



รายงานการศึกษาส่วนบุคคล
(Individual Study)

เรื่อง การศึกษามาตรการของประเทศไทยในการจัดการ
อนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชนแรงงานต่างด้าว

จัดทำโดย นายดำรง อ่างระงเลาะห์พันธ์
รหัส 11050

รายงานนี้เป็นส่วนหนึ่งของการฝึกอบรม
หลักสูตรนักบริหารการทูต รุ่นที่ 11 ปี 2562
สถาบันการต่างประเทศเทวะวงศ์วโรปการ กระทรวงการต่างประเทศ
ลิขสิทธิ์ของกระทรวงการต่างประเทศ



รายงานการศึกษาส่วนบุคคล
(Individual Study)

เรื่อง การศึกษามาตรการของประเทศไทยในการจัดการ
อนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชนแรงงานต่างด้าว

จัดทำโดย นายดำรง อารงเลาะห์พันธุ์
รหัส 11050

หลักสูตรนักบริหารการทูต รุ่นที่ 11 ปี 2562
สถาบันการต่างประเทศเทวะวงศ์วโรปการ กระทรวงการต่างประเทศ
รายงานนี้เป็นความคิดเห็นเฉพาะบุคคลของผู้ศึกษา



เอกสารรายงานการศึกษาส่วนบุคคลนี้ อนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการฝึกอบรม
หลักสูตรนักรับบริหารการทูตของกระทรวงการต่างประเทศ

ลงชื่อ.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.อรรถัย กักผล)
อาจารย์ที่ปรึกษา

ลงชื่อ.....

(เอกอัครราชทูต ดร. จริย์วัฒน์ สันตะบุตร)
อาจารย์ที่ปรึกษา

ลงชื่อ.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อธิวัฒน์ สุพุทธิกุล)
อาจารย์ที่ปรึกษา

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

การเคลื่อนย้ายของแรงงานต่างด้าวเข้ามาในประเทศไทยส่งผลทั้งในเชิงบวกและเชิงลบ ในเชิงบวกแรงงานต่างด้าวถือเป็นกำลังคนสำคัญที่ทดแทนแรงงานในประเทศไทยซึ่งขาดแคลน เนื่องจากกำลังคนที่เป็นคนไทยในวัยแรงงานไม่เพียงพอ และคนไทยไม่นิยมทำงาน 3 ประเภท คือ งานสกปรก งานยาก และงานอันตราย แรงงานต่างด้าวจึงเป็นกำลังสำคัญที่จะทดแทนการขาดแคลนแรงงานในประเทศ แต่ในขณะเดียวกันเนื่องจากแรงงานต่างด้าวส่วนใหญ่ เป็นแรงงานประเภทไร้ฝีมือ มีการศึกษาไม่สูงนัก และพฤติกรรมด้านสุขอนามัยไม่เหมาะสม ในมิติเชิงลบจึงอาจเป็นพาหะที่เป็นต้นตอของการแพร่กระจายโรคติดต่อในประเทศไทย ทั้งเป็นผู้นำโรคข้ามพรมแดนจากประเทศต้นกำเนิด และแหล่งแพร่กระจายโรคในประเทศ จากการศึกษาพบว่า ตั้งแต่ พ.ศ. 2558–2561 พบการหลังไหลของแรงงานต่างด้าวที่จดทะเบียนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 1,162,373 คน เป็น 2,360,025 คน คิดเป็น 2.04 เท่า โดยใน พ.ศ. 2559 ซึ่งเป็นปีหลังการเกิดประชาคมอาเซียน มีแรงงานเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ทั้งนี้ในจำนวนแรงงานที่เข้ามาในไทยร้อยละ 97–98 เป็นแรงงานประเภทไร้ฝีมือ

การหลังไหลของแรงงานต่างด้าวที่เพิ่มขึ้น เพื่อพิจารณาปัญหาสุขภาพในกลุ่มนี้โรคที่เป็นกรณีศึกษา 4 โรคที่มีเหตุปัจจัยมาจากอนามัยสิ่งแวดล้อม พบว่า โรคอุจจาระร่วง อหิวาตกโรค วัณโรค และไข้เลือดออก มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น หรือมีต้นเหตุการระบาดจากแรงงานต่างด้าว ซึ่งสาเหตุหลักจากปัจจัยด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การจัดการขยะมูลฝอยในที่พักอาศัย การจัดการน้ำเสีย การจัดการสัตว์พาหะนำโรคและแมลง การจัดการส้วม การสุขาภิบาลอาหาร และพฤติกรรมด้านสุขอนามัย ได้แก่ พฤติกรรมการล้างมือก่อนรับประทานอาหาร หลังเข้าห้องน้ำ และพฤติกรรมการใช้ช้อนกลาง

สำหรับมาตรการการดำเนินงานด้านสุขภาพในประเทศไทย ส่วนใหญ่มุ่งไปที่การควบคุมโรคและการตอบโต้เมื่อมีปัญหา และการให้สิทธิในการรักษาพยาบาล ส่วนประเด็นที่ยังเป็นช่องว่างคือการทำงานเชิงรุกในด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ซึ่งในประเด็นนี้การกำหนดมาตรการและการดำเนินงานยังเป็นไปในภาพรวมของประเทศไม่ได้แยกแยะระหว่างคนไทยและคนต่างด้าว โดยการดำเนินการของประเทศ ได้แก่ การกำหนด และขับเคลื่อนกฎหมายด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม การกำหนดมาตรฐาน หลักเกณฑ์ แนวทาง โดยเฉพาะมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือ Environmental Health Accreditation (EHA) การสนับสนุนทรัพยากร ฝีมือ วิทยากร การพัฒนาศักยภาพผู้เกี่ยวข้อง รวมถึงการเฝ้าระวังและตอบโต้ความเสี่ยงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

ช่องว่างสำคัญในประเด็นการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชนต่างด้าว คือ ประเทศไทยยังขาดความชัดเจนในการกำหนดนโยบาย และบทบาทหน้าที่ของผู้เกี่ยวข้องในทุกระดับในการจัดการด้านส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม การขาดทรัพยากร และงบประมาณสนับสนุน การบูรณาการระหว่างหน่วยงานในการดำเนินงาน โดยเฉพาะประเด็นการพัฒนาอาสาสมัครคนต่างด้าว การพัฒนากลไกการบังคับใช้กฎหมายที่เข้มงวด การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้ชุมชนคนต่างด้าว การพัฒนากลไกการลงทะเบียนแรงงาน และการระบุตัวตนคนต่างด้าวที่

เข้ามาในประเทศไทย และการพัฒนาความเข้มแข็งและการสร้างการมีส่วนร่วมของคนต่างด้าวในการพัฒนาส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชน รวมถึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้อง

ข้อเสนอแนะสำคัญคือ การกำหนดให้อาามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชนต่างด้าวเป็นวาระที่ต้องขับเคลื่อนระดับประเทศ โดยมีการกำหนดเป้าหมาย การจัดทำกรอบนโยบาย และมาตรการในทุกระดับ ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ของประเทศโดยคำนึงถึงสภาพปัญหา ความท้าทายในเชิงบริบทของพื้นที่ที่แตกต่างกัน ส่วนในระดับการปฏิบัติควรพัฒนากลไก เพื่อสร้างความเข้มแข็งของแรงงานต่างด้าวและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการพัฒนาชุมชนให้มีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพในเชิงระบบ โดยการชี้แนะและกำหนดประเด็นสำคัญ อาทิ การจัดการขยะ การจัดการส้วม การส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการล้างมือ การใช้ช้อนกลาง เป็นต้น โดยวางมาตรการระดับชุมชน เช่น การเฝ้าระวังโดยชุมชน การกำหนดนโยบายสาธารณะ การพัฒนาทักษะชุมชน การจัดสรรทรัพยากรเพื่อการแก้ไขปัญหา รวมถึงวางระบบกำกับ ติดตาม และประเมินผลโดยการมีส่วนร่วมในชุมชน เป็นต้น ทั้งนี้กลไกในการบูรณาการทุกภาคส่วนคือ คณะอนุกรรมการสาธารณสุขระดับจังหวัด (อศจ.) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยทำหน้าที่เชื่อมประสานในแนวตั้งทั้งระดับจังหวัดและตำบล และในแนวราบผ่านหน่วยงานทั้งภาครัฐ เอกชน และประชาชน ในภาพประชาสังคม

สำหรับมิติการต่างประเทศ ข้อเสนอสำคัญคือ การผลักดันประเด็นอนามัยสิ่งแวดล้อมในวาระการพัฒนาด้านสาธารณสุขของประชาคมอาเซียน ภายหลังจาก ค.ศ. 2015 โดยเฉพาะในคลัสเตอร์ที่ 2 การตอบโต้ภัยอันตรายและภาวะคุกคามทางสุขภาพ และคลัสเตอร์ที่ 4 ความปลอดภัยด้านอาหาร ได้แก่ การยกระดับมาตรฐานร่วมกันในทุกประเทศ และการพัฒนาแบบเมืองคู่ (Bilateral) ทั้งในการพัฒนาศักยภาพ การพัฒนาวิชาการ การพัฒนาแหล่งทุน การขึ้นทะเบียนและการพิสูจน์อัตลักษณ์ เป็นต้น ส่วนประเด็นที่ควรเร่งรัดเบื้องต้น ได้แก่ การจัดการขยะ และส้วมให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งอาเซียน

การยกระดับคุณภาพชีวิตของแรงงานต่างด้าว และการดำเนินการให้เป็นไปตามหลักสิทธิมนุษยชน โดยใช้ประเด็นการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชนแรงงานต่างด้าวเป็นกลไกการขับเคลื่อน ส่งผลในเชิงบวกต่อการสร้างภาพลักษณ์ที่ดีของประเทศไทยในประชาคมอาเซียน และในอีกทางหนึ่งประโยชน์ที่ประเทศไทยจะได้รับอีก คือ ความมั่นคงของประเทศโดยเฉพาะมิติทางสุขภาพ และทางสังคม สำหรับประโยชน์กับประชาคมอาเซียนคือ เป็นการเชื่อมโยงทางด้านยุทธศาสตร์ในกลุ่มประเทศสมาชิกด้านความเชื่อมโยงในภูมิภาค เพิ่มพูนความร่วมมือด้านเศรษฐกิจเสริมสร้างความสามารถในการแข่งขัน โดยใช้กลไกแรงงานซึ่งเป็นปัจจัยการผลิตสำคัญ นำไปสู่ความมั่นคงและยั่งยืนของอาเซียน

กิตติกรรมประกาศ

ในการศึกษามาตรการของประเทศไทยในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชนแรงงานต่างด้าว ในครั้งนี้ ข้าพเจ้าขอกราบขอบพระคุณผู้ให้สัมภาษณ์ทุกท่านที่เสียสละเวลาอันมีค่าในการถ่ายทอดประสบการณ์ และให้ทัศนะในประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม รวมถึงสนับสนุนข้อมูลอันมีคุณค่าอย่างยิ่งซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการศึกษา ทั้งท่านรองอธิบดีกรมอนามัย นายแพทย์ดนัย ชีวันดา ท่านผู้อำนวยการสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม ท่านผู้อำนวยการสำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ ท่านผู้อำนวยการกองประเมินผลกระทบทางสุขภาพ ท่านผู้อำนวยการสำนักความร่วมมือระหว่างประเทศ ท่านผู้อำนวยการศูนย์อนามัย รวมถึงขอขอบคุณท่านวิชาการกรมอนามัยทุกท่านที่สนับสนุนข้อมูลอันเป็นประโยชน์ทั้งสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม ศูนย์บริหารกฎหมายสาธารณสุข และสำนักความร่วมมือระหว่างประเทศ และการศึกษานี้ข้อมูลจะไม่สมบูรณ์หากไม่ได้รับข้อมูลในเชิงพื้นที่ ต้องขอขอบคุณท่านสาธารณสุขนิเทศ เขตสุขภาพที่ 6 เป็นอย่างสูงในการสละเสียในการให้ข้อมูลและถ่ายทอดประสบการณ์

อย่างไรก็ตามการศึกษานี้จะสมบูรณ์ไม่ได้ หากไม่ได้รับคำแนะนำที่มีคุณค่าจากท่านอาจารย์ที่ปรึกษาทั้ง 3 ท่าน ท่าน รศ. ดร. อรทัย ก๊กผล ท่าน ออท. ดร. จริย์วัฒน์ สันตะบุตร และ ท่าน ผศ. ดร. ชีวินท์ สุพุทธิกุล ซึ่งท่านอาจารย์ได้ให้คำปรึกษาเพื่อพัฒนาและแก้ไขการศึกษานี้จนเสร็จสมบูรณ์ จึงขอขอบพระคุณท่านอาจารย์ด้วยความเคารพอย่างสูง และในท้ายที่สุดต้องขอขอบพระคุณกระทรวงการต่างประเทศ และกรมอนามัยที่ให้โอกาสข้าพเจ้าในการเข้าร่วมอบรมหลักสูตรนักบริหารการทูตนี้

ดำรง ชำรงเลาะห์พันธุ์
สิงหาคม 2562

สารบัญ

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	ง
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง	ซ
สารบัญภาพ	ฅ
สารบัญแผนภูมิ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ภูมิหลัง ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา	4
1.3 ขอบเขตการศึกษา วิธีการดำเนินการศึกษา และระเบียบวิธีการศึกษา	4
1.4 คำถามการศึกษา	6
1.5 สมมติฐานการศึกษา	6
1.6 ประโยชน์ของการศึกษา	6
1.7 นิยามศัพท์	6
บทที่ 2 แนวคิดทฤษฎีและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	8
2.1 แนวคิดทฤษฎี	8
2.2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	25
2.3 สรุปกรอบแนวคิด	31
บทที่ 3 ผลการศึกษา	32
3.1 ข้อมูลแรงงานต่างด้าว และการเกิดโรคในแรงงานต่างด้าว	32
3.2 ข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชนแรงงานต่างด้าว	40
3.3 การดำเนินพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชนแรงงานต่างด้าว	47
บทที่ 4 บทสรุปและข้อเสนอแนะ	59
4.1 สรุปผลการศึกษา	59
4.2 กรอบข้อเสนอการยกระดับการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชนต่างด้าว	60
บรรณานุกรม	67
ภาคผนวก	
แบบสอบถามการดำเนินงานและข้อคิดเห็นในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชนแรงงานต่างด้าว	72
ประวัติผู้เขียน	73

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1	การจัดสวัสดิการแรงงานให้แก่แรงงานทั่วไปตามกฎหมาย Water and Sanitary Facilities in the Field Regulations ของสหรัฐอเมริกา	29
ตารางที่ 2	จำนวนแรงงานต่างด้าวที่ป่วยและตายด้วยโรคอุจจาระร่วง ระหว่าง พ.ศ. 2555-2561	34
ตารางที่ 3	จำนวนผู้ป่วยอหิวาตกโรค และตายเปรียบเทียบระหว่างคนไทย และคนต่างด้าว	36
ตารางที่ 4	จำนวนแรงงานต่างด้าวที่ป่วยและตายด้วยโรคฉี่หนู ระหว่าง พ.ศ. 2555-2561	37
ตารางที่ 5	จำนวนแรงงานต่างด้าวที่ป่วยและตายด้วยโรคไข้เลือดออก ระหว่าง พ.ศ. 2555-2561	39
ตารางที่ 6	สถานการณ์ปัจจัยเสี่ยงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมซึ่งมีผลกระทบต่อสุขภาพในชุมชนแรงงานต่างด้าวในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ	41
ตารางที่ 7	การจัดระดับความเสี่ยงของปัจจัยด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพในชุมชนแรงงานต่างด้าวในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ	44
ตารางที่ 8	เปรียบเทียบความเสี่ยงในด้านครัวเรือนและพฤติกรรมอนามัยระหว่างคนไทยและคนต่างด้าว	47
ตารางที่ 9	นโยบาย มาตรการการดำเนินการด้านการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชนต่างด้าวในกรอบของแนวทางการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ ตามกฎบัตรออตาวา	55

สารบัญภาพ

ภาพที่ 1	Epidemiologic Triad	9
ภาพที่ 2	กรอบแนวคิดในการศึกษา	31

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่ 1	เปรียบเทียบจำนวนแรงงานต่างด้าวลงทะเบียน และแรงงานต่างด้าวไร้ฝีมือ พ.ศ. 2555–2561	33
แผนภูมิที่ 2	อันดับจังหวัด 10 อันดับแรกไม่รวมกรุงเทพมหานครที่มีจำนวนแรงงานต่าง ด้าวสูงที่สุด ข้อมูล ณ เดือนกันยายน 2561	33
แผนภูมิที่ 3	แนวโน้มจำนวนประชากรแรงงานต่างด้าว และจำนวนการเกิดอุจจาระร่วง พ.ศ. 255–2561	35
แผนภูมิที่ 4	สัดส่วนค่ามัธยฐาน ปี 2555–2561 ของการเกิดอุจจาระร่วงแยกตามเชื้อชาติ	35
แผนภูมิที่ 5	10 อันดับจังหวัดแรกที่มีจำนวนประชากรแรงงานต่างด้าวป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง	35
แผนภูมิที่ 6	เปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วย และผู้ที่ตายด้วยโรคอหิวาตกโรคระหว่างคนไทย และคนต่างด้าว	36
แผนภูมิที่ 7	แนวโน้มจำนวนประชากรแรงงานต่างด้าว และจำนวนการเกิดวัณโรค พ.ศ. 255–2561	38
แผนภูมิที่ 8	สัดส่วนค่ามัธยฐาน ปี 2555–2561 ของการเกิดวัณโรคแยกตามเชื้อชาติ	38
แผนภูมิที่ 9	10 อันดับจังหวัดแรกที่มีจำนวนประชากรแรงงานต่างด้าวป่วยด้วยโรควัณโรค	38
แผนภูมิที่ 10	แนวโน้มจำนวนประชากรแรงงานต่างด้าว และจำนวนการเกิดไข้เลือดออก พ.ศ. 255–2561	39
แผนภูมิที่ 11	สัดส่วนค่ามัธยฐาน ปี 2555–2561 ของการเกิดไข้เลือดออกแยกตามเชื้อชาติ	39
แผนภูมิที่ 12	10 อันดับจังหวัดแรกที่มีจำนวนประชากรแรงงานต่างด้าวป่วยด้วยโรค ไข้เลือดออก	40

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ภูมิหลัง ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

แรงงานเป็นปัจจัยการผลิตที่สำคัญต่อภาคธุรกิจและอุตสาหกรรมซึ่งนำมาสู่ความจำเริญและเติบโตทางเศรษฐกิจ การเคลื่อนย้ายแรงงานเกิดขึ้นครั้งใหญ่ในช่วงศตวรรษที่ 19 ซึ่งมีการเคลื่อนย้ายแรงงานจากยุโรปสู่ดินแดนใหม่ที่เพิ่งค้นพบโดยเฉพาะในทวีปอเมริกา การเคลื่อนย้ายแรงงานระหว่างประเทศเกิดจากสาเหตุในเชิงเศรษฐกิจและสาเหตุที่มีใช้เชิงเศรษฐกิจ อย่างไรก็ตาม การเคลื่อนย้ายแรงงานในระยะหลังตั้งแต่หลังสงครามโลกครั้งที่ 2 เป็นต้นมา ส่วนใหญ่เป็นการเคลื่อนย้ายแรงงานด้วยเหตุผลเชิงเศรษฐกิจ เพื่อโอกาสในการหารายได้ที่สูงกว่าในต่างประเทศ ในช่วง พ.ศ. 2535–2543 มีการเคลื่อนย้ายแรงงานมากโดยเฉพาะจากประเทศกำลังพัฒนาไปสู่ประเทศพัฒนาแล้ว ทั้งนี้ในทวีปเอเชียมีการเคลื่อนย้ายแรงงานจำนวนมากขึ้น โดยเฉพาะในช่วงทศวรรษ 1990 ส่วนใหญ่เกิดจากการที่เศรษฐกิจเกิดการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว ในประเทศแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ อาทิ มีการเพิ่มขึ้นในสัดส่วนมากกว่าครึ่งหนึ่งของแรงงานระดับมีฝีมือในประเทศมาเลเซีย และหนึ่งในสามกรณีของประเทศไทย สำหรับแรงงานไร้ฝีมือพบเพิ่มสูงขึ้นในญี่ปุ่น เกาหลีใต้ และไต้หวัน เป็นต้น (ศิริพร สัจจามันท์, 2548: 155)

