวลาทำงาน แบบฟอร์มประเมินผลโปรแกรม</p>
	<p>-ประเมินกระบวนการอบรมด้านความรู้ (E2) และความพึงพอใจ (E4)</p>	<p>-E2 เพิ่ม E4 อยู่ในเกณฑ์ดี</p>

ตาราง 4-1 สรุปกระบวนการและผลที่ได้รับตาม 4 ระยะการดำเนินงาน (ต่อ)

ระยะ	กระบวนการ	ผลที่ได้รับ
	ขั้นตอนปฏิบัติการตามแผนงาน/โครงการ (เม.ย.-ธ.ค. 60)	
	แผนงาน 1. สร้างความรู้ความตระหนัก ประกอบด้วย 2 โครงการ	
	โครงการสร้างความรู้	
	-จัดดูงานที่โรงทำแก๊สชีวภาพเทศบาลเมืองคองหงส์	-แรงงานเข้าร่วมกิจกรรมสาธิตแยกขยะ 250-300 คน/ครั้ง*16 ครั้ง กิจกรรม door to door
	-จัดเวรให้คณะทำงานออกเสียงตามสายทุกวันอาทิตย์ (เม.ย.-ธ.ค.) และมีการสะท้อนปรับปรุง	ทำครบ 1,029 ห้อง และคะแนนความพึงพอใจโครงการภาพรวม 3.4 (ปานกลาง)
	กิจกรรม เช่น อัดเสียงเพิ่ม เพลงประกอบ	
	ซ่อมเปลี่ยนลำโพง 3 จุดที่เสียงค่อยเกินไป	
	-สาธิตแยกขยะโดยวิทยากร (เม.ย.-ก.ค.)	
	-ให้ความรู้ระดับบุคคลตามห้องพัก (Door to door) (เม.ย.-มิ.ย.)	
	-คณะทำงานประเมินความพึงพอใจโครงการ (E6+n)	
	โครงการสร้างความรู้ความตระหนัก	
	-จัดป้าย โปสเตอร์ บอร์ดเพื่อสร้างบรรยากาศการจัดการขยะภายในค่ายพัก	-คนเข้าชมนิทรรศการ 325 คน และคะแนนความพึงพอใจโครงการภาพรวม 4.0 (มาก)
	ส่วนนิทรรศการจัดการขยะ	
	ได้เลื่อนจัดพร้อมกับวันวันทอดผ้าป่าครั้งที่ 2	
	เนื่องจากมีแรงงานในค่ายเข้าร่วมกิจกรรมมาก	
	-คณะทำงานประเมินความพึงพอใจโครงการ (E6+n)	
	แผนงาน 2 การจัดการขยะตาม 3Rs ประกอบด้วย 3 โครงการ	
	โครงการจัดระบบถังขยะ 4 สี	
	-ประชุมขอความคิดเห็นแรงงานในค่าย เพื่อออกแบบถังขยะ ป้ายถัง จุดวางถัง และขอแรงช่วยจัดทำถังขยะแยกประเภท แยกสี	-จัดชุดถังขยะแยก 4 สี 1 ชุด และจัดวางครบทุกตำแหน่ง
	-จัดดูงานชุมชนขยะต้นแบบที่ชุมชนป้อม 6 เทศบาลนครหาดใหญ่ เพื่อให้ได้ความรู้การบริหารจัดการขยะรวมการขายขยะ	-เปลี่ยนวิธีแบ่งรายได้จากการขายขยะรีไซเคิลจากเดิมที่แรงงานสัมพันธ์กำหนดเอง เป็นให้แรงงานต่างชาติมีส่วนร่วมตัดสินใจแบ่งเงินเป็น 3 ส่วน (บริหารจัดการ 10% กองทุนศาสนา 30% คนงานเก็บขนขยะ 60%) ซึ่งส่งผลเพิ่มความเชื่อมั่นและไว้วางใจระหว่างแรงงาน
	-ช่วงแรกแยกขยะไม่ดี เพิ่ม Checklist; reinforcing feedback; corrective	

ตาราง 4-1 สรุปกระบวนการและผลที่ได้รับตาม 4 ระยะการดำเนินงาน (ต่อ)

ระยะ	กระบวนการ	ผลที่ได้รับ
	feedback และต่อมาให้คณะกรรมการ ศาสนาเดินเก็บขยะอันตรายที่ห้องพัก -คณะทำงานประเมินความพึงพอใจโครงการ	ต่างชาติและแรงงานสัมพันธ์ -คะแนนความพึงพอใจโครงการ 3.7 (มาก)
	โครงการ 2 ทอดผ้าป่าจากขยะรีไซเคิล -นำรายได้ขายขยะรีไซเคิล และเงินเรียไร ทอดผ้าป่า 2 ครั้ง -คณะทำงานประเมินความพึงพอใจโครงการ (E6+n)	-ผลตอบรับครั้งแรกดี แรงงานต่างชาติเข้าร่วม 352 คน ได้เงิน 12,500 บาท เสนอจัดเพิ่มอีก 1 ครั้ง พร้อมจัดนิทรรศการ ได้เงิน 9,850 บาท และคะแนนความพึงพอใจโครงการภาพรวม 3.6 (มาก)
	โครงการ 3 ลดและนำขยะมาใช้ซ้ำ -อบรมประดิษฐ์ขยะเป็นของใช้โดยวิทยากร ศูนย์ฝึกอาชีพ 1 ครั้ง แต่ผู้เข้าร่วมน้อย ปรับ กลวิธี โดยจัดวัสดุไว้ให้และให้สอนกันเองอีก 2 ครั้ง และประสานร้านค้าในค่ายให้ลด ถุงพลาสติกใส่สินค้า ออกแบบขวดผลโดยสุ่ม นับจำนวนคนใช้ถุงผ้า/ตะกร้า เมื่อจ่ายตลาด และสุ่มนับพฤติกรรมที่ร้านขายของชำผลไม้ คณะทำงานสรุปว่า วิธีประเมินไม่น่าเชื่อถือ -คณะทำงานประเมินความพึงพอใจโครงการ (E6+n)	-จำนวนคนเข้าร่วมกิจกรรมประดิษฐ์ครั้งแรก 85 คน และลดน้อยลงอีกในอีก 2 ครั้งถัดมา และไม่ มีคนเข้ากิจกรรมอีก แม้ผลประเมินโครงการครั้ง แรกดี 4.4 (มาก) แต่ไม่น่าเชื่อถือ เนื่องจากเป็น การประเมินจากผู้เข้าร่วมกิจกรรมเท่านั้น เช่นเดียวกับกิจกรรมประสานร้านค้าลดใช้ พลาสติก ที่คณะทำงานสรุปว่า วิธีประเมินไม่ น่าเชื่อถือ และตัดสินใจยุติทิ้ง
	<i>แผนงาน 3 การประเมินผล 2 แบบคือ ประเมินกระบวนการ และประเมินผลลัพธ์</i> -ประเมินกระบวนการ (process evaluation) ผู้วิจัยประเมินการมีส่วนร่วม คณะทำงาน 16 คน ทุก 3 เดือน (E5) และคณะทำงานเก็บข้อมูลด้วยแบบประเมิน โครงการย่อย และนำผลวิเคราะห์เข้าที่ ประชุมประจำเดือน	-ระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในเกณฑ์มากถึงมาก ที่สุด (3.0-4.7) ยกเว้นด้านงานเสร็จทันตาม กำหนด ปรับกลวิธีติดตามงานผลครั้ง 2 มาก (3.6-4.1) และครั้ง 3 มากถึงมากที่สุด (4.1-4.9) ส่วนผลประเมินโครงการย่อย 5 โครงการ (E6+n) ซึ่งกล่าวแทรกในแผนงาน 1 และ 2
	-ประเมินผลลัพธ์ (product evaluation) คณะทำงานสุ่มเก็บข้อมูลแรงงานต่างชาติ 340 คน เพื่อวัดความรู้ ความตระหนัก และพฤติกรรม (S2) เปรียบเทียบก่อน-หลังโปรแกรม และ วัดความพึงพอใจภาพรวมโปรแกรม (E _{ALL})	-ความรู้ด้านประเภท การจัดการ ผลกระทบ สัตว์นำโรค เพิ่มขึ้น ยกเว้นความรู้ด้านประเภท ขยะอันตราย; ความตระหนักด้าน ความรุนแรง ประโยชน์ อุปสรรค และความสามารถของ ตนเองเพิ่มขึ้น ยกเว้น ความเสี่ยงต่อขยะที่ไม่ แตกต่างกัน ส่วนพฤติกรรมพบว่า แยกขยะ

ตาราง 4-1 สรุปกระบวนการและผลที่ได้รับตาม 4 ระยะการดำเนินงาน (ต่อ)

ระยะ	กระบวนการ	ผลที่ได้รับ
		อันตรายเพิ่มขึ้น และลดการใช้ถุงพลาสติก ใช้ถุงผ้า/ตะกร้า และปฏิเสธกล่องโฟมมากขึ้น ส่วนพฤติกรรมนำขยะมาใช้ซ้ำไม่ดีขึ้น
	และเปรียบเทียบอัตราที่แสดงประสิทธิผลเปรียบเทียบก่อน-หลังโปรแกรมได้แก่ การผลิตขยะต่อเดือน การผลิตขยะต่อคนต่อวัน รายได้ขายขยะรีไซเคิล รายจ่ายค่ากำจัดขยะ ความซุกส์ตัวนำโรค 4 ชนิด หนู แมลงวัน แมลงสาบ และยุง	-ปริมาณการผลิตขยะต่อเดือนลดลงก่อนโปรแกรมเฉลี่ย 23,044 กก./ด. ลดลงเหลือ 20,526 กก./ด. ;ปริมาณการผลิตขยะต่อคนลดลง ก่อนโปรแกรมเฉลี่ย 0.47 กก./คน/ว. หลังเฉลี่ย 0.35 กก./คน/ว.;รายรับขายขยะรีไซเคิลเพิ่มขึ้นก่อนโปรแกรมเฉลี่ย 771 บ./ด. เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 988 บ./ด.;รายจ่ายค่ากำจัดขยะต่อเดือนลดลง ก่อนโปรแกรมเฉลี่ย 6,913 บ./ด. หลัง 5,713 บ./ด. ความซุกส์ตัวนำโรคทั้ง 4 ลดลง กล่าวคือ ความซุกหนูก่อนพบรอยเท้าคะเนะ2-3 ต้องปรับปรุงสุขาภิบาล 7 ตำแหน่ง หลังมีความซุกระดับปกติทุกตำแหน่ง; ความซุกแมลงวัน ก่อนโปรแกรมต้องปรับปรุง 7 ตำแหน่ง หลังความซุกปกติทุกตำแหน่ง; ความซุกแมลงสาบ ก่อนโปรแกรมมีความซุกเฉลี่ย 1.1 หน่วย หลัง 0.3, 0.4 และ 0.4 ตามลำดับ และความซุกลูกน้ำ ยุงลายก่อนโปรแกรม CI=6.7 หลัง 1,0.1 และ 0.3

ผลการศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนาโปรแกรมการจัดการสุขภาพของแรงงานต่างชาติ: การวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยความร่วมมือของภาคแรงงาน ภาคเอกชน และภาครัฐ ซึ่งแบ่งการศึกษาเป็น 4 ระยะ รวมถึงศึกษาปัจจัยสำเร็จ ล้มเหลว ผู้วิจัยนำเสนอตามลำดับและมีรายละเอียดการดำเนินงาน และผลการดำเนินงานทั้ง 4 ระยะดังรายละเอียดตามลำดับดังนี้

ผลการดำเนินงานในระยะสร้างการมีส่วนร่วมกับภาคีที่เกี่ยวข้อง (มกราคม-สิงหาคม 2559)

ในระยะนี้จะอธิบายถึงผลการสร้างภาคีกับภาคเอกชน ภาคแรงงานและภาครัฐ ซึ่งได้เสนอตามลำดับดังนี้

1) การสร้างภาคีกับภาคเอกชน

ต้นเดือน มกราคม พ.ศ. 2559 หลังได้รับความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร ผู้วิจัยได้ติดต่อทางโทรศัพท์กับเจ้าของสถานประกอบการเพื่อชี้แจง และสอบถามความคิดเห็นต่องานวิจัยเพิ่มเติม เมื่อเจ้าของสถานประกอบการเข้าใจ รับทราบ และยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัย และนัดหมายให้ผู้วิจัยเข้าพบเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์กับทีมบริหาร ต่อมาในวันที่ 21 มกราคม พ.ศ. 2559 ผู้วิจัยได้เข้าพบทีมบริหารตามนัดหมายเป็นครั้งแรกที่ได้เข้าสถานประกอบการ ทีมบริหาร ได้แก่ ผู้จัดการแผนกบุคคล หัวหน้าแผนกอาวุโสบริหารแรงงานต่างชาติ หัวหน้าแรงงานสัมพันธ์ ผู้วิจัยชี้แจง และรับฟังข้อมูลเบื้องต้นด้านสุขภาพของแรงงานต่างชาติ หลังจากนั้นหัวหน้าแผนกอาวุโสบริหารแรงงานต่างชาติ และหัวหน้าแรงงานสัมพันธ์นำผู้วิจัยเยี่ยมชมค่ายพักแรงงานต่างชาติทั้ง 3 ค่าย ซึ่งในขณะนั้นค่ายปลักรง 2 ยังอยู่ในระยะการก่อสร้าง รวมถึงแนะนำผู้วิจัยให้รู้จักกับสำนักงานส่วนกลางที่รับผิดชอบดูแลแรงงานต่างชาติ และแนะนำให้รู้จักแรงงานสัมพันธ์ 2 คน ผู้วิจัยได้ปรึกษากับหัวหน้าแผนกอาวุโสบริหารแรงงานต่างชาติ หัวหน้าแรงงานสัมพันธ์ และแรงงานสัมพันธ์ของค่ายปลักรง 1 เพื่อเลือกพื้นที่วิจัย ได้ข้อสรุปว่าให้ดำเนินการวิจัยในค่ายปลักรง 1 เนื่องจากเป็นค่ายพักที่มีแรงงานต่างชาติอาศัยมากที่สุด ส่วนค่ายพักนาหม่อม ไม่เหมาะสมเพราะกำลังปิดค่าย และย้ายแรงงานต่างชาติไปค่ายปลักรง 2 ที่กำลังก่อสร้าง ต่อมาผู้วิจัยได้รับอนุญาตจากหัวหน้าแรงงานสัมพันธ์ค่ายปลักรง 1 ให้เข้าพื้นที่ค่ายพักได้ตลอดเวลาตามที่ต้องการ หลังจากนั้นผู้วิจัยส่งหนังสือราชการจากคณะกรรมการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อขอความอนุเคราะห์ในการศึกษาวิจัยจากหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้อง 3 แห่ง ประกอบด้วย เทศบาลเมืองคองหงส์ ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองคองหงส์ (ปลักรง) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคองหงส์ ปลายเดือนมกราคม พ.ศ. 2559

ผู้วิจัยเข้าค่ายพัก เดือนละ 1 ครั้ง เพื่อสร้างความสัมพันธ์กับแรงงานสัมพันธ์ด้วยการพูดคุยถึงปัญหาที่พบในแรงงานต่างชาติ เมื่อแรงงานสัมพันธ์ทราบถึงสถานะของผู้วิจัยว่าเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จึงขอคำปรึกษาแนะนำด้านการรักษาพยาบาลจากผู้วิจัยเมื่อมีแรงงานต่างชาติเจ็บป่วยและไม่ไข้ในเวลาที่มีพยาบาลบ่อยครั้งจนเกิดความคึกคักและไว้วางใจ

สถานประกอบการแห่งนี้ เริ่มก่อตั้งค่ายพักแรงงานต่างชาติแห่งแรกในปี พ.ศ. 2547 คือ ค่ายนาหม่อม ซึ่งเป็นค่ายพักแห่งแรก ตั้งอยู่เลขที่ 74/4 หมู่ที่ 4 บ้านควนจง ตำบลนาหม่อม อำเภอนาหม่อม จังหวัดสงขลา ปัจจุบันมีจำนวนแรงงานต่างชาติพักอาศัยอยู่ 600 คน ต่อมาได้ยกเลิกค่ายนาหม่อมนี้เนื่องจากห่างไกลจากสถานประกอบการ และมีน้ำท่วมพื้นที่ค่ายพักในช่วงฤดูน้ำหลาก เมื่อสถานประกอบการมีการจ้างงานแรงงานต่างชาติมากขึ้น ส่งผลให้พื้นที่พักอาศัยของแรงงานต่างชาติไม่เพียงพอ สถานประกอบการจึงสร้างค่ายพักแห่งที่ 2 คือค่ายปลักรง 1 ตั้งอยู่เลขที่ 71/72 หมู่ที่ 7 บ้านปลักรง ตำบลคองหงส์ อำเภอนาหม่อม จังหวัดสงขลา สร้างทดแทนค่ายนาหม่อมที่จะถูกยกเลิก เริ่มดำเนินการเมื่อ ปี พ.ศ. 2550 ในขณะที่ผู้วิจัยเข้าไป มกราคม พ.ศ. 2559 มีแรงงาน

ต่างชาติพักอาศัย 2,260 คน (1,092 ห้องพัก) และค่ายที่ 3 คือค่ายปลักธง 2 ตั้งอยู่ หมู่ที่ 7 บ้านปลักธง ตำบลคองหงส์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ตรงข้ามกับค่ายปลักธง 1 ในขณะที่ผู้วิจัยเข้าไปนั้น ค่ายปลักธง 2 ยังอยู่ในระยะก่อสร้าง ต่อมาเมื่อสถานประกอบการยกเลิกค่ายนาหม่อม ได้ย้ายแรงงานต่างชาติทั้งหมดมาอยู่ในค่ายปลักธง 2 เมื่อเดือนเมษายน พ.ศ. 2560 มีแรงงานต่างชาติ 600 คน

ภาคีแรงงานต่างชาติถูกพัฒนาในรูปแบบของคณะกรรมการสวัสดิการบ้านพัก เกิดขึ้นครั้งแรกในต้นปี พ.ศ. 2558 คณะกรรมการสวัสดิการบ้านพัก ประกอบด้วยตัวแทนแรงงานต่างชาติ 9 คน ซึ่งได้รับการเลือกตั้งจากแรงงานต่างชาติในค่ายพัก และแรงงานสัมพันธ์ 4 คน ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่จากสถานประกอบการ มีระยะเวลาการดำเนินงาน 4 ปี ทำหน้าที่บริหารจัดการค่ายพัก

นอกจากนั้นผู้วิจัยจะเน้นสร้างความสัมพันธ์ และความไว้วางใจกับคณะทำงานส่วนหนึ่งของแรงงานต่างชาติ โดยเข้าร่วมกิจกรรมที่ค่ายจัดขึ้น 3 ครั้ง คือ วันอาทิตย์ที่ 13 มีนาคม พ.ศ. 2559 กิจกรรมเปิดครัวกลางของค่ายพักโดยคำเชิญของหัวหน้าแผนกอาวุโสบริหารแรงงานต่างชาติ มีวัตถุประสงค์ของกิจกรรมคืออรณงค์ให้แรงงานต่างชาติใช้ครัวกลางที่ค่ายจัดสร้างใหม่ แทนทำครัวในห้องพักเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดไฟไหม้ เนื่องจากเคยเกิดเหตุการณ์ไฟไหม้ในห้องพักเมื่อปลายเดือนธันวาคม 2558 ที่ผ่านมา สถานประกอบการจึงก่อสร้างครัวกลางสำหรับประกอบอาหาร กิจกรรมดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยได้เห็นบทบาทการบริหารจัดการของหัวหน้าแผนกอาวุโสบริหารแรงงานต่างชาติและแรงงานสัมพันธ์ รูปแบบสื่อการประชาสัมพันธ์ภายในค่าย ได้แก่เสียงตามสาย และวิธีการพูดจูงใจของแรงงานสัมพันธ์ ให้เห็นถึงประโยชน์ของการใช้ครัวรวม เช่น ประหยัดค่าไฟฟ้า และสะดวกกับที่เตรียมอาหาร อย่างไรก็ตามผู้วิจัยสังเกตพบว่า มีแรงงานต่างชาติเข้าร่วมกิจกรรมไม่มากนัก ประมาณ 20 คน อาจเนื่องมาจากเวลาที่จัด 15.00 น. ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่แรงงานต่างชาติส่วนใหญ่ยังไม่กลับเข้าที่พัก และยังไม่ใช่ช่วงเวลาที่ประกอบอาหาร ในวันเดียวกันผู้วิจัยได้ถูกแนะนำให้รู้จักกับแกนนำแรงงานต่างชาติ 4 คน และแรงงานสัมพันธ์อีกคน 3 คน ที่เหลือ

ครั้งต่อมาผู้วิจัยร่วมกิจกรรมทำบุญวันสงกรานต์ที่ค่ายพักจัดกิจกรรมในวันที่ 10 เมษายน 2559 โดยคำเชิญของหัวหน้าแรงงานสัมพันธ์ค่ายปลักธง 1 ผู้วิจัยเข้าร่วมพิธีการในภาคเช้าซึ่งเป็นพิธีทำบุญเลี้ยงพระแบบคนไทย จัดขึ้นที่ศาลาพระ หัวหน้าแผนกอาวุโสบริหารแรงงานต่างชาติและหัวหน้าแรงงานสัมพันธ์ ได้แนะนำผู้วิจัยให้รู้จักกับคณะกรรมการศาสนา ผู้วิจัยจำได้ว่าคณะกรรมการศาสนา 6 คน เป็นกลุ่มเดียวกับคณะกรรมการสวัสดิการบ้านพักที่จัดกิจกรรมเปิดโรงอาหาร เจ้าของสถานประกอบการที่ผู้วิจัยประสานงานในครั้งแรกและเป็นประธานในพิธีทำบุญภาคเช้าได้แนะนำผู้วิจัยให้คณะกรรมการศาสนารู้จัก และชี้แจงว่าผู้วิจัยเป็นเพื่อนกับตัวเอง และเป็นบุคลากรด้านสาธารณสุข นอกจากนี้ยังเป็นนักวิจัยที่จะเข้ามาช่วยแก้ปัญหาสุขภาพของค่ายพักและฝากให้ช่วยดูแล ผู้วิจัยได้เห็นท่าทีที่เปลี่ยนแปลงไปของหัวหน้าแรงงานสัมพันธ์ และคณะกรรมการ

ศาสนา ตลอดจนแรงงานต่างชาติที่ให้ความเกรงใจผู้วิจัยมากขึ้นและปฏิบัติกับผู้วิจัยอย่างให้เกียรติ ชักชวนให้ผู้วิจัยนั่งตรงแถวหน้าขณะประกอบพิธีกรรมทางศาสนา ผู้วิจัยสร้างความสัมพันธ์กับ คณะกรรมการสวัสดิการบ้านพักและแรงงานต่างชาติหญิงที่มาช่วยในพิธีการภาคเช้าด้วยการช่วยจัด สำหรับอาหารถวายพระ และร่วมรับประทานอาหารเที่ยง จากการสังเกตการทำงาน of คณะกรรมการ ศาสนา เห็นความร่วมมือในการจัดกิจกรรม การแบ่งงานรับผิดชอบ และรับรู้ว่ามีพิธีกรรมทางศาสนา เป็นเรื่องสำคัญสำหรับแรงงานต่างชาติอย่างมาก อย่างไรก็ตามผู้วิจัยสังเกตและตั้งคำถามกับ คณะกรรมการศาสนาว่า กิจกรรมในภาคเช้าแรงงานต่างชาติเข้าร่วมไม่มากนักเมื่อเปรียบเทียบกับ จำนวนแรงงานต่างชาติทั้งหมดในค่ายพัก คือเข้าร่วมกิจกรรมประมาณ 100 คน ได้รับคำชี้แจงจาก คณะกรรมการศาสนาว่า ภาคเช้าหัวหน้าแรงงานสัมพันธ์ค่ายพักปลั๊ก 1 จะนิมนต์พระไทยมา ประกอบพิธีกรรมแรงงานต่างชาติจะเข้าร่วมพิธีกรรมเพียงบางส่วน และแรงงานต่างชาติบางส่วน พักผ่อนเพราะเพิ่งเสร็จงานจากกะดึก ซึ่งต่อมาผู้วิจัยได้ข้อมูลเพิ่มเติมจากคณะกรรมการศาสนา และ หัวหน้าแรงงานสัมพันธ์ว่า สาเหตุที่แรงงานต่างชาติมาร่วมในภาคเช้าไม่มาก อาจเนื่องมาจากความรู้สึก ไม่ประทับใจในอดีตเมื่อครั้งเคยนิมนต์พระไทยจากวัดหนึ่งมาทำพิธีกรรม และปฏิเสธไม่ฉันอาหาร เมียนมา ทำให้แรงงานต่างชาติรู้สึกน้อยใจเนื่องจากพวกเขามีความตั้งใจในการทำบุญ ต่อมาเมื่อมี กิจกรรมในภาคเช้าที่นิมนต์พระไทยมา จึงพบว่าแรงงานต่างชาติเข้าร่วมกิจกรรมลดลง จากเรื่องราว นี้ผู้วิจัยได้เรียนรู้ว่า ผู้วิจัยต้องระมัดระวังในการวางตัวและต้องปฏิบัติอย่างให้เกียรติแก่แรงงาน ต่างชาติ ต่างจากภาคกลางคืนที่แรงงานต่างชาติจะเข้าร่วมพิธีกรรมเป็นจำนวนมาก เนื่องจาก คณะกรรมการศาสนาเชิญพระเกจิอาจารย์ที่มีชื่อเสียงจากประเทศเมียนมามาแสดงธรรม คณะกรรมการศาสนาได้เชิญผู้วิจัยร่วมกิจกรรมภาคกลางคืน ดังนั้นผู้วิจัยได้ตัดสินใจเข้าร่วม กิจกรรมภาคกลางคืน ซึ่งในช่วงเย็นก่อนพิธีการผู้วิจัยเดินทางมาถึงค่ายพักก่อนเวลา 2 ชั่วโมง เพื่อ สังเกตการณ์ และช่วยเตรียมสถานที่ เช่น ปลูกเสื่อภายนอกอาคารศาลาพระ ช่วยจัดวางซุ้มดอกไม้แห่ง ตามทางเดินสำหรับงานในพิธีการตอนเย็น จากการช่วยงานผู้วิจัยได้รับการต้อนรับด้วยดีจาก คณะกรรมการศาสนาและกลุ่มแรงงานต่างชาติ จากการสังเกตจากงานในภาคเช้าผู้วิจัยพบว่าแรงงาน ต่างชาติหญิงทุกคนจะพิถีพิถันในการแต่งกายด้วยชุดผ้าถุง สวยงามและมีผ้าพาดทุกคน ส่วนผู้ชายนุ่ง โสร่งแบบพม่าและสวมเสื้อแขนยาวสีขาว ผู้วิจัยจึงแต่งกายด้วยผ้าถุงเพื่อไม่เกิดความแปลกแยก กลมกลืนในช่วงพิธีการตอนกลางคืน ในช่วงพิธีตอนกลางคืนมีแรงงานต่างชาติเข้าร่วมกิจกรรม ประมาณ 2,000 คน อย่างเป็นระเบียบเรียบร้อย ทำให้ผู้วิจัยเข้าใจแรงงานต่างชาติว่า วัฒนธรรมทาง ศาสนามีอิทธิพลแก่แรงงานต่างชาติ และน่าจะเกิดจากบทบาทในการดำเนินงานของคณะกรรมการ ศาสนาและแรงงานสัมพันธ์ค่อนข้างมาก

ผู้วิจัยประสานงานกับแรงงานสัมพันธ์เพื่อให้แนะนำล่ามแปลภาษาสำหรับช่วยงานผู้วิจัย หัวหน้าแรงงานสัมพันธ์ได้จัดหาล่ามจาก 3 คน ช่วยแปลให้ผู้วิจัยในช่วงตอนเย็นหลังเลิกงาน และใน

วันอาทิตย์ ซึ่งเป็นวันหยุดงาน นอกจากนี้ล่ามยังเป็นคณะกรรมการศาสนาของค่ายพักนาหม่อม และ
รู้ข้อมูลเบื้องต้นค่ายพัก และสามารถเป็นผู้ช่วยแก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดี

ครั้งที่ 3 วันที่ 24 เมษายน พ.ศ. 2559 ผู้วิจัยได้ร่วมสังเกตกิจกรรมการซ่อมแผนไฟไหม้ที่
ค่ายพักปลักธง 1 จัดกิจกรรมร่วมกับเทศบาลเมืองคองหงส์ ผู้วิจัยสังเกตวิธีและกระบวนการที่แรงงาน
สัมพันธ์ทำงานร่วมกับแรงงานต่างชาติ โดยใช้การประชาสัมพันธ์ผ่านเสียงตามสายก่อนดำเนินการจริง
1 สัปดาห์ และการติดป้ายประกาศ ทราบภาคีภาครัฐที่เกี่ยวข้องกับค่ายพัก คือเทศบาลเมืองคองหงส์
2) การสร้างภาคีกับหน่วยงานภาครัฐ

วันที่ 25 มกราคม พ.ศ. 2559 ผู้วิจัยประสาน และขออนุญาตจากหน่วยงานภาครัฐทั้ง 3
แห่งที่เกี่ยวข้อง คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคองหงส์ โดยผู้วิจัยประสานงานและเข้าพบ
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคองหงส์ซึ่งผู้วิจัยรู้จักและคุ้นเคยดี ได้พูดคุยปัญหา
สุขภาพ อุปสรรคในการดำเนินงานเกี่ยวกับแรงงานต่างชาติ พบว่า แรงงานต่างชาติจากค่ายพักไม่ได้
ใช้บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคองหงส์เนื่องจากห่างไกล ไม่สะดวกในการเดินทาง แต่
เมื่อมีโรคระบาดเกิดขึ้นในค่ายพักปลักธง 1 เช่น โรคไข้เลือดออก ซึ่งพบป่วยทุกปี โรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพคองหงส์ร่วมกับเจ้าหน้าที่จากกองสาธารณสุขเทศบาลเมืองคองหงส์จะสอบสวนโรค และ
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคองหงส์ มีข้อเสนอให้ผู้วิจัยจัดการสุขภาพเรื่องโรคติดต่อ
และยินดีส่งเจ้าหน้าที่ร่วมดำเนินการกับผู้วิจัย

ต่อมาผู้วิจัยได้ประสานงานกับหัวหน้าศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองคองหงส์ (บ้าน
ปลักธง) ด้วยตนเองพร้อมสอบถามปัญหาสุขภาพ อุปสรรคการดำเนินงานกับแรงงานต่างชาติในค่าย
ปลักธง 1 และแนวทางที่อยากพัฒนาเกี่ยวกับแรงงานต่างชาติ พบว่า ในศูนย์บริการสาธารณสุข
เทศบาลเมืองคองหงส์ แรงงานต่างชาติใช้บริการไม่มากนัก ส่วนใหญ่เข้ามาเพื่อรับบริการฉีดวัคซีนให้
บุตร และฉีดยาคุมกำเนิด ส่วนการรักษาพยาบาลแรงงานต่างชาติจากค่ายปลักธง 1 ไม่มารับบริการ
ที่ศูนย์บริการฯ เนื่องจากไม่ได้เปิดให้บริการนอกเวลา และส่วนใหญ่แรงงานต่างชาติไปใช้สิทธิ
ประกันสังคมที่โรงพยาบาลหาดใหญ่

ผู้วิจัยได้ประสานงานกับเวชกรรมสังคมโรงพยาบาลหาดใหญ่ เพื่อสอบถามปัญหาอุปสรรค
การดำเนินงานด้านประกันสุขภาพจากนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลหาดใหญ่และ
ประสานงานกับนักวิชาการสาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยาของโรงพยาบาลหาดใหญ่ เพื่อ
สัมภาษณ์ปัญหาเกี่ยวกับแรงงานต่างชาติ ปัญหาอุปสรรคในการจัดการ และเก็บข้อมูลสถิติการเกิด
โรคระบาดย้อนหลัง 5 ปี จากงานระบาดวิทยาโรงพยาบาลหาดใหญ่เพื่อนำมาวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า
โรงพยาบาลหาดใหญ่เป็นหน่วยขึ้นทะเบียนหลักประกันสังคม ปัญหาสุขภาพที่พบในแรงงานต่างชาติ
ส่วนใหญ่เป็นโรคระบบย่อยอาหาร และระบบกล้ามเนื้อ ไม่มีปัญหาในการรับบริการของแรงงาน
ต่างชาติเนื่องจากส่วนใหญ่จะนำล่ามจากโรงงานมาด้วยเมื่อมีแรงงานต่างชาติป่วย และโรงพยาบาล

หาดใหญ่ก็ได้จัดบริการตรวจคัดกรองสุขภาพเบื้องต้นให้แก่แรงงานต่างชาติในทุกปี แต่แรงงานต่างชาติมารับบริการค่อนข้างน้อยในแต่ละครั้ง สำหรับการวางแผนครอบครัวโรงพยาบาลหาดใหญ่จะให้บริการที่ห้องพยาบาลในค่ายปลักธง 1 เดือนละ 1 ครั้ง

3) การสร้างภาคีกับตัวแทนแรงงานต่างชาติ

หลังจากที่ผู้วิจัยได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมทั้ง 3 ครั้ง ในค่ายพักปลักธง 1 และผู้วิจัยได้ทำความรู้จักกับกลุ่มทั้ง 3 คนแล้ว จากการแนะนำของแรงงานสัมพันธ์ ผู้วิจัยได้เข้าไปในค่ายพักโรงงานบ่อยครั้งขึ้น ซึ่งต่อมาหัวหน้าแผนกอาวุโสบริหารแรงงานต่างชาติและแรงงานสัมพันธ์ได้จัดห้องทำงานสำหรับผู้วิจัยซึ่งติดกับห้องสำนักงาน และไว้วางใจให้ผู้วิจัยสามารถเข้าออกในสำนักงานได้ตลอดเวลาที่ผู้วิจัยเข้ามาทำงานในค่ายปลักธง 1 ผู้วิจัยสัมภาษณ์คณะกรรมการสวัสดิการบ้านพัก 4 คน ด้วยวิธีนัดหมายด้วยตนเอง คือ ประธาน รองประธาน และกรรมการสัญชาติเมียนมา และกรรมการสัญชาติกัมพูชา ใช้เวลาสัมภาษณ์หลังเลิกงานตอนเย็นเพื่อไม่รบกวนเวลาทำงาน โดยมีกลุ่มผู้หญิงช่วยแปลในช่วงสัมภาษณ์ พบว่า ตัวแทนแรงงานต่างชาติต้องการให้ค่ายปลักธง 1 จัดสวัสดิการด้านรักษาพยาบาลของค่ายพักให้มีคุณภาพ เช่น มียาที่มีประสิทธิภาพในการรักษา มากกว่ายาแก้ปวดพาราเซตามอล เพื่อลดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลของแรงงานต่างชาติในการใช้บริการที่คลินิกและร้านขายยา นอกจากนี้ยังต้องเสียค่าจ้างเหมารถในการไปโรงพยาบาล และคลินิกเองเมื่อวันป่วยไม่ตรงกับวันที่แรงงานสัมพันธ์กำหนดไว้ในวันอังคารและวันพฤหัสบดี

จากการสอบถามถึงประเด็นปัญหาที่ต้องการจัดการนั้น พบว่า ปัญหาสุขภาพเป็นประเด็นที่ทุกฝ่ายมีข้อกังวล ทั้งนี้อาจเนื่องจาก เห็นว่าผู้วิจัยมีบทบาทด้านสุขภาพ อย่างไรก็ตามข้อกังวลด้านสุขภาพจากแต่ละฝ่ายแตกต่างกัน กล่าวคือ สถานประกอบการต้องการให้แก้ปัญหาเรื่อง ลดอัตราการตั้งครรรภ์ในแรงงานต่างชาติ ในขณะที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคอหงส์ต้องการให้แก้ปัญหาเรื่องโรคติดต่อ โดยเฉพาะอย่างยิ่งวัณโรค และไข้เลือดออก เนื่องจากมีความกังวลในการแพร่ระบาดของโรค และศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองคอหงส์(บ้านปลักธง) ต้องการพัฒนาระบบฐานข้อมูลโดยเฉพาะอย่างยิ่งข้อมูลการขึ้นทะเบียนสิทธิประกันสังคม เนื่องจากแรงงานต่างชาติที่ขึ้นทะเบียนบัตรประกันสังคมกับโรงพยาบาลหาดใหญ่เมื่อใช้บริการส่งเสริมและรักษาพยาบาลที่ศูนย์บริการ สามารถเพิ่มรายได้ให้หน่วยสถานบริการ ส่วนแรงงานต่างชาติต้องการให้แก้ปัญหาการจัดสวัสดิการด้านรักษาพยาบาลของค่ายพักให้มีคุณภาพเพื่อลดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลในการใช้บริการที่คลินิกและร้านขายยา อย่างไรก็ตามได้ข้อสรุปในเบื้องต้นว่าทุกฝ่ายต้องการแก้ปัญหาในประเด็นด้านสุขภาพ แต่ยังไม่ได้ข้อสรุปที่ชัดเจนในเบื้องต้นว่าจะจัดการปัญหาสุขภาพเรื่องใด

การศึกษาในระยะนี้ทำให้ผู้วิจัยได้ทราบถึงผู้ที่เกี่ยวข้องกับแรงงานต่างชาติในค่ายปลักธง 1 ประกอบด้วย แรงงานต่างชาติในค่ายพัก คณะกรรมการสวัสดิการบ้านพักที่เป็นตัวแทนแรงงาน

ต่างชาติ เจ้าหน้าที่ของรัฐจากหน่วยบริการสาธารณสุขทั้ง 2 แห่ง เจ้าหน้าที่เทศบาลเมืองคองส์ และ แรงงานสัมพันธ์ของสถานประกอบการผู้ดูแลค่ายพัก เป็นองค์ประกอบสำคัญ ผู้วิจัยได้ขอความคิดเห็นจากภาคีที่เกี่ยวข้องเพื่อร่วมทีมกับผู้วิจัย ในการจัดการสุขภาพของแรงงานต่างชาติ โดยทุกฝ่ายเห็นร่วมในการจัดตั้งเป็น “คณะทำงาน” ที่ประกอบด้วย 3 ภาคส่วนหลัก คือ ภาคแรงงานต่างชาติ ภาคโรงงาน และภาครัฐที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ แต่ยังไม่ได้อธิบายว่าจะจัดการปัญหาสุขภาพเรื่องใด

ระยะเวลาศึกษาข้อมูลเบื้องต้น (กันยายน-ธันวาคม พ.ศ. 2559)

เนื่องจากได้ข้อสรุปไม่ชัดเจนถึงปัญหาสุขภาพที่จะดำเนินการแก้ไข จึงนำมาสู่การศึกษาเบื้องต้น ผู้วิจัยเข้าพื้นที่เพื่อศึกษาข้อมูลเบื้องต้น ในเดือนกันยายน ถึง ธันวาคม ปี พ.ศ. 2559 ระยะเวลา 4 เดือน

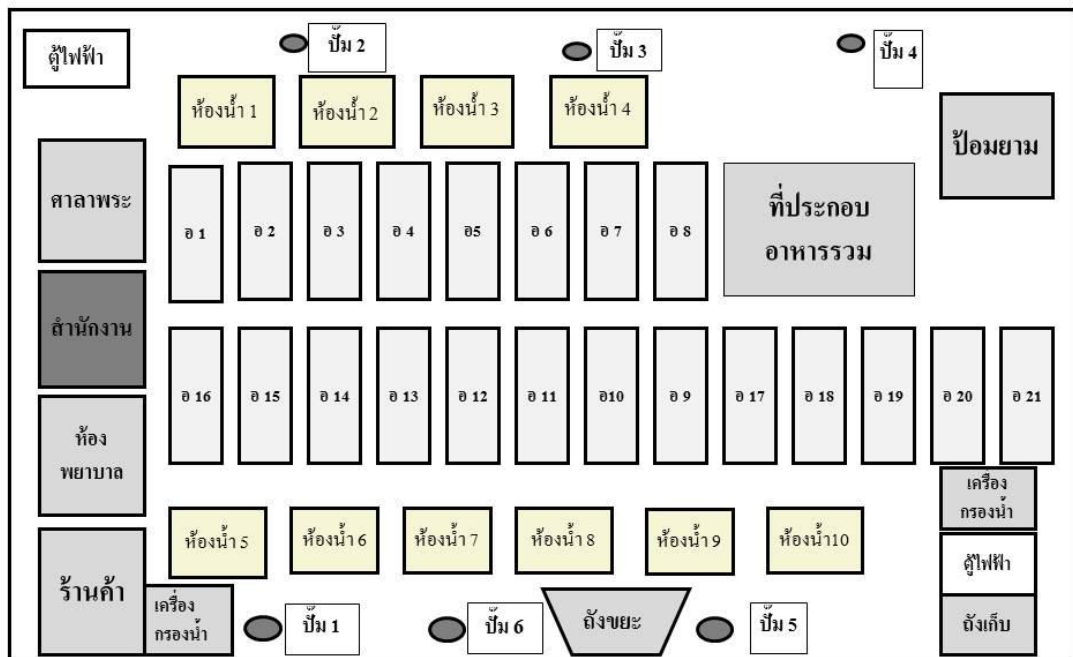
1) ข้อมูลทั่วไปของค่ายพักแรงงานต่างชาติ

พื้นที่ศึกษาเป็นสถานประกอบการประเภทโรงงานอุตสาหกรรมแห่งหนึ่งในภาคใต้ที่ผลิตอาหารสำเร็จรูปและอาหารทะเล ปี พ.ศ. 2547 เริ่มมีการจ้างงานแรงงานต่างชาติครั้งแรก 170 คน เนื่องจากสถานประกอบการประสบปัญหาขาดแคลนแรงงาน ประกอบกับพระราชบัญญัติการทำงานของคนต่างด้าว (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2544 ผ่อนผันให้สถานประกอบการสามารถจ้างแรงงานต่างชาติได้ แรงงานต่างชาติส่วนใหญ่เข้ามาโดยระบบจดทะเบียนการจ้าง เริ่มแรกสถานประกอบการไม่มีที่พักสำหรับแรงงานต่างชาติ จึงเช่าบ้านพักของเอกชนใกล้สถานประกอบการ และออกค่าที่พักให้กับแรงงานต่างชาติ ต่อมาจ้างแรงงานต่างชาติมากขึ้นจึงได้ก่อสร้างค่ายพักให้แก่แรงงานต่างชาติ

แรงงานต่างชาติในค่ายพักจะมีการเปลี่ยนแปลงจำนวน จากการย้ายกลับภูมิลำเนาในช่วงเดือนเมษายน หรือในกรณีใบอนุญาตหมดอายุ สถานประกอบการจะรับสมัครแรงงานต่างชาติใหม่เพื่อทดแทนแรงงานต่างชาติที่ออกไป ประมาณ 150-200 คน ต่อปี หรือร้อยละ 4.7 ของแรงงานต่างชาติทั้งหมด

โดยสรุปปัจจุบันสถานประกอบการมีแรงงานต่างชาติจดทะเบียนถูกต้องตามกฎหมายพักอาศัยใน 2 ค่าย รวม 2,860 คน และเช่าบ้าน 340 คน รวมทั้งสิ้น 3,200 คน

ลักษณะค่ายพักแรงงานต่างชาติ เป็นอาคารโครงสร้างเหล็ก 2 ชั้น ใช้ผนังร่วม แต่ละชั้นประกอบด้วยห้องพักที่สร้างติดกัน 2 แถว แบบหันหลังชนกัน แถวละ 13 ห้อง ห้องพักชั้นบนมี 26 ห้อง ชั้นล่าง 26 ห้อง รวม 52 ห้อง ต่ออาคาร โดยค่ายปลักธง 1 มีทั้งหมด 21 อาคาร 1,092 ห้อง ค่ายปลักธง 2 มี 6 อาคาร 312 ห้อง และแต่ละห้องพักมีพื้นที่ใช้สอยขนาด กว้าง 2.4 เมตร ยาว 3.6 เมตร เท่ากันทุกห้องทั้งชั้นบนและชั้นล่าง พื้นที่ใช้สอยทั้งหมด 8.64 ตารางเมตร มีประตูด้านหน้า 1 บาน ไม่มีหน้าต่าง และจัดแนวการวางผังห้องพัก (รูปภาพ 4-1, 4-2)



รูปภาพ 4-1 แผนผังจัดพื้นที่ของค่ายพักปลักธง 1



รูปภาพ 4-2 ลักษณะบ้านพัก ของค่ายปลักธง 1

การจัดระเบียบการอยู่อาศัย สถานประกอบการเป็นผู้กำหนดระเบียบการพัก ทั้งจำนวนผู้อาศัยร่วมในห้องพัก อัตราค่าเช่า อัตราค่าไฟฟ้า ระเบียบการจัดเก็บค่าสาธารณูปโภค เป็นลายลักษณ์อักษร โดยในภาวะปกติกำหนดให้ พักอาศัยห้องละไม่เกิน 2 คน และภาวะที่สถานประกอบการต้องเพิ่มกำลังการผลิตจำเป็นต้องจ้างแรงงานเพิ่มขึ้นให้พักอาศัยสูงสุดไม่เกินห้องละ 3 คน อัตราค่าเช่าห้อง แรงงานต่างชาติต้องเสียค่าเช่า ห้องละ 300 บาท ต่อห้องต่อเดือน แบ่งจ่ายราย

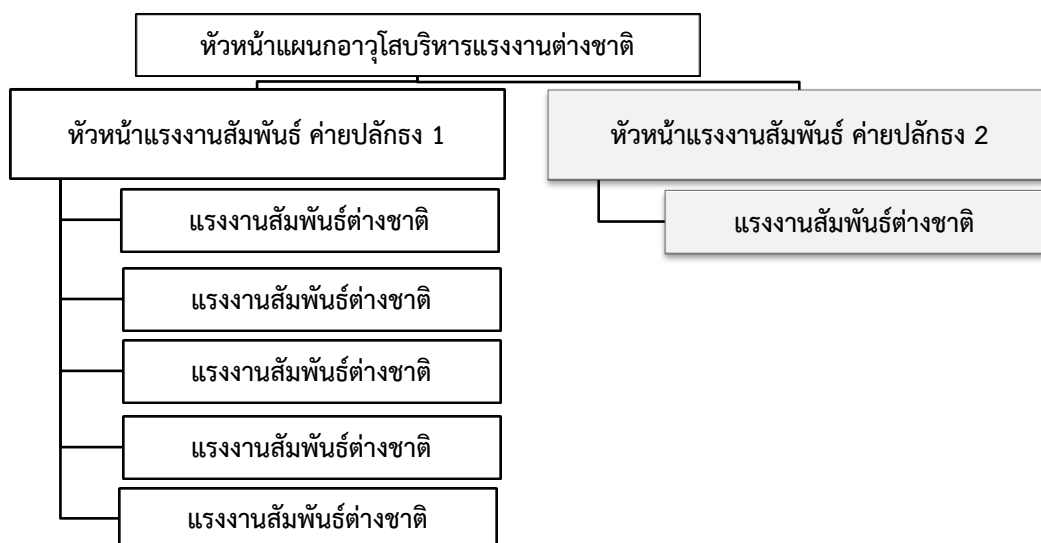
งวด 2 ครั้งต่อเดือน และเสียค่าไฟฟ้าตามที่ใช้จริงอาคารละ 4 บาท โดยผู้เช่าแต่ละคนจะหารเฉลี่ยจ่ายค่าเช่าและค่าไฟฟ้า ส่วนค่าน้ำฟรี

การจัดที่พักของแรงงานต่างชาติไม่แยกพื้นที่ชาย-หญิง กรณีที่ไม่เป็น สามเณร ฆราวาส ญาติพี่น้อง พ่อแม่ ผู้พักอาศัยต้องเป็นเพศเดียวกัน ไม่อนุญาตให้บุคคลภายนอกเข้าที่พัก และพักค้างคืน และไม่อนุญาตให้เลี้ยงเด็กในที่พัก หากแรงงานต่างชาติตั้งครุฑ จะอนุญาตให้อยู่ในค่ายพักจนกว่าจะคลอดบุตร แต่ต้องย้ายออกไปหาบ้านเช่าเอกชนภายนอกค่ายพัก แต่หากส่งบุตรกลับบ้านสามารถพักต่อในค่ายพักได้ แรงงานต่างชาติจึงนิยมส่งบุตรกลับบ้านหลังคลอด ทั้งนี้เนื่องมาจากเห็นว่าสามารถใช้สิทธิบัตรประกันสังคม และเชื่อว่าจะมีความปลอดภัยมากกว่ากลับไปคลอดที่ประเทศของตนเอง การจะย้ายห้องพัก หรือต้องการเปลี่ยนแปลงผู้อาศัยร่วมห้องพัก ต้องยึดตามกฎระเบียบบ้านพัก และต้องได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการสวัสดิการบ้านพัก

2) การบริหารจัดการค่ายพักแรงงานต่างชาติ

ด้านการบริหารจัดการค่ายพัก สถานประกอบการจัดให้มีแรงงานสัมพันธ์ดูแลค่ายพักทั้งสองค่ายรวมทั้งหมด 9 คน เป็นตำแหน่งหัวหน้าแผนกอาวุโสบริหารแรงงานต่างชาติ 1 คน รับผิดชอบกำกับดูแลทั้งสองค่ายพัก ตำแหน่งหัวหน้าแรงงานสัมพันธ์ 2 คน แยกบริหารค่ายพักละ 1 คน และแต่ละค่ายพักมีตำแหน่งแรงงานสัมพันธ์ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ของสถานประกอบการ โดยค่าย ปลักธง 1 มี 5 คน ค่ายปลักธง 2 มี 1 คน (แผนภูมิ 4-1) แรงงานสัมพันธ์แบ่งความรับผิดชอบปฏิบัติงานตลอด 24 ชั่วโมง 3 ช่วงเวลาคือ เวรเช้า เวรบ่าย และเวรดึก มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลเรื่องสวัสดิการแก่แรงงานต่างชาติ ตรวจสอบและเช็คยอดจำนวนผู้เข้าทำงานในแต่ละกะ ติดตามแรงงานต่างชาติที่มีได้เข้าทำงาน ดูแลสุขภาพอนามัย และความเป็นอยู่ทั่วไปของแรงงานต่างชาติ ส่งต่อเมื่อมีแรงงานต่างชาติเจ็บป่วยตลอดจนงานบริการอื่น ๆ

แผนภูมิ 4-1 ผังการบริหารงานเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบค่ายพักแรงงานต่างชาติ



นอกจากนี้สถานประกอบการยังจัดให้มีการคัดเลือกตัวแทนแรงงานต่างชาติให้มีส่วนร่วมในการบริหารจัดการค่ายพัก ในรูปแบบคณะกรรมการสวัสดิการบ้านพัก ซึ่งถูกคัดเลือกโดยการลงคะแนนเสียงจากแรงงานต่างชาติในค่ายปลักธง 1 ทั้งหมด 9 คน คิดสัดส่วนเบื้องต้นคณะกรรมการ 1 คน ต่อแรงงานต่างชาติ 400 คน ซึ่งเป็นตัวแทนจากแรงงานต่างชาติสัญชาติเมียนมา จำนวน 7 คน และสัญชาติกัมพูชา 2 คน คณะกรรมการสวัสดิการบ้านพักมีบทบาทในการวางกฎระเบียบของบ้านพักตลอดจนการปรับเปลี่ยนกติกาการอยู่ร่วมกันของแรงงานต่างชาติ และบทบาทในการประชาสัมพันธ์สื่อสารเรื่องต่าง ๆ แก่แรงงานต่างชาติ มีวาระ 2 ปี มีประชุมเฉพาะร่วมกับแรงงานสัมพันธ์ เดือนละ 1 ครั้ง

3) สวัสดิการของแรงงานต่างชาติในค่ายพัก

สถานประกอบการจัดสวัสดิการให้แก่แรงงานต่างชาติในค่ายพักดังนี้

ด้านความปลอดภัย ค่ายพักจัดให้มีพนักงานรักษาความปลอดภัยภายในค่ายพักตลอด 24 ชั่วโมง จำนวน 2 คน มีหน้าที่รักษาความปลอดภัย และตรวจสอบการเข้าออกของแรงงานต่างชาติ

ด้านการสื่อสาร มีล่าม 2 คน เป็นตัวแทนของแรงงานต่างชาติ จ้างโดยสถานประกอบการสามารถสื่อสารได้สองภาษา คือภาษาไทย และภาษาเมียนมา เพื่อเอื้ออำนวยความสะดวกในการติดต่อประสานงานระหว่างเจ้าหน้าที่และแรงงานต่างชาติ

ด้านสันทนาการ จัดพื้นที่ประกอบศาสนพิธีในวันสำคัญทางศาสนา และการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ของค่ายพัก เป็นพื้นที่โล่ง อาคารโครงสร้างเหล็ก หลังคาสูง อาคารนี้เป็นพื้นที่ที่คณะกรรมการสวัสดิการบ้านพักเสนอผลักดันให้มีขึ้นจากสถานประกอบการเพื่อใช้ประกอบพิธีกรรมทางศาสนาในวันสำคัญ มีอุปกรณ์สำหรับจัดพิธีที่ได้จากเงินบริจาคของแรงงานต่างชาติในแต่ละปี และเงินสนับสนุนจากสถานประกอบการเป็นบางส่วน (รูปภาพ 4-3)



รูปภาพ 4-3 พื้นที่ประกอบพิธีกรรมทางศาสนา

ห้องสมุด เป็นอีกพื้นที่หนึ่งที่คณะกรรมการสวัสดิการบ้านพักเสนาอมีขึ้นในค่ายพัก มีหนังสือคู่มือที่เป็นภาษาเมียนมา บริการฟรีให้แก่แรงงานต่างชาติ และหมุนเวียนหนังสือพิมพ์ ทุกสัปดาห์ (รูปภาพ 4-4)



รูปภาพ 4-4 ห้องสมุด

ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ค่ายพักบริการน้ำดื่มพร้อมติดตั้งเครื่องกรองน้ำฟรีสำหรับแรงงานต่างชาติ และน้ำใช้จากน้ำบาดาลและน้ำประปา ปี พ.ศ. 2547 สถานประกอบการใช้น้ำบาดาล แต่ในช่วงฤดูแล้งเกิดปัญหาขาดแคลนน้ำจึงเพิ่มการใช้น้ำประปา ปี พ.ศ. 2550 จากเทศบาลนครหาดใหญ่ร่วมเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว (รูปภาพ 4-5)



รูปภาพ 4-5 จุดบริการน้ำดื่มน้ำใช้

ค่ายพักจัดห้องน้ำ ห้องส้วมรวมแก่แรงงานต่างชาติ มีห้องน้ำ 12 ห้อง ชาย 6 ห้อง หญิง 6 ห้อง ภายในพื้นที่ห้องน้ำแบ่งพื้นที่ชาย-หญิงโดยกั้นผนังทึบของแต่ละอาคาร มีทั้งหมด 10 อาคาร กำหนดให้ 1 อาคาร ใช้ร่วมกันสำหรับห้องพัก 2-3 อาคาร แต่ละอาคารประกอบไปด้วยที่อาบน้ำรวมที่ก่อด้วยอิฐปูนเปลือยสำหรับใช้ชั่งน้ำใช้ขันตักอาบ ห้องน้ำผู้หญิงมีส้วมแบบโถเหยียบ 1 ห้อง สำหรับหญิงตั้งครรภ์ ด้านนอกอาคารจัดให้มีอ่างล้างมือ พื้นที่สำหรับเตรียมอาหาร และซักล้าง จัดอยู่ด้านนอกของห้องน้ำในแต่ละอาคาร 2 ด้าน ชาย ขวา (รูปภาพ 4.6)



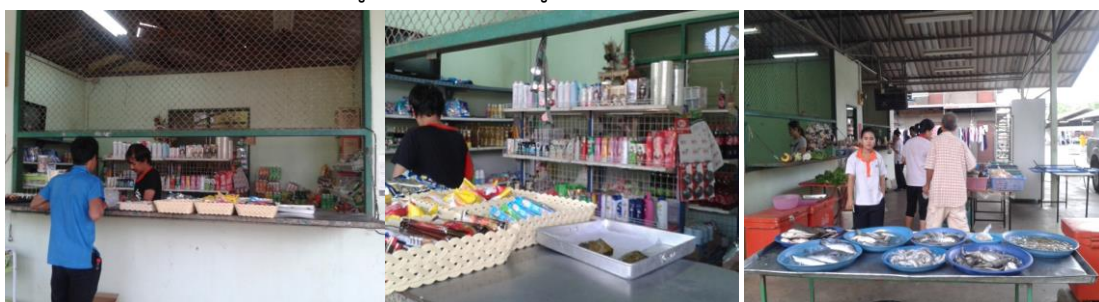
รูปภาพ 4-6 ส้วมและพื้นที่อาบน้ำรวม

ด้านการจัดการขยะ ค่ายพักจัดพื้นที่สำหรับพักขยะทางด้านหลังค่ายพัก โดยมีที่พักขยะเป็นตู้คอนเทนเนอร์ของเทศบาลเมืองคองหงส์ เมื่อขยะเต็มตู้แรงงานสัมพันธ์ประสานเทศบาลเมืองคองหงส์จัดเก็บ และนำไปกำจัดแบบวันเว้นวัน โดยสถานประกอบการเป็นผู้เสียค่าใช้จ่ายในการจัดเก็บและกำจัดขยะอันตรายกิโลกรัมละ 30 สตางค์ ค่าธรรมเนียมรายเดือน 2,000 บาท เฉลี่ยมีค่าใช้จ่ายเดือนละ 9,000-10,000 บาท ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นคือ มีปริมาณขยะมากเนื่องจากขยะเปียกปนรวมกับขยะแห้ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งขยะเปียกประเภทเศษอาหาร เนื่องจากไม่ได้แยกเศษอาหารใส่รวมกับขยะทั่วไปส่งกลั่นรบกวน ส่งผลให้มีปริมาณแมลงวันมาก เมื่อเปรียบเทียบอัตราการผลิตขยะเฉลี่ยต่อวันของแรงงานต่างชาติในค่ายพักเท่ากับ 1.32 กิโลกรัมต่อคนต่อวัน ซึ่งมีจำนวนมากว่าอัตราการผลิตมูลฝอยของประชาชนไทยในระดับประเทศ ปี พ.ศ. 2556 เท่ากับ 1.15 (กรมควบคุมมลพิษ, 2557) ค่ายพักเคยดำเนินการแยกขยะแต่ละประเภท เมื่อปี พ. ศ. 2557 สร้างที่เก็บขยะรีไซเคิลประเภทขวดน้ำ ขวดพลาสติก กระจบองน้ำอัดลม บริเวณหลังอาคารสำนักงาน แต่ไม่ประสบความสำเร็จเนื่องจากแรงงานต่างชาติไม่นำขยะมาใส่ แต่จะใส่รวมในถังสีเหลืองขยะทั่วไป และถังสีฟ้าเนื่องจากสะดวกกว่า สำหรับขยะเปียกได้จัดให้มีถังขยะเปียกสีน้ำเงินสำหรับแรงงานต่างชาติใส่เศษอาหารที่เหลือบริเวณห้องน้ำที่เตรียมอาหาร แต่ก็ไม่ประสบความสำเร็จเนื่องจากมีขยะประเภทอื่นปะปนทำให้น้ำไปใช้ประโยชน์ไม่ได้ เช่น นำไปขายเป็นอาหารสัตว์ ข้อมูลจากแรงงานสัมพันธ์พบว่าเคยนำขยะเปียกมาทำน้ำหมักชีวภาพในโรงงานแต่ก็ไม่เป็นที่นิยมเนื่องจากมีปริมาณมากเกินไปแต่ใช้ประโยชน์เพียงล้างห้องน้ำ ค่ายพักไม่มีพื้นที่เพาะปลูก ต่อมาจึงเลิกดำเนินการ สำหรับการแยกขยะรีไซเคิลเป็นหน้าที่ของพนักงานทำความสะอาด 6 คน ที่ค่ายพักจ้างแบบเต็มเวลา รับผิดชอบการดูแลความสะอาดเรียบร้อยในพื้นที่สาธารณะ และพื้นที่ส่วนกลาง ในชั้นปฏิบัติพนักงานพบปัญหาไม่สามารถแยกขยะรีไซเคิลที่ปนกับขยะเปียกได้เนื่องจากสกปรก ร้านไม่รับซื้อ พนักงานจึงแก้ปัญหา นำขยะรีไซเคิลตากแดด และให้นำฝนเพื่อชะล้างสิ่งสกปรกก่อนนำไปขาย อนึ่งการล้างขยะก่อให้เกิดน้ำทิ้งมีกลิ่น และเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เกิดความไม่เรียบร้อยในค่ายพัก ส่วนขยะที่ขายได้แรงงานสัมพันธ์จะแบ่งเป็นรายได้พิเศษให้พนักงานทำความสะอาด (รูปภาพ 4-7)



รูปภาพ 4-7 จุดพักขยะ ถึงขยะของค่ายพัก

ร้านค้าสวัสดิการ ในค่ายพักมีร้านค้าสวัสดิการที่เป็นของเอกชนที่ได้รับสัมปทานจากสถานประกอบการ จำหน่ายอาหารสดอาหารแห้งและของอุปโภค บริโภคทั่วไป กำหนดเวลาเปิดทำการ เวลา ภาคเช้า 05.00-12.00 น. ภาคบ่าย 16.00-20.00 ทุกวันยกเว้นวันอาทิตย์ภาคบ่าย ผู้ที่เป็นเจ้าของร้านค้าได้รับสัมปทานมากกว่า 10 ปี และมีสัมพันธภาพที่ดีกับแรงงานต่างชาติ ไว้วางใจให้สินเชื่อแก่แรงงานต่างชาติที่เป็นลูกค้าประจำได้ (รูปภาพ 4-8)



รูปภาพ 4-8 ร้านค้าในค่ายพัก

ด้านสุขาภิบาลอาหาร ค่ายพักมีครัวรวมสำหรับให้แรงงานต่างชาติประกอบอาหาร แรงงานต่างชาติส่วนใหญ่ประกอบอาหารรับประทานเองในค่ายพัก และสำรองอาหารเพื่อไปรับประทานที่ทำงานในมื้อกลางวัน โดยซื้ออาหารสดจากตลาดหน้าโรงงาน จากร้านค้าสวัสดิการในค่ายพัก และตลาดสดหน้าค่ายพัก อดีตการประกอบอาหารใช้พื้นที่ลานหน้าห้องพัก ปี พ.ศ. 2559 ค่ายพักได้ก่อสร้างครัวรวม และดัดแปลงห้องพักที่ว่างชั้นล่างในทุกอาคารใช้ประกอบอาหารเนื่องจากเกิดอุบัติเหตุไฟไหม้จากการปรุงอาหารในห้องพัก มื้อกลางวันสถานประกอบการจัดสวัสดิการข้าวสวยฟรีให้แก่พนักงานและแรงงานต่างชาติ แรงงานต่างชาติซื้อข้าวจากที่ทำงาน หรือประกอบเองจากค่ายพัก โดยซื้ออาหารสดจากตลาดในสถานประกอบการ ตลาดสดหน้าสถานประกอบการ และหน้าค่ายปลั๊ก 1(รูปภาพ 4-9)



รูปภาพ 4-9 พื้นที่สำหรับเตรียมอาหาร และเก็บอาหาร

4) สถานะสุขภาพของแรงงานต่างชาติ

จากการศึกษาข้อมูลรายงานสรุปการลาป่วยของแรงงานต่างชาติของสถานประกอบการที่มีใบรับรองแพทย์ทุกสถานบริการที่รักษาในปี พ.ศ. 2558 และนำมาวิเคราะห์ พบโรคที่เป็นสาเหตุป่วย 20 ลำดับแรก โรคจากการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา และปัญหาสุขภาพด้านอื่น ๆ ดังนี้

แรงงานต่างชาติลาป่วยด้วยโรคใช้หวัดรวมไข้หวัดใหญ่มากที่สุด รองลงมาโรคกล้ามเนื้ออักเสบ และโรคใช้หวัดตามลำดับ ซึ่งลักษณะรูปแบบการป่วยไม่แตกต่างจากประชาชนไทยที่พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการด้วยโรกระบบทางเดินหายใจมากที่สุด สำหรับโรกระบบกล้ามเนื้อซึ่งเป็นอันดับการป่วยรองลงมาเนื่องจากลักษณะงานที่ต้องยืนทำงาน และใช้ท่าทำงานเดิม ๆ หลายชั่วโมงติดต่อกัน ส่งผลให้แรงงานต่างชาติป่วยด้วยโรกระบบกล้ามเนื้อมากตามลำดับ ดังแสดงใน ตาราง 4-2

ตาราง 4-2 สาเหตุ 20 อันดับแรกที่แรงงานต่างชาติลาป่วยในปี พ.ศ. 2558

โรค	ครั้ง (ร้อยละ)
ไข้หวัดรวมไข้หวัดใหญ่	1,299 (26.0)
กล้ามเนื้ออักเสบ	612 (12.3)
ปวดศีรษะ	571 (11.4)
ผื่นผิวหนัง	332 (6.6)
ท้องเสีย	232 (4.6)
ปวดหลัง	224 (4.5)
เวียนศีรษะ	200 (4.0)
ลำไส้อักเสบ	199 (3.9)
ผิวหนังอักเสบ	198 (3.9)
กระเพาะอักเสบ	144 (2.9)
แพ้ท้อง	144 (2.9)
ถอนฟัน ทำฟัน	124 (2.6)
ความดันโลหิตสูง	123 (2.5)

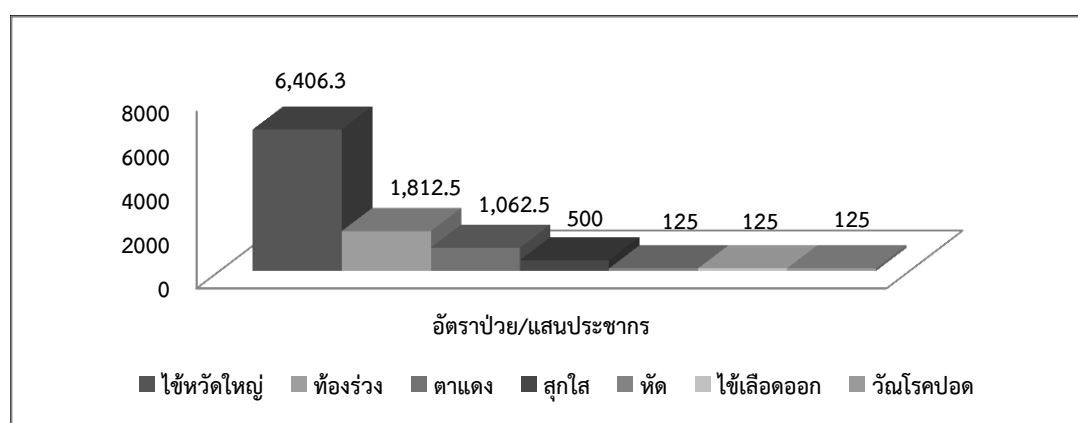
ตาราง 4-2 สาเหตุ 20 อันดับแรกที่แรงงานต่างชาติดลาป่วยในปี พ.ศ. 2558 (ต่อ)

โรค	ครั้ง (ร้อยละ)
เอ็นข้อมืออักเสบ	120 (2.4)
ปวดท้อง	99 (2.1)
ไมเกรน	96 (1.9)
หัวใจเต้นผิดปกติ	92 (1.8)
เลือดออกทางช่องคลอด	88 (1.7)
ปวดข้อเท้า	64 (1.4)
แท้งบุตร	32 (0.6)
รวม	4,993

ที่มา : รายงานการลาป่วยแรงงานต่างชาติดที่มีใบรับรองแพทย์ ปี พ.ศ. 2558 ของสถานประกอบการ

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของแรงงานต่างชาติดในค่ายพักจากเอกสารรายงานของสถานประกอบการที่แรงงานต่างชาติดไปใช้บริการจากสถานที่ต่าง ๆ ที่มีใบรับรองแพทย์ และรายงานข้อมูลระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อทางระบาดวิทยาโรงพยาบาลขนาดใหญ่พบว่า แรงงานต่างชาติดป่วยด้วยโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา คือ โรคไข้หวัดรวมไข้หวัดใหญ่ โรคอุจจาระร่วง และโรคตาแดง โดยมีอัตราการป่วยต่อประชากรแสนคน 6,406.3, 1,812.5 และ 1,062.5 ตามลำดับ ดังแสดงในแผนภูมิ 4-2

แผนภูมิ 4-2 อัตราป่วยต่อแสนประชากร ด้วยโรคติดต่อของแรงงานต่างชาติดในค่ายพักปี พ.ศ. 2558



ที่มา : รายงานการลาป่วยของพนักงานแรงงานต่างชาติดที่มีใบรับรองแพทย์ ทุกสถานบริการที่รักษา ปี พ.ศ. 2558 ของสถานประกอบการ

ส่วนโรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาตามระบบ ใช้ข้อมูลการลาป่วยของแรงงานต่างชาติดที่มีใบรับรองแพทย์จากทุกสถานบริการ ซึ่งเก็บรวบรวมในโรงพยาบาลของสถานประกอบการ และนำมาลงรหัสโรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ข้อมูลจาก

โรงพยาบาลขนาดใหญ่ และสถานประกอบการให้ข้อมูลแตกต่างกันไม่มากนักยกเว้นโรคไข้หวัดใหญ่
ดังแสดงใน ตาราง 4-2

จะเห็นว่าอัตราป่วยของแรงงานต่างชาติด้วยโรคที่เฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของสถาน
ประกอบการมากกว่าโรงพยาบาลขนาดใหญ่ กรณีโรคไข้หวัดใหญ่ หากมีอาการไข้หวัดร่วมกับปวดเมื่อย
เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลอาจวินิจฉัยว่าเป็นไข้หวัดใหญ่ตามอาการ ไม่ได้ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อ
เพาะหาเชื้อเหมือนการวินิจฉัยในระบบรายงาน 506 ดังนั้นผู้วิจัยจึงยึดข้อมูลทุติยภูมิจากระบบ
รายงาน 506 ในการวิเคราะห์ผลการศึกษาก่อนหน้านี้เนื่องจากมีมาตรฐานแนวทางในการวินิจฉัยโรค
อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาลำดับโรคที่มีอัตราการป่วยใน 3 ลำดับแรกนั้นจากข้อมูลการลาป่วยที่
แพทย์ออกใบรับรองของสถานประกอบการ พบว่าสอดคล้องกับข้อมูลการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา
ของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ที่พบว่า โรคติดต่อที่แรงงานต่างชาติป่วยมาก 3 อันดับแรกคือ โรคไข้หวัด
โรคอุจจาระร่วง โรคตาแดง ดังแสดงในตาราง 4-3

ตาราง 4-3 เปรียบเทียบอัตราป่วยต่อแสนประชากร โรคที่เฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ปี พ.ศ. 2558

โรค	ที่มารายงาน	
	รง. 506 รพ.ขนาดใหญ่	สถิติลาป่วยของสถานประกอบการ
อุจจาระร่วง	718.8	1812.5
ตาแดง	1,156.3	1062.5
ไข้ไม่ทราบสาเหตุ	250.0	0
ปอดอักเสบ	62.5	62.5
สุกใส	150.0	500.0
ไข้เลือดออกรวม	93.8	125.0
มาลาเรีย	0.0	0.0
มือเท้าปาก	0.0	0.0
อาหารเป็นพิษ	0.0	0.0
ไข้หวัดใหญ่	0.0	6,406.3
วัณโรคปอด	62.5	125.0
หัด	0.0	125.0
แผลปากไหม้	0.0	0.0
เริ่มที่อวัยวะเพศ	0.0	31.3
กามโรคต่อมน้ำเหลือง	0.0	31.3
ซิฟิลิส	93.8	0.0

ที่มา: รายงาน 506 ข้อมูลระบาดวิทยาจากเครือข่ายปฐมภูมิโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ปี 2558 และสถิติการลาป่วยของ
แรงงานต่างชาติที่มีใบรับรองแพทย์ ทุกสถานบริการที่รักษา ปี พ.ศ. 2558 ของสถาน

จากการสอบถามและสัมภาษณ์ หัวหน้าแรงงานสัมพันธ์ ซึ่งให้ข้อมูลจากการสังเกตและประสบการณ์ที่ทำงานร่วมกับแรงงานต่างชาติ พบว่า แรงงานต่างชาติมี *ปัญหาสุขภาพด้านอื่น ๆ* เช่น อุบัติเหตุจากการทำงาน แรงงานต่างชาติเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานบ่อยครั้ง ซึ่งน่าจะเกิดจากความไม่คุ้นเคยกับอุปกรณ์ การไม่ปฏิบัติตามกฎระเบียบ การปฏิบัติงานด้วยความประมาท

ด้านสุขภาพจิต แรงงานสัมพันธ์มักเห็นแรงงานต่างชาติมีภาวะเครียด อาจเนื่องจากต้องปรับตัว เศรษฐกิจ ที่ผ่านมาสถานประกอบการยังไม่มี การดำเนินงานด้านการคุ้มครองผู้ที่มีปัญหา และส่งเสริมด้านสุขภาพจิตในแรงงานต่างชาติ

การออกกำลังกาย แรงงานต่างชาติส่วนใหญ่ขาดการออกกำลังกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในแรงงานต่างชาติหญิง แตกต่างจากแรงงานต่างชาติชายที่ออกกำลังกาย เช่น เล่นฟุตบอล ตะกร้อ อาจเนื่องมาจากแรงงานต่างชาติหญิงต้องมีภาระหน้าที่ในการประกอบอาหาร ซักผ้า รีดผ้า ในกรณีที่อยู่กับสามี จึงอาจเป็นสาเหตุสำคัญให้มีช่วงเวลาจำกัดในการออกกำลังกาย และแรงงานหญิงส่วนใหญ่ไม่นิยมใส่กางเกงนอกเวลาทำงาน จึงอาจเป็นเหตุผลและข้อจำกัดในการออกกำลังกาย จากการสนทนากับแรงงานสัมพันธ์เสนอว่า หากจะส่งเสริมการออกกำลังกายในกลุ่มแรงงานต่างชาติผู้หญิง จำเป็นต้องคำนึงถึงบริบททางวัฒนธรรมและความเชื่อวัฒนธรรมการแต่งกาย

การดื่มเครื่องดื่มเสริมกำลัง แรงงานต่างชาติหญิงและชายนิยมดื่มเครื่องดื่มเสริมกำลัง จากการสังเกตของผู้วิจัยพบว่า แรงงานต่างชาติจะนิยมดื่มเครื่องดื่มเสริมกำลังในงานบุญ งานแต่งงานที่จัดขึ้นในค่ายพัก

การซื้อยากินเอง แรงงานต่างชาติมักนิยมซื้อยากินเองจากร้านค้าภายนอก และรับประทานยามากกว่าความจำเป็น เนื่องจากเชื่อว่ากินยาตั้งแต่เริ่มมีอาการจะป้องกันไม่ให้ป่วยหนักจนไม่สามารถทำงานได้ และไม่มีรายได้หากหยุดงาน

แรงงานต่างชาติทั้งหญิงและชายมักนิยมกินหมากเพราะเชื่อว่าจะทำให้มีเรี่ยวแรงดี และมีพฤติกรรมบ้วนน้ำหมากลงพื้น ซึ่งสถานประกอบการได้จัดถังสำหรับใส่น้ำหมาก แต่แรงงานต่างชาติบางส่วนยังคงบ้วนน้ำหมากลงพื้น

พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรค เช่น การใช้ห้องน้ำ ห้องส้วม การล้างมือ การใช้ช้อนกลางยังเป็นปัญหาที่สถานประกอบการต้องการให้แรงงานต่างชาติมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง แรงงานต่างชาติบางคน โดยเฉพาะอย่างยิ่งแรงงานต่างชาติที่พึ่งเดินทางมาทำงานในเมืองไทยครั้งแรกมักใช้ห้องส้วมไม่ถูก ช่วงแรกเจ้าหน้าที่ต้องสอนวิธีนี้ และสาธิตการใช้ส้วม

5) การจัดบริการด้านสุขภาพให้แก่แรงงานต่างชาติในค่ายพักจากหน่วยงานภาครัฐ

การให้บริการด้านสุขภาพแก่แรงงานต่างชาติ ที่ผ่านมาหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ให้บริการสุขภาพไม่แตกต่างกับการให้บริการในประชาชนไทย เน้นบริการตั้งรับในสถานบริการคิดค่าใช้จ่ายตามสิทธิประกันสุขภาพ เมื่อแรงงานต่างชาติป่วยมารักษาในแผนกผู้ป่วยนอก หรือเข้ามา

เพื่อรับบริการในแผนกส่งเสริมสุขภาพ เช่น นำบุตรมารับวัคซีน บริการวางแผนครอบครัว ไม่มีหน่วยงานรับผิดชอบด้านส่งเสริมสุขภาพแรงงานต่างชาติในชุมชนที่เป็นรูปธรรมเหมือนกับประชาชนไทยเนื่องจากไม่ถูกกำหนดเป็นประชากรเป้าหมายหลัก ด้านการควบคุมโรคเมื่อป่วยด้วยโรคที่ต้องสอบสวนทางระบาดวิทยาจะสอบสวนโรคและควบคุมโรคเช่นเดียวกับคนไทย

แรงงานต่างชาติส่วนใหญ่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพครอบคลุม ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่ขึ้นสิทธิบัตรประกันสังคม ร้อยละ 97.5 มีเพียงเล็กน้อยใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพ ร้อยละ 2.5 เนื่องจากอยู่ในช่วงขออนุญาตทำงาน หรือยังรอขึ้นทะเบียนจากโรงพยาบาลขนาดใหญ่ สิทธิทั้งสองขึ้นทะเบียนกับโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ดังแสดงในตาราง 4-4

ตาราง 4-4 สิทธิประกันสุขภาพของแรงงานต่างชาติ ปี 2558

สิทธิประกันสุขภาพ	จำนวน (ร้อยละ)
ประกันสังคม (กระทรวงแรงงาน)	3,120 (97.5)
ประกันสุขภาพ (กระทรวงสาธารณสุข)	80 (2.5)
รวม	3,200 (100)

ที่มา: ข้อมูลสิทธิประกันสุขภาพของแรงงานต่างชาติของสถานประกอบการ ปี พ.ศ. 2558

การรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพในค่ายพักปลักธง 1 เมื่อแรงงานต่างชาติเจ็บป่วย รักษาที่ห้องพยาบาลที่ค่ายพักจัดให้ ถ้าป่วยมามากแรงงานสัมพันธ์จะพาไปรักษาที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ตามสิทธิประกันสังคม มีบางส่วนซื้อยาจากร้านขายยา คลินิกเอกชน ค่ายพักปลักธง 1 จัดพยาบาลหมุนเวียนให้บริการในภาคเช้า และภาคบ่ายทุกวันยกเว้นวันเสาร์และอาทิตย์ โดยแรงงานต่างชาติไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย แต่หากจำเป็นต้องส่งต่อเพื่อพบแพทย์ แรงงานสัมพันธ์และล่าม 1 คน จะพาแรงงานต่างชาติที่แพทย์นัด หรือเห็นว่าป่วยรุนแรงไปรักษาที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ในวันอังคารและวันพฤหัสบดี แต่หากเจ็บป่วยรุนแรงจะส่งต่อแผนกฉุกเฉินโรงพยาบาลนาหม่อม และโรงพยาบาลขนาดใหญ่ตามสิทธิประกันสังคม

