

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

แม้ว่าการพัฒนาอุตสาหกรรมจะมีบทบาทสำคัญยิ่งต่อการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศ แต่ขณะเดียวกันอุตสาหกรรมยังก่อให้เกิดการบาดเจ็บและเจ็บป่วยแก่พนักงานและคนงานในสถานประกอบการอุตสาหกรรม ซึ่งเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขของทุกประเทศที่มีการผลิตทางด้านอุตสาหกรรม เนื่องจากกระบวนการผลิตนั้นมีการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา (Grabo, 1997) ระบบการให้ความรู้ต่อคนงานเพื่อก่อให้เกิดความเข้าใจในอันตรายที่แฝงที่เกิดจากงานที่ทำยังทำได้ไม่สมบูรณ์ (Hess, 1997) นอกจากนี้สถานประกอบการยังมีการใช้วัตถุพิษ สารเคมี ที่มีอันตรายต่อสุขภาพในกระบวนการผลิต เช่น สารตะกั่ว สารปรอท และยุงฆาด การควบคุม การจัดการความปลอดภัยในกระบวนการผลิตที่มีประสิทธิภาพทำให้มีผลกระทบต่อสุขภาพของพนักงานและคนงาน เกิดการเจ็บป่วยเป็นโรคพิษจากสารเคมี พิษตะกั่ว พิษปรอท เป็นต้น (Silverstein et al., 1997) จากรายงานขององค์การแรงงานระหว่างประเทศพบว่า ในแต่ละปีทั่วโลกจะมีผู้บาดเจ็บจากการทำงาน จำนวน 250 ล้านคน คิดเป็น ร้อยละ 20.83 ของแรงงานทั้งหมด มีแรงงานเสียชีวิต ร้อยละ 0.03 และเกิดโรคจากการประกอบอาชีพ ร้อยละ 1.33 (Occupational Safety and Health Branch Secretariat; ILO, 1998) ซึ่งโรคจากการประกอบอาชีพที่พบมากที่สุดคือ หูหนวกจากเสียงดัง (deafness) ร้อยละ 14.2 โรคปอดนิวมโคโคนิโอซิส (pneumoconiosis) ร้อยละ 9.7 โรคมะเร็งลิโอมา (mesothelioma) ร้อยละ 3.4 และโรคผิวหนัง (dermatitis) ร้อยละ 1.2 (ILO, 1998)

เมื่อพิจารณาเฉพาะกลุ่มประเทศอุตสาหกรรมในแถบยุโรป โรคจากการประกอบอาชีพที่พบมากที่สุดคือ หูหนวกจากเสียงดัง ร้อยละ 14.0 โรคปอดนิวมโคโคนิโอซิส ร้อยละ 6.8 และปลายนิ้วมือตายจากการสั่นสะเทือน (vibration white finger) ร้อยละ 4.2 (Harrington et al., 1995) ส่วนกลุ่มประเทศเอเชียโรคจากการประกอบอาชีพที่พบมากที่สุดคือ โรคปอดนิวมโคโคนิโอซิส ร้อยละ 12.0 สารโลหะหนักในเลือดสูง ร้อยละ 7.2 และหูหนวกจากเสียงดัง ร้อยละ 5.3 ตามลำดับ (Uragola, 1992) จากรายงานการเกิดโรสดังกล่าวจะเห็นได้ว่าโรคจากการประกอบอาชีพมีความแตกต่างกันเนื่องจากสถานประกอบการแถบยุโรปส่วนใหญ่จะเป็นอุตสาหกรรมที่ใช้

วัตถุที่มีอันตรายน้อย มีการควบคุมการจัดการความปลอดภัยที่ดี จะพบปัญหาโรคจากเสียงและการสั่นสะเทือนต่างจากประเทศแถบเอเชียที่กำลังพัฒนาทางอุตสาหกรรม ซึ่งยังมีการใช้วัตถุที่มีอันตรายในกระบวนการผลิตและมาตรฐานการควบคุมความปลอดภัยในระดับต่ำ จะพบปัญหาโรคปอดและสารโลหะหนักในเลือดสูง (จุฑารัตน์ รามสูตรและพงศ์ราม รามสูตร, 2540)