การเคลื่อนย้ายแรงงานหรือแรงงานอพยพโดยทั่วไปมีแนวโน้มเป็นแรงงานที่ไม่มีความเชี่ยวชาญหรือมีทักษะในการทำงานต่ำซึ่งว่างงานหรือทำงานต่ำกว่าระดับ (Underemployed) ในประเทศตน และต้องการไปทำงานในประเทศที่ค่อนข้างขาดแคลนแรงงานด้วยอัตราค่าจ้างที่สูงกว่า ประเทศผู้รับแรงงานนี้อาจประสบปัญหาต้นทุนทางสังคมเพิ่มขึ้นผ่านค่าใช้จ่ายจำนวนมากสำหรับโครงการสังคมต่าง ๆ อาทิ การศึกษา สาธารณสุข ที่พักอาศัย เป็นต้น แก่แรงงานอพยพเหล่านี้ที่เพิ่มจำนวนมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งแรงงานที่ไม่มีทักษะที่มีแนวโน้มว่าจะมีความไม่มั่นคงในงานสูง การเพิ่มแรงงานเหล่านี้มากขึ้นยังทำให้ต้นทุนการดูแลสังคมยิ่งเพิ่มสูงขึ้นด้วย (ศิริพร สัจจามันท์, 2548: 161)

สำหรับประเทศไทย ประเทศไทยเป็นเส้นทางของการย้ายถิ่นในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มาหลายศตวรรษซึ่งเป็นระยะเวลาอันยาวนานก่อนที่จะมีการจัดตั้งระบบการควบคุมการเคลื่อนย้ายข้ามชายแดนอย่างเป็นทางการ ผู้คนจำนวนมากเดินทางเข้ามาหรืออพยพมาตั้งรกรากในดินแดนของประเทศไทย ส่งผลให้ในปัจจุบันประชากรของประเทศมีความหลากหลายทางชนชาติมากกว่าที่ทราบกันโดยทั่วไป ประกอบด้วยชาวจีน มลายู กะเหรี่ยง ฉาน มอญ เขมร ลาว อินเดีย และอื่น ๆ แต่สำหรับในระยะหลังการรับเข้ามาของแรงงานย้ายถิ่นจากประเทศเพื่อนบ้าน มีการตอบสนองเชิงนโยบายที่มีการเปลี่ยนแปลงมากขึ้น ช่วงเวลาที่มีแรงงานย้ายถิ่นจำนวนมากเดินทางเข้าประเทศไทยจากประเทศกัมพูชา สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาวและสาธารณรัฐแห่งสหภาพเมียนมาร์เริ่มต้นขึ้นเมื่อช่วง พ.ศ. 2533 ซึ่งเกิดขึ้นเวลาใกล้เคียงกันกับทศวรรษที่เศรษฐกิจเฟื่องฟูระหว่าง พ.ศ. 2530–2539 ทำให้มีความแตกต่างด้านรายได้ที่เพิ่มขึ้นระหว่างประเทศไทยและประเทศเพื่อนบ้านจากการขยายตัว

ของการส่งออกและการลงทุนโดยตรงจากต่างประเทศที่ไหลทะลักเข้ามาส่งผลให้มีการขยายตัวของเศรษฐกิจในอัตราที่ใกล้เคียงร้อยละ 10 ต่อปี ประเทศไทยจึงกลายเป็นประเทศรายได้ปานกลางและเปลี่ยนผ่านจากการเป็นประเทศส่งออกแรงงานสู่ประเทศรับเข้าแรงงานภายในช่วงอายุคน (IOM Thailand, 2562)

สถานการณ์แรงงานต่างด้าวในประเทศไทย ประเทศไทยถือเป็นจุดหมายปลายทางสำคัญอันดับหนึ่งของแรงงานข้ามชาติ กว่าครึ่งหรือร้อยละ 54 ของการเคลื่อนย้ายแรงงานในภูมิภาคกลุ่มใหญ่สุดมาจากเมียนมาร์ รองลงมาคือ ลาวและกัมพูชาตามลำดับ สาเหตุมาจากปัจจัยดึงดูดของไทยไม่ว่าจะเป็นทรัพยากรที่มีอยู่มากความเป็นศูนย์กลางของเศรษฐกิจและการเดินทางในภูมิภาค เดือนธันวาคม พ.ศ. 2560 แรงงานต่างด้าวที่ลงทะเบียนถูกต้องตามกฎหมายมี 2.06 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 5.5 ของแรงงานทั้งประเทศ กลุ่มใหญ่สุด คือ แรงงานข้ามชาติ 3 สัญชาติ เมียนมาร์ ลาว และกัมพูชาที่ได้รับอนุญาตทำงานตามมาตรา 59 แรงงานข้ามชาติทำงานในกลุ่มอาชีพพื้นฐาน (Elementary Occupations) ที่ใช้แรง และแรงงานทำงานบ้าน (Domestic Workers) ถือเป็น “แรงงานฐานรากของสนับสนุนกิจกรรมเศรษฐกิจ” คิดเป็นร้อยละ 44.7 ของคนทำงานกลุ่มอาชีพนี้ทั้งหมด ทำงานอยู่ทุกสาขาเศรษฐกิจและมากสุดในภาคอุตสาหกรรมร้อยละ 12.6 ของคนทำงานในภาคอุตสาหกรรมทั้งหมดกระจายไปในกิจการก่อสร้างการเกษตรและกิจการต่อเนื่องการเกษตรและการให้บริการต่าง ๆ เป็นสำคัญ สะท้อนว่าระดับเทคโนโลยีการผลิตของไทยยังใช้แรงงานทักษะต่ำที่มีค่าจ้างราคาถูกอยู่มาก ทำให้เศรษฐกิจไทยต้องพึ่งพาแรงงานข้ามชาติอีกทั้งแรงงานไทยเองก็เลือกงานและไม่ต้องการทำงานหนักประเภท 3D คือ สกปรก (Dirty) อันตราย (Dangerous) และยากลำบาก (Difficult) (เสาวณี จันทะพงษ์ และคณะ, 2561)

จากสถานการณ์ข้างต้นที่แสดงถึงการหลั่งไหลของแรงงานต่าง ๆ เข้ามาในประเทศไทย ย่อมนำมาสู่ภาระของประเทศโดยเฉพาะด้านการสาธารณสุข ปัญหาด้านสาธารณสุขของแรงงานต่างด้าวผิดกฎหมายได้เพิ่มมากขึ้นประกอบกับแรงงานต่างด้าวบางส่วน ได้เป็นพาหนะนำโรคใหม่ ๆ เข้ามาในประเทศไทย แม้แรงงานต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียนถูกต้องตามกฎหมายจะได้รับการตรวจสอบสุขภาพและค้นหาโรคจากหน่วยงานสาธารณสุขของจังหวัดและได้รับบัตรประกันสุขภาพแต่ก็มีจำนวนน้อยมาก โดยแรงงานต่างด้าวผิดกฎหมายส่วนหนึ่งเป็นโรคติดต่อและเจ็บป่วยด้วยโรคที่ประเทศไทยเคยควบคุมได้แล้ว มีการตรวจพบโรคต่าง ๆ ได้แก่ มาเลเรีย วัณโรค เท้าช้าง ไข้เลือดออก โรคเรื้อน และไข้กาฬหลังแอ่น ซึ่งหากไม่มีการควบคุมให้ดีแล้ว อาจทำให้เกิดการแพร่ระบาดของโรคเหล่านี้ในประเทศไทยอีกครั้ง ส่วนผลกระทบต่อรายจ่ายทางด้านสาธารณสุขหรืองบประมาณที่รัฐต้องเสียไปในการดูแลปัญหาเหล่านี้ โดยค่าใช้จ่ายในการรักษาให้แก่แรงงานต่างด้าวในปี 2556 มีค่าใช้จ่ายในการรักษาที่เรียกเก็บได้ 419,079,721.52 บาท และค่าใช้จ่ายในการรักษาที่ไม่สามารถเรียกเก็บได้ 414,721,969.74 บาท นอกจากนี้ รัฐต้องแบ่งปันทรัพยากรของคนไทยในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมดูแลและการป้องกันโรค ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์อุปกรณ์ เวชภัณฑ์ ค่าใช้จ่ายและเวลาในการออกติดตามในการแก้ปัญหาด้านสาธารณสุขของแรงงานต่างด้าว โดยเฉพาะจังหวัดบริเวณชายแดน จะแบกรับภาระสูงเพราะมีผู้มาใช้บริการมาก (ภักสิทธิ์ แอนินท , 2561)

การจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (Environmental Health) เป็นกระบวนการสำคัญในการควบคุมและป้องกันโรค โดยแบบจำลองการเกิดโรคทางระบาดวิทยา (Epidemiological Triad)

โดยเฉพาะโรคติดต่อ มีองค์ประกอบสามประการคือ ผู้สัมผัสเชื้อ หรือคน (Host) เชื้อโรค (Agent) และสิ่งแวดล้อม (Environment) โดยในการศึกษานี้มุ่งเน้นองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อมซึ่งเป็นปัจจัยที่เพิ่มโอกาสให้มนุษย์สัมผัสเชื้อโรค ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมหมายรวมถึงปัจจัยภายนอกทั้งหมดทั้งด้านกายภาพ ชีวภาพ หรือแม้แต่ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ (Center of Disease Control and Prevention, 2012: 1-52) การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมเป็นการเชื่อมโยงการจัดการสิ่งแวดล้อมและระบบการจัดการสุขภาพ ตั้งแต่แหล่งกำเนิด เส้นทางการเข้าสู่ร่างกาย และผู้รับสัมผัส หรือ Host การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม อาทิ การจัดการขยะในครัวเรือนและชุมชน การจัดการส้วมและสิ่งปฏิกูล การสุขาภิบาลอาหารและน้ำ เป็นต้น (สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย, 2560) ตัวอย่างกรณีการเกิดโรคอหิวาตกโรคในช่วงปี พ.ศ. 2558 ในจังหวัดระยองเป็นตัวอย่างหนึ่งให้เห็นปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมที่องค์ประกอบหนึ่งของการระบาด โดยในช่วงเวลาดังกล่าว มีผู้ป่วยจำนวน 89 ราย พบการแพร่กระจายใน 4 อำเภอ 14 ตำบล คือ อำเภอเมือง บ้านค่าย แกลง และนิคมพัฒนา เป็นแรงงานไทย 26 ราย และกัมพูชาถึง 63 ราย สาเหตุคาดว่ามาจากอาหาร คือบริโภคน้ำ ปูน้ำ และหอยแครง การระบาดในครั้งนี้มีผู้เสียชีวิต 1 ราย เป็นชายไทย แพร่กระจาย ระบาดจากการผู้ประกอบอาชีพประมงพื้นบ้าน ไปสู่ประชาชนไทยผ่านทางห่วงโซ่อาหาร (สุชาติ จันทสิริยากร และคณะ, 2558) จากการสอบสวนโรคพบว่า มีปัจจัยเสี่ยงได้แก่ การขับถ่ายอุจจาระลงแม่น้ำ การล้างปลา / แผลปลา / เรือ ด้วยน้ำจากแม่น้ำ คนคัดเลือกลาชาวกัมพูชา มีอาการป่วยด้วยอุจจาระร่วงและตรวจพบเชื้ออหิวาตกโรค น้ำแข็งมีการปนเปื้อนเชื้ออหิวาตกโรค และตรวจพบเชื้อ การรับประทานอาหารดิบของลูกเรือประมง ระบบประปาในวัดแห่งหนึ่งและประปาหมู่บ้านไม่มีระบบการเติมคลอรีน (มนตรียา อุทัยมโส, 2559) และปัญหาสำคัญที่พบคือแรงงานต่างด้าวส่วนใหญ่อ่านหนังสือภาษาตนเองไม่ออก ต้องสื่อสารด้วยเสียงเท่านั้น ความไม่ร่วมมือของผู้ประกอบการ รวมถึงการประกาศเป็นเขตควบคุมโรคส่งผลกระทบต่อทางเที่ยวและความเชื่อมั่นของประชาชน ทำให้เป็นความยากลำบากและซับซ้อนในการแก้ปัญหา จากปรากฏการณ์นี้จะเห็นได้อย่างชัดเจนในเรื่องของการจัดการด้านสุขาภิบาล และอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ดี จะเป็นการควบคุมโรคให้ไม่เกิดการแพร่ระบาดไปในวงกว้าง และหากมีระบบการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชนต่างด้าวที่มีประสิทธิภาพย่อมนำมาสู่การป้องกัน และตัดวงจรมิให้เกิดโรคขึ้น นำมาสู่ความมั่นคงด้านสุขภาพของประชาชนไทยในพื้นที่ และสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับแรงงานต่างด้าวที่เข้ามาในประเทศไทย

การที่ประเทศไทยมีแรงงานต่างด้าวเข้ามาสู่ประเทศไทยย่อมส่งผลดีต่อประเทศไทยในด้านความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ เนื่องจากทดแทนการขาดแคลนแรงงานในประเทศ ซึ่งมีไม่เพียงพอ และบางอาชีพไม่เป็นที่นิยมของคนไทย แรงงานต่างด้าวจึงเป็นปัจจัยการผลิตและทุนสำคัญ แรงงานต่างด้าวที่เข้ามาประเทศไทยจึงควรได้รับการดูแลโดยเฉพาะการดำเนินการด้านสุขาภิบาล และอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชนแรงงานต่างด้าวอย่างเสมอภาค และเป็นไปตามมาตรฐาน จะเป็นการยกระดับคุณภาพชีวิตของแรงงานต่างด้าวให้มีสุขภาวะที่ดี มีความปลอดภัยในชีวิต ส่งผลดีกับประเทศไทย ในเชิงของการมีแรงงานที่พร้อมต่อการขับเคลื่อนทางเศรษฐกิจ รวมถึงเป็นไปตามหลักสิทธิมนุษยชนที่ประเทศไทยมีพันธกรณีอยู่กับกฎหมายสิทธิมนุษยชนและมนุษยธรรมระหว่างประเทศ และหลักการสากลนี้เองที่ทุกรัฐในประชาคมโลกยึดถือปฏิบัติในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งในประชาคมโลก ที่ต้องรักษาสันติภาพ โดยเฉพาะหลัก “การประกันสิทธิมนุษยชนของมนุษย์ทุกคน” โดยเฉพาะประเด็นการ

คุ้มครองสิทธิโดยการส่งเสริมสิทธิให้ดียิ่งขึ้น (Positive Rights) ซึ่งผู้มีอำนาจต้องส่งเสริมสิทธิในการมีคุณภาพชีวิตที่ดี เช่น มีอาหาร ยารักษาโรค ที่เพียงพอ และเครื่องนุ่งห่ม เป็นต้น (ทศพล ทรรศนกุลพันธ์, 2552) การดำเนินการส่งเสริมสิทธิมนุษยชนนี้จะเป็นการทำให้เกิดภาพลักษณ์ที่ดีของประเทศไทยต่อประชาคมโลก

อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยยังไม่มีระบบการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชนแรงงานต่างด้าวที่เป็นรูปธรรม กรมอนามัยในฐานะองค์กรหลักของประเทศในการอภิบาลระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อให้ประชาชนไทยมีสุขภาพดีจึงภารกิจสำคัญในการออกแบบระบบในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อให้เกิดความปลอดภัยและความมั่นคงต่อสุขภาพของคนไทย การศึกษานี้จึงมุ่งศึกษาเพื่อชี้ประเด็นให้ผู้อำนาจเห็นถึงความสำคัญของปัญหาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้นในชุมชนแรงงานต่างด้าวซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนไทย และศึกษามาตรการสำคัญที่ประเทศไทยควรวางระบบการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชนต่างด้าว

1.2 วัตถุประสงค์การศึกษา

1.2.1 เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาสุขภาพในแรงงานต่างด้าวที่มีเหตุมาจากอนามัยสิ่งแวดล้อม

1.2.2 เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาอนามัยสิ่งแวดล้อมในแรงงานต่างด้าว และระบบการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของกรมอนามัย

1.2.3 เพื่อศึกษาข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย และมาตรการสำคัญสำหรับกรมอนามัยในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน

1.3 ขอบเขตการศึกษา วิธีการดำเนินการศึกษา และระเบียบวิธีการศึกษา

1.3.1 ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาในช่วง พ.ศ. 2555–2561 เนื่องจากเป็นช่วงที่ประเทศไทยอยู่ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11–12 ซึ่งประเทศไทยเข้าสู่ประชาคมอาเซียน และกำหนดเขตเศรษฐกิจพิเศษเกิดขึ้น การศึกษาด้านสุขภาพมุ่งเน้นโรคติดต่อในแรงงานต่างด้าวที่มีโอกาสแพร่กระจายด้วยเหตุปัจจัยด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และศึกษาการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในกรอบภารกิจของกรมอนามัย โดยการศึกษานี้ทำการศึกษาในเชิงคุณภาพ ด้วยการทบทวนข้อมูลเอกสาร รายงานการดำเนินงานจากแหล่งข้อมูลทั้งกรมอนามัยและกรมวิชาการที่เกี่ยวข้อง รวมถึงศึกษามาตรการของกรมในการจัดการ ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอเพื่อยกระดับการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชนต่างด้าวให้มีประสิทธิภาพ

พื้นที่ในการการศึกษาครั้งนี้ดำเนินการ ณ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

ระยะเวลาดำเนินการรวบรวมข้อมูลในการศึกษาวิจัย ดำเนินการในระหว่างเดือนมิถุนายน ถึง กรกฎาคม 2562

1.3.2 ระเบียบวิธีการศึกษา

1.3.2.1 ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษา ได้แก่ผู้บริหาร ผู้เชี่ยวชาญที่รับผิดชอบหรือผู้ที่เกี่ยวข้องในภารกิจด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ของหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุขที่มีบทบาทในเชิงนโยบายการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของประเทศ โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะจง (Purposive Sampling) ได้แก่

1) กรมอนามัย ได้แก่ ผู้บริหารระดับสูงของกรมที่รับผิดชอบด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กองประเมินผลกระทบทางสุขภาพ ศูนย์บริหารกฎหมาย ศูนย์อนามัยที่ 1-12 และศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ชายขอบและแรงงานข้ามชาติ

2) หน่วยงานอื่นในกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ กรมควบคุมโรค กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และเขตสุขภาพที่ 6 (กำกับ ดูแลพื้นที่ระยองเขตเศรษฐกิจภาคตะวันออก)

การสุ่มตัวอย่าง ดำเนินการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจงกับผู้ที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของประเทศ

1.3.2.2 วิธีการเก็บข้อมูล

1) ข้อมูลประชากรแรงงานต่างด้าว ข้อมูลสถานการณ์ปัญหาสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมในแรงงานต่างด้าว เก็บรวบรวมจากข้อมูล โดยประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อรวบรวม บทความ งานวิจัย และกรณีศึกษาจากต่างประเทศ รวมถึงเก็บรวบรวมข้อมูลจากเว็บไซต์หน่วยงาน