การควบคุมโรค เมื่อเกิดโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง¹ ในค่ายพักปลักธง 1 เช่น กรณีเมื่อมีโรคไข้เลือดออกเกิดขึ้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคอหงส์ร่วมกับศูนย์บริการเทศบาลเมืองคอหงส์ (บ้านปลักธง) จะดำเนินการควบคุมโรค ในระยะแรกเมื่อพบโรคติดต่อที่ต้องติดตามต่อเนื่อง เช่น โรคไข้หวัด การดำเนินงานยังไม่ชัดเจน เนื่องจากขาดการส่งต่อข้อมูล เช่น กรณีโรงพยาบาลขนาดใหญ่ตรวจสุขภาพแรงงานต่างชาติเพื่อขึ้นทะเบียนประกันสังคม พบแรงงานต่างชาติป่วยเป็นวัณโรคปอด 2 ราย แต่ขาดการส่งต่อเพื่อติดตามการรักษาให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับพื้นที่ทั้งสองหน่วยงาน ในขณะที่ค่ายพักปลักธง 1 ก็ไม่ทราบขั้นตอนในการดำเนินงานเมื่อมีผู้ป่วยด้วยโรคที่ต้องเฝ้าระวังทาง

¹ โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง โรคติดต่อที่มีการติดตาม หรือเก็บข้อมูลตรวจสอบอย่างต่อเนื่อง

ระบาดวิทยา เนื่องจากเข้าใจว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคอหงส์และเทศบาลเมืองคอหงส์ทราบข้อมูลแล้ว ไม่มีการส่งต่อรายงานโรคติดต่อควบคุมที่สถานประกอบการตรวจสุขภาพประจำปีของแรงงานต่างชาติในค่ายพักพบ ให้แก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคอหงส์ สำหรับโรคโควิดโรคนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขติดตามการรักษาเฉพาะคนไทย ต่อมาปี พ.ศ. 2559 โรงพยาบาลหาดใหญ่ได้อบรมการติดตามผู้ป่วยวัณโรคแก่แรงงานสัมพันธ์ค่ายพักปลักธง 1 เพื่อติดตามแรงงานต่างชาติที่ป่วยเป็นวัณโรคในค่ายพัก และมีระบบมากขึ้น

การป้องกันโรคของแรงงานต่างชาติในค่ายพักปลักธง 1 สถานประกอบการจะประสานงานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคอหงส์ และเทศบาลเมืองคอหงส์เพื่อป้องกันโรค เช่น ปี พ.ศ. 2558 ได้ฉีดวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ โรคบาดทะยักแก่แรงงานต่างชาติ การป้องกันโรคเอดส์ ค่ายพักปลักธง 1 ได้รับการสนับสนุนถุงยางอนามัยฟรีจากศูนย์อภิบาลทางทะเล ในโครงการฟาร์มิตรเพื่อแจกจ่ายให้แก่แรงงานต่างชาติ โดยติดตั้งกล่องสำหรับใส่ถุงยางที่อาคารสำนักงานในค่ายพักปลักธง 1

การส่งเสริมสุขภาพของแรงงานต่างชาติในค่ายพัก สถานประกอบการและโรงพยาบาลหาดใหญ่ซึ่งเป็นหน่วยขึ้นทะเบียนประกันสังคมหลัก ได้จัดบริการส่งเสริมสุขภาพแก่แรงงานต่างชาติที่เน้นเฉพาะบริการวางแผนครอบครัวให้แก่แรงงานต่างชาติหญิงที่ต้องการรับบริการฉีดยาคุมกำเนิด โดยไม่คิดค่าใช้จ่ายในค่ายพักทุก 3 เดือน เนื่องจากไม่ต้องการให้แรงงานต่างชาติตั้งครรภ์ เพราะต้องปรับลักษณะงานให้กับแรงงานต่างชาติที่ตั้งครรภ์ ซึ่งจากข้อมูลโรงพยาบาลหาดใหญ่ แรงงานต่างชาติหญิงนิยมใช้วิธีคุมกำเนิด โดยยาฉีดคุมกำเนิดมากที่สุดร้อยละ 70 รองลงมาคือยาเม็ดคุมกำเนิด ร้อยละ 15 และวิธีอื่นๆ ร้อยละ 5 อย่างไรก็ตามจากการตั้งข้อสังเกต และข้อมูลของสถานประกอบการพบว่า มีแรงงานต่างชาติหญิงตั้งครรภ์ปีละประมาณ 70 คน ซึ่งน่าจะเกิดจากการใช้สิทธิประกันสังคมที่สามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาล และเห็นว่าการคลอดที่เมืองไทยน่าจะปลอดภัยกว่าคลอดที่บ้านเมืองของตนเอง ประกอบกับแรงงานต่างชาติที่สถานประกอบการจ้างงานเป็นกลุ่มวัยเจริญพันธุ์

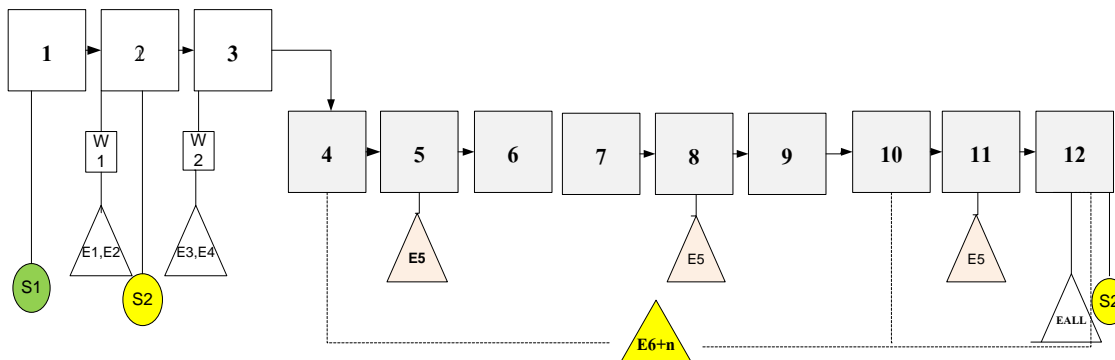
ระยะพัฒนาโปรแกรม

คณะทำงานนำผลจากการศึกษาเบื้องต้นเสนอในการประชุมเพื่อคัดเลือกปัญหา พบว่าคณะทำงานต่างเสนอปัญหาตามประสบการณ์ของตนเอง หรือตามประเด็นที่องค์กรสนใจและรับผิดชอบ เช่น แรงงานสัมพันธ์เสนอปัญหาลดอัตราการตั้งครรภ์ในแรงงานต่างชาติ ในขณะที่แรงงานต่างชาติเสนอการปรับปรุงบริการทางการแพทย์ในโรงงาน เช่น การเพิ่มยาที่มีให้โรงพยาบาลให้มีหลากหลายมากกว่ายาพื้นฐาน เช่น ยาพาราเซตามอล ในขณะที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั้ง 2 แห่งเสนอให้แก้ปัญหาโรคติดต่อ โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา เช่น โรคอุจจาระร่วง โรคตาแดง โรคไข้เลือดออก และวัณโรค เวทีประชุมประสบปัญหาความเห็นต่างของการเลือกปัญหาและ

การจัดลำดับความสำคัญ ซึ่งเกิดจากความแตกต่างของความรู้ ประสบการณ์ ความสนใจของ คณะทำงาน ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อเป้าหมายและแนวทางการดำเนินการพัฒนาโปรแกรม เจ้าหน้าที่ สาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคองหงส์จึงเสนอให้สำรวจสถานะสุขภาพของแรงงาน ต่างชาติ คณะทำงานตัวแทนแรงงานสัมพันธ์เสนอว่า ควรจะต้องทำความเข้าใจและพัฒนาศักยภาพ ของคณะทำงานให้เข้าใจในเรื่องต่างๆ เช่น แนวทางการการเลือกและระบุปัญหา วิธีการเขียน แผนงาน/โครงการ วิธีการประเมินผล ซึ่งตัวแทนแรงงานต่างชาติส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์มาก่อน ดังนั้นการพัฒนาศักยภาพให้แก่คณะทำงานเข้าใจก่อนจะลงมือปฏิบัติ ที่ประชุมมีมติเห็นชอบให้ สำรวจสถานะสุขภาพของแรงงานต่างชาติในทุกด้าน และพัฒนาเพิ่มขีดความสามารถของคณะทำงาน ในการระบุและจัดลำดับความสำคัญปัญหาสุขภาพของแรงงานต่างชาติ พัฒนาแผนงาน/โครงการที่ เหมาะสมในการแก้ปัญหาที่เลือก ด้วยวิธีการ Plan-Do-Check-Act (PDCA) เพื่อช่วยให้มีวิธีการที่มี ประสิทธิภาพในการแก้ปัญหาและการปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และพัฒนาให้ทีมเกิด กระบวนการวางแผนและกำหนดวัตถุประสงค์สำหรับการวางแผนการดำเนินการ ความเป็นไปได้ใน การระบุและจัดลำดับความสำคัญปัญหาสุขภาพของแรงงานต่างชาติ

คณะทำงานร่วมออกแบบและร่างโปรแกรมการจัดการสุขภาพของแรงงานต่างชาติ กำหนดการทำงานในรูปแบบคณะทำงาน ประกอบด้วยตัวแทนเจ้าหน้าที่ภาครัฐ 2 คน ตัวแทน แรงงานต่างชาติ 9 คน ซึ่งเป็นคณะกรรมการบ้านพักเดิมเนื่องจากเป็นตัวแทนของแรงงานต่างชาติที่ ได้จากการเลือกจากคณะทำงาน และตัวแทนแรงงานสัมพันธ์ 4 คน รวมผู้วิจัย 1 คน รวม 16 คน กำหนดช่วงเวลาการดำเนินงานตลอดโปรแกรม 12 เดือน ระยะเวลาที่ 1 พัฒนาคณะทำงานด้านการ วินิจฉัยชุมชน และพัฒนาศักยภาพด้านการบริหารจัดการแผนงาน/โครงการ ใช้เวลาการดำเนินการ 3 เดือน และระยะเวลาที่ 2 การดำเนินการและประเมินผล ใช้เวลา 9 เดือน และได้ข้อสรุปร่างโปรแกรม การจัดการสุขภาพของแรงงานต่างชาติดังแสดงใน แผนภูมิ 4-3

แผนภูมิ 4-3 ร่างโปรแกรมการจัดการสุขภาพของแรงงานต่างชาติ



สัญลักษณ์	
S1	สำรวจชุดดัชนี
S2	สำรวจชุดดัชนีที่เป็นปัญหา
W1	workshop วินิจฉัยชุมชน
W2	workshop การเขียนแผนงาน/โครงการ/ประเมินผล
E1	ประเมินความรู้ก่อน-หลังอบรมวินิจฉัยชุมชน
E2	ประเมินความพึงพอใจหลังอบรมวินิจฉัยชุมชน
E3	ประเมินความรู้ก่อน-หลังอบรมการเขียนแผนงาน/โครงการ/ประเมินผล
E4	ประเมินความพึงพอใจอบรมการเขียนแผนงาน/โครงการ/ประเมินผล
E5	ประเมินการมีส่วนร่วมโดยทีม ทุก 3 เดือน
E6+n	ประเมินผลโครงการ
EALL	ประเมินผลภาพรวมโปรแกรม

การพัฒนาโปรแกรมเริ่มจากการพัฒนาศักยภาพของคณะทำงานด้านการวินิจฉัยชุมชนในเดือนที่ 1 และ 2 โดยใช้ *Workshop การวินิจฉัยชุมชน (W1)* ซึ่งมีผลการสำรวจสถานะสุขภาพ (S1) ให้คณะทำงานวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพ ระบุปัญหา จัดลำดับความสำคัญของปัญหา แล้วเลือกปัญหาสุขภาพที่จะดำเนินการแก้ไข วัตถุประสงค์การอบรม W1 โดยประเมินคะแนนความรู้เปรียบเทียบก่อนและหลังการอบรม (E1) และประเมินความพึงพอใจ (E2) ปัญหาที่ได้รับคะแนนสูงสุดจะนำมาพิจารณาและดำเนินการเพื่อเป็นข้อมูลในการออกแบบ (S2) หลังจากระบุปัญหาแล้ว จะเริ่มพัฒนาศักยภาพของคณะทำงานด้านการบริหารจัดการแผนงาน/โครงการ เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพ โดย *Workshop การบริหารจัดการแผนงาน/โครงการ (W2)* และวัตถุประสงค์การอบรม โดยประเมินคะแนนความรู้เปรียบเทียบก่อนและหลังการอบรม (E3) และประเมินความพึงพอใจ (E4) หลังเขียนแผนงาน/โครงการ ตามลำดับ ในช่วงเดือนที่ 4 ถึงเดือนที่ 12 เป็นช่วงดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการที่ได้ออกแบบไว้ ในการดำเนินงานจะประชุมคณะทำงานเดือนละ 1 ครั้ง เพื่อติดตามงาน และประเมินผลโครงการย่อย (E6+n) และประเมินการมีส่วนร่วมของทีมของคณะทำงาน (E5) ทุก 3 เดือน เพื่อพัฒนาและปรับปรุงการดำเนินงาน หลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการจัดการสุขภาพ ประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมในภาพรวม ก่อน-หลัง (S2) โดยสำรวจเปรียบเทียบดัชนีสุขภาพที่เป็นปัญหาโดยใช้แบบสำรวจ S2 ซ้ำอีกครั้ง และประเมินความพึงพอใจต่อการจัดโปรแกรมสุขภาพในภาพรวม (Eall)

ในระยะนี้ได้ข้อสรุปร่วมกันว่า กลวิธีสำคัญเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพของแรงงานต่างชาติในค่ายพักให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลนั้น ควรเกิดจากความร่วมมือของภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนคือสถานประกอบการ และแรงงานต่างชาติเอง การสนับสนุนให้แรงงานต่างชาติ เข้ามา มีบทบาท และมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพของตัวเอง ในรูปแบบของตัวเอง ทำงานร่วมกันเป็น คณะทำงาน และพัฒนาศักยภาพของคณะทำงานให้สามารถค้นหา และเลือกปัญหาสุขภาพที่จะ แก้ไข และร่วมกันดำเนินการแก้ปัญหา และประเมินผลในการแก้ปัญหาสุขภาพ แรงงานต่างชาติที่เป็นตัวแทนสามารถถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านสุขภาพแก่เพื่อนแรงงานต่างชาติด้วยตนเอง มีการแบ่งพื้นที่การดูแลกันเองจากแรงงานต่างชาติที่เป็นอาสาสมัคร ให้เกิดการขับเคลื่อนด้านการช่วยเหลือ สนับสนุนการทำกิจกรรมต่าง ๆ และแก้ปัญหา คือ 1) การสร้างนโยบายสาธารณะที่ส่งผลดีต่อสุขภาพ 2) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ 3) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลด้านสุขภาพ 4) การสร้างความร่วมมือในชุมชนให้เข้มแข็ง และ 5) การปรับระบบบริการสุขภาพให้เน้นการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อพัฒนาและจัดการสุขภาพแรงงานต่างชาติ และได้ข้อสรุปเบื้องต้นว่า ค่ายพักปลักธง 1 มีต้นทุนของการบริหารจัดการในรูปแบบคณะกรรมการสวัสดิการบ้านพักซึ่งเป็นตัวแทนแรงงานต่างชาติที่ถูกคัดเลือกโดยระบบประชาธิปไตยจากแรงงานต่างชาติเดิมอยู่แล้ว ประกอบกับตัวแทนแรงงานต่างชาติส่วนใหญ่ยังมีอีกหนึ่งบทบาทที่สำคัญในค่ายพักคือ การเป็นคณะกรรมการศาสนาซึ่งเป็นตำแหน่งที่ แรงงานต่างชาติส่วนใหญ่ในค่ายพักให้ความเคารพนับถือเป็นทุนเดิม ที่ประชุมมีความเห็นให้ ดำเนินการในรูปแบบคณะทำงาน ซึ่งควรจะประกอบด้วย คณะกรรมการสวัสดิการบ้านพัก แรงงาน สัมพันธ์ ตัวแทนเจ้าหน้าที่จากหน่วยบริการสาธารณสุข ซึ่งต่อไปนี้จะเรียกว่า “คณะทำงาน”

ผลการดำเนินงานในระยะดำเนินงานตามโปรแกรม (Program implementation)

ระยะนี้ประกอบด้วย การพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการวินิจฉัยชุมชน และการพัฒนา คณะทำงานด้านการบริหารจัดการแผนงาน/โครงการ และการปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการดังนี้

- 1) การพัฒนาศักยภาพอบรมเชิงปฏิบัติการการวินิจฉัยชุมชน (มกราคม-มีนาคม 2560)
- ก. การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการการวินิจฉัยชุมชน (W1)

ผลการสำรวจสถานะสุขภาพ (S1)

ผลจากการประชุมในเดือน 11 ธันวาคม พ.ศ. 2559 ที่คณะทำงานมีมติร่วมกันให้สำรวจ สถานะสุขภาพของแรงงานต่างชาติในเบื้องต้นเพื่อทราบปัญหาที่แท้จริง ซึ่งคณะทำงานได้มอบหมาย ให้ผู้วิจัยเป็นผู้ออกแบบและสำรวจ คณะทำงานเสนอประเด็นสำคัญที่ควรมีในข้อสอบถามครอบคลุม เรื่อง สุขภาพทางกาย สุขภาพทางจิต พฤติกรรมสุขภาพ สุขาภิบาลและสิ่งแวดล้อม และได้แบ่งหน้าที่ รับผิดชอบในการดำเนินการสำรวจดังนี้ แรงงานสัมพันธ์มีหน้าที่จัดหาล่าม และนำผู้วิจัยไปยังห้องพัก

หลังสุ่มเลือก ตัวแทนแรงงานต่างชาติมีหน้าที่ประชาสัมพันธ์ให้แรงงานต่างชาติทราบการทำงาน และกำหนดให้สำรวจเสร็จสิ้นภายใน 2 สัปดาห์

คณะทำงานได้จัดหาล่ามจากโรงงาน 3 คน เพื่อสำรวจสถานะสุขภาพ แรงงานสัมพันธ์และตัวแทนแรงงานต่างชาติดำเนินการประชาสัมพันธ์ และแจ้งข่าวสารให้แก่แรงงานต่างชาติในค่ายพัก รับทราบด้วยเสียงตามสาย ระหว่างการเก็บข้อมูลแรงงานสัมพันธ์ช่วยเลือกพื้นที่และพาผู้วิจัยพร้อมล่ามไปห้องพักที่ผู้วิจัยเลือกในแต่ละวัน

ในการสำรวจสถานะสุขภาพสุ่มแรงงานต่างชาติ 340 คน ด้วยวิธีสุ่มแบบมีระบบจากบ้านพัก 21 อาคาร (1 อาคาร มีห้องพัก 52 ห้องพัก) ในแต่ละอาคารสุ่มเลือกห้องพัก 16 ห้อง เครื่องมือเก็บข้อมูลใช้แบบสัมภาษณ์ (S1) ที่จัดทำเป็น 2 ภาษา (ดูภาคผนวก ข) ผู้สัมภาษณ์คือผู้วิจัยและล่ามแปลภาษาเมียนมา 3 คน โดยล่ามคนที่ 1 และผู้วิจัยสำรวจแรงงานต่างชาติในช่วงเช้า เวลา 08.00-11.00 น. เนื่องจากล่ามต้องทำงานในกะบ่าย เข้าทำงานในเวลา 18.00-06.00 น. ส่วนเวลา 12.00-18.00 น. จะเป็นช่วงเวลาพักผ่อน และเป็นช่วงเวลาที่ ไม่เหมาะสมให้สำรวจ เนื่องจากเป็นช่วงพักของแรงงานต่างชาติที่ทำงานกะบ่ายเช่นกัน ผู้วิจัยจึงใช้เวลาในระหว่างรอตตอนเย็นที่แรงงานต่างชาติจะเข้ากลับจากที่ทำงานตรวจสอบคุณภาพและบันทึกข้อมูลที่สำรวจได้ที่ค่ายพัก ซึ่งโรงงานได้อนุเคราะห์จัดห้องพักสำหรับให้ผู้วิจัยปฏิบัติงาน 1 ห้อง อยู่ติดกับห้องสมุด และอาคารสำนักงานซึ่งเดิมเคยเป็นห้องพัkyาม การสำรวจในช่วงเย็น ผู้วิจัยและล่ามคนที่ 2 และ 3 ใช้เวลาในช่วง 19.00-21.00 น. ซึ่งเป็นเวลาที่แรงงานต่างชาติสะดวกที่สุดเนื่องจากเสร็จภารกิจหลังจากประกอบอาหารและเข้าพักประจำห้องพักแล้ว และล่ามทั้งสองคนก็ว่างจากภารกิจงานประจำของโรงงาน ใช้เวลาสำรวจเป็นเวลา 2 สัปดาห์ ดำเนินการในเดือนที่ 1 ตามกำหนดผังกำกับโปรแกรม ผลการสำรวจสถานะสุขภาพพบรายละเอียดจำแนกตามดัชนี 6 ด้านดังนี้

1) ดัชนีสุขภาพด้านข้อมูลทั่วไป และสถิติชีพของตัวอย่างแรงงานต่างชาติในค่ายพัก

กลุ่มตัวอย่างแรงงานต่างชาติมีสัดส่วนเพศหญิงมากกว่าเพศชาย สถานะแต่งงานมากที่สุด ร้อยละ 60.9 รองลงมาคือโสด ร้อยละ 35 มีสัญชาติเมียนมามากที่สุด ร้อยละ 98.8 รองลงมาคือสัญชาติกัมพูชา ร้อยละ 0.9 ส่วนใหญ่เชื้อชาติเป็นเมียนมา ร้อยละ 77.4 รองลงมาเชื้อชาติมอญ ร้อยละ 22.1 แรงงานต่างชาติส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 99.4 มีระดับการศึกษาสูงสุด ประถมศึกษา ร้อยละ 42.9 รองลงมาคือก่อนประถมศึกษา ร้อยละ 31.8 และมีมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 18.9 ตามลำดับ ความเกี่ยวข้องของแรงงานต่างชาติที่อาศัยอยู่ด้วยกัน ส่วนใหญ่เป็นสามี/ภรรยา ร้อยละ 45.9 รองลงมา เป็นเพื่อน ร้อยละ 21.4 ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 4-5

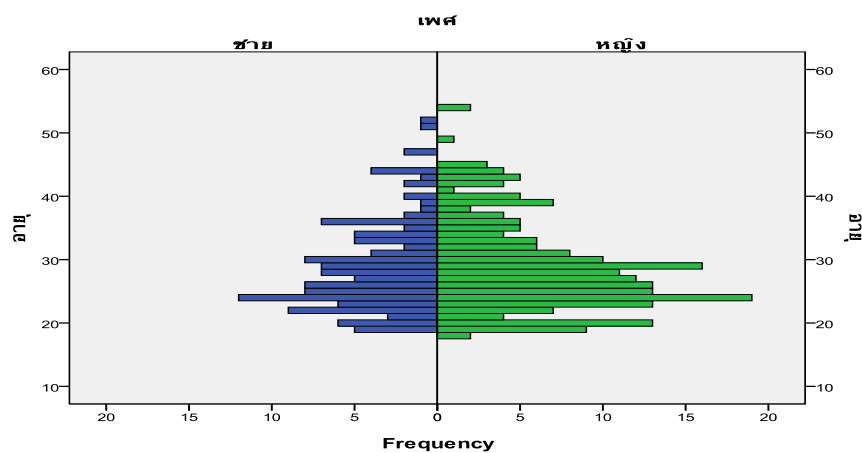
ตาราง 4-5 ลักษณะทั่วไปของแรงงานต่างชาติในค่ายพัก (n = 340)

ลักษณะทั่วไป	คน (ร้อยละ)
อายุ	Mean = 29, S.D. = 7.36, Min = 18, Max = 54
เพศ	
ชาย	126 (37.1)
หญิง	214 (62.9)
สถานะ	
โสด	119 (35.0)
แต่งงานแล้ว	207 (60.9)
หม้าย	5 (1.5)
หย่าร้าง	4 (1.2)
แยกกันอยู่ชั่วคราว	5 (1.5)
สัญชาติ	
เมียนมา	336 (98.8)
กัมพูชา	3 (0.9)
ลาว	1 (0.2)
เชื้อชาติ	
เมียนมา	253 (74.4)
มอญ	75 (22.1)
คะฉิ่น	2 (0.6)
กะเหรี่ยง	6 (1.8)
ลาว	3 (0.8)
กัมพูชา	1 (0.3)
ศาสนา	
พุทธ	338 (99.4)
อิสลาม	2 (0.6)
ระดับการศึกษาสูงสุด	
ไม่ได้รับการศึกษา	19 (5.7)
ก่อนประถมศึกษา	108 (31.8)
ประถมศึกษา	146 (42.9)
มัธยมศึกษาตอนต้น	64 (18.9)
อนุปริญญา	1 (0.2)
ปริญญาตรี	2 (0.5)
จำนวนแรงงานต่างชาติในครัวเรือน	Mean = 1.94, S.D. = 0.302, Min = 1, Max = 3
ความเกี่ยวข้องของแรงงานต่างชาติที่อยู่ด้วยกัน	
สามี/ภรรยา	156 (45.9)

ตาราง 4-5 ลักษณะทั่วไปของแรงงานต่างชาติในค่ายพัก (n=340) (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	คน (ร้อยละ)
เพื่อน	73 (21.4)
พี่/น้อง	59 (17.4)
พ่อ/แม่/ลูก	34 (10.1)
ญาติ	18 (5.2)

ประมิตประชากรของกลุ่มตัวอย่างแยกอายุและเพศของแรงงานต่างชาติ พบว่า มีสัดส่วนเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คือ เพศหญิงต่อเพศชาย 62.9 : 37.1 กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดอยู่ในช่วง 20-30 ปี สัดส่วนวัยประชากรพึ่งพิง (0-14 ปี และ 60 ปีขึ้นไป) ต่อสัดส่วนวัยแรงงาน (15-59 ปี) เท่ากับ 100: 0 เนื่องจากไม่มีประชากรกลุ่มอายุต่ำกว่า 15 ปี และกลุ่ม 60 ปีขึ้นไป สาเหตุจากสถานประกอบการจ้างงานแรงงานต่างชาติที่มีอายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไปตามกฎหมายแรงงาน และกลุ่มอายุ 50 ปีขึ้นไปก็มีจำนวนน้อยส่วนใหญ่เป็นแรงงานที่ย้ายติดตามบุตรที่มาจ้างงาน จากสัดส่วนดังกล่าว แสดงว่าไม่มีปัญหาภาระจากวัยพึ่งพิงของแรงงานต่างชาติในค่ายพัก รูปภาพ 4-10



รูปภาพ 4-10 ประมิตประชากรตามกลุ่มอายุและเพศ กลุ่มตัวอย่างแรงงานต่างชาติ ปี พ.ศ. 2559

แรงงานต่างชาติมีอัตราการแท้ง ร้อยละ 19.5 อัตราตายของทารก 6.4 กล่าวได้ว่าเป็น
ปัญหาด้านสุขภาพ ดังแสดง ตาราง 4-6

ตาราง 4-6 สถิติชีพของแรงงานต่างชาติในค่ายพัก (n=340)

สถิติชีพ	อัตรา
อัตราการเกิด (ต่อพันประชากร)	0.4
อัตราการตาย (ต่อพันประชากร)	0.0
อัตราเพิ่มตามธรรมชาติ (ต่อพันประชากร)	0.4
อัตราการย้ายเข้า (ร้อยละ)	4.7
อัตราการย้ายออก (ร้อยละ)	4.7
อัตราแท้ง (ร้อยละ)	19.5
อัตราการตายทารก (ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน)	6.4
อัตราการตายของทารกแรกเกิด (อายุต่ำกว่า 28 วัน) (ร้อยละ)	3.7

แรงงานต่างชาติส่วนใหญ่ไม่เคยย้ายงาน ร้อยละ 93.2 และเคยย้ายงานร้อยละ 6.8 แรงงาน
ต่างชาติที่ย้ายงานส่วนใหญ่ย้ายงาน จำนวน 1 ครั้ง สาเหตุที่ย้ายงานคือ เงินเดือนน้อย งานหนัก การ
จ้างงานส่วนใหญ่เป็นลูกจ้างรายวัน ร้อยละ 96.2 รายได้ของแรงงานต่างชาติที่เป็นลูกจ้างรายวันมี
ค่าแรง 300 บาทต่อวัน มากที่สุด รองลงมา วันละ 302 บาทต่อวัน แรงงานต่างชาติขึ้นทะเบียนกับ
กระทรวงแรงงานแบบขออนุญาตทำงาน แบบมี passport /Visa มากที่สุด 96.5 รองลงมา คือขึ้น
ทะเบียน work permitted จากกระทรวงแรงงาน ร้อยละ 2.1 ดังแสดงใน ตาราง 4.7

ตาราง 4-7 ลักษณะงานของแรงงานต่างชาติในค่ายพัก (n=340)

ลักษณะงาน	คน (ร้อยละ)
การย้ายงาน	
ไม่เคยย้ายงาน	317 (93.2)
เคยย้ายงาน	23 (6.8)
-จำนวนครั้งที่ย้าย	
1 ครั้ง	19
2 ครั้ง	3
3 ครั้ง	1
-สาเหตุการย้าย (n=23)	
เงินเดือนน้อย	5
งานหนัก	3
นายจ้างเอาเปรียบ	1
สาเหตุอื่น ๆ	14
ระยะเวลาที่ทำงานในเมืองไทย	Mean = 4.7, S.D. = 2.28, Min = 1, Max = 15
ระยะเวลาที่ทำงานในโรงงานแห่งนี้	Mean = 4.2, S.D. = 2.09, Min = 1, Max = 10

ตาราง 4-7 ลักษณะงานของแรงงานต่างชาติในค่ายพัก (n=340) (ต่อ)

ลักษณะงาน	คน (ร้อยละ)
รายได้	
-ค่าจ้างแบบรายวัน	328 (96.5)
300 บาทต่อวัน	253
301-310 บาทต่อวัน	75
- ค่าจ้างแบบรายเดือน	12 (3.5)
8,000-9,000 บาทต่อเดือน	3
9,001-10,000 บาทต่อเดือน	5
>10,000 บาทต่อเดือน	4
ประเภทการขึ้นทะเบียนการจ้างงาน	
ขึ้นทะเบียนกับกระทรวงแรงงาน ขออนุญาตทำงาน (passport/Visa) ^ก	328 (96.5)
ขึ้นทะเบียน work permitted ^ข จากกระทรวงแรงงาน	7 (2.1)
ขึ้นทะเบียนมหาดไทยประเภท ทร. 38 ^ค	5 (1.4)

หมายเหตุ: passport/Visa^ก ใบอนุญาตทำงานที่ออกให้ต่างชาติที่เข้ามาในประเทศไทย จุดประสงค์เพื่อประกอบธุรกิจหรือเป็นลูกจ้าง work permitted^ข ใบอนุญาตทำงานต่างชาติที่ทำงานในสถานประกอบการที่ได้รับการส่งเสริมการลงทุน
 ทร. 38^ค หมายถึง แรงงานต่างชาติจดทะเบียนเพื่อได้สิทธิอาศัยอยู่ชั่วคราว และได้เลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก
 จากกระทรวงมหาดไทย ต้องผ่านการตรวจสอบสุขภาพก่อน จึงขอใบอนุญาตทำงานจากกระทรวงแรงงานได้

ด้านการใช้ภาษาไทยแรงงานต่างชาติพูดภาษาไทยได้เล็กน้อย มากที่สุด ร้อยละ 49.1
 รองลงมา คือพูดไม่ได้เลย ร้อยละ 43.9 และสามารถฟังภาษาไทยได้เล็กน้อย มากที่สุด ร้อยละ 71.8
 รองลงมาคือฟังไม่ได้เลย ร้อยละ 20.9 ดังแสดงใน ตาราง 4-8

ตาราง 4-8 การใช้ภาษาไทยของแรงงานต่างชาติในค่ายพัก (n = 340)

การใช้ภาษาไทย	คน (ร้อยละ)
การพูด	
พูดได้	24 (7.1)
พูดได้เล็กน้อย	167 (49.1)
พูดไม่ได้เลย	149 (43.8)
การฟัง	
ฟังได้	25 (7.4)
ฟังได้เล็กน้อย	244 (71.8)
ฟังไม่ได้เลย	71 (20.9)

แรงงานต่างชาติส่วนใหญ่มีสิทธิการรักษาพยาบาล ประเภทประกันสังคม ร้อยละ 97.6 รองลงมาคือสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 2.4 9 ตามลำดับ และขึ้นทะเบียนกับโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ร้อยละ 100 ที่เป็นเช่นนี้เพราะการจ้างงานของแรงงานต่างชาติในค่ายพักเป็นการจ้างงานแบบถูกกฎหมาย สถานประกอบการต้องทำประกันสังคมให้ลูกจ้างตามกฎหมาย ดังแสดงในตาราง 4-9

ตาราง 4-9 สิทธิการรักษาของแรงงานต่างชาติในค่ายพัก (n = 340)

สิทธิการรักษา	คน (ร้อยละ)
ประเภทสิทธิการรักษา	
ประกันสังคม (กระทรวงแรงงาน)	332 (97.6)
ประกันสุขภาพ (กระทรวงสาธารณสุข)	8 (2.4)
สถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนสิทธิ	
โรงพยาบาลขนาดใหญ่	340 (100)

2) ดัชนีสถานะสุขภาพด้านโรค

สถานะสุขภาพของแรงงานต่างชาติ พบว่า ผลการตรวจสุขภาพก่อนได้รับใบอนุญาตทำงาน ไม่พบโรค ร้อยละ 91.7 และพบเป็นโรคที่ต้องรักษา ร้อยละ 8.3 โดยโรคติดต่อที่ต้องควบคุม² ที่แรงงานต่างชาติพบมากที่สุด คือโรคมาลาเรีย รองลงมาคือ โรคซิฟิลิส และโรควัณโรคตามลำดับในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา แรงงานต่างชาติป่วย ร้อยละ 55.3 ป่วย 1 ครั้งมากที่สุด ร้อยละ 20.6 โรคที่แรงงานต่างชาติป่วยมากที่สุดคือ โรคหวัด ร้อยละ 23.4 รองลงมาอาการกล้ามเนื้อ ร้อยละ 13.0 และปวดศีรษะ ร้อยละ 12.0 ตามลำดับ เมื่อเจ็บป่วยแรงงานต่างชาติเลือกใช้บริการโดยการซื้อยากินเองมากที่สุด ร้อยละ 82.9 รองลงมาคือ ใช้บริการที่ห้องพยาบาลของโรงงาน ร้อยละ 68.8 และคลินิกเอกชน ร้อยละ 49.4 ตามลำดับ ดังแสดงใน ตาราง 4-10

² โรคติดต่อที่ต้องควบคุมในแรงงานต่างชาติ มี 6 ชนิด คือ โรคซิฟิลิส โรคเรื้อน โรคหนองพยาธิ โรคเท้าช้าง โรควัณโรค และโรคมาลาเรีย

ตาราง 4-10 ผลตรวจสุขภาพก่อนได้รับใบอนุญาตทำงาน การป่วย สาเหตุการป่วย การรักษาเมื่อเจ็บป่วย ของแรงงานต่างชาติ (n = 340)

สถานะสุขภาพ	คน (ร้อยละ)
ผลการตรวจสุขภาพก่อนได้รับใบอนุญาตทำงาน	
ไม่พบโรค	312 (91.7)
พบโรคที่ต้องรักษา	28 (8.3)
มาลาเรีย	21
ซิฟิลิส	3
วัณโรค	3
เรื้อน	1
การป่วยในรอบปีที่ผ่านมา	
ไม่ป่วย	156 (45.7)
ป่วย 1 ครั้ง	70 (20.6)
ป่วย 2 ครั้ง	41 (12.1)
ป่วย 3 ครั้ง	23 (6.8)
ป่วย 4 ครั้ง	13 (3.8)
มากกว่า 5 ครั้ง	37 (10.9)
สาเหตุการป่วยในรอบปีที่ผ่านมา (n=184)	
ไข้หวัด	43 (23.4)
โรคกล้ามเนื้อ กระดูก ข้อ	24 (13.0)
ปวดศีรษะ	22 (12.0)
โรคกระเพาะอาหาร	13 (7.1)
อื่น ๆ	82 (44.5)
วิธีการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย (n=184)	
ซื้อยากินเอง	85 (46.2)
ใช้บริการที่ห้องพยาบาลของโรงงาน	68 (36.9)
คลินิกเอกชน	31 (16.9)

ด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย แรงงานต่างชาติมีที่พึ่งในการดูแลสุขภาพ โดยใช้ยาพื้นบ้านมากที่สุด ร้อยละ 37.2 รองลงมาใช้ยาสมุนไพร ร้อยละ 33.8 และยาแผนปัจจุบัน ร้อยละ 28.7 ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 4-11

ตาราง 4-11 ด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย แรงงานต่างชาติ (n=340)

พฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย	จำนวน (ร้อยละ)
ยาพื้นบ้านจากเมียนมา	273 (37.2)
ยาสมุนไพร	248 (33.8)
ยาแผนปัจจุบัน	211 (28.7)
วิธีอื่น ๆ	2 (0.3)

แรงงานต่างชาติที่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 22.0 ได้รับการรักษาอย่างสม่ำเสมอเพียง ร้อยละ 46.7 โดยสาเหตุการไม่ได้รับการรักษาตามนัดเนื่องจาก ไม่มีเวลา การเดินทางไม่สะดวก ปัญหาด้านการเงิน ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 4-12

ตาราง 4-12 จำนวน ร้อยละ โรคประจำตัวของแรงงานต่างชาติ (n = 340)

โรคประจำตัว	คน (ร้อยละ)
ไม่เคยตรวจ	126 (37.1)
ตรวจไม่มีโรคประจำตัว	139 (40.9)
ตรวจมีโรคประจำตัว	75 (22.0)
เบาหวาน	1
ความดันโลหิตสูง	18
โรคหัวใจและหลอดเลือด	11
โรคภูมิแพ้	4
โรคกระเพาะ/ลำไส้	21
โรคปอด/หลอดลม	1
ระบบเลือด/ต่อมน้ำเหลือง	2
โรคกระดูก/กล้ามเนื้อ	8
โรคเกี่ยวกับอวัยวะสืบพันธุ์	2
โรคไต/ระบบปัสสาวะ	5
โรคผิวหนัง	2
การรักษาโรคประจำตัว n=75	
ไม่เคยรักษา	40 (53.3)
รับการรักษา	35 (46.7)
แพทย์แผนปัจจุบัน	29
แพทย์ทางเลือก	6
ความสม่ำเสมอในการรักษา n=35	
มาตามนัด	30 (85.7)
ไม่มาตามนัด	5 (14.3)
สาเหตุการไม่รักษาตามนัด n=5	
ลืมนัด จำไม่ได้	1
เดินทางไม่สะดวก	2
ปัญหาการเงิน	1
ไม่มีเวลา	1

ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา แรงงานต่างชาติเคยได้รับอุบัติเหตุ ร้อยละ 32.4 เป็นอุบัติเหตุจากการทำงานมากที่สุด รองลงมาอุบัติเหตุตอนอกงาน และอุบัติเหตุจรรยาจร ตามลำดับ ดังแสดงใน ตาราง 4-13

ตาราง 4-13 อุบัติเหตุหรือบาดเจ็บ ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาของแรงงานต่างชาติ (n =340)

การได้รับอุบัติเหตุ หรือบาดเจ็บ ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา	คน (ร้อยละ)
ไม่เคยได้รับอุบัติเหตุ	230 (67.6)
เคยได้รับอุบัติเหตุ	110 (32.4)
จากการทำงาน	61
การบาดเจ็บทั่วไป (นอกงาน) เช่น ถูกของมีคม สิ้นหกล้ม น้ำร้อนลวก	48
จากการจรรยาจร	14

3) ดัชนีด้านพฤติกรรมสุขภาพ

แรงงานต่างชาติออกกำลังกายเพียง ร้อยละ 21.1 และออกแรง/เคลื่อนไหวร่างกาย เช่น ทำงานบ้าน เดินเร็ว ปั่นจักรยาน และอื่น ๆ จนรู้สึกเหนื่อยกว่าปกติ และหายใจเร็วกว่าปกติเล็กน้อย ติดต่อกัน 10 นาทีขึ้นไป รวมกันทั้งวัน 30 นาที ร้อยละ 38.1 ดังแสดงใน ตาราง 4-14

ตาราง 4-14 พฤติกรรมการออกกำลังกายของแรงงานต่างชาติในค่ายพัก (n = 340)

พฤติกรรมกรออกกำลังกาย	คน (ร้อยละ)
เล่นกีฬา/ออกกำลังกาย เช่น วิ่งเหยาะ เล่นฟุตบอล ตะกร้อ และอื่น ๆ จนรู้สึกเหนื่อยโดยหายใจเร็วและแรง	
ไม่ทำ	258 (75.9)
ทำ	82 (24.1)
ใช้เวลาต่อครั้ง	
>20 นาที	47
< 20 นาที	35
จำนวนวันต่อสัปดาห์	
>3 วัน	37
1-2 วัน	45
ออกแรง/เคลื่อนไหวร่างกาย เช่น ทำงานบ้าน เดินเร็ว และอื่น ๆ จนรู้สึกเหนื่อย และหายใจเร็วกว่าปกติเล็กน้อย	
ไม่ทำ	116 (34.2)
ทำ	224 (65.8)
ใช้เวลาต่อครั้ง	
ติดต่อกัน 10 นาทีขึ้นไป รวมกันทั้งวัน 30 นาที	85
น้อยกว่า 30 นาที	139
จำนวนวันต่อสัปดาห์	

ตาราง 4-14 พฤติกรรมการออกกำลังกายของแรงงานต่างชาตินในค่ายพัก (n = 340) (ต่อ)

พฤติกรรมการออกกำลังกาย	คน (ร้อยละ)
จำนวนวันต่อสัปดาห์	
>5 วัน	108
1-4 วัน	116

แรงงานต่างชาติดูสุขภาพหรือร้อยละ 14.6 ปริมาณการสูบต่อวัน น้อยกว่า 10 มวนต่อวันมากที่สุด ระยะการสูบมวนแรกหลังตื่นนอนมากกว่า 30 นาที มากที่สุด ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 12.6 ดื่ม 1-4 วันต่อสัปดาห์มากที่สุด และดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง ร้อยละ 26.7 ดื่ม 1-4 วันต่อสัปดาห์มากที่สุด ตามลำดับ ดังแสดงใน ตาราง 4-15

ตาราง 4-15 พฤติกรรมสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และเครื่องดื่มเสริมกำลังของแรงงานต่างชาติ (n = 340)

พฤติกรรม	คน (ร้อยละ)
การสูบบุหรี่	
ไม่สูบ	289 (85.3)
สูบ	50 (14.6)
ปริมาณการสูบบุหรี่ต่อวัน	
> 30 มวนต่อวัน	2
21-30 มวนต่อวัน	1
11-20 มวนต่อวัน	5
< 10 มวนต่อวัน	42
ระยะเวลาสูบมวนแรกหลังตื่นนอน	
5 นาที หลังตื่นนอน	13
6 ถึง 30 นาที หลังตื่นนอน	10
> 30 นาที หลังตื่นนอน	27
> 30 มวนต่อวัน	2
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกชนิด เช่น เหล้า ไวน์ เบียร์ ยาตอง สาโท และอื่นๆ	
ไม่ดื่ม	297 (87.4)
ดื่ม	43 (12.6)
ดื่มทุกวัน	6
5-6 วันต่อสัปดาห์	6
1-4 วันต่อสัปดาห์	31
การดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง เช่น สปอนเซอร์ กระทิงแดง ฉลาม	
ไม่ดื่ม	249 (73.2)

ตาราง 4-15 พฤติกรรมสุขภาพที่ดีมีสุรา และเครื่องดื่มเสริมกำลังของแรงงานต่างชาติ (n = 340) (ต่อ)

พฤติกรรม	คน (ร้อยละ)
ดื่ม	91 (26.8)
ดื่มทุกวัน	18
5-6 วันต่อสัปดาห์	5
1-4 วันต่อสัปดาห์	68

พฤติกรรมส่วนบุคคลด้านสุขภาพโภชนาการ พบว่า ส่วนใหญ่ค่อนข้างดี คือ ใช้ช้อนกลางตักอาหาร ล้างมือ ก่อนกินอาหารและหลังขับถ่าย กินอาหารปรุงสุกทำใหม่ๆ ทุกครั้ง อยู่ในช่วงร้อยละ 74.9-81.1 ส่วนพฤติกรรมใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนที่ไม่ใช่ ภรรยาหรือสามี ทุกครั้งยังค่อนข้างต่ำคือ ร้อยละ 57.2 เช่นเดียวกับพฤติกรรมสวมหมวกนิรภัยทุกครั้งเมื่อขี่และซ้อนท้ายมอเตอร์ไซด์ที่พบ ร้อยละ 57.4 ดังแสดงใน ตาราง 4-16

ตาราง 4-16 พฤติกรรมด้านสุขวิทยาส่วนบุคคลของแรงงานต่างชาติในค่ายพัก (n=340)

พฤติกรรมส่วนบุคคล	คน (ร้อยละ)			
	ทุกครั้ง	ทำส่วนมาก	ทำส่วนน้อย	ไม่เคยทำ
ใช้ช้อนกลางตักอาหาร	276 (81.1)	20 (5.9)	26 (7.7)	18 (5.3)
ล้างมือด้วยน้ำสบู่มาก่อนกินอาหาร	254 (74.9)	20 (5.9)	38 (11.2)	27 (8.0)
ล้างมือด้วยน้ำสบูหลังขับถ่าย	268 (78.7)	14 (4.1)	33 (9.8)	25 (7.4)
กินอาหารปรุงสุกใหม่ๆ	270 (79.3)	29 (8.6)	34 (10.1)	7 (2.1)
ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนที่ไม่ใช่ ภรรยาหรือสามี (n=28)	16 (57.2)	2 (7.1)	4 (14.3)	6 (21.4)
สวมหมวกนิรภัยเมื่อขี่ หรือซ้อนท้ายมอเตอร์ไซด์ (n=108)	62 (57.4)	5 (4.6)	29 (26.9)	12 (11.1)

ภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตของแรงงานต่างชาติในค่ายพัก ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา แรงงานต่างชาติมีภาวะเสี่ยงซึมเศร้าด้วยการคัดกรองโรคซึมเศร้า 2Q ร้อยละ 3.2 แรงงานต่างชาติมีอาการซึมเศร้า ระดับน้อยมากที่สุด มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย ระดับน้อยร้อยละ 18.2 และระดับปานกลาง 27.3 และมีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายในภาพรวม ร้อยละ 1.5 เมื่อเทียบกับแรงงานต่างชาติทั้งหมด ได้ดำเนินการส่งต่อโรงพยาบาลหาดใหญ่ และกินมากหรือน้อยกว่าปกติ เนื่องจากเครียด จากเหตุการณ์ต่างๆ เช่น ออกหัก หนี้สิน งานยุ่ง วิตกกังวล เป็น 1วัน/สัปดาห์ หรือไม่เคยมากที่สุดร้อยละ 80.6 และ 88.2 ตามลำดับ เฉลี่ยนอนหลับวันละ 6.5 ดังแสดงใน ตาราง 4-17

ตาราง 4-17 ภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตของแรงงานต่างชาติในค่ายพัก
(n= 340)

พฤติกรรมด้านอารมณ์	คน (ร้อยละ)			
	ทุกวัน	5-6 วัน/ สัปดาห์	2-4 วัน/ สัปดาห์	1วัน/สัปดาห์ หรือไม่เคย
คิดมากหรือกังวลใจจนนอนไม่หลับในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา	9 (2.6)	4 (1.2)	53 (15.6)	274 (80.6)
กินมากหรือน้อยกว่าปกติ เนื่องจากเครียด จาก เหตุการณ์ต่างๆ เช่น ออกหัก หนี้สิน งานยุ่ง วิตก กังวล เป็นต้น	7 (2.1)	3 (0.9)	30 (8.8)	300 (88.2)
รู้สึกไม่สดชื่นหลังตื่นนอน จำนวนชั่วโมงที่นอนหลับ	36 (10.6)	7 (2.1)	41 (12.1)	256 (75.2)
ประเมินความเสี่ยงโรคซึมเศร้าด้วย 2Q	Mean = 6.5, S.D. = 1.25, Min = 3, Max = 10			
ปกติไม่เป็นโรคซึมเศร้า				329 (96.8)
มีอาการของโรคซึมเศร้า				11 (3.2)
ระดับน้อย (mild depress)				9
ระดับปานกลาง (moderate)				2
ระดับรุนแรง (severe)				0
ประเมินการเสี่ยงฆ่าตัวตาย 9Q				
ไม่มีแนวโน้มการฆ่าตัวตาย				6
มีแนวโน้มระดับน้อย				2
มีแนวโน้มระดับปานกลาง				3
มีแนวโน้มระดับมาก				0

4) ดัชนีสุขภาพด้านสุขภาพจิตสิ่งแวดล้อม/การกำจัดสิ่งปฏิกูล

แรงงานต่างชาติส่วนใหญ่ตื่นน้ำประปาที่ผ่านกระบวนการกรอง และเห็นว่าน้ำมีความ
เพียงพอ และสะอาด ด้านที่พักเห็นว่ามี การระบายอากาศดี ร้อยละ 87.3 มีแสงสว่างเพียงพอ ร้อยละ
98.2 ด้านการถูกรบกวนจากสัตว์นำโรคจากแมลงสาบมากที่สุด ร้อยละ 35.1 รองลงมาคือยุง ร้อยละ
32.2 ตามลำดับ ดังแสดงใน ตาราง 4-18

ตาราง 4-18 สุขภาพสิ่งแวดล้อม/การจัดสิ่งปฏิกูล ของแรงงานต่างชาติ (n = 340)

การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม	คน (ร้อยละ)
ประเภทแหล่งน้ำดื่ม	
น้ำประปา	333 (97.9)
น้ำบรรจุเสร็จ	7 (2.1)
ความพอเพียงของน้ำดื่ม	
พอเพียง	339 (99.7)
ไม่พอเพียง	1 (0.3)
ความสะอาดของน้ำดื่ม	
สะอาด	329 (96.8)
ไม่สะอาด	11 (2.9)
การแยกขยะก่อนทิ้ง	
แยก	217 (64.0)
ไม่แยก	123 (36.0)
การระบายอากาศในห้องพัก	
ระบาย	296 (87.3)
ไม่ระบาย	43 (12.7)
ปริมาณแสงสว่าง	
พอเพียง	334 (98.2)
ไม่พอเพียง	6 (1.8)
การรบกวนจากแมลง สัตว์นำโรค	
ไม่มี	29 (8.5)
มี	311 (91.5)
แมลงสาบ	191 (35.1)
ยุง	175 (32.2)
แมลงวัน	95 (17.5)
หนู	43 (7.9)
ตัวเรือด	40 (7.3)

5) ดัชนีสุขภาพด้านสุขาภิบาลอาหาร

แรงงานต่างชาตินิยมใช้ผงชูรสในการปรุงอาหาร ใช้เกลือไอโอดีน ปกปิดภาชนะ และจัดเก็บ เป็นประจำมากกว่า ร้อยละ 98 ดังแสดงใน ตาราง 4-19

ตาราง 4-19 การปฏิบัติตัวด้านสุขาภิบาลอาหาร ของแรงงานต่างชาติในค่ายพัก

สุขาภิบาลอาหาร	คน (ร้อยละ)		
	ประจำ	นานๆ ครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
ใช้ผงชูรสปรุงแต่งอาหาร	333 (98.5)	3 (0.9)	2 (0.6)
ใช้เกลือไอโอดีนปรุงอาหาร	336 (99.4)	1 (0.3)	1 (0.3)
มีภาชนะปกปิดอาหาร	336 (99.4)	1 (0.3)	1 (0.3)
จัดเก็บภาชนะถูกต้อง	338 (99.4)	0 (0)	1 (0.3)

6) ดัชนีสุขภาพด้านอนามัยวัยเจริญพันธุ์

แรงงานต่างชาติวางแผนครอบครัว ร้อยละ 87.3 โดยใช้วิธีกินยาเม็ดคุมกำเนิดมากที่สุด ร้อยละ 57.6 รองลงมาใช้ยาฝังคุมกำเนิด ร้อยละ 23.6 ไม่คุมกำเนิด ร้อยละ 12.7 สาเหตุที่แรงงานต่างชาติไม่คุมกำเนิด คือต้องการมีบุตร เนื่องจากอยู่ในระยะเจริญพันธุ์ ดังแสดงใน ตาราง 4-20

ตาราง 4-20 การคุมกำเนิดของแรงงานต่างชาติหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ 15-49 ปี ที่แต่งงานและอยู่กินกับสามีในค่ายพัก (n = 189)

ดัชนีอนามัยวัยเจริญพันธุ์	คน(ร้อยละ)
การคุมกำเนิด	
คุมกำเนิด	165 (87.3)
ยาเม็ดคุมกำเนิด	95 (57.6)
ยาฝังคุมกำเนิด	39 (23.6)
ยาฉีดคุมกำเนิด	29 (17.6)
ถุงยางอนามัย	2 (1.2)
ไม่คุมกำเนิด	24 (12.7)
ต้องการมีบุตร	23 (95.8)
หมั้นธรรมชาติ	1 (4.2)
ภาวะเจริญพันธุ์	
จำนวนบุตรทั้งหมดที่เคยมี (n = 167)	Mean = 1.2, S.D. 1.09 =, Min = 0 , Max = 5
จำนวนบุตรที่มีชีวิต (n = 167)	Mean = 1.1, S.D. = 0.94, Min = 0 , Max = 4
จำนวนการแท้ง (n = 15)	Mean = 0.1, S.D. = 0.39, Min = 0, Max = 2
จำนวนทารกตายในครรภ์หรือตายคลอด (n = 5)	Mean = 0.1, S.D. = 0.35, Min = 0, Max = 3

หลังจากได้ผลการสำรวจ S1 ผู้วิจัยผลการสำรวจข้อมูลดัชนีสุขภาพทุกด้านซึ่งประกอบด้วยชุดตัวชี้วัดสุขภาพ จำนวน 49 ตัวชี้วัด เปรียบเทียบกับเกณฑ์ และค่ามาตรฐานของคนไทย และเป็นข้อมูลนำเข้าสู่กระบวนการคัดเลือกปัญหาที่จะดำเนินการแก้ไขในขั้นต่อไป ผลการเปรียบเทียบดังแสดงใน ตาราง 4-21

ตาราง 4-21 สรุปตัวชี้วัดสุขภาพที่เป็นปัญหาของแรงงานต่างชาติชุดสำรวจดัชนีสุขภาพ 6 ด้าน (S1)

ตัวชี้วัด	ผลสำรวจ แรงงาน ต่างชาติ	เกณฑ์/ มาตรฐาน	แปลผล
1. ดัชนีด้านสถิติชีพ และข้อมูลทั่วไป			
อัตราการเกิด (ต่อพันประชากร)	1.3	12	ไม่ผ่านเกณฑ์
อัตราการตาย (ต่อพันประชากร)	0	8	ผ่านเกณฑ์
อัตราเพิ่มตามธรรมชาติ	1.3	3.5	ผ่านเกณฑ์
อัตราการย้ายเข้า	4.7	1	ผ่านเกณฑ์
อัตราการย้ายออก	4.7	1	ผ่านเกณฑ์
อัตราการตายทารก (ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน)	10.3	6.4	ไม่ผ่านเกณฑ์
อัตราการตายของทารกแรกเกิด (อายุต่ำกว่า 28 วัน) (ร้อยละ)	3.4	3.7	ผ่านเกณฑ์
รายได้เฉลี่ย (บาท/คน/ปี)	>86,400	>30,000	ผ่านเกณฑ์
ร้อยละการมีหลักประกันสุขภาพและสิทธิการรักษาพยาบาล	100	98.3	ผ่านเกณฑ์
2. ดัชนีด้านสถานะสุขภาพด้านโรค (ต่อประชากรพันคน)			
อัตราการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน	179.0	102.5	ไม่ผ่านเกณฑ์
อัตราการเกิดอุบัติเหตุนอกงาน	141.0	60.9	ไม่ผ่านเกณฑ์
อัตราการเกิดอุบัติเหตุจราจร	41.0	18.1	ไม่ผ่านเกณฑ์
อัตราป่วยโรคอุจจาระร่วง	1,872	1,756.5	ไม่ผ่านเกณฑ์
อัตราป่วยโรคไข้เลือดออก	125	267.4	ผ่านเกณฑ์
อัตราป่วยโรควัณโรค	900	171	ไม่ผ่านเกณฑ์
อัตราป่วยด้วยโรคมาลาเรีย	6,200	6.5	ไม่ผ่านเกณฑ์
อัตราป่วยด้วยโรคซิฟิลิส	900	3.1	ไม่ผ่านเกณฑ์
อัตราป่วยโรคเบาหวาน	67.5	175.3	ผ่านเกณฑ์
อัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูง	53.0	109.5	ผ่านเกณฑ์
อัตราป่วยโรคกระเพาะอาหาร	62.0	362.5	ผ่านเกณฑ์
อัตราการมีภาวะซีมเศร้า	333.3	18.0	ไม่ผ่านเกณฑ์
อัตราการฆ่าตัวตาย	14.7	35.0	ผ่านเกณฑ์
3. ดัชนีด้านพฤติกรรมสุขภาพ (ร้อยละ)			
การสวมถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนที่ไม่ใช่ภรรยา	78.6	57.0	ผ่านเกณฑ์
การสวมหมวกนิรภัยขณะขี่และซ้อนท้ายมอเตอร์ไซด์	88.9	100	ไม่ผ่านเกณฑ์
คนอายุ 15 ปี ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน วันละ 30 นาที หรือออกแรง/ออกกำลังติดต่อกันอย่างน้อย 10 นาที รวมกัน ทั้งวัน วันละ 30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน	24.1	60	ไม่ผ่านเกณฑ์
คนในครัวเรือนไม่สูบบุหรี่	83.5	90	ไม่ผ่านเกณฑ์
คนในครัวเรือนไม่ดื่มสุรา และเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์	87.4	90	ไม่ผ่านเกณฑ์

ตาราง 4-21 สรุปตัวชี้วัดสุขภาพที่เป็นปัญหาของแรงงานต่างชาติชุดสำรวจดัชนีสุขภาพ 6 ด้าน (S1)
(ต่อ)

ตัวชี้วัด	ผลสำรวจ แรงงาน ต่างชาติ	เกณฑ์/ มาตรฐาน	แปลผล
การซื้อยาชุด	80.5	0	ไม่ผ่านเกณฑ์
4. ดัชนีด้านสุขาภิบาลและสิ่งแวดล้อม (ร้อยละ)			
อยู่อาศัยมีความมั่นคง และสภาพบ้านมีความคงทนถาวร	100	100	ผ่านเกณฑ์
ที่อยู่อาศัยมีการระบายอากาศ	87.3	95	ไม่ผ่านเกณฑ์
ที่อยู่อาศัยมีแสงสว่างเพียงพอ	98.2	95	ผ่านเกณฑ์
มีการจัดบ้านเรือนเป็นระเบียบเรียบร้อย สะอาด และถูก สุขลักษณะ	90	95	ไม่ผ่านเกณฑ์
ไม่ถูกรบกวนจากสัตว์นำโรค	8.5	95	ไม่ผ่านเกณฑ์
มีการจัดการขยะ	35.9	95	ไม่ผ่านเกณฑ์
มีภาชนะปกปิดอาหาร	99.4	95	ผ่านเกณฑ์
จัดเก็บภาชนะถูกต้อง	99.4	95	ผ่านเกณฑ์
มีน้ำสะอาดดื่ม บริโภคเพียงพอตลอดปีอย่างน้อย5ลิตร/คน/วัน	99.7	95	ผ่านเกณฑ์
มีน้ำใช้เพียงพอตลอดปี อย่างน้อยคนละ 45 ลิตร/คน/วัน	100	95	ผ่านเกณฑ์
5. ดัชนีด้านสุขาภิบาลอาหาร (ร้อยละ)			
คนในครัวเรือนกินอาหารถูกสุขลักษณะ ปลอดภัย ได้มาตรฐาน	90	95	ไม่ผ่านเกณฑ์
ใช้ช้อนกลาง	81.1	95	ไม่ผ่านเกณฑ์
กินอาหารที่ปรุงสุกด้วยความร้อน	79.3	95	ไม่ผ่านเกณฑ์
ล้างมือก่อนกินอาหาร	74.9	95	ไม่ผ่านเกณฑ์
ล้างมือหลังขับถ่าย	78.7	95	ไม่ผ่านเกณฑ์
ใช้เกลือผสมไอโอดีนปรุงอาหาร	99.4	95	ผ่านเกณฑ์
ร้อยละครัวเรือนใช้ผงชูรสปรุงแต่งอาหาร	98.5	70	ไม่ผ่านเกณฑ์
6. ดัชนีด้านอนามัยวัยเจริญพันธุ์ (ร้อยละ)			
อัตราการวางแผนครอบครัวในหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่อยู่กินกับสามี	87.8	70	ผ่านเกณฑ์
อัตราการทำแท้ง	9.0	19.5	ผ่านเกณฑ์

หมายเหตุ : *เกณฑ์ จปฐ. ปี 2559 และผลการสำรวจในประเทศไทย ปี 2559

จากตาราง 4-21 พบว่าจากตัวชี้วัดสุขภาพ ตามชุดดัชนีสุขภาพ 6 ด้าน 49 ตัวชี้วัด เมื่อนำผลการสำรวจข้อมูลมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) และค่ามาตรฐานในคนไทยในปีเดียวกัน พบว่ามีตัวชี้วัดสุขภาพของแรงงานต่างชาติที่เป็นปัญหาทั้งหมด 26 ตัวชี้วัด ผลการสำรวจตัวชี้วัดปัญหาสุขภาพจะเป็นข้อมูลนำเข้าจัดลำดับปัญหาสุขภาพ

ใน Workshop (W1) ซึ่งใช้เวลา 1 วัน จัดอบรมแยกระหว่างคณะทำงานที่เป็นตัวแทนแรงงานสัมพันธ์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และตัวแทนแรงงานต่างชาติ เนื่องจากทั้งสองกลุ่มมีช่วงเวลาที่ว่างไม่ตรงกัน คณะทำงานที่เป็นแรงงานสัมพันธ์ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสะดวกในวันทำการ ซึ่งเลือกในวันอังคารปลาย ที่ 17 ม.ค. พ.ศ. 2560 เนื่องจากเป็นวันประชุมประจำสัปดาห์ของแรงงานสัมพันธ์เดิมอยู่แล้ว ที่กำหนดเป็นห้องสำนักงาน ส่วนคณะทำงานแรงงานต่างชาติ 9 คนสะดวกในวันอาทิตย์เนื่องจากเป็นวันหยุดของสถานประกอบการ และเลือกเข้าอบรมเชิงปฏิบัติการในวันอาทิตย์ที่ 22 มกราคม พ.ศ. 2560 ที่ห้องสมุดของสถานประกอบการ การอบรมใช้กระบวนการ 1 คน ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคอหงส์เป็นวิทยากรหลัก และผู้วิจัยเป็นผู้ช่วยกระบวนการ วางแผนกระบวนการตามลำดับคือ เริ่มด้วยกระบวนการให้คณะทำงานประเมินความรู้ก่อนการอบรม ใช้เวลา 10 นาที ตามแบบประเมินที่ได้สร้างขึ้น

เนื้อหาอบรมการวินิจฉัยประกอบด้วย ความรู้เรื่องตัวชี้วัดด้านสุขภาพ ลักษณะตัวชี้วัดสุขภาพที่ดี วิธีการคำนวณตัวชี้วัด การวิเคราะห์และระบุปัญหาสุขภาพ วิธีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การเลือกปัญหาสุขภาพที่จะดำเนินการแก้ไข และใช้คู่มือการอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพคณะทำงานด้านการวินิจฉัยชุมชน การเขียนแผนงาน/โครงการ การประเมินผล 2 ภาษา ไทย-เมียนมา และนำมาใช้ประกอบเพื่อทำความเข้าใจดัชนีสาธารณสุข ซึ่งใช้ของ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล



รูปภาพ 4-11 ประชุมเพื่อจัดลำดับปัญหา ใน Workshop 1 ในกลุ่มคณะทำงานฝ่ายแรงงานสัมพันธ์

ผลที่ได้จากกระบวนการอบรมเชิงปฏิบัติการวินิจฉัยชุมชน (W1)

ปัญหา 5 อันดับแรกที่แรงงานสัมพันธ์ร่วมให้น้ำหนักคะแนนคือ อันดับ 1 คือปัญหาการซื้อยาเกินเอง รองลงมาคือการกินยาชุด การถูกรบกวนจากการนอนหลับ โรคควินโรค และการไม่ออกกำลังกายตามลำดับ

ในขั้นตอนการจัดลำดับปัญหา การพิจารณาให้น้ำหนักคะแนนทั้งในกลุ่มตัวแทนแรงงานต่างชาติ ผู้วิจัยสังเกตพบว่า เมื่อกระบวนการสอบถามความเห็นการให้น้ำหนักคะแนนจากตัวแทนแต่ละคนรวมถึงเหตุผลการเลือก คณะทำงานคนอื่น ๆ มักมีความเห็นคล้ายตามกับคณะทำงานที่แสดง

ความคิดเห็นครั้งแรก และเลือกให้น้ำหนักคะแนนเหมือนกัน ซึ่งอาจทำให้คะแนนที่ได้ไม่เป็นจริงตามความคิดเห็นของคณะทำงานส่วนใหญ่ กระบวนการจึงปรับวิธีพิจารณาน้ำหนักคะแนน และกำหนดกติกาสำหรับให้น้ำหนักคะแนนเป็น 2 รอบ รอบที่ 1 กระบวนการและผู้วิจัยให้คณะทำงานให้น้ำหนักคะแนนในใจโดยไม่ให้แสดงในการเลือก เมื่อวิทยากรให้สัญญาณให้ชูนนิ้วเป็นสัญลักษณ์ของคะแนนที่ให้ ผู้ช่วยบันทึกผลการให้คะแนน รอบที่ 2 กระบวนการสอบถามเหตุผลการให้น้ำหนักคะแนนจากคณะทำงานโดยเฉพาะอย่างยิ่งคะแนนที่แตกต่างกันภายในกลุ่ม หลังจากนั้นให้คณะทำงานตัดสินใจให้คะแนนรอบที่ 2 และนำคะแนนทั้งสองครั้ง หาค่าเฉลี่ยในแต่ละข้อ ส่งผลให้การจัดลำดับปัญหาดำเนินการได้รวดเร็ว และเปิดโอกาสให้คณะทำงานทุกคนมีโอกาสตัดสินใจภายใต้การพิจารณาอย่างมีเหตุผลร่วมกัน

ตาราง 4-22 ผลการจัดลำดับปัญหาสุขภาพของแรงงานต่างชาติในค่ายปลักธง 1 (แรงงานสัมพันธ์)

ปัญหาสุขภาพ	ขนาด ปัญหา	ความรุนแรง ปัญหา	ความยาก ง่าย	ความ ร่วมมือ	วิธี คูณ	ลำดับ
อุบัติเหตุจากการทำงาน	1	2	2	4	16	
อุบัติเหตุนอกงาน	1	1	2	4	8	
อุบัติเหตุจากรถ	1	1	2	4	8	
โรคอุจจาระร่วง	1	1	2	3	6	
โรคไข้เลือดออก	2	1	3	2	12	
วัณโรค	4	1	3	3	36	4
มาลาเรีย	1	1	3	3	9	
ซิฟิลิส	1	1	3	4	9	
ภาวะซีมเศร้า	1	1	4	4	16	
ไม่คุมกำเนิด	1	2	3	2	12	
ไม่สวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่และ ซ้อนท้ายมอเตอร์ไซด์	1	2	2	2	8	
ไม่ออกกำลังกาย	4	2	2	2	32	5
สูบบุหรี่	1	2	3	3	18	
ดื่มสุรา, เครื่องดื่มแอลกอฮอล์	1	1	2	3	6	
ดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง	2	3	1	2	12	
ใช้ผงชูรสในการปรุงอาหาร	4	4	1	1	16	
ไม่ใช้ช้อนกลาง	1	1	2	2	4	
ไม่กินอาหารที่ปรุงสุกโดยความร้อน	1	1	2	2	4	
ไม่ล้างมือก่อนกินอาหาร,หลังถ่าย	1	3	2	3	18	
ไม่แยกขยะก่อนทิ้ง	3	4	1	2	24	
ระบบการระบายอากาศในห้องพัก	3	2	1	1	6	

ตาราง 4-22 ผลการจัดลำดับปัญหาสุขภาพของแรงงานต่างชาติในค่ายปลักธง 1 (แรงงานสัมพันธ์)
(ต่อ)

ปัญหาสุขภาพ	ขนาด ปัญหา	ความรุนแรง ปัญหา	ความยาก ง่าย	ความ ร่วมมือ	วิธี คุณ	ลำดับ
ถูกรบกวนจากสัตว์นำโรค	4	2	3	2	48	3
ไช้ยาชุด	3	2	3	3	54	2
ซื้อยากินเอง	4	2	3	3	72	1



รูปภาพ 4-12 ประชุมเพื่อจัดลำดับปัญหา Workshop 1 ขณะทำงานกลุ่มแรงงานต่างชาติ

ปัญหา 5 อันดับแรกที่แรงงานต่างชาติร่วมให้นำหนักคะแนนเรียงตามลำดับ คือ การถูกรบกวนจากสัตว์นำโรคเป็นปัญหาอันดับ 1 รองลงมาคือการซื้อยากินเอง การกินยาชุด การไม่สวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่และซ้อนท้ายมอเตอร์ไซด์ การตีมือเครื่องตีมือกำลังและการไม่แยกขยะก่อนทิ้งตามลำดับ ดังแสดงใน ตาราง 4-23

ตาราง 4-23 ผลการจัดลำดับปัญหาสุขภาพของแรงงานต่างชาติในค่ายปลักธง 1 (แรงงานต่างชาติ)

ปัญหาสุขภาพ	ขนาด ปัญหา	ความรุนแรง ปัญหา	ความ ยากง่าย	ความ ร่วมมือ	วิธี คุณ	ลำดับ
อุบัติเหตุจากการทำงาน	1	2	2	4	16	
อุบัติเหตุตอนอกงาน	1	1	3	4	12	
อุบัติเหตุจากรถ	1	1	2	4	8	
โรคอุจจาระร่วง	1	2	3	3	18	
โรคไข้เลือดออก	2	2	3	3	36	
วัณโรค	4	3	2	2	48	
มาลาเรีย	1	3	1	3	9	
ซิฟิลิส	1	1	2	3	6	
ภาวะซีมเศร้า	1	1	3	3	9	
โรคกระเพาะอาหาร	1	3	3	3	27	
ไม่คุมกำเนิด	1	3	3	3	27	
ไม่สวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่, ซ้อนท้ายMC	1	4	4	4	64	4
ไม่ออกกำลังกาย	4	2	3	2	48	

ตาราง 4-23 ผลการจัดลำดับปัญหาสุขภาพของแรงงานต่างชาติในค่ายปลักธง 1 (แรงงานต่างชาติ)
(ต่อ)

ปัญหาสุขภาพ	ขนาด ปัญหา	ความรุนแรงปัญหา	ความยาก ง่าย	ความ ร่วมมือ	วิธีคูณ	ลำดับ
สูบบุหรี่	1	4	1	2	8	
ดื่มสุรา, เครื่องดื่มแอลกอฮอล์	1	4	2	2	16	
ดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง	2	3	3	3	54	5
ใช้ผงชูรสในการปรุงอาหาร	4	3	0	1	0	
ไม่ใช้ช้อนกลาง	1	2	4	4	32	
ไม่ล้างมือก่อนกินอาหาร, หลัง ขับถ่าย	1	4	2	3	24	
ไม่แยกขยะก่อนทิ้ง	3	3	2	3	54	5
ระบบการระบายอากาศในห้องพัก	1	2	2	1	4	
ถูกรบกวนจากสัตว์นำโรค	4	4	3	3	144	1
ใช้ยาชุด ยาพื้นบ้าน	3	3	3	3	81	3
ซื้อยากินเอง	4	3	3	3	108	2

ผลการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา พบว่า ลำดับคะแนน ปัญหา 5 อันดับแรกของทั้ง 2 กลุ่มแตกต่างกัน ดังแสดงใน ตาราง 4-24

ตาราง 4-24 ผลการจัดลำดับปัญหาซึ่งเป็นผลลัพธ์การอบรมเชิงปฏิบัติการวินิจฉัยชุมชน (W1)

เปรียบเทียบระหว่างคณะทำงานแรงงานสัมพันธ์ แรงงานต่างชาติ

กลุ่ม	ลำดับที่ 1	ลำดับที่ 2	ลำดับที่ 3	ลำดับที่ 4	ลำดับที่ 5
แรงงานสัมพันธ์	ซื้อยากินเอง (72)	ใช้ยาชุด ยา พื้นบ้าน (54)	ถูกรบกวนจาก สัตว์นำโรค (48)	วันโรค (36)	ไม่ออกกำลัง กาย (32)
แรงงานต่างชาติ	ถูกรบกวนจาก สัตว์นำโรค (144)	ซื้อยากินเอง (108)	ใช้ยาชุด ยา พื้นบ้าน (81)	ไม่สวมหมวก นิรภัยขณะขับขี่ และซ้อนท้าย มอเตอร์ไซด์ (64)	-ดื่มเครื่องดื่ม ชูกำลัง (54) -ไม่แยกขยะ (54)

ผู้วิจัยได้นำผลการจัดลำดับของทั้งสองกลุ่มเสนอให้คณะทำงานร่วมพิจารณาซ้ำอีกครั้ง เพื่อ
รับฟังความคิดเห็นและหามติร่วมกัน

ผู้วิจัยสังเกตว่า แรงงานต่างชาติไม่กล้าแสดงความคิดเห็นขัดแย้งกับแรงงานสัมพันธ์
นอกจากนี้ในกระบวนการกลุ่ม จึงปรับทัศนคติการทำงานเป็นทีมแก่คณะทำงานและลดช่องว่าง
ระหว่างแรงงานสัมพันธ์และตัวแทนแรงงานต่างชาติ โดยกำหนดกระบวนการแสดงด้วยวิธีระดมสมอง

(Brain storming) ก่อนการประชุมผู้วิจัยได้ชี้แจงกติกาในการแสดงความคิดเห็นให้แก่คณะทำงาน ทราบว่า ทุกความคิดเห็นที่คณะทำงานเสนอกำหนดข้อตกลงไม่ให้คณะทำงานตัดสินว่าความคิดเห็นของใครผิดหรือถูก ให้ทุกคนสามารถแสดงความคิดเห็นได้เต็มที่ ห้ามหาเหตุผลเพื่อหักล้างความคิดเห็นที่ผู้อื่นเสนอ และผู้ช่วยบันทึกทุกความคิดเห็นในกระดาษฟลิปชาร์ตที่เตรียมไว้ให้คณะทำงานเห็นร่วมกัน หลังจากแสดงความคิดเห็นครบทุกประเด็นแล้ว ให้คณะทำงานร่วมกันจัดหมวดหมู่ความคิดเห็นใหม่ ทำให้คณะทำงานทุกคนสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างเต็มที่โดยไม่กังวลว่าความคิดเห็นจะถูกหรือผิด เปิดโอกาสให้ทุกคนมีส่วนร่วมคิดและสร้างบรรยากาศที่ดีในการประชุมกลุ่ม

ผลการประชุม คณะทำงานร่วมกันพิจารณาและจัดกลุ่มปัญหาที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) การดูแลตนเอง พฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย การชื้อยากินเอง การชื้อยาชุด การไม่ออกกำลังกาย การไม่สวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่และซ้อนท้ายรถจักรยานยนต์ และการดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง 2) กลุ่มปัญหาเกี่ยวกับ โรค สัตว์นำโรค คือ ยุง แมลงสาบ แมลงวัน และหนู ซึ่งเป็นสัตว์นำโรคที่เกิดจากการไม่จัดการขยะและสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม จากนั้นคณะทำงานและผู้วิจัยร่วมพิจารณาคัดเลือกปัญหาที่จะดำเนินการแก้ไข โดยรับฟังข้อคิดเห็นจากสมาชิกกลุ่ม และรายบุคคล คณะทำงานส่วนใหญ่เห็นว่าปัญหาเรื่องสัตว์นำโรคเป็นผลกระทบจากขยะถ้าสามารถแก้ไขปัญหายขยะได้ก็น่าจะสามารถลดปัญหาเรื่องสัตว์นำโรค และโรคต่างๆ เช่น โรคอุจจาระร่วง โรคไข้เลือดออก และแรงงานสัมพันธ์ก็สนับสนุนว่า การจัดการเรื่องขยะสอดคล้องกับนโยบายของโรงงาน และของชุมชน ดังนั้นผลการประชุมเพื่อเลือกปัญหาจากคณะทำงานจึงมีมติเลือกประเด็นกลุ่มปัญหาเกี่ยวกับ โรค สัตว์นำโรค การจัดการขยะและสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมในค่ายพัก ซึ่งได้คะแนนเป็นเอกฉันท์ 15:1 ในการลงมติรายบุคคล และรายกลุ่ม

ข้อสังเกต ในขั้นตอนการจัดลำดับปัญหา พบว่ามีข้อจำกัดในการให้ความสำคัญของปัญหาสุขภาพ กล่าวคือ จากข้อมูลการสำรวจสถานะสุขภาพตามชุดดัชนี 6 กลุ่ม หลังคัดเลือกตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านเกณฑ์ 26 ตัวชี้วัด เข้าสู่ขั้นตอนการจัดลำดับ และเลือกปัญหาตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยได้ออกแบบไว้พบว่า น้ำหนักขนาดปัญหาและความรุนแรงของปัญหาสุขภาพลำดับต้นๆ ไม่ถูกให้ความสำคัญในการจัดลำดับตามเกณฑ์ความยากง่าย และความร่วมมือในการแก้ปัญหา เช่น ปัญหาโรคฉี่หนู โรค การไม่ออกกำลังกาย การใช้ผงชูรสปรุงอาหาร การถูกรบกวนจากสัตว์นำโรค และการชื้อยากินเอง ซึ่งอาจเนื่องมาจากแรงงานต่างชาติและคณะทำงานขาดความรู้ ความเข้าใจ ในประเด็นสุขภาพเหล่านั้น หรืออาจเนื่องมาจากเข้าใจว่ามีการดำเนินการดูแลในระบบการติดตามรักษาเดิมอยู่แล้วจากหน่วยงานสาธารณสุข เช่น กรณีฉี่หนูโรค ดังนั้นผลการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาจึงอาจทำให้ประเด็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญลดความสำคัญลง และไม่ถูกมองเป็นปัญหาที่นำมาสู่กระบวนการจัดการ นอกจากนี้ในกระบวนการอาจขาดการให้ความรู้ในประเด็นด้านสาธารณสุขกับผู้ร่วมประชุม เพื่อทำความเข้าใจ ตระหนัก และมองปัญหาเพื่อปูพื้นฐานความรู้จากทุกฝ่ายให้เข้าใจตรงกัน ดังนั้นใน