สำหรับสถิติอัตราการบาดเจ็บจากการบาดเจ็บจากการทำงานในกลุ่มประเทศเอเชียในปี ค.ศ 1992 ญี่ปุ่น พบอัตราการบาดเจ็บ 4 รายต่อ 1,000 คน สิงคโปร์ พบอัตราการบาดเจ็บ 10 รายต่อ 1,000 คน และเกาหลีใต้ พบอัตราการบาดเจ็บ 15 รายต่อ 1,000 คน ตามลำดับ (Jarupat, 1997) และเมื่อพิจารณาเฉพาะอัตราตายจากการทำงาน ในปี ค.ศ 1992 พบว่า กลุ่มประเทศอุตสาหกรรม เช่น ญี่ปุ่น ฝรั่งเศส และอเมริกา มีอัตราตายจากการทำงาน 5.1, 7.4 และ 8 ราย ต่อ 1,000 คน ตามลำดับ ส่วนกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา เช่น มาเลเซีย เกาหลีใต้ และไทย มีอัตราตายจากการทำงาน เท่ากับ 29.9, 29.6 และ 32.3 รายต่อ 1,000 คน ตามลำดับ (Takala, 1995)

ซึ่งเมื่อมีการบาดเจ็บและเจ็บป่วยจากการทำงานยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของนายจ้างและรัฐ ตัวอย่างในสหรัฐอเมริกาผลกระทบต่อคนงานที่บาดเจ็บ เจ็บป่วยโดยตรงต้องเสียค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาล โดยค่าเฉลี่ยในการรักษาพยาบาลเมื่อเกิดกระดูกข้อมืออักเสบจากการทำงาน คนละ 534 ดอลลาร์ (Silverstein et al., 1997) ผลกระทบต่อนายจ้าง จะต้องสูญเสียจากการหยุดชะงักของการผลิต และต้องจ่ายค่าชดเชยแก่ลูกจ้างกรณีได้รับอุบัติเหตุพิการจนถึง 65 ปี เฉลี่ยประมาณ 145,000 ดอลลาร์ต่อคน (Mueller, 1999) และผลกระทบต่อรัฐในการใช้จ่ายงบประมาณดูแลรักษาพยาบาลแก่คนงานที่บาดเจ็บ เจ็บป่วย และพิการ ในประเทศสหรัฐอเมริกาต้องใช้จ่ายงบประมาณถึง 140 พันล้านดอลลาร์ หรือ 14% ของมวลรวมผลิตภัณฑ์ของชาติในการดูแลรักษาพยาบาลและชดเชยแก่คนงานที่บาดเจ็บและเจ็บป่วย (Kosiniki, 1998) และในประเทศแคนาดา รัฐต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ย 5 พันล้านดอลลาร์ต่อปี แก่คนงานที่บาดเจ็บและเจ็บป่วยจากการทำงาน (CCOHS, 1999) จากข้อมูลข้างต้นชี้ให้เห็นว่า ผลกระทบทางเศรษฐกิจส่งผลทั้งทางตรงและทางอ้อม ต่อทั้งนายจ้าง และรัฐ ซึ่งมีความสำคัญต่อการบริหารจัดการที่จะลดการลดผลกระทบดังกล่าว

สำหรับปัญหาการบาดเจ็บและการเจ็บป่วยจากการทำงานของคนงานในประเทศไทยนั้น จากรายงานประกันสังคม ปี พ.ศ.2540 (สำนักงานประกันสังคม, 2541) พบว่า การบาดเจ็บและการประสบอันตรายจากการทำงานเกิดจากวัตถุตัดบาด ทิ่มแทง ร้อยละ 21.5 วัตถุสิ่งของพังทลาย หล่นทับ ร้อยละ 17.2 และวัตถุสิ่งของกระเด็นเข้าตา ร้อยละ 16.3 สำหรับโรคจากการประกอบอาชีพของประเทศไทย จำนวน 90 ราย ซึ่งใน 5 อันดับแรกคือ สารตะกั่วในเลือดสูง ร้อยละ 40.0 ประสาทหูเสื่อมจากเสียงดัง ร้อยละ 24.4 โรคปอดนิวโมโคนิโอซิส ร้อยละ 7.7 ปวดหลัง ร้อยละ