1) หน่วยงานในส่วนกลางกระทรวงสาธารณสุข เก็บรวบรวมข้อมูลการบริหารจัดการ การดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอเพื่อพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยกำหนดประเด็นในการสัมภาษณ์ และทำการสัมภาษณ์แบบกึ่งมีโครงสร้าง

2) หน่วยงานภูมิภาคของกรมอนามัย ได้แก่ ศูนย์อนามัยที่ 1-12 และศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ชายขอบและแรงงานข้ามชาติ จัดทำแบบสอบถามแบบปลายเปิดในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.3.2.3 การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลในเชิงคุณภาพ โดย

1) การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา โดยการแยกแยะแจกแจงเนื้อหาจากข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เป็นหมวดหมู่โดยอ้างอิงกรอบทฤษฎี ในการศึกษานี้ใช้กรอบของการส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter of Health Promotion) กรอบอนามัยสิ่งแวดล้อมของกรมอนามัย และแบบจำลองการเกิดโรคทางระบาดวิทยา

2) การวิเคราะห์ข้อมูลแบบสร้างข้อสรุปด้วยการวิเคราะห์แบบอุปนัย (Analytic Induction) ตีความสร้างข้อสรุปจากสิ่งที่ปรากฏการณ์ที่มองเห็น วิเคราะห์โดยการจำแนกชนิดข้อมูล (Typological Analysis) ด้วยการใช้ทฤษฎีแยกชนิดในเหตุการณ์นั้น ๆ และ

วิเคราะห์โดยการเปรียบเทียบข้อมูล (Constant Comparison) สังเกตรวบรวมข้อมูลวิเคราะห์หลาย ๆ อย่างนำมาแยกตามชนิดประเภทและนำมาเปรียบเทียบกัน

1.4 คำถามการศึกษา

1.4.1 อะไรคือปัญหาสุขภาพของแรงงานต่างด้าวในประเทศไทยที่มีผลมาจากอนามัยสิ่งแวดล้อม

1.4.2 ประเทศมีมาตรการ หรือการดำเนินงานอะไรบ้างในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชนต่างด้าว และมีปัญหาอุปสรรคอะไรบ้างในการดำเนินงาน รวมถึงต้องมีมาตรการใดในการลดปัญหาอุปสรรค และยกระดับการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมให้มีประสิทธิภาพ

1.5 สมมติฐานการศึกษา

1.5.1 ปัญหาอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชนแรงงานต่างด้าวนำมาสู่ปัญหาโรคติดต่อของแรงงานต่างด้าวซึ่งมีโอกาสแพร่กระจายและระบาดในคนไทยในพื้นที่

1.5.2 กลไกด้านนโยบาย มาตรการ และกฎหมายในระดับประเทศเพื่อการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชนแรงงานต่างด้าว อาทิ การวางระบบเฝ้าระวัง การสร้างการมีส่วนร่วมกับภาครัฐ เอกชน และชุมชน การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลและสื่อสารด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม การควบคุมกำกับด้วยกฎหมาย ตาม พรบ. สาธารณสุข ฯลฯ ย่อมนำมาสู่การลดปัญหาทางสุขภาพในแรงงานต่างด้าว

1.6 ประโยชน์ที่จะได้รับจากการศึกษา

1.6.1 กรอบการทำงาน มาตรการ แนวทางในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชนแรงงานต่างด้าวสำหรับผู้ที่มีบทบาทหน้าที่ในภาคส่วนหลักที่เกี่ยวข้อง เช่น ภาคสาธารณสุขในระดับประเทศ เขต จังหวัด และอำเภอ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชน

1.6.2 ลดปัญหาโรคระบาด และการแพร่กระจายที่เกิดขึ้นในแรงงานต่างด้าวจากสาเหตุด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม

1.7 นิยามศัพท์

1.7.1 ชุมชนแรงงานต่างด้าว สถานที่ที่มีการรวมตัวของประชากรต่างด้าวแรงงานไร้ฝีมือ ได้แก่ สถานที่/สถานประกอบการ หอพัก/ที่พัก/หมู่บ้าน

1.7.2 อนามัยสิ่งแวดล้อม องค์ประกอบด้านต่าง ๆ และคุณภาพชีวิตของมนุษย์ที่ถูกกำหนด โดยปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เคมี ชีวภาพ สังคม และจิตวิทยา รวมถึงหลักการและวิธีปฏิบัติในการประเมิน แก้ไข ควบคุม ป้องกันปัจจัย ด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ทั้งของคนรุ่นปัจจุบัน และรุ่นลูกหลานในอนาคต

1.7.3 การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม กรอบความสัมพันธ์ระหว่างระบบจัดการสิ่งแวดล้อม และระบบจัดการสุขภาพ โดยพิจารณาแหล่งกำเนิด เส้นทางเข้าสู่ร่างกาย และผู้รับสัมผัส งานอนามัยสิ่งแวดล้อมจะเป็นจุดเชื่อมกับหน่วยงานด้านสิ่งแวดล้อม โดยการดำเนินการจะคำนึงถึงจุดกำเนิดของ

ปัญหาหรือแหล่งกำเนิด เพื่อป้องกันตั้งแต่แหล่งกำเนิด จากนั้นหาทางป้องกันที่ทางผ่าน เส้นทาง หรือ ช่องทางการส่งผ่านความเสี่ยงเข้าสู่ผู้รับสัมผัส เช่น อากาศ อาหาร น้ำดื่ม น้ำใช้ ดิน เป็นต้น นอกจากนี้ สำหรับผู้รับสัมผัสเองสามารถ ป้องกันความเสี่ยงก่อนเข้าสู่ ร่างกายได้ โดยการใช้ อุปกรณ์ป้องกัน อันตรายส่วนบุคคล ที่เหมาะสมตามความเสี่ยงหรือการควบคุมที่การบริโภค เช่น ป้องกันที่ระบบการหายใจ การรับประทานอาหารการดื่มน้ำการสัมผัสทางผิวหนัง เป็นต้น

1.7.4 การสุขาภิบาล การจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกและการบริการสำหรับการกำจัดที่ปลอดภัยของปัสสาวะและอุจจาระของมนุษย์. การสุขาภิบาลที่ไม่เพียงพอเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคทั่วโลก และการปรับปรุงการสุขาภิบาลมีผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพทั้งในครัวเรือนและในทั้งชุมชน. คำว่า “การสุขาภิบาล” ยังหมายถึงการบำรุงรักษาของสภาพทางสุขอนามัยผ่านบริการ เช่น การเก็บขยะและการกำจัดน้ำเสีย

บทที่ 2

แนวคิดทฤษฎีและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่อง การศึกษามาตรการของประเทศไทยในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชนแรงงานต่างด้าว ผู้ศึกษาได้ทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และวรรณกรรมเพื่อเป็นกรอบในการศึกษาดังนี้

2.1 แนวคิดทฤษฎี

2.1.1 ระบาดวิทยา และการเกิดโรค

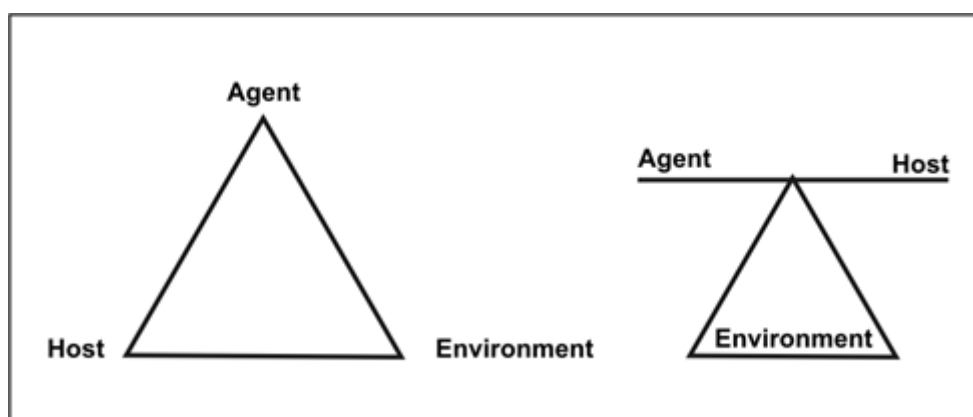
ระบาดวิทยาเป็นการศึกษาเกี่ยวกับการเกิด การกระจาย และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของโรคหรือภัยสุขภาพที่เกิดกับกลุ่มประชากร มีรากศัพท์ว่า “Epidemiology” มาจากรากภาษากรีก 3 คำ คือ Epi = upon , Deros = people และ Logos = study ระบาดวิทยาไม่ได้จำกัดอยู่เพียงเรื่องของโรคระบาดและโรคติดเชื้อ ในปัจจุบันมีการประยุกต์ศาสตร์ทางด้านนี้ไปในอีกหลายด้านทั้งโรคไม่ติดต่อ โรคจากการประกอบอาชีพ โรคจากสิ่งแวดล้อม รวมถึงระบาดวิทยาคลินิกเพื่อทำให้การดูแลรักษาพยาบาลมีประสิทธิภาพและได้ผลดี (ค่านวน อึ้งชูศักดิ์, 2554 และ Center of Disease Control and Prevention, 2012)

ปัจจุบันคำว่าระบาดวิทยาได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางในวงการสาธารณสุขของประเทศโดยมีสองนัยคือ นัยของความเป็นศาสตร์หรือวิธีการที่จะใช้ศึกษาแก้ปัญหาสุขภาพ เช่น ต้องทำระบาดวิทยาให้เข้มแข็งถึงจะควบคุมโรคระบาดต่าง ๆ ได้ และนัยขององค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับโรคภัยต่าง ๆ เช่น ระบาดวิทยาของโรคไข้เลือดออกในประเทศไทยก็จะเป็นการบรรยายว่าโรคนี้เกิดจากอะไร เป็นกับใครเป็นส่วนใหญ่ ที่ใด ฤดูกาลใด มีแนวโน้มเป็นอย่างไร ติดต่อยังไง ควบคุมได้อย่างไร ฯลฯ การดำเนินงานงานส่งเสริม ป้องกัน ควบคุมโรค รวมถึงรักษาผู้ป่วย หากรู้เรื่องระบาดวิทยาจะมีหลักวิชาการที่ดีในการทำงาน ระบาดวิทยาเน้นการปกป้องให้กลุ่มประชากรมีสุขภาพดีมิให้เจ็บป่วย เมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นก็พยายามป้องกันมิให้มีการแพร่ระบาดในวงกว้าง จัดการให้การระบาดสงบลงอย่างรวดเร็ว และเกิดผลกระทบต่อการใช้ชีวิตและความสงบสุขของสังคมให้น้อยที่สุด

2.1.1.1 ระบาดวิทยามีจุดมุ่งหมายเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรคในประชากร ซึ่งมีหลักคิดที่สำคัญที่ต้องคำนึง อย่างน้อยใน 3 ด้านคือ เหตุปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค/ภัยสุขภาพ (Determinants), การกระจาย (Distribution) และ ธรรมชาติของโรค (Natural history of diseases) ดังนี้

1) เหตุปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค/ภัยสุขภาพ (Determinants) โรคหรือปัญหาสุขภาพเกิดจาก (Occurrence of Disease) การเสียสมดุลของเหตุปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (Determinants) ซึ่งทางระบาดวิทยามักจะแบ่งปัจจัยออกเป็น 3 กลุ่ม คือ ปัจจัยเกี่ยวข้องกับคน (Host) ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

กับตัวก่อโรค (Agent) และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม (Environment) เรียกความสัมพันธ์ของทั้งสามปัจจัยนี้ว่า Epidemiologic Triad (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 Epidemiologic Triad

ความเข้าใจอย่างง่าย ๆ คือ เราต้องเสริมสร้าง Host ให้ประชาชนมีภูมิคุ้มกัน มีพฤติกรรมที่เหมาะสม ลด Agent ที่เป็นภัยคุกคามสุขภาพ จัดหรือปรับ Environment ให้เข้าข้าง Host อย่าให้เอียงไปฝักใฝ่ตัวก่อโรค

(1) Host ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคนและเป็นตัวกำหนดว่าทำไมบางคนป่วย บางคนไม่ป่วย ประกอบด้วย พันธุกรรม เพศ อายุ ภูมิคุ้มกันต่อโรค การศึกษา ความเชื่อทางศาสนา อาชีพ รายได้ การมีคู่ครอง พฤติกรรม

(2) Agent ในสมัยก่อนมักจะหมายถึงเชื้อโรค (Infectious agent) เชื้อโรคแต่ละชนิดทำให้เกิดการป่วยที่แตกต่างกันไป แม้แต่ในเชื้อเดียวกันแต่ต่างสายพันธุ์ก็ทำให้เกิดความรุนแรงแตกต่างกัน การระบาดในวงกว้างมักจะเกิดจากเชื้อสายพันธุ์ใหม่ ๆ ที่ประชาชนไม่ค่อยจะมีภูมิคุ้มกัน เช่น เชื้อไขหวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ดังนั้นการศึกษาเรื่องเชื้อโรคจึงต้องดูว่าเป็นสายพันธุ์อะไร มีแบบแผนการติดต่ออย่างไร เปลี่ยนแปลงไปหรือไม่ ฯลฯ

ในปัจจุบันคำว่า Agent ไม่ได้ หมายถึงเชื้อโรคเท่านั้นแต่ยังหมายถึง สารเคมี (Chemical agent) กัมมันตรังสี (Radioactive Agent) พลังงาน (Energy Agent) สารเสพติดต่าง ๆ (Addict agent) ยารักษาโรค (Pharmaceutical agent) ดังนั้นเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี สังคมนั้น ๆ ต้องออกกฎหมายหรือกฎระเบียบหรือมาตรการทางภาษีหรือแนวปฏิบัติต่าง ๆ ฯลฯ เพื่อควบคุมมิให้ Agent ที่เป็นอันตรายเพิ่มจำนวนและเข้าไปถึงประชาชนได้ง่าย ๆ เช่น การออกกฎหมายควบคุมการโฆษณาการขายบุหรี่และสุรา การควบคุมการปล่อยสารเคมีจากโรงงานสู่ธรรมชาติ การควบคุมอาวุธ การควบคุมการใช้ยาและสารเสพติด ฯลฯ การจะควบคุม Agent ได้นั้นมีส่วนเกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมและระบบทางสังคมอย่างยิ่ง

(3) Environment คือ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ที่หากเข้าข้างคน (Host) ก็จะทำให้สุขภาพดี แต่หากเข้าข้าง Agents ก็จะทำให้มีภัยคุกคามสุขภาพมากขึ้นเรื่อย ๆ เช่น ประเทศโซมาเลียในทวีปแอฟริกา กำลังเกิดการอดอยากแสนสาหัส เพราะฝนไม่ตกมาเป็นปี ๆ อาหาร

การกินและน้ำไม่พอ เด็ก ๆ ป่วยเป็นโรคขาดสารอาหารมากกว่าร้อยละ 50 แต่每天有คนเสียชีวิตมากกว่า 2 คนต่อหมื่นประชากร ซึ่งนับว่าสูงมากจนเป็นภาวะฉุกเฉินที่ต้องรีบระดมความช่วยเหลือ นักการสาธารณสุขจึงต้องสนับสนุนให้มีสิ่งแวดล้อมที่ดี ลดปัญหาโรคเรื้อรัง และสนับสนุนกระบวนการสร้างสันติ หากปล่อยให้สิ่งแวดล้อมในเมือง คนจะตายทั้งจากความรุนแรงและโรคภัยไข้เจ็บ ฯลฯ

นอกจากสิ่งแวดล้อมตามธรรมชาติหรือทางกายภาพแล้ว ระบบเศรษฐกิจสังคมและการเมืองยังถือเป็นส่วนหนึ่งของสิ่งแวดล้อมมนุษย์ที่เราเรียกว่า Social Determinants นักวิชาการหลายคนแยก Social determinants ออกมาเพราะมันมีความสำคัญมากกว่าปัจจัยตัวอื่น ๆ เช่น การควบคุมโรคเอดส์ต้องประสบกับปัญหาการกีดกันผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยขาดสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐาน หากไม่แก้ไขปัจจัยนี้ก็ไม่อาจที่จะควบคุมการแพร่ระบาดของโรคได้ เพราะผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยจะไม่ยอมเปิดเผยตัวหรือเข้าไม่ถึงบริการป้องกันควบคุมโรคหรือการรักษาพยาบาล แต่ยังคงแพร่เชื้อต่อไปเรื่อย ๆ

2) แบบแผนการกระจายของโรคหรือปัญหาทางด้านสุขภาพ (Distribution of Disease) ทางระบาดวิทยาจะพยายามวิเคราะห์แบบแผนการกระจายตามเวลา (Time) สถานที่ (Place) และบุคคล (Person) ยกตัวอย่าง เช่น โรคไข้สมองอักเสบจากเชื้อ Japanese Encephalitis มักจะเกิดในช่วงฤดูฝนเพราะต้องอาศัยยุงรำคาญที่อยู่ในท้องนาเป็นตัวนำเชื้อจากสุกรมาปล่อยเข้าสู่คนโดยการกัด โรคนี้เกิดในชนบทไม่เกิดในเมือง ผู้ป่วยมักเป็นเด็กในวัยเรียน เพราะยังไม่มีภูมิคุ้มกันและเป็นวัยที่วิ่งเล่นรอบบ้านโดนยุงกัดง่าย ไม่เลือกเพศเป็นทั้งชายและหญิงไม่แตกต่างกัน ไม่เลือกศาสนาเป็นหมดทั้งพุทธ คริสต์ อิสลาม เป็นต้น

3) ธรรมชาติของโรคหรือปัญหาทางสุขภาพ (Nature of disease or Natural history of disease) ปรากฏการณ์ทุกอย่างรวมถึงโรคภัยไข้เจ็บย่อมมีการเกิดขึ้น ดำรงอยู่ และสิ้นสุด เราเรียกสิ่งนี้ว่าธรรมชาติของโรคซึ่งหมายถึงเหตุการณ์ของโรคนับตั้งแต่การเริ่มก่อเกิดในคน และเปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลา ความรู้เรื่องธรรมชาติของโรคเริ่มจากความเข้าใจในโรคติดเชื้อ แต่ต่อมาก็นำใช้ในเรื่องโรคไม่ติดเชื้อมด้วย โดยทั่วไปหากเราดูเหตุการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อในคน ก็จะเห็นเหตุการณ์ 4 ระยะคือ

(1) ระยะเสี่ยง (Stage of susceptibility) ระยะนี้ร่างกายยังเป็นปกติไม่ได้เกิดพยาธิสภาพอะไร แต่มีเงื่อนไขของความเสี่ยงที่จะสนับสนุนให้เชื้อโรค หรือสารเคมี หรือภัยสุขภาพต่าง ๆ เข้าหาคนได้ง่ายและเกิดการเจ็บป่วยตามมา

(2) ระยะก่อนมีอาการ (Preclinical stage) ได้แก่ ระยะที่ Agent เช่น เชื้อโรค หรือสิ่งที่เป็นอันตรายได้เข้าสู่ร่างกายแล้ว แต่ยังไม่แสดงอาการ

(3) ระยะแสดงอาการ (Clinical stage) ระยะนี้ Agent ได้ทำให้เกิดพยาธิสภาพจนร่างกายไม่สามารถทำงานได้ตามปกติและเกิดอาการแสดงของการเจ็บป่วยเริ่มต้น และค่อย ๆ มากขึ้นจนมีอาการเต็มขั้น