กระบวนการจัดลำดับของปัญหานั้นจะมีการถ่วงน้ำหนักในประเด็นของขนาดและความรุนแรงของปัญหาให้มีน้ำหนักที่มากกว่าน้ำหนักของความยากง่าย และความร่วมมือ นอกจากนี้เพื่อให้ผลที่ได้ในการจัดลำดับใกล้เคียงความจริงมากที่สุดควรให้ความรู้ในเบื้องต้นเกี่ยวกับประเด็นปัญหาที่นำมาจัดลำดับ เพื่อทำความเข้าใจแก่สมาชิกทุกคนซึ่งอาจมีฐานความรู้ในแต่ละเรื่องแตกต่างกัน จนสามารถนำมาสู่กระบวนการตัดสินใจในการเลือกปัญหาในลำดับต่อไป

ผลการประเมินความรู้ พบว่าคณะทำงานมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ดังแสดงในตาราง 4-25 และภาพรวมระดับความพึงพอใจของการอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพคณะทำงานด้านการวินิจฉัยชุมชน (W1) มีคะแนนอยู่ในช่วง 1.9-4.4 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ความพึงพอใจด้านวิทยากรน้อยที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับด้านอื่นๆ กล่าวคือคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 1.9-2.4 ยกเว้นด้านการใช้เวลามีความพึงพอใจ 3.8 ด้านสถานที่ /ระยะเวลา/ อาหาร/ มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ 3.4-3.5 และด้านการนำความรู้ไปใช้ 3.2-4.3 ดังแสดงในตาราง 4-25

ตาราง 4-25 เปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลัง การพัฒนาศักยภาพคณะทำงานด้านการ

วินิจฉัยชุมชน (W1) (n=16)

		X (S.D)		p-value*
		ก่อน	หลัง	
W1	ความรู้ (E1)	9.5 (0.9)	12.0 (0.9)	0.000

*>0.05, ทดสอบด้วยสถิติ Paired simple t-test

ตาราง 4-26 ระดับความพึงพอใจคณะทำงานต่อการพัฒนาศักยภาพด้านการวินิจฉัยชุมชน (n=16)

ความพึงพอใจ	X (S.D)
ด้านวิทยากร	
การถ่ายทอดความรู้ของวิทยากรมีความชัดเจน	2.2 (0.7)
ความสามารถในการอธิบายเนื้อหา	2.4 (0.5)
การเชื่อมโยงเนื้อหาในการฝึกอบรม	2.0 (0.5)
มีความครบถ้วนของเนื้อหาในการฝึกอบรม	2.4 (0.8)
ใช้เวลาตามที่กำหนดไว้	3.8 (0.8)
การตอบข้อซักถามในการฝึกอบรม	1.9 (0.6)
สถานที่สะอาดและมีความเหมาะสม	4.4 (0.5)
ความพร้อมของอุปกรณ์วัสดุที่ครบถ้วน	3.8 (1.0)
ระยะเวลาในการอบรมมีความเหมาะสม	4.4 (0.6)
ด้านการนำความรู้ไปใช้/	
สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานได้	3.2 (0.5)
มีความมั่นใจและสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ได้	3.9 (0.4)
สามารถนำความรู้ไปเผยแพร่/ถ่ายทอดได้	4.3 (0.6)

หมายเหตุ: มากที่สุด 4.50-5.00, มาก 3.50-4.49, ปานกลาง 2.50-3.49, น้อย 1.50-2.49, น้อยที่สุด 1-1.49

ส่วนผลการประเมินการมีส่วนร่วมคณะทำงาน หลังเสร็จสิ้น W1 ระดับความพึงพอใจด้านวิทยากรมีค่าเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์ต้องปรับปรุง และใช้เวลาอบรมนานเกินไป จึงเสนอปรับไม่เกินครึ่งละ 3 ชั่วโมง นอกจากนั้นการจัดประชุมแบบแยกกลุ่มมีข้อเสียคือไม่ได้รับฟังความคิดเห็นของทั้ง 2 ฝ่าย ที่ประชุมจึงมีมติให้ ปรับรูปแบบปฏิบัติการครั้งต่อไป จากเดิมที่ออกแบบ 1 ครั้ง ใช้เวลาดำเนินการ 1 วัน เป็น 3 ครั้ง ครึ่งละ 3-4 ชั่วโมง เพื่อให้สอดคล้องกับช่วงเวลาที่คณะทำงานว่างร่วมกัน และใช้เวลาไม่มากเกินไปในการประชุมแต่ละครั้ง มีเวลาให้คณะทำงานเกิดการเรียนรู้และทบทวน มีแผนการสอนเพื่อควบคุมกำกับเวลาที่ชัดเจน และสอดแทรกกิจกรรมที่จะเสริมทักษะการเรียนรู้เพิ่มเติมให้แก่คณะทำงาน สื่อ อุปกรณ์ ออกแบบการใช้สื่ออุปกรณ์ และเกมต่างๆ ให้สอดคล้องกับกระบวนการเรียนรู้ของคณะทำงาน และให้ผู้วิจัยเป็นกระบวนกรหลัก เนื่องจากทราบกระบวนการ วัตถุประสงค์ และเป้าหมายในการพัฒนา และหาผู้ช่วยร่วมสังเกตการณ์เพื่อช่วยประเมิน และสังเกตการณ์ที่ประชุมเสนอให้เป็น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือผู้ที่มีความรู้ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม เพื่อหาจุดบกพร่อง และสามารถสะท้อนสิ่งที่คณะทำงานควรปรับปรุงเพื่อพัฒนาในครั้งต่อไป

ข การอบรมเชิงปฏิบัติการ การบริหารจัดการโครงการ (W2)

ผลการสำรวจ (S2) ปัญหาการจัดการขยะในค่ายพัก

หลังจากได้ปัญหาการจัดการขยะในค่ายพักแล้ว ในเดือนที่ 2 ของโปรแกรม (กุมภาพันธ์ 2559) คณะทำงานและผู้วิจัยประชุมเพื่อวางแผนงานการศึกษาปัญหาการจัดการขยะในค่ายพัก

แรงงานสัมพันธ์ได้เสนอว่า ในอดีตค่ายปลักธง 1 เคยดำเนินการมาแล้วเมื่อปี 2557 แต่ไม่ประสบความสำเร็จ ไม่ได้รับความร่วมมือในการแยกขยะจากแรงงานต่างชาติ ขยะเปียกยังปะปนกับขยะทั่วไปนำไปขายและไปใช้ประโยชน์ไม่ได้ เกิดกลิ่นเหม็นรบกวน แมลงวันก็มากตามมา ตัวแทนแรงงานต่างชาติให้ข้อมูลว่า แรงงานต่างชาติประกอบอาหารในห้องพักจึงไม่ได้แยกขยะตั้งแต่ห้องพัก และขยะรีไซเคิลที่บางคนแยกไว้แต่ไม่สะดวกในการนำมาทิ้งเพราะจุดรวบรวมขยะที่ค่ายพักจัดให้มีเพียงจุดเดียว และระยะทางก็ห่างไกล ไม่สะดวก หัวหน้าแรงงานสัมพันธ์เสนอว่า ก่อนที่เราจะจัดการขยะ ควรจะรู้ว่าขยะที่ส่งจำกัดในค่ายมีปริมาณเท่าไรต่อเดือน ขยะอะไรมากที่สุด สัดส่วนเป็นอย่างไร เพื่อที่เมื่อได้จัดการแล้วมีการเปลี่ยนแปลงใหม่ คณะทำงานเสนอให้สอบถามความคิดเห็น ความรู้ ทักษะคิด การปฏิบัติจากแรงงานต่างชาติ เพราะบางคนอาจขาดความรู้ความเข้าใจในประเภทขยะ และการจัดการ และควรสอบถามความต้องการซึ่งอาจได้ข้อเสนอที่ดีสำหรับการวางแผนงานโครงการที่ประชุมได้ข้อสรุปว่า ให้ศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการจัดการขยะในค่ายปลักธง 1 ก่อน โดยได้ข้อสรุปที่ต้องดำเนินการ 6 ประเด็นสำคัญ คือ 1) ออกแบบและวางแผนการสุมแยกขยะเพื่อหาองค์ประกอบของขยะ สำหรับเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการออกแบบการจัดการ วิเคราะห์องค์ประกอบของขยะที่ส่งจำกัดในปัจจุบันเพื่อประเมินคุณภาพการคัดแยกที่ผ่านมา มอบหมายให้คณะทำงานฝ่ายแรงงานสัมพันธ์ 2) ศึกษาปัญหาอุปสรรคการจัดการขยะที่ดำเนินการมาในช่วงระยะ 2 ปี ที่ผ่านมา โดยใช้วิธีสัมภาษณ์กับผู้เกี่ยวข้องทั้งแรงงานสัมพันธ์ และตัวแทนคณะกรรมการสวัสดิการบ้านพัก มอบหมายให้ผู้วิจัย และคณะทำงานตัวแทนแรงงานต่างชาติ 3) ค้นคว้างานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการจัดการขยะและสัตว์นำโรคที่เกิดจากขยะ เพื่อออกแบบเครื่องมือ (S2) ประเด็นปัญหาที่ควรมีในข้อคำถาม ซึ่งคณะทำงานมอบหมายให้ผู้วิจัยเป็นผู้รับผิดชอบ 4) วางแผนการเก็บ ช่วงระยะเวลาที่เก็บ แบ่งความรับผิดชอบเพื่อเก็บแบบสอบถาม ตัวแทนคณะทำงานทั้งเจ้าหน้าที่รัฐ แรงงานสัมพันธ์ และตัวแทนแรงงานต่างชาติร่วมตรวจสอบข้อคำถาม ปรับปรุงแก้ไขก่อนและหลังให้ผู้แปลภาษาเมียนมา 5) สร้างแบบสอบถาม (S2) เพื่อวัด ความรู้ ทักษะคิด พฤติกรรม การมีส่วนร่วม ปัญหาสุขภาพจากสัตว์นำโรค ปัญหาอุปสรรคในการจัดการขยะของแรงงานต่างชาติ และ 6) ประเมินและทดสอบเครื่องมือ มอบหมายให้ผู้วิจัยรับผิดชอบ

ด้านข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างแรงงานต่างชาติ พบว่า อายุเฉลี่ย 29 ปี อายุมากที่สุด 54 ปี น้อยที่สุด 19 ปี สัดส่วนชายหญิงใกล้เคียงกัน 49: 51 สถานะส่วนใหญ่แต่งงานแล้ว ร้อยละ 59.7 รองลงมาคือโสด ร้อยละ 38.5 ส่วนใหญ่สัญชาติเมียนมา ร้อยละ 92.9 ส่วนใหญ่เชื้อชาติเมียนมา ร้อยละ 74.4 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 94.1 การศึกษาสูงสุดมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 60.5 ระยะเวลาที่พักในค่ายพักเฉลี่ย 4 ปี ดังแสดง ในตาราง 4-27

ตาราง 4-27 ลักษณะทั่วไปของแรงงานต่างชาติในค่ายพัก (n = 340)

ลักษณะทั่วไป	คน (ร้อยละ)
อายุ	Mean = 29, S.D. = 7.04, Min = 19, Max = 54
เพศ	
ชาย	163 (48.1)
หญิง	177 (51.9)
สถานะ	
โสด	131 (38.5)
แต่งงานแล้ว	203 (59.7)
หม้าย	6 (1.8)
สัญชาติ	
เมียนมา	316 (92.9)
ลาว	4 (1.2)
กัมพูชา	20 (5.9)
เชื้อชาติ	
เมียนมา	253 (74.4)
มอญ	76 (22.4)
คะฉิ่น	2 (0.6)
กะเหรี่ยง	6 (1.8)
กัมพูชา	3 (0.8)
ศาสนา	
พุทธ	320 (94.1)
อิสลาม	17 (5.0)
คริสต์	3 (0.9)
ระดับการศึกษาสูงสุด	
ไม่ได้รับการศึกษา	12 (3.5)
ก่อนประถมศึกษา	17 (5.0)
ประถมศึกษา	91 (26.7)
มัธยมศึกษาตอนต้น	205 (60.5)
มัธยมศึกษาตอนต้น	9 (2.5)
ปริญญาตรี	6 (1.8)
ระยะเวลาที่อาศัยในที่พัก	Mean = 4.1, S.D. = 2.60, Min = 1, Max = 25
จำนวนคณะทำงานในครอบครัว	Mode = 2, S.D. = 0.27, Min = 1, Max = 3

ด้านความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะของแรงงานต่างชาติในค่ายพัก พบว่ามีความรู้ประเภทขยะเปียก ร้อยละ 85.6 และขยะรีไซเคิล ร้อยละ 77.1 แต่มีความรู้เกี่ยวกับขยะอันตราย เพียง ร้อยละ 34.1 ส่วนการจัดการขยะพบว่า ส่วนใหญ่มากกว่า ร้อยละ 70 มีความรู้เรื่องการจัดการขยะ แต่แรงงานต่างชาติ ร้อยละ 50 ยังขาดความรู้เรื่องผลกระทบของขยะต่อสิ่งแวดล้อม ดังแสดงในตาราง 4-28

ตาราง 4-28 ความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะของแรงงานต่างชาติในค่ายพัก (n=340)

ความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะ	ตอบถูก	ตอบผิด
	คน (ร้อยละ)	คน (ร้อยละ)
ความรู้ประเภทของขยะ		
เศษผัก เศษผลไม้ เศษข้าว จัดเป็นขยะเปียก	291 (85.6)	49 (14.4)
แบตเตอรี่มือถือ ถ่านไฟฉาย หลอดไฟที่ไม่ใช้แล้ว จัดเป็นขยะทั่วไป	116 (34.1)	224 (65.9)
กล่องโฟม ถูพลาสติก จัดเป็นขยะอันตราย	154 (45.3)	186 (54.7)
ขวดพลาสติก ขวดแก้ว จัดเป็นที่ขยะรีไซเคิลได้	262 (77.1)	78 (22.9)
การจัดการ		
การขายขยะ เป็นการจัดการขยะที่สร้างรายได้	266 (78.2)	74 (21.8)
การนำขวดแก้ว ขวดพลาสติก กลับมาใช้ของซ้ำช่วยลดขยะ	276 (81.2)	64 (18.8)
การนำขวดแก้วหรือเศษแก้วมาหลอมเป็นขวดแก้วใหม่ คือ การรีไซเคิล	239 (70.3)	101 (29.7)
การนำถุงผ้าไปใส่ของตอนจ่ายตลาดแทนการใช้ถุงพลาสติกเป็นการลดขยะ	263 (77.4)	77 (22.6)
ผลกระทบของขยะ		
ขยะ เป็นแหล่งเพาะพันธุ์สัตว์นำโรค เช่น หนู แมลงวัน เป็นต้น	295 (86.8)	45 (13.2)
ซากถ่านไฟฉาย ซากแบตเตอรี่ ซากหลอดไฟ ที่ทิ้งบนดินก่อให้เกิดปัญหาโลหะหนักปนเปื้อนในดิน	282 (82.7)	58 (17.1)
น้ำที่เกิดจากฝนตกขยะขยะไม่เกิดอันตรายต่อสุขภาพ	149 (43.8)	191 (56.2)
ฝุ่นละอองจากกองขยะไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ	155 (45.6)	185 (54.4)
ซากขวดพลาสติก ซากขวดแก้ว ซากกระป๋องที่มีน้ำขังเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุง	225 (66.2)	115 (33.8)
สัตว์นำโรคที่เกิดจากขยะ		
ยุงลายนำเชื้อโรคมมาลาเรีย	87 (25.6)	252 (74.4)
หนู ทำให้เกิดโรคพิษสุนัขบ้า	160 (47.1)	180 (52.9)
แมลงวันเป็นพาหะนำโรคท้องร่วง อหิวาตกโรค	248 (72.9)	92 (27.1)

ด้านความตระหนักต่อปัญหาการจัดการขยะ พบว่า แรงงานต่างชาติมีความคิดเห็นเกี่ยวกับ
 ขยะความตระหนักด้านความเสี่ยงของปัญหาขยะ (Perceived susceptibility) เฉลี่ยอยู่ในช่วง 3.1-
 4.2 ความตระหนักด้านความรุนแรงของปัญหาขยะ (Perceived severity) เฉลี่ยอยู่ในช่วง 3.6-4.0
 ความตระหนักด้านการเห็นประโยชน์ของการแยกขยะ (Perceived benefits) เฉลี่ยอยู่ในช่วง 3.5-
 3.9 ความตระหนักด้านความสามารถในการแยกขยะของตนเอง (Perceived self efficacy) เฉลี่ย
 อยู่ในช่วง 3.4-3.8 อยู่ในระดับมาก และแรงงานต่างชาติมีความตระหนักด้านปัญหาอุปสรรคของการ
 แยกขยะ (Perceived barriers) เฉลี่ยอยู่ในช่วง 2.6-2.8 ในระดับปานกลาง ดังแสดงในตาราง 4-29

ตาราง 4-29 ระดับความคิดเห็นการจัดการขยะของแรงงานต่างชาติในค่ายพัก (n=340)

ความคิดเห็นเกี่ยวกับขยะ	X (S.D)
Perceived susceptibility	
ท่านคิดว่า ตัวเองเสี่ยงต่อโรคติดต่อ หากควบคุมขยะไม่ดี	4.0 (1.5)
ท่านคิดว่า ขยะที่ทิ้งเร็ว รวด มีผลต่ออารมณ์ ความรู้สึกของผู้อาศัย	4.0 (1.5)
ท่านเห็นว่า ขยะเป็นปัญหาสิ่งแวดล้อมที่เพิ่มขึ้นในปัจจุบัน	3.1 (1.5)
ท่านเสี่ยงต่อการรับสารพิษจากโลหะหนักหากไม่แยกขยะอันตราย	3.5 (1.6)
Perceived severity	
กลิ่นเหม็นจากขยะ รบกวนการนอนหลับ การพักผ่อน	4.0 (1.5)
ขยะทำให้ที่พักกรุงรัง ไม่น่าอยู่	3.8 (1.6)
ยังมีขยะมาก ยิ่งเพิ่มสัตว์นำโรค	3.9 (1.5)
กลิ่นเหม็นจากขยะ ทำให้ที่พักไม่น่าอยู่	3.6 (1.6)
Perceived benefits	
ท่านภูมิใจที่มีส่วนช่วยลดปริมาณขยะ	3.9 (1.5)
ท่านคิดว่ากิจกรรมการแยกขยะจะช่วยลดปัญหาด้านสุขภาพ	3.8 (1.5)
ที่พักจะน่าอยู่ขึ้น หากมีกิจกรรมการแยกขยะ	3.9 (1.5)
การแยกขยะก่อนนำไปทิ้งเป็นการรับผิดชอบต่อสังคม	3.5 (1.6)
Perceived barriers	
ท่านคิดว่า การแยกขยะ ทำให้ท่านยุ่งยาก เสียเวลา	2.8 (1.6)
ท่านคิดว่า การแยกขยะเป็นการเพิ่มภาระโดยไม่จำเป็น	2.6 (1.5)
Perceived self efficacy	
การแยกขยะควรเริ่มที่ตัวเอง	3.4 (1.6)
ท่านมั่นใจว่า จะเข้าร่วมกิจกรรมการแยกขยะ	3.8 (1.5)
ปัญหาขยะในที่พัก เป็นปัญหาที่ทุกคนต้องช่วยแก้ไข	1.4 (1.5)

หมายเหตุ : มากที่สุด 4.50-5.00, มาก 3.50-4.49, ปานกลาง 2.50-3.49, น้อย 1.50-2.49, น้อยที่สุด 1-1.49

ด้านพฤติกรรมการจัดการขยะของแรงงานต่างชาติ พบว่า แรงงานต่างชาติมีพฤติกรรมการแยกขยะเปียกและขยะทั่วไป สัดส่วน มากกว่าร้อยละ 50 แต่แยกขยะอันตรายและขยะรีไซเคิลค่อนข้างน้อย สัดส่วนต่ำกว่า ร้อยละ 30 มีพฤติกรรมการลดขยะ สัดส่วนต่ำกว่า ร้อยละ 50 และมีพฤติกรรมการใช้ซ้ำ (Reuse) ระดับน้อย สัดส่วนน้อยกว่า ร้อยละ 30 ดังแสดงในตาราง 4-30

ตาราง 4-30 พฤติกรรมการจัดการขยะของแรงงานต่างชาติ (n=340)

พฤติกรรมการจัดการขยะ	คน (ร้อยละ)
การแยกขยะ	
ท่านทิ้งเศษอาหาร เศษผัก เศษผลไม้ ในถังขยะเปียก	183 (54.4)
ท่านทิ้งถุงพลาสติก เศษกระดาษ ในถังขยะทั่วไป	175 (51.5)
ท่านทิ้งถ่านไฟฉาย แบตเตอรี่มือถือ ในถังขยะอันตราย	97 (28.6)
ท่านทิ้งขวดพลาสติก ขวดแก้ว ในถังขยะรีไซเคิล	57 (16.8)
Reduce	
ท่านขอให้คนขายใช้ถุงพลาสติกเก่าที่จำเป็น เมื่อซื้อของ	156(45.9)
ท่านใช้ถุงผ้าหรือตะกร้าใส่ของแทนถุงพลาสติก	85 (25.0)
ท่านขอถุงพลาสติกใบเดียวใส่ของที่ซื้อ	189 (55.6)
ท่านซื้อน้ำยาล้างจานชนิดเติม สบู่เหลวชนิดเติม มาใส่ขวดเดิมที่มีอยู่	59 (17.4)
Reuse	
ท่านนำขวดพลาสติก ขวดแก้ว กลับมาใช้ของซ้ำ	93 (27.4)
ท่านเก็บถุงพลาสติกที่ยังใช้ได้มาใช้ซ้ำ	97 (28.6)

ด้านการมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาขยะ แรงงานต่างชาติเห็นว่าการร่วมรับรู้ ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมปฏิบัติการ ร่วมรับผลประโยชน์ และร่วมประเมินผลอยู่ในระดับน้อยถึงน้อยที่สุด ค่าเฉลี่ยอยู่ในช่วง 0.8-1.5 ร่วมปฏิบัติในการแยกขยะเปียก ขยะทั่วไป ขยะรีไซเคิล และขยะอันตราย และการทิ้งในถัง ระดับน้อย ค่าเฉลี่ยอยู่ในช่วง 1.3-1.9 ร่วมรับผลประโยชน์ ค่าเฉลี่ยอยู่ในช่วง 0.8-1.4 ร่วมประเมินผล น้อยที่สุด ค่าเฉลี่ยอยู่ในช่วง 0.4-0.6 ดังแสดงใน ตาราง 4-31

ตาราง 4-31 ความร่วมมือในการจัดการขยะของแรงงานต่างชาติ (n=340)

ความร่วมมือในการจัดการขยะ	X (S.D)
ร่วมรับรู้ ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ	
ท่านได้รับข้อมูล ข่าวสารในการจัดการขยะ	1.5 (1.5)
ท่านร่วมเสนอความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาขยะในที่ประชุม	0.8 (1.3)
ท่านเข้าร่วมประชุมวางแผน กับคณะทำงานเพื่อหาแนวทางจัดการขยะ	0.9 (1.3)
ท่านเสนอวิธีจัดการขยะให้แก่คณะทำงาน และผู้จัดการ	0.8 (1.3)
ร่วมปฏิบัติการ	

ตาราง 4-31 ความร่วมมือในการจัดการขยะของแรงงานต่างชาติ (n=340) (ต่อ)

ความร่วมมือในการจัดการขยะ	X (S.D)
ท่านแยกขยะเปียก ขยะทั่วไป ขยะรีไซเคิล และขยะอันตราย และทิ้งในถังที่กำหนด	1.9 (1.6)
ท่านเข้าร่วมกิจกรรม/ โครงการ การจัดการขยะ	1.6 (1.7)
ท่านลดการใช้ถุงพลาสติก กล่องโฟม	1.6 (1.6)
ท่านชักชวนและแนะนำ เพื่อน ญาติ ครอบครัว เข้าร่วมกิจกรรมแยกขยะ	1.3 (1.6)
ร่วมรับผลประโยชน์	
ท่านมีส่วน ช่วยแก้ปัญหาขยะในที่พัก	1.4 (1.5)
ท่านมีส่วน ในการเพิ่มรายได้เข้ากลุ่ม จากการคัดแยกและขายขยะ	0.8 (1.3)
ท่านมีส่วนในการลดจำนวนสัตว์นำโรคในที่พัก จากการแยกขยะ	1.1 (1.4)
ร่วมประเมินผล	
ท่านร่วมตรวจสอบผลการดำเนินงานของคณะทำงานในโครงการจัดการขยะ	0.6 (1.2)
ท่านติดตามการดำเนินงานของแผนงาน/โครงการจัดการขยะ	0.6 (1.2)
ท่านติดตาม และตรวจสอบรายได้จากการขายขยะ	0.4 (0.9)
ท่านแจ้งปัญหาที่เกิดขึ้นจากการจัดการขยะให้แก่คณะทำงานหรือผู้จัดการ	0.4 (1.0)

หมายเหตุ : มากที่สุด 4.50-5.00, มาก 3.50-4.49, ปานกลาง 2.50-3.49, น้อย 1.50-2.49, น้อยที่สุด 1-1.49

ด้านปัญหาบริหารจัดการตามโมเดล 3M ของการจัดการขยะในค่ายพักของแรงงานต่างชาติ แรงงานต่างชาติเห็นว่าปัญหาอุปสรรคในการจัดการขยะ ด้านวิธีการ (Method) ในประเด็นตำแหน่งที่ตั้งถังขยะไม่เหมาะสมมากที่สุด ร้อยละ 80.3 รองลงมาด้านบุคลากร (Man) ในประเด็นขาดความรู้ความเข้าใจ ในการแยกขยะแต่ละชนิด ร้อยละ 67.6 และเห็นว่า เจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ ร้อยละ 64.7 ตามลำดับ

ตาราง 4-32 ปัญหาอุปสรรคในการจัดการขยะของแรงงานต่างชาติ (n=340)

ปัญหาอุปสรรคในการจัดการขยะ	คน (ร้อยละ)	
	ตอบใช่	ตอบไม่ใช่
คนขาดความรู้ ความเข้าใจ ในการแยกขยะแต่ละชนิด	110 (32.4)	230 (67.6)
เจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ	120 (35.3)	220 (64.7)
ถังขยะไม่เพียงพอ ถูมมือ ถูมขยะ ไม่เพียงพอ	148 (43.5)	192 (56.5)
ถูมมือไม่เพียงพอ	151 (44.4)	189 (55.6)
ถูมใส่ขยะไม่เพียงพอ	152 (44.7)	188 (55.3)
ป้ายบอก ข้อความที่ถังขยะไม่ชัดเจน เข้าใจยาก	149 (43.8)	191 (56.2)
การแยกประเภทถังขยะ ไม่ชัดเจน	138 (40.6)	202 (59.4)
ตำแหน่งที่ตั้งถังขยะไม่เหมาะสม	67 (19.7)	273 (80.3)

ด้านการถูกรบกวนจากสัตว์นำโรค แรงงานต่างชาติเห็นว่าถูกรบกวนจากยุง ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 2.5 ถูกรบกวนจากแมลงวัน หนู แมลงสาบ กลิ่นเหม็นของขยะ ระดับน้อย ค่าเฉลี่ยอยู่ในช่วง 1.7-2.2 และถูกรบกวนจากน้ำเสียจากขยะระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.0 ดังแสดงใน ตาราง 4-33

ตาราง 4-33 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การถูกรบกวนจากสัตว์นำโรค และสิ่งแวดล้อม

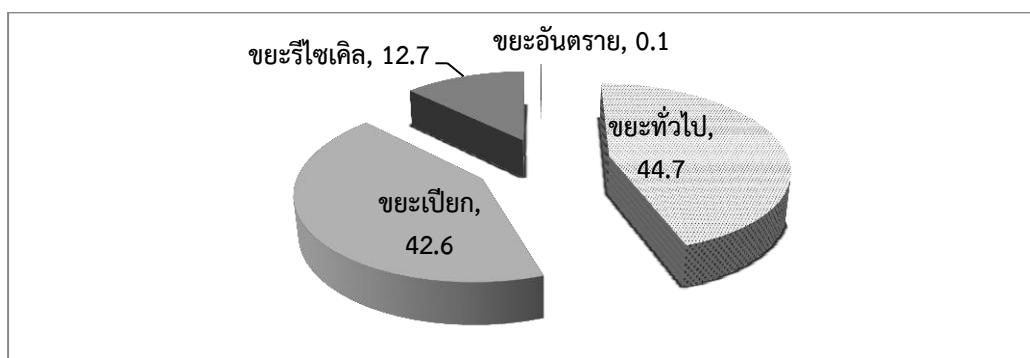
การถูกรบกวนจากสัตว์นำโรค	X (S.D)
แมลงวัน	1.9 (1.3)
หนู	1.7 (1.2)
แมลงสาบ	2.2 (1.3)
ยุง	2.5 (1.4)
กลิ่นเหม็นจากขยะ	1.7 (1.1)
น้ำเสียจากขยะ	4.0 (1.4)

หมายเหตุ: มากที่สุด 4.50-5.00, มาก 3.50-4.49, ปานกลาง 2.50-3.49, น้อย 1.50-2.49, น้อยที่สุด 1-1.49

คณะทำงานและผู้วิจัยสุ่มเก็บขยะที่โรงงานส่งกำจัด จำนวน 100 กิโลกรัม เพื่อแยก



รูปภาพ 4-12 การสุ่มแยกองค์ประกอบขยะ 100 กิโลกรัม



รูปภาพ 4-13 ร้อยละองค์ประกอบขยะแยกประเภทในค่ายพักปลักรง 1

ขยะที่ส่งกำจัดในค่ายพัก มีสัดส่วน ขยะทั่วไป ร้อยละ 44.7 รองลงมาขยะเปียก ร้อยละ 42.6 ขยะรีไซเคิล ร้อยละ 12.7 และขยะอันตราย ร้อยละ 0.1 ซึ่งเป็นขยะที่ค่ายพักปลักรง 1 ต้องเสีย

ค่าใช้จ่ายค่าจำกัด และค่าธรรมเนียมรายเดือนให้แก่เทศบาลเมืองคองหงส์ โดยเฉลี่ย 10,000 บาทต่อเดือน ดังแสดงรูปภาพ 4-12

จากข้อมูลการสัมภาษณ์ตัวแทนแรงงานต่างชาติ เจ้าของร้านค้าสวัสดิการ และการประชุมกลุ่มย่อยแรงงานต่างชาติเชื้อสายมอญ ได้ข้อสรุปว่า แรงงานต่างชาติมีพฤติกรรมการซื้อของในค่ายพักมักเรียกร่องถุงพลาสติกเพิ่มเสมอ และไม่พอใจหากแม่ค้าไม่ใส่ถุงพลาสติกแยกประเภทให้ และจากข้อสังเกตของผู้วิจัย พบว่าแรงงานต่างชาติบางส่วนใช้ปืนโตแสดนเลสใส่อาหารไปรับประทานที่ทำงาน เนื่องจากแรงงานต่างชาติจะประกอบอาหารกินเองในห้องพัก โดยการประกอบอาหารแต่ละครั้งสำหรับอาหาร 3 มื้อ คือประกอบอาหารมื้อเย็นจะสำรองอาหารไว้มื้อเช้า และมื้อกลางวัน โดยในมื้อกลางวันจะใส่ปืนโตไปรับประทานที่โรงงาน แล้วนำภาชนะใส่อาหารกลับมาล้างในช่วงเย็นหรือหลังเลิกงาน โดยนำเศษอาหารที่เหลือกลับมาเททิ้งในค่ายพัก ส่งผลให้ปริมาณขยะเปียก อาทิ เศษอาหาร เศษข้าว เศษผักและผลไม้มีปริมาณมาก แรงงานต่างชาติซื้ออาหารสดจากร้านค้าสวัสดิการของโรงงาน จากตลาดสดหน้าค่ายพัก และหน้าโรงงานแบบวันต่อวันเนื่องจากสะดวกเพราะมีตลาดทุกวัน ประกอบกับแรงงานต่างชาติส่วนใหญ่ไม่มีตู้เย็นสำหรับสำรองอาหาร หรือถ้ามีก็เพียงส่วนน้อยและใช้ร่วมกันหลายห้องพัก (แบบสัมภาษณ์ ในภาคผนวก ก)

ผู้วิจัยและล่ามคนที่ 2 ได้จัดประชุมกลุ่มย่อยเพื่อสอบถามความคิดเห็นถึงแนวทางการจัดการขยะในค่ายพักกับแรงงานต่างชาติดังกล่าว เพื่อนำผลการศึกษามาออกแบบการจัดการขยะ เช่น แรงงานต่างชาติชาวเมียนมาเชื้อชาติมอญ ซึ่งมีอายุในช่วงมากกว่า 40-60 ปี ไม่สามารถอ่านเขียน และเข้าใจภาษาเมียนมาได้ แรงงานต่างชาติดังกล่าวนี้เสนอว่าเห็นด้วยกับการแก้ปัญหาขยะในค่ายพัก และหากมีการรณรงค์ให้แรงงานต่างชาติช่วยแยกขยะก่อนทิ้ง ควรใช้รูปภาพในการสื่อสาร ติดที่ถังขยะเพิ่มเติมจากการสื่อสารด้วยข้อความ เช่น ถ้าต้องการให้ทราบว่าจะทิ้งขยะสีฟ้าในถังเฉพาะเศษอาหารสด ขยะเปียก ที่ข้างถังควรมีรูปของเศษอาหารไว้ หรือ ขยะอื่นๆที่ไม่ต้องการให้ใส่ก็มีรูปภาพแล้วทำเครื่องหมายกากบาทให้ชัดเจน นอกจากนี้ การประชุมกลุ่มย่อยกับแรงงานต่างชาติเชื้อสายกัมพูชา ซึ่งมีอยู่ค่ายพัก จำนวน 160 คน โดยมีล่ามของแรงงานต่างชาติ เชื้อชาติกัมพูชาเป็นผู้ร่วมประชุมและข้อมูลจากคณะทำงานที่เป็นตัวแทนแรงงานต่างชาติกัมพูชา พบว่าแรงงานต่างชาติกัมพูชาส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาในด้านการสื่อสาร เนื่องจากสามารถเข้าใจภาษาไทย และสื่อสารภาษาไทยได้ดีเป็นส่วนใหญ่ แต่ก็เสนอว่าการสื่อสารโดยรูปภาพ จะทำให้แรงงานต่างชาติ เข้าใจได้ดีขึ้นหากใช้ร่วมกับข้อความที่เป็นตัวหนังสือ ซึ่งผลการประชุมกลุ่มเป็นข้อมูลนำเข้าไปในกระบวนการ Workshop 2 การเขียนแผนงาน/โครงการ/การประเมินผล เพื่อแก้ไขปัญหาต่อไป

กระบวนการและผลที่ได้จากการอบรมเชิงปฏิบัติการ การพัฒนาศักยภาพคณะทำงานด้านการบริหาร
จัดการโครงการ Workshop 2 (W2)

การอบรมเชิงปฏิบัติการ การบริหารจัดการโครงการ แบ่งการเรียนรู้ 3 ครั้ง เพื่อให้คณะทำงานมีเวลาเรียนรู้และทบทวน ในแต่ละครั้งมีแผนการสอนเพื่อควบคุมกำกับเวลาที่ชัดเจน และสอดแทรกกิจกรรมที่จะเสริมทักษะการเรียนรู้เพิ่มเติมให้แก่คณะทำงาน

การอบรมเชิงปฏิบัติการ การบริหารจัดการโครงการ ครั้งที่ 1 วันที่ 29 มกราคม 2562 ใช้ศาลาพระเป็นสถานที่อบรม เริ่มเวลา 19.10 น. ผู้เข้าร่วมประกอบด้วย คณะทำงาน จำนวน 14 คน ตัวแทนคนงานทำความสะอาด 2 คน ผู้สังเกตการณ์ 1 คน และผู้ช่วยวิจัย 1 คน ล่ามแปลภาษา 2 คน ส่วนตัวแทนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแจ้งว่าไม่สะดวกในเวลาดังกล่าว กระบวนการนำสู่บทเรียนด้วย “เกมสัตว์” โดยให้คณะทำงานแต่ละคนเลือกว่าชอบและมีลักษณะนิสัยคล้ายสัตว์อะไร หลังจากนั้นกระบวนการสรุปเนื้อหาการเรียนรู้จากเกมคือ ความเข้าใจ และยอมรับความแตกต่างและความเหมือนของมนุษย์ และการทำงานร่วมกันอาจพบว่าบางครั้งความคิดเห็นจะแตกต่างกัน ลำดับต่อมากระบวนการชี้แจงวัตถุประสงค์และเป้าหมายของการอบรม และคณะทำงานทำแบบประเมินก่อนการอบรม หลังจากนั้นเริ่มกิจกรรมนำเข้าสู่เนื้อหา “เกมแก้ปัญหา” โดยให้คณะทำงานจับคู่กัน กติกาให้เอาเชือกที่คล้องกันออกจากข้อมือโดยห้ามแกะเชือก ตามที่ระยะเวลาที่กระบวนการกำหนด เมื่อหมดเวลากระบวนการสุ่มถามข้อคิดที่ได้จากกิจกรรมจากคณะทำงานถึงความสำเร็จและล้มเหลวในการแก้ปัญหาว่ามีวิธีคิด วิธีการอย่างไรจึงสามารถแก้ปัญหาได้สำเร็จและไม่สำเร็จ ได้ข้อสรุปกลุ่มว่า การมีประสบการณ์ในปัญหาที่เคยประสบมาแล้วของผู้เล่นมีผลต่อการตัดสินใจในการแก้ปัญหาได้ดีและรวดเร็วขึ้น การรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น และความสามัคคีมีผลอย่างมากต่อความสำเร็จ กระบวนการจึงสรุปบทเรียนถึงองค์ประกอบสำคัญในการทำงานให้ประสบความสำเร็จ ลำดับต่อมากระบวนการนำผลสรุปข้อมูลจากการสำรวจ (S2) และผลจากการสัมภาษณ์เป็นข้อมูลให้คณะทำงานรับทราบเพื่อเป็นข้อมูลนำเข้าของการประชุมกลุ่มย่อย และดำเนินกระบวนการ ใช้เอกสารประกอบการอบรมคือ คู่มือการอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพคณะทำงานด้านการวินิจฉัยชุมชน การเขียนแผนงานโครงการ และการประเมินผล ซึ่งแปล 2 ภาษา ไทย-เมียนมา ประกอบการอบรมของคณะทำงาน กระบวนการบรรยายเนื้อหาเกี่ยวกับแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ความสัมพันธ์ของทั้ง 3 องค์ประกอบ กระบวนการใช้วิธีทำความเข้าใจเนื้อหาการแยกประเภทขยะสำหรับคณะทำงาน ด้วย “เกมจับคู่ขยะ” ต่อมากระบวนการชี้แจงกติกาในการประชุมแบบ brain storming เพื่อระดมความคิดว่าควรมีแผนงาน/โครงการอะไร โดยให้คณะทำงานเสนอโดยการตั้งคำถามว่า จะทำอะไร มีวิธีการอย่างไร จะวัดความสำเร็จด้วยวิธีไหน ที่จะจัดการขยะในค่ายพักพลกชง 1 เมื่อคณะแต่ละคนเสนอวิธีการ ผู้ช่วยจะจดทุกข้อเสนอในกระดาษปริบซาร์ทที่เตรียมไว้ให้คณะทำงานเห็นพร้อมกัน จนเมื่อไม่มีข้อเสนอเพิ่มเติม กระบวนการก็ให้คณะทำงานช่วยกันจัดกลุ่ม พบว่า การแก้ปัญหามารจัดการขยะในค่ายพัก

ปลั๊กธง 1 ประกอบด้วย 3 แผนงาน คือ แผนงานประชาสัมพันธ์ แผนงานลดขยะ โดยกลยุทธ์ 3Rs (Reduce Reuse Recycle) และแผนงานประเมินผล และจะมาทบทวนอีกครั้งในแผนงาน/โครงการ ในการประชุมครั้งต่อไป โดยกระบวนการให้รายละเอียดในการเขียนโครงการ องค์ประกอบย่อยของโครงการเพื่อให้คณะทำงานนำกลับไปทบทวนตามคู่มือ และจะออกแบบโครงการในการประชุมครั้งที่ 2 ต่อไป เลิกประชุม เวลา 21.05 น.

จากการสังเกตในช่วงก่อนประชุม คณะทำงานไม่มาตามเวลาที่นัดหมาย แต่เมื่อตัวแทนไป ตามก็มาเข้าร่วมโดยพร้อมเพรียงกัน โดยให้เหตุผลว่าตนเองสังเกตว่าคณะทำงานยังไม่ครบเลยทำ ภารกิจอื่นๆ ก่อน บรรยากาศในการประชุมเป็นกันเอง สนุกสนาน สามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประเด็นของปัญหากันอย่างกว้างขวาง

การอบรมเชิงปฏิบัติการ การบริหารจัดการโครงการ workshop 2 ครั้งที่ 2 คณะทำงาน และผู้วิจัยได้กำหนด วันอาทิตย์ที่ 5 กุมภาพันธ์ 2560 เวลา 19.00-21.00 น. (ดูแผนการอบรมใน ภาคผนวก ข) กระบวนกรและผู้สังเกตการณ์จัดเตรียมอุปกรณ์สำหรับการอบรม สถานที่กำหนด ห้องสมุด เริ่มการประชุม เวลา 19.30 น. มีคณะทำงาน กลุ่มตัวแทนแรงงานต่างชาติ 9 คน ล่าม 2 คน ตัวแทนเจ้าหน้าที่ของกลุ่มโรงงาน 2 คน ไม่มีตัวแทนเจ้าหน้าที่รัฐ กระบวนกรเริ่มต้นโดยการ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการประชุม ประเด็นเนื้อหาความต่อเนื่องจากการประชุมครั้งก่อนและ กิจกรรมที่จะต้องดำเนินการให้แล้วเสร็จตามเอกสารที่แจกเพิ่มเติม เนื่องจากในวันอบรมมีฝนตกทำให้ ไม่สามารถทำกิจกรรม “เกมหาสิ่งของ” ได้เพราะต้องใช้พื้นที่ กระบวนกรจึงใช้การชมวิดีโอการทำงานเป็นทีม 5 นาที เป็นกิจกรรมนำเข้าสู่บทเรียนโดยกระบวนกรเปิดวิดีโอเรื่องการทำงานเป็นทีม ให้คณะทำงานรับชม สุ่มถามข้อคิดเห็นคณะทำงานถึงบทเรียน ที่ได้จากการดูวิดีโอ ได้ข้อคิดจาก วิดีโอของการทำงานเป็นทีมตรงกันว่า การทำงานที่จะให้บรรลุสำเร็จต้องอาศัยความสามัคคี ความ ร่วมมือจากทีม ต่อมากระบวนกรให้คณะทำงานเล่น “เกมความสัมพันธ์” โดยแจกบัตรคำที่มีรูปภาพ ประกอบให้กับคณะทำงานที่เข้าประชุม ให้คณะทำงานจับคู่ และช่วยคิดว่าภาพที่ได้มีความสัมพันธ์ กันอย่างไร ต่อมาให้จับกลุ่มเป็น 4 คน และจับทั้งกลุ่มใหญ่ในครั้งสุดท้าย กระบวนกรให้คณะทำงาน สรุปรูปข้อคิดที่ได้จากเกม คณะทำงานให้ข้อคิดเห็นว่าทุกสิ่งเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน บางสิ่งอาจเป็นสาเหตุ หรือผลของอีกอย่าง หลังจากนั้นกระบวนกรให้คณะทำงานดูแผนผังผลกระทบจากขยะ เพื่อทำความเข้าใจถึงความสัมพันธ์ของปัญหาขยะมูลฝอยในค่ายพักที่เชื่อมโยงถึงผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม สังคม และบุคคลผลกระทบด้านสุขภาพ และให้ดูเอกสารสัตว์นำโรคจากขยะ และประเมินความเข้าใจโดย “เกมจับคู่โรคและสัตว์นำโรค” ผลการประเมินคณะทำงานสามารถจับคู่โรคและสัตว์นำโรคได้ถูกต้อง ทั้งหมด ต่อมากระบวนกรชี้แจงองค์ประกอบโดยทั่วไปของโครงการ พร้อมทั้งยกตัวอย่าง หลังจากนั้นเข้าสู่กระบวนการทบทวนแผนงาน/โครงการที่จะดำเนินการต่อไป โดยใช้วิธี mind mapping ให้ คณะทำงานทุกคนร่วมพิจารณาแผนงาน ชื่อโครงการ กิจกรรมที่ควรมีในแต่ละโครงการ และทำความเข้าใจ

เข้าใจองค์ประกอบโครงการผ่าน “เกมจับคู่องค์ประกอบโครงการ” คณะทำงานร่วมกันทบทวนแผนงาน/โครงการที่ได้ออกแบบไว้ร่วมพิจารณารายละเอียดโครงการ จับกลุ่มโครงการร้อยเรียงเป็นแผนงาน

จากการสังเกตของผู้วิจัยและผู้ร่วมสังเกตการณ์ พบว่าการเรียนรู้ผ่านเกมทำให้คณะทำงานมีความสนใจและกระตือรือร้น และการเล่นเกมนับคู่ ทำให้สามารถเข้าใจองค์ประกอบของโครงการได้ดี ดังผลการประเมินการจับคู่โรคกับสัตว์นำโรค และนำผลของความเข้าใจมาเพิ่มเติม ปรับปรุงวิธีในการเพิ่มรายละเอียดของแผนงาน/โครงการ คณะทำงานฝ่ายแรงงานสัมพันธ์เสนอว่าหากต้องการให้แรงงานต่างชาติในค่ายพักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการแยกขยะ จำเป็นจะต้องรณรงค์ประชาสัมพันธ์ตลอดทั้งปีในรูปแบบต่างๆ เพื่อกระตุ้นและสร้างแรงจูงใจ รวมถึงให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่อง ผ่านสื่อช่องทางต่างๆ ในค่ายพัก และประเด็นสำคัญที่ต้องให้แรงงานต่างชาติรู้ควรประกอบไปด้วย ความรู้ประเภทของขยะ โดยพิจารณาผลสำรวจข้อมูลพบว่าแรงงานต่างชาติมีความรู้ประเภทขยะเปียกและขยะรีไซเคิล แต่ยังขาดความรู้เกี่ยวกับขยะอันตราย ด้านการจัดการขยะ แรงงานต่างชาติยังขาดความรู้เรื่องประเภทขยะโดยเฉพาะอย่างยิ่งขยะอันตราย และขาดความรู้ด้านผลกระทบจากขยะ และสัตว์นำโรคที่เกิดจากขยะ ดังนั้นจึงกำหนดให้มีแผนงานประชาสัมพันธ์ คณะทำงานตัวแทนแรงงานต่างชาติ เสนอว่าควรจัดหาถังขยะเพิ่ม และแยกประเภท เพราะที่ผ่านมาไม่สะดวกในการแยก ถังขยะไม่เพียงพอ และให้มีโครงการนี้ในแผนการลดขยะ

คณะทำงานตัวแทนแรงงานต่างชาติ เสนอให้นำเงินที่ได้จากการขายขยะรีไซเคิลที่แรงงานต่างชาติช่วยกันแยก ควรนำเงินบางส่วนมาทำบุญผ่านกองทุนศาสนา และชี้แจงให้แรงงานต่างชาติร่วมรับรู้ เพื่อสร้างแรงจูงใจในการร่วมกันแยกขยะ เนื่องจากที่ผ่านมาแรงงานต่างชาติส่วนหนึ่งเข้าใจว่ารายได้จากการขายขยะผู้ได้ประโยชน์คือเจ้าหน้าที่ คณะทำงานฝ่ายแรงงานสัมพันธ์จึงชี้แจงให้ที่ประชุมทราบว่า รายได้จากการขายขยะรีไซเคิล เฉลี่ยประมาณเดือนละ 500 บาท ที่ผ่านมามีส่วนหนึ่งได้จัดสรรให้คนงานทำความสะอาด และส่วนหนึ่งนำมาใช้จ่ายในการบริหารจัดการ เช่น ค่าซื้อถุงดำ ค่าซื้อถุงพักขยะขนาดใหญ่ ค่าน้ำมันรถขนขยะไปขายในกรณีที่ไม่มีรถมารับซื้อที่ค่าย จากข้อมูลที่ได้รับร่วมกัน คณะทำงานจึงเสนอแนะให้มีการเก็บข้อมูลรายได้จากการขายขยะ และแบ่งสัดส่วนรายได้ให้ชัดเจน และข้อสรุปพร้อมจากที่ประชุมคือ ให้นำเงินรายได้มาจัดแบ่งเป็น 3 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 ร้อยละ 10 ค่าบริหารจัดการ ส่วนที่ 2 ร้อยละ 60 ให้คนงานทำความสะอาดผู้ทำหน้าที่เก็บรวบรวมและนำส่งขาย และส่วนที่ 3 ร้อยละ 30 สมทบกองทุนศาสนาของค่ายพักเพื่อนำมาใช้ประโยชน์ร่วมกัน

คณะทำงานแรงงานต่างชาติที่เป็นหญิง 2 คน เสนอให้สอนแรงงานต่างชาตินำขยะที่ไม่ใช้แล้วมาปรับปรุงรูปแบบเป็นของใช้ประเภทต่างๆ และเพื่อลดปริมาณการใช้ถุงพลาสติก เสนอให้แรงงาน

สัมพันธ์ขอความร่วมมือจากร้านค้าสวัสดิการในค่ายพัก และหน้าค่ายพัก และหน้าโรงงาน ลดการจ่ายถุงพลาสติกโดยไม่จำเป็นแก่แรงงานต่างชาติเมื่อซื้อสิ่งของเพียงน้อยชิ้น

คณะทำงานแรงงานต่างชาติเสนอเป็นให้นำขยะรีไซเคิลที่สามารถจำหน่ายได้ที่แรงงานต่างชาติในค่ายพักร่วมกันแยก และรวบรวมไว้ตามประเภทขยะ คือ ขยะประเภทขวดพลาสติก ประเภทขวดแก้ว นำมาขายให้แก่ร้านรับซื้อของเก่า เดือนละ 1 ครั้ง นำเงินรายได้มาจัดแบ่งเป็น 3 ส่วนตามที่คณะทำงานได้เสนอแนะ คณะทำงานเสนอให้นำเงินรายได้บางส่วนร่วมทำบุญกับวัดต่างๆ เพื่อให้แรงงานต่างชาติได้เห็นประโยชน์ของการร่วมกันช่วยแยกขยะและมีส่วนร่วมในเงินทำบุญผ่านโครงการ

การอบรมเชิงปฏิบัติการ การบริหารจัดการโครงการ workshop 2 ครั้งที่ 3 คณะทำงานและผู้วิจัยได้วางแผนกำหนด วันที่ 12 มีนาคม 2560 เวลา 19.00-21.00 น. (แผนการอบรมในภาคผนวก ข) กระบวนการและผู้สังเกตการจัดเตรียมอุปกรณ์สำหรับการอบรม สถานที่กำหนดห้องสมุด

การประชุมย่อยการประเมินผล เริ่มประชุม เวลา 19.00 น. กระบวนการนำเข้าสู่บทเรียน “กิจกรรมยืนขึ้นด้วยกัน” กระบวนการสุ่มถามข้อคิดของกิจกรรมจากคณะทำงาน สรุปข้อคิดคือการทำงานเป็นทีม กระบวนการสรุปผลจาก workshop 2 ครั้งที่ 2 และเพิ่มเติมส่วนขาด เช่น ผู้รับผิดชอบโครงการ ทบทวนแผนงาน/โครงการที่ทำไว้แล้ว ปรับแก้แผน และทบทวนปรับกิจกรรม หลังจากนั้น กระบวนการให้เล่นเกม “ประติมากรรมสองด้าน” ให้แบ่งคณะทำงานเป็นกลุ่ม กลุ่มละ 5 คน ให้คณะทำงานในกลุ่มนั่งหันหลังให้กันห้ามคุยกันแจกกระดาษ A4 ให้คณะทำงานในกลุ่ม กระบวนการสั่งให้ทุกคนฉีกกระดาษเป็นรูปอวัยวะภายนอกโดยไม่ให้คุยกัน และยังนั่งหันหลังอยู่ ให้เวลา 5 นาที ให้คณะทำงานในกลุ่มนำภาพมาต่อกันแล้วส่งตัวแทนนำเสนอ ครั้งที่ 2 ให้ดำเนินการเหมือนเดิมแต่อนุญาตให้คณะทำงานพูดคุยและปรึกษากันได้ วางแผนทำงานร่วมกันใช้เวลาเท่ากัน แล้วนำอวัยวะมาต่อกัน นำรูปคนที่ได้ 2 ครั้งมาเปรียบเทียบกัน แล้วให้แสดงความคิดเห็นถึงผลลัพธ์ว่าเพราะเหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น สรุปผลสิ่งที่ได้จากเกมคือการทำงานร่วมกันต้องมีการวางแผนงาน ต้องมีการสื่อสารภายในกลุ่ม และการเลือกวิธีการติดต่อประสานงานภายในกลุ่ม ซึ่งต่อมาคณะทำงานได้ข้อสรุปคือการตั้งกลุ่ม Line คณะทำงานทบทวนองค์ประกอบโครงการ กระบวนการบรรยายเรื่องการประเมินผลผ่าน “เกมจับคู่” การประเมินกับวิธีการ ระดมความคิดวิธีประเมินผลโครงการที่รับผิดชอบ วัดอย่างไร วัดใคร ความถี่ในการวัด แล้วนำเสนอที่ประชุมใหญ่ลงมติเห็นชอบ กระบวนการสรุปภาพรวมแผนงาน ออกแบบวิธีการประเมินผลโครงการย่อย และประเมินโปรแกรมจัดการสุขภาพในภาพรวม จัดทำแผนผังกำกับกำกับการดำเนินโครงการ กำหนดผู้รับผิดชอบโครงการหลัก กำหนดช่วงเวลาในการติดตามและประเมินผล

ผู้วิจัยนำบทเรียนเรื่องการประเมินผล กล่าวถึงวิธีการจัดองค์กร การบริหารจัดการ การนำ และควบคุมกำกับของโครงการที่เกี่ยวข้องทั้งหมด โดยทั่วไปมีทีมงานโครงการ 6 ทีมซึ่งประกอบด้วย

ตัวแทนคณะทำงาน 2-3 คน ในแต่ละทีมเพื่อจัดตั้งดำเนินการตรวจสอบและวัดความก้าวหน้าของโครงการตามที่วางแผนไว้ ในการตรวจสอบโครงการที่เกี่ยวข้องทั้งหมดภายใต้ ผู้ปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมายอาคารรับผิดชอบของค่ายปลักรง 1-3 อาคาร ให้กับคณะทำงานแต่ละคนเพื่อแจกจ่ายข้อมูลและคำแนะนำารณรงค์ประเด็นปัญหา กลไกหลักที่สำคัญสำหรับการควบคุมโปรแกรมคือ การประชุมรายเดือนซึ่งคณะทำงานใช้การรวบรวมการวัดเชิงตัวเลขของแบบสอบถามประเมินผลโครงการ (E6+n) และแบบสอบถามกึ่งโครงสร้างเพื่อให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการปรับปรุงโครงการและปัญหาในทางปฏิบัติการของการประเมินผลโครงการย่อย และเพื่อดำเนินการแก้ไขทันที ไม่เพียงแต่การสื่อสารเกี่ยวกับลักษณะเฉพาะของโปรแกรม แต่ยังใช้การประชุมเพื่อพิจารณาการแบ่งงาน การเชื่อมต่อระหว่างโครงการการประสานงาน และการออกแบบกระบวนการควบคุมและเครื่องมือ ตามความจำเป็น ยกตัวอย่างเช่น เครื่องมือต่าง ๆ ได้รับการพัฒนาเพื่ออำนวยความสะดวกในการจัดการที่ดีขึ้น เช่น รายการตรวจสอบจากภาพถ่ายและผลตอบแทนสำหรับผู้ที่สามารถปฏิบัติได้ดีที่สุดในการคัดแยกขยะ กิจกรรมการใช้ซ้ำ (Reuse) ถูกยกเลิกหลังจากไม่ได้รับความสนใจจากแรงงานต่างชาติส่วนใหญ่ การจัดการทรัพยากรการจัดการขยะ ได้รับการจัดการใหม่ให้เป็นวันเดียวกันการทอดผ้าป่าขยะรีไซเคิลเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของโครงการเนื่องจากเป็นกิจกรรมครั้งแรกที่สามารถดึงดูดแรงงานต่างชาติในค่ายพักได้เป็นจำนวนมาก

เริ่มแรกมีการวางแผนโดยใช้ตัวแปรจากแบบสำรวจ (S2) และแบบสอบถามความพึงพอใจของโปรแกรม (E3) ตามการออกแบบก่อนและหลัง ในการหารือครั้งต่อมาในระหว่างการทำงาน คณะทำงานใช้พารามิเตอร์อื่นเพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์มากขึ้น เพื่อสะท้อนถึงประสิทธิภาพของโปรแกรม เช่น น้ำหนักของขยะ ค่ากำจัดของขยะ รายได้จากการขายขยะรีไซเคิลเนื่องจากโรงงานรับบริการจากเทศบาล และใช้ข้อมูลที่มีอยู่เกี่ยวกับน้ำหนักขยะรวมและค่าใช้จ่ายในการกำจัด

คณะทำงานร่วมวางแผนกำหนดบทบาทหน้าที่รับผิดชอบ คณะทำงานและผู้วิจัยร่วมกัน กำหนดเวลาเริ่ม และเวลาสิ้นสุดในการประชุมประจำเดือนแต่ละครั้งที่ชัดเจนเพื่อเป็นกติการ่วมกัน และร่วมวางแผนกำหนดบทบาทหน้าที่รับผิดชอบในแต่ละโครงการ กำหนดแผนควบคุมกำกับงาน และกำหนดให้คณะทำงานแต่ละโครงการรายงานผลการดำเนินงานทุกเดือนเพื่อให้ที่ประชุมร่วมรับทราบและเสนอแนะข้อคิดเห็น คณะทำงานและผู้วิจัย นำแผนงาน/โครงการ ที่ได้จากการอบรม การเขียนแผนงาน โครงการ และการประเมินผล มาวางแผนการดำเนินงาน มอบหมายหน้าที่ ความรับผิดชอบ กำหนดผู้รับผิดชอบโครงการหลัก ออกแบบรายละเอียดการดำเนินงาน รูปแบบการเก็บข้อมูลของแต่ละโครงการ การประชาสัมพันธ์โครงการ ดำเนินการตามรายละเอียดโครงการ ดังแสดง ตาราง 4-34

ตาราง 4-34 แผนงาน/โครงการ ที่เป็นผลลัพธ์จากการอบรมเชิงปฏิบัติการ workshop 2 (W2)

แผนงาน	โครงการ	กิจกรรม	ระยะเวลา	กลุ่มเป้าหมาย	
1.ให้ความรู้และ สร้างความตระหนัก	การสร้าง ความรู้	ให้ความรู้ผ่านเสียงตามสายวันละ 20 นาที	เม.ย.-ธ.ค.	แรงงานต่างชาติใน ค่ายพัก	
		สาธิตและสรุปสั้นๆ เกี่ยวกับการแยกขยะออกเป็น ขยะเปียก ขยะรีไซเคิล ขยะรีไซเคิล และขยะ อันตรายในก่อนโครงการดูหนังกลางแจ้งและให้ รางวัลต่าง ๆ ถูกลำนำมาใช้เพื่อกระตุ้นให้แรงงาน ต่างชาติมีความรู้ แบบฝึกหัดกลุ่มรายสัปดาห์ 30 นาทีเกี่ยวกับวิธีการของ 3Rs	เม.ย.-ก.ค.	แรงงานต่างชาติ	
		ให้ความรู้แบบเคาะประตูห้อง(Door to door) ทุก ห้องพักพร้อมการแจกเอกสารความรู้โดย คณะทำงาน เนื้อหาแก้ไขปัญหาการแยกขยะ และ ส่งเสริมองค์ประกอบของ 3Rs	เม.ย.-มิ.ย.	1,092 ห้องพัก	
	สร้างความ ตระหนัก	จัดหา โปสเตอร์, ป้าย, รูปภาพ (ถ่ายภาพแนว ปฏิบัติที่ดีที่สุดและแย่ที่สุด), ป้ายประชาสัมพันธ์ สำหรับการประชาสัมพันธ์ที่เชื่อมโยงกับชุด รูปแบบการส่งเสริมการตลาดเรื่องขยะอย่าง ต่อเนื่องและโปรแกรมโดยรวม	เม.ย.-ธ.ค.	ค่ายพักแรงงาน ต่างชาติ	
		จัดนิทรรศการเกี่ยวกับการจัดการขยะ ประกอบด้วย การแสดง 3Rs ประกวดคำขวัญ และ การแข่งขันนวัตกรรม การแข่งขันแบบทดสอบ เกมและกิจกรรมนันทนาการ	ก.ย.	แรงงานต่างชาติ	
2. จัดการขยะโดย หลัก 3Rs	การแยก ประเภท ขยะ 4 ประเภท	ออกแบบระบบถังขยะรีไซเคิลแยกประเภท (หมายเลข, สีและการติดฉลาก, สถานที่เก็บ รวบรวมขยะรีไซเคิล) ตามประเภทของขยะ 4 ประเภทคือขยะเปียก ขยะทั่วไป	เม.ย.-พ.ค.	ค่ายพักแรงงาน ต่างชาติ	
		ถังขยะรี ไซเคิล			ขยะรีไซเคิลและขยะอันตราย ประสานหน่วยงาน เทศบาลเพื่อรวบรวมขยะเปียกและขยะอันตราย ติดต่อร้านเพื่อจำหน่ายรีไซเคิล ติดต่อร้านค้า สวัสดิการเพื่อลดการจ่ายถุงพลาสติก
		รีไซเคิล เพื่อการ กุศล	ทอดผ้าป่าขยะร่วมกับเทศบาลในนามของแรงงาน ต่างชาติ 2 ครั้ง จากรายได้บริจาคจากขยะ และขายขยะรีไซเคิล	มิ.ย. , ก.ย.	ค่ายพัก
		การปฏิบัติ Reuse	สอนแบบกลุ่มโดยอาจารย์จากศูนย์พัฒนาอาชีพ เรื่อง การใช้สิ่งของในชีวิตประจำวัน เช่น ตะกร้า	เม.ย.-มิ.ย..	แรงงานต่างชาติ

ตาราง 4-34 แผนงาน/โครงการ ที่เป็นผลลัพธ์จากการอบรมเชิงปฏิบัติการ workshop 2 (W2) (ต่อ)

แผนงาน	โครงการ	กิจกรรม	ระยะเวลา	กลุ่มเป้าหมาย
	Reduce	จากกระป๋องอลูมิเนียม กระป๋องจากยีนส์ เสื้อยืด ประสานร้านขายของชำในค่าย ให้ลดจ่าย ถุงพลาสติก	เม.ย.-ก.ค.	-แรงงานต่างชาติ
3. ประเมินผล โปรแกรม		ประเมินกระบวนการ: วัดประสิทธิภาพของ โครงการด้วยแบบสอบถาม และเครื่องมือประเมิน ที่พัฒนาขึ้นใหม่ จากข้อเสนอที่ประชุม ประจำเดือนของคณะทำงานระหว่างดำเนินงาน เช่น ภาพถ่าย รายการตรวจสอบ ประเมินผลลัพธ์: ประเมินความรู้ ทักษะและการ ปฏิบัติ (S2) เมื่อสิ้นสุดโปรแกรม ประเมินน้ำหนัก ของขยะ อัตราการผลิตขยะ จากข้อมูลทุติยภูมิ จากบันทึกทางการเงิน เช่น น้ำหนักของขยะ สำหรับการรวบรวมและกำจัดของเทศบาล รายได้ จากการขายขยะรีไซเคิล ประเมินความชุก หุ่น แมลงวัน แมลงสาบ และยุงรวบรวมและวิเคราะห์ ก่อนและหลังการ	เม.ย.-ธ.ค.	-

จากการสังเกตของผู้วิจัยและผู้สังเกตการณ์ พบว่า ผลการปรับเปลี่ยนกระบวนการ วิธีการ
ช่วงเวลา และการจัดรวมทั้งแรงงานสัมพันธ์ และแรงงานต่างชาติ ทำให้คณะทำงานสามารถเข้าใจใน
กติกาก และร่วมแสดงความคิดเห็นได้อย่างเต็มที่ เกิดบรรยากาศที่ดีในการร่วมกันเสนอความคิดเห็น
เกิดข้อสรุปในการจัดทำแผนงานได้ตามเป้าหมายที่วางแผนไว้ การใช้เวลาของกระบวนการมี
ประสิทธิภาพมากขึ้น สอดคล้องกับผลการประเมินหลังอบรม ที่พบว่าคะแนนความรู้และความพึง
พอใจกระบวนการ ภาพรวมการอบรมเชิงปฏิบัติการบริหารจัดการโครงการ (W2) เพิ่มขึ้นกว่าการ
อบรมครั้งแรก โดยเฉพาะอย่างยิ่งความพึงพอใจด้านวิทยากรอยู่ในช่วง 3.31-3.87 ด้านสถานที่/
ระยะเวลามีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจมากที่สุด 4.37 ค่าเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจก่อนอบรม 1.87 และหลัง
การอบรม 3.31 และด้านการนำความรู้ไปใช้มีความพึงพอใจช่วง 3.31-4.13 ดังแสดงในตาราง 4-35
และตาราง 4-36

ตาราง 4-35 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อน-หลัง การพัฒนาศักยภาพคณะทำงานด้านการวินิจฉัยชุมชน (W1) และด้านการบริหารจัดการโครงการ (W2)

ความรู้	N	X (S.D)		p-value*
		ก่อน	หลัง	
W1	16	9.5 (0.9)	12.0 (0.9)	0.000*
W2	16	14.0 (2.3)	18.6 (0.9)	0.000*

*<0.05, ทดสอบด้วยสถิติ paired simple t-test

ตาราง 4-36 ความพึงพอใจ การอบรมเชิงปฏิบัติการการวินิจฉัยชุมชน (W1) และการบริหารจัดการโครงการ (W2) (n=16)

ความพึงพอใจหลังการอบรม	X (S.D)	
	W1	W2
ด้านวิทยากร		
การถ่ายทอดความรู้ของวิทยากรมีความชัดเจน	2.2 (0.7)	3.7 (0.8)
ความสามารถในการอธิบายเนื้อหา	2.4 (0.5)	3.3 (0.7)
การเชื่อมโยงเนื้อหาในการฝึกอบรม	2.0 (0.5)	3.6 (0.7)
มีความครบถ้วนของเนื้อหาในการฝึกอบรม	2.4 (0.8)	3.3 (0.7)
ใช้เวลาตามที่กำหนดไว้	3.8 (0.8)	3.8 (0.7)
การตอบข้อซักถามในการฝึกอบรม	1.9 (0.6)	3.9 (0.6)
ด้านสถานที่ / ระยะเวลา / อาหาร/		
สถานที่สะอาดและมีความเหมาะสม	4.4 (0.5)	4.4 (0.5)
ความพร้อมของอุปกรณ์โสตทัศนูปกรณ์	3.8 (1.0)	3.8 (1.0)
ระยะเวลาในการอบรมมีความเหมาะสม	4.4 (0.6)	4.4 (0.6)
อาหาร มีความเหมาะสม	3.5 (0.7)	3.5 (0.7)
ด้านความรู้ความเข้าใจ/		
ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องนี้ <u>ก่อน</u> การอบรม	1.4 (0.5)	1.9 (0.6)
ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องนี้ <u>หลัง</u> การอบรม	2.7 (0.8)	3.3 (1.1)
ด้านการนำความรู้ไปใช้/		
สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานได้	3.2 (0.5)	3.3 (0.6)
มีความมั่นใจและสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ได้	3.9 (0.4)	3.8 (0.8)
สามารถนำความรู้ไปเผยแพร่/ถ่ายทอดได้	4.3 (0.6)	4.1 (0.9)

หมายเหตุ : มากที่สุด 4.50-5.00, มาก 3.50-4.49, ปานกลาง 2.50-3.49, น้อย 1.50-2.49, น้อยที่สุด 1-1.49

2 ผลการดำเนินงานแผนงาน/โครงการการ

คณะกรรมการดำเนินงานแผนงาน/โครงการการ ซึ่งประกอบด้วย 3 แผนงาน 5 โครงการย่อย ได้ผลดังนี้

ผลการดำเนินงาน และกระบวนการที่ได้จากแผนงานให้ความรู้และสร้างความตระหนัก

คณะกรรมการเริ่มดำเนินโครงการสร้างความรู้ ซึ่งมี 3 กิจกรรมหลัก คือ ให้ความรู้ทางเสียงตามสาย สอนสาธิตการจัดการขยะในวันอาทิตย์ และให้ความรู้แบบ door to door เริ่มกิจกรรมแรกคือ ให้ความรู้ผ่านเสียงตามสายวันละ 20 นาที เนื้อหาความรู้ประกอบด้วย ประเภทขยะ วิธีการจัดการขยะแต่ละประเภท หลักการ 3Rs สัตว์พาหะนำโรค ผลกระทบทางสุขภาพและสิ่งแวดล้อม ที่คณะกรรมการได้ออกแบบและแปลเป็นภาษาเมียนมา กำหนดช่วงเวลาการประชาสัมพันธ์คือ ช่วงตอนเย็นเวลาประมาณ 17.30-18.00 น. เนื่องจากเป็นช่วงที่แรงงานต่างชาติส่วนใหญ่อยู่ในค่ายพัก ทำภารกิจส่วนตัวพร้อมเพรียงกัน การตรวจสอบคุณภาพของเสียงตามสาย ความชัดเจนของการได้ยินด้วยวิธีสุ่มสอบถามแรงงานต่างชาติจากคณะกรรมการผู้รับผิดชอบพื้นที่รายงานผลในการประชุมเดือนละ 1 ครั้ง พบว่า แรงงานต่างชาติส่วนใหญ่ได้ยินเสียงชัดเจน และให้ความสนใจ แต่บางครั้งก็ไม่ได้ตั้งใจฟังมากนัก แต่มี 3 บางตำแหน่งที่เสียงไม่ดังเนื่องจากลำโพงเสีย คืออาคาร 10, 18 และ 21 คณะทำงานเสนอให้แรงงานสัมพันธ์ซ่อมเปลี่ยนลำโพง ทั้ง 3 จุด และคณะกรรมการฝ่ายแรงงานต่างชาติเสนอให้เปิดเพลงเพื่อจูงใจก่อนนำเข้าสู่เนื้อหา ผลสังเกตพบว่าแรงงานต่างชาติสนใจฟังมากขึ้นในเดือนถัดมา คณะทำงานรายงานว่าเสียงได้ยินชัดเจนทุกจุด และคณะกรรมการเสนอให้อัดเสียงไว้กรณีไม่สามารถมาพูดได้ และได้นำเรื่องขยะมาสนทนาพูดคุยกัน หลังจากดำเนินการเป็นเวลา 3 เดือน (มกราคม-มีนาคม 2560) โดยเปิดหมุนเวียนความรู้อย่างต่อเนื่อง คณะทำงานประเมินผลร่วมกันว่า แรงงานต่างชาติเข้าใจ และปฏิบัติจริงให้ยุติการออกเสียงตามสายในเรื่องของความรู้ และให้รายงานผลการปฏิบัติงานในลำดับต่อมา

กิจกรรมต่อมาคือ สาธิตการแยกขยะเปียก ขยะรีไซเคิล ขยะทั่วไป และขยะอันตราย จากข้อเสนอของคณะกรรมการฝ่ายแรงงานสัมพันธ์ที่เสนอให้เสริมกิจกรรมให้ความรู้ในวันหยุดวันอาทิตย์ในภาคค่ำ ซึ่งมีกิจกรรมดูหนังของค่ายพักเดิมอยู่ก่อนแล้ว คณะทำงานมอบหมายผู้วิจัยรับผิดชอบประสานวิทยากรในการให้ความรู้แต่ละเรื่อง และร่วมเป็นวิทยากร วางแผนกำหนดตารางการให้ความรู้และสาธิต 3 ครั้ง ในเดือน เมษายน-มิถุนายน มอบหมายให้คณะกรรมการฝ่ายแรงงานสัมพันธ์เป็นผู้รับผิดชอบจัดเตรียมสถานที่ ขึ้นดำเนินการให้ความรู้ในช่วงวันหยุดวันอาทิตย์ในภาคค่ำ ก่อนกิจกรรมดูหนังของค่ายพักจัด 3 ครั้ง ครั้งที่ 1 วันอาทิตย์ที่ 23 เมษายน พ.ศ. 2560 เริ่มกิจกรรมเวลา 19.20 น. มีแรงงานต่างชาติเข้าร่วม 250 คน คณะทำงานฝ่ายแรงงานสัมพันธ์ 2 คน คณะทำงานฝ่ายแรงงานต่างชาติ 5 คน ล่าม 2 คน หัวหน้าแรงงานสัมพันธ์ค่ายปลักธง 1 แนะนำผู้วิจัย และเป็นตัวแทนชี้แจงที่มาของแผนงาน/โครงการ การจัดการขยะในค่าย การสังเกตของผู้วิจัย

ครั้งแรก แรงงานต่างชาติเข้าร่วมกิจกรรมไม่เกิน 100 คน คณะทำงานตัวแทนแรงงานต่างชาติที่เป็นหญิงจึงได้เข้าไปชักชวนให้แรงงานต่างชาติที่เป็นหญิงเข้าร่วมประชุม แรงงานต่างชาติจึงเริ่มทยอยเข้าร่วมประชุม เมื่อเริ่มประชุมแรงงานต่างชาติให้ความสนใจ ตั้งใจรับฟังพร้อมทั้งเสนอให้คณะทำงานจัดหาครูมาสอนการทำตะกร้าใส่ของจากกระป๋องน้ำอัดลม สำหรับใส่ของเวลาซื้ออาหารจากตลาด หลังการจัดกิจกรรม ที่ประชุมเสนอให้คณะทำงานจัดของขวัญเพื่อจูงใจของกิจกรรมครั้งต่อไป มอบให้แรงงานต่างชาติที่ตอบคำถาม และสาธิตกลับได้ถูกต้อง และให้ผู้รับผิดชอบโครงการประชาสัมพันธ์เชิญชวนร่วมกิจกรรมก่อนดำเนินงาน ครั้งที่ 2 วันอาทิตย์ที่ 21 พฤษภาคม พ.ศ. 2560 เริ่มกิจกรรมเวลา 19.15 น. มีเข้าร่วม 250 คน แรงงานสัมพันธ์ 2 คน คณะทำงานฝ่ายแรงงานต่างชาติ 7 คน ล่าม 2 คน วิทยากรจากคณะกรรมการจัดการสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และผู้วิจัย ณ ลานออกกำลังกายระหว่างบ้านพัก เริ่มกิจกรรมโดยผู้วิจัยแนะนำวิทยากร และผู้ช่วย เริ่มด้วยวิทยากรบรรยายประเภทขยะโดย Power point ใช้เวลา 5 นาที ประเมินโดยสุ่มสอบถามแรงงานต่างชาติ 3 คน ซึ่งสามารถตอบคำถามได้ถูกต้อง ต่อมาผู้วิจัยและผู้ช่วย นำถุงขยะแยกประเภทที่ได้เตรียมไว้นำมาวางด้านหน้า และถังขยะรวมที่มีขยะทุกประเภทปะปนกันอยู่ในถังเดียวกัน และขออาสาสมัครจำนวน 15 คน ให้สุ่มหยิบขยะในถังรวม 1 ชั้น และให้นำไปใส่ในถังแยกที่เตรียมไว้ หากตัวแทนแรงงานแยกขยะได้ถูกต้องก็จะได้รับของรางวัลตอบแทน พบว่า ตัวแทนแรงงานต่างชาติสามารถแยกขยะได้ถึง 12 คน ใน 15 คน วิทยากรสรุปกิจกรรมการเรียนรู้ และเลิกกิจกรรม เวลา 20.05 น. เพื่อให้แรงงานต่างชาติดูหนังต่อในลำดับต่อไป หลังสิ้นสุดการจัดกิจกรรมในที่ประชุมประจำเดือน คณะทำงานสะท้อนว่ากิจกรรมแยกขยะในครั้งที่ 2 ได้รับผลตอบรับจากแรงงานต่างชาติในค่ามากขึ้น และได้ข้อสรุปจากกิจกรรมว่าแรงงานต่างชาติในค่ายพักส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องประเภทของขยะในระดับดี จึงควรเน้นส่งเสริมพฤติกรรมแยกขยะ ครั้งที่ 3 วันอาทิตย์ที่ 11 มิถุนายน พ.ศ. 2560 เริ่มกิจกรรมเวลา 19.00 น. มีแรงงานต่างชาติเข้าร่วมกิจกรรม 300 คน ล่าม 2 คน แรงงานสัมพันธ์ 1 คน คณะทำงานฝ่ายแรงงานต่างชาติ 8 คน จัดกิจกรรม ณ ลานออกกำลังกายระหว่างบ้านพัก โดยผู้วิจัย และวิทยากรจากเทศบาลเมืองคอหงส์ เริ่มด้วยผู้วิจัยแนะนำวิทยากร และวิทยากรให้ชมวีดีโอผลกระทบจากขยะ 5 นาที และสุ่มสอบถามแรงงานต่างชาติ 3 คน วิทยากรเชื่อมโยงผลกระทบของขยะต่อสุขภาพ เน้นย้ำเรื่องสัตว์นำโรคชนิดต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากขยะ หลังจากนั้นวิทยากรขออาสาสมัครตัวแทนแรงงานต่างชาติ 15 คน เล่นเกมจับคู่สัตว์นำโรคกับโรค โดยนำป้ายสัตว์นำโรคซึ่งเป็นรูป ยุง แมลงวัน แมลงสาบ และหนู และป้ายชื่อโรคที่เตรียมไว้เป็นภาษาเมียนมา ติดที่หน้าอกด้านหน้าของตัวแทน เมื่อวิทยากรให้สัญญาณให้แต่ละคนจับกลุ่มโรคและสัตว์นำโรคให้ถูกต้อง กลุ่มใดจับเสร็จก่อนให้นั่งลง หลังจากนั้นวิทยากรและคณะทำงาน สังเกตการณ์และช่วยตรวจสอบความถูกต้อง วิทยากรสรุปผลและอธิบายเพิ่มเติมให้แรงงานต่างชาติเข้าใจถึงผลกระทบของขยะ และมอบของที่ระลึกให้ตัวแทน จากการสังเกตแรงงานต่างชาติสนใจ และกระตือรือร้นในการร่วมกิจกรรม