3.3 และโรคบิสซิสโนซิส (byssinosis) ร้อยละ 3.2 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาถึงระดับความรุนแรงของการประสบอันตรายจากการทำงาน จากสถิติงานประกันสังคม ปี พ.ศ 2541 (สำนักงานประกันสังคม, 2542) พบว่า มีผู้ที่ได้รับบาดเจ็บและเจ็บป่วยจากการทำงาน จำนวน 186,498 ราย ในจำนวนนี้ เสียชีวิต มีอัตรา 0.04 รายต่อ 1,000 คน ทูพพลภาพ มีอัตรา 0.04 รายต่อ 1,000 คน สูญเสียอวัยวะบางส่วน มีอัตรา 0.02 รายต่อ 1,000 คน หายงานเกิน 3 วัน มีอัตรา 2.98 รายต่อ 1,000 คน และหายงานไม่เกิน 3 วัน มีอัตรา 6.78 รายต่อ 1,000 คน และสถิติอัตราอุบัติเหตุการประสบอันตรายจากการทำงาน จากรายงานประกันสังคม ปี พ.ศ 2538 – 2541 พบว่ามีอัตราอุบัติเหตุ 43.5, 44.6, 35.1 และ 31.1 รายต่อ 1,000 คน ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มที่ลดลง ส่วนหนึ่งอาจมาจากการดำเนินกิจกรรมความปลอดภัยในสถานประกอบการตามแผนพัฒนาแรงงานและสวัสดิการสังคมฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2540 – 2544) ของกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม มีการดำเนินงานอย่างได้ผล แต่เมื่อพิจารณาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลคนงาน จากรายงานสถิติงานประกันสังคม ปี พ.ศ 2538 – 2540 พบว่า รายจ่ายกองทุนทดแทน ในปี พ.ศ 2538 จำนวน 1,370.47 ล้านบาท ปี พ.ศ 2539 จำนวนเงิน 1,609.73 ล้านบาท และปี พ.ศ 2540 จำนวนเงิน 1,986.57 ล้านบาท ซึ่งมีแนวโน้มที่สูงขึ้นทุกปี อาจมีผลสืบเนื่องจากคนงานเมื่อมีการบาดเจ็บเจ็บป่วยจากการทำงานมีการดำเนินงานที่ถูกต้องตามประเภทของกองทุนทดแทนมากขึ้น และมีการวินิจฉัยโรคจากการประกอบอาชีพ รักษาพยาบาลมากขึ้น ซึ่งพบว่าปี พ.ศ.2539 มีการวินิจฉัยโรคจากการประกอบอาชีพ 76 ราย และปี พ.ศ.2540 มีการวินิจฉัยโรคจากการประกอบอาชีพ 90 ราย (สำนักงานประกันสังคม, 2541) นอกจากนั้นยังมีปัจจัยของค่าเงินบาทที่ลดลง ร้อยละ 40 – 50 มีผลต่อค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นในการผลิตยาและเครื่องมือแพทย์ ซึ่งร้อยละ 80.0 นำเข้าจากต่างประเทศ (ธนาคารแห่งประเทศไทย, 2542) ดังนั้นนายจ้างจะต้องการจ่ายเงินสมทบในอัตราที่สูงขึ้นตามความเสี่ยงของสถานประกอบการ