(4) ระยะสิ้นสุดของโรค (Diminish stage) เมื่อเกิดโรคแล้ว บางคนหาย โดยร่างกายกำจัดเชื้อหรือสารก่อโรคได้เอง บางคนหายแต่มีความพิการ บางคนตายในเวลาไม่นาน บางคนอยู่รอดแต่ก็จะไปเสียชีวิตในอนาคต

2.1.1.2 การป้องกันและควบคุมโรคหรือปัญหาทางสุขภาพของประชากร
 มาตรการที่จะนำมาป้องกันและบรรเทาปัญหาของโรคภัยไข้เจ็บในแต่ละ
 บุคคล แบ่งเป็น 4 ระดับง่าย ๆ ดังนี้

1) Primordial prevention หรือ การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) เช่น การส่งเสริมให้ประชาชนหมั่นออกกำลังกายสม่ำเสมอ ควบคุมน้ำหนัก ลดอาหารหวาน
 มัน เค็ม เพื่อจะได้ไม่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ความดัน หัวใจ หลอดเลือด ในภาษาทางระบาด
 เราถือว่าเป็นการป้องกันโดยการลดความเสี่ยง (Risk reduction)

2) Primary prevention ได้แก่ การใช้มาตรการเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บ
 หรือการป่วย ในนิยามทางระบาดวิทยาคือการลดการป่วยรายใหม่ (Incidence reduction)
 ซึ่งมาตรการในระดับนี้อาจเป็น

(1) มาตรการป้องกันเฉพาะโรค (Specific Health Protection) เช่น การส่งเสริมให้ใส่หมวกกันน็อคขณะขับจักรยานยนต์ การคาดเข็มขัดเวลาขับรถ การใช้ถุงยาง
 อนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ การฉีดวัคซีนป้องกันโรค หรือ

(2) การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (Immunization) เช่น การให้
 วัคซีนป้องกันโรคหัด

(3) การทานยาป้องกันล่วงหน้า (Prophylaxis) การให้ยาต้านไวรัส
 ในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีเพื่อป้องกันมิให้ลูกติดเชื้อเอชไอวีจากแม่

3) Secondary prevention คือการใช้มาตรการในคนที่ป่วยแล้วเพื่อ
 ป้องกันมิให้เกิดอาการรุนแรงหรือเสียชีวิต จุดมุ่งหมายอยู่ที่การค้นหาผู้ป่วยและตรวจให้พบใน
 ระยะแรก ๆ เพื่อจะได้รีบให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวและให้การรักษจะได้ชะลอการป่วยออกไป
 หรือไม่ให้ป่วยมาก หรือลดระยะเวลาการป่วย หรือลดการเสียชีวิต

4) Tertiary prevention ในกรณีที่ป่วยจนเกิดความพิการและ
 การสูญเสียคุณภาพชีวิต ก็จะใช้มาตรการเพื่อฟื้นฟู (Rehabilitation) ให้มีคุณภาพชีวิตที่ใกล้เคียง
 ของเดิม ทางระบาดวิทยาอาจเรียกว่าเป็นการลดความพิการ (Disability reduction)

ในบรรดาการป้องกันมิให้เกิดโรคในแต่ละปัจเจกบุคคลทั้ง 4 ระดับนั้น
 การลงทุนทำ Primordial และ Primary prevention จะได้ประโยชน์มากที่สุด แต่เป็นที่น่าเสียดาย
 เนื่องจากการป้องกันในสองระดับนี้ยังทำกันน้อย เราจึงมีผู้ป่วยจำนวนมาก เลยต้องไปคลุกอยู่กับ
 การทำ Secondary หรือ Tertiary prevention ซึ่งได้แก่ การรักษาพยาบาลต่าง ๆ เป็นการลงทุนสูง
 และการแก้ไขปัญหาที่ปลายเหตุ ดังนั้นระบบสุขภาพที่ดีจึงต้องทำทั้งหมดแต่ต้องพยายามทำการ
 ป้องกันให้มากขึ้นเรื่อย ๆ

2.1.1.3 โรคติดเชื้อที่อาจเกิดขึ้นในชุมชนแรงงานต่างด้าว

อหิวาตกโรค (Cholera) เป็นโรคที่เกิดจากการเจริญแบ่งตัวของเชื้อโรค
 Vibrio cholerae ในลำไส้เล็กและเชื้อสร้างที่ออกซิเจนออกมาทำปฏิกิริยาต่อเซลล์บุผนังลำไส้เล็ก ทำให้
 เกิดอาการที่มีลักษณะเฉพาะ คือ ท้องเดินอย่างมากอุจจาระเป็นสีน้ำขาวขำ ทำให้เสียน้ำและเกลือแร่
 จากร่างกายอย่างรวดเร็วและรุนแรง จนถึงแก่ความตายได้ในรายที่เป็นไม่มากสามารถหายเองได้
 โรคนี้มีระบาดได้เร็วมาก การติดต่อโดยได้รับอุจจาระเข้าทางปากอาจจะโดยตรงจากคนสู่คน หรือ

โดยอ้อม คือ เชื้อปะปนอยู่ในอาหาร น้ำดื่ม หรือติดมากับมือหรือภาชนะใส่อาหาร คนเป็นแหล่งของเชื้อนี้

โรคบิดแบซิลลารี (Bacillary dysentery) เป็นโรคที่เกิดจากเชื้อชิกเซลล่า ซึ่งเป็นเชื้อ แบซิลลัส ชนิดกรัมลบ มีลักษณะเฉพาะ คือทำให้มีอาการท้องเดินอย่างรุนแรง ปวดท้อง มีไข้ อุจจาระมีมูกปนเลือด บางรายอาจมีอาการไม่รุนแรงเพียงแต่มีท้องเดินไม่มาก หรือบางรายก็ไม่มีอาการได้ อาการไม่รุนแรงมักพบในเด็กในคนสูง/อายุ หรือในคนที่ไม่แข็งแรงเป็นโรคที่พบได้ทั่วไป โดยเฉพาะในที่ที่การสาธารณสุขยังไม่ดีพออยู่กันอย่างแออัดประชาชนยังไม่มียุทธศาสตร์ที่ดีพบมากในเขตร้อน การติดต่อโดยเชื้อออกมากับอุจจาระและเข้าสู่ร่างกายโดยการกิน โดยเชื้อปะปนอยู่ในอาหาร และน้ำหรือติดมากับมือของผู้บริโภค หรือมือผู้ทำอาหารหรือแมลงนำมาสู่อาหารแมลงที่เป็นพาหนะที่สำคัญ คือ แมลงวัน

ไข้ไทฟอยด์ (Typhoid fever) หรือไข้รากสาदन้อย เกิดจากเชื้อ salmonella typhi ซึ่งเป็นเชื้อแบซิลลัสกรัมลบชนิดไม่เกิดสปอร์เคลื่อนไหวได้เชื้อซัลโมเนลล่าที่ทำให้เกิด Typhoid fever นี้พบในคนเท่านั้นไม่พบในสัตว์ การติดต่อโดยเข้าสู่เชื้อเข้าสู่ร่างกายโดยการกินเข้าไป

โรคอุจจาระร่วงจากเชื้อ Vibrio parahaemolyticus เชื้อนี้มักพบในอาหารทะเล เช่น ปลา ปู กุ้ง หอย หรืออาหารที่ถูกปนเปื้อนด้วยเชื้อนี้โดยอาจจะวางปะปนกับอาหารที่ยังไม่ได้ทำให้สุกที่มีเชื้อนี้ทำให้เชื้อผ่านจากอาหารดิบไปยังอาหารสุกเมื่อรับประทานไปก็จะทำให้เกิดอาการท้องเดินคล้ายอหิวา หรือบางที่มีอาการถ่ายเป็นมูกเลือดได้ อาการจะคงอยู่ตั้งแต่หลายชั่วโมงถึง 10 วัน แต่ส่วนใหญ่จะทุเลาลงภายใน 3 วัน ลักษณะเฉพาะของโลกนี้ คือ ท้องร่วงรุนแรง อาเจียน มีอุจจาระเหลวเป็นน้ำ อุจจาระมีกลิ่นเหม็นมาก เหมือนกุ้งเน่า มักจะมีอาการปวดเกร็งที่ท้อง และมีไข้ร่วมด้วย

วัณโรค เกิดเชื้อแบคทีเรียชนิดหนึ่ง มีชื่อเป็นทางการว่า Mycobacterium tuberculosis เชื้อนี้สามารถทนอยู่ในอากาศ และสิ่งแวดล้อมได้นาน มักเข้าสู่คนโดยการหายใจเอาเชื้อนี้เข้าไป แต่ก็อาจเข้าทางอื่น เช่น บาดแผลได้ด้วย กลุ่มที่มีปัญหาพบวัณโรค ในปัจจุบันเพิ่มมากขึ้นคือผู้ป่วยเอดส์ หากแรงงานต่างด้าวเป็นวัณโรคในระยะอันตราย ถือเป็นโรคต้องห้ามมิให้เข้ามาในราชอาณาจักร ตามกฎกระทรวงมหาดไทย ฉบับที่ 14 (พ.ศ. 2535) ออกตามแนวพระราชบัญญัติคนเข้าเมือง พ.ศ. 2522 ข้อที่ 2 โรคตามมาตรา 12 (4)

2.1.2 หลักการและแนวความคิดการส่งเสริมสุขภาพ

วงการสุขภาพทั่วโลกได้ปฏิบัติงาน ด้านส่งเสริมสุขภาพ มาเป็นเวลานานแล้ว แต่ด้วยเหตุผลว่า สภาพแวดล้อมทางสังคม และเศรษฐกิจได้เปลี่ยนแปลงไป เป็นอันมาก ตัวกำหนด (Determinants) ของสุขภาพได้มีการแปรเปลี่ยน เพิ่มพูน สลับซับซ้อนมากขึ้น จึงได้มีคณานักวิชาการที่สนใจงานส่งเสริมสุขภาพ ได้ศึกษาค้นคว้าหาวิธี และรูปแบบใหม่ ๆ มาจัดการกับตัวกำหนดต่าง ๆ อันเป็นพิษภัย เพื่อให้มนุษย์เราสามารถ ใช้ ศักยภาพของตน ในการทำให้สุขภาพดีให้นานที่สุดในวงชีวิต (हत्य ชิตานนท์, 2541) ประเทศแคนาดาได้เริ่มบุกเบิกตั้งกรอบแนวคิด กลยุทธ์ และปฏิบัติการ ในงานส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ โดยเน้นมิติทางสังคม และสิ่งแวดล้อม จนองค์การอนามัยโลก ยอมรับแนวคิด และได้ร่วมกันจัดการประชุมนานาชาติครั้งแรกขึ้น

ที่ประชุมนานาชาติเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ ครั้งที่ 1 ณ กรุงออตตาวา เสนอกฎบัตรฉบับนี้ ในวันที่ 21 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2529 (ค.ศ. 1986) เพื่อการดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้า ปี พ.ศ. 2543 และเป้าหมายอื่นที่จะเกิดขึ้นในอนาคตการประชุมครั้งนี้เป็นผลมาจากความคาดหวัง ที่ต้องการให้เกิดการขับเคลื่อนสู่การสาธารณสุขแนวใหม่ที่เกิดขึ้นทั่วโลก การประชุมนี้มีพื้นฐานมาจากความก้าวหน้าของการปฏิบัติงานตามคำประกาศเจตนารมณ์เรื่องการสาธารณสุขมูลฐานที่เมืองอัลมา อะตา จากเอกสารขององค์การอนามัยโลกที่สนับสนุนเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าและการอภิปรายในที่ประชุมสมัชชาขององค์การอนามัยโลกในประเด็นการร่วมมือกันทุกภาคส่วนด้านสุขภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อเร็ว ๆ นี้

2.1.2.1 นิยาม การสร้างเสริมสุขภาพ

เป็นกระบวนการที่เอื้ออำนวยให้ประชาชนสามารถเพิ่มความสามารถในการควบคุมและปรับปรุงสุขภาพของตนเอง การจะเข้าถึงสภาวะที่สมบูรณ์ทั้งกายจิตและสังคมนั้น บุคคลหรือกลุ่มบุคคลต้องสามารถระบุถึงสิ่งที่ต้องการบรรลุและบรรลุในสิ่งที่ต้องการได้ รวมถึงสามารถปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมหรือสามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนไปได้ สุขภาพจึงมิใช่เป้าหมายแห่งการดำรงชีวิตอยู่อีกต่อไป หากแต่เป็นแหล่งประโยชน์ของทุกวันที่เราดำเนินชีวิต สุขภาพเป็นแนวคิดด้านบวกที่มุ่งเน้นแหล่งประโยชน์ทางสังคมและแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล รวมถึงศักยภาพทางกายของบุคคล ดังนั้นการสร้างเสริมสุขภาพจึงไม่เพียงแต่ความรับผิดชอบของภาคส่วนที่ดูแลสุขภาพเท่านั้น แต่ยังมีมุ่งไปที่รูปแบบการดำเนินชีวิตที่ส่งผลดีต่อสุขภาพซึ่งจะนำไปสู่การมีสุขภาพะในที่สุด

2.1.2.2 กลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย 3 กลยุทธ์ คือ

1) การสนับสนุนชี้แนะ (Advocate) สุขภาพดีเป็นแหล่งประโยชน์อันสำคัญของการพัฒนาด้านสังคมและเศรษฐกิจ และการพัฒนาในระดับบุคคล นอกจากนี้ สุขภาพยังเป็นองค์ประกอบสำคัญของคุณภาพชีวิตด้วย ปัจจัยทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม พฤติกรรม และปัจจัยทางชีวภาพล้วนสามารถส่งเสริมสุขภาพและเป็นอันตรายต่อสุขภาพได้ การสร้างเสริมสุขภาพมีเป้าหมายเพื่อปรับเปลี่ยนให้ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลดีต่อสุขภาพผ่านการสนับสนุนชี้แนะเพื่อสุขภาพ

2) การเสริมสร้างความสามารถ (Enable) การสร้างเสริมสุขภาพมีจุดเน้นที่การเข้าถึงความเสมอภาคทางสุขภาพ การดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพมุ่งลดความแตกต่างของสถานะทางสุขภาพ โดยสร้างโอกาสและแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ที่ช่วยให้ประชาชนเข้าถึงศักยภาพด้านสุขภาพอย่างเต็มที่และเท่าเทียมกันด้วยการจัดสิ่งแวดล้อมให้สนับสนุนสุขภาพ เพิ่มโอกาสเข้าถึงแหล่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ เพิ่มพูนทักษะชีวิต และเพิ่มทางเลือกที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ ประชาชนจะไม่สามารถเข้าถึงสุขภาพดีตามศักยภาพสูงสุดของตนหากประชาชนไม่สามารถควบคุมปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพเหล่านี้ได้ โอกาสและแหล่งประโยชน์เหล่านี้ควรมีความเท่าเทียมกันทั้งหญิงและชาย

3) การเป็นสื่อกลาง (Mediate) ปัจจัยพื้นฐานของสุขภาพและโอกาสที่จะเข้าถึงสุขภาพไม่ได้ขึ้นกับภาคส่วนที่ให้บริการสุขภาพเพียงด้านเดียว การสร้างเสริมสุขภาพต้องเกิดจากการดำเนินการร่วมกันของทุกภาคส่วนที่เห็นความสำคัญของสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็ภาครัฐ

ภาคส่วนที่ดูแลสุขภาพ ภาคสังคมและเศรษฐกิจ ภาคเอกชน องค์กรอาสาสมัคร องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นภาคอุตสาหกรรมและสื่อมวลชน ประชาชนทุกเพศทุกวัยมีบทบาทต่อสุขภาพในฐานะบุคคล สมาชิกครอบครัว และสมาชิกชุมชน กลุ่มวิชาชีพ กลุ่มทางสังคม และบุคลากรทางสุขภาพมีภารกิจสำคัญในการเป็นสื่อกลางระหว่างภาคส่วนที่มีความต้องการแตกต่างกัน เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อสุขภาพ

2.1.2.3 กระบวนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ

กฎบัตรรอดตายได้จำแนกวิธีปฏิบัติ ในการส่งเสริมสุขภาพออกเป็น 5 ประเภท

1) การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Build healthy public policy) การสร้างเสริมสุขภาพมีความหมายกว้างกว่าเพียงการดูแลสุขภาพ แต่เป็นการทำให้สุขภาพเป็นวาระของผู้กำหนดนโยบายในทุกภาคส่วนและทุกระดับ เพื่อให้ผู้กำหนดนโยบายเหล่านี้ตระหนักถึงผลกระทบทางสุขภาพที่เกิดจากการตัดสินใจในทุกเรื่อง และเพื่อให้ยอมรับว่าคนกลุ่มนี้มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพด้วยนโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพมีรูปแบบที่หลากหลายแต่มีส่วนสนับสนุนซึ่งกันและกัน ตัวอย่างการดำเนินการทางนโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ การออกกฎหมาย การใช้มาตรการทางการเงิน การใช้มาตรการทางภาษี และการปรับเปลี่ยนในองค์กร การดำเนินการที่ผสมผสานเหล่านี้นำไปสู่สุขภาพะ สร้างรายได้ และเกิดนโยบายทางสังคมที่ทำให้เกิดความเสมอภาคยิ่งขึ้น การดำเนินการร่วมกันทำให้มั่นใจว่าสินค้าและบริการมีคุณภาพและปลอดภัยต่อสุขภาพมากขึ้น มีบริการสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพมากขึ้น และมีสิ่งแวดล้อมที่สะอาดน่าอภิรมย์ยิ่งขึ้นด้วย

เราอาจต้องคาดการณ์ถึงอุปสรรคในการตอบรับนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในภาคส่วน ที่ไม่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ รวมถึงหาทางลดอุปสรรคเหล่านั้นด้วย เป้าหมายควรเป็นการส่งเสริมให้ผู้กำหนดนโยบายเลือกทางเลือกที่ส่งผลดีต่อสุขภาพได้มากยิ่งขึ้น

2) การสร้างสรรคสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Create supportive environment for health) สังคมของเรามีความซับซ้อนแต่เชื่อมโยงซึ่งกันและกัน เป้าหมายสุขภาพก็ไม่สามารถแยกออกจากเป้าหมายด้านอื่น ๆ การที่คนกับสิ่งแวดล้อมมีความเกี่ยวพันกันจนไม่สามารถแยกออกจากกันได้นี้ นับเป็นพื้นฐานสำคัญของมุมมองสุขภาพด้านสังคมและนิเวศวิทยา แนวคิดนี้เป็นเป้าหมายทั้งในระดับชาติ ภูมิภาค หรือแม้แต่ในระดับชุมชน ที่ต่างต้องเห็นความสำคัญที่จะรักษาให้ชุมชนและสิ่งแวดล้อมสนับสนุนส่งเสริมซึ่งกันและกันไว้ การอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติของโลกควรได้รับการเน้นย้ำและถือเป็นความรับผิดชอบของทุกคนบนโลกใบนี้

การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดำเนินชีวิต การทำงาน และการพักผ่อนหย่อนใจส่งผลกระทบสำคัญต่อสุขภาพ การทำงานและการพักผ่อนหย่อนใจควรเป็นกิจกรรมที่ทำให้สุขภาพดี สังคมควรจัดระบบงานในสังคมให้สามารถเอื้อต่อสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพมีส่วนส่งเสริมให้การดำเนินชีวิตและรูปแบบของการทำงานมีความปลอดภัย กระตุ้นให้เกิดความกระตือรือร้น เกิดความรู้สึก พึงพอใจ และก่อให้เกิดความเพลิดเพลิน