มากกว่าทุกครั้ง บรรยากาศในการจัดกิจกรรมสนุกสนาน เป็นกันเอง มีเสียงหัวเราะจากกิจกรรมของเพื่อนร่วมงานต่างชาติที่ร่วมกิจกรรม และเริ่มเห็นแรงงานต่างชาติคนอื่นๆ ทอยเข้ามาร่วมกิจกรรม

ในเดือน เมษายน ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2560 คณะทำงานดำเนินการสื่อสารให้ความรู้แบบเคาะประตูห้องพัก (door to door) โดยแจกเอกสารแผ่นพับที่คณะทำงานได้ร่วมออกแบบจัดทำขึ้น ประกอบการให้ความรู้ทั้ง 1,092 ห้องพัก เนื้อหาได้แก่ ประเภทขยะ วิธีการจัดการขยะหลัก 3Rs สัตว์พาหะนำโรคที่เกิดจากขยะ ผลกระทบทางสุขภาพและสิ่งแวดล้อมจากขยะ คณะทำงานสรุปว่า การดำเนินงานส่งผลให้แรงงานต่างชาติมีความรู้ ความเข้าใจ ในการแยกขยะ ผลกระทบที่เกิดจากขยะ สังเกตจากการแยกขยะจากห้องพักมากขึ้น และผลการประเมินระดับความพึงพอใจในภาพรวมของโครงการสร้างความรู้ของแรงงานต่างชาติหลังสิ้นสุดโครงการ พบว่า แรงงานต่างชาติมีความพึงพอใจต่อโครงการ เฉลี่ย 3.1 ดังแสดงใน ตาราง 4-39

คณะทำงานดำเนินโครงการสร้างความตระหนัก คู่ขนานไปกับการสร้างความรู้ ตามแผนงานที่ได้ออกแบบไว้ เพื่อส่งเสริม การสร้างบรรยากาศในการแยกขยะ และสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการแยกขยะอย่างต่อเนื่องตลอดโปรแกรม ในช่วงเดือนเมษายน-ธันวาคม พ.ศ. 2560 โดยจัดทำโปสเตอร์ ป้าย รูปภาพ ป้ายประชาสัมพันธ์ที่กับสอดคล้องกับสภาพการดำเนินงานแยกขยะจากห้องพัก จากการประชุมคณะทำงานเสนอให้ถ่ายรูปแรงงานต่างชาติที่มีพฤติกรรมแยกขยะสม่ำเสมอแล้วนำไปติดประกาศ เพื่อสร้างจิตสำนึก ความตระหนักให้ผู้อื่นปฏิบัติตาม โดยมีมอบหมายให้คณะทำงานที่รับผิดชอบตามพื้นที่เป็นผู้รับผิดชอบปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าว และต่อมาที่ประชุมได้เสนอให้มอบของรางวัล คือ นม 1 แพ็ค แก่ผู้ที่แยกขยะอย่างต่อเนื่องเดือนละ 1 ครั้ง หลังสิ้นสุดโครงการประเมินระดับความพึงพอใจในภาพรวมของแรงงานต่างชาติ ผลการประเมินพบว่า แรงงานต่างชาติมีความพึงพอใจต่อโครงการ เฉลี่ย 3.1 ดังแสดงใน ตาราง 4-39

ส่วนการจัดนิทรรศการในโครงการสร้างความตระหนัก เพื่อเป็นการประชาสัมพันธ์โครงการ คณะทำงานวางแผนร่วมกันกำหนดวันเวลาจัดนิทรรศการ และแบ่งหน้าที่รับผิดชอบโดยกำหนดกิจกรรม ดังนี้ สาธิตการเปลี่ยนขยะเป็นของใช้ เกมตอบคำถามชิงรางวัล ประกวดคำขวัญณรงค์จัดการขยะ ป้ายประชาสัมพันธ์ในวันอาทิตย์ที่ 17 กันยายน พ.ศ. 2560 ภาคเช้าซึ่งตรงกับกิจกรรมโครงการทอดผ้าป่าขยะรีไซเคิล และเป็นวันทำบุญของค่ายพัก เนื่องจากคณะทำงานเห็นว่า เป็นวันที่มีแรงงานต่างชาติน่าจะเข้าร่วมกิจกรรมมาก พบว่า มีผู้ร่วมโครงการ 158 คน ผลการดำเนินงานแรงงานต่างชาติสนใจเข้าร่วมการจัดนิทรรศการ ผลประเมินระดับความพึงพอใจนิทรรศการในภาพรวมในอยู่ระดับดี เฉลี่ย 4.4 ดังแสดงใน ตาราง 4-39

จากข้อมูลการสัมภาษณ์ พบว่า การดำเนินการจัดการขยะในค่ายพักปลักธง 1 การจัดการขยะเปียกเป็นปัญหาสำหรับแรงงานต่างชาติมากที่สุด เนื่องจากไม่ทราบว่าแยกแล้วนำไปใช้ประโยชน์อะไรได้บ้าง เท่าที่ผ่านมาเจ้าหน้าที่ขายให้ผู้เลี้ยงสัตว์ในชุมชนรายย่อยแต่สามารถรับซื้อได้เพียง

เล็กน้อย และนำมาทำน้ำหมักชีวภาพที่ใช้ประโยชน์ไม่มากนัก เนื่องจากค่ายักไม่มีพื้นที่สำหรับเพาะปลูก จึงนำมาใช้รดเพื่อดับกลิ่นในห้องน้ำเท่านั้น ทำให้เหลือขยะเปียกอีกจำนวนมากที่ไม่ได้จัดการ ดังนั้นคณะทำงานนำปัญหาขยะเปียกปรึกษาเจ้าหน้าที่เทศบาลเมืองคอหงส์ และได้ขอเสนอแนะว่าให้ไปศึกษาดูงานโรงทำแก๊สชีวภาพซึ่งสามารถรองรับขยะเปียกได้ปริมาณมากแต่ต้องเป็นขยะเปียกที่ไม่มีขยะอื่นปะปน ผู้วิจัยเสนอให้คณะทำงานดูงานการจัดการขยะเปียกจากโรงทำแก๊สชีวภาพของเทศบาลเมืองคอหงส์ซึ่งอยู่ใกล้กับค่ายัก สะดวกในการเดินทาง คณะทำงานลงมติเห็นร่วมกับผู้วิจัย สำหรับการจัดการขยะประเภทอื่นๆ ผู้วิจัยได้รับข้อมูลจากคณะกรรมการจัดการสิ่งแวดล้อมและเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคอหงส์เสนอให้ดูงานที่โรงเรียนบ้านคลองเปล แต่ทางโรงเรียนไม่สะดวกด้านเวลาเพราะวันอาทิตย์ที่แรงงานต่างชาติสะดวกเป็นวันหยุดของโรงเรียน จึงพิจารณาให้ดูงานที่ชุมชนป้อม 6 ของเทศบาลนครหาดใหญ่จากข้อเสนอแนะจากเพื่อนนักศึกษาในคณะกรรมการจัดการสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์เนื่องจากเป็นชุมชนที่ได้รับรางวัลการจัดการขยะในชุมชนดีเด่น และมีแรงงานต่างชาติอาศัยร่วมในชุมชนด้วย ผู้วิจัยจึงได้ประสานงานกับพื้นที่เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการศึกษาดูงาน สามารถดูงานและได้เห็นกลวิธีการดำเนินงานจากการปฏิบัติจริงที่เขาทำสำเร็จ โดยจัดให้ศึกษาดูงาน 2 แห่ง คือ ศึกษาดูงานโรงทำแก๊สหมักชีวภาพจากขยะสด ของเทศบาลเมืองคอหงส์ เพื่อให้คณะทำงานเห็นกระบวนการเพื่อนำมาแยกขยะสดในค่ายักเพื่อนำส่งมาใช้ประโยชน์ต่อไป ศึกษาดูงานการจัดการขยะในชุมชน ชุมชนป้อม 6 เทศบาลนครหาดใหญ่ เพื่อศึกษาวิธีการคัดแยกขยะ การส่งต่อขยะเมื่อคัดแยก การใช้ประโยชน์จากขยะในรูปแบบต่าง ๆ

แผนงานจัดการขยะโดยหลัก 3Rs

คณะทำงานดำเนินโครงการแยกประเภทขยะ 4 ประเภท ตามแผนงานโครงการที่ได้วางแผนไว้ เริ่มด้วยคณะทำงานผู้รับผิดชอบโครงการ ร่วมออกแบบถังขยะ โดยนำข้อเสนอแนะของแรงงานต่างชาติมาร่วมพิจารณา สำนวจจำนวนถังขยะที่มีในค่ายัก ได้ข้อสรุปจากที่ประชุมว่า ให้ใช้ถังขยะที่มีอยู่เดิมเพื่อลดต้นทุน โดยถังสีเหลืองมีฝาปิดเป็นถังขยะทั่วไป ถังขยะเปียกให้ใช้ถังสีฟ้าที่มีอยู่เดิม สำหรับถังขยะรีไซเคิลที่มีอยู่ 1 แห่ง มีไม่เพียงพอ ไม่สะดวกในการแยกขยะของแรงงานต่างชาติ จึงเสนอให้สร้างถังขยะรีไซเคิลเพิ่ม และสรุปให้จัดถังขยะแยกตามชนิดขยะ 4 ประเภท ดังนี้ 1) ถังขยะรีไซเคิลแยกเพิ่มเป็น 2 ประเภทเพื่อความสะดวกในการคัดแยก คือ ถังขยะสำหรับใส่ขวดพลาสติก และถังขยะสำหรับใส่ขวดแก้ว ซึ่งเป็นขยะรีไซเคิลที่พบมากในค่ายัก คณะทำงานช่วยกันทำถังขยะเองโดยใช้ตะแกรงตาข่ายเหล็ก ขนาด 0.5 X 0.8 เมตร ที่คณะทำงานร่วมกันเสนอความคิดเห็นและออกแบบ และร่วมมือกันจัดทำ ติดป้ายไว้นิลเป็นภาษาเมียนมามีรูปภาพประกอบ 2) ถังขยะทั่วไป ใช้ถังขยะที่มีฝาปิดสีเหลืองเดิมของค่ายักแต่เพิ่มป้ายบอกชนิด และรูปภาพชนิดขยะ เพื่อความสะดวกที่จะให้แรงงานต่างชาติเข้าใจ 3) ขยะเปียก ใช้ถังขยะเดิมสีน้ำเงินที่มีหูจับสะดวกในการ

ยกเทของคณงานทำความสะอาด และ 4) ขยะอันตราย ประยุกต์ใช้ถังน้ำขนาดใหญ่มีฝาปิด นำมาพ่น สีแดง และเขียนป้ายพร้อมรูปภาพขยะ นำถังขยะรีไซเคิล ขยะทั่วไปและขยะเปียกวางไว้ที่หน้า ห้องน้ำครบททุกตำแหน่ง และติดป้ายไว้ด้านหลังแสดงวิธีการแยกขยะแต่ละประเภท สำหรับถังขยะ อันตรายวางไว้ 2 ตำแหน่ง ที่ห้องสมุดใกล้สำนักงาน และป้อมยามทางเข้าค่ายพัก ผลการดำเนินงาน สามารถจัดหาถังขยะแยกประเภท ปริมาณเพียงพอ ถังขยะถูกออกแบบง่ายและสะดวกในการแยก ขยะของแรงงานต่างชาติ คณะทำงานกำหนดแผนการจัดเก็บขยะแต่ละประเภท และกำหนด ผู้รับผิดชอบ ดังนี้ ขยะเปียกเก็บทุกวันและส่งให้เทศบาลมารับไปทำปุ๋ยชีวภาพ และส่งขายให้กับ ประชาชนที่เลี้ยงสัตว์มารับซื้อ ขยะรีไซเคิลจัดเก็บแยกประเภทใส่ถุงกระสอบขนาดใหญ่ กำหนดขาย เดือนละ 1 ครั้ง ขยะทั่วไปเก็บสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ขยะอันตรายประสานเทศบาลเก็บทุก 3 เดือน

ที่ประชุมมีมติให้แบ่งพื้นที่รับผิดชอบให้คณะทำงานช่วยกันตรวจตรา โดยร่วมกันออกแบบ และประเมินตรวจสอบการจัดการขยะเพิ่มเติม และรายงานผลแก่คณะทำงานทุก 1 เดือน จากการ ประเมินการแยกขยะโดยคณะทำงานพบว่า ผลการประเมินตรวจสอบการจัดการขยะในค่ายพัก แรงงานต่างชาติ จากการติดตามของคณะทำงาน ภาพรวมส่วนใหญ่ของแต่ละเดือนแรงงานต่างชาติ สามารถดำเนินการได้ดี ยกเว้นด้านการแยกขยะเปียก เศษอาหาร เศษข้าว เศษผัก เศษผลไม้ที่พบว่า แรงงานต่างชาติยังไม่สามารถปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่องยังต้องติดตามกำกับการปฏิบัติจากคณะทำงาน ดังแสดงในตาราง 4-41 และมีความพึงพอใจในถังขยะที่จัดทำขึ้นให้เหตุผลว่าสะดวก และง่ายในการ แยกขยะ คณะทำงานได้สะท้อนผลการปฏิบัติในที่ประชุมประจำเดือน และปรับวิธีการ หลังจากจัดวางถัง ขยะตามกำหนดการแล้ว 2 เดือน และแรงงานต่างชาติเริ่มคัดแยกขยะรีไซเคิล คณะทำงานส่วนใหญ่ รู้สึกพึงพอใจในผลการดำเนินงาน และเชื่อว่าสามารถดำเนินการได้บรรลุวัตถุประสงค์ คณะทำงานที่ เป็นตัวแทนแรงงานต่างชาติเสนอให้เพิ่มเติมการบันทึกภาพถ่ายแรงงานต่างชาติที่มีพฤติกรรมแยก ขยะสม่ำเสมอ เป็นแบบอย่างและต้นแบบที่ดี และนำไปติดบอร์ดประชาสัมพันธ์ให้แรงงานต่างชาติคน อื่นๆเห็น และให้นำผลการตรวจสอบรายเดือนติดประกาศให้แก่แรงงานต่างชาติทราบ เพื่อสร้าง จิตสำนึกในการแยกขยะอย่างต่อเนื่องแก่แรงงานต่างชาติ คณะทำงานเสนอให้ร่วมกันสังเกตและ คัดเลือกคนต้นแบบตามพื้นที่รับผิดชอบของคณะทำงาน และบันทึกภาพถ่ายบุคคลต้นแบบที่แยกขยะ ถูกต้อง ต่อเนื่อง สม่ำเสมอ คัดเลือกแบบไม่ซ้ำคนเดิมเพื่อเป็นแบบอย่างแก่เพื่อนแรงงานต่างชาติคน อื่น มอบรางวัลเป็นนม 1 แพ็ค เดือนละ 1 ครั้ง พร้อมสรุปผลการตรวจสอบภาพรวมพื้นที่นำไปติด บอร์ดประชาสัมพันธ์ให้แรงงานต่างชาติคนอื่นๆได้รับทราบทั่วกัน อย่างไรก็ตามคณะทำงานสะท้อน ปัญหาการแยกขยะเปียกว่า จากการสุ่มตรวจสอบ พบว่า ยังมีเศษถุงพลาสติกปะปนกับขยะเปียก ซึ่ง ส่วนใหญ่เป็นถุงใส่เศษอาหารที่แรงงานต่างชาติใส่ขยะสดจากห้องพักตอนประกอบอาหาร แต่ทิ้งรวม โดยไม่แยกจากเศษอาหาร คณะทำงานเสนอให้เพิ่มการประชาสัมพันธ์ส่วนที่เป็นปัญหาให้แรงงาน ต่างชาติเข้าใจตรงกัน ช่วงแรกของการดำเนินการยังพบปัญหาเทศบาลไม่มาจัดเก็บตามวันเวลาที่ได้

ประสานและทำข้อตกลงไว้ทำให้ขยะเปียกมีกลิ่น คณะทำงานเสนอให้ผู้รับผิดชอบประสานงานการจัดเก็บขยะเปียกตามวันเวลาที่กำหนด ส่วนขยะอันตรายคณะทำงานและผู้วิจัยตั้งข้อสังเกตว่าแบตเตอรี่มือถือ หลอดไฟ และถ่านไฟฉายพบในถังแยกขยะอันตรายค่อนข้างน้อย ตั้งข้อสังเกตว่าแรงงานต่างชาติดูอาจใส่ทิ้งปนกับขยะทั่วไป เนื่องจากสังเกตพบว่า ขยะอันตรายในถังที่จัดวางไว้ส่วนใหญ่เป็นขยะอันตรายประเภทหลอดไฟที่ไม่ใช้แล้วที่ทางโรงงานเปลี่ยนให้ ไม่มีขยะอันตรายประเภทอื่นซึ่งไม่น่าจะเป็นไปได้ ดังนั้นจึงปรับวิธีเก็บแบตเตอรี่มือถือ และถ่านไฟฉายจากห้องพักโดยประสานคณะกรรมการศาสนาของบ้านพัก ซึ่งมีกิจกรรมการระดมทุนโดยเดินเรียโรตามห้องพัก ให้ช่วยเก็บขยะอันตรายไปพร้อมกัน โดยคณะทำงานสนับสนุนกล่องกระดาษสำหรับใส่ขยะอันตรายให้ ซึ่งได้รับความร่วมมือจากคณะกรรมการศาสนาจนสามารถเก็บขยะประเภทแบตเตอรี่ และถ่านไฟฉายได้เพิ่มขึ้น

ในระหว่างดำเนินงานโครงการ แรงงานสัมพันธ์ 2 คน ทำให้ขาดแผนงาน/โครงการ ผู้วิจัยแก้ไขโดยถ่ายทอดอ่านให้แรงงานสัมพันธ์ใหม่เป็นรายบุคคล เรื่องงานวิจัย แผนงาน/โครงการ ภารกิจที่ต้องทำ ตลอดจนติดตามผล ความก้าวหน้าเป็นระยะ ตลอดจนภารกิจที่ต้องรับผิดชอบ

ในเดือน มิถุนายน พ.ศ. 2560 มีการย้ายแรงงานต่างชาติจากค่ายนาหม่อมมาค่ายปลักธง 1 จำนวน 200 คน เพราะปิดค่าย โดยไม่ได้ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานเรื่องขยะให้แรงงานต่างชาติใหม่รับทราบส่งผลให้มีการทิ้งขยะผิดประเภท จนทำให้ปริมาณขยะทั่วไปมากกว่าทุกเดือนที่ผ่านมา เนื่องจากมีการปะปนของขยะโดยเฉพาะอย่างยิ่งขยะเปียก คณะทำงานปรับกระบวนการโดยแจกเอกสารแผ่นพับให้ห้องพักที่ย้ายเข้าใหม่ และแจ้งเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบค่ายพักชี้แจงนโยบายและแนวทางการจัดการขยะให้แรงงานต่างชาติที่ย้ายเข้าใหม่ปฏิบัติตาม และชี้แจงแนวปฏิบัติผ่านเสียงตามสายในทุกเย็นต่อเนื่อง 1 เดือน และให้คณะทำงานติดตามผลและรายงานทุกเดือน จนแรงงานต่างชาติที่ย้ายมาใหม่สามารถแยกขยะถูกประเภทในเดือนถัดมา

ตาราง 4-37 ประเมินตรวจสอบการจัดการขยะในค่ายพักแรงงานต่างชาติ จากการติดตามของ
คณะทำงาน (ต่อ)

รายการตรวจสอบ	เม.ย.		พ.ค.		มิ.ย.		ก.ค.		ส.ค.		ก.ย.		ต.ค.		พ.ย.		ธ.ค.	
	ทำ	ไม่ ทำ	ทำ	ไม่ ทำ	ทำ	ไม่ ทำ	ทำ	ไม่ ทำ	ทำ	ไม่ ทำ	ทำ	ไม่ ทำ	ทำ	ไม่ ทำ	ทำ	ไม่ ทำ	ทำ	ไม่ ทำ
มีผู้รับผิดชอบในการ จัดการขยะ	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
ป้องกันและควบคุม โรคไข้เลือดออก และ ควบคุมลูกน้ำยุงลาย	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
กำหนดผู้รับผิดชอบ ตรวจสอบ กำจัด แหล่งเพาะพันธุ์ยุง อย่างต่อเนื่อง	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
รวม	7	6	9	4	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0
					3		3		3		2		2		3		3	

โครงการ Reuse เป็นโครงการที่จัดสอนแบบกลุ่ม เพื่อนำขยะรีไซเคิล และของที่ไม่ใช้งานแล้วมาประดิษฐ์เป็นของใช้อย่างง่าย เช่น นำเสื้อยืดเก่า กางเกงยีนที่ไม่ใช้แล้วมาเปลี่ยนเป็นถุงผ้าสำหรับใส่ของ เป็นกระเป๋า นำขวดน้ำมันขนาด 5 ลิตร ที่มีปริมาณมากในค่ายมาทำเป็นกระเป๋า ที่ใส่ของใช้อุปกรณ์ การประดิษฐ์ขวดพลาสติกเป็นของใช้ประเภทต่างๆ ในห้องพักเพื่อลดค่าใช้จ่าย โดยวิทยากรจากศูนย์พัฒนาอาชีพ อำเภอเมือง จังหวัดระนอง ที่สามารถสื่อสารภาษาเมียนมาได้เป็นอย่างดี ใช้เวลาสอนเชิงปฏิบัติการ 1 วัน ในวันหยุดวันอาทิตย์ ประชาสัมพันธ์โครงการด้วยวิธีการดังนี้

- 1) ป้ายประชาสัมพันธ์ ติดไว้ตรงทางเข้าออกป้อมยาม
- 2) แผ่นปลิวโครงการ ติดไว้ที่หน้าห้องน้ำทุกห้อง ฝ่ายห้องน้ำหญิง และตรงร้านค้าสวัสดิการ
- 3) แจกเอกสารตามห้องพัก ผลการดำเนินงานมีผู้เข้าร่วมโครงการ 85 คน หลังสิ้นสุดการจัดกิจกรรมประเมินระดับความพึงพอใจระดับดีมากเฉลี่ย 4.8 (ตาราง 4-39) ที่ประชุมตั้งข้อสังเกตว่า มีแรงงานต่างชาติเข้าร่วมกิจกรรมน้อยกว่ากิจกรรมอื่น ๆ ที่ผ่านมา คณะทำงานเสนอว่าควรมีการจัดกิจกรรมแบบนี้ทุก 2 เดือน แต่เนื่องจากผู้เข้าร่วมโครงการมีจำนวนน้อยมาก และส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง คณะทำงานเห็นว่าคงเป็นเพราะประชาสัมพันธ์ไม่ดี หรือเป็นกิจกรรมที่แรงงานเพศชายไม่สนใจ หรือเป็นกิจกรรมใหม่ ทำให้แรงงานต่างชาติไม่กล้าเข้าร่วมแม้สนใจ จึงปรับปรุงแบบจัดกิจกรรมระยะ 2 โดยจัดที่นำสำหรับกิจกรรมมาวางไว้ และให้แรงงานต่างชาติที่ผ่านการอบรมรุ่นแรก เป็นผู้สอน และเพิ่มการประชาสัมพันธ์ผ่านเสียงตามสาย ครั้งที่ 2 มีแรงงานต่างชาติสนใจเข้าร่วม 35 คน ครั้งที่ 3 เข้าร่วม 26 คน อย่างไรก็ตามเมื่อจัดกิจกรรมทั้ง 3 ครั้ง และ

ดำเนินการอีกประมาณ 3 เดือน คณะทำงานเห็นว่าโครงการนี้ไม่ดึงดูดผู้เข้าร่วมโดยเฉพาะแรงงานต่างชาติดังกล่าว จึงตัดสินใจยุติโครงการ

โครงการ Reduce คณะทำงานประสานร้านค้าสวัสดิการในค่ายพักให้ลดการจ่ายถุงพลาสติกแก่แรงงานต่างชาติดังกล่าว หรือใช้ถุงพลาสติกน้อยชิ้น และประชาสัมพันธ์ให้แรงงานต่างชาติใช้ตะกร้าจ่ายตลาดใส่ของแทนการใช้ถุงพลาสติก หลังดำเนินโครงการประเมินโดยการสุ่มนับการใช้ตะกร้า หรือถุงผ้า จำนวน 3 ครั้ง ผลไม่แตกต่างกันในแต่ละครั้ง ส่วนการประเมินผลการลดการใช้ถุงพลาสติกจากร้านค้าสวัสดิการประเมินยาก คณะทำงานมีมติยุติโครงการ

โครงการรีไซเคิลเพื่อการกุศล เป็นโครงการที่นำรายได้ค่าขยะรีไซเคิลที่แรงงานต่างชาติดังกล่าวพักร่วมกันแยก และรวบรวมไว้ คือขวดพลาสติกและขวดแก้วซึ่งขายให้แก่ร้านรับซื้อเดือนละ 1 ครั้ง เงินรายได้จัดแบ่งเป็น 3 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 ร้อยละ 10 เป็นค่าบริหารจัดการ ส่วนที่ 2 ร้อยละ 60 ให้แก่คนงานผู้เก็บรวบรวมและขนไปขาย และส่วนที่ 3 ร้อยละ 30 สมทบกองทุนศาสนาของค่ายพัก คณะทำงานนำเงินรายได้จากการขายขยะรีไซเคิลร่วมกับการเรียกรายได้จากห้องพักจัดทอดผ้าป่า 2 ครั้ง ซึ่งครั้งแรกในวันที่ 28 พฤษภาคม 2560 ได้เงิน 12,500 บาท รวมทอดผ้าป่ากับเทศบาลคลองสี่ และครั้งที่ 2 ในวันที่ 17 กันยายน 2560 รวมทอดผ้าป่าที่วัดนาหม่อมเป็นเงิน 9,850 บาท หลังสิ้นสุดการจัดกิจกรรม พบว่า มีความพึงพอใจภาพรวมโครงการระดับดีมาก เฉลี่ย 4.6 ดังแสดงใน ตาราง 4-40 และแรงงานต่างชาติดูรู้สึกภูมิใจ และเห็นประโยชน์ของการแยกขยะ

แผนงานประเมินผลโปรแกรม (Project evaluation)

การประเมินผลโปรแกรมประกอบด้วย 2 ส่วน คือ การประเมินกระบวนการ (Process evaluation) ซึ่งประกอบด้วย การประเมินการมีส่วนร่วมของคณะทำงาน และการประเมินผลลัพธ์ (Product evaluation) ประกอบด้วย การประเมินความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติ ประเมินค่าใช้จ่ายจากการขายขยะรีไซเคิล ประเมินความชุก หนู แมลงวัน แมลงสาบ และยุง ดังนี้

ก. การประเมินกระบวนการ

ประเมินกระบวนการทุก 1 เดือน เพื่อปรับปรุงแก้ไข และประเมินการมีส่วนร่วมของคณะทำงาน 3 ครั้ง ในเดือนที่ 4, 8 และเดือนที่ 12 พบว่าการมีส่วนร่วมของคณะทำงานอยู่ในเกณฑ์ดี ยกเว้นงานเสร็จทันตามกำหนดที่ได้ 2.7 ในครั้งที่ 1 เนื่องจากยังอยู่ในช่วงแรกของการดำเนินงาน ดังแสดงในตาราง 4-38

ตาราง 4-38 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการ (E5)

รายการประเมิน	การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการ		
	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3
	X (S.D)	X (S.D)	X (S.D)
คณะกรรมการมีส่วนร่วมทำงานเป็นทีม นำเสนอ <u>ความคิดใหม่</u> ขับเคลื่อนการทำงาน	3.9 (0.9)	3.9 (0.9)	4.6 (0.6)
คณะกรรมการร่วมกัน <u>สังเคราะห์ สร้างสรรค์</u> และ <u>กระตุ้น</u> <u>การมีส่วนร่วม</u> ของคณะกรรมการทีม	3.7 (0.9)	3.8 (0.8)	4.1 (0.9)
คณะกรรมการ ทำงานตามที่มอบหมาย <u>เสร็จทันตามกำหนด</u> คุณภาพของงานดี ช่วยให้งานส่วนอื่น ๆ มีความ <u>ก้าวหน้า</u>	2.7 (0.9)	3.6 (0.7)	4.8 (0.4)
คณะกรรมการ <u>กระตือรือร้น</u> ให้ทำงานสำเร็จ <u>ลุ่่วงไปด้วยกัน</u>	4.7 (0.8)	3.7 (1.0)	4.9 (0.3)
คณะกรรมการสร้างบรรยากาศการทำงานเป็นทีม โดย ปฏิบัติต่อคณะกรรมการทีมและสื่อสารด้วยความสุภาพ	4.7 (0.8)	3.8 (0.9)	4.8 (0.6)
คณะกรรมการสร้างบรรยากาศการทำงานเป็นทีม ใช้ภาษา ในการสื่อสาร ทั้งการพูด เขียน และภาษากาย ที่สื่อถึง ทัศนคติด้านบวก	3.0 (0.1)	4.1 (1.1)	4.9 (0.3)
คณะกรรมการกระตุ้นคณะกรรมการทีมเพื่อ <u>สร้างสรรค์ความ</u> <u>มั่นใจ</u> ทำให้ทีมเห็นความสำคัญของงาน และ <u>เชื่อมั่น</u> ใน ความสำเร็จ	3.4 (0.8)	3.9 (1.1)	4.8 (0.4)
คณะกรรมการ ช่วยเหลือ และสร้าง <u>ความกระตือรือร้น</u> แก่ คณะกรรมการทีม	3.4 (0.8)	3.6 (0.7)	4.8 (0.4)

ส่วนการประเมินผลความพึงพอใจ 5 โครงการโดยการเก็บข้อมูลความพึงพอใจต่อโครงการ หลังเสร็จสิ้นโครงการ ตามแผนที่ได้วางไว้หลังสิ้นสุดโครงการ พบว่า แรงงานต่างชาติเห็นว่าทุกโครงการ/กิจกรรมนี้บรรลุวัตถุประสงค์ระดับปานกลางและดี ดังแสดงใน ตาราง 4-39

ตาราง 4-39 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจต่อโครงการย่อย

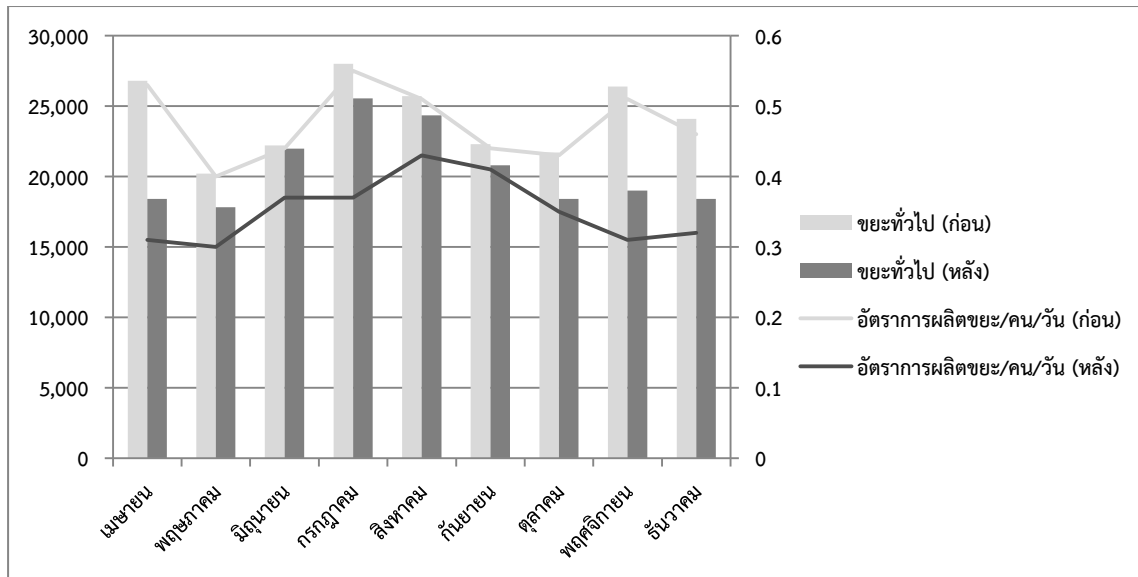
รายละเอียดการประเมิน	X (S.D)				
	ความรู้ (n=302)	นิทรรศการ (n=158)	แยกขยะ 4 ประเภท (n=192)	ทอดผ้าป่า (n=352)	Reuse (n=85)
โครงการ/กิจกรรมบรรลุวัตถุประสงค์	3.8 (0.9)	4.5 (0.6)	3.2 (0.7)	4.4 (0.7)	4.3 (0.7)
การประชาสัมพันธ์กิจกรรม/โครงการ	3.4 (0.9)	4.4 (0.7)	4.4 (0.8)	4.5 (0.6)	4.4 (0.7)
รูปแบบการจัดกิจกรรมเหมาะสม	3.2 (0.7)	3.4 (2.7)	4.5 (0.6)	3.2 (0.6)	4.6 (0.6)
สิ่งอำนวยความสะดวก	3.2 (0.8)	3.8 (0.9)	4.5 (0.6)	3.4 (0.9)	4.4 (0.6)
เวลาที่ใช้ในการจัดกิจกรรม	3.9 (0.8)	3.0 (0.9)	4.0 (0.7)	3.2 (0.7)	4.6 (0.7)
สถานที่จัดกิจกรรม	3.8 (0.9)	4.4 (0.7)	4.0 (1.0)	4.0 (1.0)	4.5 (0.8)
ความรู้ ความคิด	3.2 (0.6)	4.5 (0.6)	4.6 (0.6)	4.6 (0.7)	4.6 (0.6)
จิตสำนึก ทักษะ ทระหนัก ยุติธรรม	3.0 (0.7)	4.3 (1.1)	4.0 (1.0)	4.5 (0.7)	4.6 (0.6)
ทักษะการปฏิบัติ	3.4 (2.7)	4.4 (0.7)	3.2 (0.6)	3.4 (2.7)	4.6 (0.6)
การมีส่วนร่วมและการทำงานเป็นทีม	3.8 (0.9)	4.6 (0.6)	4.0 (0.9)	3.8 (0.9)	4.0 (1.0)
ความสนุกสนานเพลิดเพลิน บันเทิง	3.0 (1.0)	4.5 (0.6)	4.4 (0.6)	4.0 (0.9)	4.3 (0.9)
ความพึงพอใจโดยภาพรวมโครงการนี้	3.4 (1.2)	4.0 (0.9)	3.7 (1.0)	3.6 (0.7)	4.4 (0.6)

ข. ประเมินผลลัพธ์ (Product evaluation)

คณะทำงานออกแบบตัวชี้วัดเพื่อประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมการจัดการขยะในค่ายพัก ปลักธง 1 ด้วยการเปรียบเทียบปริมาณน้ำหนักรขยะต่อเดือน และอัตราการผลิตขยะต่อคนต่อวัน ความชุกสัตว์นำโรค และความรู้ ทักษะ ทระหนัก และพฤติกรรมจัดการขยะ และภาพรวมความพึงพอใจในโปรแกรม ดังมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ ตั้งแต่ขั้นตอนการเขียนแผนงาน/โครงการ ดังนี้

ผลลัพธ์ของปริมาณขยะต่อเดือน และปริมาณขยะที่ผลิตเฉลี่ยต่อคนต่อวัน พบว่า ปริมาณขยะ และอัตราการผลิตขยะต่อคนต่อวันในค่ายพักก่อนและหลังโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปริมาณขยะหลังดำเนินโครงการในช่วงเดือนเดียวกันของโปรแกรมการจัดการสุขภาพน้อยกว่าก่อนโปรแกรมการจัดการสุขภาพแรงงานต่างชาติ และปริมาณการผลิตขยะเฉลี่ย/คน/วันหลังโปรแกรม น้อยกว่าก่อนโปรแกรมการจัดการสุขภาพแรงงานต่างชาติ ดังแสดงแผนภูมิ 4-4

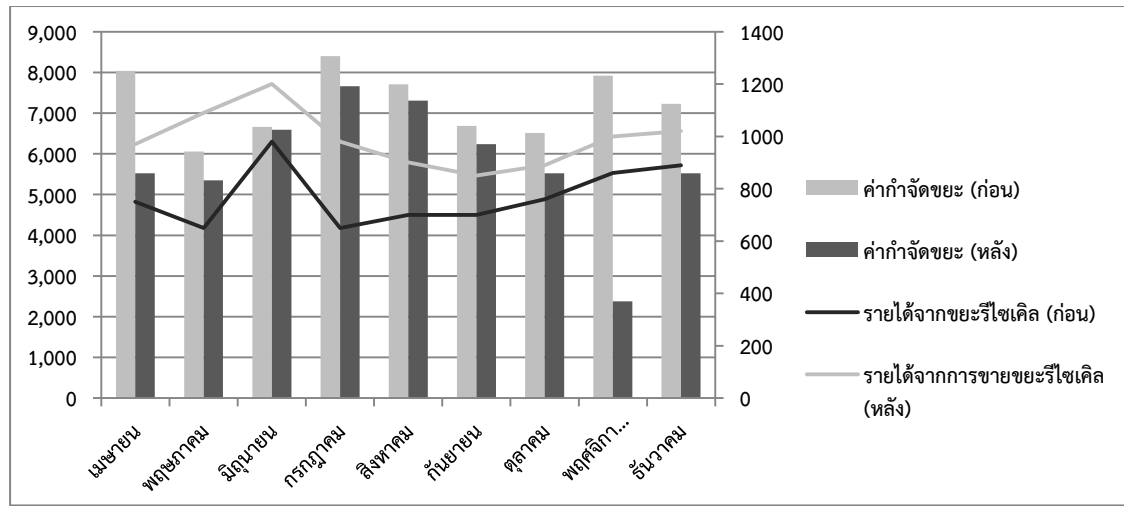
แผนภูมิ 4-4 ปริมาณขยะ (กิโลกรัม) และปริมาณขยะที่ผลิตเฉลี่ยต่อคนต่อวัน เปรียบเทียบ ก่อน หลัง
โปรแกรมการจัดการสุขภาพ



จากการสังเกตพบว่าในช่วงเดือนมิถุนายน และกรกฎาคม มีแนวโน้มปริมาณของขยะมากกว่าเดือนอื่นๆที่ผ่านมา ที่ประชุมได้นำข้อมูลมาร่วมพูดคุยในประเด็นนี้ พบว่าสาเหตุเกิดจากการเคลื่อนย้ายแรงงานต่างชาติจากค่ายพักนาหม่อมมาส่วนหนึ่งประมาณ 200 คน มีการโยกย้ายห้องพักทำให้เกิดขยะประเภททั่วไป เช่น เสื่อน้ำมันปูพื้นมากกว่าเดือนอื่น ๆ ส่งผลให้ขยะประเภททั่วไปมากขึ้น และต่อมาในเดือนสิงหาคม และกันยายน ที่ประชุมตั้งข้อสังเกตว่าปริมาณขยะทั่วไปยังสูง ตัวแทนแรงงานต่างชาติดำเนินงานว่า น่าจะเกิดจากค่ายพักรับแรงงานต่างชาติเพิ่มขึ้น แต่สังเกตว่าแรงงานต่างชาติที่ย้ายเข้ามาใหม่ยังแยกขยะไม่ถูกต้อง ที่ประชุมคณะทำงานจึงกำหนดมาตรการให้แรงงานสัมพันธ์แจ้งแนวทางการจัดการขยะในค่ายพักให้แก่แรงงานต่างชาติที่เข้าใหม่ทราบแนวทางปฏิบัติทุกคนก่อนเข้าพัก ให้กำหนดเป็นกฎของค่ายพักสำหรับแรงงานต่างชาติใหม่

คณะทำงานและผู้วิจัยประเมิน รายงานค่ากำจัดขยะ และรายรับจากการขายขยะรีไซเคิล ได้ร่วมกันเก็บข้อมูลรายรับจากการขายขยะในค่ายพัก และนำผลเปรียบเทียบ ก่อนและหลังโปรแกรมการจัดการสุขภาพ พบว่า หลังโปรแกรมการจัดการสุขภาพแรงงานต่างชาติ รายงานค่ากำจัดขยะลดลงก่อนโปรแกรมการจัดการสุขภาพแรงงานต่างชาติ และหลังโปรแกรมการจัดการสุขภาพแรงงานต่างชาติ รายรับจากการขายขยะรีไซเคิลเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนโปรแกรมการจัดการสุขภาพแรงงานต่างชาติ ดังแสดงใน แผนภูมิ 4-5

แผนภูมิ 4-5 รายจ่าย (บาท) ค่ากำจัดขยะ และรายรับ (บาท) จากการขายขยะประเภทรีไซเคิล
เปรียบเทียบก่อน- หลังโปรแกรมการจัดการสุขภาพ



คณะทำงานและผู้วิจัย ประเมิน การประเมินความชุกสัตว์นำโรค พบว่าหลังโปรแกรม
แรงงานต่างชาติถูกรบกวนจากสัตว์นำโรคจาก แมลงวัน หนู ยุง ลดลง ส่วนด้านสิ่งแวดล้อม และถูก
รบกวนจากแมลงสาบ พบว่าก่อนและหลังโปรแกรมไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตาราง 4-40

ตาราง 4-40 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การถูกรบกวนจากสัตว์นำโรค
และสิ่งแวดล้อม ก่อนและหลังโปรแกรมการจัดการสุขภาพของแรงงานต่างชาติ (n=340)

รายการ	X (S.D)		p-value*
	ก่อน	หลัง	
การถูกรบกวนจากสัตว์นำโรค และสิ่งแวดล้อม	1.9 (0.9)	1.8 (0.9)	0.064
แมลงวัน	1.9 (1.3)	1.7 (1.2)	0.042
หนู	1.7 (1.2)	1.4 (0.9)	0.006
แมลงสาบ	2.2 (1.4)	2.1 (1.2)	0.115
ยุง	2.5 (1.5)	2.1 (1.3)	0.001
กลิ่นเหม็นจากขยะ	1.7 (1.1)	1.7 (1.1)	0.867
น้ำเสียจากขยะ	1.6 (1.4)	1.7 (1.1)	0.218

*<0.05, ทดสอบด้วยสถิติ Independent t- test

คณะทำงานและผู้วิจัยร่วมกันประเมินความชุกหนูโดยสุ่มสำรวจประชากรหนูในค่ายพัก
ปลักธง 1 15 ตำแหน่ง พบว่า หลังโปรแกรมมีผลคะแนนในช่วง 1 และ 0 เป็นส่วนใหญ่ ในการ
ประเมินครั้งที่ 1, 2 และ 3 ดังแสดงในตาราง 4-41

ตาราง 4-41 เปรียบเทียบความชุกหนูก่อน-หลังโปรแกรม โดยวิธีตรวจนับรอยเท้าหนูบนแผ่น
กระเบื้องยาง (tracking board)

ตำ แหน่ง	สถานที่ วางกับดัก	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ					
		มกราคม		เมษายน		สิงหาคม		ธันวาคม	
		จำนวน รอยเท้า	แปรผล คะแนน	จำนวน รอยเท้า	แปรผล คะแนน	จำนวน รอยเท้า	แปรผล คะแนน	จำนวน รอยเท้า	แปรผล คะแนน
1	ห้องพัก อ1	1	1	1	1	0	0	0	0
2	ห้องพัก อ3	6	2	1	1	2	1	1	1
3	ห้องพัก อ5	5	1	5	1	0	0	0	0
4	ห้องพัก อ6	1	1	0	0	0	0	0	0
5	ห้องพัก อ9	7	2	0	0	3	1	0	0
6	ห้องพัก อ11	0	0	0	0	0	0	0	0
7	ห้องพัก อ13	8	2	0	0	0	0	0	0
8	ห้องพัก อ15	4	1	0	0	0	0	4	1
9	ห้องพัก อ17	11	3	0	0	0	0	0	0
10	ห้องพัก อ19	7	2	9	2	0	0	0	0
11	ห้องพัก อ21	9	2	6	1	1	1	0	0
12	ห้องน้ำ อ3	2	1	7	2	0	0	0	0
13	ห้องน้ำ	0	0	1	1	0	0	0	0
14	ห้องสมุด	0	0	0	0	0	0	0	0
15	ร้านค้า	6	2	0	0	0	0	0	0
สวัสดิการ									

*การแปลผลคะแนนจำนวนรอยเท้าหนูที่นับได้บนแผ่นกระเบื้องยางแต่ละแผ่นดังนี้ ไม่มีรอยเท้า=0, 1-5 รอยเท้า=1, 6-10 รอยเท้า =2, 11-15 รอยเท้า=3, 15-20 รอยเท้า=4 และมากกว่า 20 รอยเท้า=5

คณะทำงานและผู้วิจัยร่วมกันประเมินความชุกของแมลงวันโดยใช้วิธี Fly Grill Count Technique พบว่าความชุกของแมลงวัน ก่อนโปรแกรมมีระดับความชุกที่ต้องรีบปรับปรุงสุขาภิบาล 1 ตำแหน่ง ต้องปรับปรุงสุขาภิบาล 7 ตำแหน่ง และปกติ 7 ตำแหน่ง หลังโปรแกรมมีความชุกของแมลงวันอยู่ระดับปกติทั้ง 15 ตำแหน่งที่ประเมินของเดือนที่ 4, 8 และ 12 ดังแสดงตาราง 4-42

ตาราง 4-42 เปรียบเทียบการประเมินความชุกแมลงวันก่อน-หลังโปรแกรม โดยวิธี Fly Grill Count Technique

ตำ แหน่ง	สถานที่ วางกั๊บกั๊ก	ค่าเฉลี่ยก่อนโปรแกรม		ค่าเฉลี่ยหลังโปรแกรม					
		แมลงวัน (ตัว)	แปรผล	เมษายน		สิงหาคม		ธันวาคม	
				แมลงวัน (ตัว)	แปร ผล	แมลงวัน (ตัว)	แปร ผล	แมลงวัน (ตัว)	แปร ผล
1	ห้องน้ำ 1	3	ปรับปรุง	0.5	ปกติ	0	ปกติ	0	ปกติ
2	ห้องน้ำ 2	7.5	ปรับปรุง	0	ปกติ	0	ปกติ	0	ปกติ
3	ห้องน้ำ 3	0.5	ปกติ	1.5	ปกติ	1.5	ปกติ	0	ปกติ
4	ห้องน้ำ 4	2	ปกติ	1	ปกติ	0.5	ปกติ	1	ปกติ
5	ห้องน้ำ 5	7.5	รีบแก้ไข	3	ปกติ	1.5	ปกติ	1	ปกติ
6	ห้องน้ำ 6	3	ปรับปรุง	1.5	ปกติ	0	ปกติ	0	ปกติ
7	ห้องน้ำ 7	1.5	ปกติ	1.5	ปกติ	0	ปกติ	1.5	ปกติ
8	ห้องน้ำ 8	0	ปกติ	0	ปกติ	1.5	ปกติ	0	ปกติ
9	ห้องน้ำ 9	3.5	ปรับปรุง	2.5	ปกติ	0	ปกติ	0	ปกติ
10	ห้องน้ำ 10	0.5	ปกติ	0	ปกติ	0	ปกติ	0	ปกติ
11	ห้องพัก	1	ปกติ	1	ปกติ	0	ปกติ	1	ปกติ
12	ห้องพัก	4.5	ปรับปรุง	2.5	ปกติ	2	ปกติ	0	ปกติ
13	ห้องพัก	0.5	ปกติ	0.5	ปกติ	0.5	ปกติ	1.5	ปกติ
14	ร้านค้า	3.5	ปรับปรุง	0.5	ปกติ	0.5	ปกติ	0	ปกติ
	สวัสดิการ								
15	ห้องอาหาร	4.5	ปรับปรุง	2	ปกติ	1.5	ปกติ	1.5	ปกติ

*ความชุกชุม 0 - 5 ตัว = ปกติ, 6 - 14 ตัว = ปรับปรุงสุขาภิบาล, 15 - 54 ตัว = ต้องรีบแก้ไขสุขาภิบาล และลดจำนวนแมลงวัน, 55 ตัว = มาตรการลดจำนวนแมลงวันโดยเร็ว

คณะทำงานประเมินความชุกแมลงสาบ โดยวิธี Jar Trap Method พบว่าความชุกแมลงสาบ ก่อนโปรแกรมมากกว่า 1 หน่วย แต่หลังโปรแกรมทั้ง 3 ครั้งที่ประเมิน น้อยกว่า 1 หน่วย ดังแสดงในตาราง 4-43

ตาราง 4-43 เปรียบเทียบการประเมินความชุกแมลงสาบก่อน-หลังโปรแกรม โดยวิธี Jar Trap Method

ตำแหน่ง	สถานที่วางกับดัก	ก่อน โปรแกรม แมลงสาบ (ตัว)	หลังโปรแกรม		
			เมษายน	สิงหาคม	ธันวาคม
			แมลงสาบ (ตัว)	แมลงสาบ (ตัว)	แมลงสาบ (ตัว)
1	ห้องน้ำหญิง 5	1	1	0	1
2	ห้องครัว อ15	1	0	0	0
3	ห้องน้ำหญิง 6	1	0	1	0
4	ห้องน้ำชาย 6	0	0	0	1
5	ห้องน้ำหญิง7	0	0	1	0
6	ลานกองขยะ	3	0	0	1
7	ห้องอาหาร	2	1	0	0
8	ห้องอาหาร	2	0	1	0
9	ศาลาพระ	0	1	0	1
10	ห้องสมุด	2	0	1	0
11	ห้องพัก	1	0	0	1
12	ห้องพัก	1	0	0	0
13	ห้องพัก	1	1	1	0
14	ห้องพัก	1	0	0	1
15	ห้องพัก	0	1	1	0
	รวม แปรผล	16/15 = 1.1	5/15 = 0.3	6/15 = 0.4	6/15 = 0.4

หมายเหตุ แปรผลค่าความชุกของแมลงสาบ ให้มีแมลงสาบได้ไม่เกิน 1 หน่วย

คณะกรรมการประเมินความชุกของน้ำยุงลาย สุ่มสำรวจลูกน้ำยุงลายในภาชนะที่มีน้ำขัง พบว่าความชุกของลูกน้ำยุงลายก่อนโปรแกรมมีค่าความชุกระดับเสียงสูง โดยพบว่าจุดที่มีความเสี่ยงสูงสุดคือ จุดพักขยะ และบริเวณรอบนอกอาคารบ้านพัก หลังโปรแกรมความชุกอยู่ระดับเสียงต่ำทั้ง 3 ครั้ง ได้ผลดังแสดงใน ตาราง 4-44

ตาราง 4-44 เปรียบเทียบการประเมินความชุกของลูกน้ำยุงลายก่อน-หลังโปรแกรม

สถานที่สำรวจ	ก่อนโปรแกรม		หลังโปรแกรม					
			เมษายน		สิงหาคม		ธันวาคม	
	จำนวน ภาชนะที่ สำรวจ	ภาชนะที่ พบลูกน้ำ	จำนวน ภาชนะที่ สำรวจ	ภาชนะ ที่พบ ลูกน้ำ	จำนวน ภาชนะที่ สำรวจ	ภาชนะที่ พบลูกน้ำ	จำนวน ภาชนะที่ สำรวจ	ภาชนะที่ พบลูกน้ำ
ห้องน้ำ	180	6	180	2	180	0	180	0
ห้องน้ำ สำนักงาน 2	2	0	2	0	2	0	2	0
บริเวณรอบนอก อาคารที่พัก	25	4	30	2	15	1	23	0
จุดเก็บพักขยะ	120	35	35	2	36	0	56	2
ห้องพักแรงงาน ต่างชาติ	340	0	340	0	340	0	340	0
รวม	667	45	587	6	573	1	601	2
แปรผล	CI=6.7		CI=1.0		CI=0.1		CI=0.3	

*CI ปลอดภัย 0, เสียงต่ำ<5, เสียงสูง 5-9, เสียงสูงมาก >10

สรุปผลการประเมินภาพรวมการเปลี่ยนแปลงตัวชี้วัดของสัตว์นำโรคที่เกิดจากขยะ เปรียบเทียบก่อนและโปรแกรม โดยเก็บข้อมูลก่อนดำเนินการ และหลังดำเนินการ 3 ครั้ง ในเดือนที่ 4 (เมษายน) เดือนที่ 8 (สิงหาคม) และเดือนที่ 12 (ธันวาคม) ของโปรแกรมโดยคณะกรรมการ พบว่าจำนวนสัตว์นำโรคทั้ง 4 ชนิด คือ หนู แมลงวัน แมงสาบ และยุง ก่อนและหลังโปรแกรมมีความแตกต่างกันมีนัยสำคัญทางสถิติ จำนวนสัตว์นำโรคทั้ง 4 ชนิด หลังโปรแกรมน้อยกว่าก่อนโปรแกรม และมีแนวโน้มลดลง ผลดังแสดงใน ตาราง 4-45

ตาราง 4-45 การเปลี่ยนแปลงตัวชี้วัดของสัตว์นำโรคที่เกิดจากขยะก่อนและหลังโปรแกรม

ตัวชี้วัดสำหรับ สัตว์นำโรค [#]	เวลา	จำนวน ตัวอย่าง	จำนวนนับสัตว์นำโรค	p-value [*]
จำนวนรอยเท้า หนูต่อแผ่น กระเบื้อง ^๑	ก่อน	15 tiles	1, 6, 5, 1, 7, 0, 8, 4, 11, 7, 9, 2, 0, 0, 6	0.000
	หลัง	15 tiles	0, 1, 0, 0, 0, 0, 0, 1, 0, 0, 0, 0, 0, 0, 0	
จำนวนแมลงวัน เฉลี่ยต่อ 1 หน่วย ^๒	ก่อน	15 grills	3, 7.5, 0.5, 2, 7.5, 3, 1.5, 0, 3.5, 0.5, 1, 4.5, 0.5, 3.5, 4.5	0.005
	หลัง	15 grills	0, 0, 0, 1, 1, 0, 1.5, 0, 0, 0, 1, 0, 1.5, 0, 1.5	
จำนวนแมลงสาบ ต่อ 1 ก้นดัก ^๓	ก่อน	15 traps	1, 1, 1, 0, 0, 3, 2, 0, 2, 1, 1, 1, 1, 1, 0	0.031
	หลัง	15 traps	1, 0, 0, 1, 0, 1, 0, 0, 1, 0, 1, 0, 0, 1, 0	
ร้อยละภาชนะ น้ำขังที่พบ ลูกน้ำยุงลาย ^๔	ก่อน	667 ภาชนะ 5 พื้นที่	3.3, 0, 16, 29.2, 0	0.019
	หลัง	601 ภาชนะ 5 พื้นที่	0, 0, 0, 3.6, 0	

* < 0.05, ทดสอบด้วยสถิติ Wilcoxon signed-rank test

[#]วิธีการทั้งหมดเป็นไปตามกระทรวงสาธารณสุข (Bureau of Environmental Health, 2016)

^๑วัดโดยเทคนิคการติดตามรอยเท้าหนูบนกระเบื้อง (กระเบื้องยางสีขาว 23 x 23 ซม. ที่ทำสีกด้วยหมึกสีดำครึ่งหนึ่งถูกวางไว้ที่จุดที่คาดว่าเป็นเส้นทางของหนูแล้วนับจำนวนรอยเท้าของหนู)

^๒วัดโดยใช้เทคนิคการนับ fly grill (แต่กรงขนาด 24 x 24 นิ้ว ที่ทำสีกด้วยสีสดใสจัดเรียงเป็นรูปสี่เหลี่ยมจัตุรัสเพื่อดึงดูดแมลงวัน) นับจำนวนของแมลงวันที่เกาะพักบนตะแกรง สองครั้งในช่วงเวลา 30 วินาทีจากนั้นคำนวณหาค่าเฉลี่ย

^๓วัดโดยวิธีชวดก้นดัก (วางขวดปากกว้างตามขนาดของก้นดักแมลงสาบวางไว้ที่แล้วนับจำนวนแมลงสาบที่ติดอยู่)

^๔วัดโดยดัชนีภาชนะที่มีน้ำขัง (CI) คำนวณจาก 100% x (จำนวนภาชนะบรรจุที่มีลูกน้ำยุงลาย) / (จำนวนทั้งหมดของภาชนะที่สำรวจ)

ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการจัดการขยะของแรงงานต่างชาติในค่ายพัก

เมื่อเปรียบเทียบความรู้เรื่องขยะก่อน และหลังโปรแกรม พบว่าส่วนใหญ่ของความรู้ด้านประเภท การจัดการ ผลกระทบของขยะเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นความรู้ด้านผลกระทบเรื่องอันตรายของน้ำเสีย และอันตรายจากฝุ่นละอองจากขยะที่ไม่เพิ่มขึ้น และความรู้เรื่องสัตว์นำโรคที่เข้าใจผิดว่าหนูไม่ทำให้เกิดโรคพิษสุนัขบ้า ดังแสดงในตาราง 4-46

ตาราง 4-46 ความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะของแรงงานต่างชาติในค่ายพัก (n=340)

ความรู้	จำนวนคนตอบถูก (ร้อยละ)		p-value*
	ก่อน	หลัง	
ความรู้ประเภทของขยะ			
เศษผัก เศษผลไม้ เศษข้าว จัดเป็นขยะเปียก	291 (85.6)	334 (98.2)	0.000
แบตเตอรี่มือถือ ถ่านไฟฉาย หลอดไฟที่ไม่ใช้แล้ว จัดเป็นขยะทั่วไป	89 (26.2)	116 (34.1)	0.000
กล่องโฟม ถุงพลาสติก จัดเป็นขยะอันตราย	154 (45.3)	129 (37.9)	0.000
ขวดพลาสติก ขวดแก้ว จัดเป็นขยะรีไซเคิล	262 (77.1)	303 (89.1)	0.000
การจัดการ			
การขายขยะ เป็นการจัดการขยะที่สร้างรายได้	266 (78.2)	311 (91.5)	0.000
การนำขวดแก้ว ขวดพลาสติก กลับมาใช้ของซ้ำช่วยลดขยะ	276 (81.2)	317 (93.2)	0.000
การนำขวดแก้วหรือเศษแก้วมาหลอมเป็นขวดแก้วใหม่ คือการรีไซเคิล	239 (70.3)	259 (76.2)	0.000
การนำถุงผ้าไปใส่ของตอนจ่ายตลาดแทนการใช้ถุงพลาสติกเป็นการลดขยะ	263 (77.4)	299 (87.9)	0.000
ผลกระทบของขยะ			
ขยะ เป็นแหล่งเพาะพันธุ์สัตว์นำโรค เช่น หนู แมลงวัน	295 (86.8)	326 (95.9)	0.000
ซากถ่านไฟฉาย ซากแบตเตอรี่ ซากหลอดไฟ ที่ทิ้งบนดินก่อให้เกิดปัญหาโลหะหนักปนเปื้อนในดิน	278 (81.8)	282 (82.2)	0.000
น้ำที่เกิดจากฝนตกขยะไม่เกิดอันตรายต่อสุขภาพ	149 (43.8)	212 (62.4)	0.092
ฝุ่นละอองจากกองขยะไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ	155 (45.6)	165 (48.5)	0.145
ซากขวดพลาสติก ซากขวดแก้ว ซากกระป๋องที่มีน้ำขังเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุง	225 (66.2)	253 (74.4)	0.000
สัตว์นำโรคที่เกิดจากขยะ			
ยุงลายนำเชื้อโรคมาลาเรีย	84 (25.6)	109 (21.3)	0.000
หนู ทำให้เกิดโรคพิษสุนัขบ้า	160 (47.1)	166 (48.8)	0.125
แมลงวันเป็นพาหะนำโรคท้องร่วง อหิวาตกโรค	248 (72.9)	331 (97.4)	0.000

* < 0.05, ทดสอบด้วย Chi-square test

ด้านทัศนคติ พบว่าภาพรวมหลังโปรแกรมความตระหนักเพิ่มขึ้น เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การตระหนักความเสี่ยงไม่แตกต่าง ยกเว้นความเสี่ยงต่อการรับสารพิษจากโลหะหนักหากไม่แยกขยะเพิ่มขึ้น ด้านความรุนแรงไม่แตกต่าง ยกเว้นเห็นว่ากลิ่นเหม็นขยะ รบกวนการนอนหลับ ด้านเห็นประโยชน์ของการแยกขยะเพิ่มขึ้น ยกเว้นความภูมิใจที่ช่วยลดขยะไม่แตกต่าง ด้านอุปสรรคเห็นว่าการแยกขยะทำให้ยุ่งยากเสียเวลาลดลง ในขณะที่เห็นว่าเป็นการเพิ่มภาระไม่แตกต่าง ด้านความสามารถเพิ่มขึ้น ยกเว้นเห็นว่ามั่นใจจะเข้าร่วมกิจกรรมการแยกขยะไม่แตกต่าง ดังแสดงในตาราง 4-47

ตาราง 4-47 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความคิดเห็นการจัดการขยะของแรงงานต่างชาติในค่ายพัก ก่อน-หลังโปรแกรมการจัดการสุขภาพ (n=340)

ความคิดเห็นการจัดการขยะ	X (S.D)		p-value*
	ก่อน	หลัง	
ภาพรวมระดับความคิดเห็น	3.6 (1.1)	3.9 (0.7)	0.016
Perceived susceptibility			
ท่านคิดว่า ตัวเองเสี่ยงต่อโรคติดต่อ หากควบคุมขยะไม่ดี	4.0 (1.5)	4.1 (1.1)	0.602
ท่านคิดว่า ขยะที่ทิ้งเรี่ยราด มีผลต่ออารมณ์ ความรู้สึกของผู้อาศัย	4.0 (1.5)	4.1 (1.2)	0.392
ท่านเห็นว่า ขยะเป็นปัญหาสิ่งแวดล้อมที่เพิ่มขึ้นในปัจจุบัน	3.1 (1.5)	3.2 (1.3)	0.499
ท่านเสี่ยงต่อการรับสารพิษจากโลหะหนักหากไม่แยกขยะ	3.5 (1.6)	3.8 (1.2)	0.023
อันตราย			
รวม	14.6 (5.1)	15.1 (3.4)	0.144
Perceived severity			
กลิ่นเหม็นจากขยะ รบกวนการนอนหลับ การพักผ่อน	4.0 (1.5)	4.2 (1.0)	0.037
ขยะทำให้ที่พักกรุงรัง ไม่น่าอยู่	3.8 (1.6)	4.0 (1.2)	0.132
ยังมีขยะมาก ยิ่งเพิ่มสัตว์นำโรค	3.9 (1.5)	4.1 (1.1)	0.163
กลิ่นเหม็นจากขยะ ทำให้ที่พักไม่น่าอยู่	3.6 (1.6)	3.7 (1.3)	0.459
รวม	19.4 (6.8)	20.2 (4.5)	0.055
Perceived benefits			
ท่านภูมิใจที่มีส่วนช่วยลดปริมาณขยะ	3.9 (1.5)	4.1 (1.2)	0.163
ท่านคิดว่ากิจกรรมการแยกขยะจะช่วยลดปัญหาด้านสุขภาพ	3.7 (1.5)	4.0 (1.2)	0.002
ที่พักรจะน่าอยู่ขึ้น หากมีกิจกรรมการแยกขยะ	3.9 (1.5)	4.3 (1.1)	0.000
การแยกขยะก่อนนำไปทิ้งเป็นการรับผิดชอบต่อสังคม	3.5 (1.6)	4.1 (1.2)	0.000
รวม	15.1 (5.3)	16.4 (3.5)	0.000

ตาราง 4-47 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความคิดเห็นการจัดการขยะของ
แรงงานต่างชาติในค่ายพัก ก่อน-หลังโปรแกรมการจัดการสุขภาพ (n=340)

ความคิดเห็นการจัดการขยะ	X (S.D)		p-value*
	ก่อน	หลัง	
Perceived barriers			
ท่านคิดว่า การแยกขยะ ทำให้ท่านยุ่งยาก เสียเวลา	2.7 (1.5)	2.4 (1.5)	0.008
ท่านคิดว่า การแยกขยะเป็นการเพิ่มภาระโดยไม่จำเป็น	2.6 (1.5)	2.5 (1.6)	0.289
รวม	5.4 (2.9)	4.9 (2.9)	0.010
Perceived self efficacy			
การแยกขยะควรเริ่มที่ตัวเอง	3.4 (1.6)	4.1 (1.2)	0.000
ท่านมั่นใจว่า จะเข้าร่วมกิจกรรมการแยกขยะ	3.8 (1.4)	4.0 (1.2)	0.070
ปัญหาขยะในที่พัก เป็นปัญหาที่ทุกคนต้องช่วยแก้ไข	3.9 (1.5)	4.1 (1.3)	0.020
รวม	11.1 (4.0)	12.1 (3.2)	0.000

* < 0.05, ทดสอบด้วยสถิติ Independent t- test

ด้านพฤติกรรมจัดการขยะของแรงงานต่างชาติ เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนพฤติกรรมจัดการขยะพบว่า ด้านการแยกขยะก่อนหลังโปรแกรมไม่แตกต่างกัน ยกเว้นพฤติกรรมแยกขยะอันตราย ด้านลดขยะ (Reduce) เพิ่มขึ้น ยกเว้นใช้ผลิตภัณฑ์ชนิดเติม ด้านการใช้ซ้ำไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตาราง 4-48

ตาราง 4-48 พฤติกรรมการปฏิบัติการจัดการขยะของแรงงานต่างชาติ ก่อน-หลัง โปรแกรมการจัดการสุขภาพ (n=340)

พฤติกรรมการจัดการขยะ	X (S.D)		p-value*
	ก่อน	หลัง	
การแยกขยะ			
ท่านทิ้งเศษอาหาร เศษผัก เศษผลไม้ ในถังขยะเปียก	183 (54.4)	206 (60.6)	0.082
ท่านทิ้งถุงพลาสติก เศษกระดาษ ในถังขยะทั่วไป	175 (51.5)	193 (56.7)	0.166
ท่านทิ้งถ่านไฟฉาย แบตเตอรี่มือถือ ในถังขยะอันตราย	97 (28.6)	152 (44.7)	0.000
ท่านทิ้งขวดพลาสติก ขวดแก้ว ในถังขยะรีไซเคิล	57 (16.8)	64 (18.8)	0.483
Reduce			
ท่านขอให้คนขายใช้ถุงพลาสติกเท่าที่จำเป็น เมื่อซื้อของ	156 (45.6)	235 (69.1)	0.000
ท่านใช้ถุงผ้าหรือตะกร้าใส่ของแทนถุงพลาสติก	85 (25.0)	118 (34.7)	0.006
ท่านซื้อน้ำยาล้างจาน สบู่เหลวชนิดเติม ใส่ขวดเติมที่มีอยู่	189 (55.6)	170 (50.0)	0.133

ตาราง 4-48 พฤติกรรมการปฏิบัติการจัดการขยะของแรงงานต่างชาติ ก่อน-หลัง โปรแกรมการจัดการสุขภาพ (n=340) (ต่อ)

พฤติกรรมการจัดการขยะ	\bar{X} (S.D)	p-value*	พฤติกรรมการจัดการขยะ
Reuse			
ท่านนำขวดพลาสติก ขวดแก้ว กลับมาใช้ของซ้ำ	93 (27.4)	87 (25.6)	0.586
ท่านเก็บถุงพลาสติกที่ยังใช้ได้มาใช้ซ้ำ	97 (28.6)	98 (28.8)	0.932

* < 0.05, ทดสอบด้วยสถิติ Chi-square test

ด้านความร่วมมือในการจัดการขยะของแรงงานต่างชาติ ระดับความร่วมมือเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในทุกระดับ เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ความร่วมมือหลังมากกว่าก่อนโปรแกรม แม้ว่าระดับความร่วมมือจะเพิ่มขึ้น แต่เมื่อจัดกลุ่มระดับยังพบว่า ระดับความร่วมมือในทุกระดับน้อยในช่วง 1.5-2.3 ถึ้น้อยที่สุดในช่วง 1.2-1.4 ยกเว้นความร่วมมือแยกขยะเปียกในระดับปานกลาง คือมีค่าเฉลี่ย 2.7 ดังแสดงใน ตาราง 4-49

ตาราง 4-49 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความร่วมมือในการจัดการขยะ (n=340)

ความร่วมมือในการจัดการขยะ	\bar{X} (S.D)		p-value*
	ก่อน	หลัง	
ร่วมรับรู้ ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ			
รับข้อมูล ข่าวสารในการจัดการขยะ	1.5 (1.5)	2.3 (1.3)	0.000
เสนอความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาขยะในที่ประชุม	0.8 (1.3)	1.7 (1.4)	0.000
ประชุมวางแผน กับคณะทำงานเพื่อหาแนวทางจัดการขยะ	0.9 (1.3)	1.4 (1.1)	0.000
เสนอวิธีจัดการขยะให้แก่คณะทำงาน และผู้จัดการ	0.8 (1.3)	1.5 (1.2)	0.000
รวม	4.0 (4.2)	6.7 (3.7)	0.000
ร่วมปฏิบัติการ			
แยกขยะเปียก ขยะทั่วไป ขยะรีไซเคิล และขยะอันตราย และทิ้งในถังที่กำหนด	1.9 (1.6)	2.7 (1.3)	0.000
ร่วมกิจกรรม/ โครงการ การจัดการขยะ	1.6 (1.7)	2.3 (1.3)	0.000
ลดการใช้ถุงพลาสติก กล่องโฟม	1.5 (1.7)	2.2 (1.2)	0.000
ชักชวนและแนะนำ เพื่อน ญาติ ครอบครัว แยกขยะ	1.3 (1.6)	1.8 (1.2)	0.000
รวม	6.4 (4.6)	8.7 (3.8)	0.000
ร่วมรับผลประโยชน์			
มีส่วนช่วยแก้ปัญหาขยะในที่พัก	1.4 (1.5)	2.0 (1.2)	0.000
มีส่วนในการเพิ่มรายได้เข้ากลุ่ม จากการคัดแยกและขายขยะ	0.8 (1.3)	1.5 (1.1)	0.000

ตาราง 4-49 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความร่วมมือในการจัดการขยะ (n=340) (ต่อ)

ความร่วมมือในการจัดการขยะ	X (S.D)		p-value*
	ก่อน	หลัง	
มีส่วนในการลดจำนวนสัตว์น้ำโรคในที่พัก จากการแยกขยะ	1.1 (1.4)	1.9 (1.2)	0.000
รวม	3.9 (4.2)	5.2 (2.8)	0.000
ร่วมประเมินผล			
ร่วมตรวจสอบผลการดำเนินงานของคณะทำงานในโครงการ	0.7 (1.2)	1.4 (1.1)	0.000
ติดตามการดำเนินงานของแผนงาน/โครงการจัดการขยะ	0.6 (1.1)	1.4 (1.1)	0.000
ติดตาม และตรวจสอบรายได้จากการขายขยะ	0.4 (0.9)	1.2 (1.1)	0.000
แจ้งปัญหาที่เกิดขึ้นจากการจัดการขยะให้แก่คณะทำงาน	0.4 (0.9)	1.3 (1.1)	0.000
รวม	2.0 (3.8)	5.3 (3.8)	0.000
ภาพรวมความร่วมมือ	1.0 (0.8)	1.7 (0.9)	0.000

* < 0.05, ทดสอบด้วยสถิติ Independent t- test

หมายเหตุ : มากที่สุด 4.50-5.00, มาก 3.50-4.49, ปานกลาง 2.50-3.49, น้อย 1.50-2.49, น้อยที่สุด 1-1.49

หลังสิ้นสุดโปรแกรม คณะทำงานประเมินผลภาพรวมโครงการ พบว่า ภาพรวมความพึงพอใจโปรแกรมการจัดการขยะ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยอยู่ในช่วง 3.0-3.5 และมีค่าเฉลี่ยระดับมาก ในด้านการมอบหมายงานที่ชัดเจน ค่าเฉลี่ย 3.6 การทำงานเป็นทีม มีค่าเฉลี่ย 3.6 และการบรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการ ค่าเฉลี่ย 3.8 และความพึงพอใจของคณะทำงานมากกว่าของแรงงานต่างชาติ ดังแสดงในตาราง 4-50

ตาราง 4-50 ประเมินภาพรวมโครงการ (Eall) โปรแกรมการจัดการสุขภาพของแรงงานต่างชาติ (n=340)

ภาพรวมโครงการ	X (S.D)
คณะทำงาน (n=16)	3.7 (0.5)
แรงงานต่างชาติ	3.4 (0.9)
ความพร้อมด้านบุคลากร	3.4 (1.3)
ความพร้อมด้านสถานที่และอุปกรณ์	3.2 (1.3)
ความเหมาะสมของงบประมาณในโครงการ	3.0 (1.3)
ความเหมาะสมของการจัดงบประมาณแต่ละฝ่าย	3.2 (1.3)
การประชุมคณะทำงานดำเนินโครงการ	3.5 (1.2)
การมอบหมายงานชัดเจน	3.6 (1.2)
ความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการของคณะทำงาน	3.5 (1.2)
การทำงานเป็นทีม	3.6 (1.2)
การประสานงานระหว่างคณะทำงานและฝ่ายที่เกี่ยวข้อง	3.2 (1.3)

ตาราง 4-50 ประเมินภาพรวมโครงการ (Eall) โปรแกรมการจัดการสุขภาพของแรงงานต่างชาติ
(n=340) (ต่อ)

ภาพรวมโครงการ	X (S.D)
การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง	3.3 (1.2)
การบริหารงบประมาณมีความโปร่งใส	3.1 (1.2)
การสื่อสารของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง	3.3 (1.3)
การติดตามงาน	3.2 (1.3)
การดำเนินโครงการเป็นไปตามแผน	3.3 (1.2)
การสรุปบทเรียนจากการดำเนินโครงการ	3.5 (2.0)
การบรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการ	3.8 (1.3)

หมายเหตุ : มากที่สุด 4.50-5.00, มาก 3.50-4.49, ปานกลาง 2.50-3.49, น้อย 1.50-2.49, น้อยที่สุด 1-1.49

ปัจจัยสำเร็จและอุปสรรค

การพัฒนาโปรแกรมการจัดการสุขภาพของแรงงานต่างชาติในค่ายพัก เพื่อจัดการปัญหา
ขยะในค่ายพัก โดยความร่วมมือ ของแรงงานต่างชาติ ภาคเอกชน และภาครัฐ โดยใช้วิธีวิจัยเชิง
ปฏิบัติการนั้น มีทั้งปัจจัยสำเร็จที่ส่งผลให้โปรแกรมมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามก็ยังมีปัจจัยที่เป็น
อุปสรรคในการดำเนินงาน ซึ่งอธิบาย ดังนี้

ปัจจัยสำเร็จ

ปัจจัยสำเร็จในการพัฒนาโปรแกรมการจัดการสุขภาพของแรงงานต่างชาติในค่ายพัก จาก
การสนทนากลุ่มกับคณะทำงาน และการสังเกตตลอดการวิจัย พบว่า มีปัจจัยความสำเร็จ 3 ด้านคือ
ปัจจัยสำเร็จจากตัวแรงงานต่างชาติ ปัจจัยสำเร็จจากโครงสร้าง และปัจจัยสำเร็จด้านสถาน
ประกอบการ ดังอธิบาย ดังนี้

ปัจจัยสำเร็จจากตัวแรงงานต่างชาติ

พื้นฐานของแรงงานต่างชาติและแรงงานสัมพันธ์เป็นวัยที่พร้อมรับโครงสร้างการจัดการ
แบบนี้ได้แรงงานต่างชาติและเจ้าหน้าที่อายุน้อยพร้อมรับการเปลี่ยนแปลง

ปัจจัยสำเร็จจากโครงสร้าง รูปแบบการจัดการโปรแกรม

การออกแบบตั้งแต่ต้นของงานวิจัย ตั้งแต่สอนการวินิจฉัยชุมชน การออกแบบและเขียน
แผนงานโครงการ ทำให้ผลการวิจัยโปรแกรมการจัดการมูลฝอยของแรงงานต่างชาติโดยภาครัฐและ
ภาคแรงงานบรรลุวัตถุประสงค์จากการประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรม

การเตรียมความพร้อมในการพัฒนาศักยภาพคณะทำงาน สร้างความเข้าใจในกระบวนการ
อย่างเป็นระบบ การจัดกิจกรรม อบรมเชิงปฏิบัติการทั้ง 2 ครั้ง ทำให้คณะทำงานเกิดความรู้ความ
เข้าใจในการวินิจฉัยชุมชน และการเขียนแผนงาน โครงการ และการประเมินผลตามลำดับขั้นตอน

ความเข้าใจในโปรแกรมการจัดการสุขภาพที่ได้ออกแบบไว้ตั้งแต่ต้น ทำให้คณะทำงานสามารถวางแผนงานตามขั้นตอน การกำหนดระยะเวลาในการติดตามให้เป็นไปตามแผน รวมถึงการหาทางออกในอุปสรรคเป็นระยะ พร้อมปรับปรุงกระบวนการดำเนินงาน เป็นกลไกที่สำคัญที่ทำให้ แผนงานโครงการ ประสบความสำเร็จ

งานวิจัยนี้มีการเตรียมกระบวนการและประเมินผลด้วยเครื่องมือในช่วงเวลาต่างๆ ตามกลยุทธ์ที่ได้มีการวางแผนและปรับปรุงเพื่อพัฒนาศักยภาพเมื่อเกิดปัญหาอุปสรรคในระหว่างกระบวนการวิจัย การประเมินผลงานได้รับการประเมินจากแรงงานต่างชาติและคณะทำงาน

การใช้มิติทางศาสนาประยุกต์ในการสื่อสาร การจูงใจและออกแบบโครงการที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม ความเชื่อ ความเป็นชาวพุทธของแรงงานต่างชาติที่เชื่อและศรัทธาต่อการ จูงใจให้ช่วยกันแยกขยะเพื่อนำเงินมาทำบุญ จนเกิดความสำเร็จในการจัดการขยะรีไซเคิล

การวิจัยนี้ให้ความสำคัญกับข้อจำกัดทางภาษาในการสื่อสารกับแรงงานต่างชาติด้วยการวางแผนแก้ปัญหาตั้งแต่เริ่มพัฒนาโครงการวิจัย ให้มีล่ามเมียนมาสื่อสารในทีการประชุม การเลือกล่ามที่เป็นกันเอง เป็นที่รู้จักและไว้วางใจของแรงงานต่างชาติทำให้เข้าถึงข้อมูล นอกจากนี้ เครื่องมือเอกสารการวิจัย และคู่มือประกอบการพัฒนาศักยภาพคณะทำงานถูกออกแบบเป็น 2 ภาษา ไทย-เมียนมา และผ่านการตรวจสอบความเข้าใจจากคณะทำงานก่อนนำไปใช้จริง อย่างไรก็ตามผู้วิจัยไม่ละเลยแรงงานต่างชาติบางส่วนที่ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยและเมียนมาได้ เช่น แรงงานเมียนมาเชื้อสายมอญซึ่งไม่สามารถอ่านและฟังภาษาเมียนมาได้ก็ใช้ล่ามที่สื่อสารภาษามอญและใช้การสื่อสารด้วยภาพเพื่อทำความเข้าใจและนำข้อเสนอแนะมาเป็นข้อมูลในการออกแบบถึงขยะ และการประเมินผล