การควบคุมและแก้ไขปัญหาการประสบอันตรายและการเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากการทำงานของคนงาน ในระดับโลกนั้นองค์การแรงงานระหว่างประเทศมีบทบาทในการแก้ไขปัญหาโดยมีการประชุมหาแนวทางในการดูแลสุขภาพของคนงานของประเทศสมาชิก ให้มีการดำเนินงานแก้ไขปัญหาในลักษณะไตรภาคี คือ นายจ้าง ลูกจ้าง และตัวแทนของรัฐร่วมมือกันในการกำหนด ระเบียบนโยบาย และกฎหมาย เพื่อแก้ไขปัญหาการประสบอันตรายและการเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากการทำงาน (Rantanen & Fedotov, 1998) สำหรับประเทศไทยก็ได้มีการแก้ไขปัญหาลักษณะของไตรภาคี คือ นายจ้าง ลูกจ้าง และรัฐร่วมกันในการดำเนินงานดูแลสุขภาพของคนงาน ซึ่งกำหนดในรูปแบบของกฎหมาย นโยบาย เช่น กฎหมายความปลอดภัย 17 ฉบับ พระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน พ.ศ. 2541 พระราชบัญญัติโรงงาน พ.ศ. 2535 พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533

พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 เป็นต้น (ประสงค์ วัฒนันท์, 2536) การดูแลสุขภาพของแรงงานของประเทศไทยมีกระทรวงที่ดำเนินงานรับผิดชอบ 3 กระทรวง คือ กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคมและกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งแต่ละกระทรวงจะมีแผนการดำเนินงาน กระทรวงอุตสาหกรรมมีมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม มอก. 18000 ระบบการจัดการอาชีวอนามัยและความปลอดภัย วัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงการดำเนินงานด้านอาชีวอนามัย การลดอันตราย ความเสี่ยงของแรงงาน และเป็นการสร้างภาพพจน์ในวงการธุรกิจ (สำนักงานมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม, 2540) กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคมมีแผนพัฒนาแรงงานและสวัสดิการสังคมฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2540 – 2544) ในด้านอาชีวอนามัย ความปลอดภัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน มีเป้าหมายลดอัตราการประสบอันตรายจากการทำงานไม่เกิน 26 รายต่อ 1,000 คน ส่งเสริมความปลอดภัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานให้ดีขึ้น ยกระดับมาตรฐานสุขภาพของแรงงาน (กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม, 2539) ส่วนกระทรวงสาธารณสุขมีแผนพัฒนาการสาธารณสุขในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 – 2544) มีเป้าหมายลดการเกิดโรคจากการทำงาน เช่น โรคพิษตะกั่วให้เหลือไม่เกิน ร้อยละ 5 โรคซิลิโคซิสให้เหลือไม่เกินร้อยละ 10 และโรคหุเสื่อมจากเสียงดังให้เหลือ ไม่เกิน ร้อยละ 10 ของประชากรกลุ่มเสี่ยง (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาการสาธารณสุข, 2539) นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขยังให้บริการในการตรวจรักษา และสนับสนุนการบริการทางห้องปฏิบัติการโดยการประสานงานกับกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม ซึ่งแนวทางการดูแลสุขภาพคนงานในสถานประกอบการ จะมีการใช้กลวิธีของการสาธารณสุขมูลฐานร่วมด้วย โดยนายจ้างและคนงาน เป็นผู้ร่วมกันคิดแก้ไขปัญหาด้วยตัวเอง (ปรากฏม วุฒิพงศ์, 2541)