การประเมินผลกระทบทางสุขภาพจากสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับเทคโนโลยี การทำงาน การผลิตพลังงาน

และการขยายตัวของชุมชนเมือง เป็นสิ่งสำคัญและต้องมีการติดตามอย่างสม่ำเสมอเพื่อเป็นหลักประกันของสุขภาพดี ในส่วนรวม การปกป้องสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติและที่มนุษย์สร้างขึ้น รวมทั้งการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติต้องมีในกลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพทุกกลยุทธ์

3) การเสริมสร้างการดำเนินการในชุมชนที่เข้มแข็ง (Strength community action) การสร้างเสริมสุขภาพเป็นการทำงานในชุมชนที่มีประสิทธิผลและจับต้องได้ด้วยกิจกรรมการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การตัดสินใจ การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ และการดำเนินการตามแผน เพื่อให้ชุมชนมีสุขภาพดีขึ้น หัวใจสำคัญของกระบวนการทำงานในชุมชนคือการเสริมสร้างพลังอำนาจของชุมชน ซึ่งหมายถึงการทำให้ชุมชนมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ สามารถควบคุมการดำเนินการต่าง ๆ และสามารถกำหนดอนาคตของตนเองได้

การพัฒนาชุมชนเป็นการตั้งศักยภาพของทรัพยากรมนุษย์และทรัพยากรวัตถุที่มีอยู่ในชุมชน เพื่อพัฒนาความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและสนับสนุนซึ่งกันและกัน และเพื่อพัฒนาระบบที่มีความยืดหยุ่นเพื่อเพิ่มการมีส่วนร่วมในการพัฒนาเพื่อสุขภาพ ระบบลักษณะนี้จะเกิดขึ้นได้ หากชุมชนสามารถเข้าถึงข้อมูลอย่างสมบูรณ์และต่อเนื่อง มีโอกาสได้เรียนรู้ถึงโอกาสในการสร้างสุขภาพ และมีแหล่งทุนสนับสนุนอย่างเหมาะสม

4) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Develop personal skill) การสร้างเสริมสุขภาพสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาทั้งในตัวบุคคลและสังคม ด้วยการให้ข้อมูล เสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพ และพัฒนาทักษะชีวิต การดำเนินการในลักษณะนี้จะเปิด โอกาสให้ประชาชนมีความสามารถในการควบคุมสุขภาพของตนเองและสิ่งแวดล้อม และสามารถตัดสินใจเลือกทางเลือกที่จะส่งผลดีต่อสุขภาพ

การเปิดโอกาสให้บุคคลได้เรียนรู้ตลอดชีวิต มีการเตรียมพร้อมสำหรับการเปลี่ยนแปลงในทุกช่วงชีวิต เพื่อให้สามารถปรับตัวเมื่อเกิดการเจ็บป่วยเรื้อรังหรือเกิดการบาดเจ็บเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง และควรสร้างโอกาสนี้ให้เกิดขึ้นที่โรงเรียน ที่บ้าน ที่ทำงาน และที่ชุมชน การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลสามารถดำเนินการผ่านภาคส่วนการศึกษา วิชาชีพ สื่อมวลชน องค์กรอาสาสมัครรวมถึงภายในองค์กรที่บุคคลสังกัดอยู่

5) การปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ (Reorient health services) บทบาทสร้างเสริมสุขภาพในระบบบริการสุขภาพ เป็นบทบาทของทุกภาคส่วน ทั้งบุคคลกลุ่มภายในชุมชน บุคลากรสุขภาพ หน่วยงานบริการสุขภาพ และภาครัฐ ภาคส่วนเหล่านี้ต้องทำงานร่วมกันเพื่อให้ระบบบริการสุขภาพนำไปสู่สุขภาพะ ภาคส่วนที่ให้บริการสุขภาพต้องปรับเปลี่ยนทิศทางมาสู่การสร้างเสริมสุขภาพ มิใช่เพียงให้การดูแลรักษาเท่านั้น บริการสุขภาพต้องสามารถตอบสนองต่อภารกิจที่นับวันจะมีความละเอียดอ่อนและให้ความสนใจต่อความต้องการทางวัฒนธรรมเพิ่มขึ้น ภารกิจนี้ควรสนับสนุนบุคคลและชุมชนที่ต้องการมีสุขภาพดีขึ้นและเปิดโอกาสให้ภาคส่วนที่ดูแลสุขภาพได้เชื่อมโยงกับภาคส่วนอื่น เช่น สังคม การเมือง เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมทางสุขภาพมากยิ่งขึ้น การปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพต้องการการสนับสนุนที่เข้มแข็งจากการวิจัยสุขภาพพร้อม ๆ กับการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการศึกษาและการอบรมในวิชาชีพ การปฏิบัติเช่นนี้จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนทัศนคติของบุคคลและองค์กร ให้มองความต้องการของบุคคลเป็นภาพรวม

2.1.2.4 ความท้าทายใหม่ในอนาคต

ปัจจัยอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ และประชากรที่รวดเร็ว การเปลี่ยนแปลงนี้ส่งผลกระทบต่อลักษณะของการทำงาน สิ่งแวดล้อมของการศึกษาเรียนรู้ รูปแบบของครอบครัว และรูปแบบทางวัฒนธรรมและโครงสร้างทางสังคมของชุมชน หญิงและชายต่างได้รับผลกระทบที่แตกต่างกันไป เด็กก็มีโอกาสเสี่ยงต่อการได้รับผลกระทบเพิ่มขึ้น กลุ่มคนชายขอบ กลุ่มผู้พิการ และกลุ่มคนพื้นเมืองเดิมถูกทำให้แปลกแยกมากขึ้น

โลกาภิวัตน์สร้างสรรคโอกาสใหม่ ๆ ในการทำงานร่วมกัน เพื่อปรับปรุงสุขภาพและลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพระหว่างประเทศลง โอกาสเหล่านี้ได้แก่ ข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยีการสื่อสารมีความก้าวหน้าขึ้น และกลไกของการอภิบาลในระดับโลกและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์มีการพัฒนาขึ้น

ตั้งแต่การตอบรับกฎบัตรออกตาวา เกิดแนวทางการแก้ปัญหาในระดับประเทศและระดับโลกมากมายที่ได้มีการลงนามประกาศใช้เพื่อสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ แต่แนวทางเหล่านี้ยังไม่มีมีการตอบรับออกมาเป็นการปฏิบัติ ในการประชุมระดับโลกเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ ครั้งที่ 6 กรุงเทพฯ ประเทศไทย ระหว่างวันที่ 7-11 สิงหาคม พ.ศ. 2548 (ค.ศ. 2005) จึงร่วมกันกำหนดกฎบัตรกรุงเทพฯ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในยุคโลกาภิวัตน์ได้รับการรับรองโดยผู้เข้าร่วมผู้ร่วมประชุมที่กรุงเทพฯ แห่งนี้ ขอเรียกร้องอย่างแข็งขันให้ประเทศสมาชิกขององค์การอนามัยโลกได้ปิดช่องว่างการดำเนินการเหล่านี้และก้าวสู่นโยบายและการร่วมมือกันเป็นหุ้นส่วนเพื่อให้เกิดการดำเนินการ

กฎบัตรกรุงเทพฯ จะยืนยันว่านโยบายและการร่วมมือกันเป็นหุ้นส่วนเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชน และเพื่อพัฒนาสุขภาพและความเสมอภาคทางสุขภาพ ควรเป็นศูนย์กลางของการพัฒนาทั้งระดับโลกและระดับประเทศ กฎบัตรกรุงเทพฯ เสริมเติมเต็มและพัฒนาจากคุณค่า หลักการ และยุทธศาสตร์ของการสร้างเสริมสุขภาพที่ได้วางรากฐานไว้ตั้งแต่ในกฎบัตรออกตาวาเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและจากข้อเสนอแนะของการประชุมระดับนานาชาติและระดับโลก เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ ในครั้งต่อมา ที่ได้รับการรับรองโดยประเทศสมาชิกผ่านทางการประชุมสมัชชาอนามัยโลก

2.1.2.5 กลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพในยุคโลกาภิวัตน์

การดำเนินการที่มีประสิทธิผลความก้าวหน้าสู่โลกที่มีสุขภาพดีขึ้น จำเป็นต้องมีกิจกรรมด้านนโยบายที่เข้มแข็ง มีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง และมีการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง กลยุทธ์ต่าง ๆ ของการสร้างเสริมสุขภาพ ได้รับการรับรองด้านประสิทธิผลอย่างหนักแน่น จึงจำเป็นที่การสร้างเสริมสุขภาพต้องได้รับการดำเนินการอย่างเต็มที่ กิจกรรมที่จำเป็นเพื่อให้การดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพในยุคทศวรรษเหล่านี้เกิดความก้าวหน้า ทุกภาคส่วนและทุกพื้นที่ที่ต้องดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ดังนี้

1) การสนับสนุนชี้แนะเพื่อสุขภาพ (Advocate) โดยมีพื้นฐานบนสิทธิมนุษยชนและความสามัคคีเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน

2) การลงทุน (Invest) ในนโยบาย การดำเนินการ และระบบโครงสร้างที่มีความยั่งยืนเพื่อรับมือกับปัจจัยกำหนดสุขภาพ

3) การเสริมสร้างศักยภาพเพื่อพัฒนานโยบาย (Build capacity) ความเป็นผู้นำ การปฏิบัติด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การส่งต่อความรู้และการวิจัย รวมถึงความแตกฉานด้านสุขภาพ

4) การควบคุมและการออกกฎหมาย (Regulate) เพื่อรับประกันในการปกป้องอันตรายและเอื้อโอกาสอันเท่าเทียมกันทางสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับประชาชนทุกคน

5) การร่วมมือและสร้างพันธมิตร (Partner) กับสาธารณะ เอกชน องค์กรพัฒนาเอกชน และองค์กรระหว่างประเทศ รวมถึงภาคประชาสังคม เพื่อก่อให้เกิดการดำเนินการที่ยั่งยืน

2.1.3 หลักการและแนวคิดการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม

ปัจจุบันสถานการณ์ทางด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อมและการเมือง ทั้งภายนอกและภายในประเทศ มีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง และปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่ของประชาชนมีความซับซ้อนมากขึ้น โดยปัญหาอนามัยสิ่งแวดล้อมในแต่ละชุมชนมีความแตกต่างกันตามบริบทของพื้นที่ และ แนวโน้มที่จะเกิดปัญหาเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สำหรับปัญหาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่พบในชุมชน ได้แก่ ปัญหาชุมชนสกปรก ปัญหาการจัดการขยะทั่วไป ขยะจากการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน อาหารไม่ปลอดภัย คุณภาพน้ำบริโภคไม่ได้มาตรฐาน รวมถึงปัญหาอนามัยสิ่งแวดล้อม จากมลพิษและการจัดการของเสียที่เกิดขึ้นจากภาคอุตสาหกรรม การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศโลก และการใช้สารเคมีในภาคเกษตรกรรม สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นปัญหาที่สำคัญที่ต้องดำเนินการจัดการ ในชุมชนและสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมให้ชุมชนสามารถจัดการตนเอง ได้อย่างเข้มแข็ง ดังนั้น สิ่งสำคัญที่สนับสนุนให้เกิดการขับเคลื่อนชุมชนให้สามารถจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ คือ การสร้างองค์ความรู้และ ส่งเสริมความเข้าใจต่องานพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมให้กับประชาชน (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

อนามัยสิ่งแวดล้อม ตามความหมายขององค์การอนามัยโลก หมายถึง องค์ประกอบด้านต่าง ๆ และคุณภาพชีวิตของมนุษย์ที่ถูกกำหนด โดยปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เคมี ชีวภาพ สังคม และจิตวิทยา รวมถึงหลักการและวิธีปฏิบัติในการประเมิน แก้ไข ควบคุม ป้องกันปัจจัย ด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ทั้งของคนรุ่นปัจจุบัน และรุ่นลูกหลานในอนาคต

ชุมชน ความหมายตามพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสถาบันพัฒนา องค์กรชุมชน (องค์กรมหาชน) พ.ศ. 2543 หมายถึง กลุ่มคนที่มีวิถีชีวิต เกี่ยวพันกันและมีการติดต่อสื่อสารระหว่างกันอย่างเป็นปกติและต่อเนื่อง โดยเหตุที่ตั้งอยู่ในอาณาบริเวณเดียวกันหรือมีอาชีพเดียวกัน หรือประกอบ กิจกรรมที่มีวัตถุประสงค์ร่วมกัน หรือมีวัฒนธรรม ความเชื่อ หรือ ความสนใจร่วมกัน

หลักการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชน ประชาชนในชุมชนต้องมีความเข้าใจ และตระหนักเกี่ยวกับความเสี่ยงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม เป็นลำดับแรก ในที่นี้ให้พิจารณา เรื่องการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม ตามหลักการสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งมีองค์ประกอบพื้นฐานสำคัญที่เกี่ยวข้อง กับการดำรงชีวิตของคนในชุมชน ซึ่งต้องนำมาใช้ในกระบวนการวิเคราะห์ และจัดลำดับ ความเสี่ยงที่ชุมชนด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม งานอนามัย สิ่งแวดล้อมพื้นฐานมีรายละเอียดดังนี้

1) การจัดการขยะในครัวเรือนและชุมชน

- 2) การจัดการสิ่งแวดล้อมและสิ่งปฏิกูล
- 3) การจัดบ้านหรือที่อยู่อาศัยให้สะอาด ถูกสุขลักษณะ และ ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในบ้านที่พักอาศัย เพื่อลดความเสี่ยงต่อ สุขภาพ และลดการเกิดโรคติดต่อจากสัตว์พาหะ และแมลงนำโรคมานุษย์ เช่น หนู แมลงสาบ ยุง เป็นต้น
- 4) การจัดหาและเผื่อสำรองคุณภาพอาหารและน้ำดื่ม เพื่อลด ปัญหาโรคอาหารและน้ำเป็นสื่อ
- 5) การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในพื้นที่พิเศษ หรือ พื้นที่เสี่ยง
- 6) การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ เช่น การจัดการ อนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชนเพื่อรองรับต่อกรณีสาธารณภัย หรือภัยพิบัติ ทางธรรมชาติ การจัดการมลพิษทางอากาศทั้งภายในอาคาร หรือ ภายนอกอาคาร การจัดการเหตุรำคาญด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

หลักการพื้นฐานสำหรับการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม คือ กรอบความสัมพันธ์ระหว่างระบบจัดการสิ่งแวดล้อมและระบบจัดการสุขภาพ โดยให้พิจารณาแหล่งกำเนิด เส้นทางเข้าสู่ร่างกาย และผู้รับสัมผัสงานอนามัยสิ่งแวดล้อมจะเป็นจุดเชื่อมกับหน่วยงานด้านสิ่งแวดล้อม โดยการดำเนินการต้องคำนึงถึงจุดกำเนิดของปัญหาหรือแหล่งกำเนิด เพื่อป้องกันตั้งแต่แหล่งกำเนิด จากนั้นต้องหาทางป้องกันที่ทางผ่าน เส้นทาง หรือช่องทางการส่งผ่านความเสี่ยงเข้าสู่ผู้รับสัมผัส เช่น อากาศ อาหาร น้ำดื่ม น้ำใช้ ดิน เป็นต้น นอกจากนี้สำหรับผู้รับสัมผัสเองสามารถป้องกันความเสี่ยงก่อนเข้าสู่ร่างกายได้ โดยการใช้ อุปกรณ์ ป้องกันอันตราย ส่วนบุคคลที่เหมาะสมตามความเสี่ยงหรือการควบคุมที่การบริโภค เช่น ป้องกันที่ระบบการหายใจ การรับประทานอาหารการดื่มน้ำ การสัมผัส ทางผิวหนัง เป็นต้น

2.1.4 ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนและแรงงานต่างด้าว

การรวมกลุ่มระดับภูมิภาคของอาเซียนมีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างให้ภูมิภาคมีสันติภาพนำมาซึ่งเสถียรภาพทางการเมือง ความเจริญก้าวหน้าทางเศรษฐกิจ ประสานความร่วมมือทางสังคมและวัฒนธรรม วัตถุประสงค์หลักประการหนึ่งของการรวมกลุ่มอาเซียน คือ การกระตุ้นให้เกิดการเติบโตทางเศรษฐกิจและสร้างความร่วมมือทางสังคมและวัฒนธรรมในภูมิภาคให้เป็นอันหนึ่งอันเดียวกันรวมถึงส่งเสริมให้เกิดสันติภาพและความมีเสถียรภาพทั้งด้านกฎหมาย กฎระเบียบ กระบวนการยุติธรรม และความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ ซึ่งประเด็นด้านแรงงานไร้ฝีมือข้ามชาติมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งต่อการบรรลุเป้าหมายการรวมกลุ่มระดับภูมิภาคของอาเซียน

สถานการณ์การเคลื่อนย้ายแรงงานข้ามชาติในอาเซียนมีจำนวนแรงงานข้ามชาติเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากจำนวน 1.5 ล้านคน เมื่อปี พ.ศ. 2533 เป็น 6.5 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2557 อันเป็นผลจากปัจจัย 2 กลุ่ม ปัจจัยกลุ่มแรก ได้แก่ ความแตกต่างของระดับการพัฒนาทางเศรษฐกิจ สังคม และเสถียรภาพทางการเมืองของประเทศสมาชิก ปัจจัยกลุ่มที่สอง ได้แก่ ความเชื่อมโยงระหว่างแรงงานกับการเติบโตทางเศรษฐกิจและโครงสร้างประชากรของประเทศสมาชิก ประเทศสมาชิกอาเซียนที่เป็นปลายทางของการเคลื่อนย้ายแรงงานข้ามชาติ ได้แก่ ประเทศมาเลเซีย ประเทศสิงคโปร์ และประเทศไทย โดยทั้ง 3 ประเทศนี้เป็นแหล่งรองรับการเคลื่อนย้ายแรงงานข้ามชาติจากอาเซียนคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 90 ของจำนวนแรงงานข้ามชาติจากอาเซียนทั้งหมด ประเทศที่เป็นต้นทางสำคัญของการเคลื่อนย้ายแรงงานไร้ฝีมือข้ามชาติที่ตั้งอยู่ในอาเซียนแผ่นดินใหญ่ ประกอบด้วย

ประเทศเมียนมาร์ ประเทศ สปป.ลาว และประเทศกัมพูชา ส่วนประเทศสมาชิกอาเซียนที่ตั้งอยู่ในทะเลที่เป็นต้นทางของการเคลื่อนย้ายแรงงานไร้ฝีมือข้ามชาติ ประกอบด้วย ประเทศอินโดนีเซีย และประเทศฟิลิปปินส์

กรณีศึกษาประเทศสิงคโปร์ มีนโยบายนำเข้าแรงงานข้ามชาติที่ซับซ้อนและเข้มงวด มีเป้าหมายเพื่อจัดระเบียบแรงงานข้ามชาติให้เอื้อประโยชน์ต่อการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ โดยใช้เครื่องมือที่ทำให้ต้นทุนการจ้างแรงงานข้ามชาติสูงขึ้น อาทิ ค่าธรรมเนียมการจ้างแรงงานข้ามชาติและเงินประกันซึ่งจัดเก็บเท่ากับค่าใช้จ่ายในการเดินทางกลับประเทศต้นทาง กำหนดให้นายจ้างจัดหาหรือออกค่าที่พักสำหรับแรงงานข้ามชาติ เพื่อลดภาระต้นทุนทางสังคม นอกจากนี้ ยังพยายามกีดกันแรงงานไร้ฝีมือข้ามชาติผ่านการจำกัดอิสรภาพของแรงงาน ไม่อนุญาตให้นำผู้ติดตามเข้ามาอยู่อาศัยด้วยได้ และพยายามให้มีการหมุนเวียนของแรงงานไร้ฝีมือข้ามชาติโดยจำกัดระยะเวลาการจ้างงาน เชื้อชาติ และเพศที่สามารถเข้าทำงานได้ในบางอุตสาหกรรม ทั้งนี้ ประเทศสิงคโปร์ประสบความสำเร็จเป็นอย่างมากในการลดจำนวนแรงงานข้ามชาติผิดกฎหมาย ซึ่งปัจจุบันมีเพียงร้อยละ 2 เท่านั้น