ความสามารถในการสื่อสาร ในการพัฒนาครั้งนี้ต้องประสานงานกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหลายฝ่ายประกอบไปด้วย ทีมผู้รับผิดชอบโครงการ แรงงานต่างชาติ เจ้าหน้าที่โรงงาน บุคลากรสาธารณสุข จึงต้องมีกระบวนการสื่อสารที่ชัดเจนในวัตถุประสงค์การดำเนินงาน ประโยชน์ที่คาดว่าจะแต่ละฝ่ายได้รับในแต่ละขั้นตอน ซึ่งทำให้ผู้เกี่ยวข้องมีความคิดเชิงบวกมีความตั้งใจและมีจิตอาสาในการร่วมทำกิจกรรมและสามารถร่วมกันพัฒนากระบวนการครั้งนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วิธีการบริหารเวลา การจัดสรรเวลาในการดำเนินการกับชุมชนเป็นประเด็นหนึ่งที่มีความสำคัญต่อความคล่องตัวในการดำเนินกิจกรรมร่วมกับชุมชน

แนวคิดและเป้าหมายในการพัฒนาโดยการมีส่วนร่วมของภาคส่วนที่เกี่ยวข้องส่งผลให้มีการสนับสนุนและร่วมกันแก้ไขอุปสรรคในการดำเนินโครงการ ได้แก่ เวลา การประสานงาน สถานที่ อุปกรณ์ในกรณีจำเป็น

การเตรียมความพร้อมและพัฒนาศักยภาพคณะทำงาน รวมไปถึงการกำกับติดตามผลการพัฒนาความรู้ความเข้าใจของทีม สร้างความเข้าใจในการดำเนินการอย่างเป็นระบบและกำหนดระยะเวลาในการติดตามงานให้เป็นไปตามแผน รวมถึงบทเรียนความสำเร็จและอุปสรรคในการ

ดำเนินการเป็นระยะ และเป็นข้อมูลให้กับพื้นที่พร้อมปรับปรุงกระบวนการดำเนินการให้เหมาะสม เป็นกลไกสำคัญที่ทำให้การดำเนินโครงการประสบความสำเร็จ

ปัจจัยสำเร็จด้านสถานประกอบการ

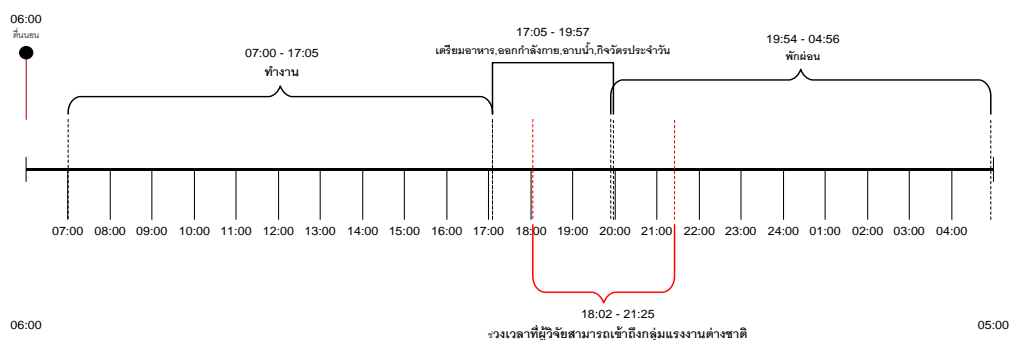
ปัญหาการจัดการขยะเป็นโจทย์ร่วมของทุกฝ่าย ประเด็นปัญหาที่ถูกเลือกมีความสำคัญกับทุกฝ่าย ทุกฝ่ายได้รับผลประโยชน์ร่วมกันกล่าวคือ แรงงานต่างชาติต้องการให้จัดการขยะเพื่อต้องการให้สภาพแวดล้อมน่าอยู่ ไม่มีกลิ่นและลดจำนวนสัตว์นำโรคที่รบกวนวิถีชีวิตประจำวัน เจ้าหน้าที่และโรงงานได้ประโยชน์เนื่องจากเคยพยายามจัดการปัญหานี้เมื่อ 2 ปีที่ผ่านมาแต่ไม่ประสบความสำเร็จ และยังสอดคล้องกับนโยบายที่ไปด้วยกันทั้งของโรงงานในการลดต้นทุนการบริหารจัดการขยะ การยอมรับของลูกค้า และปัญหาการจัดการขยะนี้ยังสอดคล้องกับนโยบายของโรงงาน ตลอดจนถึงการสร้างความมั่นใจให้ลูกค้า สำหรับภาครัฐได้ประโยชน์จากการลดขยะในชุมชนประกอบกับมีพื้นที่รองรับแยกขยะเปียกจากค้ายพักที่สามารถรองรับขยะเปียกจากค้ายพักมาบริหารจัดการ ซึ่งกระบวนการตอบสนองปัญหาความต้องการและประเด็นที่ถูกเลือกมีความสำคัญกับทุกฝ่ายทำให้การทำงานมีโอกาสสำเร็จมากขึ้น คณะทำงานเกิดแรงจูงใจในการอยากแก้ปัญหา

คณะทำงานฝ่ายแรงงานสัมพันธ์ เคยมีประสบการณ์ในการดำเนินงานจัดการขยะที่ผ่านมา แม้จะไม่ประสบความสำเร็จแต่ก็ทำให้เกิดความรู้ ความสามารถและมีทักษะในการทำงาน ได้แก่ การวิเคราะห์สถานการณ์ในการดำเนินกิจกรรมการทำการอภิปรายกลุ่มย่อย การประชุมกลุ่มกระบวนการเหล่านี้จำเป็นต้องใช้เพื่อการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล

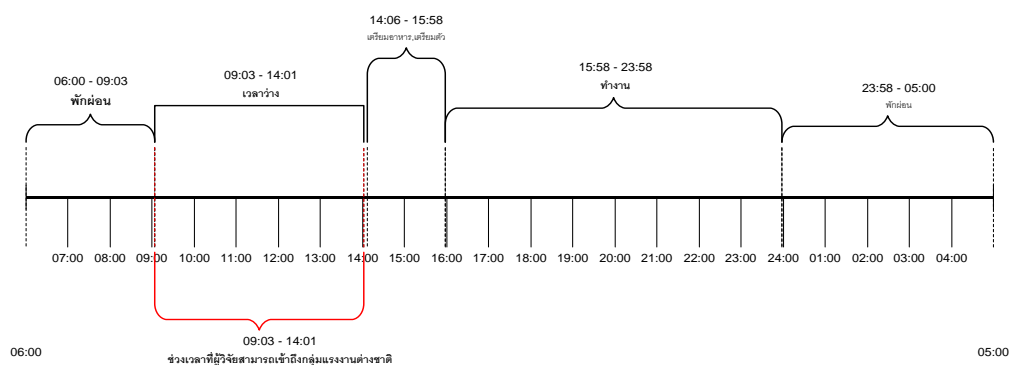
แรงงานสัมพันธ์มีประสบการณ์ทำงานในรูปแบบคณะกรรมการสวัสดิการบ้านพัก ทำให้สามารถพัฒนาการทำงานเป็นทีมได้ และประสบการณ์การดำเนินงานในสถานประกอบการที่มีการประเมินคุณภาพงานเป็นประจำ ส่งผลให้สามารถนำความรู้มาประยุกต์ใช้ในการจัดการโปรแกรมได้

ปัจจัยที่เป็นอุปสรรค

ปัจจัยด้านเวลา การเข้าถึงข้อมูลสำหรับแรงงานต่างชาติในค้ายพัก มีข้อจำกัดด้านเวลาค่อนข้างมาก เนื่องจากแรงงานต่างชาติทำงานแบ่งเป็น 2 ช่วงเวลา เรียกว่าเข้างานเป็นกะ คือ กะ เอ และ กะ บี โดยกะ เอ เริ่มทำงานตั้งแต่ 08.00 น. ถึง 17.00 น. ส่วนกะ บี เริ่มทำงานตั้งแต่ 18.00 น. ถึง 06.00 น. ดังนั้นช่วงเวลาที่แรงงานต่างชาติมีเวลาว่างและผู้วิจัยสามารถพบปะและเข้าถึงข้อมูลได้คือ เวลาประมาณ 19.00 น. ถึง 21.00 น. และในวันหยุดวันอาทิตย์เท่านั้น ซึ่งในบางครั้งแรงงานต่างชาติก็วางแผนตัวเองในวันหยุด เช่น การไปทำบุญ สวดมนต์ การเยี่ยมญาติ ส่วนแรงงานต่างชาติที่ทำงานกะ บี ช่วงเวลาว่างคือ 09.00 น. ถึง 11.00 น. เนื่องจากต้องมีเวลาสำหรับเตรียมและประกอบอาหาร และเวลาที่นอนพักผ่อน



รูปภาพ 4-14 ผังการปฏิบัติงานของแรงงานต่างชาติ กะ เอ และช่วงเวลาการเข้าถึงข้อมูลของผู้วิจัย



รูปภาพ 4-15 ผังการปฏิบัติงานของแรงงานต่างชาติ กะ บี และช่วงเวลาการเข้าถึงข้อมูลของผู้วิจัย

องค์ความรู้ที่มีอยู่อย่างจำกัด ด้านเทคโนโลยี และนโยบายด้านการลดการใช้ (Reduce) การใช้น้ำกลับมาใช้ใหม่ (Reuse) ตั้งแผนงานลดขยะที่คณะทำงานออกแบบลดขยะจากกิจกรรมนำขยะรีไซเคิลประดิษฐ์เป็นของใช้ มีแรงงานต่างชาติเข้าร่วมกิจกรรมน้อย แม้จะประชาสัมพันธ์กิจกรรมของโครงการผ่านช่องทางต่าง ๆ และปรับกลยุทธ์ให้ขยายการจัดกิจกรรม และผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ที่เข้าร่วมโครงการ มีคะแนนประเมินผลโครงการในภาพรวมระดับดีก็ตาม ซึ่งอาจจะเป็นไปได้ว่า โครงการที่คณะทำงานออกแบบนั้นไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิต และความสนใจของแรงงานต่างชาติส่วนใหญ่ และในภาพรวมวิธีการลดขยะด้วยวิธีนี้ไม่สามารถลดการเกิดขยะในภาพรวมได้อย่างชัดเจน ซึ่งจากการทบทวนเอกสาร พบว่าองค์ความรู้ด้านการลดขยะในประเทศไทยนั้น มีจำกัด แตกต่างกับการรีไซเคิล และการกำจัดของเสียที่มีการจัดการอย่างชัดเจนในประเทศไทย ในขณะที่เทคโนโลยี 3Rs อยู่ในขั้นตอนการริเริ่ม (Ali and Sion, 2014; Dhokhikah, 2012)

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะการวิจัย

สรุปผลการวิจัย

งานวิจัยเชิงปฏิบัติการเรื่อง การพัฒนาโปรแกรมการจัดการสุขภาพของแรงงานต่างชาติ : การวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยความร่วมมือของภาคแรงงาน ภาคเอกชน และภาครัฐ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการสุขภาพของแรงงานต่างชาติ และศึกษาปัจจัยสำเร็จและล้มเหลวของโปรแกรมการจัดการสุขภาพ พื้นที่วิจัยเป็นค่ายแรงงานต่างชาติของโรงงานอาหารทะเลสำเร็จรูป ซึ่งมีแรงงานต่างชาติในค่าย 2,260 คน ใช้เวลาดำเนินงาน 2 ปี งานวิจัยแบ่งการวิจัยเป็น 4 ระยะ คือ 1) ระยะการสร้างการมีส่วนร่วมกับภาคีที่เกี่ยวข้อง 2) ระยะการศึกษาเบื้องต้น 3) ระยะพัฒนาโปรแกรม และ 4) ระยะดำเนินการตามโปรแกรม และสรุปผลการวิจัยตามระยะดังนี้

ระยะสร้างการมีส่วนร่วมกับภาคี ซึ่งใช้เวลา 8 เดือน (มกราคม-สิงหาคม พ.ศ. 2559) ผู้วิจัยเริ่มสร้างความสัมพันธ์กับภาคีสถาบันประกอบการที่ตอบรับจดหมายเชิญเข้าร่วมวิจัยเชิงปฏิบัติการ ซึ่งเป็นโรงงานอาหารทะเลสำเร็จรูปแห่งหนึ่งซึ่งมีค่ายพักแรงงานต่างชาติ 3 แห่ง โดยดำเนินการติดต่อกับเจ้าของสถานประกอบการ และได้รับการนัดหมายให้เข้าพบทั้งเจ้าของสถานประกอบการและกลุ่มเจ้าหน้าที่แรงงานสัมพันธ์ซึ่งรับผิดชอบค่ายพักแรงงานต่างชาติ หลังจากนั้นได้ลงพื้นที่ค่ายพัก และเข้าร่วมกิจกรรมที่ค่ายจัด เช่น งานทำบุญ งานสันทนาการต่างๆ เพื่อทำความรู้จักและสร้างความสัมพันธ์กับภาคีสถาบันประกอบการ โดยเฉพาะคณะกรรมการสวัสดิการบ้านพักซึ่งเป็นชาวต่างชาติ ในระยะเดียวกันผู้วิจัยได้ส่งจดหมายขอความร่วมมือ และเข้าพบเจ้าหน้าที่หน่วยงานภาครัฐได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคองหงส์ ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองคองหงส์ (บ้านปลักธง) ฝ่ายสาธารณสุขของเทศบาลคองหงส์ จากการพบปะพูดคุยและขอคำปรึกษาพบว่า ทุกภาคีสถาบันประกอบการแก้ปัญหาด้านสุขภาพของแรงงานต่างชาติด้วยวิจัยเชิงปฏิบัติการ และเลือกค่ายปลักธง 1 เป็นพื้นที่ดำเนินงานเนื่องจากเป็นค่ายที่มีจำนวนแรงงานต่างชาติพักอาศัยมากที่สุดคือ 2,260 คน ในขณะที่ค่ายปลักธง 2 มีแรงงาน 600 คน และเห็นร่วมกันว่า องค์ประกอบของคณะทำงานให้มาจากภาคีทั้ง 3 ฝ่ายได้แก่ แรงงานต่างชาติที่เป็นกรรมการค่ายปลักธง 9 คน แรงงานสัมพันธ์ค่ายปลักธง 1 รวม 4 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคองหงส์ และศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองคองหงส์ 2 คน และผู้วิจัย 1 คนรวม 16 คน แต่ยังไม่ได้อธิบายสรุปที่ชัดเจนว่าจะจัดการปัญหาสุขภาพเรื่องใด

ระยะการศึกษาเบื้องต้น เนื่องจากได้ข้อสรุปไม่ชัดเจนถึงปัญหาสุขภาพที่จะดำเนินการแก้ไข ผู้วิจัยจึงดำเนินการศึกษาเบื้องต้นเป็นเวลา 4 เดือน (กันยายน-ธันวาคม พ.ศ. 2559) โดยใช้การศึกษาเชิงคุณภาพด้วยแบบสอบถามกึ่งโครงสร้าง การสังเกตภาคสนาม และการทบทวนเอกสารจากฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์ที่มีอยู่ในโรงงาน ผลการศึกษาพบว่า สถานประกอบการเริ่มจ้างแรงงานต่างชาติเมื่อปี 2547 และได้สร้างค่ายพักแห่งแรกคือค่ายนาหม่อม เมื่อแรงงานต่างชาติเพิ่มจำนวนได้ก่อสร้างค่ายปลักธงชัย 1 ในปี 2550 และค่ายปลักธง 2 ในปี 2560 ต่อมาค่ายนาหม่อมถูกปิดและย้ายแรงงานมาพักในสองค่ายในปี 2560 เนื่องจากอยู่ไกลจากสถานประกอบการมาก การจ้างแรงงานต่างชาติเป็นแบบผ่านข้อตกลงร่วมกันระหว่างรัฐบาลไทยและประเทศของแรงงานต่างชาติ ส่วนการบริหารจัดการค่ายพักเริ่มใช้รูปแบบคณะกรรมการสวัสดิการบ้านพักในปี 2558 โดยวิธีการเลือกตั้งทางตรงจากแรงงานในค่าย คณะกรรมการประกอบด้วยแรงงานต่างชาติประกอบด้วยแรงงานต่างชาติ 12 คน (9 คนจากค่ายปลักธง 1 และ 3 คนจากค่ายปลักธง 2) มีบทบาทกำหนดกฎระเบียบตลอดจนปรับเปลี่ยนกติกาการอยู่ร่วมกัน วาระละ 2 ปี แต่ในทางปฏิบัติบทบาทการบริหารจัดการ และการกำหนดกติกาส่วนใหญ่ยังเป็นของเจ้าหน้าที่โรงงาน ด้านสวัสดิการรักษายาบาลของแรงงานต่างชาติใช้บริการประกันสังคมที่โรงพยาบาลหาดใหญ่เป็นหลัก และสวัสดิการภายในค่ายพักค่อนข้างเพียงพอได้แก่ ร้านค้าสวัสดิการ ห้องน้ำ น้ำดื่ม ห้องครัว ห้องสมุด โรงเรือนประกอบพิธีทางศาสนา และยามรักษาความปลอดภัย แต่การจัดการขยะยังไม่ได้ดีเนื่องจากแยกขยะไม่ได้ ด้านสถานะสุขภาพพบการเจ็บป่วยด้วยโรคทั่วไปเรียงจากมากไปน้อยได้แก่ ไข้หวัด ปวดเมื่อย ปวดหัว ผ่ากรรม และท้องร่วงตามลำดับ โรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาที่กำหนดโดยกระทรวงสาธารณสุขเรียงจากมากไปน้อยได้แก่ ท้องร่วง ตาแดง สุกใส หัด และไข้เลือดออกตามลำดับ ผลลัพธ์ที่ได้นำไปใช้พัฒนาโปรแกรมในระยะต่อไป

ระยะพัฒนาโปรแกรม เมื่อนำผลการศึกษาเบื้องต้นนำเสนอต่อคณะทำงานที่มาจากภาคี 3 ฝ่ายคือ ตัวแทนแรงงานต่างชาติในคณะกรรมการสวัสดิการและแรงงานสัมพันธ์ของค่ายปลักธง 1 และเจ้าหน้าที่หน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง เพื่อคัดเลือกปัญหาของค่ายปลักธง 1 และจัดทำแผนปฏิบัติการพบว่า ภาคีแต่ละส่วนคิดเห็นต่อการจัดลำดับความสำคัญและเลือกปัญหาไม่เหมือนกัน เนื่องจากประสบการณ์ การรับรู้ และความสนใจแตกต่างกัน หลังพูดคุยแลกเปลี่ยนไม่สามารถสรุปว่าจะเลือกปัญหาใดมาแก้ไข คณะทำงานจึงเสนอให้พัฒนาศักยภาพของคณะทำงานด้านการวินิจฉัยชุมชนเพื่อหาทางออกจากการระบุปัญหาไม่ตรงกัน และบรรจุการสำรวจปัญหาสุขภาพเพื่อเป็นข้อมูลนำเข้า (input) ในแผนปฏิบัติการ และเสนอให้พัฒนาความสามารถด้านการบริหารจัดการโครงการด้วยแนวคิด PDCA (Plan-Do-Check-Act) เพื่อทำให้คณะทำงานเข้าใจกระบวนการจัดทำแผนงาน/โครงการและการประเมินผลเพื่อแก้ปัญหาที่เลือกอย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนแก้ไขปรับปรุงเพื่อพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

นอกจากนี้ยังสนับสนุนแนวทางดำเนินงานที่สนับสนุนให้แรงงานต่างชาติมีบทบาทจัดการสุขภาพของ
ตัวเองได้ในระยะยาว คณะทำงานได้ระดมความคิดจัดทำแผนปฏิบัติการ 1 ปี ซึ่งแบ่งเป็น 2 ขั้นตอน คือ
ขั้นตอนพัฒนาศักยภาพคณะทำงานใช้เวลา 3 เดือน และขั้นตอนดำเนินงานตามโปรแกรมจัดการปัญหา
รวมการทดสอบประสิทธิผลด้วยการประเมินผลกระบวนการ (process evaluation) และประเมิน
ผลลัพธ์ (product evaluation) ใช้เวลา 9 เดือน

ระยะดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ ขั้นตอนแรกเป็นการพัฒนาศักยภาพคณะทำงานด้วยการ
อบรมเชิงปฏิบัติการ 2 ครั้ง (มกราคม-มีนาคม 2560) ครั้งแรกเป็นการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องการพัฒนา
ศักยภาพคณะทำงานด้านการวินิจฉัยชุมชน ใช้เวลา 1 วัน เริ่มจากสำรวจข้อมูลสถานะสุขภาพแรงงาน
ต่างชาติ 340 คน ด้วยการสุ่มแบบมีระบบ พบดัชนีสุขภาพของแรงงานต่างชาติที่เป็นปัญหาทั้งหมด
26 ตัวชี้วัด จาก 49 ตัวชี้วัด ซึ่งนำไปใช้ในการจัดลำดับปัญหาในการอบรมเชิงปฏิบัติการวินิจฉัยชุมชน ผล
จากการอบรมทำให้ตกลงร่วมกันเลือกปัญหาการจัดการขยะในค่ายพัก ผลประเมินคะแนนความรู้ด้าน
วินิจฉัยชุมชนก่อน-หลังการอบรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ แต่ระดับความพึงพอใจด้านกระบวนการน้อย
ที่สุด และคณะทำงานเสนอให้ลดเวลาอบรมครั้งละไม่เกิน 3 ชั่วโมง ดังนั้นในการอบรมเชิงปฏิบัติการครั้ง
ที่สองเรื่อง การบริหารจัดการแผนงาน/โครงการจึงแบ่งการอบรมเป็น 3 ครั้ง และกำหนดวันตามที่
คณะทำงานสะดวกคือ ตอนวันหยุด ในช่วงเวลา 19.00 น. ถึง 21.00 น. และเปลี่ยนวิทยากรเป็นผู้วิจัย
ตามข้อเสนอของคณะทำงาน คณะทำงานได้ร่วมสำรวจข้อมูลจัดการขยะในค่ายพักเพื่อประเมินความรู้
ทัศนคติ และพฤติกรรม ความต้องการมีส่วนร่วม ปัญหาอุปสรรคของการจัดการขยะ โดยสุ่มอย่างมีระบบ
จากแรงงานต่างชาติในค่าย 340 คนพบว่า คะแนนความรู้และทัศนคติที่เกี่ยวข้องกับการจัดการขยะน้อย
ถึงปานกลาง ด้านพฤติกรรมพบมีการแยกขยะเปียกออกจากขยะแห้งคิดเป็น 54.4% และแยกขยะ
อันตรายเพียง 28.6% ส่วนพฤติกรรมลดและนำขยะมาใช้ซ้ำยังต่ำ ด้านอุปสรรคของการจัดการขยะได้แก่
ความไม่เพียงพอของถุงใส่ขยะ ถังขยะไม่แยกประเภทและไม่เพียงพอ เป็นต้น ข้อมูลการสำรวจดังกล่าวใช้
เป็นข้อมูลในการอบรมเชิงปฏิบัติการบริหารจัดการแผนงาน/โครงการซึ่งปรับเปลี่ยนรูปแบบตามผล
ประเมินของอบรมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ผ่านมา ผลลัพธ์ที่ได้จากอบรมเชิงปฏิบัติการคือ 3 แผนงาน
5 โครงการ ได้แก่ 1) แผนงานสร้างความรู้และความตระหนัก ประกอบด้วย 2 โครงการย่อย (สร้างความรู้
ผ่านเสียงตามสาย สาธิตการแยกขยะ และการให้ความรู้แบบ door to door; สร้างความตระหนักด้วย
การใช้สื่อประชาสัมพันธ์ต่างๆ เช่น โปสเตอร์ ป้าย รูปภาพฯ และจัดนิทรรศการ 2) แผนงานจัดการขยะ
ตามหลักการ 3Rs ประกอบด้วย 3 โครงการย่อย (ออกแบบระบบถังขยะ 4 สี; ทอดผ้าป่าด้วยรายได้จาก
การขายขยะรีไซเคิล; ลดและนำขยะมาใช้ใหม่) และ 3) แผนงานประเมินผลโปรแกรม ซึ่งประกอบด้วย
การประเมินกระบวนการ (process evaluation) และการประเมินผลลัพธ์ (product evaluation) ผล

ประเมินคะแนนความรู้ด้านบริหารจัดการโครงการ พบว่า ผลการอบรมเปรียบเทียบคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และพึงพอใจต่อการอบรม ในการอบรมทั้งสองครั้งใช้ล่าม 3 คน สื่อและอุปกรณ์สอน 2 ภาษา และใช้กระบวนการสอนแบบอุปกรณ และเกมต่างๆ ให้สอดคล้องกับกระบวนการเรียนรู้ กระบวนการจัดการเรียนรู้ที่ผู้เรียนได้คิด และลงมือทำ (active learning)

ขั้นตอนถัดมาคือการทำงานตามโปรแกรมซึ่งประกอบด้วย 3 แผนงาน 5 โครงการ เริ่มจากแผนงานประชาสัมพันธ์สร้างความรู้และความตระหนักด้วยโครงการให้ความรู้ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมเสียงตามสาย สาธิตการแยกขยะ และให้ความรู้ตามห้อง (door to door) แต่คณะทำงานขาดความเข้าใจการจัดการขยะเปียกครบวงจร ซึ่งทำให้ไม่มั่นใจที่จะให้ความรู้ต่อแรงงานในค่าย จึงจัดศึกษาดูงานโรงทำแก๊สหมักชีวภาพจากขยะสด ของเทศบาลเมืองคอหงส์ ในขณะที่ยวคณะทำงานดำเนินการแผนงานลดขยะ 3Rs คู่ขนานไปกับแผนงานให้ความรู้และสร้างความตระหนัก โดยดำเนินโครงการจัดหาถังขยะ 4 สีสำหรับแยกขยะ 4 ประเภท โครงการทอดผ้าป่าจากเงินที่ขายขยะรีไซเคิล และโครงการลดและนำขยะกลับมาใช้ใหม่ ระหว่างดำเนินแผนงานนี้คณะทำงานได้จัดศึกษาดูงานการจัดการขยะในเขตเมือง ที่ชุมชนป้อม 6 เทศบาลนครหาดใหญ่ เพื่อศึกษาวิธีการคัดแยกขยะ ส่งต่อขยะหลังคัดแยก การใช้ประโยชน์จากขยะในรูปแบบต่างๆ และระบบจัดการรายได้ที่ได้จากการขายขยะ จากการประเมินความพึงพอใจแต่ละโครงการพบว่า อยู่ในเกณฑ์ปานกลางถึงดี นอกจากนั้นจำนวนคนที่เข้าร่วมโครงการลดและนำขยะกลับมาใช้ใหม่ มีผู้เข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้ทำสิ่งประดิษฐ์จากขยะโดยวิทยากรจากศูนย์พัฒนาอาชีพเพียง 85 คน เช่นเดียวกับกิจกรรมประสานกับร้านขายของชำให้ลดการใช้ถุงพลาสติกที่ไม่สามารถประเมินผลได้ คณะทำงานเห็นว่าโครงการลดและนำขยะกลับมาใช้ใหม่ประสบความสำเร็จน้อยและหยุดดำเนินงานในที่สุด ส่วนการประเมินผลลัพธ์ของประสิทธิผลโปรแกรมที่พบนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ การลดปริมาณน้ำหนักขยะต่อเดือน การลดอัตราการผลิตขยะต่อคนต่อวัน การเพิ่มรายรับจากการขายขยะรีไซเคิล การลดค่าใช้จ่ายการกำจัดขยะ การลดความชุกของสัตว์นำโรคทั้ง 4 ชนิดคือหนู แมลงสาบ แมลงวัน และยุง ส่วนการประเมินความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมด้านจัดการขยะ พบว่าโปรแกรมเพิ่มความรู้ด้านการจัดการขยะ เพิ่มทัศนคติการรับรู้ประโยชน์และภาระที่จะเกิดจากการจัดการขยะ เพิ่มความมั่นใจในการจัดการขยะ ในขณะที่ทัศนคติและการรับรู้ความเสี่ยงของตนเองและอันตรายของขยะเปลี่ยนแปลงไม่มาก ซึ่งน่าจะเป็นผลจากคะแนนก่อนดำเนินโปรแกรมค่อนข้างดีอยู่แล้ว ส่วนพฤติกรรมแยกขยะพบว่า หลังโปรแกรมพบพฤติกรรมแยกขยะอันตราย และพฤติกรรมลดขยะ (ปฏิเสธถุงพลาสติก กล่องโฟม และใช้ตะกร้าหรือถุงผ้าตอนซื้อของ)เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ แต่พฤติกรรมแยกขยะเปียก ขยะทั่วไป และขยะรีไซเคิลไม่เปลี่ยนแปลง เช่นเดียวกับพฤติกรรมการนำขยะกลับมาใช้ใหม่

งานวิจัยนี้บรรลุวัตถุประสงค์งานวิจัยดังอธิบายดังนี้

1. การพัฒนาและทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการสุขภาพของแรงงานต่างชาติ ใช้กระบวนการการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ในการพัฒนาโปรแกรมใช้การมีส่วนร่วมกับภาคีที่เกี่ยวข้องโดยตรง คือ คณะทำงานที่เป็นตัวแทน 3 ฝ่ายซึ่งเป็นภาคีที่เกี่ยวข้องกับปัญหา โดยเข้าร่วมตั้งแต่กระบวนการวางแผน ปฏิบัติ ตรวจสอบ และแก้ไขปรับปรุงแผนงานโครงการในโปรแกรมเป็นระยะอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลา เริ่มจากศึกษาข้อมูลเบื้องต้น เพื่อคัดเลือกผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับปัญหาการพัฒนาศักยภาพของคณะทำงานด้านการวินิจฉัยชุมชน เพื่อคัดเลือกปัญหา ต่อมาขึ้นพัฒนาการบริหารจัดการโครงการ และขึ้นดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการเพื่อแก้ไขปัญหาตามที่ได้วางแผนไว้ และประเมินผลทั้งกระบวนการและผลลัพธ์ เพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรม โดยกระบวนการดำเนินงานโดยวิจัยเชิงปฏิบัติการหมุนวนเป็นวงรอบ และยกระดับการดำเนินงานทุกวงรอบ

2. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของโปรแกรมการจัดการขยะในค่ายพักแรงงานต่างชาติได้แก่ *ปัจจัยด้านแรงงานต่างชาติ* ที่ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนปลายพร้อมรับการเปลี่ยนแปลง; *ปัจจัยด้านตัวโปรแกรม* ที่ออกแบบเป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ ซึ่งเน้นกระบวนการวางแผน ปฏิบัติการ สังเกตประเมินผล และสะท้อนผลการปฏิบัติหมุนวนเป็นวงรอบ เพื่อปรับปรุงในวงรอบถัดไปอย่างต่อเนื่องจนเกิดผลสัมฤทธิ์ และการให้ความสำคัญกับการสร้างภาคีในรูปแบบคณะทำงานอย่างมีส่วนร่วมในกระบวนการ ตั้งแต่ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมปฏิบัติการ ร่วมประเมินผล ร่วมรับผลประโยชน์ และการสื่อสารที่ให้ความสำคัญกับความแตกต่างทางเชื้อชาติโดยเฉพาะในการอบรมพัฒนาศักยภาพ; *ปัจจัยด้านโรงงาน* เจ้าหน้าที่โรงงานและแรงงานต่างชาติมีประสบการณ์จัดทำงานประกันคุณภาพด้านต่างๆ เช่น ผลผลิต อาชีวอนามัย สิ่งแวดล้อม ส่วนปัจจัยที่ส่งผลต่อความล้มเหลวได้แก่ คณะทำงานฝ่ายเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่สามารถเข้าร่วมตลอดโปรแกรมแต่เปลี่ยนบทบาทเพียงผู้ให้คำปรึกษา ซึ่งส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพคณะทำงานในระยะยาว และการขาดองค์ความรู้เรื่อง Reuse และ Reduce จนโครงการไม่ประสบผลสัมฤทธิ์ เนื่องจากรูปแบบการประเมินผลที่ออกแบบไม่ชัดเจน ประกอบกับเทคโนโลยีในประเด็นนี้ยังพัฒนาค่อนข้างน้อยในประเทศไทย

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาและทดสอบประสิทธิผลโปรแกรมจัดการสุขภาพภายใต้ความร่วมมือของภาคี 3 ฝ่าย (แรงงานต่างชาติ สถานประกอบการ หน่วยงานรัฐ) ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนเพิ่มศักยภาพด้านการวินิจฉัยชุมชน และการบริหารจัดการโครงการ และขั้นตอนดำเนินงานตามโปรแกรม

โดยโปรแกรมเชิงปฏิบัติการจัดการขยะในค่ายพักแรงงานต่างชาติ ประกอบด้วย 3 แผนงาน 5 โครงการย่อย การอภิปรายผลมีประเด็นหลักตามลำดับดังนี้

กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

การออกแบบวิจัยเป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการทำให้กระบวนการพัฒนาโปรแกรมแก้ไขปัญหาถูกพัฒนาจากการมีส่วนร่วมกับภาคีที่เกี่ยวข้องโดยตรง คือคณะทำงานที่เป็นตัวแทน 3 ฝ่ายซึ่งเป็นภาคีที่เกี่ยวข้องกับปัญหา โดยเข้าร่วมตั้งแต่กระบวนการวางแผน ปฏิบัติ ตรวจสอบ และแก้ไขปรับปรุงแผนงานโครงการในโปรแกรมเป็นระยะอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลา 1 ปี ของการดำเนินงานวิจัย จะเห็นว่าการระบุปัญหาและการพัฒนาแผนงาน/โครงการจัดการขยะ 3 แผน 5 โครงการ ถูกระบุในระยะดำเนินงานตามโปรแกรม เนื่องจากวิจัยเชิงปฏิบัติการจะให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมในขั้นตอนของการคัดเลือกปัญหาที่จะนำมาแก้ไข เมื่อพบว่าปัญหาที่แต่ละภาคีเสนอแตกต่างกัน และยังไม่สามารถสรุปได้ในระยะสร้างความร่วมมือกับภาคีที่เกี่ยวข้อง ระยะศึกษาเบื้องต้น และระยะพัฒนาโปรแกรม คณะทำงานจำเป็นต้องหาทางออกร่วมกันโดยบรรจุการสำรวจสถานะสุขภาพของแรงงานต่างชาติ และการเพิ่มความสามารถของคณะทำงานด้านการวินิจฉัยชุมชนในโปรแกรม หรืออาจกล่าวว่าการพัฒนาการของแผนงาน/โครงการจัดการขยะเป็นผลจากกระบวนการมีส่วนร่วมของคณะทำงานเพื่อจัดการปัญหาสุขภาพแรงงานต่างชาติ ตั้งแต่ 3 ระยะแรก และสามารถระบุได้ในระยะที่ 4 ซึ่งกระบวนการพัฒนาแผนงาน/โครงการจัดการขยะดังกล่าวได้สร้างการเรียนรู้เพื่อแก้ปัญหาตามสถานการณ์ให้กับคณะทำงาน จะเห็นว่าวิจัยเชิงปฏิบัติการมุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาให้สอดคล้องกับสถานการณ์จริง เชื่อว่ากระบวนการที่จะเข้าถึงความจริงมากที่สุดควรมาจากผู้ที่เกี่ยวข้องกับปัญหา ซึ่งหมายถึงผู้ที่มีปัญหาหรือผู้ที่อยู่ร่วมกันในสถานการณ์ปัญหานั้น ต้องเข้ามามีบทบาทเป็นผู้กระทำ บอกเล่า ตีความ ให้นิยามความหมายและรายละเอียดของปัญหาด้วยตัวเอง ทำให้การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นทางเลือกสำคัญในการแก้ปัญหาชุมชนและเกิดความยั่งยืนของการแก้ปัญหาและการพัฒนาอย่างแท้จริง (สิทธิธัญญ์ ประพุทธนิติสาร, 2545) จะเห็นว่า คนในองค์กรหรือชุมชนไม่ใช่ผู้ถูกกระทำในกระบวนการวิจัย แต่เป็นผู้กระทำการที่มีส่วนร่วมอย่างกระตือรือร้น มีอำนาจร่วมกันในการวิจัย และเป็นความสัมพันธ์แบบหุ้นส่วน (Whyte, 1991; สมปอง พะมุสิลา, 2561; วีรยุทธ์ ชะตะกาญจน์, 2558) เช่นเดียวกับระยะดำเนินงานตามโปรแกรมซึ่งยึดกลวิธี PDCA ยิ่งเพิ่มประสบการณ์คณะทำงานต่อการแก้ไขปัญหาลงมือดำเนินโปรแกรมอย่างครบวงจรคือวางแผน ดำเนินงาน กำกับติดตาม และแก้ไขปรับปรุง เนื่องจากโปรแกรมมีแผนงานประเมินผลในระยะก่อนสิ้นสุดโครงการ และสัมฤทธิ์ผลเมื่อสิ้นสุดโครงการอย่างชัดเจน ประกอบกับคณะทำงานกำหนดการประชุมติดตามงานเดือนละครั้งเพื่อกระตุ้นและหาแนวทางในการปรับปรุงแก้ไขปัญหาลงมือดำเนินโครงการ กระบวนการของโปรแกรมในวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้สอดคล้องกับการศึกษากาวิจัยเชิง

ปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของกระบวนการพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมที่อธิบายตัวแบบเชิงกระบวนการเพื่อการพัฒนาสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนในประเด็นปัญหาสังคมสูงอายุ การตั้งครุฑในวัยรุ่น การเฝ้าระวังสุขภาพวัยทำงาน และการป้องกันดูแลโรคเรื้อรัง ว่าเป็นกระบวนการวิจัยใช้ชุมชนเป็นฐานในการแก้ปัญหาและใช้ศักยภาพของชุมชนให้คิด วิเคราะห์ วางแผน ดำเนินการ และประเมินผลอย่างเป็นรูปธรรม จนนำมาสู่การพัฒนาตัวแบบเชิงกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม และผลลัพธ์ของประสบการณ์เกิดจากการพัฒนาการเรียนรู้ (รศยานภิกษุ พลเสก, เบญจวรรณ ฅนออนชยธวัช และ ดลปภักฎ ทรงเลิศ, 2561) นอกจากนี้ กระบวนการพัฒนาด้านการเรียนรู้ การแก้ปัญหาของชุมชน การทำงานเป็นหมู่คณะ และการพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ยังสอดคล้องกับกระบวนการศึกษาการพัฒนาแบบการจัดการขยะมูลฝอยในชุมชน และพบว่าวิธีการที่ให้ผู้ชมชนเข้ามามีส่วนร่วมเป็นการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์การมีส่วนร่วม ได้แก่ การค้นหาสาเหตุ การวางแผน การดำเนินงาน และการประเมินผล (นงกต สวัสดิชิตัง, กฤตติกา แสนโภชน, ประจัญ กิ่งมิ่ง แอ และ สืบชาติ อันทะไชย, 2557) นอกจากนี้วิจัยเชิงปฏิบัติการยังเน้นกระบวนการแก้ไขปัญหาที่สามารถดัดแปลงแก้ไขกิจกรรมดำเนินงานในทุกกรอบของวงจร P-D-O-R แบบผลิตซ้ำ จึงเป็นรูปแบบวิจัยที่ยืดหยุ่นสูงต่อนวัตกรรมที่ใช้แก้ปัญหาขณะดำเนินงาน ตัวอย่างเช่น นำผลประเมินของการอบรมปฏิบัติการครั้งแรกมาปรับปรุงรูปแบบของการอบรมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 2 โดยแบ่งเป็นอบรมย่อย 3 ครั้ง ครั้งละ 3 ชั่วโมง และปรับวันเวลาให้สอดคล้องกับแรงงานต่างชาติ และแรงงานสัมพันธ์ การออกแบบแบบสังเกตการจัดการขยะและการถ่ายรูปการแยกขยะเพื่อนำไปใช้ประเมินผลโครงการจัดถังแยกขยะ 4 ประเภท เป็นต้น

กระบวนการเปลี่ยนแปลงต่อเนื่อง

การเปลี่ยนแปลงของคณะทำงาน การศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงคุณค่าของการวิจัยเชิงปฏิบัติการในบริบทของกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในค่ายพักแรงงานต่างชาติของโรงงานอุตสาหกรรมขนาดใหญ่แห่งนี้ กล่าวคือ ในระยะคัดเลือกปัญหาของคณะทำงานทั้ง 16 คน ผ่านกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มของคนที่เปลี่ยนแปลงความรับรู้จากเดิมที่ต่างฝ่ายต่างคิดว่ารู้และเลือกปัญหาได้แล้ว มารับรู้ว่าตนเองขาดวิธีการระบุปัญหาอย่างเป็นระบบจนไม่สามารถโน้มน้าวภาคีอื่น จนจำเป็นต้องหาทางออกด้วยการกำหนดการอบรมเชิงปฏิบัติการวินิจฉัยชุมชนเพื่อคัดเลือกปัญหาในตัวโปรแกรม ที่น่าสนใจคือกระบวนการรับรู้นี้ได้ขยายผลไปยังศักยภาพด้านอื่นในการดำเนินงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ เช่น การสร้างและการเขียนแผนงาน/โครงการ การประเมินผล ความรู้เรื่องการบริหารและจัดการขยะ เป็นต้น จนกำหนดเป็นการอบรมเชิงปฏิบัติการเช่นเดียวกับในระยะปฏิบัติการเพื่อแก้ไขปัญหา กระบวนการกลุ่มได้เสริมสร้างศักยภาพให้คณะทำงานที่เข้าใจวงจรที่หมุนวนของการวางแผน การดำเนินการ กระบวนการ

เปลี่ยนแปลงนี้สอดคล้องกับการศึกษาหลายชิ้นที่พบเช่นเดียวกันว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นกลวิธีเปิดความรู้ไปสู่การเปลี่ยนแปลงแบบเป็นเกลียวของวงจรสะท้อนคิดและปฏิบัติ โดยเริ่มจากการสังเกตสิ่งที่เกิดขึ้น มาสู่การสะท้อนความคิด แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และวางแผนร่วมกันเพื่อการเปลี่ยนแปลง แล้วจึงนำไปสู่การลงมือปฏิบัติตามแผน การสังเกตผลการปฏิบัติ แล้วพิจารณาเพื่อวางแผนซ้ำอีกครั้ง (อมาวสี อัมพันศิริรัตน์ และ พิมพิมล วงศ์ไชยา, 2560; รัตยานภิศ พละศึก และคณะ, 2561; Eden and Ackermann, 2018) โดยเฉพาะปัจจัยส่งเสริมความสำเร็จการปฏิบัติการด้วยโมเดล PDCA สอดคล้องกับงานวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยชุมชนบ้านหวาย ตำบลนาสีนวน อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการดำเนินการ 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนกลับ จนได้รูปแบบการจัดการขยะโดยมีชุมชนมีส่วนร่วม (วิทกานต์ สารแสน, สมัทนา กลางคาร, และ จิราพร วรวงศ์, 2561)

การยกระดับการมีส่วนร่วม ในการดำเนินการวิจัยนี้ นอกจากผู้วิจัยได้ดำเนินงานตามขั้นตอนของการวินิจฉัยชุมชนแล้ว คณะทำงานได้ยกระดับการมีส่วนร่วม โดยเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการตลอดโปรแกรม เมื่อพิจารณาระดับการมีส่วนร่วมของคณะทำงานตาม International Association for Public Participation (IAPP, 2007) ซึ่งได้พัฒนากรอบแนวคิด และกำหนดระดับการมีส่วนร่วมไว้ 5 ระดับ พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมในโปรแกรมจัดการขยะตาม 3 แผนงาน 5 โครงการของคณะทำงานมีครบทุกระดับได้แก่ (1) ระดับรับรู้ข่าวสาร (to inform) เป็นระดับต่ำสุดของการมีส่วนร่วม ส่วนใหญ่เป็นระดับที่พบในระยะการสร้างความร่วมมือกับภาคีที่เกี่ยวข้อง และระยะศึกษาเบื้องต้น (2) ระดับปรึกษาหารือ (to consult) รับฟังความคิดเห็น และปรึกษาหารือ โดยระยะแรกส่วนใหญ่เป็นแบบไม่เป็นทางการ และเป็นระดับที่พบกับแรงงานต่างชาติที่มีภาวะผู้นำค่ายพักแรงงาน (3) ระดับเข้ามาเกี่ยวข้อง (to involve) ทำงานร่วมกันเพื่อกำหนดแผนงาน/โครงการ แลกเปลี่ยนถกเถียง นำข้อสรุปมาใช้ตัดสินใจเพื่อดำเนินแผนงาน/โครงการจัดการขยะ (4) ระดับเป็นหุ้นส่วน (to collaborate) คณะทำงานมีบทบาทเป็นหุ้นส่วนหรือภาคีในการบริหารจัดการแผนงาน/โครงการจัดการขยะ กำหนดทางเลือกใหม่และแสวงหาทางออกเมื่อเกิดปัญหา (5) ระดับเสริมพลัง (to empower) คณะทำงานทุกคนมีบทบาทเต็มในการตัดสินใจบริหารและดำเนินกิจกรรม เป็นเจ้าของแผนงาน/โครงการเองซึ่งเป็นระดับสูงสุด

การดำเนินงานตามวงจรบริหารงานคุณภาพ PDCA เกิดการเปลี่ยนแปลงการพัฒนางาน CQI การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง. ใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ และ. ความคิดสร้างสรรค์ ในการปรับปรุงระบบงาน. ในการวิจัยนี้ดำเนินการบริหารโครงการเพื่อจัดการขยะ ด้วยศักยภาพของคณะทำงานต่อการจัดการโปรแกรมในช่วงที่ 2 ของแผนปฏิบัติการ ผู้วิจัยใช้วงจร PDCA เพื่อการสร้างการตรวจสอบซ้ำ การสะท้อนผล และการดำเนินการร่วมกัน ผลการประชุมประจำทุกเดือนของโครงการจัดการขยะตาม

แผนปฏิบัติการทั้ง 5 เพื่อประเมินผลการทำงานเบื้องต้น ถอดบทเรียนความสำเร็จ อุปสรรคที่เกิดขึ้น และการคืนข้อมูลให้ในประเด็นที่เป็นอุปสรรคเพื่อหาแนวทางการพัฒนาและปรับปรุงให้เหมาะสม ตัวอย่างกรณีโครงการจัดการขยะ คณะทำงานได้ติดตามพฤติกรรมกรรมการแยกขยะของแรงงานต่างชาติโดยวิธีสังเกตตามพื้นที่รับผิดชอบ ประเมินผลการดำเนินงานว่าแรงงานต่างชาติให้ความร่วมมือดีหรือไม่ และเพื่อเพิ่มแรงจูงใจให้แก่แรงงานต่างชาติ กลุ่มเสนอให้มีการมอบรางวัลให้กับผู้ที่แยกขยะถูกต้องและสม่ำเสมอ เมื่อได้ลงมติ นำไปปฏิบัติ และทบทวนซ้ำ กลุ่มเห็นว่าเป็นแนวทางที่ดีจึงได้เพิ่มเป็นกิจกรรมหลักตลอดโปรแกรม และเสนอให้ติดประกาศผลการแยกขยะให้แก่แรงงานต่างชาติทราบทุกเดือน กล่าวคือ ด้วยกระบวนการที่มีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องจึงทำให้โครงการประสบผลสำเร็จ กรณีนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Chakpitak, Meksomoot and Yodmongkul (2015) ที่ศึกษารูปแบบและเสนอแบบจำลองภาระหน้าที่ของผู้สูงอายุด้วยวิธีการประเมินความเสี่ยงการหกล้มในผู้สูงอายุ ในหมู่บ้านศรีบัวเงิน อำเภอท่าศาลา จังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้หลัก 5 ส เป็นเครื่องมือสำหรับการดำเนินการ และการปรับปรุงประสิทธิภาพการปฏิบัติ 5 ส ผ่านวงจร P-D-C-A เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพด้านสิ่งแวดล้อมและมาตรฐานความปลอดภัยอย่างเป็นระบบเพื่อป้องกันภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ กล่าวโดยสรุปคือ การดำเนินงานตามวงจรบริหารงานคุณภาพ PDCA ช่วงส่งเสริมประสิทธิภาพของการวิจัยเชิงปฏิบัติการและการดำเนินการอย่างเป็นระบบ

นอกจากนี้อาจกล่าวได้ว่า กระบวนการพัฒนาโปรแกรมการจัดการสุขภาพทั้งหมดที่เกิดขึ้นเป็นการสร้าง social learning หรือการเรียนรู้ทางสังคมที่เกิดขึ้นในค่ายพักปลั๊กธง 1 โดยผ่านจากกลุ่มแกนนำไปยังชุมชนแรงงานต่างชาติ (Berkes, 2010) เมื่อคณะทำงานมีประสบการณ์ตรงในการแสวงหาความรู้และทักษะใหม่เพิ่ม แล้วนำความรู้ไปใช้ทดลองใช้ ทดลองทำ ผลจากแผนงานโครงการที่คณะทำงานดำเนินงานส่งผลยกระดับความรู้และความตระหนักของชาวค่าย และการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในโครงการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งคณะทำงานส่วนใหญ่เป็นผู้นำที่มีบทบาทในค่ายพัก เป็นต้นแบบ (role model) ที่ส่งอิทธิพลต่อแรงงานต่างชาติในค่าย บรรยากาศจากแผนงาน/โครงการและผู้นำส่งผลให้แรงงานต่างชาติในค่ายมีการเรียนรู้ร่วมกัน และยกระดับเป็นพฤติกรรมกลุ่มตั้งผลการประเมินระดับทัศนคติและพฤติกรรมเปรียบเทียบระยะก่อน-หลังดำเนินโครงการ

การเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องของปฏิสัมพันธ์ กระบวนการวิจัยทำให้ปฏิสัมพันธ์ของคณะทำงานเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องตลอดโปรแกรมการจัดการขยะในค่ายพัก ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความสร้างร่วมมือมากกว่าวิธีการสั่งการ นอกจากนั้นสมาชิกแต่ละคนในคณะทำงานได้เคยร่วมทำงานในรูปแบบของคณะกรรมการสวัสดิการบ้านพัก ซึ่งเป็นอีกเงื่อนไขหนึ่งที่ทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์ที่ดีในการดำเนินงานร่วมกัน หรืออาจเนื่องมาจากผลของวัฒนธรรมองค์กรในภาคอุตสาหกรรมการผลิตที่ส่งเสริม

การทำงานเป็นทีม ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Dhiravegin (2017) ที่ใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกและสังเกต กลุ่มผู้ประกอบการกิจการในอุตสาหกรรมอาหาร นักวิชาการ และผู้เชี่ยวชาญในกิจการ และผู้มีส่วนได้เสียของกิจการ เพื่อสำรวจมุมมองของวัฒนธรรมองค์กรที่นำไปสู่การจัดการที่มีประสิทธิภาพของอุตสาหกรรมอาหาร และตรวจสอบสภาพแวดล้อมการจัดการของกิจการในอุตสาหกรรมอาหาร โดยผลการวิจัย พบว่าวัฒนธรรมองค์กรโดยเฉพาะชุมชนแห่งการปฏิบัติเป็นสิ่งสำคัญสำหรับกิจการเพื่อสังคม และประสิทธิภาพการบริหารจัดการ ลักษณะทั่วไปที่มีผลต่อประสิทธิผลของกิจการเพื่อสังคมในอุตสาหกรรมอาหารของไทยคือการถ่ายทอดวัฒนธรรมองค์กรผ่านการมีส่วนร่วม ได้แก่ (1) การฝึกอบรมเกี่ยวกับระบบการรับประกันแบบมีส่วนร่วม (2) การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมและ (3) โครงการแลกเปลี่ยนความรู้ ผู้ประกอบการ นอกจากนี้ การศึกษาของ สวรรยา ศรีสันติสุข และ ชีระพงษ์ บุญรักษา (2561) ที่ศึกษาการรับรู้วัฒนธรรมองค์กรที่มีอิทธิพลต่อความผูกพันต่อองค์กรของแรงงานเมียนมา ในจังหวัดสมุทรสาคร ผลการวิจัยพบว่า แรงงานเมียนมาที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดสมุทรสาคร มีระดับการรับรู้วัฒนธรรมองค์กร และระดับความผูกพันต่อองค์กรอยู่ในระดับมากที่สุด การรับรู้วัฒนธรรมองค์กรแบบมุ่งเน้นการตลาดมีอิทธิพลเชิงบวกต่อความผูกพันด้านความรู้สึกรู้สึกต่อองค์กรของแรงงานเมียนมาที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดสมุทรสาคร อย่างมีนัยสำคัญ โดยสรุปกล่าวได้ว่าการส่งเสริมการปฏิสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องระหว่างการปฏิบัติโครงการเป็นปัจจัยส่งเสริมความสำเร็จของโครงการ

การพัฒนาขีดความสามารถของภาคี

การวิจัยนี้ เป็นการดำเนินงานในรูปแบบคณะทำงานที่ร่วมมือจาก 3 ภาคส่วน ประกอบด้วยภาคแรงงานต่างชาติ เจ้าหน้าที่โรงงาน และบุคลากรจากศูนย์บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในพื้นที่ ที่ได้ระบุไว้ในขั้นตอนแรกในการพัฒนาโปรแกรม ปัญหาในทางปฏิบัติที่เกิดขึ้นระหว่างการทำแผนปฏิบัติการ เช่น ความไม่เสมอภาคในการระบุปัญหา และมุมมองที่แตกต่างกันเกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมและการบริหารจัดการ ทำให้คณะทำงานพยายามแสวงหาความรู้และทักษะที่เกี่ยวข้อง ในขั้นตอนการพัฒนาขีดความสามารถในแผนปฏิบัติการ สิ่งเหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงศักยภาพในการปฏิบัติการของทีม ในการแก้ปัญหา ข้อค้นพบของการศึกษานี้ พบว่าการเสริมสร้างขีดความสามารถให้มีบทบาทร่วมกัน ช่วยลดช่องว่างของความรู้ด้านเทคโนโลยี และทรัพยากรในระดับบุคคลและองค์กร ที่สอดคล้องกับการศึกษาของ Nguyen-Viet (2018) ที่ศึกษาการวิจัยและฝึกอบรมผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อสนับสนุนนโยบายและเสริมสร้างศักยภาพในการปรับปรุงความปลอดภัยด้านอาหารในเวียดนาม โดยพบว่า กลไกสำคัญคือ การวิเคราะห์สถานการณ์ของนโยบายความปลอดภัยด้านอาหารในเวียดนาม การฝึกอบรมขั้นสูงของการประเมินความ

เสี่ยงด้านความปลอดภัยของอาหารในตลาดนอกระบบ การฝึกอบรมด้านสัตว์แพทยศาสตร์และสาธารณสุข การฝึกอบรมนักศึกษาในระดับปริญญาตรีและบัณฑิตศึกษาเรื่องการประเมินความเสี่ยง เป็นต้น การวิจัยนี้ คณะทำงานถูกจัดตั้งขึ้นเพื่อให้มีบทบาทอย่างชัดเจนในการดำเนินกิจกรรมสอดคล้องกับการศึกษาของ Lederer et al. (2015) ที่พัฒนาความรู้ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการวางแผนการจัดการขยะผ่านการวิจัยเชิงปฏิบัติการในกรณีศึกษาชุมชน ประเทศยูกันดา ผลของการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจำนวนมากนั้นยังไม่เพียงพอในการจัดการปัญหาขยะ แต่ต้องเพิ่มศักยภาพด้านความรู้ให้แก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อสามารถนำความรู้ในการจัดการขยะมาใช้ประโยชน์ในภายหลัง และสอดคล้องกับการศึกษาของ Mohamad et al. (2013) ที่ได้กล่าวถึง การเสริมสร้างขีดความสามารถที่ช่วยให้การเรียนรู้ในชุมชนชนบทผ่านการเป็นหุ้นส่วน ที่ได้ข้อสรุปสำคัญว่าความร่วมมือเป็นสิ่งสำคัญในการสร้างขีดความสามารถของชุมชน การจัดตั้งหุ้นส่วนเพื่อการเปลี่ยนแปลงควรมาจากชุมชนเอง เพื่อแสดงให้เห็นว่าชุมชนพร้อมที่จะยอมรับการเปลี่ยนแปลง การเรียนรู้และเสริมสร้างศักยภาพได้รับการพิสูจน์แล้วว่าเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพเมื่อชุมชนพร้อม พันธมิตรพร้อมมีส่วนร่วมเพื่อตอบสนองความต้องการและความกังวลของชุมชน นอกจากนี้ภาคีเครือข่ายเกิดการแบ่งปันทรัพยากร และเทคโนโลยีร่วมกัน เช่น กรณีที่ภาครัฐไม่สามารถเข้าร่วมตลอดโปรแกรมแต่เปลี่ยนบทบาทมาสนับสนุนด้านวิชาการ ให้ข้อมูลในการศึกษาดูงานแก่คณะทำงาน และยังเป็นหน่วยงานที่ร่วมจัดการขยะ กำจัดขยะเปียก ขยะทั่วไป และขยะอันตรายจากการส่งต่อของค่ายปลั๊กธง 1 ด้วยดีตลอดแผนปฏิบัติการ โดยสรุปกล่าวได้ว่า การพัฒนาขีดความสามารถของภาคีเครือข่ายโดยการพัฒนาความรู้เป็นปัจจัยสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้

การพัฒนากระบวนการเรียนรู้ในการจัดการขยะ

จากการดำเนินงานการพัฒนาตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยใช้แนวคิดของ Kemmis and Mc Taggart (1988) ให้คณะทำงานและผู้เกี่ยวข้อง รู้จักการมอง รู้จักการคิด ได้ลงมือทำ นำไปสู่การพัฒนากระบวนการเรียนรู้ในการจัดการขยะร่วมกัน โดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำด้านกระบวนการ เป็นผู้ประสานในการปฏิบัติการ รวมทั้งเป็นผู้สะท้อนข้อมูลเพื่อการพัฒนาปรับปรุงวิธีการดำเนินงาน และเป็นผู้กระตุ้นส่งเสริมให้เกิดการสะท้อนคิดในกระบวนการประชุมกลุ่มแต่ละครั้ง การกำกับติดตาม ดำเนินการสะท้อนคิดและปรับปรุงกระบวนการระหว่างนำกระบวนการพัฒนาไปปฏิบัติตามแผนและโครงการ โดยจัดให้มีการประชุมคณะทำงานทุกวันอาทิตย์แรกของเดือนเพื่อการประเมินผลการดำเนินงานเบื้องต้น สรุปบทเรียนความสำเร็จ อุปสรรคในการดำเนินการ และคืนข้อมูลให้กับชุมชนในประเด็นที่เป็นอุปสรรค มีการปรับปรุงกระบวนการให้เหมาะสมกับการมีส่วนร่วมในการพิจารณาของคณะทำงาน มีการประเมินผลคือ 1) ประเมินผลเมื่อสิ้นสุดระยะเวลาดำเนินการที่กำหนด มีการเก็บ

ข้อมูลเพื่อติดตามประเมินผลระหว่างเดือนเมษายน 2559 โดยการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม การจัดประชุมผู้เกี่ยวข้องเพื่อสะท้อนคิด คณะทำงานสรุปรายงานโครงการทั้งหมด 2) รายงานสรุปการนำกระบวนการมีส่วนร่วมไปสู่การสร้างเสริมสุขภาพ การเรียนรู้การทำงานเป็นทีมของคณะทำงานที่ต่างรู้สึกว่าเป็นโอกาสที่ได้รับประโยชน์ในการพัฒนาความรู้จากการปฏิบัติจริง โดยมีจุดมุ่งหมายร่วมกันในกลุ่มก็คือสามารถจัดการปัญหาขณะดำเนินการโครงการต่างๆ ต้องทุ่มเทเวลาที่มีความตั้งใจและความอดทนสูง เนื่องจากต้องเรียนรู้ในการทำงานร่วมกับผู้อื่นส่งผลให้มีความผูกพันกับชุมชน ความตั้งใจเอาใจใส่ของทีมและความร่วมมือ ร่วมแรง ร่วมใจทำให้สามารถดำเนินการสู่ความสำเร็จตามที่กำหนด โปรแกรมจัดการปัญหาขณะในค่ายพักแรมงานต่างชาติ เกิดประสิทธิผลผล และส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการแยกขยะของแรงงานต่างชาติ มีการกำหนดในโปรแกรม และแผนงาน/โครงการให้ความสำคัญการพัฒนาศักยภาพคณะทำงานผ่านการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ การศึกษาดูงานเมื่อกลุ่มวิเคราะห์หว่ายังขาดองค์ความรู้เรื่องการจัดการขยะเปียก และการจัดการขยะแบบองค์รวม ส่งเสริมให้แรงงานต่างชาติเกิดการเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการขยะ มีการกำหนดกฎ กติกา ในการจัดการขยะร่วมกัน และจัดการขยะประเภทต่างๆ ทั้งขยะเปียก ขยะรีไซเคิล ขยะอันตราย และขยะทั่วไป ที่ยึดแนวเป็นรูปแบบเหมือนกัน แผนงานโครงการออกแบบให้เกิดการสร้างบรรยากาศในการจัดการขยะ เช่น การจัดบรรยากาศที่กระตุ้นจิตสำนึก สร้างความตระหนักในการจัดการขยะทั้งค่ายพักอย่างต่อเนื่องรวมถึงการจัดนิทรรศการ การปรับถังขยะให้สะดวกง่ายในการปฏิบัติ กระบวนการที่กล่าวมา สอดคล้องกับแนวคิดของงานสาธารณสุขมูลฐานและยุทธศาสตร์งานสร้างเสริมสุขภาพ 5 องค์ประกอบของ World Health Organization (1978) ที่ประกอบด้วย (1) การสร้างนโยบายสาธารณสุขเพื่อสุขภาพ (Build Healthy Public) (2) การสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Create Supportive Environment) (3) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Develop Personal Skills) (4) การสร้างสรรค์กิจกรรมในชุมชนให้เข้มแข็ง (Strengthen Community Action) และ (5) การปรับระบบบริการสาธารณสุข (Reorient Health Service)

ประสิทธิภาพการใช้สื่อ (คู่มือ เกม วีดีโอ)

งานวิจัยนี้มี*ประสิทธิภาพการใช้สื่อ* กล่าวคือ ในระยะดำเนินการตามโปรแกรม ขั้นตอนการพัฒนาศักยภาพคณะทำงานด้านการวินิจฉัยชุมชน และการบริหารจัดการโครงการโดยการอบรมเชิงปฏิบัติการใช้คู่มือ 2 ภาษาประกอบการอบรมเพื่อให้คณะทำงานสามารถศึกษาเพิ่มเติม และเป็นการทบทวนความรู้สามารถศึกษาได้ทันทีเมื่อมีข้อสงสัย ซึ่งการออกแบบคู่มือผู้วิจัยได้คำนึงถึงมิติภาษาและวัฒนธรรม โดยใช้สื่อแบบ 2 ภาษาให้คณะทำงานเข้าใจร่วมกัน ใช้การสื่อสารแบบ 2 ทาง (active learning) ผ่านล่ามแปลภาษาโต้ตอบ สอบถาม แลกเปลี่ยนขณะอบรมเชิงปฏิบัติการ และพัฒนาการเรียนรู้ผ่านเกมที่ช่วยให้

เกิดการปรับตัวภายในกลุ่ม และเปลี่ยนแปลงความคิด ส่งเสริมความจำระยะยาว เมื่อโยงถึงประสบการณ์ โดยการตั้งคำถามของกระบวนการ การตอบคำถามทำให้เกิดการคิดวิเคราะห์ และหากชนะในเกมการ ได้รับคำชมเป็นการเสริมแรงเกิดความกระตือรือร้นต่อเนื่อง นอกจากนี้การชมวิดีโอตัวอย่างช่วยให้ คณะทำงานผลิตเพลิน ดึงดูดความสนใจ ก่อให้เกิดการเรียนรู้และจดจำเนื้อหาของคณะทำงาน ซึ่งเป็นวิธีการที่ช่วยให้คณะทำงานสามารถเชื่อมโยงกับประสบการณ์จริง เกิดการคิดวิเคราะห์และเปลี่ยนแปลง ความคิด จนส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จในการทำงานเป็นทีม ซึ่งปัจจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ รุสนีย์ นำบัณฑิตย์ และ จินตนา ตั้งวรพงศ์ชัย (2555) ศึกษาผลของนวัตกรรมการให้ข้อมูลร่วมกับเกม สุขภาพต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยรุ่น โรคเอส แอล อี ที่เข้ารักษาในโรงพยาบาล พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลร่วมกับเกมสุขภาพ ด้วยภาพการ์ตูนเคลื่อนไหว 3 มิติเหมือนจริง คู่มือ สุขภาพ ผลการวิจัยมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ให้ข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวโดยสรุปคือ การใช้คู่มือ เกม วิดีโอในการอบรมเชิงปฏิบัติการเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่ความสำเร็จ ของโครงการ

การตัดสินใจบนฐานของข้อมูล

จุดเด่นหลักของการวิจัยนี้ คือ การปรับปรุงข้อมูลตามการตัดสินใจ การปฏิบัติโดยการสำรวจ ข้อมูล การจัดทำแบบสอบถามการเก็บรวบรวมข้อมูล และการใช้ประโยชน์ข้อมูลสำหรับการฝึกอบรมทั้ง วิธีการตามหลักฐาน นอกจากนี้ได้นำข้อมูลมาที่เป็นประโยชน์ช่วยในการตัดสินใจที่เหมาะสมกับโปรแกรม และกำหนดการประเมินประสิทธิผล (Anderson, 2005) โดยคณะทำงานได้นำทักษะนี้มาใช้กับผลการ รวบรวมข้อมูลเมื่อมีข้อสงสัย การสร้างเครื่องมือการประเมินผลที่เป็นความคิดใหม่ และการประเมินผล วัตถุประสงค์ในระหว่างดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ

การใช้ข้อมูลในการตัดสินใจ เนื่องจากการมีข้อมูลอย่างเพียงพอมีส่วนช่วยพัฒนาเกณฑ์การ ตัดสินใจ การสังเกตโดยใช้ข้อมูลหลักฐานที่เป็นปัจจุบัน และการไตร่ตรองอย่างมีวิจารณญาณขอ คณะทำงาน เช่น กรณีผลการสำรวจข้อมูลการป่วยของพนักงานแรงงานต่างชาติป่วยที่มีใบรับรองแพทย์ พบว่า อัตราป่วยด้วยโรคไข้หวัดใหญ่สูงสุด เกิดข้อสงสัยในการวินิจฉัยที่อาจไม่เป็นไปตามแนวทางเดียวกัน กับระบบโรงพยาบาล หรือกรณีข้อมูลความรู้ของแรงงานต่างชาติ ระบุว่า แรงงานต่างชาติขาดความรู้ เรื่องชนิดขยะอันตรายที่อาจเข้าใจว่าแบตเตอรี่เป็นขยะทั่วไป ดังนั้นเมื่อมีการเก็บขยะอันตรายจึงพบว่า มี จำนวนน้อย แต่เป็นการทราบว่ามีการใช้แบตเตอรี่อย่างกว้างขวาง คณะกรรมการจึงเปลี่ยนวิธีเก็บ แบตเตอรี่ถึงห้องพัก และในขั้นตอนการวินิจฉัยชุมชนเพื่อเลือกปัญหา คณะทำงานแต่ละฝ่ายมีความเห็น แตกต่างกันในประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไข จึงมีมติให้สำรวจข้อมูลสุขภาพของแรงงานต่างชาติเพื่อ เลือกปัญหา และอีกกรณีในขั้นตอนการพัฒนาโปรแกรมเกิดความขัดแย้งในการบริหารจัดการเงินค่าขยะรี

ไซเคิล แต่สามารถยุติปัญหาเมื่อแรงงานสัมพันธ์นำข้อมูลหลักฐานรายรับ รายจ่ายในอดีต เสนอในที่ประชุม และต่อมาได้ใช้ข้อมูลเหล่านี้ประกอบการตัดสินใจแบ่งสัดส่วนผลประโยชน์ และใช้ข้อมูลจากการสำรวจเพื่อประเมินผล และประสบการณ์ที่คณะทำงานลงมือปฏิบัติ ประกอบการตัดสินใจปรับเปลี่ยนวิธีการ จัดกิจกรรมตลอดโปรแกรม ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ รัสซันีย์ นำบัณฑิตย์ และจินตนา ตั้งวรพงศ์ชัย (2555) ที่ศึกษาการให้ข้อมูลร่วมกับเกมสุขภาพส่งผลต่อการปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยรุ่น โรค เอส แอล อี ที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาล และสอดคล้องกับการศึกษาของพิจิตรา เล็กดำรงกุล, คณิงนิจ พงศ์ถาวรกมล, ธนิษฐา ชมพูบุบผา และ นพดล ศิริธรรัตนกุล. (2012) ที่ศึกษาระดับความต้องการข้อมูลพฤติกรรมดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งทางโลหิตวิทยาที่ได้รับเคมีบำบัด พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความต้องการของข้อมูลอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งเกี่ยวกับขั้นตอนการรักษา ผลข้างเคียงที่อาจจะเกิดขึ้นภายหลังการรักษา กล่าวโดยสรุปคือ การได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอและเหมาะสมของคณะทำงานเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมการพัฒนาเกณฑ์การตัดสินใจในการดำเนินโครงการได้อย่างเหมาะสมซึ่งนำไปสู่ความสำเร็จของโครงการ

การแก้ปัญหาที่เป็นโจทย์ร่วมของทุกฝ่าย

จากผลการวิจัยที่พบว่า ปัญหาการจัดการขยะในค่ายพักเป็นปัญหาที่ถูกคัดเลือกจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง และทุกฝ่ายได้ผลประโยชน์ร่วมกันกล่าวคือ แรงงานต่างชาติต้องการให้จัดการขยะเพื่อต้องการให้สภาพแวดล้อมน่าอยู่ ไม่มีกลิ่นและลดจำนวนสัตว์นำโรคที่รบกวนวิถีชีวิตประจำวัน ในขณะที่เจ้าหน้าที่และโรงงานได้ประโยชน์เนื่องจากเคยพยายามจัดการปัญหานี้เมื่อ 2 ปี ที่ผ่านมาแต่ไม่ประสบความสำเร็จ และยังสอดคล้องกับนโยบายของโรงงานที่ต้องการลดต้นทุนการบริหารจัดการขยะ การยอมรับและสร้างความมั่นใจให้กับลูกค้า สำหรับภาครัฐได้ประโยชน์จากการลดขยะในชุมชน ประกอบกับมีพื้นที่รองรับขยะเปียกจากค่ายพักมาบริหารจัดการ ซึ่งปัญหาขยะตอบสนองความต้องการ และประเด็นปัญหาที่ถูกเลือกมีความสำคัญกับทุกฝ่าย ทำให้การทำงานมีโอกาสสำเร็จสูง เนื่องจากคณะทำงานทุกฝ่ายต่างเกิดแรงจูงใจในการอยากแก้ปัญหา สอดคล้องกับการศึกษาของ นเรศ สงเคราะห์สุข (2541) ที่พบว่า “โจทย์ร่วม” นอกจากจะต้องมีความชัดเจน 3 องค์ประกอบ คือ ปัญหา สถานการณ์ และปรากฏการณ์ แล้วต้องเป็นส่วนที่เป็นความคาดหวัง ความต้องการความสนใจของชุมชน ซึ่งองค์ประกอบทั้ง 3 ส่วนเป็นพลวัตรแปรเปลี่ยนไปตามสภาพบริบทที่เป็นเงื่อนไขการกำหนดแบบแผนการอยู่ร่วมกันของชุมชนและเป็นส่วนที่ทำให้เกิดการจัดการจนประสบผลสำเร็จ ดังนั้นการได้มาซึ่งเป็น “โจทย์ร่วม” จึงควรมาจากกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างแท้จริง ซึ่งจะส่งผลต่อความสำเร็จ

การสร้างความเป็นเจ้าของ

กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการในการจัดการขยะในค่ายพัก ได้สร้างความเป็นเจ้าของ ให้แก่คณะทำงาน และแรงงานต่างชาติ ซึ่งถือเป็นปัจจัยสำคัญของความสำเร็จในการดำเนินโครงการ กล่าวคือ เพื่อความสะดวกในการกำกับติดตามงาน ในกระบวนการดำเนินงานตามโปรแกรมจัดการขยะ คณะทำงานได้กำหนดความรับผิดชอบโครงการหลักโดยพิจารณาจากความถนัดและความสามารถ และมอบหมายพื้นที่รับผิดชอบในการดูแลติดตามอย่างชัดเจนให้แก่คณะทำงาน ทั้งแรงงานสัมพันธ์ และตัวแทนแรงงานต่างชาติ ทำให้คณะทำงานแต่ละฝ่ายเกิดความมุ่งมั่นในการดำเนินงานเพื่อให้โครงการที่รับผิดชอบบรรลุจุดมุ่งหมาย คณะทำงานรู้สึกเป็นเจ้าของและรู้สึกมีคุณค่า เป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จในการปฏิบัติงาน ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ กัญฉิกา หงส์ลา (2552) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการจัดการเครือข่ายองค์การพัฒนาเอกชนด้านแรงงานต่างชาติในประเทศไทย พบว่า หากการแบ่งงานรับผิดชอบได้แบ่งตามความสามารถ และแบ่งตามความสมัครใจแล้ว จะเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้งานประสบความสำเร็จ สอดคล้องกับงานวิจัยของอาณัติชัย วาสประเสริฐสุข และคณะ (2558) ศึกษาแนวทางที่เหมาะสมในการพัฒนาสมรรถนะแรงงานข้ามชาติ พบว่า แนวทางที่นำไปปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาคือการแบ่งความรับผิดชอบงาน ผลการศึกษาเป็นเช่นนี้สรุปได้ว่า ความเป็นเจ้าของเป็นปัจจัยส่งเสริมความสำเร็จของโครงการผ่านการวิจัยปฏิบัติการ

การแบ่งหน้าที่รับผิดชอบตามลักษณะเด่นด้านวุฒิภาวะ

จากผลการศึกษา พบว่า คณะทำงานมีลักษณะเด่นที่สำคัญ คือ มีช่วงอายุที่แตกต่างกัน ซึ่งสามารถแบ่งเป็น 2 ช่วงอายุอย่างชัดเจน กล่าวคือ กลุ่มที่ 1 ช่วงอายุระหว่าง 18-35 ปี 10 คน ซึ่งมีลักษณะเด่นที่สำคัญคือ มีความคิดรวดเร็ว ทำงานได้คล่องแคล่ว แต่จะมีจุดด้อย คือ อาจคิดไม่รอบด้าน เนื่องจากมีประสบการณ์น้อยกว่า ขณะที่อีกครึ่งหนึ่งอยู่ในช่วงอายุมากกว่า 35 ปี 6 คน ซึ่งมีลักษณะเด่นคือ มีความรอบคอบ คิดละเอียดรอบคอบด้าน แต่มีข้อด้อยคือ ทำงานล่าช้า โดยคุณสมบัตินี้สร้างความสมดุลในคณะทำงานที่ต้องมีคุณสมบัติทั้งสองส่วนประกอบกันกล่าวคือ หากลักษณะงานที่ต้องอาศัยความรวดเร็วดำเนินการได้ทันที หรือต้องดำเนินการภายในระยะอันรวดเร็ว เช่น งานการประชาสัมพันธ์ งานประเมินผลโดยแบบสอบถาม คณะทำงานที่อยู่ในกลุ่มอายุน้อยจะได้รับมอบหมาย และสามารถดำเนินการเสร็จสิ้นภายในเวลาอันรวดเร็ว ส่วนงานที่ต้องติดต่อประสานงานกับหลายภาคส่วน และต้องทำความเข้าใจ หรือไกล่เกลี่ยในกรณีเกิดความขัดแย้ง หรือไม่เข้าใจ หรือเมื่อมีประเด็นที่ต้องตัดสินใจและหาข้อสรุป เช่น กรณีความเข้าใจคลาดเคลื่อนในการแบ่งผลประโยชน์การแยกขยะรีไซเคิลระหว่างแรงงานสัมพันธ์ และคนงานรักษาความสะอาด แกนนำแรงงานต่างชาติซึ่งเป็นประธานที่มีความอาวุโสที่สุดเป็นผู้จุดประเด็นและนำข้อขัดแย้งหาข้อสรุปพร้อมในที่ประชุม ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ

อาณัติชัย วาสประเสริฐสุข, สุทรณู ศรีไสย์ และจินต์ วิภาตะกัลศ (2558) ที่ศึกษาแนวทางที่เหมาะสมในการพัฒนาสมรรถนะแรงงานข้ามชาติ พบว่าแนวทางที่สำคัญที่ควรนำไปปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาสำคัญแนวทางคือ ด้านวุฒิภาวะ ซึ่งควรจะไปพัฒนาแรงงานข้ามชาติ เพื่อให้แรงงานต่างชาติดีขึ้นและเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนในการปฏิบัติงาน และสามารถเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างความพร้อมตามอายุและขั้นตอนการทำงาน การควบคุมอารมณ์และสติในการจัดการกับงานที่เร่งด่วน จากข้อค้นพบนี้ แสดงให้เห็นว่า การกำหนดความรับผิดชอบของคณะทำงานที่เหมาะสมกับวุฒิภาวะเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้แผนงานโครงการ และกิจกรรมบรรลุตามเป้าหมาย และเกิดประสิทธิผล วุฒิภาวะของคณะทำงานมีผลต่อประสิทธิภาพของงาน จากข้อค้นพบนี้ ยังแสดงให้เห็นถึงช่วงอายุเป็นเกณฑ์สำคัญในการจัดกลุ่มวุฒิภาวะของคณะทำงาน