จังหวัดปราจีนบุรี เป็นจังหวัดหนึ่งที่มีแรงงานประสบอันตรายและการเจ็บป่วยจากการทำงานเช่นกัน จากรายงานประกันสังคม ปี พ.ศ 2540 – 2541 พบว่า ผู้ประสบอันตรายและเจ็บป่วยจากการทำงาน ในปี พ.ศ.2540 จำนวน 1,278 ราย และปี พ.ศ.2541 จำนวน 1,695 ราย ซึ่งอัตราอุบัติการณ์การประสบอันตราย และการบาดเจ็บจากการทำงาน ปี พ.ศ.2540 – 2541 พบว่ามีอัตราอุบัติการณ์ 27.5 และ 28.7 รายต่อ 1,000 คน ตามลำดับ (สำนักงานประกันสังคม, 2542) จะเห็นได้ว่าอัตราอุบัติการณ์มีแนวโน้มสูงขึ้น และสูงกว่าเป้าหมายของแผนพัฒนาแรงงานและสวัสดิการสังคม ฉบับที่ 1 (พ.ศ 2540 – 2544) ที่ได้กำหนดเป้าหมายอัตราอุบัติการณ์การประสบอันตรายและการเจ็บป่วยจากการทำงานไม่เกิน 26 รายต่อ 1,000 คน และเมื่อพิจารณาถึงการจัดการความปลอดภัยในการทำงานของสถานประกอบการ จากรายงานการตรวจความปลอดภัยในสถานประกอบการ ปี พ.ศ.2540 จำนวน 49 แห่ง พบว่า สถานประกอบการมีการดำเนินงานด้าน

ความปลอดภัยไม่ถูกต้อง ร้อยละ 65.3 (กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน, 2541) จากข้อมูลดังกล่าว จังหวัดปราจีนบุรียังมีปัญหาการบาดเจ็บและการเจ็บป่วยจากการทำงานความปลอดภัยในการทำงาน เพื่อที่จะให้การดำเนินการดูแลสุขภาพอนามัยของแรงงานมีประสิทธิภาพ จำเป็นที่จะต้องดำเนินการหาข้อมูลพื้นฐานการจัดการดูแลด้านสุขภาพอนามัย และความปลอดภัยในการทำงานของแต่ละสถานประกอบการ ข้อมูลที่ได้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการดำเนินงานอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการปรับปรุงสถานประกอบการและหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาการดำเนินงานด้านอาชีวอนามัยในสถานประกอบการ เขตนิคมอุตสาหกรรมกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี

คำถามของการศึกษา

การดำเนินงานด้านอาชีวอนามัยในสถานประกอบการ เขตนิคมอุตสาหกรรมกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี เป็นอย่างไร

ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ที่มุ่งศึกษาถึงการดำเนินงานด้านอาชีวอนามัยในสถานประกอบการ เขตนิคมอุตสาหกรรมกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี โดยการส่งแบบสอบถามให้ผู้บริหารสถานประกอบการ จำนวน 23 แห่ง ในระหว่างวันที่ 13 – 14 และ 16 สิงหาคม 2542

ข้อจำกัดในการศึกษา

ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการรวบรวมข้อมูลจากผู้บริหารสถานประกอบการโดยตรง โดยใช้แบบสอบถาม เกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐานของกระบวนการผลิต การทำงานของแรงงาน และลักษณะภายในของสถานประกอบการ โดยที่ผู้ศึกษาไม่มีโอกาสได้เข้าสังเกตการณ์ระดับกระบวนการผลิตและการทำงานของแรงงาน ซึ่งทำให้ไม่สามารถศึกษาเปรียบเทียบในระดับที่ลึกได้

คำจำกัดความในการศึกษา

การดำเนินงานด้านอาชีวอนามัย หมายถึง กิจกรรมที่จัดขึ้นในสถานที่ทำงานในด้าน การจัดบริการสุขภาพอนามัยแก่พนักงานและคนงาน การจัดการด้านความปลอดภัยใน สถานประกอบการ ซึ่งเจ้าของสถานประกอบการเป็นผู้จัดให้มีการดำเนินกิจกรรมโดยจ้างบุคลากร วิชาชีพทางอาชีวอนามัยสาขาที่กฎหมายไทยที่กำหนดไว้

สถานประกอบการ หมายถึง โรงงานอุตสาหกรรมที่ผลิตสินค้าด้วยเครื่องจักร อุปกรณ์ ต่าง ๆ ในกระบวนการผลิตสินค้า ซึ่งมีเจ้าของสถานประกอบการ ผู้บริหาร และลูกจ้างร่วมใน การผลิต โดยมีการจ่ายเงินเป็นการตอบแทนในการทำงานแก่ลูกจ้าง