กรณีศึกษาประเทศไทย มีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วของเศรษฐกิจประเทศไทย ภายใต้การขับเคลื่อนของภาคเศรษฐกิจระหว่างประเทศ โดยการพัฒนาอุตสาหกรรมที่ใช้ทุนควบคู่กับอุตสาหกรรมที่ใช้แรงงานเข้มข้น ได้เป็นปัจจัยดึงดูดที่ทำให้แรงงานต่างชาติไหลเข้ามาในประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับปัจจุบันประเทศไทยกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากรซึ่งเข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัยและยังคงมีปัญหาทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพของประชากรทุกช่วงวัยทำให้มีความต้องการใช้แรงงานไร้ฝีมืออยู่ในระดับสูง ทั้งนี้ ตลอดระยะเวลา 20 ปีที่ผ่านมา

ประเทศไทยพัฒนานโยบายและมาตรการบริหารจัดการแรงงานไร้ฝีมือข้ามชาติอย่างต่อเนื่อง จากการตั้งรับปัญหาแรงงานไร้ฝีมือข้ามชาติที่หลั่งไหลเข้ามาอยู่อาศัยและทำงานในราชอาณาจักรไทยมาเป็นการดำเนินนโยบายเชิงรุกโดยการกำหนดทิศทางของนโยบายและการบริหารจัดการแรงงานไร้ฝีมือข้ามชาติให้สอดคล้องกับนโยบายการพัฒนาประเทศ การคัดสรรแรงงานไร้ฝีมือข้ามชาติอย่างมีคุณภาพด้วยการฝึกอบรมทักษะฝีมือและการมีส่วนร่วมของนายจ้างในการคัดเลือกแรงงานไร้ฝีมือข้ามชาติจากประเทศต้นทาง การลดการพึ่งพิงแรงงานไร้ฝีมือข้ามชาติลงด้วยการกำหนดเพดานภาษีและการจัดเก็บภาษีแรงงานไร้ฝีมือข้ามชาติ การจัดตั้งกองทุนเพื่อการส่งกลับแรงงานไร้ฝีมือข้ามชาติหลังใบอนุญาตทำงานหมดอายุ การกำหนดบทลงโทษที่รุนแรงมากขึ้นสำหรับนายจ้างและแรงงานไร้ฝีมือข้ามชาติที่ไม่ปฏิบัติตามกฎหมาย ซึ่งปรากฏในพระราชบัญญัติการทำงานของคนต่างด้าว พ.ศ. 2551 อย่างไรก็ตาม การบริหารจัดการแรงงานไร้ฝีมือข้ามชาติของประเทศไทยยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร เนื่องจากไม่สะท้อนความพยายามลดการพึ่งพาแรงงานไร้ฝีมือข้ามชาติ ส่งผลให้นายจ้างไม่ลงทุนปรับปรุงสภาพแวดล้อมการทำงาน ไม่พัฒนาเทคโนโลยีการผลิตให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งส่งผลเสียต่อการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจอย่างยั่งยืนของประเทศในอนาคต รวมถึงค่าธรรมเนียมการขึ้นทะเบียนและต่ออายุแรงงานไร้ฝีมือข้ามชาติที่ค่อนข้างสูงและมีขั้นตอนและเอกสารจำนวนมาก

การดำเนินงานในระดับภูมิภาคอาเซียน ผู้นำอาเซียนได้ร่วมลงนามปฏิญญา กัวลาลัมเปอร์ว่าด้วยอาเซียน พ.ศ. 2568: มุ่งหน้าไปด้วยกัน (Kuala Lumpur Declaration on

ASEAN 2025: Forging Ahead Together) ซึ่งระบุถึงแผนงานประชาคมการเมืองและความมั่นคง อาเซียน พ.ศ. 2568 (ค.ศ. 2025) เกี่ยวกับแรงงานไร้ฝีมือข้ามชาติว่า จะต้องดำเนินการภายใต้ความร่วมมือด้านการคุ้มครองสิทธิมนุษยชน ซึ่งครอบคลุมประชาชนอาเซียนทุกกลุ่ม การดำเนินงานด้านปัญหาแรงงานไร้ฝีมือข้ามชาติโดยการแก้ไขปัญหาการค้ามนุษย์ การแก้ไขปัญหาด้านการลักลอบเข้าเมือง และการบริหารจัดการชายแดนซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดการเคลื่อนย้ายแรงงานข้ามชาติ ผิดกฎหมายในอาเซียน และในประเทศไทย

แผนงานประชาคมสังคมและวัฒนธรรมอาเซียน พ.ศ. 2568 (ค.ศ. 2025) ได้กล่าวถึงแรงงานข้ามชาติไว้ในหลายมิติ ทั้งการส่งเสริมให้ประชาชนในอาเซียนเข้าถึงโอกาสต่าง ๆ อย่างเท่าเทียม ส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิมนุษยชนของแรงงานข้ามชาติ โดยยึดหลักการพื้นฐานด้านสิทธิมนุษยชน จัดหาและดำเนินการด้านแนวปฏิบัติสำหรับการดูแลที่มีคุณภาพแก่แรงงานข้ามชาติ การคุ้มครองทางสังคม หลักประกันสุขภาพ ความปลอดภัยด้านอาหาร การจัดการความยากจนและการค้ามนุษย์ การจ้างงานและการมีงานที่มีคุณค่า

แผนงานประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน พ.ศ. 2568 (ค.ศ. 2025) ไม่มีการกล่าวถึงแรงงานไร้ฝีมือข้ามชาติ การบริหารจัดการแรงงานไร้ฝีมือข้ามชาติในระดับนโยบายรัฐและความร่วมมือระหว่างประเทศ สำหรับอาเซียน มีประเด็นปัญหาสำคัญ คือ อาเซียนยังไม่มีความตกลงเกี่ยวกับการเคลื่อนย้ายแรงงานไร้ฝีมือข้ามชาติโดยตรง ส่งผลให้ไม่สามารถกำหนดแนวทางและมาตรการบริหารจัดการแรงงานไร้ฝีมือข้ามชาติร่วมกัน ประเทศสมาชิกมีนโยบาย มาตรการ และแนวทางที่แตกต่างกัน ทำให้ไม่สามารถกำหนดการบริหารจัดการแรงงานไร้ฝีมือข้ามชาติในภูมิภาคได้สำเร็จ แม้ผู้นำอาเซียนได้ลงนามปฏิญญาอาเซียนว่าด้วยการคุ้มครองและส่งเสริมสิทธิของแรงงานข้ามชาติ ในปี พ.ศ. 2550 ซึ่งครอบคลุมประเด็นเรื่อง การกำหนดค่าจ้าง การให้สิทธิคุ้มครองขั้นพื้นฐานแก่แรงงาน การให้ความสะดวกด้านข้อมูลข่าวสาร การจัดทำงาน การให้การศึกษาฝึกอบรมพัฒนาทักษะฝีมือแรงงาน แต่ความตกลงดังกล่าวไม่มีสภาพบังคับตามกฎหมาย จึงไม่นำไปสู่การปรับเปลี่ยนแก้ไขกฎหมายและการบังคับใช้ปฏิบัติต่อแรงงานไร้ฝีมือข้ามชาติในอาเซียนได้

ปัญหาด้านเศรษฐกิจที่เกี่ยวข้องกับการใช้แรงงานไร้ฝีมือข้ามชาติในอาเซียน กรณีประเทศสิงคโปร์ นายจ้างต้องรับผิดชอบต้นทุนที่แท้จริงที่เกิดจากการใช้แรงงานข้ามชาติ นำไปสู่การล้มเลิกกิจการหรือต้องย้ายฐานไปตั้งโรงงานในต่างประเทศ มีการปฏิบัติต่อแรงงานข้ามชาติแต่ละสัญชาติไม่เท่าเทียมกัน โดยกำหนดภาษี อาชีพ และระยะเวลาที่สามารถทำงานได้ อาทิ การเอื้อประโยชน์ต่อแรงงานจากประเทศมาเลเซียและประเทศแถบเอเชียเหนือมากกว่าแรงงานชาวจีน

กรณีประเทศไทยการใช้แรงงานไร้ฝีมือข้ามชาติทำให้ผู้ประกอบการพึ่งพิงแรงงานไร้ฝีมือ ขาดความกระตือรือร้นในการพัฒนาการผลิตโดยใช้ปัจจัยทุนและพัฒนาเทคโนโลยีให้มีความก้าวหน้าทันสมัยมากขึ้น ซึ่งส่งผลต่อการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศในระยะยาว แรงงานไร้ฝีมือข้ามชาติทั้งที่ถูกกฎหมายและผิดกฎหมายเป็นภาระทางการคลัง โดยเฉพาะเรื่องการรักษาพยาบาลและการสาธารณสุข รวมถึงการศึกษาซึ่งเป็นบริการสาธารณะที่รัฐเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย ส่วนกรณีประเทศเมียนมาร์ ประเทศกัมพูชา ประเทศ สปป.ลาว และประเทศเวียดนามนั้น ประสบปัญหาที่สำคัญ คือ การขาดแคลนงบประมาณในการจัดการศึกษาและฝึกอบรมทักษะฝีมือแรงงานเพื่อพัฒนาศักยภาพของแรงงานข้ามชาติ ส่งผลให้แรงงานข้ามชาติจากประเทศเหล่านี้ยังเป็น

แรงงานไร้ฝีมือ ขาดทักษะ ขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการทำงาน นำไปสู่ปัญหาการถูกกดค่าแรงและถูกเอารัดเอาเปรียบในการจ้างงาน และยังไม่สามารถแก้ไขปัญหาการเรียกเก็บค่านายหน้าในอัตราที่สูงซึ่งสร้างภาระให้กับแรงงานไร้ฝีมือข้ามชาติส่งผลให้เกิดปัญหาการลักลอบเข้าเมืองอย่างผิดกฎหมายของแรงงานไร้ฝีมือข้ามชาติ

2.1.5 กฎหมาย และข้อตกลงที่เกี่ยวข้องในการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

จากกรอบการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม ที่เป็นกรอบความสัมพันธ์ระหว่างระบบจัดการสิ่งแวดล้อมและระบบจัดการสุขภาพ ตั้งแต่แหล่งกำเนิด เส้นทางเข้าสู่ร่างกาย และผู้รับสัมผัส งานอนามัยสิ่งแวดล้อมจะเป็นจุดเชื่อมกับหน่วยงานด้านสิ่งแวดล้อม โดยการดำเนินการต้องคำนึงถึงจุดกำเนิดของปัญหาหรือแหล่งกำเนิด เพื่อป้องกันตั้งแต่แหล่งกำเนิด ในกรอบของการจัดการนี้ ข้อตกลง และกฎหมายจะเป็นเครื่องมือสำคัญให้ผู้มีอำนาจหน้าที่ใช้ขับเคลื่อนการทำงานให้เป็นไปตามเป้าหมาย ในการศึกษาวิจัยรวบรวมข้อตกลง และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับอนามัยสิ่งแวดล้อม ดังนี้

2.1.5.1 พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ศูนย์บริหารกฎหมายสาธารณสุข กรมอนามัย, 2561)

พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 และที่แก้ไขเพิ่มเติม เป็นกฎหมายที่กระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการบังคับใช้กฎหมาย เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการคุ้มครองประชาชนด้านสุขลักษณะและการอนามัยสิ่งแวดล้อม ซึ่งครอบคลุมทั้งกิจกรรมการกระทำทุกอย่าง และกิจการประเภทต่าง ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอนามัยของประชาชน อีกทั้งปัจจุบันได้มีการปรับปรุงบทบัญญัติกฎหมายตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2560 ขึ้นโดยเพิ่มกลไกในการขับเคลื่อนและการบังคับใช้กฎหมาย เพิ่มอำนาจและมาตรการในการควบคุมเหตุรำคาญและการควบคุมดูแลการประกอบกิจการแก่เจ้าพนักงานท้องถิ่นให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และปรับบทกำหนดโทษให้เหมาะสมกับสภาพเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป

หลักการของพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 และที่แก้ไขเพิ่มเติม

1) เป็นพระราชบัญญัติที่คุ้มครองประชาชนด้านสุขลักษณะและการอนามัยสิ่งแวดล้อม หรือการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมซึ่งครอบคลุม ทั้งกิจกรรม การกระทำทุกอย่าง และกิจการประเภทต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอนามัยของประชาชน ตั้งแต่ระดับบุคคล ครัวเรือน ชุมชน ตลอดจนกิจการขนาดเล็ก ขนาดใหญ่ อัน ได้แก่ หาบเร่ แผงลอย สถานที่จำหน่ายอาหาร สถานที่เสิร์ฟอาหาร ตลาด กิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ รวมทั้งการควบคุมการเลี้ยงหรือปล่อยสัตว์

2) พระราชบัญญัตินี้มีลักษณะการกระจายอำนาจไปสู่ส่วนท้องถิ่นมากที่สุด กล่าวคือให้ “ราชการส่วนท้องถิ่น” มีอำนาจในการออก “ข้อบัญญัติท้องถิ่น” ซึ่งสามารถใช้บังคับในเขตท้องถิ่นนั้นได้ และให้อำนาจแก่ “เจ้าพนักงานท้องถิ่น” ในการควบคุมดูแลโดยการออกคำสั่งให้แก้ไขปรับปรุง การอนุญาตหรือไม่อนุญาต การสั่งพักใช้หรือเพิกถอนใบอนุญาต รวมทั้งการเปรียบเทียบปรับ เป็นต้น ทั้งนี้โดยถือว่าราชการส่วนท้องถิ่นเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มาจาก การเลือกตั้งของประชาชน ใกล้ชิดประชาชน ซึ่งน่าจะปฏิบัติภารกิจให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติที่เป็นผลประโยชน์ของประชาชนมากที่สุด

3) เพื่อให้เจ้าพนักงานท้องถิ่นสามารถดำเนินการตามพระราชบัญญัตินี้ได้โดยมีประสิทธิภาพ กฎหมายจึงกำหนดให้มี “เจ้าพนักงานสาธารณสุข” เป็นเจ้าพนักงานสายวิชาการที่มีอำนาจในการตรวจตราให้คำแนะนำในการปรับปรุงแก้ไขปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมในแง่วิชาการ รวมทั้งเป็นที่ปรึกษา ให้คำแนะนำแก่เจ้าพนักงานท้องถิ่นในการวินิจฉัย สั่งการหรือออกคำสั่ง เป็นต้น

4) กำหนดให้มี “คณะกรรมการสาธารณสุข” เป็นองค์กรส่วนกลาง รวมทั้งกรมอนามัยซึ่งเป็นหน่วยงานรับผิดชอบงานสาธารณสุขสิ่งแวดล้อม มีบทบาทในการควบคุม กำกับดูแล และให้การสนับสนุนการปฏิบัติการของราชการส่วนท้องถิ่น โดยการเสนอแนะแผนงาน นโยบาย และมาตรการด้านสาธารณสุขรวมทั้งการออกกฎกระทรวงและประกาศกระทรวงแก่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และให้อธิบดีกรมอนามัยมีอำนาจออกคำสั่งได้ในกรณีที่เป็นอันตรายร้ายแรงและจำเป็นต้องแก้ไขโดยเร่งด่วนด้วย

5) กำหนดให้มีคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัดและคณะกรรมการสาธารณสุขกรุงเทพมหานครเพื่อช่วยขับเคลื่อนการบังคับใช้กฎหมายในระดับพื้นที่ โดยเน้นการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ซึ่งคณะกรรมการดังกล่าวเปรียบเสมือนโซ่ข้อกลางที่เชื่อมโยงการดำเนินงานระหว่างคณะกรรมการสาธารณสุขกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อให้ปฏิบัติตามอำนาจหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีอำนาจหน้าที่ในการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 และที่แก้ไขเพิ่มเติม เช่น การดำเนินการตามนโยบาย แผนงานและมาตรการเกี่ยวกับการสาธารณสุข ให้ความเห็นและให้ คำปรึกษาแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการออกข้อบัญญัติท้องถิ่น สนับสนุนราชการส่วนท้องถิ่นในการปฏิบัติการตามพระราชบัญญัติประสานงาน และพัฒนาศักยภาพในการดำเนินการของราชการส่วนท้องถิ่น และส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง

6) พระราชบัญญัตินี้ให้สิทธิแก่ประชาชนหรือผู้ประกอบการที่ได้รับคำสั่งจากเจ้าพนักงานท้องถิ่น หรือเจ้าพนักงานสาธารณสุขแล้วแต่กรณี ถ้าผู้รับคำสั่งไม่พอใจคำสั่งดังกล่าว ผู้นั้นมีสิทธิอุทธรณ์คำสั่งเป็นหนังสือต่อคณะกรรมการพิจารณาอุทธรณ์ได้

บทบัญญัติของพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 และที่แก้ไขเพิ่มเติม ได้แบ่งออกเป็นหมวดต่าง ๆ 16 หมวด ซึ่งครอบคลุมประเด็นงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ได้แก่ หมวด 3 ว่าด้วยเรื่อง การจัดการสิ่งปฏิกูลและมูลฝอย หมวด 4 ว่าด้วยเรื่อง สุขลักษณะของอาคาร หมวด 5 ว่าด้วยเรื่อง เหตุรำคาญ หมวด 6 ว่าด้วยเรื่อง การควบคุมการเลี้ยงหรือปล่อยสัตว์ หมวด 7 ว่าด้วยเรื่อง กิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ หมวด 8 ว่าด้วยเรื่อง ตลาด สถานที่จำหน่ายอาหารและสถานที่สะสมอาหาร และหมวด 9 ว่าด้วยเรื่อง การจำหน่ายสินค้าในที่หรือทางสาธารณะ ดังนั้นจึงเป็นเครื่องมือสำคัญในการให้ทุกภาคส่วนที่มีอำนาจตาม พรบ. ในการควบคุมกำกับงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

2.1.5.2 พระราชบัญญัติรักษาความสะอาดและความเป็นระเบียบเรียบร้อยของบ้านเมือง พ.ศ. 2535 เป็น พรบ. ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับสถานที่สาธารณะซึ่งเป็นสาธารณสมบัติของแผ่นดิน รวมถึงถนนและทางน้ำ สถานสาธารณะจะเป็นสถานที่ที่จัดไว้เป็นสาธารณะสำหรับประชาชนใช้เพื่อการบันเทิง การพักผ่อน

หย่อนใจ หรือการชุมนุม โดยมีหมวดสำคัญได้แก่ หมวด 1 การรักษาความสะอาดในที่สาธารณะและสถานสาธารณะ และหมวด 3 การห้ามทิ้งสิ่งปฏิกูลมูลฝอยในที่สาธารณะและสถานสาธารณะ