การสื่อสารที่คำนึงถึงมิติภาษาและวัฒนธรรม จากผลการศึกษาเบื้องต้น และผลสำรวจสถานสุภาพของแรงงานต่างชาติ (S1) พบว่าแรงงานต่างชาติมีข้อจำกัดในการสื่อสาร สามารถสื่อสารภาษาไทยได้เพียงเล็กน้อยไม่แตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา (สุสันหา ยิ้มแย้ม และคณะ, 2552; Wang, 2010; Htoot et.al, 2012; ขวัญจิต ศศิศาโรจน์ และเสาวณี พงผิ่ง, 2556) ดังนั้นการวิจัยนี้จึงออกแบบการคำนึงถึงอุปสรรคและป้องกันด้านภาษา โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการที่มีการใช้สื่อการสอนแบบสองภาษา ที่มีภาพที่โดดเด่น การปฏิบัติการที่ให้ความสำคัญกับข้อจำกัดทางภาษาในการสื่อสารกับแรงงานต่างชาติ ด้วยการวางแผนแก้ปัญหาตั้งแต่เริ่มพัฒนาโครงการวิจัย โดยจัดให้มีล่ามเมียนมาสื่อสารในที่ประชุม การเลือกคำที่เป็นกันเอง เป็นที่รู้จักและไว้วางใจของแรงงานต่างชาติทำให้เข้าถึงข้อมูลและความจริง จัดให้มีล่ามภาษาเมียนมาและมอญ ในขณะที่คณะทำงานที่เป็นเชื้อสายลาวและกัมพูชา (หนึ่งในลาวและกัมพูชา) สามารถพูดและอ่านภาษาไทยได้ ตลอดจนเครื่องมือ เอกสารการวิจัย และคู่มือประกอบการพัฒนาศักยภาพคณะทำงานถูกออกแบบเป็น 2 ภาษา ไทย-เมียนมา ที่ผ่านการตรวจสอบความเข้าใจจากคณะทำงานก่อนนำไปใช้จริง นอกจากนี้ผู้วิจัยไม่ละเลยแรงงานต่างชาติบางส่วนที่ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยและเมียนมาได้ เช่น แรงงานเมียนมาเชื้อสายมอญซึ่งไม่สามารถอ่านและฟังภาษาเมียนมาได้ จึงจัดให้มีล่ามที่สื่อสารภาษามอญ และใช้การสื่อสารด้วยภาพเพื่อทำความเข้าใจและนำข้อเสนอแนะมาเป็นข้อมูลในการออกแบบถังขยะ และการประเมินผล ข้อค้นพบอุปสรรคด้านการสื่อสารนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ กัญฉิกา หงส์ลา (2552) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการจัดการเครือข่ายองค์การพัฒนาเอกชนด้านแรงงานต่างชาติในประเทศไทย พบว่าระบบการสื่อสารเป็นหัวใจสำคัญของการบริหารจัดการปัญหาเบื้องต้นในการทำงานกับแรงงานต่างชาติคือการสื่อสาร ประเด็นการสื่อสารจึงเป็นประเด็นสำคัญที่ควรคำนึงถึงเป็นประเด็นลำดับต้น เนื่องจากทำให้แรงงานต่างชาติสามารถเข้าใจก่อให้เกิดผลดีอย่างมาก ก่อให้เกิดการรับรู้ที่ชัดเจน และส่งผลให้เกิดการปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพต่อไป

การนำมิติทางศาสนา วัฒนธรรมมาประยุกต์ใช้ในการแก้ปัญหา

การวิจัยนี้ ในขั้นตอนการวางแผนเพื่อออกแบบการแก้ปัญหาการจัดการขยะในค่ายพัก ได้นำมิติทางศาสนา และวัฒนธรรมมาประยุกต์ใช้ในการแก้ปัญหา ผ่านการสื่อสาร การจูงใจและออกแบบโครงการแก้ปัญหาการจัดการขยะให้สอดคล้องกับวัฒนธรรม ความเชื่อ ความเป็นชาวพุทธของแรงงานต่างชาติ ที่เชื่อและศรัทธาต่อการทำบุญ โดยคณะทำงานออกแบบแผนงาน/โครงการ ที่จูงใจให้แรงงานต่างชาติช่วยกันแยกขยะรีไซเคิล แล้วนำเงินรายได้จากการขายขยะสมทบเข้ากองทุนศาสนา และนำเงินรายได้อีกส่วนหนึ่งมาสมทบทอดผ้าป่ากับเทศบาล และวัดในพื้นที่ 2 ครั้ง กิจกรรมดังกล่าวเกิดความร่วมมือจากแรงงานต่างชาติด้วยดี ในการแยกขยะรีไซเคิล เนื่องจากต่างเห็นว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งในการหาเงินมาทำบุญ จนโครงการประสบผลสำเร็จในการจัดการขยะรีไซเคิล สอดคล้องกับการศึกษาของ สวรรยา ศรีสันติสุข และ ธีระพงษ์ บุญรักษา (2561) ที่ศึกษาระดับการรับรู้วัฒนธรรมองค์การที่มีอิทธิพลต่อความผูกพันต่อองค์กรของแรงงานเมียนมา ที่พบว่าแรงงานต่างชาติเมียนมารับรู้ด้านวัฒนธรรมองค์การระดับมากที่สุด ซึ่งเป็นตัวแปรสำคัญที่ส่งผลต่อประสิทธิผลขององค์กรด้านพฤติกรรมการทำงาน เป็นทีมและพึงพอใจในงาน และผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Tsarouk, et. Al, (2007) ที่ศึกษาการปรับตัวการป้องกันยาเสพติดของวัยรุ่นโดยใช้กระบวนการทางวัฒนธรรมในวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงในประเทศศรีสเลียง ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ออกแบบมาเฉพาะสำหรับเยาวชน ที่มีความเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติดและปัญหาที่เกี่ยวข้อง ผลจากการสังเกตหลังใช้โปรแกรมที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม คือนักเรียนมีการใช้กระบวนการปรับตัว และสอดคล้องกับการศึกษาของ Ramaiya, et al. (2017) ที่ศึกษาโปรแกรมบำบัดพฤติกรรมเพื่อลดการฆ่าตัวตายในประเทศเนปาล ใช้วิธีการเชิงบูรณาการที่มีความยืดหยุ่นในการให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรม โดยนำหลักการของศาสนาพุทธ อินดูประเพณีทางปรัชญาตะวันออกมาประยุกต์ใช้ในกระบวนการเพื่อให้เกิดทักษะในการป้องกัน กล่าวโดยสรุปคือ การนำปัจจัยด้านศาสนาและวัฒนธรรมมาประยุกต์ใช้ มีความสำคัญต่อผลการวิจัยเชิงปฏิบัติการในแรงงานข้ามชาติ

ปัจจัยด้านผู้วิจัย ผู้วิจัยเป็นปัจจัยส่งเสริมประสิทธิผลการวิจัยในแรงงานต่างชาติทั้งด้านสถานะ และบทบาทในฐานะผู้วิจัยดังอธิบาย ดังนี้

(ก) **สถานะของผู้วิจัย (Position)** หมายถึง การวางตัวของผู้วิจัยกับผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งแรงงานต่างชาติ เจ้าหน้าที่โรงงาน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยในที่นี้สถานะของผู้วิจัยมี 2 สถานะภาพ ได้แก่ สถานะเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และสถานะเพศหญิง ประการแรก **สถานะความเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของผู้วิจัย** สร้างความคาดหวังบางประการให้แก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในงานวิจัย นอกจากนี้ยังเป็นสถานะที่ช่วยสร้างความสัมพันธ์ ความไว้วางใจ ความน่าเชื่อถือ ความรู้สึกว่าคุณวิจัยเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มที่สามารถปรึกษาได้ เช่น กรณีที่ผู้วิจัยสามารถให้ข้อมูลด้านสุขภาพ ตรวจรักษาพยาบาลเบื้องต้น จัดยาที่จำเป็นแก่

แรงงานต่างชาติในช่วงที่ไม่มีเจ้าหน้าที่พยาบาล ตลอดจนให้คำแนะนำแก่แรงงานสัมพันธ์ในการใช้ยา และส่งต่อแรงงานต่างชาติที่ป่วยตามระบบการส่งต่อที่เหมาะสม จนคณะทำงานรู้สึกมีที่ปรึกษาด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น และมอบความไว้วางใจในการเข้าไปทำวิจัยในพื้นที่ เข้าไปเก็บข้อมูลในห้องพักโดยไม่ต้องมีเจ้าหน้าที่ติดตาม การเข้าใจว่าผู้วิจัยสามารถช่วยเหลือพวกเขาตลอดจนเป็นที่ปรึกษาด้านสุขภาพเมื่อจำเป็นได้ ทำให้แรงงานต่างชาติไม่รู้สึกรู้สึกถูกคุกคามเวลาเห็นผู้วิจัยถือแบบสอบถามไปนั่งคุยด้วย ให้การต้อนรับเป็นอย่างดี หรือบางครั้งก็จัดเตรียมอาหารว่าง น้ำดื่มเมื่อทราบว่าผู้วิจัยเข้าไปสัมภาษณ์ ประการที่สอง สถานะความเป็นผู้หญิงของผู้วิจัย ที่เข้ามาทำงานวิจัยเพียงลำพัง การวางตัวที่เหมาะสมกับผู้ที่เกี่ยวข้องในงานวิจัยที่คณะทำงานส่วนใหญ่เป็นผู้ชาย ดังนั้นผู้วิจัยใช้วิธีกำหนดตัวเองเป็นผู้ชายเมื่อต้องทำงานร่วมกับแรงงานสัมพันธ์ และคณะทำงานที่ส่วนใหญ่เป็นผู้ชาย แม้กระทั่งแรงงานต่างชาติที่เป็นผู้ชาย หรือ กรณีที่ต้องสัมภาษณ์แรงงานต่างชาติในยามวิกาล ผู้วิจัยจะระมัดระวังความปลอดภัยของตัวเองโดยรวมกับกลุ่มที่เป็นผู้หญิง และต้องเปิดประตูห้องพักขณะสัมภาษณ์ นอกจากนี้สถานะความเป็นนักศึกษาปริญญาเอกที่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับวิถีชีวิตของแรงงานต่างชาติ และเป็นสิ่งที่ผู้วิจัยต้องกำหนดสถานะของตนในแต่ละสถานการณ์ให้เป็นไปอย่างราบรื่น เช่น ผู้วิจัยสร้างความคุ้นเคยด้วยการลงไปร่วมกิจกรรมที่ค่ายพักจัดขึ้น เช่น งานทำบุญวันสงกรานต์ และวันขึ้นปีใหม่ การสร้างความคุ้นเคยในลักษณะนี้เอื้อให้การสัมภาษณ์ราบรื่นเนื่องจากแรงงานต่างชาติรู้จักมักคุ้นไว้วางใจผู้วิจัยมากขึ้น นอกจากนี้ผู้วิจัยได้พยายามปรับวิธีการวิจัยที่คำนึงถึงจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ในการวิจัยภาคสนามผู้วิจัยได้พยายามปรับกระบวนการขอความยินยอมให้สอดคล้องกับรูปแบบปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้วิจัยกับผู้เกี่ยวข้องอื่น ๆ โดยได้ให้ข้อมูลงานวิจัยอย่างทั่วถึงผ่านการประชุมการชี้แจงแนวทางการวิจัย ติดประกาศประชาสัมพันธ์ผลการดำเนินงานในแต่ละระยะให้สามารถตรวจสอบและเข้าถึงได้ตลอดการวิจัย และชี้แจงการวิจัยรวมถึงลงลายมือชื่อยินยอมก่อนจะทำการเก็บข้อมูล การตอบแบบสอบถาม และการสัมภาษณ์ พร้อมทั้งให้แรงงานต่างชาติผู้ถูกสัมภาษณ์ถือสำเนาเป็นหลักฐานไว้ทุกครั้ง

(ข) บทบาทของผู้วิจัย (Role) หมายถึง หน้าที่ในฐานะเป็นผู้วิจัย การพัฒนาโปรแกรมร่วมกันของคณะทำงาน ซึ่งมีพื้นฐานความรู้ ความเข้าใจ ประสบการณ์แตกต่างกัน ผู้วิจัยทำหน้าที่เหมือนองค์กรสะพานเชื่อม (Bridging organization) ระหว่างคณะทำงานฝ่ายต่างๆ นอกจากนี้ยังทำหน้าที่เป็นคนกลางในการเชื่อมประสานความร่วมมือของภาคส่วนต่างๆ ที่ต่างระดับกัน ทำหน้าที่ทั้งแนวตั้งและแนวราบ โดยผู้วิจัยเป็นผู้เชื่อมองค์ความรู้ ในขณะที่เดียวกันก็เป็นผู้เร่ง (Catalyst) และอำนวยความสะดวก (Facilitator) ในทุกกิจกรรม บนฐานขององค์ความรู้ข้อจำกัดและการยอมรับของทุกฝ่าย กล่าวคือผู้วิจัยเป็นผู้ที่นำข้อมูลทางวิชาการด้านการจัดการขยะ นโยบาย นำเสนอในที่ประชุม เพื่อให้คณะทำงานร่วมตัดสินใจ กรณีที่แรงงานต่างชาติมีความเข้าใจไม่ตรงกันในรายได้จากขยะรีไซเคิล ผู้วิจัยทำหน้าที่ประสาน

ข้อมูล และจัดเวทีให้ทั้งสองฝ่ายได้ร่วมพูดคุย และหาทางออกแบบประนีประนอม จนเกิดข้อตกลงในการแบ่งเงินรายได้ที่ทั้งสองฝ่ายรู้สึกพอใจ เป็นผู้ประสานงานระหว่างหน่วยงานและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข กับแรงงานสัมพันธ์เพื่อศึกษาดูงาน เป็นสื่อกลางในการนำนโยบายของหน่วยงานรัฐชี้แจงแก่แรงงานต่างชาติ ถึงนโยบายการจัดการขยะของภาครัฐและของโรงงาน

การประเมินผลโครงการ

การออกแบบแผนปฏิบัติการเพื่อประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการขยะในค่ายพัก ประเมินผลโดยวิธีเชิงปริมาณ แสดงให้เห็นการเปลี่ยนแปลงที่เพิ่มขึ้นในเชิงบวกในด้านความรู้ และด้านทัศนคติถึงแม้ว่าด้านพฤติกรรม 3Rs ยังไม่สามารถเห็นการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน แต่สามารถอธิบายได้บางส่วนถึง โครงการลดการใช้ และการใช้ซ้ำที่ไม่บรรลุผลสำเร็จ นอกจากนี้แรงงานต่างชาติมีพฤติกรรม การรีไซเคิลที่ดีตั้งแต่ก่อนดำเนินการอย่างเห็นได้ชัด อาจเนื่องมาจากค่ายพักมีประสบการณ์การ ดำเนินการจัดการขยะมาก่อน จึงเห็นการเปลี่ยนแปลงไม่ชัดเจน เมื่อเปรียบเทียบกับพฤติกรรมแยก ขยะอันตราย และขยะเปียกที่เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนเนื่องจากเป็นสิ่งที่เพิ่มใหม่ อย่างไรก็ตามการประเมินผล โดยใช้น้ำหนักขยะทั่วไป รายงานทางการเงินเกี่ยวกับรายได้ ค่าใช้จ่ายในการกำจัดขยะ และการขายขยะรีไซเคิล รวมทั้งตัวชี้วัดจากสัตว์นำโรคจากขยะที่แสดง ประสิทธิภาพของโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้การศึกษาประสิทธิผลของแผนปฏิบัติการผ่านบทบาทการขับเคลื่อนจากการมีส่วนร่วมของคณะทำงานอย่างสม่ำเสมอ ในการมีส่วนร่วม มีความรู้ความเข้าใจในการวางแผน การดำเนินการ การตรวจสอบ การสะท้อนคิด และดำเนินการร่วมกัน รวมถึงการกระตุ้นให้เกิดกลไกทางสังคมในบริบทค่ายพักแรงงานต่างชาติ (Tripp, 2005) สิ่งที่แสดง คือ การบริจาครายได้จากการขายขยะรีไซเคิล ประสิทธิภาพของโปรแกรม การสนับสนุนธรรมชาติที่มีความยืดหยุ่นของการวิจัย การดำเนินโครงการภายใต้การศึกษา เพื่อนำไปปรับใช้ด้วยตนเองและนำไปใช้กับชุมชนในบริบททางวัฒนธรรมและสังคม (Lekdamrongkul et al, 2012; Ramaiya, 2017; Tsarouk, 2007) โดยพบว่า คุณสมบัตินี้สำคัญที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อเพิ่มความสามารถให้คณะทำงานเกิดคุณค่า คือ

บทเรียนจากการวิจัย

1. ในขั้นตอนการจัดลำดับปัญหา พบข้อจำกัดในการให้ความสำคัญของปัญหาสุขภาพ ในขั้นตอนการจัดลำดับที่ทำให้ปัญหาที่สำคัญไม่ถูกให้ความสำคัญในการจัดลำดับตามเกณฑ์ ซึ่งอาจเนื่องมาจาก คณะทำงานขาดองค์ความรู้ ความเข้าใจ ในประเด็นปัญหาสุขภาพเหล่านั้น ดังนั้นผลการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาจึงทำให้ประเด็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญลดความสำคัญลง และไม่ถูกมองเป็นปัญหาที่นำมาสู่กระบวนการจัดการ นอกจากนี้ในกระบวนการผู้วิจัย หรือวิทยากรขาดการให้ความรู้ในประเด็นด้านสาธารณสุขกับผู้ร่วมประชุม เพื่อทำความเข้าใจ สร้างความตระหนัก และเข้าใจปัญหาบนฐานคิดและความรู้ที่ตรงกัน ดังนั้นในกระบวนการจัดลำดับของปัญหา อาจแก้ปัญหามาโดยวิธีการถ่วงน้ำหนักในประเด็นของขนาดและความรุนแรงของปัญหาให้น้ำหนักที่มากกว่าน้ำหนักของความยากง่าย และความร่วมมือ นอกจากนี้เพื่อให้ผลที่ได้ในการจัดลำดับใกล้เคียงความจริงมากที่สุดควรให้ความรู้ในเบื้องต้นเกี่ยวกับประเด็นปัญหาที่นำมาจัดลำดับ เพื่อทำความเข้าใจแก่สมาชิกทุกคนซึ่งอาจมีฐานความรู้ในแต่ละเรื่องแตกต่างกัน จนสามารถนำมาสู่กระบวนการตัดสินใจในการเลือกปัญหาในลำดับต่อไป

2. กระบวนการเลือกผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเข้าสู่กระบวนการเป็นตัวแทนและคณะทำงานร่วมกับผู้วิจัย ใช้กระบวนการเลือกจากกลุ่มแกนนำ และผู้เกี่ยวข้องในลักษณะผู้นำแบบเป็นทางการ จึงอาจทำให้ผู้ให้ข้อมูลหลักอาจไม่เป็นตัวแทนของแรงงานต่างชาติดังแท้จริง ดังนั้นการตระหนักและคำนึงถึงการคัดเลือกกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ตลอดจนวิธีการ ขั้นตอน การสรรหาเพื่อคัดเลือกกลุ่มที่เป็นตัวแทนจึงเป็นเรื่องสำคัญในการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ที่ควรมีการศึกษาอย่างรอบคอบ ให้ครอบคลุมกลุ่มที่มีความหลากหลายเป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก ซึ่งอาจมีผู้ใช้ที่เป็นผู้นำแบบเป็นทางการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มแรงงานต่างชาติดังที่เป็นกลุ่มเปราะบาง จึงเป็นเรื่องสำคัญในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับโจทย์ปัญหาของแรงงานต่างชาติ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

- 1) รูปแบบโปรแกรมการจัดการสุขภาพแรงงานต่างชาตินี้สามารถนำไปประยุกต์กับค่ายพักแรงงานต่างชาติที่มีระบบบริหารจัดการในบริบทคล้ายคลึงกับพื้นที่วิจัย กล่าวคือ เป็นค่ายพักที่จ้างแรงงานต่างชาติแบบถูกกฎหมาย
- 2) ในการนำผลที่ได้จากงานวิจัยนี้ไปใช้ จำเป็นต้องมีการประสานความร่วมมือจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง การแบ่งบทบาทหน้าที่ของสถานประกอบการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ เนื่องจากแต่ละฝ่ายต่างมีข้อจำกัดในการดำเนินงาน และมีวัฒนธรรมการดำเนินงานในองค์กรต่างกัน

- 3) ในกรณีที่ผู้บริหารของสถานประกอบการ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือสมาชิกในชุมชนอื่นๆ เห็นความสำคัญ และประโยชน์ของโปรแกรมการจัดการสุขภาพของงานวิจัยนี้ และมีความต้องการที่จะนำรูปแบบจากงานวิจัยนี้ไปปรับใช้ในพื้นที่/ชุมชนของตนเอง สามารถกระทำได้ โดยควรมีการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐาน หรือหากสถานประกอบการใดมีความพร้อมในการพัฒนา ก็สามารถดำเนินการได้โดยง่าย หรืออาจจะอาศัยความร่วมมือกันระหว่างสถานประกอบการหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ พัฒนาขึ้นภายใต้เงื่อนไข ข้อจำกัด และทุนทางสังคมของพื้นที่นั้น ทั้งนี้ ปัจจัยพื้นฐานสำคัญประการหนึ่งที่สถานประกอบการต้องตระหนักไว้ก่อนดำเนินการ คือ ความพร้อมในด้านต่างๆ ประกอบด้วย บุคลากร สถานที่ องค์กรความรู้ เทคโนโลยี งบประมาณ ฐานข้อมูลที่มีทั้งของสถานประกอบการหรือหน่วยงานสาธารณสุข และความพร้อมของหน่วยงาน ความสามารถของผู้นำ การมีส่วนร่วมของคนในชุมชน ความสามัคคี ความสัมพันธ์ภายในชุมชน รวมถึงลักษณะเฉพาะของสมาชิกในชุมชน เช่น ความตื่นตัว/ความกระตือรือร้นของบุคคล ประสบการณ์ และความรู้ด้านการจัดการสุขภาพ เป็นต้น
- 4) ผลการดำเนินงานตามโปรแกรมการจัดการสุขภาพของแรงงานต่างชาติในค่ายพัก สิ่งสำคัญคือ การนำผลการวิจัยไปใช้ในพื้นที่ต่างๆ จำเป็นต้องพิจารณาเรื่องรูปแบบ เงื่อนไข และ ข้อจำกัดของสถานประกอบการในขณะนั้นเป็นสำคัญ
- 5) การดำเนินการวิจัยในค่ายพักแรงงานต่างชาตินั้น ข้อค้นพบที่สำคัญ คือปัจจัยอุปสรรคที่สำคัญและพึงตระหนัก คือข้อจำกัดด้านเวลาในการเข้าถึง และทำงานร่วมกับแรงงานต่างชาติ ซึ่งต้องใช้ช่วงเวลาที่แรงงานต่างชาติสะดวก ซึ่งไม่ใช่เวลาราชการตามปกติ จึงน่าจะเหมาะสมกับการศึกษาขององค์กรอิสระมากกว่าหน่วยงานรัฐ
- 6) ในการพัฒนาโปรแกรมการจัดการสุขภาพจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือกันทั้ง 3 ฝ่าย ได้แก่ สถานประกอบการ หน่วยงานภาครัฐ แรงงานต่างชาติ และ นักวิชาการ โดยมีนักวิจัย ทำหน้าที่เสมือน องค์กรสะพานเชื่อม เป็นผู้เชื่อมโยงความรู้ทางวิชาการกับภูมิปัญญาของชุมชนเข้าด้วยกัน สร้างพื้นที่เพื่อสร้างการเรียนรู้ ทำหน้าที่ประสานความร่วมมือทั้งในระดับแนวนอนและแนวตั้ง และคลี่คลายความขัดแย้งตลอดจนเป็นตัวเร่ง (Catalyst) และผู้เอื้ออำนวย (Facilitator) ระหว่างหน่วยบริการสาธารณสุขระดับต่างๆ ทั้งนี้ องค์กรที่เป็นสะพานเชื่อมจะทำหน้าที่สร้างความไว้วางใจ มีเป้าหมายร่วมกันระหว่างภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง
- 7) ถึงแม้ว่านโยบายและระบบบริการสาธารณสุขของการให้บริการแรงงานข้ามชาติอาจเข้มงวดเกินไป แต่ก็มีช่องทางสำหรับภาคีที่มีความยืดหยุ่นของพันธมิตรสาธารณะที่มีบทบาทสำคัญในการให้คำปรึกษาทางวิชาการ

- 8) นโยบาย แนวความคิดขององค์กรที่สนับสนุนเพื่อปรับปรุงปัญหาขยะมูลฝอยยังไม่เพียงพอ แต่จากที่สถานประกอบการต้องเผชิญกับมาตรฐานแรงงานระหว่างประเทศเพื่อความเป็นอยู่ที่ดีของแรงงาน ยังรวมถึงองกรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เผชิญกับวิกฤตการสะสมขยะมูลฝอยที่เป็นปัญหาสำคัญ ปัจจัยทางเศรษฐกิจยังมีส่วนสำคัญ เช่น ค่ากำจัดขยะ รายได้จูงใจจากการขายรีไซเคิลและงบประมาณสนับสนุนจากโรงงาน เป็นตัวขับเคลื่อนหลัก
- 9) วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่มีคุณลักษณะแบบมีส่วนร่วมความโน้มเอียงทางประชาธิปไตยและการมีส่วนร่วมในการไหลของกลไกทางสังคมและการเปลี่ยนแปลงทางสังคมวัฒนธรรมที่เป็นอิสระ เช่น พิธีทางพุทธศาสนา "ทอดผ้าป่า" ซึ่งเป็นจุดรวมของกิจกรรม
- 10) ข้อจำกัด ของการใช้ซ้ำและลดการใช้ ของประเทศไทยยังอยู่ในช่วงการศึกษา ขั้นตอนการออกกฎหมายโครงสร้างพื้นฐานและเทคโนโลยีในระดับชาติ ในขณะที่โครงการรีไซเคิลมีความเป็นไปได้ถึงความสำเร็จเพราะมีโรงงานขยะชีวภาพ และตัวแทนรับซื้อขยะในบริเวณใกล้เคียง
- 11) นอกจากนี้รูปแบบควรคำนึงถึงวัฒนธรรมองค์กรที่ทันสมัยของอุตสาหกรรมขนาดใหญ่เนื่องจากอาจมีความเกี่ยวข้องกับอุตสาหกรรมขนาดใหญ่ที่มีการส่งออกมากกว่าอุตสาหกรรมขนาดกลางและขนาดเล็กที่มีตลาดในประเทศ
- 12) การคำนึงถึงการคัดเลือกกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย วิธีการที่ได้มาซึ่งกลุ่มที่เป็นตัวแทน โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มแรงงานต่างชาติ ให้ครอบคลุมกลุ่มที่มีความหลากหลาย เป็นผู้ให้ข้อมูลหลักในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับโจทย์ปัญหาของแรงงานต่างชาติ
- 13) การได้มาซึ่งเป็น “โจทย์ร่วม” ที่สำคัญในการดำเนินงานวิจัยเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้โปรแกรมประสบความสำเร็จ ดังนั้นการกำหนดโจทย์ร่วมจึงควรมาจากกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆที่เกี่ยวข้องอย่างแท้จริง

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

- 1) รูปแบบโปรแกรมการจัดการสุขภาพของแรงงานต่างชาติในค่ายพัก ในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้ออกแบบเพื่อจัดการสุขภาพของแรงงานต่างชาติในค่ายพักเท่านั้น ทั้งนี้ผู้สนใจสามารถนำ ผลที่ได้จากงานวิจัยนี้เป็นจุดตั้งต้นในการวิจัยเพื่อพัฒนาโปรแกรมการจัดการสุขภาพแรงงานต่างชาติในพื้นที่อื่น ๆ
- 2) ศึกษาประสิทธิผลของเครื่องมือสำหรับการจัดการปัญหาสุขภาพในประเด็นอื่นๆ ของแรงงานต่างชาติในค่ายพักโรงงานอุตสาหกรรม
- 3) ศึกษาการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) ของแรงงานต่างชาติในการจัดการปัญหาสุขภาพในค่ายพักโรงงานอุตสาหกรรม

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- กรมการจัดหางาน. (2556). *ขั้นตอนการจ้างงานแรงงานเมียนมาร์ที่ผ่านการพิสูจน์สัญชาติ*. สืบค้นจาก http://wp.doe.go.th/wp/images/pr/Steps4_280857.pdf
- กรมการจัดหางาน. (2560). *วารสารสถิติจำนวนคนต่างด้าวกลุ่มประเทศอาเซียนได้รับอนุญาตทำงานประจำเดือน ธันวาคม 2560*. สืบค้นจาก <http://www.doe.go.th/alien>
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2560). พระราชบัญญัติโรคติดต่อ 2558. พิมพ์ครั้งที่ 5 โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กรมควบคุมโรค. (2557, พฤศจิกายน 9). *คุณภาพชีวิต. ผู้จัดการออนไลน์*. สืบค้นจาก <http://www.manager.co.th/qol/viewnews.aspx?NewsID=9550000071606>.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2551). *แนวคิดตำบลจัดการสุขภาพ*. (2551). สืบค้นจาก http://www.udo.moph.go.th/sw5/viewpage.php?page_id=18
- กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย. (2550). *มาตรฐานงานสาธารณสุขมูลฐาน* กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กระทรวงแรงงาน. (2555). *โครงการเตรียมการรองรับการเคลื่อนย้ายแรงงานสู่การเป็นประชาคมอาเซียน*. ศูนย์บริการวิชาการแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. สืบค้นจาก http://www.mol.go.th/sites/.../13._bththii_9_aenwthaangetriiymkaarrnggrab.pdf.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2550). *ระเบียบการตรวจสุขภาพแรงงานต่างด้าว*. สืบค้นจาก <http://www.thaigcd.ddc.moph.go.th/informations/view/>
- (2555). *ประกาศเรื่องประกันสุขภาพต่างด้าว*. สืบค้นจาก http://zotero://report/items/0_FGURVI56/html/report.html.
- (2557). *มาตรการและแนวทางการดำเนินงานตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว กระทรวงสาธารณสุข*. สืบค้นจาก <http://fwf.cfo.in.th/Portals/0/2558/Docu/ประกาศแรงงาน.pdf>
- กฤตยา อาชวนิจกุล. (2547). *คนต่างด้าวในประเทศไทยคือใครบ้าง? มีจำนวนเท่าไร? ระบบฐานข้อมูลแบบไหนคือคำตอบ*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. สืบค้นจาก <http://opac.psu.ac.th/BibDetail.aspx?bibno=243397>.
- (2550). *ภาพรวมของประเทศ*. ใน กฤตยา อาชวนิจกุล (บรรณาธิการ). *รัฐบาลไทยกับการปรับเปลี่ยนนโยบายเอตส์และอนามัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มแรงงานต่างชาติ*. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล, สถาบันวิจัยประชากรและสังคม.

- (2555). การจำแนกประเภทแรงงานต่างชาติจากพม่า กัมพูชา และลาว. *จดหมายข่าว ประชากรและการพัฒนา*, 33 (1 ตุลาคม-พฤศจิกายน), 1-2.
- กฤตยา อาชวนิจกุล, และ กุลภา วจนสาระ. (2552). *การจ้างแรงงานต่างชาติตามพระราชบัญญัติการทำงานของคนต่างด้าว พ.ศ.2551 การจัดทำบัญชีรายชื่ออาชีพ สำหรับคนต่างชาติ*. มหาวิทยาลัยมหิดล, สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. มหาวิทยาลัยมหิดล. สืบค้นจาก <http://203.155.51.53/iomthailand/files/ResearchEmploymentMigrantWorkers.pdf>
- กฤตยา อาชวนิจกุล, และ พันธุ์ทิพย์ กาญจนะจิตรา สายสุนทร. (2548). *คำถามและข้อท้าทายต่อนโยบายรัฐไทยในมิติสุขภาวะและสิทธิของแรงงานต่างชาติ*. นครปฐม : มหาวิทยาลัยมหิดล, สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. สืบค้นจาก <http://libsearch.nida.ac.th/ipac20/ipac.jsp?>
- กฤษณชัย กิมชัย. (2551). 30 ปี การสาธารณสุขมูลฐาน. *เอกสารประกอบการประชุมปฏิบัติการงานสาธารณสุขมูลฐานทศวรรษที่ 4 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประจำปีงบประมาณ 2551*. สืบค้นจาก <http://www.esanphc.net/rtc/30yrsphc/30yrsphc.pdf>
- กองโรคเท้าช้าง. (2543). *รายงานการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรคเท้าช้าง*. สืบค้นจาก https://www.m-society.go.th/ewt_news.php?nid=12459
- (2545). *ผลการสุ่มตรวจเท้าช้างในแรงงานต่างด้าว*. สืบค้นจาก <http://www.thaivbd.org/n/contents?module>
- กองสนับสนุนบริการสุขภาพภาคประชาชน. (2546). *แผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน แผน 9. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย*.
- (2551). *แนวทางการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ “เส้นทางสู่ความสำเร็จ การพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพภาคประชาชน”*. กรุงเทพฯ. สืบค้นจาก http://www.udo.moph.go.th/sw5/viewpage.php?page_id=18
- กองสัตวแพทย์สาธารณสุข กรมปศุสัตว์. (2559). *การควบคุมและกำจัดสัตว์และแมลงพาหะนำโรค*. สืบค้นจาก http://www.baanjomyut.com/library_3/extension-5/agricultural_knowledge/output_processing/07_6.html
- กัณณิกา หงส์ลา. (2553). *การจัดการเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนด้านแรงงานข้ามชาติในประเทศไทย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- กิริยา กุลกลการ. (2553). *ผลกระทบของแรงงานต่างด้าวต่อการเคลื่อนย้ายแรงงานไทย และอุตสาหกรรมการผลิตในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- (2556). *การบริหารจัดการแรงงานต่างชาติในสิงคโปร์*. (30 ต.ค. 2557). กรุงเทพฯ:กรุงเทพธุรกิจ. สืบค้นจาก
<http://www.bangkokbiznews.com/home/detail/politics/opinion/asean/20130221>
- (2557). *การบริหารจัดการแรงงานต่างชาติในประเทศไทยและต่างประเทศ* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
- โกวิท กระจำจธรรม. (2533). การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชุมชน. *วารสารการพัฒนาชุมชน*, 9(8), 31-37.
- ขวัญจิต ศศิวงศาโรจน์, และ เสาวนีย์ พงษ์. (2552). การใช้บริการสุขภาพของแรงงานต่างชาติชาวพม่าในจังหวัดระนอง. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 18(4), 575-586.
- ขวัญชีวัน บัวแดง. (2550). *สิทธิด้านการรับบริการสุขภาพของแรงงานต่างชาติ: กรณีศึกษาแรงงานจากประเทศเมียนมาร์ในจังหวัดเชียงใหม่และแม่ฮ่องสอน*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, คณะสังคมศาสตร์, ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา. สืบค้นจาก <http://www.tnr.in.th/rir/index.php?page=researching&nid=411193>.
- ขวัญชีวัน บัวแดง. (2552). *กะเหรี่ยง: หลากหลายชีวิตจากขุนเขาสู่เมือง*. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: ศูนย์ศึกษาชาติพันธุ์และการพัฒนา สถาบันวิจัยสังคม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 148 หน้า.
- จินตนา อาจสันเทียะ, ผ่องศรี อิมสอน และ ปานทิพย์ ผ่อนอักษร. (2559). แนวปฏิบัติที่ดีในการพัฒนาสมรรถนะชุมชนในการป้องกันและแก้ปัญหา การเกิดโรคพยาธิในชุมชน: สะท้อนคิดวิชาการรับใช้สังคม. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 17(2), 115-183.
- จุไรรัตน์ รัตนเลิศนาวิ, พรเลิศ จิตต์ประทุม, และ อภิษฎา รัศมี. (2548). *อุบัติการณ์ของโรคซิฟิลิสและการติดเชื้อเอชไอวีในแรงงานต่างด้าว*. กระทรวงสาธารณสุข, กรมควบคุมโรค, สถาบันราชประชาสมาสัย. สืบค้นจาก <http://www.aidsstithai.org/researchs/view/2240>.
- เจมส์ แอล แครย์ตัน. (2547). *คู่มือการมีส่วนร่วมของประชาชนในการตัดสินใจในชุมชน*. วันชัย วัฒนศัพท์ แปลและเรียบเรียง. สถาบันพระปกเกล้าและมูลนิธิอาเซีย. ขอนแก่น: สำนักพิมพ์พระปกเกล้า โรงพิมพ์ศิริพภัณฑ์ ออฟเซ็ท.
- ชญาณี ฉลาดธัญญกิจ. (2556). *100 เรื่องน่ารู้ในเมียนมาร์*. กรุงเทพฯ : อรรรินทร์คอมมิกส์ อัมรินทร์พรินติ้งแอนด์พับ.
- ชนันชนก ลีลาวัดนเกียรติ. (2551). *ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของแรงงานต่างด้าวในอำเภอมาสอด จังหวัดตาก*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัย, บัณฑิตวิทยาลัย.

- ชวพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์, และ ธานี แก้วธรรมานุกุล. (2554). การใช้บริการสาธารณสุขของ
แรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติ: กรณีศึกษาจังหวัดเชียงใหม่และลำพูน. *วารสารสาธารณสุข
มหาวิทยาลัยบูรพา*, 6(1), 11-22.
- ชัชวาลย์ เรื่องประพันธ์. (2539). สถิติพื้นฐาน. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา. สืบค้นจาก.
<http://digi.library.tu.ac.th/thesis/sw/2680/13REFERENCES.pdf>
- ชาญวิทย์ ทารเทพ. (2554). *ยุทธศาสตร์และแนวทางการจัดการแก้ไขปัญหาผลกระทบแรงงาน
ต่างชาติ บุตร และผู้ติดตามต่อปัญหาสุขภาพของแรงงานต่างชาติ ผู้ติดตาม และประชากรไทย.
กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.*
- ชาญวิทย์ ทารเทพ, นธีรัตน์ ธรรมโรจน์, และ ปราณี จริตเอก. (2554). *การศึกษาพฤติกรรมการ
แสวงหาบริการ และการใช้บริการเพื่อพัฒนาระบบการเงินการคลังสุขภาพ และการจัดบริการ
ที่เหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการสำหรับแรงงานต่างชาติ : กรณีศึกษาจังหวัด
สมุทรสาคร และจังหวัดระยอง. นนทบุรี: สำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันไทย, เครือข่าย
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.*
- ดิษฐพล ใจชื้อ, เรณูวัฒน์ โคตรพัฒน์, ณัฐพร คำศิริรักษ์, สัมฤทธิ์ ขวัญโพน, อภิวัฒน์ เนา
วดี และ ธรรมวรา ตันติกุลพัฒนกิจ. (2561). การพัฒนากระบวนการเรียนรู้ชุมชนในการ
จัดการขยะในชุมชน. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 36(4), 204-213.
- ธนะพงษ์ โพธิ์ปิติ, และ กิริยา กุลกลการ (2553). *การใช้แรงงานต่างด้าวเพื่อเพิ่มศักยภาพการผลิต
ภายใต้สังคมสูงอายุ. บทที่ 3 ในหนังสือการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรกับผลกระทบต่อ
เศรษฐกิจมหภาค. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.*
- ธนินทร์รัฐ กิตติพิชญ์อัมพร, พรชัย ชันดี, และ อาภาศิริ สุวรรณานนท์. (2550). ปัญหาและอุปสรรค
ของเจ้าหน้าที่ตำรวจในการป้องกันและปราบปรามอาชญากรรมที่เกิดจากแรงงานต่างด้าวของ
อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาคร. *วารสารบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์*, 1(1),
57-64.
- ธเรศ ศรีสถิตย์. (2017). เทคนิคการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน ในการกำกับดูแลโรงงาน
ด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย. สืบค้นจาก.
https://www.eng.chula.ac.th/wpcontent/uploads/2017/07/public_participation01.pdf
- ธีรดา สุธีรุฒิ. (2557). *ไอแอลโอแนะไทยทำฐานข้อมูลแรงงานเด็ก ชี้ช่วยแก้ปัญหาทางขึ้น เล็งดันเด็ก
ต่างด้าวเข้า ร.ร. - Quality of Life - Manager Online. คุณภาพชีวิต. สืบค้นจาก.
[http://www.manager.co.th/OOL/ViewNews.aspx?NewsID=9570000037748.](http://www.manager.co.th/OOL/ViewNews.aspx?NewsID=9570000037748)*

- นงกต สวัสดิชิตัง, กฤตติกา แสนโฆชน, ประจัญ กิ่งมิ่งแย และ สืบชาติ อันทะไชย. (2557). การพัฒนารูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยของชุมชน ในเขตเทศบาลนครอุดรธานี. *วารสารบัณฑิตศึกษา มนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์*, 3(1), 47-64.
- นิติภูมิ นวรัตน์, และคณะ. (2554). *โครงการศึกษาวิจัยเรื่องสภาพปัญหาด้านคุ้มครองแรงงานต่างด้าวในประเทศไทยและแนวทางแก้ไข*. มหาวิทยาลัยบูรพา, วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ, ศูนย์วิจัยนโยบายและการบริหาร ชลบุรี. สืบค้นจาก <http://opac.psu.ac.th/BibDetail.aspx?bibno=359964>.
- นิภาวรรณ สฤทธิ์อภิรักษ์. (2550). *สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค ปี 2550*. สำนักกระบาดวิทยา. สืบค้นจาก <http://www.epid.moph.go.th/>
- เนติมา คงแคล้ว. (2554). *อนาคตประเทศไทยสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (ASEAN Economic Community: AEC)*. สืบค้นจาก <http://www.l3nr.org/posts/471610>.
- บุญชัย ภาละกาล. (2557). การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ในกระบวนการดำเนินงานอนามัยชุมชน บทเรียนในการนำทฤษฎีสู่การฝึกภาคปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลในชุมชน. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 24(1), 1-11.
- บุษณรัตน์ กาญจนดิษฐ์. (2555). สถานการณ์การเข้าถึงหลักประกันทางสังคมที่เหมาะสมกับแรงงานต่างชาติ : มุมมองจากแรงงานต่างชาติ พื้นที่สมุทรสาคร เชียงใหม่ และระยอง.
- ปิลันธน์ มณีวรรณ. (2544). *ต้นทุนค่าเนิ่นการให้บริการสุขภาพแก่แรงงานต่างชาติ โรงพยาบาลศรีสังวาล จังหวัดแม่ฮ่องสอน*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, คณะสาธารณสุขศาสตร์. สืบค้นจาก <http://archive.lib.cmu.ac.th/full/T/2544/mph0844>
- ปาริชาติ วลัยเสถียร (2543). กระบวนการและเทคนิคการทำงานของนักพัฒนา. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย. กรุงเทพฯ.
- พงศกร เบ็ญจจันทร์. (2552). *ตำนานกำเนิดนัต*. สืบค้นจาก <http://www.gotoknow.org/posts/15548>.
- พรพิมล ตรีโชติ. (2548.). *ไร่แผ่นดิน : เส้นทางจากพม่าสู่ไทย*. กรุงเทพฯ: หน่วยปฏิบัติการวิจัยแม่โขงศึกษา, สถาบันเอเชียศึกษา, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. สืบค้นจาก <http://library.nhrc.or.th/ulib/dublin.php?ID=588>.
- พิจิตรา เล็กดำรงกุล, คณินิจ พงศ์ถาวรภม, ธนิษฐา ชมพูบพผา และ นพดล ศิริธนรัตน์กุล. (2555). ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการข้อมูล ข้อมูลที่ได้รับ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิต ในผู้ป่วยมะเร็ง ทางโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัด. *Journal of Nursing Science*, 30(3), 64-73.
- พิชิต ฤทธิ์จรูญ. (2548). *หลักการวัดและประเมินผลการศึกษา*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: แฮาส์ ออฟ เคอร์ มีสท์.

- พีรพัฒน์ วงศ์ชัยวัฒน์. (2556). ผลกระทบจากแรงงานพม่าต่อเศรษฐกิจไทย. *วารสารการเงินการคลัง*, 25(75), 83-88.
- เพรียวภูรินทร์ มะโนเพียว, กมลวรรณ บุญโปรง, และ วีรพงษ์ ปงจินตา. (2555). *สถานการณ์โรคติดต่อระหว่างประเทศและโรคติดต่อชายแดน ประจำเดือนธันวาคม 2555 ของด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศพรมแดนแม่สาย จังหวัดเชียงราย. ด่านควบคุมโรคระหว่างประเทศแม่สาย*. สืบค้นจาก. <http://dpc10.ddc.moph.go.th/maesai/BODY>.
- ภูมิพัฒน์ ภูวนานนท์. (2556). *สถานการณ์การเกิดโรคติดต่อโดยการวิเคราะห์ย้อนนุกรมเวลาพื้นที่ 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน พ.ศ. 2556*. สืบค้นจาก <http://www2.manager.co.th/Politics/ViewNews.aspx?NewsID=9550000071606>
- มนตรี พรหมวัน. (2552). *คุณภาพชีวิตของแรงงานไร้ฝีมือสัญชาติพม่าในพื้นที่ อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่*. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. สืบค้นจาก http://dric.nrct.go.th/bookdetail.php?book_id=221394.
- มูลนิธิเครือข่ายส่งเสริมคุณภาพชีวิตและแรงงาน. (2554). *สถานการณ์เด็กข้ามชาติ ในพื้นที่สมุทรสาคร ปี 2554 - Labour Right Promotion Network Foundation*. สืบค้นจาก <http://www.lpnfoundation.com/LPN-News/47>.
- มูลนิธิรักประเทศไทย. (2558). *สรุปบทเรียนการทำงานโครงการพำมิตร 2 เฟสที่ 1*. สืบค้นจาก <http://www.phamit.org/upload/public/file/b1335944522.pdf>
- รติกร จุลเสวก. (2547). *สำนักข่าวไทย. ศูนย์ข้อมูลโรคติดต่อและพาหะนำโรค*. สืบค้นจาก <http://www.mcot.or.th>.
- รัตนานภิศ พละศึก, เบญจวรรณ ถนออนชยธวัช และ ดลปภัญ ทรวงเลิศ. (2561). การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม: กระบวนการพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุข*, 5(1), 211-223.
- รัสนีย์ นำบัณฑิตย์ และ จินตนา ตั้งวรพงศ์ชัย. (2555). ผลของนวัตกรรมการให้ข้อมูลร่วมกับเกมสุขภาพต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยรุ่น โรค เอส แอล อี ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุข*, 35(1), 10-17.
- วีรยุทธ์ ชะตะกาญจน์. (2558). การวิจัยเชิงปฏิบัติการ Action Research. *วารสารราชภัฏสุราษฎร์ธานี*, 2(1), 29-49. สืบค้นจาก <http://e-journal.sru.ac.th/index.php/srj/article/download/241/195>
- วรางคณา อิมอุตม, และคณะ. (2556). *ความยั่งยืนแห่งแรงงานต่างด้าว: มนุษย์ล่องหน ไร้ตัวตนหรือ ฟันเฟืองสำคัญทางเศรษฐกิจ?* สืบค้นจาก <http://www.siamintelligence.com/thai-labor-migration-status/>.

- วิชุดา เสพสมุทฺธ และ ช่อทิพย์ บรมธนรัตน์. (2554). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อของ อสม. ต่างตำบลในจังหวัดสมุทรสาคร. *การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา มสธ. ครั้งที่ 1 26 สิงหาคม 2554*, (หน้า 1-14).
- วิทกานต์ สารแสน, สุเม็ทนา กลางคาร และ จิราพร วรวงศ์. (2561). การพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยชุมชนบ้านหวาย ต. าบลนาสีนวน อ. เกอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม*, 12(2), 564-580.
- วินัส สีสุข. (2552). *รักษาโรคไร้รัฐ ด้วยกฎหมายทะเบียนราษฎร (ฉบับ...เอนกประสงค์)*. โครงการขยายองค์ความรู้จากแม่ข่ายสู่อันดามันเพื่อการจัดการปัญหาสิทธิในสถานะบุคคลของคนไร้รัฐไร้สัญชาติ.
- ศศิประภา จันทะวงศ์. (2552). *วาทกรรมความเป็นพลเมือง ความหมาย และการต่อรองของชนกลุ่มน้อย*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, คณะสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา, สาขาวิชามานุษยวิทยา.
- ศิพิมพ์ ศรีบัลลังก์, และ สุรชาติ บำรุงสุข. (2555). ที่มาของแรงงานพม่าในประเทศไทย. *วารสารวิชาการมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, 20(33), 19-33.
- สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2556). การพยากรณ์โรคเรื้อน ปี 2556. สืบค้นจาก http://www.interfetpthailand.net/forecast/files/report_2012/report_2012_11_no04.pdf
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. (2553). *โครงการตามไปดูคนนับคน สำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2553*. สืบค้นจาก [http:// www.ipsr.mahidol.ac.th/ipsr/Research/WatchCensus2010](http://www.ipsr.mahidol.ac.th/ipsr/Research/WatchCensus2010).
- (2554). *การวิจัยประเมินผลกลางแผน โครงการส่งเสริมการป้องกันโรคเอดส์ในแรงงานต่างชาติ ประเทศไทย (โครงการพ้ามิตร-2)*. กรุงเทพฯ : มูลนิธิรักษ์ไทย.
- สภาพนายความ, คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนด้านชนชาติ ผู้ไร้สัญชาติ แรงงานต่างชาติและผู้พลัดถิ่น. (2554). *นโยบายและมาตรการการแก้ไขปัญหาแรงงานข้ามชาติ*. กรุงเทพฯ : มูลนิธิรักษ์ไทย.
- สมาน เหล่าดำรงชัย. (2551). การคุ้มครองแรงงานต่างด้าว คำตอบแก้วิกฤตขาดแคลนแรงงาน? *เอเชียปริทัศน์*, 29(1), 88-110.
- สมจิต หนูเจริญกุล, วัลลา ตันตโยทัย และรวมพร คงกำเนิด (บรรณาธิการ), 2543. *การส่งเสริมสุขภาพ: แนวคิดทฤษฎีและการปฏิบัติการพยาบาล*. นครศรีธรรมราช : มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.

- สำนักบริหารการทะเบียน. (2554). สถิติข้อมูลแรงงานต่างด้าวปี 2554. สืบค้นจาก
<http://wp.doe.go.th/wp/images/statistic>
- สำนักบริหารแรงงานต่างชาติ กระทรวงแรงงาน. (2560). สถิติข้อมูลแรงงานต่างด้าวปี 2554. สืบค้น
 จาก<http://wp.doe.go.th/wp/images/statistic>
- (2561). แนวทางการบริหารจัดการแรงงานต่างด้าว ตามมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 16
 มกราคม 2561 สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ณ ศูนย์ oss และ ศปก.บต. สืบค้นจาก
<http://www.doe.go.th/alien>
- สำนักงานตรวจคนเข้าเมือง. (2557). แผนปฏิบัติการราชการกองบังคับตรวจคนเข้าเมือง 3 ประจำปี
 งบประมาณ 2557. สืบค้นจาก
http://division3.immigration.go.th/Images/Plan%203_2557.pdf
- สำนักงานตำรวจแห่งชาติ. (2557). แผนปฏิบัติการราชการสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ
 2557. สืบค้นจาก
http://www.pgh.go.th/ckfinder/userfiles/images_pghfiles/PDF/pgh2557.pdf.
- สำนักงานที่ปรึกษาพันมิตรสาธารณสุขและองค์การแพท. (2556). การคาดประมาณการประชากร
 ต่างด้าวในพื้นที่กรุงเทพมหานครเพื่อพัฒนาการจัดบริการวางแผนครอบครัว อนามัยแม่และ
 เด็ก และการเสริมสร้างความครอบคลุมของโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน. กรุงเทพฯ :
 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สำนักงานประกันสังคม. (2555). ความคุ้มครองแรงงานต่างด้าวที่เข้าเมืองถูกกฎหมาย.
 สืบค้นจาก <http://www.sso.go.th/wpr/content.jsp?cat=762&id=4140>
- (2557). การนำส่งเงินสมทบตามพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2558.
<http://www.sso.go.th/wpr/content.jsp?lang=th&cat=762&id=4487>
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2551). สถิติการทำแท้งและการเสียชีวิตแรงงานต่างชาติ.
 สืบค้นจาก <http://www.ops2.moph.go.th>
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา, ฝ่ายควบคุมโรคติดต่อ. (2558). รายงานผลการตรวจสุขภาพ
 แรงงานต่างชาติประจำปี ศูนย์บริการ One Stop Service จังหวัดสงขลา.
- สำนักงานสาธารณสุขปทุมธานี. (2557). การดูแลสุขภาพแรงงานต่างชาติ สำนักงานสาธารณสุข
 ปทุมธานี. สืบค้นจากhttp://203.157.108.3/insu/file_upload/subblocks
- สำนักบริหารการสาธารณสุข. (2557). ข้อมูลในการรักษาให้แก่แรงงานต่างด้าวที่ไม่สามารถเรียกเก็บ
 ได้ปี 2553-2556. สืบค้นจาก
http://www.boe.moph.go.th/files/meeting/slide_IHR_2DEC_pdf/3.pdf

- (2557). รายงานผลการดำเนินงานจัดตั้งศูนย์บริการ *One Stop Service*. สืบค้นจาก http://www.boe.moph.go.th/files/meeting/slide_IHR_2DEC_pdf/3.pdf
- สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว, ฝ่ายทะเบียนและข้อมูลสารสนเทศ. (2555). สถิติข้อมูลแรงงานต่างชาติ ปี 2555. สืบค้นจาก <http://wp.doe.go.th/wp/images/statistic/sm/55/sm1255.pdf>
- (2557). สถิติข้อมูลแรงงานต่างชาติปี 2557. สืบค้นจาก <http://wp.doe.go.th/wp/images/statistic/sm/57/sm1257.pdf>
- สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว. (2555). *ข้อควรรู้สำหรับนายจ้างและแรงงานต่างด้าว สัญชาติ พม่า ลาว กัมพูชา*. กรมการจัดหางาน, สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว. สืบค้นจาก <http://wp.doe.go.th/wp/images/book/book%20cambodia.pdf>
- (2557). ประวัติความเป็นมาเกี่ยวกับการควบคุมการทำงานของคนต่างด้าว. สืบค้นจาก <http://wp.doe.go.th/histor>.
- สำนักกระบาดวิทยา, กลุ่มโรคติดต่อทั่วไป. (2549). รายงานโรคเท้าช้าง. สืบค้นจาก <http://203.157.15.110/boe/home.php>
- (2550). สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค 2550 โรคมาลาเรีย. สืบค้นจาก <http://www.epid.moph.go.th>
- (2551). สถานการณ์โรคติดต่อที่สำคัญในศูนย์พักพิงชั่วคราวชายแดนไทย. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรคปี 2551, 122-126. <http://www.epid.moph.go.th>
- (2551). สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค 2551 โรคอหิวาตกโรค. สืบค้นจาก <http://www.epid.moph.go.th>
- (2552). สถิติผู้ป่วยโรคเท้าช้างจำแนกรายจังหวัด. สืบค้นจาก <http://www.epid.moph.go.th>
- (2553ก). สถานการณ์โรคเอดส์ปี 2552-2554. สืบค้นจาก <http://www.boe.moph.go.th/report.php?list=1&cat=3>
- (2553ข). สถานการณ์โรคเอดส์ปี 2552-2554. สืบค้นจาก <http://www.boe.moph.go.th/report.php?list=1&cat=3>
- (2554). จำนวนแรงงานต่างชาติและผู้ป่วยอหิวาตกโรค มาลาเรีย ปี 2553. สืบค้นจาก <http://www.epid.moph.go.th>
- (2555). ประชากรต่างด้าวกับโรคติดต่อที่สำคัญ. *Weekly Epidemiological Surveillance Report*, 42(2).
- (2555ก). รายงานสถานการณ์ติดเชื้อเอชไอวีในแรงงานต่างชาติประเทศไทยปี 2555. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

- (2555ข). รายงานสถานการณ์ติดเชื้อเอชไอวีในแรงงานต่างชาติประเทศไทยปี 2555.
นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- (2556). ภาพรวมการระบาดของโรคติดเชื้อเอชไอวีของประเทศไทย ปี 2556. สืบค้นจาก
http://www.boe.moph.go.th/files/report/20141128_31017647.pdf
- (2557). โรคเท้าช้าง. สืบค้นจาก www.thaivbd.org/content.php?id=52.
- (2557). สถานการณ์โรคเรื้อน. สืบค้นจาก <http://www.thaileprosy.org/>
- สำนักวิจัยโรค. (2554). รายงานสถานการณ์และผลการดำเนินงานวัณโรคไทยประจำไตรมาสที่ 1
ปีงบประมาณ 2554, 1(2), 1-4. สืบค้นจาก
<http://ipsr.healthrepository.org/handle/123456789/936>.
- (2556). รายงานสถานการณ์โรคเรื้อนต่างด้าวในปี 2551-2555. สืบค้นจาก
<http://www.thaileprosy.org/>
- สำนักโรคติดต่อหน้าโดยแมลง. (2551). สถานการณ์โรคมาลาเรีย ประจำสัปดาห์. สืบค้นจาก
<http://www.epid.moph.go.th>.
- (2556). สถานการณ์โรคมาลาเรีย ประจำสัปดาห์. สืบค้นจาก
<http://www.epid.moph.go.th>.
- (2557). โรคเท้าช้าง. สืบค้นจาก <http://www.thaivbd.org/content.php?id=53>
- (2558). สถานการณ์โรคมาลาเรีย ประจำสัปดาห์. สืบค้นจาก
<http://www.epid.moph.go.th>.
- สำนักงานสาธารณสุขมูลฐาน. (2540). การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย. กรุงเทพฯ:
สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน.
- สุดี จารุพันธ์, และ จิรเนาว์ ทศศรี. (2550). รายงานการวิจัยสภาพและปัญหาการเข้าถึงบริการ
สาธารณสุขของแรงงานต่างด้าวจังหวัดสงขลา. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. สงขลา:
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา.
- สุภางค์ จันทวานิช. (2543). วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่ง
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุรชาติ บำรุงสุข. (2552). การบริหารจัดการชายแดน. วารสารความมั่นคง, 52(53), 1-22.
- สุรียพร พันพิ่ง และคณะ. (2548). คนรับใช้ในบ้าน: แรงงานอพยพจากพม่ามาไทย. นครปฐม:
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุสัณหา ยิ้มแย้ม, ชลลิสสา จริยเลิศศักดิ์, และ สุจิตรา เทียนสวัสดิ์. (2552). คุณภาพชีวิต ปัญหา
สุขภาพและพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพด้านอนามัยเจริญพันธุ์ในแรงงานต่างชาติสตรี. สำนักงาน
คณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.

- เสาวธาร โพธิ์ก๊าด, และ อุไรรัตน์ แยมชุตติ. (2555). ปัญหาของแรงงานต่างชาติ กรณีศึกษาแรงงาน
ต่างชาติสัญชาติพม่าในเขตพื้นที่จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยธนบุรี*,
6(11), 5-13.
- สมปอง พะมูลิลา. (2561). การวิจัยเชิงปฏิบัติการ. สืบค้นจาก
<http://www.nurse.ubu.ac.th/new/?q=node/740>
- สวรรยา ศรีสันติสุข และ ชีระพงษ์ บุญรักษา. (2561). การรับรู้วัฒนธรรมองค์การที่มีอิทธิพลต่อ
ความผูกพันต่อองค์การของแรงงานชาวพม่า ในจังหวัดสมุทรสาคร. *วารสารศิลปการฉบับ
ภาษาไทย สาขามนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์ และศิลปะ*, 11(1), 2368-2385.
- สมจิต หนูเจริญกุล, วัลลา ตันตโยทัย และ รามพร คงกำเนิด (บรรณาธิการ). (2543). การส่งเสริม
สุขภาพ: *แนวคิดทฤษฎีและการปฏิบัติการพยาบาล*. นครศรีธรรมราช : มหาวิทยาลัยวลัย
ลักษณ์.
- อมรา สุนทรธาดา. (2558). แรงงานย้ายถิ่นในอนุภาคลุ่มน้ำโขง. *ความหลากหลายทางประชากรและ
สังคมในประเทศไทย ปี 2558*. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล 149-163.
- อชิตยา นวลศรี. (2552). *การเคลื่อนย้ายแรงงานของสหภาพยุโรป (EU) และประเทศสวิตเซอร์แลนด์*.
กรุงเทพฯ : ฝ่ายแรงงานประจำคณะทูตถาวร ประจำสหประชาชาติ นครเจนีวา ประเทศ
สวิตเซอร์แลนด์. สืบค้นจาก <http://switzerland.mol.go.th/home>
- อดิสร เกิดมงคล. (2551). *แรงงานต่างชาติจากพม่าในประเทศไทย : มองผ่านนโยบายรัฐไทยและ
ประเด็นสิทธิมนุษยชน*. สืบค้นจาก <http://www.gotoknow.org/posts/264923>.
- อดิเดช สติวโร, ธรรมปพร, ธรรมปพร หงษ์ทอง, สุเมธ บุญมะยา, วีริชฌ์ วรินโท และสุรีย์พร แซ่
เอี้ยบ. พฤติกรรมกลุ่มเชิงพุทธของกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต. *วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์*,
6(3), 1213-1228.
- อมาวสี อัมพันศิริรัตน์ และ พิมพิมล วงศ์ไชยา (2560). การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม:
ลักษณะสำคัญและการประยุกต์ใช้ในชุมชน. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม*, 36(6), 192-202.
- อนุสรณ์ ธรรมใจ. (2555). มิติด้านแรงงานและบริการทางการเงิน ใน ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน.
กรุงเทพธุรกิจ ออนไลน์. สืบค้นจาก
<http://www.bangkokbiznews.com/home/detail/politics/opinion/anusorn/20120525/453360>.
- อภิญา เลื่อนฉวี. (2554). *การเคลื่อนย้ายแรงงานเสรีในอาเซียน : ผลกระทบอย่างไรต่อไทย*. สืบค้น
จาก <http://www.itd.or.th/articles?download=118>

- อรนุช นิยมธรรม. (2554). *การแปลเอกสารท้องถิ่นของประเทศพม่า : ประวัติศาสตร์และภูมิศาสตร์เมือง*. TNRR. สืบค้นจาก
<http://www.tnrr.in.th/rir/index.php?page=researching&nid=345317>.
- อัษฎิญา จงจริญ, และ อัจฉราพรรณ จรัสวัฒน์. (2554). การก่ออาชญากรรมของแรงงานต่างด้าวสัญชาติพม่า กรณีศึกษาจังหวัดระนอง. *วารสารคุณภาพชีวิตกับกฎหมาย*, 7 (1), 96-108.
- อาณัติชัย วาสประเสริฐสุข, สุทนต์ ศรีไสย์ และจินต์ วิภาตะกัลป์. (2558). การพัฒนาศักยภาพแรงงานข้ามชาติในภาคอุตสาหกรรมผู้ผลิตชิ้นส่วนยานยนต์ในเขตพื้นที่ภาคตะวันออกของประเทศไทย. *วารสารวิทยาลัยพาณิชยศาสตร์บูรพาปริทัศน์*, 10 (1), 61-78.
- อุษาวดี สุตะภักดิ์. (6 กรกฎาคม 2557). รูปแบบการดำเนินการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับกองทุนระบบประกันสุขภาพต่างด้าวในประเทศไทย. *ผู้จัดการออนไลน์*. สืบค้นจาก
<http://www.manager.co.th/QOL/ViewNews.aspx?NewsID=9570000076132>
- อมร นนทสุต. (2531). *แนวความคิดหลักการและกลวิธีการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน* (พิมพ์ครั้งที่ 5) กรุงเทพมหานคร สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน.

ภาษาอังกฤษ

- Arnstein, S.R., (1996). A Ladder of Citizen Participation. *JAIIP*, 35(4), 216-224.
- Ahonen, E.Q., & Benavides, F.G. (2006). Risk of fatal and non-fatal occupational injury in foreign workers in Spain. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 60(5), 424–6.
- Ahonen, E.Q., Benavides, F.G.,& Benach, J. (2007). Immigrant populations, work and health – a systematic literature review. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 33(2), 96–104.
- Ali, N.E. & Sion, H.C. (2014). Solid waste management in Asian countries: a review of solid waste minimisation (3'r) towards low carbon. IOP Conference Series: Earth and Environmental Science 8th International Symposium of the Digital Earth (ISDE8).
- Anderson, L.M., Teutsch, M.S. & Land, G.H. (2005). Evidence-Based Public Health Policy and Practice: Promises and Limits. *American Journal of Preventive Medicine*, 28(5), 226-230. doi:10.1016/j.amepre.2005.02.014
- Andersen, R. (1968). *A behavioral Model of Families' Use of Health Services*. Research Series No. 25. Chicago, IL: Center for Health Administration Studies, University of Chicago.
-(1995). Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 1-10.
- Arnstein, S. (1969). A Ladder of citizen participation. *Journal of the American Institute of Planners*. 35(4), 214-214.
- Artsanthia, J., Imsorn, P. & Pongauksorn, P. (2016). Best practice for development of community competency in prevention and problem solving in parasite worm : reflective academic service. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 17(2), 175-183.
- Aung, Z. P., Prathung, H., & Htoo, H. K. S. (2012). Factors Inducing Anxiety and Depression among Adult Myanmar Migrant Workers: A Case Study in Ratchaburi Province, Thailand. *Journal of Health Research*, 26(2), 101–103.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy. “Mechanism in Human Agency” *American Psychologist*, 31(1), 122–147.

- Bacciconi, M., Patussi, V., Barbina, P., et al. (2006). Gli infortuni sul lavoro tra le donne immigrate nelle regioni del Nord-Est (Veneto e Friuli Venezia Giulia) [Occupational accidents among immigrant women in the Italian North-Eastern regions (Veneto and Friuli Venezia Giulia)]. *Epidemiologia e Prevenzione*, 30(1), 33–9.
- Baird, G., Pickles, A., Simonoff, E., Charman, T., Sullivan, P., Chandler, S., et al. (2008). *Measles Vaccination and Antibody Response in Autism Specific Disorders*. *Archives of Disease in Childhood*, 1-6.
- Baker, S., C., Holomyong & K., Thianlai. (2010). *Research gaps concerning the health of migrants from Cambodia, Lao PDR and Myanmar in Thailand*. Mahidol University. Retrieved from <http://www.li.mahidol.ac.th/branch/pdf/cl-june-2011.pdf>.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy. “Mechanism in Human Agency” *American Psychologist*, 31(February 1982), 122–147.
- Baum, F., MacDougall, C & Smith, D. (2006). Participatory action research. *Epidemiology community health journal*, 60, 854–857. doi: 10.1136/jech.2004.028662
- Benach, J., Muntaner, C., Chung, H. & Benavides, F.G. (2010). Immigration, employment relations, and health: developing a research agenda. *American Journal of Industrial Medicine*, 53(4), 338–43.
- Benavides, F.G., Ahonen, E.Q. & Bosch, C. (2008). Riesgo de lesión por accidente laboral en trabajadores extranjeros (España, 2003 y 2004) [Risk of occupational injury in foreign workers in Spain (2003 and 2004)]. *Gaceta Sanitaria*, 22(1), 44–47.
- Berger, P. & T. Luckmann (1971). *The Social Construction of Reality*. Harmondsworth, England: Penguin. Boulder, CO: Westview Press.
- Borjas, J. (2016). Immigration Economics by George J. Borjas: A Review Essay. *Journal of Economic Literature*, 54(4), 1355-1374.
- Braga, M. C. B & Ramos, S. I. P. (2006). Development of a database model for the systematization of integrated solid waste management programs in public cleaning services. *Engenharia Sanitaria e Ambiental, Rio de Janeiro*, 11(2), 162-168.

- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. (2005). Interkulturelle Kompetenz im Gesundheitswesen. Retrieved from http://www.bmg.gv.at/cms/site/attachments/6/5/0/CH0772/CMS1126253889077/bericht_interkulturelle_kompetenz_im_gesundheitswesen.pdf
- Bureau of Environmental Health, Department of Health. (2016). Control of disease. Retrieved from www.env.anamai.moph.go.th/ewtadmin/ewt/env/main.php?filename=totalbook#article
- Castilla, J., Sobrino, P., del Amo, J.; the EPI-VIH Study Group. (2002). HIV infection among people of foreign origin voluntarily tested in Spain. A comparison with national subjects. *Sexually Transmitted Infections*, 78, 250–254.
- Chaichana, S., Pakthongsuk, P. & Kittitornkoo, J. (2018). *Community diagnosis and health management of migrant workers in camps: participatory action: Proceedings of the International Research Symposium Series (IRSS) 2018 Conference*, 34- 41. Malaysia: Penang.
- Chakpitak, W. (2015), Task process reference model on elderly's lifestyle for cluttered homes of the elderly in Northern Thailand. *Ramkhamhaeng International University Journal*, 3(1), 114-116.
- Chanthavysouk, K. (2011). *Migrant Labor Context of Lao*. Retrieved from http://www.gfmer.ch/Activites_internationales_Fr/Laos/PDF-Course-2011/Migrant-labor-context-Lao-PDR-Chanthavysouk-2011.pdf.
- Chimienti, M. (2009). Migration and health: national policies compared. In: Fernandes, A. and Pereira Miguel, J. (eds) *Health and Migration in the European Union: Better Health for All in an Inclusive Society*. Lisbon: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Retrieved from <http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Publicacoes/Outros/Documents/Epidemiologia/HealthMigrationEU2.pdf>

- Chunyan, W. (2010). The Study on Social of Migrant Workers and Countermeasures. *Energy Procedia*, 2011(5), 2082-2086. Retrieved from http://ac.els-cdn.com/S1876610211012951/1-s2.0-S1876610211012951-main.pdf?_tid=84dbb1ec-6d99-11e4-b5f8-00000aab0f01&acdnat=1416146865_5dfdc3f4b2cf31c24efb62c7e5ad14a3
- Cockerham, W. C. (1982). *The Process of Seeking Medical Care*. In *Medical Sociology* (2nd Ed., pp. 68-100). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Cohen, J. M., & Uphoff, N. T. (1980). Participation's place in rural development: Seeking clarity through specificity. *New York: World Developments*, 8(3), 213-235.
- Colao, A.M., Pisciotano, V., Giampaolletti, C. & Cenci, G. (2006). Il fenomeno infortunistico nei lavoratori extracomunitari della zona territoriale n. 6 Fabriano [Occupational accidents among immigrant workers in the Fabriano areas]. *Medicina del Lavoro*, 97(6), 787-98.
- Community Development Information Centre, Community Development Department. (2016). *Basic-minimum-needs (BMN) information 2016*. Retrieved from <http://www.cdd.go.th/our-services/>.
- Costello, Patrick J.M. (2003). *Action Research*. Cornwall: MPG Books.
- Creighton, J. I. (1981). *The public involvement manual*. Massachusetts: Abt books.
- Crinson. (2010, June 28). Section 4. Lay Health Beliefs and Illness Behaviour [Text]. Retrieved from <http://www.healthknowledge.org.uk/public-health-textbook/medical-sociology-policy-economics/4a-concepts-health-illness/section4>
- Dhokhikah, Y. & Trihadiningrum, Y. (2012). Solid waste management in Asian developing countries: Challenges and opportunities. *Journal of Applied Environmental and Biological Sciences*, 2(7), 329-335.
- ECDC/WHO Regional Office for Europe (2010). *Tuberculosis Surveillance in Europe 2008*. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control.
- Eden, C. & Ackermann, F. (2018). Theory into practice, practice to theory: Action research in method development. *European Journal of Operation Research*, 271(1), 1145-1155.

- EuroHIV. (2007). *HIV/AIDS Surveillance in Europe. End-year report 2006, No. 75*.
SaintMaurice: Institut de Veille Sanitaire.
- Evaldo de Melo Ferreira, E.M., Barros, R.T.V., & Soviar, J. (2017). Brazilian waste management: Belo Horizonte's case study of sustainable management. *Procedia Engineering*, 192(1), 171–176.
- Fals-Borda, O., & Rahman, M. A. (1991). *Action and knowledge: Breaking the monopoly with participatory action research*. New York: Apex Press.
- Felder, R. M., & Brent R. (2008). *Workshop on Active and Cooperative Learning, Penn State University*. Retrieved from <http://www.value@aacu.org>
- Ferrans. (1997). *Quality of Life Index Reliability and Validity*. Retrieved from <https://www.uic.edu/orgs/qli/reliability/reliabilitymain.htm>
- Foreign Workers Administration Office. (2017). *Statistics of the number of foreign workers who have received work permits throughout the Kingdom, December 2018*.
- Gaines, A. D. (1992). *Ethno psychiatry: The cultural construction of psychiatrics*. In A. D. Gaines (Ed.), *Ethno psychiatry: The cultural construction of professional and folk psychiatrics* (pp. 3-49). Albany, NY: State University of New York Press.
- German Federal Government. (2007). *National Integration Plan*. Retrieved from http://www.bundesregierung.de/nsc_true/Content/DE/Archiv16/Artikel/2007/07/Anlage/2007-12-nationaler-integrationsplan-kurzfassung,property=publicationFile.pdf/200707-12-nationaler-integrationsplan-kurzfassung
- Gilley. J. W., Steven, A., Egglund, S. A., & Maycunich, A. M. (2002). *Principle of Human Resource Development*. USA: Basic Book.
- Goedhart, G., van Eijdsden, M., van der Wal, M.F. & Bonsel, G.J. (2008). Ethnic differences in preterm birth and its subtypes: the effect of a cumulative risk profile. *BJOG*, 115(6), 710–719.
- Hamers, F. & Downs, A.M. (2004). The changing face of the HIV epidemic in western Europe: what are the implications for public health policies? *Lancet*, 364(9428), 83–94.

- Hall, A. (2012). Migrant Workers and Social Protection in ASEAN: Moving Towards a Regional Standard?. *Journal of Population and Social Studies*, 21(1), 12-38.
-(2012). *Myanmar and Migrant Workers: Briefing and Recommendations*. Mahidol Migration Center. Retrieved form http://oppenheimer.mcgill.ca/IMG/pdf/Myanmar_and_Migrant_Workers_-_Briefing_and_Recommendations.pdf
- Hamers, F. & Downs, A.M. (2004). The changing face of the HIV epidemic in western Europe: what are the implications for public health policies? *Lancet*, 364(9428): 83-94.
- Htoot, H. K. S., Than, N.N., Kaul, S. K. Kumar, S. & Ratana, S. (2012). Utilization of contraception among Myanmar migrant married women in Phang Nga province Thailand. *Journal of Health Research*, 5-8. Retrieved form http://books.google.co.th/books/about/A_Health_Impact_Assessment_of_Internatio.html?id=3NB5ngEACAAJ&redir_esc=y.
- Hugute, J., Chamratitiron, A. & Natail,C. (2012). Thailand at crossroad : challenges and opportunities in leveraging migration for deversopment. International Organization Migration (IOM), 1-11.
- Human Rights Watch. (2011). *World Report 2011 : Myanmar*. 2012, (February 8), 1-5.
- International Federation. (2014). All rights reserved Retrieved form https://www.iap2.org.au/Tenant/C0000004/00000001/files/IAP2_Public_Participation_Spectrum.pdf
- International Labour Organization. (2013). Thailand-A labour market profile ILO regional office for Asia and the pacific Bangkok: ILO, pp.73.
- (2017). Labour-related provisions in trade agreements: Recent trends and relevance to the ILO. 328th Session, Geneva, 27 October-10 November 2017.
- International Organisation For Migration. (2007). Assessment of Mobility and HIV Vulnerability among Myanmar Migrant Sex Workers and Factory Workers in Mae Sot District, Tak Province, Thailand. Bangkok International Organisation for Migration.
- (2011). An Analysis of Migration Health in Kenya. Retrieved form <https://www.nairobi.iom.int>

- Isaramalai, S. (2002). Developing a cross-cultural measure of the Self-As-Carer-Inventory Questionnaire for the Thai population. The 7th International Self-care Deficit Nursing Theory Conference, Atlanta, Georgia, USA.
- Janzen, J. M. (1978). Contemporary Systems of Popular Medicine in Lower Zaire. In *The Quest for Journal of Health and Human Behavior*, (1), 183-191.
- Kanthawee, P., Pongpanich, S., Meenuck, P., Maiarin, R., Taneepanichskul, S. & Hansudewechakul, C. (2014). Quaiity of life ,psychosocial health and health care among aging people in Chiang rai province, Thailand: The frist phase. *Journal Health Research*, 28(5), 343-352.
- Kasl, S., & Cobb, S. (1966). Health behavior, illness~ behavior, and sick role behavior. *Arch. Environ. Med*, (12), 246-266.
- Kasperson, R. (1974). Participating in public affairs: Theories and issues. In R. Kasperson& m. Breitbart (Eds), *Participation, decentralisation, and advocacy planning* (pp. 1-16). Washington D.C.: Association of American Geographers.
- Kemmis, S., & Mc Taggart, R. (1988). *The action research reader* (3rded.). Geelong, Victoria: Deakin University Press.
- Kemmis, Stephen and Robin McTaggart. (1990). *The Action Research Planner*. 3rd ed. Victoria: Deakin University Press.
- Kleinman, A. (1980). *Family-Based Popular Health Care*. In *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley, CA: University of California Press. 179-202.
- Knodel, J., Teerawichichainan, B., Prachuabmoh, V. & Pothisiri, W. (2015). The situation of Thailand is Older population. *Population Studies center PDC Research Reports*, (1), 1-106.
- Kohpaiboon, A. & Wongcharoen, P. (2015). Export Performance of Thailand: What Going on and Upcoming Challenges. *Thammasat Economic Journal*, 33(3), 35-65.
- Kouloughli, S. & Kanfoud, S. (2017). Municipal Solid Waste Management in Constantine, Algeria. *Journal of Geoscience and Environment Protection*, 5, 85-93. Retrieved form <http://dx.doi.org/10.4236/gep.2017.51006>

- LaVela, S. L., Smith, B., Weaver, F. M., & Miskevics, S. A. (2004). Geographical Proximity and Health Care Utilization in Veterans with SCI&D in the USA. *Social Science and Medicine*, (59), 2387-2399.
- Leach, M. J., Canaway, R. & Hunter, J. (2018). Evidence based practice in traditional & complementary medicine: An agenda for policy, practice, education and research. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 31(1), 38-46.
- Lederer, J., Ongatai, A., Odeda, D., Rashid, H., Otim, S. & Nabaasa, M. (2015). The generation of stakeholder's knowledge for solid waste management planning through action research: A case study from Busia, Uganda. *Habitat International*, 50(1), 99-109.
- Lederer, J., Ongatai, A., Odeda, D., Rashid, H., Nabaasa, M. & Otim, S. (2015). The generation of stakeholder's knowledge for solid waste management planning through action research: A case study from Busia, Uganda. *Habitat International*, 50(1), 99-109.
- López-Jacob, M.J., Ahonen, E., García, A.M., Gil, A. & Benavides, F.G. (2008) Comparación de las lesiones por accidente de trabajo en trabajadores extranjeros y españoles por actividad económica y comunidad autónoma (España, 2005) [Occupational injury in foreign workers by economic activity and autonomous community (Spain 2005)]. *Revista Española de Salud Pública*, 82(2), 179–87.
<http://www.gotoknow.org/file/ngaochan/policyM.doc>.
- Madeddu, G. et al. (2007). The changing face of the HIV epidemic in Northern Sardinia: increased diagnosis among pregnant woman. *Infection*, 35(1), 19–21.
- Marchiori, L. et al. (2008). Una procedura per la stima del tasso di infortunio nei lavoratori extracomunitari irregolar [A procedure for estimating the rate of occupational accidents in non-European-Union workers with irregular immigrant status]. *Medicina del Lavoro*, 99(Suppl. 1), 76–87.
- Martin, P. (2007). *The Economic Contribution of Migrant Workers to Thailand*. Bangkok: International Labour Office.

- McCauley, L.A. (2005). Immigrant workers in the United States: recent trends, vulnerable populations, and challenges for occupational health. *AAOHN J: Journal of the American Association of Occupational Health Nurses*, 53(7), 313–19.
- Mechanic, D. (1978). *Medical Sociology: A comprehensive text* (2nd ed.). New York, NY: Free Press.
- Migrant Working Group. (2009). *Policies, strategies and measures for sustainable management of foreign workers*. Retrieved from
- Mikkelsen, Brittha. (1995). *Methods for Development Work and Research: A Guide for Practitioners*. SAGE Publications London.
- Mir, M.A., Ghazvinei, P.T., Sulaiman, N.M.N., Basri, N.E.A., Saheri, S., Mahmood, N.Z., Jahan, A., Begum, R.A., Aghamohammadi, N. (2016). Application of TOPSIS and VIKOR improved versions in a multi criteria decision analysis to develop an optimized municipal solid waste management model. *Journal of Environmental Management, USA*, 166(1), 109-115.
- Mohamad, N.H., Kesavan, P., Rasid, A.R A., Hamzah, A. & Khalifah, Z. (2013). Capacity building: Enabling learning in rural community through partnership. *Social and Behavioral sciences*, 93(1), 1845-1849.
- Nguyen-viet, H., et al. (2018). Research and training partnership to assist policy and capacity building in improving food safety in Vietnam. *Global Food Security*, 19(1), 24–30.
- Nikolopoulos, G., Arvanitis, M., Masgala, A. & Paraskeva, D. (2005). Migration and HIV epidemic in Greece. *European Journal of Public Health*, 15(3), 296–299.
- Nonaka, I. & Takeuchi, H. (1997). *Die organisation des Wissens: wie japanische Unternehmen eine brachliegende Ressource nutzbar machen*. Frankfurt am Main: Campus Verlag.

- Omer, S. B., Pan, W. K. Y., Halsey, N. A., Stokley, S., Moulton, L. H., Navar, A. M., et al. (2006). Nonmedical Exemptions to School Immunization Requirements: Secular trends and association of state policies with pertussis incidence. *Journal of American Medical Association*, 296(14), 1757-1763.
- Orem, D.E. (2001). *Nursing: Concepts of Practice* (6th ed). St.louis : Mosby.
- Organizational culture affecting effective management in organic food industry Thailand. *PSAKU. International Journal of Interdisciplinary Research*, 6(1), 111-115.
- Parsons, T. (1951). *The Social System*. Glencoe, IL: Free Press
- Patussi, V., Barbina, P., Barbone, F., et al. (2008). Confronto dell'incidenza degli infortuni tra lavoratori tipici, interinali e migrant del Friuli-Venezia Giulia [Comparison of the incidence rate of occupational injuries among permanent, temporary and immigrant workers in Friuli-Venezia Giulia]. *Epidemiologia e Prevenzione*, 32(1), 35–8.
- Peailueang, N. (2002). *Adaptation of fertility behavior among immigrant women in Kanchanaburi province, Thailand* Bangkok: Mahidol University. Retrieved form http://dric.nrct.go.th/bookdetail.php?book_id=114421.
- Pender, N.J., 1996. *Health Promotion in Nursing Practice*. 3rd ed. Stanford, Connecticut :Appleton & lange.
- Pezzoli, M.C., El Hamad, I., Scarcella, C., et al. (2009). HIV infection among illegal migrants, Italy, 2004–2007. *Emerging Infectious Diseases*, 15(11), 1802–1804.
- Ramaiya, M.K., Regmi, U. & Kohrt, B.A. (2017). A Cultural Adaptation of Dialectical Behavior Therapy in Nepal. *Cognitive and behavioral practice*, 24(1), 428-444.
- Rattanakul, N. (2009). *Immigration Policy in Thailand* Department of Employment, Ministry of Labour. Retrieved form <http://www.cdri.org.kh/dan/conf78oct09/d1/1.%20Mr%20Nara%20Rattanakul%20-%20Thailand.pdf>
- Rebhan, D. P. (2008). *Health Care Utilization: Understanding and applying theories and models of health care seeking behavior*. Case Western Reserve University. Retrieved form <http://www.cdc.gov/nchs/data/misc/healthcare.pdf>.

- Republic of Kenya. (2010c). Division of Leprosy, Tuberculosis, and Lung Disease, Kenya: Strategic Plan 2011-2015, Ministry of Public Health and Sanitation, Nairobi.
- Robertson, J. (2009). *Migrant Workers in Malaysia-Issues, Concerns and Points for Action. 2009.*
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1994). *The Health Belief Model and HIV Risk Behavior Change. In R. J. DiClemente & J. L. Peterson (Eds.), Preventing AIDS: Theories and methods of behavioral interventions (pp 5-24).* New York, NY: Plenum Press. *Singapore work Visas and Passes.* Retrieved form <http://www.rikvin.com/learn/visas/>
- Rubiales-Gutiérrez, E., Agudelo-Suárez, A.A., López-Jacob, M.J. & Ronda-Pérez, E. (2010). Diferencias en los accidentes laborales en España según país de procedencia del trabajador [Differences in occupational accidents in Spain according to the worker's country of origin]. *Salud Pública de Mexico*, 52(3), 199–206.
- Salminen, S., Vartia, M., & Glorgiani, T. (2009). Occupational injuries of immigrant and Finnish bus drivers. *Journal of Safety Research*, 40(3), 203–205.
- Steinberg, D. I. (1981). *Burmas Road toward Development: Growth and Ideology under Military Rule.*
- Steinhauer, J. (2008). *Public Health Risk Seen as Parents Reject Vaccines.* New York Times. April 16, 2008. Retrieved form <http://www.nytimes.com>.
- Stufflebeam and Shinkfield. (2007). *Evaluation Theory, Models and Applications.* John Wiley and Son, Inc.
- Suchman, E. (1965). Social Patterns of Illness and Medical Care. *Journal of Health and Human Behavior*, 6(3), 114-28.
- Tan, A. (2012). *Singapore Tightens Rules for Foreign Workers' Families.* Retrieved form <http://www.bloomberg.com/news/2012-07-09/singapore-tightens-rules-for-foreign-workers-families.html>
- Tangcharoensathien, V., Thwinb, A.A. & Patcharanarumola, W. (2017). Implementing health insurance for migrants. *Bull World Health Organ* 95(1). 146–151. Retrieved form www.doi.org/10.2471/BLT.16.179606

- Taylor, S. (2003). *Approaches to Health, Illness, and Health Care*. In S. Taylor & D. Field (Eds.) *Sociology of Health and Health Care* (3rd ed., pp 21-42). Oxford: Blackwell Publishing. test of health belief model. *Journal of Public Health Report*, 93(3), 268-277.
- The World Bank. (2011). *The Migration and Remittances Fact book*. Retrieved form <http://siteresources.worldbank.org/INTLAC/Resources/Factbook2011-Ebook.pdf>
- Tsarouk, T., Thompson, A.E., Herting, J.R., Walsh, E. & Randell, B. (2007). Culturally specific adaptation prevention intervention: An international collaborative research project. *Addictive Behaviors*, 32(1), 1565–1581.
- Tsia, S.Y. (2012). A study of the Health Related Quality of Life and Work Related Stress of White Collar Migrants. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9(1), 3740-3754.
- Vazquez, M-L., Terraza-Nunez, R., Vargas, I., Rodriquez, D. & Lizana, T. (2010). *Health policies for migrant populations in three European countries: England; Italy and Spain*. Health Policy .
- Waterman, H., Tillen, D., Dickson, R., & De Koning, K. (2001). Action research: a systematic review and guidance for assessment. *Health Technology Assessment*, 5,166.
- Whyte, W.F. (1991). *Participatory action research*. SAGE PUBLICATION London.
- Wikipedia. (2011). *Immigration to Singapore*. Retrieved form http://en.wikipedia.org/wiki/Immigration_to_Singapore.
- Wolinsky, F. (1988b). *Seeking and Using Health Services*. In *The Sociology of Health*. Belmont, CA: Wadsworth, 2nd ed., 117-144.
- World Health Organization. (1978). *Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, Aman-Ata, USSR, 6-12 September*. Retrieved form http://who.int/publications/almamta_declaration_en.pdf.
- World Health Organization, IOM, Government of Spain. (2010). *Health of Migrants: The Way Forward-Report of a global consultation, Madrid, Spain 3-5 March 2010*, WHO, Geneva.
- World Health Organization. *Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, Aman-Ata, USSR, 6-12 September*. Retrieved form http://who.int/publications/almamta_declaration_en.pdf.

- Yamanae, Taro. (1973). *Statistics: An Introductory Analysis*. London: John Weather Hill, Inc.
- Young, J.C. (1981). *Medical Choice in a Mexican Village*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Young, J. C., & Young-Garro, L.Y. (1982). Variation in the Choice of Treatment in Two Mexican Communities. *Social Science and Medicine*, 16(16), 1453-1465.
- Zola. (1973). Section 4. Lay Health Beliefs and Illness Behavior [Text]., Retrieved from <http://www.healthknowledge.org.uk/public-health-textbook/medical-sociology-policy-economics/4a-concepts-health-illness/section4>

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก เครื่องมือในการวิจัย

ภาคผนวก ข แผนการอบรมเชิงปฏิบัติการการบริหารจัดการโครงการ

(E1)

แบบประเมินความรู้เรื่องการวินิจฉัยชุมชน

จงทำเครื่องหมาย × เลือกคำตอบที่ท่านเห็นว่าถูกต้องที่สุด

คำถาม	ถูก	ผิด
1. การวินิจฉัยชุมชน คือ การค้นหาปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของชุมชน หาสาเหตุของปัญหา แล้วจึงวางแผนดำเนินการแก้ไข		
2. สิ่งที่สำคัญที่สุดของการวินิจฉัยชุมชน คือ การมีส่วนร่วมของชุมชน		
3. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล เช่น สัมภาษณ์ สัมภาษณ์ สอบถาม		
4. ขั้นตอนการวินิจฉัยชุมชน คือวางแผน ปฏิบัติตามแผน ประเมินผล		
5. หมู่บ้าน ก มีประชากร 1,000 คน ป่วยด้วยโรคปอดบวม 18 คน คนที่ป่วยตาย 6 คน <u>อัตราป่วยของโรคปอดบวม คือ 6/18 คูณ 100</u>		
6. <u>อัตราป่วยตาย</u> ของโรคปอดบวม ของหมู่บ้าน ก คือ 6/18 คูณ 100		
7. มีประชาชน 1,000 คน มีคนป่วยด้วยโรคเอดส์ 5 คน และคนที่ป่วยตาย 2 คน <u>อัตราป่วยด้วยโรคเอดส์</u> ของหมู่บ้านนี้ ร้อยละ 0.5		
8. จากข้อ 7 ขนาดของปัญหาโรคเอดส์ระดับ 2		
9. การให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดลำดับของปัญหา ทำให้ <u>ทราบปัญหา และความต้องการ</u> ที่แท้จริงของชุมชน		
10. ประชากรอายุ 15 ปี ไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 62 ขนาดของปัญหา คือ 4		

แบบประเมินความพึงพอใจต่อการอบรมเชิงปฏิบัติการ

การวินิจฉัยชุมชน

.....**ဖြတ်ချက်များ၏စိတ်ကျေနပ်မှုအဖြေ**

วันที่อบรม/သင်တန်းပေးသောရက်.....

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความพึงพอใจ / ความรู้ความเข้าใจ / การนำไปใช้ของท่านเพียงระดับเดียว **ရှင်းပြချက်**
အမှန်ခြစ်ခြင်းအမှတ်အသားဖြစ်အသိပညာနှင့်နားလည်ခြင်း/ယူသွားပြီးအသုံးပြုနိုင်ခြင်း မိမိကျေနပ်မှု ရှိသောအကွက်တွင်ခြစ်ပေးရမည်။ သင်စိတ်ကျေနပ်သောအဆင့်တွင်

ประเด็นความคิดเห็น အရေးပါသောထင်မြင်ချက်များ	ระดับความพึงพอใจ / ความรู้ความเข้าใจ / การนำความรู้ไปใช้ စိတ်ကျေနပ်မှုများ/အသိပညာနားလည်မှု/ ယူသွားပြီးအသုံးပြုနိုင်ခြင်း				
	มากที่สุด များဆုံး 5	มาก များ 4	ปานกลาง အလယ် 3	น้อย နည်း 2	น้อยที่สุด နည်းဆုံး 1
တာဝန်ပေးသော/သင်ကြားသူ					
1. การถ่ายทอดความรู้ของวิทยากรมีความชัดเจน အသိပညာများကိုပြန်လည်ပြောကြား ပေးသောသင်ကြားသူမှရှင်းလင်းမှု					
2. ความสามารถในการอธิบายเนื้อหา အချက်အလတ်များကိုရှင်းပြပေးနိုင်မှု					
3. การเชื่อมโยงเนื้อหาในการฝึกอบรม သင်တန်းပေးသောအချက်အလတ်များဆက်စပ်မှု					
4. มีความครบถ้วนของเนื้อหาในการฝึกอบรม သင်တန်းပေးသောအချက်အလတ်များကိုပြန်လည် မေးမြန်းခြင်း					
5. การใช้เวลาตามที่กำหนดไว้ အသုံးပြု သောအချိန်များသတ်မှတ်ခြင်း					
6. การตอบข้อซักถามในการฝึกอบรม သင်တန်းအတွင်းမှမေးသောမေးခွန်းနှင့်အဖြေများ					

ប្រព័ន្ធគំណិតគិត អនុវត្តការងារ អនុវត្តការងារ	កម្រិតការងារ / ការយល់ច្រឡំ / ការយល់ច្រឡំ កម្រិតការងារ / ការយល់ច្រឡំ / ការយល់ច្រឡំ កម្រិតការងារ / ការយល់ច្រឡំ / ការយល់ច្រឡំ				
	កម្រិត កម្រិត	កម្រិត កម្រិត	កម្រិត កម្រិត	កម្រិត កម្រិត	កម្រិត កម្រិត
កម្រិតការងារ / កម្រិតការងារ / កម្រិតការងារ / កម្រិតការងារ / កម្រិតការងារ					
1. កម្រិតការងារ កម្រិតការងារ					
2. កម្រិតការងារ កម្រិតការងារ					
3. កម្រិតការងារ កម្រិតការងារ					
4. កម្រិតការងារ កម្រិតការងារ					
កម្រិតការងារ / កម្រិតការងារ / កម្រិតការងារ / កម្រិតការងារ / កម្រិតការងារ					
1. កម្រិតការងារ កម្រិតការងារ					
2. កម្រិតការងារ កម្រិតការងារ					
កម្រិតការងារ / កម្រិតការងារ / កម្រិតការងារ / កម្រិតការងារ / កម្រិតការងារ					
1. កម្រិតការងារ កម្រិតការងារ					
2. កម្រិតការងារ កម្រិតការងារ					
3. កម្រិតការងារ កម្រិតការងារ					

ສຽງປະໂຫຍັນທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຈາກການຝຶກອົບຮົມ
ດ້ວຍທຸກໆຮັກສາທີ່ມີຮູບຮ່າງ ບໍ່ມີຮູບຮ່າງ ລາວ ທ່ານ:

.....
.....

ຂໍສອນແນະອື່ນໆ/

ທ່ານສາມາດສອນແນະອື່ນໆ:.....

.....
.....

ຂອບໃຈທີ່ທ່ານໄດ້ມາຮ່ວມມືໃນການຕອບແບບສອບຄາມຄະ
ດ້ວຍທຸກໆຮັກສາທີ່ມີຮູບຮ່າງ ບໍ່ມີຮູບຮ່າງ ລາວ ທ່ານ:

(E1)

แบบประเมินความรู้เรื่องการวินิจฉัยชุมชน

จงทำเครื่องหมาย × เลือกคำตอบที่ท่านเห็นว่าถูกต้องที่สุด

คำถาม	ถูก	ผิด
1. การวินิจฉัยชุมชน คือ การค้นหาปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของชุมชน หาสาเหตุของปัญหา แล้วจึงวางแผนดำเนินการแก้ไข		
2. สิ่งที่สำคัญที่สุดของการวินิจฉัยชุมชน คือ การมีส่วนร่วมของชุมชน		
3. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล เช่น สังเกต สัมภาษณ์ สอบถาม		
4. ขั้นตอนการวินิจฉัยชุมชน คือวางแผน ปฏิบัติตามแผน ประเมินผล		
5. หมู่บ้าน ก มีประชากร 1,000 คน ป่วยด้วยโรคปอดบวม 18 คน คนที่ป่วยตาย 6 คน <u>อัตราป่วยของโรคปอดบวม คือ 6/18 คูณ 100</u>		
6. <u>อัตราป่วยตาย</u> ของโรคปอดบวม ของหมู่บ้าน ก คือ 6/18 คูณ 100		
7. มีประชาชน 1,000 คน มีคนป่วยด้วยโรคเอดส์ 5 คน และคนที่ป่วยตาย 2 คน <u>อัตราป่วยด้วยโรคเอดส์</u> ของหมู่บ้านนี้ ร้อยละ 0.5		
8. จากข้อ 7 ขนาดของปัญหาโรคเอดส์ระดับ 2		
9. การให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดลำดับของปัญหา ทำให้ <u>ทราบปัญหา</u> <u>และความต้องการ</u> ที่แท้จริงของชุมชน		
10. ประชากรอายุ 15 ปี ไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 62 ขนาดของปัญหา คือ 4		

แบบประเมินความพึงพอใจต่อการอบรมเชิงปฏิบัติการ

การวินิจฉัยชุมชน

.....**ဖြတ်ချက်များ၏စိတ်ကျေနပ်မှုအဖြေ**

วันที่อบรม/သင်တန်းပေးသောရက်.....

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความพึงพอใจ / ความรู้ความเข้าใจ / การนำไปใช้ของท่านเพียงระดับเดียว **ရှင်းပြချက်**
အမှန်ခြစ်ခြင်းအမှတ်အသားဖြစ်အသိပညာနှင့်နားလည်ခြင်း/ယူသွားပြီးအသုံးပြုနိုင်ခြင်း မိမိကျေနပ်မှု ရှိသောအကွက်တွင်ခြစ်ပေးရမည်။ သင်စိတ်ကျေနပ်သောအဆင့်တွင်

ประเด็นความคิดเห็น အရေးပါသောထင်မြင်ချက်များ	ระดับความพึงพอใจ / ความรู้ความเข้าใจ / การนำความรู้ไปใช้ စိတ်ကျေနပ်မှုများ/အသိပညာနားလည်မှု/ ယူသွားပြီးအသုံးပြုနိုင်ခြင်း				
	มากที่สุด များဆုံး 5	มาก များ 4	ปานกลาง အလယ် 3	น้อย နည်း 2	น้อยที่สุด နည်းဆုံး 1
တာဝန်ပေးသော/သင်ကြားသူ					
1. การถ่ายทอดความรู้ของวิทยากรมีความชัดเจน အသိပညာများကိုပြန်လည်ပြောကြား ပေးသောသင်ကြားသူမှရှင်းလင်းမှု					
2. ความสามารถในการอธิบายเนื้อหา အချက်အလတ်များကိုရှင်းပြပေးနိုင်မှု					
3. การเชื่อมโยงเนื้อหาในการฝึกอบรม သင်တန်းပေးသောအချက်အလတ်များဆက်စပ်မှု					
4. มีความครบถ้วนของเนื้อหาในการฝึกอบรม သင်တန်းပေးသောအချက်အလတ်များကိုပြန်လည် မေးမြန်းခြင်း					
5. การใช้เวลาตามที่กำหนดไว้ အသုံးပြု သောအချိန်များသတ်မှတ်ခြင်း					
6. การตอบข้อซักถามในการฝึกอบรม သင်တန်းအတွင်းမှမေးသောမေးခွန်းနှင့်အဖြေများ					

<p>ประเด็นความคิดเห็น အရေးပါသောထင်မြင်ချက်များ</p>	<p>ระดับความพึงพอใจ / ความรู้ความเข้าใจ / การนำความรู้ไปใช้ ဝိတ်ကျေနပ်မှုများ/အသိပညာနားလည်မှု/ ယူသွားပြီးအသုံးပြု နိုင်ခြင်း</p>				
	<p>มากที่สุด များဆုံး 5</p>	<p>มาก များ 4</p>	<p>ปานกลาง အလယ် 3</p>	<p>น้อย နည်း 2</p>	<p>น้อยที่สุด နည်းဆုံး 1</p>
<p>ด้านสถานที่ / ระยะเวลา / อาหาร/ နေရာ/အချိန်/အစားအစာများဘက်မှ</p>					
1. สถานที่ที่สะอาดและมีความเหมาะสม နေရာသန့်ရှင်းခြင်းနှင့်လိုက်ဖက်မှု ရှိခြင်း					
2. ความพร้อมของอุปกรณ์โสตทัศนูปกรณ์					
3. ระยะเวลาในการอบรมมีความเหมาะสม သင့်တန်းပေးသောအချိန်မှလိုက်ဖက်မှု					
4. อาหาร มีความเหมาะสม အစားအစာများလိုက်ဖက်မှု ရှိခြင်း					
<p>ด้านความรู้ความเข้าใจ/ အသိပညာများနှင့်နားလည်မှု ဘက်မှ</p>					
1. ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องนี้ <u>ก่อน</u> การอบรม သင့်တန်းမပေး မီတွင်းမှအသိပညာနားလည်မှု အကြောင်းအရာ					
2. ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องนี้ <u>หลัง</u> การอบรม သင့်တန်း ပေးပြီးနောက်ပိုင်းမှအသိပညာနားလည်မှု အကြောင်းအရာ					
<p>ด้านการนำความรู้ไปใช้/ သိပညာများယူသွားပြီးအသုံးပြု ရန်ဘက်မှ</p>					
1. สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการ ปฏิบัติงานได้ အသိပညာများယူသွားပြီးလက်တွေ့ အကျိုး ရှိအောင်အသုံးပြု ခြင်း					
2. มีความมั่นใจและสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ได้ ရရှိလာသောအသိပညာများကိုယူလာပြီး အသုံးပြု ခြင်းတွင်ဝိတ်ချယုံကြည်မှု ရှိခြင်း					
3. สามารถนำความรู้ไปเผยแพร่/ถ่ายทอดได้ အသိပညာများကိုယူသွားပြီးပြန်လည်ပြောပြနိုင်ခြင်း					

ສຽງປະໂຫຍັນທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຈາກການຝຶກອົບຮົມ
ດ້ວຍທຸກໆຮັບຮອງອາດຈະມີ ບ່າຍກຳລັງຮຽນຮ້າງຮຽນ:

.....
.....

ຂໍສອນແນະອື່ນໆ/

ຕອບສະໜອງອາດຈະມີບ່າຍກຳລັງຮຽນຮ້າງຮຽນ:.....

.....
.....

ຂອບໃຈທີ່ໃຫ້ຄວາມຮ່ວມຮືມໃນການຕອບແບບສອບຄາມຄະ
ດ້ວຍທຸກໆຮັບຮອງອາດຈະມີບ່າຍກຳລັງຮຽນຮ້າງຮຽນ:.....

แบบประเมินความรู้ การเขียนแผนงาน/โครงการ/การประเมินผล
အလုပ်အစီအစဉ်/အဖွဲ့ အစည်း ခန့်မှန်းဖြေများကိုရေးသားခြင်းနှင့်အသိပညာများဆုံးဖြတ်ခြင်းဖောင်ပုံစံ
 ဝန်ထမ်းအားဖြည့်စွမ်းရည်များကို တွေ့ရှိရန်နှင့် အကောင်အထည်ဖော်ခြင်းအတွက် အကူအညီပေးရန်
မှန်သည်ဟုရွေးချယ်ထားသောအဖြေတွင်ကြက်ခြေခတ်အမှတ်အသားဖြင့်ပြု လုပ်ပေးရမည်။

မေးခွန်း	အဖြေ	
	မှန်	မှား
1. การวางแผนเป็นวิธีการที่ละเอียดก่อนลงมือปฏิบัติงาน လက်တွေ့ လုပ်ကိုင်မှု မပြု မီအလုပ်အစီအစဉ်ဆွဲသောနည်းလမ်းကိုအသေးစိတ်ပြု လုပ်ရသည်		
2. แผนงาน คือ กิจกรรม 2 กิจกรรมที่สัมพันธ์กัน အလုပ်အစီအစဉ်ဆွဲခြင်းဆိုသည်မှာလုပ်ကိုင်မှုနှစ်မျိုးပေါင်းစပ်နေခြင်းဖြစ်သည်။		
3. การวางแผนมี 3 ขั้นตอน วางแผน ดำเนินงาน ประเมินผล အလုပ်အစီအစဉ်ဆွဲခြင်းမှာအဆင့် ၃ ဆင့် အလုပ်အစီအစဉ်ဆွဲခြင်း လုပ်ဆောင်ခြင်း အဖြေဆုံးဖြတ်ခြင်းတို့ ဖြစ်သည်။		
4. โครงการ คือ กิจกรรม 2 กิจกรรมที่สัมพันธ์กัน กำหนดขึ้น เฉพาะ/အဖွဲ့ အစည်းမှာသတ်မှတ်ထားသည့်လုပ်ကိုင်မှုနှစ်မျိုးပေါင်းစပ်နေ ခြင်းဖြစ်သည်။		
5.โครงการ หมายถึง การวางแผนและจัดกิจกรรมที่เป็นขั้นตอน အဖွဲ့ အစည်းဆိုသည်မှာ အလုပ်အစီအစဉ်ဆွဲခြင်းနှင့်လုပ်ကိုင်မှု များပြု လုပ်စီစဉ်ပေးခြင်းတို့ မှအစဖြစ်သည်။		
6.เป็นการกล่าวถึงว่าโครงการช่วยให้การปฏิบัติงานตามแผนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ/ အမှန်ဆုံးဖော်ပြခြင်းဟုပြောဆိုရသည်မှာအလုပ်အစီ စဉ်အတိုင်းလုပ်ကိုင်ပေးခြင်း အရည်သွေးပြည့်မီသွားခြင်းများရှိစေရန်ဖြစ်သည်။		
7. กิจกรรม คือ งานที่ทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ လုပ်ကိုင်မှု မှာ အလုပ်ကိုအောင်မြင်စေရန်ပြု လုပ်ပေးသောလုပ်ငန်းဖြစ်သည်။		
8. เป้าหมายเป็น วัตถุประสงค์ระดับล่างสุด ပန်တိုင်သည်အောင်မြင်ရန်အတွက်နောက်ဆုံးအဆင့်ဖြစ်သည်။		
9. คณะกรรมการโครงการ ควรมีความเข้าใจและรับรู้สภาพปัญหาาร่วมกัน/ အဖွဲ့ အစည်းကော်မတီမှ နားလည်မှု များရှိသင့်ခြင်းနှင့်စုပေါင်းပြဿနာပုံစံများကို လက်ခံသိရှိရမည်။		
10. 3 ขั้นตอนแรกของการเขียนโครงการที่ถูกต้องคือ ชื่อโครงการ-ผู้รับผิดชอบ-หลักการและ เหตุผล/ ရေးသားခြင်းတွင်အဆင့်ပိုဆင့်ကိုပထမအနေဖြင့်ရေးသားရခြင်းဖြစ်သည်။မှန်ကန်သောအဖွဲ့ စည်းရေးဆွဲခြင်းမှာ အဖွဲ့ စည်းနာမည်-တာဝန်ယူသူ-သတ်မှတ်ချက်အိတ်ပတ် တို့ ဖြစ်သည်။		

แบบประเมินความพึงพอใจต่อการอบรมเชิงปฏิบัติการ

การเขียนแผนงาน/โครงการ/การประเมินผล

အလုပ်အစီအစဉ်များ/အဖွဲ့ အစည်းများ/အဖြေဆုံးဖြတ်ချက်များ၏စိတ်ကျေနပ်မှုအဖြေ
วันที่อบรม/သင်တန်းပေးသောရက်.....

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความพึงพอใจ / ความรู้ความเข้าใจ / การนำไปใช้ของท่านเพียงระดับเดียว **ရှင်းပြချက်**
အမှန်ခြစ်ခြင်းအမှတ်အသားဖြစ်အသိပညာနှင့်နားလည်ခြင်း/ယူသွားပြီးအသုံးပြုနိုင်ခြင်း မိမိကျေနပ်မှု ရှိသောအကွက်တွင်ခြစ်ပေးရမည်။ သင်စိတ်ကျေနပ်သောအဆင့်တွင်

ประเด็นความคิดเห็น အရေးပါသောထင်မြင်ချက်များ	ระดับความพึงพอใจ / ความรู้ความเข้าใจ / การนำความรู้ไปใช้ စိတ်ကျေနပ်မှု များ/အသိပညာနားလည်မှု/ ယူသွားပြီးအသုံးပြုနိုင်ခြင်း				
	มากที่สุด များဆုံး 5	มาก များ 4	ปานกลาง အလယ် 3	น้อย နည်း 2	น้อยที่สุด နည်းဆုံး 1
တာဝန်/သင်ကြားသူ					
1. การถ่ายทอดความรู้ของวิทยากรมีความชัดเจน အသိပညာများကိုပြန်လည်ပြောကြား ပေးသောသင်ကြားသူမှရှင်းလင်းမှု					
2. ความสามารถในการอธิบายเนื้อหา အချက်အလတ်များကိုရှင်းပြပေးနိုင်မှု					
3. การเชื่อมโยงเนื้อหาในการฝึกอบรม သင်တန်းပေးသောအချက်အလတ်များဆက်စပ်မှု					
4. มีความครบถ้วนของเนื้อหาในการฝึกอบรม သင်တန်းပေးသောအချက်အလတ်များကိုပြန်လည် မေးမြန်းခြင်း					
5. การใช้เวลาตามที่กำหนดไว้ အသုံးပြု သောအချိန်များသတ်မှတ်ခြင်း					
6. การตอบข้อซักถามในการฝึกอบรม သင်တန်းအတွင်းမှမေးသောမေးခွန်းနှင့်အဖြေများ					

ประเด็นความคิดเห็น အရေးပါသောထင်မြင်ချက်များ	ระดับความพึงพอใจ / ความรู้ความเข้าใจ / การนำความรู้ไปใช้ စိတ်ကျေနပ်မှု များ/အသိပညာနားလည်မှု/ ယူသွားပြီးအသုံးပြု နိုင်ခြင်း				
	มากที่สุด များဆုံး 5	มาก များ 4	ปานกลาง အလယ် 3	น้อย နည်း 2	น้อยที่สุด နည်းဆုံး 1
ด้านสถานที่ / ระยะเวลา / อาหาร/ နေရာ/အချိန်/အစားအစာများဘက်မှ					
1. สถานที่สะอาดและมีความเหมาะสม နေရာသန့် ရှင်းခြင်းနှင့်လိုက်ဖက်မှု ရှိခြင်း					
2. ความพร้อมของอุปกรณ์โสตทัศนูปกรณ์					
3. ระยะเวลาในการอบรมมีความเหมาะสม သင့်တန်းပေးသောအချိန်မှလိုက်ဖက်မှု					
4. อาหาร มีความเหมาะสม အစားအစာများလိုက်ဖက်မှု ရှိခြင်း					
ด้านความรู้ความเข้าใจ/ အသိပညာများနှင့်နားလည်မှု ဘက်မှ					
1. ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องนี้ <u>ก่อน</u> การอบรม သင့်တန်းမပေးမီတွင်းမှအသိပညာနား လည်မှု အကြောင်းအရာ					
2. ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องนี้ <u>หลัง</u> การอบรม သင့်တန်းပေးပြီးနောက်ပိုင်းမှအသိပညာနား လည်မှု အကြောင်းအရာ					
ด้านการนำความรู้ไปใช้/သိပညာများယူသွားပြီးအသုံးပြု ရန်ဘက်မှ					
1. สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการ ปฏิบัติงานได้ အသိပညာများယူသွားပြီး လက်တွေ့ အကျိုးရှိအောင်အသုံးပြု ခြင်း					
2. มีความมั่นใจและสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ได้ ရရှိလာသောအသိပညာများကိုယူလာပြီး အသုံးပြု ခြင်းတွင်စိတ်ချယုံကြည်မှု ရှိခြင်း					
3. สามารถนำความรู้ไปเผยแพร่/ถ่ายทอดได้ အသိပညာများကိုယူသွားပြီးပြန်လည်ပြောပြနိုင်ငါ ခင်း					

ສຽງປະໂຫຍນທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຈາກການຝຶກອົບຮົມ
ວັດທະນະທຳຊື່ສຳຄັນອາດຈະມີ ບໍ່ອາດຈະມີ ລາວຕໍ່ມາ:

.....
.....

ຂໍສອນແນະອື່ນໆ/

ຕອບສະໜອງສຳຄັນອື່ນໆ:.....
.....

ຂອບໃຈທີ່ເຫມາະສົມໃນການຕອບແບບສອບຄາມຄັ້ງ
ນີ້ ພວກເຮົາຂໍສະແດງຄວາມເຫວີຍສົບຊັບຕໍ່ທ່ານ ທີ່ເຫມາະສົມ

แบบประเมินการมีส่วนร่วมของคณะทำงาน
အလုပ်အကိုင်အဖွဲ့အစည်းအဖွဲ့ မှုပေးပေးခြင်းဖြင့်ပေးသောစာပေးပို့
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.
ရက်.....လ.....နှစ်.....

โปรดทำเครื่องหมาย / ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นและความพึงพอใจของท่าน
မှန်သည်ဟုရွေးချယ်ထားသောအဖြေတွင်ကြက်ခြေအမှတ်အသားဖြင့်ပြုလုပ်ပေးရမည်။

ความคิดเห็นการมีส่วนร่วม စုပေါင်းထင်မြင်ချက်	ระดับการมีส่วนร่วม/စုပေါင်းအဆင့်				
	มากที่สุด အများ ဆုံး	มาก အများ	ปานกลาง အလယ် လတ်	น้อย အနည်း	น้อยที่สุด အနည်း ဆုံး
1. คณะทำงานมีส่วนร่วมทำงานเป็นทีม นำเสนอ <u>ความคิดใหม่ๆ</u> ในการขับเคลื่อนการทำงาน အလုပ်အကိုင်အဖွဲ့အစည်းအဖွဲ့ မှုပေးပေးခြင်းဖြင့်ပေးသောစာပေးပို့ ငန်းတိုးတက်မှု ရှိအောင်စိတ်ကူးအသစ်များကိုအကြံပေးခြင်း					
2. คณะทำงานทำงานร่วมกันในการ <u>สังเคราะห์</u> <u>สร้างสรรค์</u> และ <u>กระตุ้นการมีส่วนร่วม</u> ของสมาชิกทีม အလုပ်အကိုင်အဖွဲ့အစည်းအဖွဲ့ မှုပေးပေးခြင်းဖြင့်ပေးသောစာပေးပို့ ပေးခြင်းနှင့်အသင်းသားများပါဝင်လက်တွဲခြင်းရှိအောင်နိုးဆော် ပေးခြင်း					
3. คณะทำงาน ทำงานตามที่มอบหมายเสร็จทันตามกำหนด คุณภาพของงานดี ช่วยทำงานส่วนอื่นๆ มีความ <u>ก้าวหน้า</u> လုပ်ငန်းစဉ်များလုပ်ကိုင်သောအဖွဲ့ <u>မှတ်တမ်း</u> <u>သောအချိန်တွင်လုပ်ငန်းများအရည်သွေးပြည့်မှီပြီးချက်ခြင်းပြီး</u> <u>စီးခြင်းနှင့်တခြားသောလုပ်ငန်းအပိုင်းများကိုတိုးတက်မှု ရှိ</u> <u>အောင်ကူညီပေးခြင်း</u>					
4. คณะทำงาน <u>กระตือรือร้น</u> ให้ทำงานสำเร็จลุล่วงไปด้วยกัน အလုပ်အကိုင်အဖွဲ့အစည်းအဖွဲ့ မှုပေးပေးခြင်းဖြင့်ပေးသောစာပေးပို့ ကိုင်မှသာလျှင်အောင်မြင်တိုးတက်မည်ဖြစ်ခြင်း					
5. คณะทำงานสร้างบรรยากาศการทำงานเป็นทีม โดยปฏิบัติต่อ สมาชิกทีมและสื่อสารด้วยความสุภาพ အလုပ်အကိုင်အဖွဲ့အစည်းအဖွဲ့ မှုပေးပေးခြင်းဖြင့်ပေးသောစာပေးပို့ တည်ဆောက်ပေးခြင်းမှာအသင်းဖွဲ့ များမှသူများကိုရှင်းပြရာ တွင်ယဉ်ကျေးစွာပြောဆိုခြင်း					

ความคิดเห็นการมีส่วนร่วม စုပေါင်းထင်မြင်ချက်	ระดับการมีส่วนร่วม/စုပေါင်းအဆင့်				
	มากสุด အများ ဆုံး	มาก အများ	ปานกลาง အလယ်လ တ်	น้อย အနု ညံ့	น้อยที่สุด အနည်း ဆုံး
6. คณะทำงานสร้างบรรยากาศการทำงานเป็นทีม โดยใช้ภาษาใน การสื่อสาร ทั้งในการพูด เขียน รวมทั้งภาษากายที่สื่อถึงทัศนคติ ด้านบวก လုပ်အတူတွဲလုပ်သောအဖွဲ့မှစုပေါင်းပြီးရှင်းပြခြင်း ပြောဆိုခြင်း ရေးသားမှု များ နှင့်အတူသရုပ်ပြသည့်အခါတစ်ဦးကိုတစ်ဦး အပြုသဘောဆောင်မှု များတွင်အသုံး ပြုသောဘာသာစကားများမှအစ အသင်းတစ်ဖွဲ့လုံး ပေါင်းပြီးလုပ်ကိုင်တက်ခြင်းကိုတည်ဆောက်ပေးခြင်း					
7. คณะทำงานกระตุ้นสมาชิกทีมเพื่อสร้างสรรค์ความมั่นใจ ทำให้ทีม เห็นความสำคัญของงาน และเชื่อมั่นในความสำเร็จ အလုပ်အတူတွဲလုပ်သောအဖွဲ့မှစိတ်ချယုံကြည်မှု ရှိစေရန် အသင်းဝင်များမှလုပ်ငန်းစဉ်အားအရေးထားခြင်း နှင့်အောင်မြင်မည်ဟုတစ်စုံတစ်ယောက်ကတည်းကအသင်း ဝင်များအားနိုးဆော်ပေးခြင်း					
8. คณะทำงาน ช่วยเหลือ และสร้างความกระตือรือร้นแก่สมาชิกทีม အလုပ်အတူတွဲလုပ်သောအဖွဲ့မှအသင်း ဝင်များအားကူညီခြင်းနှင့်နိုးဆော်ပေးခြင်း					
9. คณะทำงานสามารถระบุปัญหา/ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นภายในทีม จัดการแก้ไขปัญหา ทำให้การทำงานของทีมมีประสิทธิภาพมาก ขึ้น အလုပ်အတူတွဲလုပ်သောအဖွဲ့မှအသင်းတွင်ဖြစ်ပွား သည့်ပြဿနာများကိုဖော်ပြနိုင်ခြင်းနှင့်ညှိနှိုင်းပြီးထို ပြဿနာများကိုစီမံဖြေရှင်းပေးမှုသာလျှင်အရည်အသွေး ပြည့်မီသောလုပ်ငန်းဖြစ်မည်					
ระบุปัญหาและข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุง การดำเนินงานในครั้งต่อไป ပြဿနာနှင့်အကြံပေးချက်နောက်ဆောင်ရွက်မည့်လုပ်ငန်း စဉ်တွင်ပြင်ဆင်ရန်အတွက်ဖြစ်သည်/ပြဿနာ	ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงในครั้งต่อไป အကြံပေးချက်မှာနောက်ထက်ဆောင်ရွက်မည့်လုပ်ငန်းစဉ်တွင် ပြင်ဆင်ရန်အတွက်				

แบบประเมินความพึงพอใจต่อโครงการ
အဖွဲ့ အစည်းမှလုပ်ဆောင်ချက်များ၏စိတ်ကျေနပ်မှု ကိုဆုံးဖြတ်ပေးသောဖောင်ပုံစံ
 โครงการ/กิจกรรม
 အဖွဲ့ အစည်း/လုပ်ဆောင်မှု
 วันที่..... เดือน..... พ.ศ.
 ရက်.....လ.....နှစ်

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความพึงพอใจของท่านเพียงระดับเดียว

ရှင်းပြချက် ကျေးဇူးပြုပြီးစိတ်ကျေနပ်မှု ရှိသောအဆင့်အကွက်တစ်ခုတည်းတွင်အမှန် ခြစ်ရမည်

() အလုပ်လုပ်သောအဖွဲ့ ကမ်းဘေး () နိုင်ငံခြားသားအလုပ်သမားများ ကြားကာလ

ခေါင်းစဉ် ဖော်ပြချက်	ระดับความคิดเห็น/ความพึงพอใจ ထင်မြင်ချက်များ/စိတ်ကျေနပ်မှု များရှိသောအဆင့်				
	มากที่สุด အများဆုံး	พอใจအများ	ปานกลาง အလယ် အလတ်	น้อยနည်း	น้อยที่สุด အနည်းဆုံး
1. โครงการ/กิจกรรมนี้บรรลุวัตถุประสงค์ในระดับใด အဖွဲ့ အစည်း/လုပ်ဆောင်မှု ပန်းတိုင်းသို့ ရောက်ရှိအောင်မြင်သောရည်ရွယ်ချက်ဆိုင်ရာရှိသနည်း					
1.1 วัตถุประสงค์/ရည်ရွယ်ချက်အဖွဲ့ အစည်း.....					
1.2 วัตถุประสงค์/ရည်ရွယ်ချက်အဖွဲ့ အစည်း.....					
2. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรเกี่ยวกับหัวข้อต่อไปนี้ အောက်တွင်ဖော်ပြထားသောအချက်နှင့်ပတ်သက်ပြီးသင့်၏စိတ်တွင်မည်သို့ ထင်မြင်သနည်း					
2.1 การประชาสัมพันธ์กิจกรรม/โครงการ ရည်ရွယ်ချက်/အဖွဲ့ အစည်းမှကြေညာချက်များ					
2.2 รูปแบบกิจกรรมมีความเหมาะสม လုပ်ဆောင်ချက်များသည်လိုက်ဖက်မှု ရှိပါသလား					
2.3 สิ่งอำนวยความสะดวกมีความเหมาะสม ညွှန်ကြားမှု များသည်အဆင်ပြေမှုနှင့်လိုက်ဖက်မှု ရှိခြင်း					
2.4 เวลาที่ใช้ในการจัดกิจกรรมมีความเหมาะสม လုပ်ကိုင်မှု အချိန်များလိုက်ဖက်မှု ရှိခြင်း					
2.5 สถานที่จัดมีความเหมาะสม လုပ်ကိုင်မှု ပြု လုပ်သောနေရာလိုက် ဖက်မှု ရှိခြင်း					
3. ผลที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม/โครงการ အဖွဲ့ အစည်း/လုပ်ဆောင်မှု များမှလက်ခံရရှိမှု အကျိုးရလဒ်					
3.1 ความรู้ ความคิด အသိပညာနှင့်ထင်မြင်ချက်					
3. ผลที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม/โครงการ အဖွဲ့ အစည်း/လုပ်ဆောင်မှု များမှလက်ခံရရှိမှု အကျိုးရလဒ်					
3.1 ความรู้ ความคิด အသိပညာနှင့်ထင်မြင်ချက်					
3.2 จิตสำนึก ทักษะ ทักษะ ความตระหนักรู้ တွေးခေါ် ကျွမ်းကျင်မှု တရားနည်းလမ်းကျမှု					

ခေါင်းစဉ် ဖော်ပြချက်	ระดับความคิดเห็น/ความพึงพอใจ ต่อမြင်ချက်များ/စိတ်ကျေနပ်မှု များရှိသောအဆင့်				
	มากที่สุด အများဆုံး	พอใจအများ	ปานกลาง အလယ် အလတ်	น้อยနည်း	น้อยที่สุด အနည်းဆုံး
3.3 တံခါးပိတ်ခြင်း/ဖွင့်ခြင်း လုပ်ကိုင်မှု များမှကျွမ်းကျင်မှု					
3.4 ကိုယ်ပိုင်အိမ်ထောင်ရေးနှင့်အလုပ်လုပ် ရာတွင်စုပေါင်းလုပ်ကိုင်မှု					
3.5 ကျန်းမာရေးကုသမှုပေးခြင်း ပျော်ရွှင်ခြင်း နှစ်သက်ခြင်း ဖျော်ဖြေမှု					
4. ကျန်းမာရေးအခြေအနေအထား ကိုကြည့်ရှုခြင်းဖြင့်ကျန်းမာရေး စိတ်ကျေနပ်မှု					

ရောဂါကုသမှုနှင့်ဆိုင်ရာအချက်အလက်များကိုဖော်ပြခြင်းနောက်တစ်ကြိမ်အဖွဲ့ အစည်း/လုပ်ဆောင်မှု
များပြု လုပ်သည့်အခါတွင်ပြု ပြင်ရန်အတွက်ဖြစ်သည်

ပြဿနာ	အကြံပြုချက်များအပေါ်အခြေခံ၍ ပြင်ဆင်ရန်အတွက်

စုပေါင်းကျမ်းမာရေးဇယားကိုစီမံဆုံးဖြတ်ပေးသောဖောင်ပုံစံ

ဖြေဆိုသူပုံစံ ○ အလုပ်လုပ်သောအဖွဲ့ ○ နိုင်ငံခြားသားအလုပ်သမားများ
 ရှင်းပြချက် သတ်မှတ်ထားပေးသောအကြောင်းအရာဆောင်ရွက်ချက်များကိုဆုံးဖြတ်ပေးရမည်မှာ
 အမှတ်အမှန်ကိုသင်၏စိတ်ကူးနှင့်ထင်မြင်သည့်အကွက်တွင်အမှန်ဖြစ်ပေးရမည်

အကြောင်းအရာ	ထင်မြင်ချက်အဆင့်				
	များဆုံး 5	အများ 4	အလယ် 3	အနည်း 2	နည်းဆုံး 1
1. ပရိတ်သက်ဘက်မှအဆင်သင့်ဖြစ်ခြင်း					
2. ကိရိယာနှင့်နေရာဘက်မှအဆင်သင့်ဖြစ်မှု					
3. အဖွဲ့ စည်းအတွင်းမှဘတ်ဂျတ်လုံလောက်မှု ရှိခြင်း					
4. တစ်ဖွဲ့ စည်းအတွင်းမှဘတ်ဂျတ်စီမံရာတွင် လုံလောက်မှု ရှိခြင်း					
5. ကော်မတီအဖွဲ့ များမှအဖွဲ့ အစည်းဆောင် ရွက်မှု များအတွက်အစည်းဝေးရှိခြင်း					
6. အလုပ်တာဝန်လွှာအပ်သည့်အခါရှင်းလင်းမှု ရှိခြင်း					
7. ကော်မတီအဖွဲ့ ဝင်များမှအဖွဲ့ စည်းပြု လုပ် မှု များနှင့်ပက်သက်ပြီးနားလည်မှု ရှိခြင်း					
8. စုပေါင်းပြီးလုပ်ကိုင်မှု ရှိခြင်း					
9. ကော်မတီအဖွဲ့ ဝင်များနှင့်ပက်သက်မှု ရှိ သောအဖွဲ့ များ အားလုပ်ငန်းစဉ်များကိုပြောကြားမှု					
10. ပက်သက်မှု ရှိသောသူများပါဝင်လက်တွဲမှု ရှိခြင်း					
11. ဘတ်ဂျတ်စီမံခန့်ခွဲမှု အရေတွက်ကို ဖောက်ထွင်းမြင်နိုင်မှု ရှိခြင်း					
12. ပက်သက်မှု ရှိသောသူများအားရှင်းလင်းပြောမှု ရှိခြင်း					
13. လုပ်ငန်းများကိုလိုက်လံခြင်း					
14. အဖွဲ့ စည်းလုပ်ကိုင်ဆောင်ရွက်မှု သည်ဇ ယားအတိုင်းသွားခြင်း					
15. အဖွဲ့ စည်းဆောင်ရွက်မှု များတွင်းမှရရှိလာ သောအချက်များကိုအကျဉ်းချုပ်မှု များရှိခြင်း					
16. အဖွဲ့ စည်းမှအောင်မြင်မှု ပန်းတိုင်ရည် ရွယ်ချက်					

แบบประเมินโปรแกรมจัดการสุขภาพภาพรวม

สภาพผู้ตอบ คณะทำงาน แรงงานต่างชาติ

คำชี้แจง ให้พิจารณาการดำเนินงานตามรายการที่กำหนดให้ โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องระหว่างความคิดเห็นที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

รายการ	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1.ความพร้อมด้านบุคลากร					
2.ความพร้อมด้านสถานที่และอุปกรณ์					
3.ความเหมาะสมของงบประมาณในโครงการ					
4.ความเหมาะสมของการจัดงบประมาณแต่ละฝ่าย					
5.มีการประชุมคณะกรรมการดำเนินโครงการ					
6.มีการมอบหมายงานชัดเจน					
7.ความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการของคณะกรรมการ					
8.มีการทำงานเป็นทีม					
9.การประสานงานระหว่างคณะกรรมการและฝ่ายที่เกี่ยวข้อง					
10. การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง					
11.การบริหารงบประมาณมีความโปร่งใส					
12.การสื่อสารของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง					
13.มีการติดตามงาน					
14.การดำเนินโครงการเป็นไปตามแผน					
15.มีการสรุปบทเรียนจากการดำเนินโครงการ					
16.การบรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการ					

(S1)

ကျမ်းမာရေးဘက်မှမေးမြန်းစစ်ဆေးသောဖောင်ပုံစံ(နှင့်တာဝန်ရှိသူများ၏ပလိုဂလမ်မှအကျိုးရလဒ်များ)

စစ်ဆေးမေးမြန်သောဖောင်ပုံစံနံပါတ် [] [] []

ရည်ရွယ်ချက် ✓ အမှတ်အသားပြု လုပ်ပေးရမည်ကွင်းအတွင်း [] (သို့) စာကြောင်း၏မျဉ်းကြောင်းနှင့်အတည့်အားလပ်သောနေရာတွင်အမှန်အတိုင်းဖြည့်ပေးရမည်ဖြစ်သည်။ ယခုဖောင်မှမေးမြန်းစစ်ဆေးသောအချက်များသည်ရည်ရွယ်ချက်များရှိသည်အဆောင်တွင်နေထိုင်သော နိုင်ငံခြားသားများ၏ကျမ်းမာရေးစစ်ဆေးပေးရန်အတွက်အချက်အလတ်များဖြစ်သည်။ အကျိုးရှိအောင်သွားရောက်လေ့လာပြီးအသုံးပြု ရန်နှင့်ပြဿနာများကိုဖွဲ့ကွက်ချပြီးဖြေရှင်းပေးရန်အတွက်ဖြစ်သည်။ ကြောင့်အပိုင်း 4 ပိုင်းခွဲထားခြင်းဖြစ်သည်။ အပိုင်း 1 အချက်အလတ်များမျိုးစုံ

စဉ်	နိုင်ငံသားများဘက်မှအချက်အလတ်များ (PERSON)	လေ့လာသူ
1	အခန်း အမှတ်	NUMBER/ROOM
2	ဖုန်းနံပါတ်.....	CALL NUMBER
3	လိင် [] 1 ယောက်ျား [] 2 မိန်းမ	SEX
4	အသက်အရွယ်..... ခုနှစ်	AGE
5	အိမ်ထောင်ရေးပုံစံ [] 1 လွတ်လပ်သူ [] 2 အိမ်ထောင်ရှိသည် [] 3 မုဆိုးမ [] 4 ကွာရှင်းပြတ်ဆဲပြီး [] 5 ယာယီ ကွဲကွာခြင်း	STATAS
6	လူမျိုး [] 1 မြန်မာ လူမျိုးသတ်မှတ်ပေးရန် [] 2 လာအို [] 3 ကန်ဘောဒီယား	RACE
7	ဘာသာ [] 1 ဗုဒ္ဓဘာသာ [] 2 မူဆလင်ဘာသာ [] 3 ခရစ်ယာန်ဘာသာ [] 4 တခြားသော	RELIGION
8	အမြင့်ဆုံးပညာအရည်အချင်း [] 1 ပညာမသင်ကြားရ [] 2 မူလတန်း ပညာ [] 3 အလယ်တန်းပညာ [] 4 အထက်တန်းပညာ [] 5 ဒီပလိုမာလက်မှတ် [] 6 ဘွဲ့ ရ [] 7 ဘွဲ့ လွန်	EDUCATION
9	သင်သည်ထိုင်နိုင်သို့ ရောက်ရှိသည်မှာမည်မျှရှိမည်နည်း	TIME 1
10	သင်သည်ယခုအလုပ်ရုံတွင်အလုပ်သက်တမ်းမည်မျှရှိမည်နည်း.....	TIME 2
11	ပြီးခဲ့သော (2558) ခုနှစ်တွင်အလုပ်ပြောင်းဘူးပါသလား [] 1 မပြောင်းဖူး [] 2 ပြောင်းဘူးသည် [] 3 ကြိမ် [] 4 > 3 ကြိမ်အထက် အလုပ်ပြောင်းရသောအကြောင်းအရင်း [] 1 လခနည်းခြင်း [] 2 အလုပ်ရှင်မှအနိုင်ကျင့်ခြင်း [] 3 အလုပ်ပင်ပန်းခြင်း [] 4 တခြား မှတ်ချက်.....	

စဉ်	နိုင်ငံသားများဘက်မှအချက်အလက်များ (PERSON)	လေ့လာသူ
12	ငှားရမ်းပုံအမျိုးအစား [] 1 လခစား [] 2 နေ့စား	OCCUPATION
13	သင်သည်တစ်လလျှင်မည်မျှရသနည်း.....ဘတ်	INCOME
14	သွေးအမျိုးအစား [] 1 အေသွေး [] 2 ဘီသွေး [] 3 အေဘီသွေး [] 4 အိုသွေး [] 5 မသိ	GROUP
15	မှတ်ပုံတင်ပြု လုပ်ထားသောအမျိုးအစား [] 1 ထိုင်နိုင်ငံတွင်ထော်လော် ၃၈ အဖြစ်မှတ်ပုံတင်ထားခြင်း [] 2 အလုပ်သမားရုံးတွင်အလုပ်သမားမှတ်ပုံတင်အဖြစ်မှတ်ပုံတင်ခြင်း [] 3 အလုပ်သမားဝန်ကြီးဌာနတွင်(နိုင်ငံကူးလက်မှတ် ဗီဇာ အလုပ်လုပ်ပိုင်ခွင့်ပေးပို့ပါမစ်တို့ နှင့်အတူ မှတ်ပုံတင်ထားခြင်း [] 4 တခြားသော မှတ်ချက်	REGISTER
16	ထိုင်းစကားအသုံးပြု ပြောဆိုခြင်းတွင် [] 1 ပြောရခြင်း [] 2 အနည်းအကျဉ်းပြောရခြင်း [] 3 လုံးဝပြောရခြင်းမရ	SPEAK
17	ထိုင်းစကားအသုံးပြု ခြင်းတွင်နားလည်မှု [] 1 နားမလည် [] 2 အနည်းအကျဉ်းနားလည်ခြင်း [] 3 လုံးဝနားမလည်ပေ	LISTEN
18	အခန်းအတွင်းအတူနေထိုင်သူဦးရေ(မိမိပါပေါင်းလျှင်).....ယောက် အဖွဲ့ အတွင်းနေထိုင်သောသူများပက်သက်မှု [] 1 အဖေအမေ [] 2 ညီအကိုမောင်နှမ [] 3 ခင်ပွန်း ဇနီး [] 4 သူငယ်ချင်း [] 5 ဆွေမျိုး	MEMBER MEMBER1
19	ဆေးရုံတွင်ဆေးကုသခွင့်ရှိသောအခွင့်အရေးဘတ်အမျိုးအစား [] 1 အသက်အာမခံပြေးဘတ် [] 2 ရွှေ့ရောင်ဘတ်/30 ဘတ်/ရှေ့ တမ်းကျမ်းမာရေးအာမခံဘတ် universal [] 3 တခြားသော မှတ်ချက်.....	TREAT
20	အဓိကဆေးကုသသောနေရာ	HOS1
21	တွဲဘက်ကုသသောနေရာ	HOS2

အပိုင်း ၂ ကျမ်းမာရေးနှင့်ပက်သက်သောအချက်အလက်

1	အလုပ်လုပ်ပိုင်ခွင့်မရရှိကျမ်းမာရေးစစ်ဆေးခြင်းမှရရှိသောအကျိုးရလဒ်အဖြေ [] 1 ပုံမှန်တွေ့ ရှိခြင်း [] 2 ကုသရမည့်ရောဂါတွေ့ ရှိခြင်း	A1		
	စစ်ဆေးသည့်ရောဂါ	ပုံမှန်	မကျမ်းမာရောဂါ	
	-ငှက်ဖျားရောဂါ			A11
	-ကာလသားရောဂါ			A12
	-ဆင်ခြေထောက်ရောဂါ Filariasis			A13
	-သန်ကောင် Helminthiasis			A14

	စစ်ဆေးသည့်ရောဂါ	ပုံမှန်	မကျမ်းမာသောရောဂါ	
	-နူနာရောဂါ			A15
	-တီဘီရောဂါ			A16
	-ဆီးစစ်ဆေးသောနည်းဖြင့်မူးယစ်ဆေးဝါးစစ်ဆေးခြင်း			A17
2	နေမကောင်းဖြစ်ခြင်းမဟုတ်ဘဲကျမ်းမာရေးကိုဂရုစိုက်ပုံ [] 1 အခြေခံအိမ်သုံးဆေးဝါး [] 2 တိုင်းရင်းဆေးဝါး [] 3. ခေတ်သစ်ဆေးပညာ [] 4 ခြားသောကျမ်းမာရေးများကိုကုသသောနည်းလမ်း ဖော်ပြချက်			A2
3	(2558) ခုနှစ်တစ်နှစ်အတွင်းဖြတ်သန်းလာသည့်တစ်လျှောက်နေမကောင်းဘယ် နှစ်ကြိမ်ဖြစ်ဘူးပါသနည်း [] 1 မဖြစ် [] 2 1 ကြိမ် [] 3 2 ကြိမ် [] 4 3 ကြိမ် [] 5 4 ကြိမ် [] 6 5 ကြိမ်ထက်များခြင်း မကြာခဏဖြစ်သောရောဂါမှာ..... နေမကောင်းဖြစ်သည့်အခါသင်သည်မည်သည့်နေရာတွင်သွားရောက်ကာဆေးကုသမှုကိုခံယူပါသနည်း(တစ်ချက်ထက်ပိုပြု ပီးဖြေဆိုနိုင်သည်)			A3
		0အသုံးမပြု	1အသုံးပြု	
	-အနာအေးအေးဆေးဆေးယူပြီးဆေးကုသမ၍ခံယူခြင်း			A31
	-အပြင်ဆေးဆိုင်မှဆေးဝယ်သောက်ခြင်း			A32
	-အလုပ်ရုံအတွင်းမှဆေးခန်းတွင်ဆေးကုသခြင်း			A33
	-အပြင်ဆေးခန်းဆေးရုံတွင်ဆေးကုသမှုခံယူခြင်း			A34
	-ပြည်သူ့ ကျမ်းမာရေးဆေးပေးခန်းတွင်ဆေးကုသခြင်း			A35
	-ကျမ်းမာရေးမြင့်တင်ပေးသောဆေးရုံကြီးတွင်ကုသခြင်း			A36
	-အစိုးရဆေးရုံတွင်ဆေးကုသခြင်း			A37
	-တခြားသောပြည်နယ် ဖော်ပြချက်.....			A38
4	သင်သည်ရောဂါအခံရှိပါသလား [] 1 မစစ်ဆေးဘူး [] 2 မရှိ (ကျော်ပြီးအချက် ၇ [] 3 ရှိ (ပါကတစ်ချက်ထက်ပိုပြီးဖြေနိုင်ပါသည် [] 1 ဆီးချို [] 2 သွေးတိုးရောဂါ [] 3 နှလုံးရောဂါ [] 4 အာရုံများကိုထိခိုက်ခြင်း (သို့) မတည့်ခြင်း [] 5 အစာအိမ် အူမကြီးရောဂါ [] 6 ကင်ဆာ [] 7 အဆုတ် လေပြွန်ရောဂါ / bronchus [] 8 အသဲရောင်အသားဝါရောဂါ			A4 A41 A42 A43 A44 A45 A46 A47

	<ul style="list-style-type: none"> [] 9 အရိုး ကြွက်သား အာရုံကြော [] 10 မျိုးဆက်ပွားစနစ်ရောဂါ [] 11 ဆီး ကျောက်ကပ် / Urology [] 12 အရေပြားရောဂါ [] 13 တခြားသောရောဂါ ဖော်ပြချက်..... 	<p>A48</p> <p>A49</p> <p>A410</p> <p>A412</p> <p>A413</p> <p>A414</p>
5	<p>သင်သည်ရောဂါအခံကိုမည်သည့်နည်းဖြင့်ကုသသနည်း</p> <ul style="list-style-type: none"> [] 1 မကုသဖူးပေ [] 2 ကုသဖူးသည် (နှစ်ချက်လုံးဖြေ၍ရသည်) [] 1 ခေတ်သစ်ဆေးပညာဖြင့်ကုသခြင်း [] 2 ဆရာဝန်ရွေးခြယ်ပြီးကုသခြင်း 	<p>A5</p> <p>A51</p> <p>A52</p>
6	<p>ညီမျှစွာကုသခြင်း</p> <ul style="list-style-type: none"> [] 1 ရက်ချိန်းအတိုင်းသွားခြင်း [] 2 ရက်ချိန်းသည့်အတိုင်းပြည့်အောင်မသွား(တစ်ချက်ထက်ပိုပြီးဖြေနိုင်သည်) [] 1 မမှတ်မိ၍မသွားခြင်း [] 2 လမ်းခရီးသွားရာတွင်အဆင်မပြေခြင်း [] 3 ငွေကြေးပြဿနာဖြစ်ခြင်း [] 4 အချိန်မရှိခြင်း [] 5 တခြားသောအကြောင်းအရာ 	<p>A6</p> <p>A61</p> <p>A62</p> <p>A63</p> <p>A64</p> <p>A65</p>
7	<p>လွန်ခဲ့သည့်တစ်နှစ်ကျော်အတွင်းထိခိုက်ဒဏ်ရာရခြင်း(သို့)နေမကောင်းခြင်းများဖြစ်ဘူးပါသလား</p> <ul style="list-style-type: none"> [] 1 မဖြစ်ဘူးပေ [] 2 ဖြစ်ဘူးသည် <p>အကယ်၍သင်သည်ဖြစ်ဘူးပါကမည်သည့်ထိခိုက်ဒဏ်ရာအမျိုးအစားများကိုဖြစ်ဘူးပါသလဲ(တစ်ချက်ထက်ပိုပြီးဖြေကြားနိုင်သည်)</p> <ul style="list-style-type: none"> [] 1 အလုပ်အတွင်းမှထိခိုက်ဒဏ်ရာ(သို့)အနာတရဖြစ်ခြင်း [] 2 လမ်းခရီးတွင်သွားလာကာဒဏ်ရာရခြင်း(သို့)မတော်တဆဖြစ်ခြင်း [] 3 ဒဏ်ရာရခြင်း(သို့)မတော်တဆဖြစ်ခြင်းအမျိုးမျိုး ဥပမာ ဓါးထိခြင်း ရိုမိခြင်း ချော်ကျခြင်း ရေနွေးပူလောင်ခြင်း ဓါတ်လိုက်ခြင်း 	<p>A7</p> <p>A71</p> <p>A72</p> <p>A73</p>

အပိုင်း 3 ကျမ်းမာရေးနှင့်သက်ဆိုင်သောလေ့ကျင့်ခန်းများ

1. တစ်လကျော်အတွင်းတွင်သင်သည်လေ့ကျင့်ခန်းများကိုပြု လုပ်ဘူးပါသလား

1	<p>သင်သည်အားကစား(သို့)လေ့ကျင့်ခန်းများပြု လုပ်သည်မှာ ဥပမာ အဲရိုးဗစ် တာဝေး ပြေး ဘောလုံးကစားခြင်းနှင့်တခြားသောအရာများမေးပန်းသည့်အထိလုပ်ဘူးပါသလား</p> <ul style="list-style-type: none"> [] 1 မလုပ် (အချက် နှစ်ကိုကျော်) [] 2 လုပ်သည် သင်သည်တစ်ကြိမ်လျှင်အချိန်မည်မျှအသုံးပြု သနည်း <ul style="list-style-type: none"> [] 1 တစ်ကြိမ်လျှင်မိနစ် 20 အထက် [] 2 တစ်ကြိမ်လျှင်မိနစ် 20 <p>ထက်နည်းခြင်းတစ်ပတ်လျှင်အရေအတွက်</p> <ul style="list-style-type: none"> [] 1 3 ရက်(သို့)ပိုခြင်း [] 2 1မှ 2 ရက် အတွင်း 	<p>B1</p> <p>B11</p> <p>B12</p>
---	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------

2	<p>သင်သည်ချွေးထွက်သည့်အထိလေ့ကျင့်ခန်းပြု လုပ်ဘူးပါသလား။ ဥပမာ အိမ်အလုပ်များ လမ်းမြန်မြန်လျှောက်ခြင်း စက်ဘီးနင်းခြင်းနှင့်တခြားသောအရာများကိုပုံမှန်ထက်လျှင်မြန်စွာပြု လုပ်ခြင်းနှင့် အလျင်ထက်နှလုံးခုန်နှုန်းမြန်စွာပြု လုပ်ဘူးပါသလား</p> <p>[] 1 မလုပ်ဘူး(ကျော်ပြီးစိတ်ပါသလိုပြု လုပ်ပုံကိုကျော်သွားပါ)</p> <p>[] 2 လုပ်သည် (တစ်ကြိမ်လျှင်အချိန်မည်မျှကြာအောင်ပြု လုပ်သနည်း</p> <p>[] 11 တစ်ကြိမ်လျှင်မိနစ် 30 အထက်</p> <p>[] 12 တစ်ကြိမ်လျှင်မိနစ် 30 ထက်နည်းခြင်း</p> <p>တပတ်အတွင်းပြု လုပ်သောအရည်အတွက်</p> <p>[] 11 5 ရက် (သို့) 5 ရက်ထက်ပိုခြင်း</p> <p>[] 12 1 ရက်မှ 4 ရက်</p>	<p>B2</p> <p>B21</p> <p>B22</p>
---	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------

2. ပြီးခဲ့သောတစ်လအတွင်းသင်၏စိတ်သဘောထားပြု လုပ်ပုံ

အကြောင်းအရာ		လုပ်ကိုင်ပုံ				
		နေ့စဉ် (4)	တပတ်လျှင် ၅-၆ ရက် (3)	တပတ်လျှင် ၂-၄ရက် (2)	တပတ်လျှင်တစ်ရက် (သို့) မဖြစ်ဘူး (1)	
1	သင်သည်စဉ်စားများခြင်း(သို့)စိတ်ညစ်ပြီးအိပ်မပျော်ခြင်းများဖြစ်ပါသလား					B31
2	တခြားစိတ်ညစ်စရာအမျိုးမျိုးတို့မှ ဥပမာ အသဲကွဲခြင်း အကြွေးတောင်းခံခြင်း အလုပ်ရှုပ်ခြင်း စိတ်ပူပင်ခြင်းတို့မှ အစသင်သည်အစားအစာကိုအလျင်ထက်များစွာစားခြင်း(သို့) လျော့ပြီးစားခြင်း					B32

3. ပြီးခဲ့သောတစ်လကျော်အတွင်းဆေးလိပ်သောက်ခြင်းပြု လုပ်ပုံ

1	<p>သင်သည်ပြီးခဲ့သောအချိန်ကာလတွင်ဆေးလိပ် ဆေးရွက်ကြီးကိုလိပ်သောက်ပါသလား</p> <p>[] 1 မသောက် Non (ဆေးလိပ်သောက်ခြင်းအကြောင်းအရာကိုကျော်သွားပါ) [] 2 သောက်သည်</p>	B4
2	<p>သင်သည်ဆေးလိပ်ဆေးရွက်ကြီးများကိုလိပ်သောက်ပါကပထမဦးဆုံးအလိပ်ကိုအိပ်ရာမှနိုးထပြီးမည်မျှကြားပြီးမှသောက်သနည်း [] 1 နိုးပြီးငါးမိနစ်အတွင်း [] 2 နိုးပြီးခြောက်မိနစ်မှမိနစ်သုံးဆယ်အတွင်း [] 3 နိုးပြီးမိနစ်သုံးဆယ်အထက်</p>	B41
3	<p>သင်သည်တစ်နေ့ လျှင်ဆေးလိပ်ဘယ်နှစ်လိပ်သောက်သနည်း</p> <p>[] 11 တစ်နေ့ လျှင် 30 လိပ်</p> <p>[] 12 တစ်နေ့ လျှင် 21 မှ 30 လိပ်</p> <p>[] 13 တစ်နေ့ လျှင် 11 မှ 20 လိပ်</p> <p>[] 14 တစ်နေ့ လျှင် 10 လိပ်အောက်</p>	B42

4. ပြီးခဲ့သောတစ်လအတွင်းအရက်သောက်ခြင်းနှင့်အားဖြည့်အချို့ ရည်သောက်ခြင်းပြု လုပ်ပုံ

1.	သင်သည်အဲကိုဟော်မျိုးစုံကိုသောက်ပါသလား ? ဥပမာ အရက် ဝိုင် ဘီယာ ဆေးစိမ်အရက် ဆာထိုနှင့် တခြားသော [] 1 နေ့ စဉ် [] 2 တပတ်လျှင် 5-6 ရက် [] 3 မသောက် (တစ်ကိုယ်ရေကျမ်းမာရေးကိုကျော်သွားပါ	B5
2.	တရက်လျှင်အဲကိုဟော်သောက်သုံးပုံ (အရက် ဆေးစိမ်အရက် အရက်ဖြူ) [] 1 2 ဖုံးမှ 3 ဖုံး [] 2 ¼ ပြား [] 3 1/2 ပြား [] 4 3/4 ပြား [] 5 1 ပြားအထက်	B51
3.	တရက်လျှင်ဘီယာသောက်ပုံ(ဘီယာ ဝိုင် ဆာထို) [] 1 1 ဘူး [] 2 2 ဘူးမှ 3 ဘူး [] 3 4 ဘူး [] 4 5 ဘူးမှ 7 ဘူး [] 5 7 ဘူးအထက်	B52
	မှတ်ချက်ဘီယာ 2 ဘူး 1 ပုလင်းနှင့်ညီမျှသည် 1 စက်သည် 1 ပက်နှင့်ညီမျှပြီး 1 ဖုံးနှင့်လည်းညီသည်	
4.	အားဖြည့်အချို့ ရည်သောက်သုံးခြင်း [] 1 နေ့ စဉ် [] 2 တပတ်လျှင် 5-6 ရက် [] 3 တပတ်လျှင် 1-4 ရက် [] 4 မသောက်	B6

5. ပြီးခဲ့သောတစ်လအတွင်းတစ်ကိုယ်ရေကျမ်းမာရေးဖြစ်ပွားခြင်း

	အကြောင်းအရာ	လုပ်ကိုင်ပုံ				
		အကြိမ် တိုင်းပြု လုပ်ခြင်း	အများစု	အနည်း ဆုံး	မပြု လုပ်ဘူး	
1.	သင်သည်ထမင်းစားသည့်အခါတိုင်းဟင်းခတ်သည့်အလယ်ဇွန် ချက်သုံးပါသလား					B71
2.	ထမင်းမစားမှီလက်ကိုဆပ်ပြားနှင့်ဆေးပါသလား					B72
3.	အိမ်သာတက်ပြီးသည့်အခါတိုင်းလက်ကိုဆပ်ပြားနှင့်ဆေးပါသ လား					B73
4.	သင်သည်ဟင်းကိုချက်ပြီးသည်နှင့်စားပါသလားချက်စားသည် သို့ ဝယ်လာပြီးထိုတစ်နပ်ထဲတွင်ကုန်အောင်စားသည် တစ်ညသိပ်ပြီး မစားခြင်း အအေးခန်းတွင်ထဲပြီးမစားခြင်း					B74
5.	မိန်းမနှင့်ယောက်ျားတူတူနေ သည့်အခါကွန်ခုံးသုံးပါသလား					B75
6.	ဆိုင်ကယ်မောင်းသည့်အခါ အနောက်မှလိုက်စီးသည့်အခါဘေးကင်း ရေးဦးထုပ်ဆောင်းပါသလား					B76

6. အိပ်ပျော်ခြင်းပုံစံ

1.	သင်သည်အိပ်ရာမှနိုးထပြီးနောက်ပိုင်းတွင်မကြည်လင်ခြင်းများဖြစ်ပါသလား [] 1 နေ့စဉ် [] 2 တပတ်လျှင် 5-6 ရက် [] 3 တပတ်လျှင် 1-4 ရက် [] 4 ရက်အထက်	B81
2.	သင်သည်မည်သည့်အချိန်အိပ်ပါသနီး.....	B82
3.	သင်သည်မည်သည့်အချိန်အိပ်ယာမှနိုးထပါသနီး.....	B83

7. စိတ်နှင့်ဆိုင်သောကျမ်းမာရေး 2Q: ပြင်ခြင်းဆွေးမြေ့ခြင်းဘက်မှဖောင်ပုံစံ

မေးခွန်း	(0) မရှိ	(1) ရှိ	
1. ပြီးခဲ့သော 2 ပတ်ပတ်အထိသင်၏စိတ်တွင်ညီငွှေခြင်း ဆွေးမြေ့ခြင်း စိတ်ပျက်ခြင်း ရည်ရွယ်ချက်များပျက်ဆီးသွားခြင်း(သို့)မရှိ			B91
2. ပြီးခဲ့သော 2 ပတ်ပတ်အထိသင်၏စိတ်တွင် ပြင်းရိခြင်း ဘာလုပ်လုပ်စိတ်တိုင်းမကျခြင်း (သို့)မရှိခြင်း			B92

အကယ်၍တစ်ချက်အထက်ရှိပါ

၁၇ ဆက်လက်ပေးပါရန်အကယ်၍တစ်ချက်မျှမရှိပါကူးကျူကိုကျော်ပြီးအပိုင်း ၄ သို့ သွားပါရန်

၁၈ : ဆွေးမြေ့စိတ်ပျက်ခြင်းရောဂါကိုခန့်မှန်းခြင်းဖောင်ပုံစံ

ယနေ့ ထိနှစ်ပတ်အတွင်းဆွေးမြေ့ခြင်းလကဏာအကြိမ်အရေအတွက်	မရှိ	ရှိသည်			
		နည်း (<7 ရက်)	ခဏခဏ (>7 ရက်)	နေ့စဉ်	
1. စိတ်ညစ်စိတ်ပျက်ပြီးဘာမျှမလုပ်ခြင်းခြင်း					B101
2. စိတ်မချမ်းသာခြင်း စိတ်ညစ်စိတ်ပျက်ခြင်း စိတ်မပါတော့ခြင်း					B102
3. အိပ်ပျော်ခက်ခဲခြင်း အိပ်လိုက်နိုးလိုက်ဖြစ်ခြင်း တအားအိပ်ခြင်း					B103
4. ပင်ပန်းလွယ်ခြင်း (သို့)အားသိပ်မရှိခြင်း					B104
5. အစားအသောက်များကိုစိတ်ပျက်ခြင်း(သို့)တအားစားခြင်း					B105
6. ကိုယ့်ကိုယ်စိတ်ထဲတွင်မကောင်းနေခြင်းစဉ်းစားမိသည်မှာမိမိကိုယ်မိမိအခြေအနေတော်တော်ဆိုနေသည့်ဟုတွေးမိခြင်း(သို့)အိမ်ထောင်ရှိနေသည်ကိုနောင်တရခြင်း					B106
7. ဘာလုပ်လုပ်သတိမကောင်းခြင်းဥပမာရေဒီယိုနားထောင်သည့်အခါ(သို့)စိတ်ပါဝင်စားစွာပြု လုပ်ရသောအလုပ်များတို့ တွင်ဘာလုပ်လုပ်သတိမကောင်းခြင်း					B107
8. စကားပြောနေ့ကွေးလာခြင်းဘာလုပ်လုပ်နေ့ကွေးလာ၍တခြားသူများမှသတိထားမိလာကာပြောခြင်း(သို့)ယခင်ညိမ်သောပုံစံသို့ နေလို့ မရဘဲဂနာမငြိမ်ခြင်းများဖြစ်ပေါ်လာခြင်း					B108
9. မိမိကိုယ်မိမိအနာရယ်ဖြစ်အောင်ကြံစည်ခြင်း(သို့)သေလျှင်ကောင်းမည်ဟုတွေးမိခြင်း					B109

(အကယ်၍မှတ် “7 အထက်ဖြစ်ပါက” ၈၀ ကိုဆက်လက်မေးမြန်းပါ)

၅၀: အဖြေ ပြန်လည်သတ်မှတ်ချက် 7-12 = mild depress, 13-18 = moderate , 19 အထက်သာ = severe

၈၀ : မိမိကိုယ်မိမိသတ်သေရန်ရှိမရှိခန့်မှန်းဖောင်ပုံစံ

မေးခွန်း	မရှိ	ရှိ	
1.ပြီးခဲ့သောတစ်လအတွင်းမှယနေ့ အထိသေချင်စိတ်(သို့)သေသွားရင်ကောင်းမည်ဟုများတွေးမိပါသလား			B111
2.ပြီးခဲ့သောတစ်လအတွင်းမှယနေ့ အထိမိမိကိုယ်ကိုလုပ်ကြံဘူးပါသလား(သို့)အနာတရဖြစ်အောင်လုပ်ဘူးပါသလား			B112
3.ပြီးခဲ့သောတစ်လအတွင်းမှယနေ့ အထိသတ်သေဘူးသည်(ဟုတ်ပါကဆက်လက်မေးမြန်းရမည်မှာသင်၏စိတ်အတွေးများကိုထိန်းသိမ်းနိုင်ခြင်း(သို့)တွေးမိသည့်အတိုင်းမပြု လုပ်ခြင်း			B113
4.ပြီးခဲ့သောတစ်လအတွင်းမှယနေ့ အထိမိမိကိုယ်မိမိသတ်သေရန်အကြံအစည်းဇယားဆွဲထားခြင်းများရှိပါသလား			B114
5.ပြီးခဲ့သောတစ်လအတွင်းမှယနေ့ အထိမိမိကိုယ်ကိုသေစေလိုသောစိတ်ဖြင့်ပြု လုပ်မိဘူးပါသလား			B115
6.ပြီးခဲ့သောတစ်လအတွင်းမှယနေ့ အထိမိမိကိုယ်ကိုသေစေလိုသည့်အထိမရည်ရွယ်ဘဲအနာတရဖြစ်အောင်ပြု မိဘူးပါသလား			B116
7.ပြီးခဲ့သောတစ်လအတွင်းမှယနေ့ အထိအမှန်တကယ်အသက်သေစေလိုခြင်းဖြစ်ကြံစည်ပြီး သတ်သေခြင်းများရှိပါသလား			B117
8. နေထိုင်လာသောသတ်တမ်းတစ်လျှောက်ကိုယ့်ကိုယ်ကိုလုပ်ကြံသတ်သေခြင်းမျိုးများရှိဘူးပါသလား အမှတ်စုစုပေါင်း			B118

ဘာသာပြန်ပြီးရရှိသောအဖြေသတ်မှတ်ချက် ၈၀

- 0 = ယခုလက်ရှိတွင်ကိုယ့်ကိုယ်ကိုသတ်သေရန်အကြံအစီမရှိ
 - 1-8 = ယခုလက်ရှိတွင်ကိုယ့်ကိုယ်ကိုသတ်သေရန်အကြံအစီမရှိခြင်းအဆင့်မှာနည်းခြင်း
 - 9-16 = ယခုလက်ရှိတွင်ကိုယ့်ကိုယ်ကိုသတ်သေရန်အကြံအစီမရှိခြင်းမှာ ယခုလက်ရှိကိုယ့်ကိုယ်ကိုသတ်သေရန်အကြံအစည်း အလယ်အလတ်အဆင့်
 - > 17 = ယခုလက်ရှိကိုယ့်ကိုယ်ကိုသတ်သေရန်အကြံအစည်း အပြင်းအထန်ဆုံးအဆင့်
- အပိုင်း 4 အိမ်ရှင်မများ၏ပတ်ဝန်းကျင် / ထားသို့ခြင်းပြု လုပ်ပုံ

စဉ်	အိမ်ရှင်မများ၏ပတ်ဝန်းကျင်အချက်အလတ်များ	
1	သောက်သုံးရေအမျိုးအစား [] ၁ အစိုးရရေ [] ၂ ပါကင်နှင့်လာသောရေ	C1
2	သောက်ရေလုံလောက်မှုရှိပါသလား	C2
	[] ၁ လုံလောက်ခြင်း [] ၂ မလုံလောက်ခြင်း [] ၃ မသိ	
3	[] ၁ သန့်ရှင်းသည် [] ၂ မသန့်ရှင်းပေ [] ၃ မသိ	C3
3.	အမှိုက်ပြစ်ခါနီးတွင်အမှိုက်ကိုခွဲပါသလား Inbreeding II [] ၁ ခွဲခြင်း [] ၂ မခွဲ	C4
4.	လေအဝင်အထွက်ကောင်းခြင်း [] ၁ ကောင်းသည် [] ၂ မကောင်းပေ [] ၃ မသိ	C5
5.	အလင်းရောင် [] ၁ လုံလောက်ခြင်း [] ၂ မလုံလောက်ခြင်း [] ၃ မသိ	C6
6.	ရောဂါသယ်ဆောင်လာသောပိုးမွှားများရှိခြင်း [] ၁ ရှိ [] ၂ မရှိ မည်သည့်ပိုးမျှ [] ၃ ပိုးဟတ် [] ၄ ခြင် [] ၅ ကြမ်းပိုး [] ၆ တခြား ဖော်ပြပါ.....	C7

အပိုင်း 5 အိမ်ရှင်မများ၏အစားအစာ

မေးခွန်း	အမြဲ	ကြာမှတစ်ကြိမ်	အသုံးမပြု	
1. အချို့ မှန် ကိုအသုံးပြု ပြီးအစားအစာများကိုပြု ပြင်ခြင်း				D1
2. iodized ပါဝင်ပေါင်းစပ်မှုရှိသောဆားကိုအသုံးပြု ခြင်း				D2
3. အစားအစာချက်ပြုတ်သောဘူးများတွင်အဖုံးများရှိခြင်း				D3
4. ဘူးများနှင့်သေချာစွာထည့်ပြီးသိမ်းခြင်း				D4

အပိုင်း 6 ဘေးကင်းစွာသန့်စတားခြင်း

စဉ်	သန့်စတားသောအရွယ်အမျိုးသမီးများအချက်အလက်	
1.	ယခုလက်ရှိတွင်သန့်စတားသောနည်းလမ်း <input type="checkbox"/> 1 တားဆေးစားခြင်း <input type="checkbox"/> 2 တားဆေးထိုးခြင်း <input type="checkbox"/> 3 ကွင်းထည့်ခြင်း IUD <input type="checkbox"/> 4 ကွန်ဒုံးသုံးခြင်း <input type="checkbox"/> 5 အမျိုးသားသားကြောဖြတ်ခြင်း <input type="checkbox"/> 6 အမျိုးသမီးသားကြောဖြတ်ခြင်း <input type="checkbox"/> 7 ဘေးကင်းစွာကာကွယ်ထားခြင်း <input type="checkbox"/> 8 ဗာနီယုမဂ်နီယမ် <input type="checkbox"/> 9 မတားဘူးပေ	E1
2.	ကလေးမတားခြင်းအကြောင်းအရာ <input type="checkbox"/> 1 ကလေးလိုချင်သည် Want <input type="checkbox"/> 2 သားကြောဖြတ်ခြင်း <input type="checkbox"/> 3 တခြားသော ဖော်ပြပါ.....	E2
3.	ကလေးစုစုပေါင်းဦးရေ.....ဦး	E3
4.	သက်ရှိထင်ရှားရှိနေသောကလေးဦးရေ.....ဦး	E4
5.	ကိုယ်ဝန်ပျက်ကျခြင်းဦးရေ.....ဦး	E5
6.	ကိုယ်ဝန်ပျက်ကျခြင်းနှင့်မီးဖွားနေစဉ်ကလေးအသက်ဆုံးရှုံးခြင်းအရေအတွက်..... ဦး	E6

(S1)

แบบสัมภาษณ์ชุดดัชนีสุขภาพ (ประยุกต์จาก โปรแกรม JHCIS และ จปฐ.)