2.1.5.3 ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ที่ 7/2538 เรื่อง กำหนดจำนวนคนต่อจำนวนพื้นที่ของอาคารที่พักของคณงานก่อสร้างที่ถือว่ามีคนอยู่มากเกินไป โดยกำหนดอยู่ในข้อ 2 ว่าอาคารที่พักของคณงานก่อสร้าง ที่มีคนอาศัยอยู่เกินกว่าหนึ่งคนต่อพื้นที่ 3 ตารางเมตร ถือว่ามีคนอยู่มากเกินไป การที่แรงงานอยู่กันอย่างแออัดยัดเยียดนำมาสู่การติดต่อของโรคได้ง่าย ผ่านอากาศ สารคัดหลั่ง น้ำและอาหาร เป็นต้น เช่น การติดต่อในโรคไข้โรค

2.1.5.4 พระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงานในงานประมง พ.ศ. 2562 บัญญัติถึงการคุ้มครองสิทธิของแรงงานประมงและป้องกันการบังคับใช้แรงงานในงานประมงครบถ้วนสมบูรณ์และสอดคล้องกับมาตรฐานสากล ซึ่ง “แรงงานประมง” หมายความว่า ผู้ควบคุมเรือประมงและคนประจำเรือตามกฎหมายว่าด้วยการประมง และรวมไปถึงแรงงานต่างด้าวที่เป็นแรงงานประมง โดยบทบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับอนามัยสิ่งแวดล้อมกล่าวถึงใน มาตรา 6 ซึ่งบัญญัติถึงเจ้าของเรือและแรงงานประมงต้องปฏิบัติในส่วนที่เกี่ยวกับหลักเกณฑ์ขั้นต่ำในการทำงาน การปฏิบัติหน้าที่ ที่พักอาศัย อาหาร การคุ้มครองความปลอดภัยและสุขอนามัยในการทำงานบนเรือประมง และการจัดสวัสดิการในการทำงาน

2.1.5.5 พระราชบัญญัติแรงงานทางทะเล พ.ศ. 2558 บัญญัติถึงการจ้างแรงงานทางทะเล ครอบคลุมยานพาหนะทางน้ำทุกชนิดที่ปกติใช้ในการเดินทะเลที่มีวัตถุประสงค์ ในเชิงพาณิชย์ แต่มีให้หมายความรวมถึงเรือที่ใช้เพื่อทำการประมงหรือเรืออื่นที่เกี่ยวข้องกับการประมง เรือที่ต่อแบบประเพณีดั้งเดิม เรือของทางราชการทหาร และเรืออื่นตามที่กำหนดในกฎกระทรวง หมวดที่บัญญัติถึงการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม ได้แก่ หมวด 8 มาตรฐานที่พักอาศัย สิ่งอำนวยความสะดวก อาหาร และโภชนาการบนเรือ และหมวด 9 การจัดให้มีการรักษาพยาบาล การคุ้มครองต่อชีวิตร่างกาย และอนามัยของคนประจำเรือ ทั้งนี้ในมาตรา 5 กำหนดให้รัฐมนตรี 4 กระทรวง รักษาการตามพระราชบัญญัตินี้ ได้แก่ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการต่างประเทศ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงคมนาคม รัฐมนตรีว่าการกระทรวงแรงงาน และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และให้รัฐมนตรีแต่ละกระทรวงมีอำนาจแต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่กับออกกฎกระทรวง ระเบียบ หรือประกาศเพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัตินี้

ทั้งพระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงานในงานประมง พ.ศ. 2562 และพระราชบัญญัติแรงงานทางทะเล พ.ศ. 2558 มีความสำคัญในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมบนเรือและสุขอนามัยอื่น ๆ ซึ่งหลายกรณีการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมบนเรือไม่ได้นำมาสู่การที่แรงงานเจ็บป่วย และแพร่กระจายเชื้อ เมื่อแรงงานเหล่านี้ขึ้นฝั่ง เช่น การแพร่ระบาดของโรคอุจจาระร่วงรุนแรง ฯลฯ เป็นต้น

2.1.5.6 บันทึกความเข้าใจระหว่างรัฐบาลแห่งราชอาณาจักรไทยกับรัฐบาลแห่งสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาวว่าด้วยความร่วมมือทางด้านสาธารณสุข โดยมีวัตถุประสงค์ภายใต้กฎหมายข้อบังคับ และระเบียบแห่งชาติ คู่ภาคีจะเสริมสร้าง อำนาจความสะดวกและส่งเสริมในการให้และการประสานความร่วมมือด้านสาธารณสุขบนพื้นฐานของความเท่าเทียมและผลประโยชน์ร่วมกัน ทั้งนี้ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม ได้แก่ (ก) การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อและปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อ (ข) การพัฒนาและเสริมสร้างขีด

ความสามารถของบุคลากรสาธารณสุข (ณ) การพัฒนาและเสริมสร้างระบบบริการสุขภาพ (ญ) การพัฒนาการบริการสาธารณสุขมูลฐาน (ฎ) การเฝ้าระวังโรคติดต่อตามกฎอนามัย ปี 2548 โรคเขตร้อนที่ถูกละเลย ฯลฯ (ฏ) การเสริมสร้างความร่วมมือด้านสาธารณสุขในระดับท้องถิ่น ระหว่างจังหวัดชายแดน รวมถึงจุดผ่านแดน และ (ฐ) การส่งเสริมสุขภาพ โภชนาการ และอนามัยสิ่งแวดล้อม (รวมถึงการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ)) โดยความร่วมมือ ได้แก่ การแลกเปลี่ยนข้อมูลและเจ้าหน้าที่ตามสาขาความร่วมมือ การพัฒนาทรัพยากรบุคคล การวิจัยและการศึกษาร่วมกัน และอื่น ๆ ตามการตัดสินใจร่วมกัน

2.1.5.7 บันทึกความเข้าใจระหว่างรัฐบาลแห่งราชอาณาจักรไทยกับรัฐบาลแห่งสาธารณรัฐแห่งสหภาพเมียนมาร์ว่าด้วยความร่วมมือทางด้านสาธารณสุข โดยมีวัตถุประสงค์ ภายใต้กฎหมายข้อบังคับ และระเบียบแห่งชาติ คู่ภาคีจะเสริมสร้าง อำนาจความสะดวกและส่งเสริมในการให้และการประสานความร่วมมือด้านสาธารณสุขบนพื้นฐานของความเท่าเทียมและผลประโยชน์ร่วมกัน ทั้งนี้ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม ได้แก่ (a) การเฝ้าระวังโรค (e) โรคติดต่อโดยเฉพาะที่อุบัติขึ้นรุนแรง (Outbreak) ในแนวพรมแดน (f) การส่งเสริมสุขภาพ และ (g) การพัฒนาระบบบริการรองรับแรงงานต่างด้าวและประชาชนในตะเข็บชายแดน โดยความร่วมมือ ได้แก่ การแลกเปลี่ยนข้อมูลและเจ้าหน้าที่ตามสาขาความร่วมมือ การพัฒนาทรัพยากรบุคคล การวิจัยและการศึกษาร่วมกัน และอื่น ๆ ตามการตัดสินใจร่วมกัน

2.1.5.8 กฎอนามัยระหว่างประเทศปี 2548 (International Health regulations (IHR), 2005) เป็นข้อตกลงระหว่างประเทศสมาชิกองค์การอนามัยโลก (World Health Organization หรือ WHO) มีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจจับการระบาดของโรคหรือภัยคุกคามด้านสาธารณสุข เพื่อวางมาตรการป้องกันควบคุมโรค และลดผลกระทบต่อการเดินทางและการขนส่งระหว่างประเทศ ซึ่งคณะรัฐมนตรีได้มีมติ เมื่อวันที่ 5 มิถุนายน พ.ศ. 2550 เห็นชอบในการประกาศใช้ กฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 ตั้งแต่วันที่ 15 มิถุนายน พ.ศ. 2550 ทั้งนี้คณะรัฐมนตรีได้มอบให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องของ กระทรวงต่าง ๆ โดยมีผู้แทนจากทุกกระทรวง (18 กระทรวง) ร่วมเป็นคณะกรรมการ รวมทั้งคณะอนุกรรมการอีก 4 คณะ ตามคำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ 559/2551 เรื่อง แต่งตั้งคณะอนุกรรมการฯ IHR ลงวันที่ 4 มิถุนายน ปี 2551

IHR เป็นเครื่องมือที่สำคัญของ WHO และประเทศสมาชิกในการบรรลุยุทธศาสตร์ความมั่นคงด้านสุขภาพของโลก (global health security) ปัจจุบันประเทศสมาชิกของ WHO ทุกประเทศ (194 ประเทศ) ได้ลงนามข้อตกลงในการพัฒนาสมรรถนะต่าง ๆ ของประเทศตามที่ IHR กำหนด โดยขอบเขตของการพัฒนาสมรรถนะตามกฎหมายฯ ในสถานการณ์ปกติ และฉุกเฉินเพื่อป้องกัน ตรวจจับ และตอบโต้โรคระบาด และ/หรือ ภัยสุขภาพ ระหว่างประเทศตามที่ IHR กำหนดนั้น ประเทศสมาชิกต้องพัฒนาให้ครอบคลุม โรคระบาดและ/ หรือ ภัยสุขภาพที่สำคัญ 6 ด้าน ได้แก่ โรคติดต่อเชื้อ (infectious) โรคติดต่อจากสัตว์สู่คน (zoonosis) อาหารปลอดภัย (food safety) สารเคมี (chemical) กัมมันตภาพรังสี (nuclear) และภัยพิบัติ (disaster) โดยต้องพัฒนาสมรรถนะหลักใน 8 เรื่อง ได้แก่

- 1) กฎหมายและนโยบาย (Legislation and Policy)
- 2) การติดต่อสื่อสาร (Coordination)

- 3) การเฝ้าระวัง (Surveillance)
- 4) การตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (response)
- 5) การเตรียมความพร้อม (Preparedness)
- 6) การสื่อสารความเสี่ยง (Risk Communications)
- 7) บุคลากร (Human resource)
- 8) ความพร้อมทางห้องปฏิบัติการ (Laboratory)

2.2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

2.2.1 บุญแสง บุญอำนวยกิจ (2558) ได้ศึกษาเรื่องการพัฒนาความร่วมมือเพื่อแก้ปัญหาและพัฒนางานสาธารณสุขชายแดนไทย-มาเลเซีย: กรณีความปลอดภัยด้านอาหาร ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาความร่วมมือระหว่างบุคลากรทั้งสองประเทศในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เกณฑ์มาตรฐานระหว่างประเทศและพัฒนากระบวนการดำเนินงานด้านความปลอดภัยด้านอาหารในพื้นที่ชายแดนไทย โดยการศึกษานี้ได้แสดงให้เห็นกรอบความร่วมมือไทย-มาเลเซียผ่านการประชุมทวิภาคี ซึ่งได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานและได้ตกลงร่วมกันดำเนินงานในประเด็นการควบคุมคุณภาพและความปลอดภัยด้านอาหารสำหรับร้านอาหารในพื้นที่นาร่อง คืออำเภอสุโขทัย จังหวัดนราธิวาส ของประเทศไทย และอำเภอปาเสมัส รัฐกลันตัน ประเทศมาเลเซีย ผลจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกันนำมาสู่การจัดทำข้อสรุปเพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงการดำเนินการร่วมกัน ได้แก่ การส่งเสริมให้ผู้ประกอบการมีความเข้มแข็ง และมีบทบาทมากขึ้นในการพัฒนามาตรฐานร้านอาหาร และมีส่วนร่วมในการควบคุมกำกับมากขึ้น การพัฒนาผู้สัมผัสอาหาร การควบคุมอุณหภูมิในตู้เย็นหรือตู้แช่ด้วยเทอร์โมมิเตอร์ ทั้งนี้การศึกษานี้ยังให้ข้อเสนอแก่ประเทศไทยในดำเนินงานอาหารปลอดภัย เรื่องการควบคุมคุณภาพร้านอาหารด้วยการใช้มาตรการทางปกครอง และกฎหมายการออกบทบัญญัติโดยองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น การสร้างการมีส่วนร่วมโดยใช้ชมรมผู้ประกอบการร้านอาหารเป็นกลไกสำคัญ การพัฒนาศักยภาพผู้สัมผัสอาหาร และการส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการตรวจสอบ

2.2.2 ธาณินทร์ สีวราภรณ์สกุล (2556) ศึกษาผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพจากการย้ายถิ่นของแรงงานอาเซียน เมื่อประเทศไทยเข้าสู่ประชาคมอาเซียน (ASEAN Community): กรณีศึกษาเครือข่ายบริการสุขภาพที่ 4 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและประเมินยุทธศาสตร์การรองรับผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพจากการย้ายถิ่นของแรงงานอาเซียน จุดอ่อนจุดแข็งในการรับมือ และข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์ของเครือข่ายบริการสุขภาพที่ 4 ผลการศึกษาพบข้อค้นพบสำคัญคือ ส่วนใหญ่แรงงานต่างด้าวเป็นชาวพม่า กัมพูชา และลาว โดยเข้ามาประกอบอาชีพที่หลากหลายทั้งภาคการเกษตร/ประมง การก่อสร้าง การผลิตในโรงงานอุตสาหกรรม การค้าปลีก/ค้าส่ง ภาคธุรกิจการให้บริการ การขนส่ง ภาคครัวเรือนและบริการชุมชน ปัญหาสุขภาพที่พบในกลุ่มนี้มากที่สุดคือ เจ็บป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงร้ายแรงมากที่สุด รองลงมาคือมาลาเรีย ไข้ไม่ทราบสาเหตุ ปวดบวม และไข้เลือดออก ส่วนอัตราการตายพบพบมีสาเหตุจากโรคไม่ติดต่อสูงที่สุด รองลงมาคืออุบัติเหตุ (โดยเฉพาะจากการทำงาน) โรคติดต่อ และสุดท้ายฆาตกรรมและฆ่าตัวตาย อุปสรรคด้านการมารับบริการสุขภาพ คือการลักลอบเข้ามาอย่างผิดกฎหมาย การไม่ได้รับการขึ้นทะเบียน

หรือแม้ผู้ที่ได้รับการขึ้นทะเบียนแล้ว ยังมีปัญหาเข้าถึงกระบวนการรักษาและการส่งเสริมสุขภาพ การไม่ได้รับความรู้เรื่องการป้องกันโรคระบาด การส่งเสริมสุขภาพขั้นพื้นฐาน ประเด็นด้านความเสมอภาค การเคารพในสิทธิขั้นพื้นฐานและศักดิ์ศรีที่เท่ากันของประชากรไทย นอกจากนี้ยังมีอุปสรรคด้านภาษาที่ใช้ในการสื่อสาร ทั้งนี้ในส่วนของการส่งเสริมสุขภาพซึ่งมีความสำคัญสำหรับการป้องกันควบคุมโรคระบาด ผู้วิจัยเสนอว่าต้องให้ความสำคัญอย่างยิ่งกับการจัดบริการปฐมภูมิเชิงรุกให้เข้าถึงในทุกพื้นที่ สำรวจสถานะสุขอนามัย คัดกรองโรค และจัดทำแฟ้มประวัติครอบครัวรายบุคคลเพื่อให้สามารถส่งเสริม ป้องกันโรคได้อย่างครอบคลุม

2.2.3 สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (2560) ได้ศึกษาการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพ และบริการสุขภาพที่เหมาะสม สำหรับแรงงานข้ามชาติหลังการเปลี่ยนแปลงนโยบายการจัดการแรงงานข้ามชาติ พ.ศ. 2555 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบรูปแบบ การบริหารจัดการ และบริการด้านสุขภาพ การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ รวมทั้งกลไกสนับสนุนการเข้าถึงบริการ ด้านสุขภาพ ความเหมาะสม และประโยชน์ที่แรงงานข้ามชาติได้รับของระบบประกันสุขภาพ และประกันสังคม ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ พบว่าในการส่งเสริมและป้องกันโรคพบว่าไม่มีข้อกำหนดเรื่องการส่งเสริมและป้องกันโรคที่เป็นรูปธรรม แม้ว่าจะถูกกำหนดในแนวคิดนโยบายระยะสั้น ระยะกลางและระยะยาวในการดำเนินการเกี่ยวกับการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพและบริการสุขภาพแรงงานข้ามชาติให้มีการจัดให้มีบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน ครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมโรค และสุขภาพจิต สิ่งแวดล้อม ซึ่งในการศึกษานี้ได้ศึกษาใน 2 พื้นที่ คือ จังหวัดเชียงใหม่และจังหวัดสมุทรปราการ

กรณีจังหวัดเชียงใหม่พบว่า การจัดสรรเงินเพื่อใช้ในการทำงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (PP) นั้น ไม่มีกำหนดไว้ภายใต้ระบบประกันสังคม งบประมาณหรือเงินรายได้เพื่อการทำงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในกลุ่ม แรงงานข้ามชาติในจังหวัด สถานพยาบาลต่าง ๆ ทั้งโรงพยาบาลและ รพ.สต. จึงดำเนินการโดยอาศัยเงินรายได้จากการ ขายบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวเท่านั้น ซึ่งตามข้อกำหนดจากส่วนกลางจัดสรรไว้ที่ 206 บาท/ปี/ผู้ประกันตน

ภายใต้การบริหารจัดการการเงินร่วมของจังหวัด งบประมาณเพื่องานด้านการส่งเสริมสุขภาพและ ป้องกันโรคถูกจัดสรรตามโครงการที่ทำ (project-based allocation) โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ประกาศเปิด รับข้อเสนอโครงการจากการสถานพยาบาลต่าง ๆ ในโครงการที่ขอการสนับสนุนต้องมีการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค ในลักษณะโครงการตามพื้นที่หรือตามชุมชน (area-based or community-based) ไม่ได้เจาะจง เฉพาะกลุ่มแรงงานข้ามชาติ แต่ครอบคลุมประชากรทุกกลุ่ม ทั้งคนไทย แรงงานข้ามชาติ รวมถึงผู้ติดตามที่อาศัยใน เขตพื้นที่หรือชุมชนนั้น ๆ จำนวนเงินหรืองบประมาณที่จะสนับสนุนขึ้นอยู่กับจำนวนโครงการที่เสนอเข้ามาในแต่ละ รอบ และยอดงบประมาณรวมที่มีในจังหวัดจากการขายบัตรในช่วงเวลานั้น ๆ

การเงินในส่วนงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวที่สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดนั้น มีการบริหารจัดการที่แยกออกมาจากเงินส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค จากระบบประกัน สุขภาพถ้วนหน้าของคนไทย แต่ใช้หลักการในการบูรณาการงานเพื่อเสริมซึ่งกันและ กันให้การทำงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในจังหวัดครอบคลุมในทุกที่และ

ทุกกลุ่มประชากร จากมุมมองว่าการ ทำงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ควรเป็นการทำงานในเชิงสุขภาพชุมชน (community health) มากกว่า สุขภาพของแต่ละบุคคล (individual health)

กรณีจังหวัดสมุทรปราการ มีการบริหารจัดการงบประมาณสำหรับการส่งเสริมและป้องกันโรค (promotion and prevention) จากบัตรประกันสุขภาพ โดยสถานบริการที่เป็นคู่สัญญาในการให้บริการปฐมภูมิ (contracted unit of primary care (CUP)) เป็นผู้บริหารจัดการ ทั้งนี้ ให้สถานบริการของสาธารณสุขในเครือข่ายให้บริการ ทุกแห่งและทุกระดับ สามารถเขียนโครงการขอใช้งบประมาณสำหรับการส่งเสริมและป้องกันโรค (PP) ได้ โดยผ่าน การพิจารณาของคณะกรรมการของ CUP ซึ่งจะจัดสรรงบประมาณตามโครงการ (project-based allocation) นอกจากนั้นแล้ว เงินงบประมาณสำหรับการบริหารจัดการที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้รับนั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้เปิดให้หน่วยบริการในจังหวัดทุกระดับสามารถเขียนโครงการขอใช้งบประมาณ เพื่อทำการส่งเสริมและป้องกันโรคได้อีกทางหนึ่งด้วย โดยมีคณะกรรมการพิจารณาโครงการเป็นไปในลักษณะเดียวกับที่ CUP ดำเนินการ แต่โครงการต้องไม่ซ้ำซ้อนกับที่ของงบประมาณจาก CUP ในการดำเนินการ โดยทั่วไปการ ส่งเสริมและป้องกันโรค จะทำครอบคลุมทั้งคนไทยและคนข้ามชาติไปพร้อม ๆ กัน