เลขที่แบบสัมภาษณ์ [] [] []

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน [] หรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริง แบบสัมภาษณ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจข้อมูลปัญหาด้านสุขภาพ ของแรงงานต่างชาติในค่ายพักเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์และวางแผนแก้ไขปัญหาค่ายพักต่อไป โดยจะแบ่งเป็น 4 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ที่	ข้อมูลด้านประชากร (PERSON)	สำหรับผู้วิจัย
1	เลขที่ห้องพัก.....	NUMBERROOM
2	หมายเลขโทรศัพท์	CALL NUMBER
3	เพศ [] 1 ชาย [] 2 หญิง	SEX
4	อายุ.....ปี	AGE
5	สถานะสมรส [] 1 โสด [] 2 แต่งงานแล้ว [] 3 หม้าย [] 4 หย่าร้าง [] 5 แยกกันอยู่ชั่วคราว [] 9 ไม่ทราบ	STATAS
6	เชื้อชาติ [] 1 เมียนมาร์ ระบุสัญชาติ..... [] 2 ลาว [] 3 กัมพูชา	RACE
7	ศาสนา [] 1 พุทธ [] 2 อิสลาม [] 3 คริสต์ [] 4 อื่นๆ	RELIGION
8	ระดับการศึกษาสูงสุด [] 1 ไม่ได้รับการศึกษา [] 2 ก่อนประถมศึกษา [] 3 ประถมศึกษา [] 4 มัธยมศึกษาตอนต้น [] 5 อนุปริญญา [] 6 ปริญญาตรี [] 7 สูงกว่า ปริญญาตรี [] 9 ไม่ทราบ	EDUCATION
9	ท่านทำงานในเมืองไทย.....ปี	TIME 1
10	ท่านทำงานที่นี่.....ปี	TIME 2
11	ปีที่ผ่านมา ท่านย้ายงานหรือไม่ [] 1 ไม่เคยย้าย [] 2 เคยย้าย [] 1 1 ครั้ง [] 2 2 ครั้ง [] 3 3 ครั้ง [] 4 > 3 ครั้งขึ้นไป	TIME 3 TIME 31 TIME 32
	สาเหตุที่ท่านย้ายงานเพ [] 1 เงินเดือนน้อย [] 2 นายจ้างเอาเปรียบ [] 3 งานหนักมาก [] 4 อื่นๆ ระบุ.....	

ที่	ข้อมูลด้านประชากร (PERSON)	สำหรับผู้วิจัย
12	ประเภทการจ้าง [] 1 ลูกจ้างรายเดือน [] 2 ลูกจ้างรายวัน	OCCUPATION
13	ท่านได้รับค่าจ้างต่อเดือนละเท่าไร.....บาท	INCOME
14	กรุ๊ปเลือด [] 1 เอ [] 2 บี [] 3 เอบี AB [] 4 โอ [] 9 ไม่ทราบ	GROUP
15	ประเภทการขึ้นทะเบียน [] 1 ขึ้นทะเบียนนมหาดไทยประเภท ทร. 38 [] 2 ขึ้นทะเบียนได้ Work Permitted ก. แรงงาน [] 3 ขึ้นทะเบียนกับกระทรวงแรงงาน ขออนุญาตทำงาน (มี Passport/Visa) [] 4 อื่นๆ ระบุ.....	REGISTER
16	การใช้ภาษาไทยในการพูด [] 1 พูดได้ [] 2 พูดได้เล็กน้อย [] 3 พูดไม่ได้	SPEAK
17	การใช้ภาษาไทยในการฟัง [] 1 ฟังรู้เรื่อง [] 2 ฟังได้เล็กน้อย [] 3 ฟังไม่รู้เรื่อง	LISTEN
18	สมาชิกที่อาศัยด้วยกัน (นับตัวเอง).....คน สมาชิกที่อยู่ด้วยกันเกี่ยวข้องกับท่านโดยเป็น [] 1 พ่อ/แม่ [] 2 พี่/น้อง [] 3 สามเณร/ภรรยา [] 4 เพื่อน [] 5 ญาติ	MEMBER MEMBER1
19	ประเภทสิทธิการรักษาพยาบาล [] 1 บัตรประกันสังคม [] 2 บัตรทอง/30บาท/บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า [] 3 อื่นๆ ระบุ.....	TREAT
20	สถานบริการหลัก.....	HOS1
21	สถานบริการรอง.....	HOS2

ตอนที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพ

ที่	ข้อมูลด้านประชากร (PERSON)	สำหรับผู้วิจัย		
1	ก่อนรับใบอนุญาตครั้งนี้ ผลการตรวจสุขภาพเป็นอย่างไร [] 1 พบปกติ [] 2 พบโรคที่ต้องรักษา	A1		
ที่	ข้อมูลด้านสุขภาพ			สำหรับผู้วิจัย
	โรคที่ตรวจ	ปกติ	ป่วย	
	โรคมาลาเรีย			A11
	โรคซิฟิลิส			A12
	โรคเท้าช้าง			A13
	โรคหนองพยาธิ			A14
	โรคเรื้อน			A15
	โรคผิวหนังโรค			A16
	ตรวจปัสสาวะหาสารเสพติด			A17

ที่	ข้อมูลด้านสุขภาพ			สำหรับผู้วิจัย
2	ที่พึ่งในการดูแลสุขภาพ กรณีไม่ป่วย [] 1 ยาพื้นบ้าน [] 2 สมุนไพร [] 3. ยาแผนปัจจุบัน [] 4 วิธีรักษาสุขภาพอื่น ๆ			A2
3	ในช่วง 1 ปี ที่ผ่านมาท่านป่วยกี่ครั้ง [] 1 ไม่ป่วย [] 2 1 ครั้ง [] 3 2 ครั้ง [] 4 3 ครั้ง [] 5 4 ครั้ง [] 6 มากกว่า 5 ครั้ง โรคที่ป่วยบ่อย คือ..... เมื่อป่วยท่านไปรับบริการ ที่สถานบริการใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)			A3
		0 ไม่ใช่	1 ใช่	
	นอนพักเฉยๆ รักษาตนเอง			A31
	ซื้อยามากินเอง			A32
	ห้องพยาบาลในโรงงาน			A33
	คลินิก/รพ.เอกชน			A34
	ศูนย์บริการสาธารณสุข			A35
	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (รพ.สต.)			A36
	โรงพยาบาลสังกัดรัฐบาล			A37
	อื่นๆ ระบุ			A38
4	ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่ [] 1 ไม่เคยตรวจ [] 2 ไม่มี (ข้ามไปถามข้อ 7) [] 3 มี (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) [] 1 เบาหวาน A41 [] 2 ความดันโลหิตสูง A42 [] 3 โรคหัวใจ A43 [] 4 ภูมิแพ้ A44 [] 5 โรคกระเพาะอาหาร/ลำไส้ A45 [] 6 โรคมะเร็ง A46 [] 7 โรคปอด/หลอดลม A47 [] 8 โรคระบบเลือด/น้ำเหลือง A48 [] 9 โรคกระดูก/กล้ามเนื้อ/ประสาท A49 [] 10 โรคระบบอวัยวะสืบพันธุ์ A410 [] 11โรคไต/ระบบปัสสาวะ A412 [] 13 โรคผิวหนัง A413 [] 14 อื่นๆ ระบุ..... A414			A4

ที่	ข้อมูลด้านสุขภาพ	สำหรับผู้วิจัย
5	ท่านรับการรักษาโรคประจำตัวอย่างไร <input type="checkbox"/> 1 ไม่เคยรับการรักษา <input type="checkbox"/> 2 รับการรักษา (ตอบได้ทั้ง 2 ข้อ) <input type="checkbox"/> 1 แพทย์แผนปัจจุบัน <input type="checkbox"/> 2 แพทย์ทางเลือก	A5 A51 A52
6	ความสม่ำเสมอในการรักษา <input type="checkbox"/> 1 มาตามนัดทุกครั้ง <input type="checkbox"/> 2 มาไม่ครบตามนัด เพราะ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) <input type="checkbox"/> 1 จำไม่ได้ <input type="checkbox"/> 2 การเดินทางไม่สะดวก <input type="checkbox"/> 3 ปัญหาการเงิน <input type="checkbox"/> 4 ไม่มีเวลา <input type="checkbox"/> 5 อื่นๆ	A6 A61 A62 A63 A64 A65
7	ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาได้รับอุบัติเหตุ หรือบาดเจ็บ หรือไม่ <input type="checkbox"/> 1 ไม่เคย <input type="checkbox"/> 2 เคย หากเคยได้รับอุบัติเหตุ ท่านได้รับอุบัติเหตุประเภทใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) <input type="checkbox"/> 1 อุบัติเหตุหรือบาดเจ็บจากการทำงาน <input type="checkbox"/> 2 อุบัติเหตุหรือบาดเจ็บจากจราจร <input type="checkbox"/> 3 อุบัติเหตุหรือบาดเจ็บทั่วไป เช่น มีดบาด ถูกของมีคม สิ้นหกล้ม น้ำร้อนลวก ไฟฟ้าช็อต	A7 A71 A72 A73

ตอนที่ 3 ดัชนีพฤติกรรมสุขภาพ

1. พฤติกรรมการออกกำลังกายของท่านในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา

ที่	ข้อมูลด้านพฤติกรรมสุขภาพ	สำหรับผู้วิจัย
1	ท่านเล่นกีฬาหรือออกกำลังกายเช่น แอโรบิคส์ /วิ่งเหยาะๆ เล่นฟุตบอล และอื่น ๆ จนรู้สึกเหนื่อยมาก โดย หายใจแรงและเร็ว <input type="checkbox"/> 1 ไม่ทำ (ข้ามไปข้อ2) <input type="checkbox"/> 2 ทำ ใช้เวลาต่อครั้ง <input type="checkbox"/> 1 ครั้งละ 20 นาทีขึ้นไป <input type="checkbox"/> 2 น้อยกว่า 20 นาที จำนวนวันต่อสัปดาห์ <input type="checkbox"/> 1 3 วันหรือมากกว่า <input type="checkbox"/> 2 1 ถึง 2 วัน 1	B1 B11 B12
2	ท่านออกแรงหรือเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น ทำงานบ้าน เดินเร็ว ปั่นจักรยาน และ อื่นๆ จนรู้สึก ค่อนข้างเหนื่อยกว่าปกติพอควร และหายใจเร็วกว่าปกติเล็กน้อย <input type="checkbox"/> 1 ไม่ทำ (ข้ามไปถามพฤติกรรมด้านอารมณ์) <input type="checkbox"/> 2 ทำ ใช้เวลาต่อครั้ง	B2 B21

<input type="checkbox"/> 1 ครั้งละ 30 นาทีขึ้นไป <input type="checkbox"/> 2 น้อยกว่า 30 นาที จำนวนวันต่อสัปดาห์ <input type="checkbox"/> 1 5 วันหรือมากกว่า <input type="checkbox"/> 2 1 ถึง 4 วัน	B22
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

พฤติกรรมด้านอารมณ์ ของท่านในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา

รายการ	การปฏิบัติ				ผู้วิจัย
	ทุกวัน	5-6 วัน ต่อ สัปดาห์	2-4 วัน ต่อสัปดาห์	1 ต่อสัปดาห์ หรือไม่เคย ปฏิบัติ 1	
1 ท่านคิดมากหรือกังวลใจจนนอนไม่หลับ					B31
2 ท่านกินอาหารมากกว่าปกติหรือน้อยกว่าปกติ เนื่องจาก ความเครียดจากเหตุการณ์ต่าง ๆ เช่น ออกหัก ถูกทวงหนี้ งานยุ่ง วิตกกังวล เป็นต้น					B32

3. พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา

1. ที่ผ่านมาท่านสูบบุหรี่/ยาสูบ <input type="checkbox"/> 1 ไม่สูบ (ข้ามไปพฤติกรรมการดื่มสุรา) <input type="checkbox"/> 2 สูบ	B4
2. ถ้าสูบ ท่านสูบบุหรี่/ยาสูบ มวนแรกหลังตื่นนอนตอนเช้า นานแค่ไหน <input type="checkbox"/> 1 ภายใน 5 นาทีหลังตื่น <input type="checkbox"/> 2 ภายใน 6 ถึง 30 นาทีหลังตื่น <input type="checkbox"/> 3 มากกว่า 30 นาทีหลังตื่น	B41
3. ปกติท่านสูบบุหรี่/ยาสูบ ก็มวนต่อวัน <input type="checkbox"/> 1 มากกว่า 30 มวนต่อวัน <input type="checkbox"/> 2 21 ถึง 30 มวนต่อวัน <input type="checkbox"/> 3 11 ถึง 20 มวนต่อวัน <input type="checkbox"/> 4 น้อยกว่า 10 มวนต่อวัน	B42

4. พฤติกรรมการดื่มสุรา และเครื่องดื่มเสริมกำลัง ในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา

1. ท่านดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกชนิด เช่น เหล้า ไวน์ เบียร์ ยาดอง สาโทและอื่น ๆ <input type="checkbox"/> 1 ดื่มทุกวัน <input type="checkbox"/> 2 5-6 วันต่อสัปดาห์ <input type="checkbox"/> 3 ไม่ดื่ม (ข้ามไป พฤติกรรมสูขอนามัยส่วนบุคคล)	B5
2. ปริมาณการดื่ม สุรา ต่อวัน (สุรา ยาดอง เหล้าขาว) <input type="checkbox"/> 1 2 ถึง 3 ฝา <input type="checkbox"/> 2 1/4 แบน <input type="checkbox"/> 3 1/2 แบน <input type="checkbox"/> 4 3/4 แบน <input type="checkbox"/> 5 1 แบนขึ้นไป	B51
3. ปริมาณการดื่ม เบียร์ ต่อวัน (เบียร์ ไวน์ สาโท) <input type="checkbox"/> 1 1 กระป๋อง <input type="checkbox"/> 2 2 ถึง 3 กระป๋อง <input type="checkbox"/> 3 4 กระป๋อง <input type="checkbox"/> 4 5 ถึง 7 กระป๋อง <input type="checkbox"/> 5 7 กระป๋องขึ้นไป หมายเหตุ 2 กระป๋อง เท่ากับ 1 ขวดเบียร์, 1 ซ็อต เท่ากับ 1 เป๊ก เท่ากับ 2 ฝา	B52
4. การดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง <input type="checkbox"/> 1 ทุกวัน <input type="checkbox"/> 2 5-6 วันต่อสัปดาห์ <input type="checkbox"/> 3 1-4วัน ต่อสัปดาห์ <input type="checkbox"/> 4 ไม่ดื่ม	B6

5. พฤติกรรมสุขอนามัยส่วนบุคคล ในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา

ที่	รายการ	การปฏิบัติ				ผู้วิจัย
		ทำทุกครั้ง (4)	ทำส่วนมาก (3)	ส่วนน้อย ที่ทำ (2)	ไม่เคยทำ (1)	
1.	ท่านใช้ช้อนกลางตักอาหารมาใส่จานท่าน					B71
2.	ท่านล้างมือด้วยสบู่ ก่อนกินอาหาร					B72
3.	ท่านล้างมือด้วยสบู่ หลังขับถ่าย					B73
4.	ท่านกินอาหารที่ปรุงสุกใหม่ ๆ (ทำเองหรือซื้อมาแล้วทานในมือนั้น ไม่เก็บข้ามมือ และไม่ใช้ของแช่แข็ง)					B74
5.	ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนที่มีใช้สามี/ภรรยา					B75
6.	สวมหมวกนิรภัยเมื่อขี่จักรยาน หรือซ้อนมอเตอร์ไซด์					B76

6. พฤติกรรมการนอนหลับ

1.	ท่านรู้สึกไม่สดชื่น หลังตื่นนอน []1 ทุกวัน []2 5-6 วันต่อสัปดาห์ []3 1-4วัน ต่อสัปดาห์ []4 ไม่เคย	B81
2.	ท่านนอนหลับเวลาประมาณ.....	B82
3.	ท่านตื่นนอนเวลาประมาณ.....	B83

7. ด้านสุขภาพจิต 2Q: แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า

คำถาม	(0)ไม่มี	(1)มี	ผู้วิจัย
1. ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ ท่านรู้สึก หดหู่ เศร้า ท้อแท้สิ้นหวัง หรือไม่			B91
2. ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ ท่านรู้สึกเบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน หรือไม่			B92

(หากตอบ "มี" ตั้งแต่ 1 ข้อขึ้นไป ให้ทำ 9Q ต่อ)

9Q : แบบประเมินโรคซึมเศร้า

ช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ท่านมีอาการเหล่านี้บ่อยแค่ไหน	ไม่มีเลย (0)	มีอาการ			ผู้วิจัย
		บางวัน <7 วัน (1)	บ่อย >7 วัน (2)	ทุกวัน (3)	
1. เบื่อ ๆ ไม่สนใจอยากทำอะไร					B101
2. ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้					B102
3. หลับยาก หรือหลับหลับตื่นๆหรือหลับมากไป					B103
4. เหนื่อยง่าย หรือไม่ค่อยมีแรง					B104
5. เบื่ออาหาร หรือรับประทานมากไป					B105
6. รู้สึกไม่ติดกับตัวเอง คิดว่า ตัวเองล้มเหลว หรือทำให้ตนเองครอบครัว ผิดหวัง					B106
7. สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร เช่นดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้					B107

ความตั้งใจ					
8. พุดซ้า ทำอะไรซ้ำลจนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือกระสับกระส่ายไม่ สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น					B108
9. คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าตายไปคงจะดี					B109
รวมคะแนน					

(หากคะแนนรวมมากกว่า “7 คะแนน ขึ้นไป” ให้ทำ 8Q ต่อ)

8Q : แบบประเมินการฆ่าตัวตาย

คำถาม	ไม่ใช่ (0)	ใช่ (1)	ผู้วิจัย
1. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาวันนี้คิดอยากตายหรือคิดว่าตายไปจะดีกว่า			B111
2. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาวันนี้อยากทำร้ายตนเองหรือทำให้ตนเองบาดเจ็บ			B112
3. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาวันนี้คิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย (ถ้าใช่..ถามต่อว่าท่านสามารถ ควบคุมความคิดหรือจะไม่ทำตามความคิดนั้น)			B113
4. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาวันนี้มีแผนการที่จะฆ่าตัวตาย			B114
5. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาวันนี้เตรียมการที่จะทำร้ายตนเองโดยตั้งใจว่าจะให้ตายจริงๆ			B115
6. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาวันนี้ทำให้ตนเองบาดเจ็บแต่ไม่ตั้งใจที่จะให้เสียชีวิต			B116
7. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาวันนี้พยายามฆ่าตัวตายโดยตั้งใจที่จะให้ตายจริงๆ			B117
8. ตลอดชีวิตที่ผ่านมาท่านเคยพยายามฆ่าตัวตาย			B118
รวมคะแนน			

เกณฑ์การแปลผล 8

- 0 = ไม่มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน 1-8 = แนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ระดับน้อย
9-16 = แนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ระดับปานกลาง > 17 = แนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ระดับรุนแรง

ตอนที่ 4 สุขภาพาลสิ่งแวดล้อม/การกำจัดสิ่งปฏิกูล

ที่	ข้อมูลสุขภาพาลสิ่งแวดล้อม	ผู้วิจัย
1	ประเภทแหล่งน้ำดื่ม [] 1 น้ำประปา [] 2 น้ำบรรจุเสร็จ	C1
2	น้ำดื่มพอเพียง [] 1 เพียงพอ [] 2 ไม่เพียงพอ [] 9 ไม่ทราบ	C2
3	[] 1 สะอาด [] 2 ไม่สะอาด [] 9 ไม่ทราบ	C3
4	ท่านแยขยะก่อนทิ้งหรือไม่ [] 1 แยก [] 2 ไม่แยก	C4
5	การระบายอากาศ [] 1 ระบาย [] 2 ไม่ระบาย [] 9 ไม่ทราบ	C5
6	แสงสว่าง [] 1 เพียงพอ [] 2 ไม่เพียงพอ [] 9 ไม่ทราบ	C6
7	มีสัตว์นำโรค [] 1 แมลงวัน [] 2 หนู [] 3 แมลงสาบ [] 4 ยุง [] 5 ตัวเรือด [] 6 อื่นๆ ระบุ	C7

แบบสอบถาม/ မေးခွန်းပုံစံ

เลขที่แบบสัมภาษณ์/ မေးခွန်းပုံစံနံပါတ် [] [] []

ဖောင်ပုံစံရည်ရွယ်ချက်မှာအဆောင်တွင်နေထိုင်သောနိုင်ငံခြားသားအလုပ်သမားများအမှု က်များဖြေရှင်းရန်အတွက် အချက်အလတ်များကိုစစ်တမ်း ကောက်ခြင်းဖြစ်သည်။ သုတေသနပြု လုပ်ခြင်းတွင်

အကျိုးရရှိရန်အတွက်အသုံးပြု ခြင်းနှင့်ပြဿနာဖြေရှင်းရာတွင်ဇယားချွန်ရန်အတွက်လည်း ဖြစ်သည်။ အပိုင်း 7 ပိုင်းအဖြစ်ခွဲခြားမှာအောက်ပါအ တိုင်းခွဲခြားဖြစ်သည်။

အပိုင်း 1 အထွေထွေအချက်အလတ်များ

ရှင်းပြချက် အမှန် ✓ မှတ်အသားများကိုအမှန်အတိုင်းဖြစ်သည့်စည်း တားထားပေးသော []

ကွပ်လပ်တွင်ခြစ်ပေးရမည်။ ယခုမေးမြန်းခြင်း

စဉ်	လူဦးရေ (PERSON)	สำหรับผู้วิจัย သုတေသနပြုသူ
1	အခန်း နံပါတ်.....	NUMBERROOM
2	အမျိုးအစား [] 1 ယောက်ကျား [] 2 မိန်းမ	SEX
3	အသက် နှစ်	AGE
4	အိမ်ထောင်ရေးပုံစံ [] 1 လူလွတ် [] 2 အိမ်ထောင်ပြု ပြီး [] 3 ကွဲနေခြင်း [] 4 ကွာရှင်းပြီး [] 5 ယာယီ ကွဲကွာ	STATAS
5	လူမျိုး [] 1 မြန်မာ [] 2 လာအို [] 3 ကန်ဘေးဒီးယား [] 4 အခြား.....	RACE
6	ဘာသာ [] 1 ဗုဒ္ဓဘာသာ [] 2 မူစလင်ဘာသာ [] 3 ခရစ်ယာန်ဘာသာ [] 4 အခြား.....	RELIGION
7	အမြင့်ဆုံးသင်ကြားလာသောပညာရေး [] 1 မသင်ကြားရခြင်း [] 2 မူကြို အဆင့်သင်ကြားရခြင်း [] 3 မူလတန်းအဆင့်သင်ကြားရခြင်း [] 4 အလယ်တန်းအဆင့်သင်ကြားရခြင်း [] 5 ဒီပလိုမာလက်မှတ်ရသည့်အထိသင်ကြားရခြင်း [] 6 ဘွဲ့ဒီဂရီရသည့်အထိသင်ကြားရခြင်း [] 7 ဘွဲ့လွန်အထိသင်ကြားရခြင်း	EDUCATION
8	အဆောင်အတွင်းအတူနေသူအရေအတွက် ဦး	
9	သူက တစ်ဦး နှစ်အနည်းငယ် ဒီမှာ အလုပ်လုပ်ခဲ့..... နှစ်	

အပိုင်း 2 အဆောင်အတွင်းနေထိုင်သောနိုင်ငံခြားသားအလုပ်သမားများအမှု ကန့်သတ်သက်ပြီးစီမံခန့်ခွဲပုံကိုစစ်ဆေး
မေးမြန်းခြင်းပုံစံ

ရှင်းပြချက် အမှန် ✓ မှတ်အသားများကိုအမှန်အတိုင်းဖြစ်သည့်စည်း တားထားပေးသော []
ကွပ်လပ်တွင်ခြစ်ပေးရမည်။ယခုမေးမြန်းခြင်း

မေးမြန်းမည့်အချက်များ	မှန်သ ည်	မှားသ ည်
1. အမှု ကန့်သတ်မှု ဥပမာ အစားထိုးကြွင်းစားကျ အရွက် ကြွင်းကျ အသီးအစအနများ မင်းကျများဖြစ်သည်		
2. ဖုန်းဘတ်ထရီ ဓါတ်ခဲ ကန့်သတ်မိနိုးမပြ တော့သည့်မီးချောင်းများအားလုံးတို့ သည်အထွေထွေအမှု ကများဖြစ်သည်။		
3. ဖော့ ပလက်စတစ်အိတ် အန်တရာယ်ရှိသောအမှု ကများ		
4. ပလက်စတစ်ဘူးများ ပလက်စတစ်ဘူးများ အမှု ကများကိုနောက်ထက်တစ်ကြိမ်အသစ်ပြန်လည်အသုံးပြု ခြင်း		
5. အမှု ကရောင်းခြင်းသည်ဝင်ငွေပိုမိုရရှိစေရန်တည်ဆောက်ပေးသောအစီစဉ်များဖြစ်သည်		
6. ပလက်စတစ်ခွက်များ ပလက်စတစ်ဘူးများကို နောက်ထက်တစ်ခါပြန်လည်းအသုံး ပြု ခြင်းသည်အမှု ကများကိုလျော့နည်းအောင်ကူညီခြင်းဖြစ်သည်		
7. ဖန်ပုလင်း(သို့)ဖန်ခွက်များကိုယူလာ ပြီးပြန်ကျ ခြင်းပြု လုပ်ခြင်းသည်ပုံစံအသစ်ပြောင်း ပြီးအသုံးပြု ခြင်းဟုခေါ်သည်		
8. အမှု ကလျော့အောင်ပြု လုပ်ခြင်း တွင်ဈေးသွားသည့်အခါပလတ်စတစ်အစားအဝတ်အိတ်များအသုံး ပြု ခြင်းဖြစ်သည်		
9. အမှု ကများသည်ရောဂါပိုးများဖြစ်ပွားရာပင် မြစ်လည်းဖြစ်သည် ဥပမာ ကြွက် ယင် စသည့်ပိုးမွှားများဖြစ်သည်။		
10. ဖုန်းဘတ်ထရီ ဓါတ်ခဲ လက်နှိပ် ဓါတ်မီး အသုံးပြု ပြီးသောမီးချောင်းများကိုမြေကြီး ပေါ်တွင်ပြစ်ပါကမြေကြီး တွင်သတ်တုခြပ် များပိုမိုများပြားလာပြီးမြေကြီးညစ်ညမ်း မှု ကိုဖြစ်စေသည်		
11. အမှု ကထဲသို့ မိုးရေမှရေများဝပ်နေပါကအဆိပ်ပြဿနာများမဖြစ်ပေါ်နိုင်ချေ		
12. ဖုံမှု န် များအမှု ကတွင်ကပ်နေပါကကျမ်းမာရေးအန်တရာယ်ကိုထိခိုက်ခြင်းမရှိပေ		
14. ခြင်ကျားမှငှက်ဖျားဖြစ်စေနိုင်သည်။		
15. ကြွက် သည်ဝက်ရူးပြန်ရောဂါကိုဖြစ်ပွားစေသည်		
16. ယင်ကောင်မှဝမ်းလျှော်ဝမ်းပျက်နှင့်ကာလဝမ်းရောဂါများဖြစ်စေနိုင်ခြင်းဖြစ်သည်။		

အပိုင်း 3 အဆောင်းအတွင်းမှနှိုင်းခြားသားအလုပ်သမားများအမှု က်များကိုရှင်းလင်းစွာစီမံခန့်ခွဲနိုင်သည့်မေး

မြန်စစ်ဆေးသောဖောင်ပုံစံ

ရှင်းပြချက် ကျေးဇူးပြု ပြီးမှန်သောအချက်၏အမှန် အမှတ်အသားကိုသင်၏စိတ်ကူးနှင့်အများဆုံးမှန်သောကွပ်လပ [] တွင်ခြစ်ပေးရမည်။

မေးမြန်မည့်အချက်များ	ထင်မြင်ချက်အဆင့်				
	မှားဆုံး 5	မှား 4	လယ် လတ် 3	နည်း 2	နည်းဆုံး 1
1. သင်၏စိတ်တွင်အမှု က်ကိုသေချာ မထိန်သိမ်းပါကကူးစက်ရောဂါများမိမိသို့ ကူးစက်နိုင်သည်ဟုထင်ပါသလား					
2. အမှု က်ကိုပြန် ကျွဲစွာပြစ်ထားပါ ကနေထိုင်သူများအားလုံး၏စိတ်ကိုဆိုးကျိုးများသတ်ရောက်မှု ရှိပါသလား					
3. ယခုလက်ရှိပတ်ဝန်းကျင်တွင်အမှု က်ပြဿနာများပိုမိုမြင့်တက်လာသည်ဟုထင်ပါသလား					
4. အန်တရာယ်ရှိသောအမှုကများကိုမခွဲခြားမှသင်သည်သတ်တုဒြပ်အဆိပ်များ အန်တရာယ်ကိုလက်ခံရရှိနိုင်ပါသလား					
5. အမှု က်ကိုပြန် ကျွဲစွာပြစ်ထားပါကနေထိုင်သူများ အားလုံး၏စိတ်ကိုဆိုးကျိုးများသတ်ရောက်မှု ရှိပါသလား					
6. အမှု က်အနံ့ဆိုးများကြောင့်အိပ်စက် မှု များကိုအနှောက်ယှက်ပေးနိုင်ပါသလား					
7. အမှု က်များရှုပ်ထွေးမှုကြောင့်သင်သည်မနေချင် သောစိတ်များဖြစ်ပါသလား					
8. အမှု က်ပိုများမှု ရှိလေရောဂါပိုး သယ်ဆောင်လာနိုင်သောသတ်တာဝါနှင့်စိတ်ရှုပ်စရာသတ်တာဝါများ ပိုများလာနိုင်ပါသလား					
9. အမှု က်နံ့ခြင်းကြောင့်အဆောင်းတွင်မနေချင်စိတ်များဖြစ်ပါသလား					
10. သင်၏စိတ်တွင်အဆောင်အတွင်း အမှု က်များအရေအတွက်လျော့နည်း လာအောင်ပြု လုပ်ရန်စိတ်ကူးရှိခြင်း					
11. သင်၏စိတ်တွင်အမှု က်ခွဲခြင်းလုပ်ငန်းစဉ်များကူညီလုပ်ကိုင်နေခြင်း ကြောင့်ကျမ်းမာရေးပြဿနာများဘက်မှလျော့နည်းလာမည်ဟုသင်ထင်ပါသလား					
12. အမှု က်ခွဲခြင်းလုပ်ငန်းစဉ်ကိုလုပ် မည်ဆိုပါကအဆောင်သန့် ရှင်း ပြီးနေချင်စိတ်ပိုမိုဖြစ်ထွန်းလာနိုင်ပါသလား					
13. အမှု က်သွားမပြစ်မှီအမှု က်အလျှင်ခွဲခြင်းသည်လူ့ ပတ်ဝန်း ကျင်ကိုတာဝန်ယူဖြေရှင်းခြင်းဖြစ်ပါသလား					
14. သင်၏စိတ်တွင်အမှု က်ခွဲခြင်းသည်အလုပ်ရှုပ်ခြင်း နှင့်အချိန်ကုန်သည်ဟုထင်ပါသလား					
15. သင်၏စိတ်တွင်အမှု က်ခွဲခြင်း သည်သတ်မှတ်ချက်မရှိအလုပ်ပိုသည်ဟုထင်ပါသလား					
16. အမှု က်ခွဲခြင်းတွင်မိမိမှစပြီးခွဲသင့်ပါသလား					
17. အမှု က်ခွဲခြင်းလုပ်ငန်းစဉ်တွင်ပါဝင် လက်တွဲကြာမည့်ဟုသင်ယုံကြည်ပါသလား					
18. အဆောင်တွင်းမှအမှု က်ပြဿနာကိုလူတိုင်းမှပါဝင်ကူညီဖြေရှင်းသင့်ပါသလား					

အပိုင်း 4 အဆောင်အတွင်းနေထိုင်စေသောနိုင်ငံခြားသားအလုပ်သမားများ၏နေထိုင်မှု စစ်ဆေးမေးမြန်းခြင်းဖောင်ပုံစံ

ရှင်းပြချက် ကျေးဇူးပြု ပြီးမှန်သောအချက်၏အမှန် အမှတ်အသားကိုသင်၏စိတ်ကူးနှင့်အများဆုံးမှန်သောကွပ်လပ် [] တွင်ခြစ်ပေးရမည်။

မေးမြန်းမည့်အချက်များ	စုပေါင်းပါဝင်မှု				
	မလုပ် 0	ကြာကြာနေမှ တစ်ကြိမ် 1	ခဏ ခဏ 2	အမြဲတမ်း နည်းပါး 3	အမြဲတမ်း 4
1. သင်သည်အမှု ကိစ္စများ(အစားအစာအကြွင်းကျန်များ အရွက်အကြွင်း ကျန်များ အသီးအကြွင်းကျန်များ)ကိုအမှု ကိစ္စပြစ် သောပုံးတွင်ပြစ်ပါသလား					
2. သင်သည်ပလက်စတစ်အိတ်များ စက်ကူစများကိုအထွေထွေအမှု ကိစ္စ တွင်ပြစ်ပါသလား					
3. သင်သည်(လက်နှိပ်ခါတ်မီးနန်းဘတ်ထရီများ) ကိုအန်တရာယ်ရှိသောအမှု ကိစ္စများပြစ်သည့်ပုံးတွင်ပြစ်ပါသလား					
4. သင်သည်ပ လစ်စတစ်ဘူးဖန်ပုလင်းများအမှု ကိစ္စတွင်ပြစ်ထား ပါကယူလာပြီးအသစ်အဖြစ်အသုံးပြု ပါသလား					
5. ဈေးဝယ်သည့်အခါသင်သည်ဈေး ရောင်သူထံမှပလက်စတစ်အိတ်ကိုလိုအပ်သလောက်သာတောင်းပါသလား					
6. သင်သည်ပလက်စတစ်အိတ်အစားအဝတ်အိတ် (သို့) ခြင်းကိုအသုံးပြု ပါသလား					
7. သင်သည်ဈေးသွားဝယ်သည့်အခါခြင်းမရှိပါကအိတ်ကြီးကြီး တစ်လုံးတောင်းပြီးဝယ်ထားသောပစ်စည်းများကိုစုထည့်ပါသလား					
8. သင်သည်ပြန်ဖြည့်၍ရသောပုဂံဆေးရည်ဆပ်ပြာရည်များကိုဝယ်ပြီး ယခင်ရှိနေသောဘူးတွင်ဖြည့်ပြီးအသုံးပြု ပါသလား					
9. သင်သည်အစားအစာများကိုဖော့ဖာများနှင့်ထည့်ပေးပါခြင်း ရန်အစီစဉ်ရှိပါသလား					
10. သင်သည်သူငယ်ချင်းအားအမှု ကိစ္စများလျော့နည်းစေရန်အ ကြံပေးဘူးပါသလား					
11. သင်သည်ပလက်စတစ်ဘူး ဖန်ခွက်များကိုနောက်တစ်ခါယူလာပြီး ပစ်စည်းထည့်၍အသုံးပြု ပါသလား					
12. သင်သည်အသုံးပြု ပြီးသောပ လက်စတစ်အိတ်ကိုသိမ်းပြီး နောက်တစ်ခါပြန်လည်အသုံးပြု ပါသလား					

အပိုင်း 5 နိုင်ငံခြားသားအလုပ်သမားများအမှု က်များကိုစီမံခန့်ခွဲရာတွင်လက်တွဲပါဝင်ရန်မေးမြန်းသောဖောင်ပုံစံ

ရှင်းပြချက် ကျေးဇူးပြု ပြီးမှန်သောအချက်၏အမှန် အမှတ်အသားကိုသင်၏စိတ်ကူးနှင့်အများဆုံးမှန်သောကွပ်လပ် []

တွင်ခြစ်ပေးရမည်။

မေးမြန်မည့်အချက်များ	ပါဝင်လာခြင်း				
	မလုပ် 0	ကြာကြာ နေမှတစ် ကိမ် 1	ခဏ ခဏ 2	အမြဲတ မ်း နည်းပါး 3	အမြဲ တမ်း 4
1. သင်သည်အမှု က်များခွဲခြားခြင်းများပြု လုပ်မည်ကိုသတင်အချက်လတ်များရရှိပါသလား					
2. သင်သည်အဆောင်အစည်းဝေးတွင်အမှု က်ပြဿနာနှင့်ပက်သက်ပြီးအကြံပေးခြင်းတွင်ပါဝင်လက်တွဲဘူးပါသလား					
3. သင်သည်အစီစဉ်ဆွဲသောကော်မတီအဖွဲ့ ဝင်များနှင့်အမှု က်များစီမံခန့်ခွဲရေးနည်းလမ်းရှာဖွေသောအစည်းဝေးသို့ ပူးပေါင်းတက်ရောက်ပါသလား					
4. သင်သည်အမှု က်များစီမံခန့်ခွဲရန်နည်းလမ်းများကိုကော်မတီဝင်များနှင့်အုပ်ချုပ်သူများအားအကြံပေးဘူးပါသလား					
5. သင်သည်အမှု က်အစီအစဉ်အထွေထွေအမှု က် နောက်တစ်ကြိမ်အသုံးပြု ရှိရသောအမှု က်နှင့်အန်တရာယ်ရှိသောအမှု က်များကိုခွဲပြီးသတ်မှတ်ထားသောပုံးတွင်ပြစ်ပါသလား					
6. အမှု က်များစီမံခန့်ခွဲခြင်းနှင့်ပက်သက်သောလုပ်ငန်းစဉ်/စီမံကိန်းများပြု လုပ်ပါကသင်ပါဝင်လက်တွဲပါမည်လား					
7. သင်သည်ပလက်စတစ်အိတ် ဖော့ဘူးများကိုလျော့ပြီးအသုံးပြု ပါသလား					
8. သင်သည်သူငယ်ချင်း အမျိုး မိသားစုများကိုအမှု က်ခွဲခြင်းလုပ်ငန်းစဉ်ကျင်းပမှု တွင်ပါဝင်လက်တွဲရန်အတွက်အဖော်ညှိ ခြင်းနှင့်အကြံပေးခြင်းများရှိဘူးပါသလား					
9. သင်သည်အဆောင်မှအမှု က်ပြဿနာများကိုကူညီဖြေရှင်းပေးခြင်းများရှိပါသလား					
10. သင်သည်ဝင်ငွေပိုမိုရရှိစေရန်အတွက်အမှု က်ရောင်းခြင်းနှင့်ခွဲခြင်းအဖွဲ့ တွင်ပါဝင်ခြင်းများရှိပါသလား					
11. သင်သည်အဆောင်အတွင်းအမှု က်များခွဲချင်းမှ					
12. သင်သည်အမှု က်များစီမံခန့်ခွဲခြင်းပြု လုပ်သောကော်မတီအဖွဲ့၏ဆောင်ရွက်မှု များမှရလာဒ်များကိုပူးပေါင်းပြီးစစ်ဆေးဘူးပါသလား					
13. သင်သည်အလုပ်ဇယားများ/ အမှု က်စီမံခန့်ခွဲရေးလုပ်ဆောင်ချက်များ တွင်လိုက်လံဘူးပါသလား					
14. သင်သည်အမှု က်များရောင်းခြင်းတွင်စစ်ဆေးခြင်းနှင့်လိုက်လံဘူးပါသလား					
15. သင်သည်ကော်မတီအဖွဲ့ဝင်များနှင့်အုပ်ချုပ်သူများကိုအမှု က်စီမံခန့်ခွဲခြင်းမှဖြစ်ပွားသောပြဿနာများကိုအကြောင်းကြားဘူးပါသလား					

အပိုင်း 6 အဆောင်အတွင်းမှအမှိုက်များကိုစီမံခန့်ခွဲခြင်းနှင့်ပတ်သက်ပြီးစိတ်ညစ်ခြင်းနှင့်ပြဿနာများကိုမေးမြန်းခြင်း

ရှင်းပြချက် ကျေးဇူးပြု ပြီးမှန်သောအချက်၏အမှန် အမှတ်အသားကိုသင်၏စိတ်ကူးနှင့်အများဆုံးမှန်သောကွပ်လပ် []
] ဝင်ခြစ်ပေးရမည်။

မေးမြန်မည့်အချက်များ	မှန်သည်	မမှန်
1. မှိုက်တစ်မျိုးစီးများကိုခွဲခြားရန်အတွက်နားမလည်ခြင်းအသိပညာများမရှိခြင်း		
2. တာဝန်ရှိသူများမလုံလောက်ပေ		
3. ကိရိယာဥပမာ အမှိုက်ပုံအမှိုက်အိတ်မလုံလောက်ခြင်း		
4. အမှိုက်ပုံအမျိုးစားတွင်ရေးသားထားသောစာသည်မရှင်းလင်းဘဲ နားလည်ရခက်ခြင်း		
5. အမှိုက်ပုံအမျိုးစားများမရှင်းလင်းခြင်း		
6. သတ်မှတ်ထားသောနေရာနှင့်အမှိုက်ပုံအလိုက်ဖက်ခြင်းအမှိုက်ပြစ်ရာတွင်အဆင်မပြေခြင်း		
7. တခြားသောဖော်ပြပေးပါ.....		

အပိုင်း 7 အမှိုက်များမှဆိုးကျိုးများရရှိခြင်းကိုမေးမြန်းခြင်း

ရှင်းပြချက် ကျေးဇူးပြု ပြီးမှန်သောအချက်၏အမှန် အမှတ်အသားကိုသင်၏စိတ်ကူးနှင့်အများဆုံးမှန်သောကွပ်လပ် []
 တွင်ခြစ်ပေးရမည်။ ပြီးခဲ့သောတစ်လတွင်သင်သည်အောက်တွင်ဖော်ပြထားသောရောဂါများဖြစ်ပွားမှု ရှိခြင်း(သို့) မရှိခြင်း

ကြွက်သေးမှဖြစ်ပွားသောရောဂါ	[] နေမကောင်းမဖြစ်ဘူး	[] ဖြစ်ဘူးသည် ရေတွက်.....ကြိမ်
သွေးလွန်တုတ်ကွေးရောဂါ	[] နေမကောင်းမဖြစ်ဘူး	[] ဖြစ်ဘူးသည် ရေတွက်.....ကြိမ်
ခြင်းကြားမှဖြစ်ပွားသောအဆစ်ကိုက်ရောဂါ	[] နေမကောင်းမဖြစ်ဘူး	[] ဖြစ်ဘူးသည် ရေတွက်.....ကြိမ်
ငှက်ဖျားရောဂါ	[] နေမကောင်းမဖြစ်ဘူး	[] ဖြစ်ဘူးသည် ရေတွက်.....ကြိမ်
ကာလဝမ်းရောဂါ	[] နေမကောင်းမဖြစ်ဘူး	[] ဖြစ်ဘူးသည် ရေတွက်.....ကြိမ်
ရစ်	[] နေမကောင်းမဖြစ်ဘူး	[] ဖြစ်ဘူးသည် ရေတွက်.....ကြိမ်
ဝမ်းသွားခြင်း	[] နေမကောင်းမဖြစ်ဘူး	[] ဖြစ်ဘူးသည် ရေတွက်.....ကြိမ်
မျက်လုံးနီခြင်း	[] နေမကောင်းမဖြစ်ဘူး	[] ဖြစ်ဘူးသည် ရေတွက်.....ကြိမ်
မတည့်ခြင်းရောဂါ	[] နေမကောင်းမဖြစ်ဘူး	[] ဖြစ်ဘူးသည် ရေတွက်.....ကြိမ်
ယားယံကွပ်	[] နေမကောင်းမဖြစ်ဘူး	[] ဖြစ်ဘူးသည် ရေတွက်..... ကြိမ်

ပြီးခဲ့သောတစ်လတွင်သင်သည်အမှိုက်မှဖြစ်ပွားသောဆိုးကျိုးများနှင့်ရောဂါပိုးမွှားများသယ်ဆောင်သည့်သတ်သာဝါများ
 ၏နောက်ယှက်ခံရမှု ရှိခြင်း(သို့) မရှိခြင်း

ရောဂါပိုးသယ်ဆောင်လာ နိုင်သောသတ်တာဝါ	နောက်ယှက်ခံရခြင်းအရေတွက်			
	နေ့စဉ် (4)	တစ်ပတ်လျှင် 5-6 ရက် (3)	တစ်ပတ်လျှင် 2-4 ရက် (2)	တစ်ပတ်လျှင် 1 ရက် (သို့) မဖြစ်ဘူးချေ (1)
ယင်				
ကြွက်				
ပိုးဟပ်				
ခြင်				
အမှိုက်မှအနံ့နံခြင်း				
အမှိုက်မှရေပုတ်ခြင်း				

ตาราง เครื่องมือการประเมินโครงการจัดการขยะ ของแรงงานต่างชาติในค่ายพัก

รหัส	วัตถุประสงค์การประเมิน	ตัวชี้วัด	แหล่งข้อมูล/ ผู้ให้ข้อมูล	จำนวน ที่เก็บ	เครื่องมือ/วิธีการเก็บ	ระยะเวลาที่เก็บ	การวิเคราะห์	เกณฑ์การ ประเมิน
S2	ประเมินความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรม และความร่วมมือใน การจัดการขยะของ แรงงานต่างชาติ	1. ความรู้ (K) -ความรู้การแยก และการจัดการขยะ -ความรู้ผลกระทบของขยะ -ความรู้เรื่องสัตว์นำโรค 2. ทัศนคติ (A) การจัดการขยะ 3. พฤติกรรม (P) การจัดการขยะ 4. การมีส่วนร่วมการจัดการขยะ	แรงงานต่างชาติ	340	แบบสอบถามประเมิน ความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรม และความ ร่วมมือในการจัดการขยะ ของแรงงานต่างชาติ สุ่ม แบบมีระบบ	T2 ก่อนอบรมการ เขียนแผนงาน/ โครงการ การ ประเมินผล (W2) T12 หลังดำเนิน โครงการ	ค่าเฉลี่ยของ คะแนนความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรม	เปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ย คะแนนก่อน- หลัง
S2	ประเมินความชุก ของสัตว์นำโรค (หนู แมลงวัน แมลงสาบ ยุง)	1.ความชุกหนู จำนวนหนู (ตัว) พื้นที่ (ตารางเมตร) 1หน่วยวัด=แผ่นกระเบื้องยางขนาด 23 นิ้ว×23 cm.	สำรวจรายเท้า หนู ในแต่ละ หน่วยวัด	สุ่ม 15 จุด	วิธี tracking tiles or board เป็นการสำรวจ ประชากรหนู โดยวางแผ่น กระเบื้องยางสีขาวขนาด 23 x 23 cm. ที่ทำด้วย หมึกดำครึ่งแผ่น วางตาม ทางเดินของหนู 2 คืบ นับ รอยเท้าที่พบ (5 รอยเท้า=1 ตัว)	ทุก 3 เดือน T4, T8, T12	ความชุกหนู	จำนวนความ ชุกหนูไม่เกิน 1 ตัว ต่อพื้นที่ 250 ตาราง เมตร

รหัส	วัตถุประสงค์การประเมิน	ตัวชี้วัด	แหล่งข้อมูล/ ผู้ให้ข้อมูล	จำนวน ที่เก็บ	เครื่องมือ/วิธีการเก็บ	ระยะเวลาที่เก็บ	การวิเคราะห์	เกณฑ์การ ประเมิน
		ความชุกแมลงวัน $\frac{\text{จำนวนแมลงวัน (ตัว)}}{\text{พื้นที่ (หน่วยวัด)}}$ 1หน่วยวัด=ตารางไม้พื้นที่ขนาด 24 ×24 นิ้ว	นับจำนวน แมลงวันในแต่ละ หน่วยวัด	สุ่ม 15 จุด	วิธี Fly Grill Count Technic วางแผ่นตาราง ไม้พื้นที่ขนาด 24 ×24 นิ้ว นับจำนวนแมลงวันที่เกาะ พักใน 30 วินาที	ทุก 3 เดือน T4, T8, T12	ความชุก แมลงวัน	< หรือเท่ากับ 5 หน่วยวัด
		ความชุกแมลงสาบ $\frac{\text{จำนวนแมลงสาบ (ตัว)}}{\text{จำนวนกับดัก (ที่)}}$ 1หน่วยวัด=1 กับดัก	นับจำนวน แมลงสาบในแต่ละ หน่วยวัด	สุ่ม 15 จุด	วิธี Jar Trap วางกับดัก แมลงสาบที่ทำด้วยขวด พลาสติกที่มีเหยื่อล่อไว้ 3- 5 วัน นับจำนวน แมลงสาบที่พบในแต่ละ กับดักรวมกันหารด้วย จำนวนกับดักที่วาง	ทุก 3 เดือน T4, T8, T12	ความชุก แมลงสาบ	< หรือเท่ากับ 1 หน่วยวัด
		ความชุกลูกน้ำยุงลาย $HI = \frac{\text{จำนวนสถานที่ที่พบลูกน้ำยุงลาย (ที่)}}{\text{จำนวนสถานที่ที่สำรวจทั้งหมด (ที่)}} \times 100$ $CI = \frac{\text{จำนวนภาชนะที่พบลูกน้ำยุงลาย (ที่)}}{\text{จำนวนภาชนะที่สำรวจ (ที่)}} \times 100$	นับจำนวนลูกน้ำ ยุงลายจาก ภาชนะใส่น้ำ	-ห้องน้ำ 120 ห้อง -สุขุมห้องพัก 100 ห้อง -รอบอาคาร	แบบสำรวจลูกน้ำยุงลาย	ทุก 3 เดือน T4, T8, T12	ความชุกลูกน้ำ ยุงลาย	เปรียบเทียบ ค่า HI, CI

รหัส	วัตถุประสงค์การประเมิน	ตัวชี้วัด	แหล่งข้อมูล/ ผู้ให้ข้อมูล	จำนวน ที่เก็บ	เครื่องมือ/วิธีการเก็บ	ระยะเวลาที่เก็บ	การวิเคราะห์	เกณฑ์การ ประเมิน
S2	ปริมาณน้ำหนักรของ ขยะทั้งหมดในเดือน ต่อคน	-ปริมาณขยะต่อเดือน $\frac{\text{น้ำหนักขยะ (กิโลกรัม)}}{\text{จำนวนแรงงานทั้งหมด (คน)}}$ -อัตราการผลิตขยะ/คน/วัน $\frac{\text{น้ำหนักขยะ (กิโลกรัม)}}{\text{จำนวนแรงงานทั้งหมด (คน)}} \div 30$	-ใบแจ้งผล น้ำหนักขยะ -สุ่มสำรวจ	9 ครั้ง 3 ครั้ง	-คำนวณจากใบแจ้งผล น้ำหนักขยะต่อเดือนจาก เทศบาล และข้อมูล จำนวนแรงงานต่างชาติใน เดือนนั้นของโรงงาน เพื่อหาสัดส่วน -คำนวณจากน้ำหนักขยะ ทั้งหมดในเดือนนั้น และ ข้อมูลจำนวนแรงงานใน เดือนนั้นหาร 30 วัน	T4, T5, T6, T7, T8, T9, T10,T11, T12 T4, T8, T12	เปรียบเทียบ --เปรียบเทียบ ก่อน-หลัง -เปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยกับ เกณฑ์คนไทย	-ลดลง ไม่เกิน 0.65 ต่อกิโลกรัมต่อ คนต่อวัน
	ประเมินค่าใช้จ่าย	-รายได้จากการขายขยะ (บาท) -รายจ่ายการกำจัดขยะ (บาท)	บันทึกรายรับ การขายขยะ บันทึกรายจ่าย ค่ากำจัดขยะ	8 ครั้ง	-บันทึกรายรับการขาย ขยะ -บันทึกรายจ่ายค่ากำจัด ขยะ	T4, T5, T6, T7, T8, T9, T10,T11, T12	เปรียบเทียบผล ก่อน-หลังดำเนิน โครงการ	รายได้เพิ่มขึ้น รายจ่ายลดลง

แบบประเมิน อัตราการผลิตขยะ และสัดส่วนของขยะแยกประเภท จำนวน 100 กิโลกรัม

ครั้งที่	วันเดือนปี ที่สุ่มเก็บ	จำนวน ขยะ ทั้งหมดใน เดือน (A)	จำนวน แรงงาน ทั้งหมด (B)	น้ำหนักของขยะแต่ละประเภทจากการสุ่ม 100 กิโลกรัม (C)			
				ขยะเปียก (กก.) (C1)	ขยะทั่วไป (กก.) (C2)	ขยะนำกลับ มาใช้ใหม่ (กก.) (C3)	ขยะอันตราย (กก.) (C4)

วิธีคำนวณ

$$1. \text{ สัดส่วนขยะแต่ละประเภท} = C1:C2:C3:C4$$

$$2. \text{ ปริมาณขยะเฉลี่ย กิโลกรัมต่อคนต่อวัน} = A \div B \div 30$$

$$3. \text{ ปริมาณขยะแยกประเภท ขยะเปียก} = \frac{C1}{B} \times 100$$

$$\text{ขยะทั่วไป} = \frac{C2}{B} \times 100$$

$$\text{ขยะนำกลับมาใช้ใหม่} = \frac{C3}{B} \times 100$$

$$\text{ขยะอันตราย} = \frac{C4}{B} \times 100$$

แบบประเมินความชุกหนุโดยวิธีตรวจนับรอยเท้าหนูบนแผ่นกระเบื้องยาง(tracking tiles or board)

ที่	สถานที่วางกับดัก	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ					
				ครั้งที่ 1 (T4)		ครั้งที่ 2 (T8)		ครั้งที่ 3 (T12)	
		จำนวน รอยเท้า	แปรผล คะแนน	จำนวน รอยเท้า	แปรผล คะแนน	จำนวน รอยเท้า	แปรผล คะแนน	จำนวน รอยเท้า	แปรผล คะแนน
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
	รวม								

การตรวจนับรอยเท้าหนูบนแผ่นกระเบื้องยาง (tracking tiles or board)

เป็นการสำรวจประชากรหนูในบริเวณที่ต้องการศึกษา โดยวางแผ่นกระเบื้องยางสีขาวขนาด 23 x 23 เซนติเมตร ที่ทำด้วยหมึกดำครึ่งแผ่น วางตามทางเดินของหนู 2 คืบ เมื่อหนูเดินผ่านจะเกิดรอยเท้าสีดำบนส่วนที่ยังมีสีขาวอย่างเห็นได้ชัด รอยเท้าหนูเหล่านี้นำมาประเมินค่าดัชนีประชากรหนูก่อนและหลังได้ การให้คะแนนจำนวนรอยเท้าหนูที่นับได้บนแผ่นกระเบื้องยางแต่ละแผ่นดังนี้

ไม่มีรอยเท้า		=	0
1 – 5	รอยเท้า	=	1
6 – 10	รอยเท้า	=	2
11 – 15	รอยเท้า	=	3
15 – 20	รอยเท้า	=	4
มากกว่า 20	รอยเท้า	=	5

แล้วนำมาคำนวณผลรวมของรอยเท้าหนูทั้งหมดบนแผ่นกระเบื้องยางทุกแผ่นที่ใช้ในการทดลอง ทั้ง 2 วัน

แบบประเมินความชุกแมลงวันโดยวิธี Fly Grill Count Technique

S2 (3)

ที่	สถานที่วางกับดัก	ก่อนโปรแกรม		หลังโปรแกรม					
		แมลงวัน (ตัว)	แปรผล	ครั้งที่ 1		ครั้งที่ 2		ครั้งที่ 3	
				แมลงวัน (ตัว)	แปรผล	แมลงวัน (ตัว)	แปรผล	แมลงวัน (ตัว)	แปรผล
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									

วัดความชุกโดยใช้วิธี Fly Grill Count Technique หรือ Glue Stick Technique

เป็นวิธีหาค่าความชุกของแมลงวันโดยใช้เครื่องมือที่สร้างจากไม้ระแนงหรือวัตถุอื่นๆ ที่มีขนาดพื้นที่รูปสี่เหลี่ยมจัตุรัสมาตรฐาน ขนาด 24x24 นิ้ว เพื่อใช้วางนับจำนวนการเกาะพักของแมลงวันในช่วงเวลา 30 วินาที กำหนดค่าให้มีแมลงวันได้ไม่เกิน 5 หน่วย

ความชุกชุม	การแปรผล/การดำเนินการ
0 – 5 ตัว	ปกติ
6 – 14 ตัว	ปรับปรุงสุขาภิบาล
15 – 54 ตัว	ต้องรีบแก้ไขสุขาภิบาล และลดจำนวนแมลงวัน
55 ตัว	หามาตรการลดจำนวนจำนวนแมลงวันโดยเร็ว

แบบประเมินความชุกแมลงสาบโดยวิธี Jar Trap Method

ที่	สถานที่วางกับดัก	ก่อนโปรแกรม		หลังโปรแกรม					
				ครั้งที่ 1		ครั้งที่ 2		ครั้งที่ 3	
		แมลงสาบ (ตัว)		แมลงสาบ (ตัว)		แมลงสาบ (ตัว)		แมลงสาบ (ตัว)	
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									

ประเมินความชุกชุมโดยใช้วิธี Jar Trap Method

วัดโดยวิธีกับดักขวดปากกว้างตามขนาดที่กำหนด วางดักแมลงสาบแล้วมาเปรียบเทียบระหว่าง
จำนวนแมลงสาบที่ติดกับดัก กับจำนวนกับดักที่ติดแมลงสาบ ได้เป็นค่าความชุกของแมลงสาบ โดยยอมให้มี
แมลงสาบได้ไม่เกิน 1 หน่วย

แบบสำรวจค่า CI (Container index)





S2 (5)

ค่ายพักปลั๊กธง1

ตำบล คอหงส์

อำเภอหาดใหญ่

จังหวัดสงขลา

ชนิดภาชนะ		จำนวนภาชนะ (A)	ภาชนะที่พบลูกน้ำ (B)
1. ภาชนะน้ำใช้			
2. ภาชนะใส่น้ำดื่ม			
3. แจกัน			
4. จานรองกระถาง			
5. ที่รองกันมด			
6. อ่างบัว ไม้ น้ำ			
7. ภาชนะไม่ใช่ประโยชน์			
8. อื่น ๆ			
รวม			

การคำนวณค่า CI (Container index) = $\frac{B}{A} \times \frac{100}{}$ = _____

ผู้สำรวจ..... วันที่สำรวจ.....

แบบสำรวจค่า HI (House index)

S2 (5)

ค่ายพักปลั๊ก 1

ตำบล คอหงส์

อำเภอหาดใหญ่

จังหวัดสงขลา

ลำดับ/ ห้องพักที่	ผลการสำรวจ		ลำดับ/ ห้องพักที่	ผลการสำรวจ	
	พบลูกน้ำ (A)	ไม่พบลูกน้ำ(B)		พบลูกน้ำ (A)	ไม่พบลูกน้ำ (B)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
จำนวนห้องพักที่สำรวจทั้งหมด (A+B)=หลัง			รวม	(A)	(B)

จำนวนห้องพักที่พบลูกน้ำยุงลาย(A) =หลัง

$$\text{ค่า HI (House Index)} = A / A+B \times 100 = \dots\dots\dots\%$$

ชื่อผู้รายงานวันที่.....

ประเมินความชุกของน้ำขุ่นโดยใช้วัดค่าดัชนีน้ำขุ่น (สำนักระบาดวิทยา, 2559, ออนไลน์)

HI (House Index) หมายถึงค่าดัชนีน้ำขุ่นที่พบในหมู่บ้าน (ร้อยละของการพบน้ำขุ่นในบ้านที่ทำการสำรวจในพื้นที่)

การแปรผลภาวะเสี่ยงต่อการเกิดการแพร่โรคใช้เลือดออก ค่า HI

ปลอดภัย	0
เสี่ยงต่ำ	<10
เสี่ยงสูง	10-50
เสี่ยงสูงมาก	>50

CI (Container Index) หมายถึงค่าดัชนีน้ำขุ่นที่พบในอาคารสถานที่ และโรงเรียน (ร้อยละของการพบน้ำขุ่นในภาชนะที่ใส่น้ำ)

การแปรผลภาวะเสี่ยงที่เกิดจากการแพร่โรคใช้เลือดออก ค่า CI

ปลอดภัย	0
เสี่ยงต่ำ	<5
เสี่ยงสูง	5-9
เสี่ยงสูงมาก	>10

การแปลผล

HI สูง CI สูง หมายถึง ชุมชนมีปัญหามากโดยรวม

HI ต่ำ CI ต่ำ หมายถึง ชุมชนมีปัญหาน้อยโดยรวม

HI สูง CI ต่ำ หมายถึง ชุมชนมีปัญหาทั่วไป กระจายทุกหมู่บ้าน

HI ต่ำ CI สูง หมายถึง ชุมชนมีปัญหาเป็นบางจุด แก้ไขเฉพาะจุดได้

ภาคผนวก ข

ตาราง Workshop 2 (1) แผนการอบรมเชิงปฏิบัติการ การบริหารจัดการโครงการ

กลุ่ม/เวลา	กิจกรรม	เนื้อหา	สื่อ/อุปกรณ์
รายบุคคล 20 นาที	-ทำแบบประเมินก่อนการอบรม	-การเขียนแผนงาน โครงการ	-แบบประเมินการ อบรม
กลุ่มใหญ่ 16 คน 10 นาที	กิจกรรมนำสู่บทเรียน “เกมทายนิสัย” กระบวนการสุ่มถามข้อคิดจากกิจกรรมจาก สมาชิก -กระบวนการให้สมาชิกเลือกรูปสัตว์ 4 ประเภท -สอบถามเหตุผลที่เลือก -กระบวนการเฉลยนิสัยของสัตว์และสอบถาม ว่ามีลักษณะนิสัยตรงกับที่เลือกไหม -กระบวนการสรุป -สรุปข้อคิดเห็นการทำงานเป็นทีม	ความเข้าใจความต่าง และความเหมือนของ มนุษย์	รูปภาพ (ใบกิจกรรม 1.1)
กลุ่มใหญ่ 10 นาที	-กระบวนการสรุปผลจาก workshop 1 และชี้แจงวัตถุประสงค์และเป้าหมายของ การประชุมในครั้งนี้	ทบทวนผลการจัดลำดับ ปัญหาของคณะทำงาน	ป้ายสรุปผลการ วินิจฉัยชุมชน
กลุ่มย่อย 2 คน 10 นาที	-กิจกรรมนำเข้าสู่เนื้อหา “เกมแก้ปัญหา” กระบวนการสุ่มถามข้อคิดจากกิจกรรมจาก สมาชิก สรุปข้อคิดเห็นการแก้ปัญหา	- กระบวนการแก้ปัญหา	-เชือกที่มีบ่วงทั้งสอง ด้าน จำนวนเท่ากับผู้ ร่วมประชุม
กลุ่มใหญ่ 20 นาที	-กระบวนการบรรยายเนื้อหาเกี่ยวกับ แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ความสัมพันธ์ ของทั้ง 3	-ความหมาย ความสัมพันธ์ของแผนงาน โครงการ	คู่มือการอบรม (ไทย) หน้า 31-34 คู่มือการอบรม (เมียน มาร์) หน้า 32-34
กลุ่มใหญ่ 10 นาที	-กระบวนการทำความเข้าใจเรื่องการแยก ขยะ ประเภทผ่าน “เกมจับคู่ขยะ”	-ประเภทและ องค์ประกอบขยะแต่ละ ประเภท	-ป้ายสรุปลักษณะ ประเภทขยะที่พบใน ค่าย -รูปภาพขยะในแต่ละ ประเภท
กลุ่มใหญ่ 40 นาที	-กระบวนการชี้แจงหลักการพุดคุยแบบ brainstorming -ระดมความคิดว่าควรมีแผนงานอะไร ในการจัดการขยะ วิทยากรสรุปผลประชุม	แผนงานหรือกลยุทธ์การ รณรงค์ปรับเปลี่ยน พฤติกรรม	-กระดาษฟลิปชาร์ด

ตาราง Workshop 2 (2) เขียนแผนงาน/โครงการ ความรู้สัตว์นำโรค ผลกระทบจากขยะ

กลุ่ม/เวลา	กิจกรรม	เนื้อหา	สื่อ/อุปกรณ์
กลุ่มย่อย 5-6 คน 30 นาที	กิจกรรมนำสู่บทเรียน “เกมหาสิ่งของ” หรือ ชมวิดีโอการทำงานเป็นทีม 5 นาที - กระบวนการสุ่มถามข้อคิดจากกิจกรรมจาก สมาชิก - สรุปข้อคิดเห็นการทำงานเป็นทีม	การทำงานเป็นทีม	รูปภาพสิ่งของ จำนวน 10 ชนิด (ใบกิจกรรม 1.1)
กลุ่มใหญ่ 10 นาที	กระบวนการสรุปผลจาก workshop 2 (1)	ทบทวนแผนงาน/ โครงการที่ทำไว้แล้ว	แจกแผนที่ความคิด (mind map) ของ แผนงาน/โครงการจาก การประชุม 25/1/60
กลุ่มใหญ่ 20 นาที	-กระบวนการบรรยาย ผลกระทบจากขยะ -กระบวนการบรรยาย สัตว์นำโรค “เกมจับคู่ สัตว์นำโรค กับโรค”	- ผลกระทบจากขยะ - สัตว์นำโรค/โรคที่ จากสัตว์นำโรค	-ใบความรู้ 1.1, 1.2, 1.3
กลุ่มใหญ่ 20 นาที	-เกมจับคู่องค์ประกอบโครงการ	องค์ประกอบ โครงการ	
กลุ่มใหญ่ 10 นาที	-กระบวนการสรุปองค์ประกอบแผนงาน/ โครงการ		
กลุ่มใหญ่ 10 นาที	-กระบวนการหาเกม หรือชี้แจงหลักการพูดคุย แบบ brainstorming -ระดมความคิดว่าควรมีแผนงานอะไรเพิ่ม นอกจาก 2 แผนคือ 1) แผนงานให้ข่าวสาร (โครงการเพื่อน บอกต่อ เน้นการแจ้งข่าว การให้ความรู้เรื่อง ขยะ และโครงการสื่อทั้งปีเพื่อชีวิตไร้ขยะ เช่น ดูงานขยะเทศบาล เขียววิทยากรมาคุยเรื่อง ขยะเน้นการสร้างบรรยากาศด้วยการ ประชาสัมพันธ์เรื่องขยะทั้งปี) 2) แผนงานปฏิบัติการกำจัดขยะ (ลด ใช้ซ้ำ แปรรูป) แบ่ง 2 กลุ่ม	แผนงานหรือกลยุทธ์ การรณรงค์ ปรับเปลี่ยน พฤติกรรม	ตย.แผนงาน แผนภูมิการปรับเปลี่ยน พฤติกรรม ดูจาก HP, พฤติกรรม
แบ่งกลุ่มย่อยตาม แผนงานประมาณ 3 หรือ 4 กลุ่ม (องค์ประกอบกลุ่ม ย่อยให้ละกัน) 40 นาที	-กิจกรรมเขียนโครงการตามใบกิจกรรม -กระบวนการสรุปผลการดำเนินกิจกรรม	-เขียนรายละเอียด โครงการตาม แผนงาน -สรุปผลการ ดำเนินงาน	-ใบกิจกรรม 1.2
30 นาที กลุ่มใหญ่	กลุ่มย่อยนำเสนอผลประชุม มาร้อยโครงการเป็นแผน		

ตาราง Workshop 2 (3) การประเมินผล

กลุ่ม/เวลา	กิจกรรม	เนื้อหา	สื่อ/อุปกรณ์
กลุ่มย่อย 5-6 คน 10 นาที	กิจกรรมนำสู่บทเรียน “กิจกรรมยืนขึ้นด้วยกัน” กระบวนการกลุ่มถามข้อคิดจากกิจกรรมจากสมาชิก - สรุปข้อคิดเห็นการทำงานเป็นทีม	การทำงานเป็นทีม	พื้นที่กว้าง อากาศ ถ่ายเทสะดวก
กลุ่มใหญ่ 20 นาที	กระบวนการสรุปผลจาก workshop 2 (2) -เพิ่มเติมส่วนขาด เช่น ผู้รับผิดชอบโครงการ	ทบทวนแผนงาน/ โครงการที่ทำไว้แล้ว ปรับแก้แผน และ ทบทวนกิจกรรมเพิ่มเติม	แจกแผนที่ความคิด (mind map) ของ แผนงาน/โครงการจาก การประชุม8/2/60
กลุ่มใหญ่ 21 นาที	-กิจกรรม “ประติมากรรมสองด้าน” 1. แบ่งสมาชิกเป็นกลุ่ม กลุ่มละ 5 คน 2. สมาชิกนั่งหันหลังให้กันห้ามคุยกัน 3. แจกกระดาษ A4 ให้สมาชิกในกลุ่ม 4. ให้ทุกคนฉีกกระดาษเป็นรูปอวัยวะภายนอก โดยไม่ให้คุยกัน และยังนั่งหันหลังอยู่ ให้เวลา 5 นาที ให้สมาชิกในกลุ่มนำภาพมาต่อกันแล้วส่ง ตัวแทนนำเสนอ 5. ดำเนินการเหมือนเดิมแต่อนุญาตให้สมาชิก พูดคุยปรึกษา วางแผนทำงานร่วมกันได้ให้เวลา เท่ากัน แล้วนำอวัยวะมาต่อกัน 6. นำรูปคนที่ได้ 2 ครั้ง เปรียบเทียบกัน ให้พูดคุย กันเพราะเหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น สรุปเกม	- การวางแผนงาน การ สื่อสารภายในกลุ่ม - เลือกวิธีการติดต่อ ประสานงาน เช่น ตั้งกลุ่ม Line	-กระดาษขนาด A4 ตาม จำนวนสมาชิก กระดาษ กาว
กลุ่มใหญ่ 30 นาที	-กิจกรรมทบทวนองค์ประกอบโครงการ -กระบวนการบรรยายเรื่องการประเมินผล แผนงาน โครงการ -เกมจับคู่ การประเมินกับวิธีการประเมิน	-องค์ประกอบโครงการ -การประเมินผลแผนงาน/ โครงการ -ตัวอย่างวิธีการ ประเมินผลในโปรแกรม S2, E1-E5, E6, Eall เครื่องมือวัดความชุก สัตว์นำโรค	-ใบกิจกรรม 1.1 -คู่มือการอบรม (ไทย) หน้า 31-37 คู่มือการอบรม (เมียนมา) หน้า 32-37 -บัตรคำการประเมินกับ วิธีการประเมิน
กลุ่มย่อย 30 นาทีตามความ รับผิดชอบ แผนงาน โครงการ (การ จัดกลุ่มย่อยให้มี คละกับคนงาน)	-ระดมความคิด -วิธีประเมินผลโครงการที่รับผิดชอบ วัตถุประสงค์ วัดใคร ความถี่ในการวัด -นำเสนอที่ประชุมใหญ่ สรุปในภาพรวมแผนงาน -กระบวนการสรุป และนัดดำเนินการ	-วิธีการประเมินผลใน โครงการ	-กระดาษฟริปชาร์จ -ผังแผนงานโครงการ
กลุ่มใหญ่ 15 นาที	-ประเมินความรู้หลังการอบรม	-ประเมินผลการเขียน แผนงาน/โครงการ	แบบประเมินความรู้หลัง อบรม

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

ลำดับ	ชื่อ-สกุล
1.	รองศาสตราจารย์ ดร.อุมาพร มุณีแนม คณะการจัดการสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2.	นายนิมิตร แสงเกตุนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ หัวหน้าฝ่ายอนามัยสิ่งแวดล้อม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา
3.	นางมณฑา ไชยงาม ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลเมืองคอหงส์
4.	นายอัสมี ตนแยะ หัวหน้าแรงงานสัมพันธ์ บริษัทโซติวัตน์ อุตสาหกรรมจำกัด (มหาชน)
5.	ดร. พีริยุตม์ วรรณพุกษ์ ประธานมูลนิธิเพื่อการพัฒนาสิ่งแวดล้อมและพลังงาน จ. ภูเก็ต

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ สกุล นางสาวสุคนธ์ ชัยชนะ
รหัสประจำตัวนักศึกษา 5610930003

วุฒิการศึกษา

วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
วิทยาศาสตร์บัณฑิต	มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา	2541
สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	2542
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	2549

ทุนการศึกษา (ที่ได้รับในระหว่างการศึกษา)

ทุนบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ปีการศึกษา 2559

ทุนอุดหนุนการทำกิจกรรมส่งเสริมและสนับสนุนการวิจัย สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) ปีงบประมาณ 2560

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

ผู้อำนวยการสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี ตำบลพะตง
อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

การตีพิมพ์เผยแพร่ผลงาน

ชื่อผู้แต่ง Sukhon Chaichana, Pitchaya Phaktongsuk, Jawanit Kittitornkool

ชื่อเรื่องผลงานที่นำเสนอ Community Diagnosis and Health Management of Migrant
Workers in Camps: Participatory Action Research

ชื่อการประชุม International Research symposium series (IRSS)

วันเดือนปีและสถานที่จัดประชุม 16 March 2018

ชื่อหน่วยงานที่จัดประชุม MNNF NETWORK MNNF PUBLISHER APS Advanced Scientific
Press

วันที่นำเสนอผลงาน 16 March 2018