ส่วนในเรื่องการใช้งบประมาณ สำหรับการส่งเสริมและป้องกันโรคจากประกันสังคมยังไม่มี ความชัดเจน เนื่องจากได้รับเป็นค่าใช้จ่ายรายหัวมาให้ และไม่มีข้อกำหนดเรื่อง การส่งเสริมและป้องกันโรคจากประกันสังคม ดังนั้น การจัดงบประมาณสำหรับการส่งเสริมและป้องกันโรคจึงขึ้นอยู่กับสถานบริการเป็นหลัก แต่ส่วนใหญ่แล้วจะทำงาน ด้านการส่งเสริมและป้องกันโรค ครอบคลุมทุกกลุ่ม โดยมีได้แยกแยะมาจากงบประมาณส่วนไหน จะทำการส่งเสริมและ ป้องกันโรค สำหรับคนไทยหรือต่างชาติ

2.2.4 Chapman Al (1964) ได้ศึกษาโครงการสุขภาพแรงงานต่างด้าวในเพนซิลวาเนีย ซึ่งมลรัฐเพนซิลวาเนียมีแรงงานต่างด้าวที่เข้ามาตามฤดูกาลกระจายอยู่ 23 เมือง ประมาณ 8,000 คน หากรวมที่ไม่ได้ลงทะเบียนไว้น่าจะมีมากกว่านี้ แรงงานส่วนใหญ่เป็นนิโกรทางใต้ มาจากเปอโตริโก จะเข้ามาในช่วงฤดูเก็บเกี่ยวพืชผล การเพิ่มจำนวนแรงงานต่างด้าวที่เพิ่มนำมาสู่ปัญหาทางด้านสาธารณสุข เนื่องจากมีจำนวนแพทย์ที่ไม่เพียงพอ ในขณะที่มีจำนวนประชากรของเพนซิลวาเนียมีจำนวนมากอยู่แล้ว และการที่ผู้อพยพไม่กล้าและละเลยในการเข้าถึงบริการทางด้าน การแพทย์ Pennsylvania Health Department จึงได้จัดทำโครงการแก้ไขปัญหานี้ โดยทำการศึกษานำร่องใน 4 เมืองในภาคกลางของมลรัฐโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) พัฒนาระบบการดูแลทางการแพทย์ผ่านคลินิกครอบครัว (2) ประเมินความต้องการการบริการด้านการพยาบาลและสุขภาพที่ครอบคลุมแก่ค่าย แรงงานต่างด้าว และ 3) รวบรวมข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบความต้องการด้านสุขภาพของแรงงานกับ ปัญหาสุขภาพ โดยการดำเนินการในโครงการจะทำ Contact กับคลินิกแพทย์ Geisinger Medical Center ให้บริการเวชศาสตร์ครอบครัว โดยจัดบริการนอกเวลาทำงานในช่วงเลิกงาน 19.00–21.00 น. กำหนดให้พยาบาลชุมชนเป็นผู้มีบทบาทหลัก โดยทำหน้าที่เชื่อมโยงระหว่างคลินิกกับชุมชนแรงงาน ต่างด้าว ทั้งในเชิงการประสานให้ข้อมูล ค้นหาผู้ป่วยผู้บาดเจ็บ แนะนำการใช้บริการ รวมถึงจัดทำแฟ้มประวัติครอบครัว (Family folder) นอกจากนี้ยังมีภารกิจในการเยี่ยมบ้านเพื่อให้คำปรึกษา ติดตาม ผลการรักษา

ในส่วนด้านสุขภาพโครงการนี้ State Health Department จะกำกับดูแลเพิ่มเติม โดยผ่านทางหัวหน้าแรงงานต่างด้าว งานด้านสุขภาพ ได้แก่ การจัดการสุขภาพน้ำ ทั้ง จัดหา บริหารแหล่งน้ำสะอาด การบำบัดน้ำเสีย ซึ่งจะดำเนินการก่อนที่แคมป์คนงานจะขอใบอนุญาต ต่อหน่วยที่ดูแลแรงงานและอุตสาหกรรม และใน 1964 มีการทดลองจะแบ่งระดับแคมป์คนงาน เพื่อให้เกิดแรงจูงใจให้เกิดสุขภาพที่ดีในแคมป์คนงาน

สำหรับงานด้านสุขศึกษา การให้สุศึกษาที่มีประสิทธิภาพคือการให้สุศึกษาแบบ ตัวต่อตัวโดยทั่วไปคือ ระหว่างหมอ/พยาบาลกับแรงงานต่างด้าว ซึ่งข้อมูลที่รวบรวมจะถูกนำมา วางแผนปฏิบัติการการให้สุศึกษาในอนาคต

โครงการนี้เป็นที่พึงพอใจกับแรงงานต่างด้าว ปัจจัยสำคัญคือ การมีคลินิกเวชปฏิบัติ ครอบครัว หรือ Family clinic ในการตรวจสุขภาพ การตรวจสอบด้านสุขภาพตั้งแต่ก่อนเริ่ม ฤดูกาล การแก้ไข การตรวจสอบระหว่างฤดูกาล การให้บริการทางการแพทย์ต่าง ๆ การตรวจสอบผ้า ระวังในแคมป์ การให้ใบรับรองแก่แคมป์คนงาน ท้ายที่สุดคือการประสานความร่วมมือระหว่าง หน่วยงานสุขภาพของมลรัฐและในระดับพื้นที่เป็นอย่างดี

2.2.5 กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน ได้จัดทำรายงานฉบับสมบูรณ์โครงการจัดทำ ฐานข้อมูลสวัสดิการแรงงานของประเทศสมาชิกประชาคมอาเซียน ซึ่ง มีข้อมูลของประเทศสมาชิกที่ ให้ความสำคัญในการจัดการด้านอาชีวอนามัย และอนามัยสิ่งแวดล้อม ซึ่งเกี่ยวข้องกับแรงงาน ได้แก่

2.2.5.1 ประเทศมาเลเซีย ได้บัญญัติกฎหมาย The Factories and Machinery (Safety, Health and Welfare) Act 1967 (Latest Revision 2006) ใช้บังคับเฉพาะกับแรงงานใน ภาคอุตสาหกรรมซึ่งทำงานสถานประกอบกิจการที่เป็นโรงงานและมีการใช้เครื่องจักรโดยเฉพาะ การ ให้สวัสดิการตามที่กฎหมายฉบับนี้กำหนด จึงอาจไม่ครอบคลุมแรงงานประเภทอื่นซึ่งมิได้ทำงานใน โรงงาน เช่น คนทำงานในสำนักงานทั่วไป คนทำงานในภาคเกษตรกรรม หรือคนทำงานตามบ้าน เป็นต้น สาระสำคัญที่กำหนดเรื่องสวัสดิการที่ บังคับให้นายจ้างจัดให้ลูกจ้างบัญญัติอยู่ในมาตรา 25 ของ กฎหมาย The Factories and Machinery (Safety, Health and Welfare) Act 1967 ซึ่งมีสาระสำคัญ เกี่ยวกับอนามัยสิ่งแวดล้อมคือ

- 1) นายจ้างต้องจัดให้มีอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกต่อไปนี้ให้แก่ ลูกจ้าง คือ
 - (1) ที่พักอาศัยและห้องเปลี่ยนเสื้อผ้าให้แก่ลูกจ้างระหว่างชั่วโมง การทำงาน
 - (2) อุปกรณ์สิ่งอำนวยความสะดวกที่ใช้สำหรับทำให้เสื้อผ้าแห้ง ขณะทำงาน
- 2) นายจ้างต้องจัดให้มีสิ่งต่าง ๆ ต่อไปนี้ให้กับลูกจ้างทุกคนที่ได้รับการ ว่าจ้าง
 - (1) น้ำดื่มที่สะอาดและสามารถบริโภคได้สำหรับทุกคน
 - (2) อุปกรณ์ที่สะอาดและเพียงพอสำหรับอาบน้ำ ล้างมือ และต้อง รักษาให้อยู่ในสภาพที่สะอาดอยู่เสมอ

2.2.5.2 ประเทศสิงคโปร์ ได้บัญญัติกฎหมาย The Employment Act โดยกำหนดให้นายจ้างจัดให้มีสถานที่พักสถานที่ปรุงอาหาร รับประทานอาหาร อาบน้ำและห้องส้วมอย่างเหมาะสมเพียงพอแก่ลูกจ้าง นอกจากนี้ นายจ้างยังต้องจัดให้มีน้ำสะอาดอย่างเพียงพอให้แก่ลูกจ้าง และต้องจัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกเกี่ยวกับ ระบบสุขาภิบาลอย่างเหมาะสมและเพียงพอ โดยนายจ้างมีหน้าที่ดูแลรักษาสภาพสถานที่ทำงาน สถานที่พัก ห้องน้ำ ห้องส้วมให้อยู่ในสภาพที่ถูกสุขลักษณะตามกฎหมาย

2.2.5.3 สหรัฐอเมริกา มีการจัดสวัสดิการแรงงานให้แก่แรงงานทั่วไปตามกฎหมาย Water and Sanitary Facilities in the Field Regulations เป็นกฎระเบียบที่มีสถานภาพเป็น Federal Regulations บังคับใช้กับแรงงานที่ทำงานในทุ่งโล่ง ซึ่งกำหนดให้นายจ้างจัดสวัสดิการให้แก่ แรงงานที่ทำงานในที่โล่ง โดยแต่ละรัฐได้นำบทบัญญัติดังกล่าวไปปรับใช้ตามความเหมาะสมและความจำเป็นแก่สถานการณ์ของแรงงานในแต่ละรัฐนั้น เช่น มลรัฐแคลิฟอร์เนีย

ตารางที่ 1 การจัดสวัสดิการแรงงานให้แก่แรงงานทั่วไปตามกฎหมาย Water and Sanitary Facilities in the Field Regulations ของสหรัฐอเมริกา

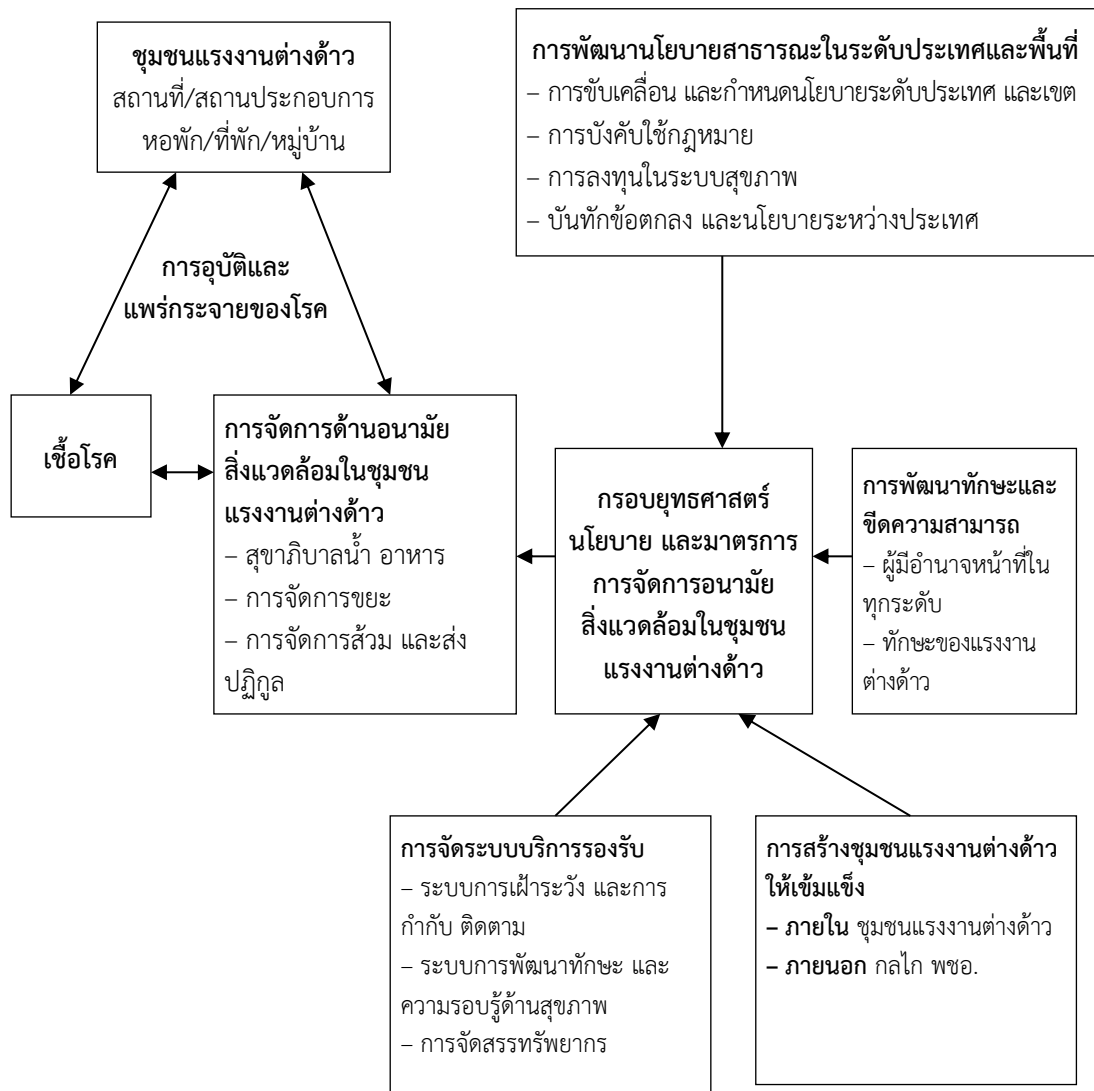
สวัสดิการแรงงาน	สาระสำคัญ
1) น้ำดื่มและน้ำล้างมือ	<ul style="list-style-type: none"> - ตามกฎหมายนายจ้างต้องจัดหา น้ำดื่มและน้ำล้างมือให้แก่ลูกจ้าง - น้ำดื่มจะต้องสะอาดได้มาตรฐานและเพียงพอแก่ลูกจ้างทุกคนที่จะพร้อมบริโภคตลอดเวลาทำงาน - ผลิตภัณฑ์หรือขวดบรรจุ น้ำดื่มต้องสะอาดและไม่ตั้งอยู่ในห้องน้ำหรือห้องส้วม - แก้วน้ำที่จัดให้ต้องเป็นแบบแก้วน้ำกระดาษที่ใช้ครั้งเดียวแล้วทิ้งได้ - น้ำล้างมือต้องสะอาดเพียงพอแก่ลูกจ้างทุกคน และต้องจัดให้พร้อมสบู่และกระดาษเช็ดมือทุกครั้ง - เมื่อมีท่อน้ำที่ไม่สามารถรับประทานหรือใช้ได้ ต้องทำเครื่องหมายดังกล่าวไว้ชัดเจนและจะต้องมีระบบป้องกันมิให้น้ำดื่ม น้ำใช้นั้นปนเปื้อนกับน้ำที่ไม่สามารถใช้ดื่มและล้างมือได้
2) ห้องน้ำ	<ul style="list-style-type: none"> - นายจ้างต้องจัดห้องน้ำแยกระหว่างลูกจ้างชายและหญิง เว้นแต่กรณีมีลูกจ้างไม่เกิน 5 คน และห้องน้ำสามารถล็อกได้แน่นอนหนา - จำนวนห้องน้ำขึ้นอยู่กับจำนวนลูกจ้างตามที่กฎหมายกำหนด - นายจ้างต้องจัดให้ห้องน้ำอยู่ในสภาพที่สะอาดและสามารถใช้ได้ตลอดเวลา และจัดให้มีกระดาษชำระเพียงพอแก่ลูกจ้างทุกคน - ห้องน้ำต้องอยู่ห่างจากสถานที่ทำงานซึ่งเป็นทุ่งโล่งไม่เกิน 200 ฟุต - นายจ้างต้องจัดระบบระบายน้ำเสียจากห้องน้ำให้ถูกต้องตามมาตรฐานที่กฎหมายกำหนดเพื่อมิให้เป็นอันตรายต่อสุขภาพของลูกจ้าง

กฎหมายดังกล่าวของรัฐฟลอริดาบัญญัติไวคล้ายคลึงกัน แต่มีรายละเอียดระบุต่อไปอีกว่านายจ้างต้องจัดห้องน้ำและที่ล้างมือให้ 1 ห้อง ต่อลูกจ้าง 20 คน สภาพห้องน้ำต้องมีระบบระบายอากาศที่ดี มีสภาพที่สะอาดถูกสุขอนามัยตลอดเวลาทำงาน ขวดบรรจุน้ำดื่มต้องสะอาด ไตมาตรฐานและเก็บไว้ในที่สะอาดการใช้น้ำต้องระวังมิให้เกิดสภาพที่ไม่ถูกสุขอนามัยต่อลูกจ้าง เป็นต้น

อีกกฎหมายที่เกี่ยวข้อง คือ กฎหมาย The Migrant and Seasonal Agricultural Worker Protection Act of 1983 (ประกาศใช้เมื่อปี พ.ศ. 2526) มีวัตถุประสงค์เพื่อคุ้มครองแรงงานในงานเกษตรกรรมโดยเฉพาะแรงงาน ต่างด้าวและแรงงานตามฤดูกาล ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการศึกษานี้คือ หมวดที่พักอาศัย กฎหมายบัญญัติถึงกรณีที่หากนายจ้างจัดที่พักอาศัยให้ลูกจ้าง ที่พักอาศัยนั้นต้องไตมาตรฐาน สะอาดและปลอดภัย โดยมีไตกำหนดรายละเอียดไวชัดเจน แต่ก็มีข้อยกเว้นบ้าง กับกฎหมาย The Migrant Farm Labor Camp Act ซึ่งเป็นกฎหมายสหพันธรัฐ (Federal Law) อีกฉบับหนึ่ง มีวัตถุประสงค์ในการบังคับใช้เพื่อกำหนดมาตรฐานความปลอดภัยและรายละเอียดการก่อสร้างที่พักอาศัยของ แรงงานในงานเกษตรกรรม ได้แก่ สถานที่ตั้งของที่พักอาศัย สภาพภายในบ้านหรือที่พักอาศัย การจัดระบบน้ำประปา น้ำดื่ม น้ำใช้ภายในที่พักอาศัย การจัดระบบห้องน้ำ ห้องส้วมภายในที่พักอาศัย การกำจัดสิ่งโสโครกจากท่อระบายน้ำทิ้ง ระบบชักล้าง การล้างมือและอุปกรณ์สิ่งอำนวยความสะดวกในการอาบน้ำ การกำจัดขยะและสิ่งปฏิกูลรอบบริเวณที่พักอาศัย การติดตั้งอุปกรณ์ทำครัวและสถานที่รับประทานอาหาร ระบบควบคุมแมลง สัตว์จำพวกหนู และแมลงสาบ ระบบควบคุมไฟฟ้า อุปกรณ์ดับเพลิง และเครื่องมือช่วยปฐมพยาบาล

หากนายจ้างจัดที่พักอาศัยให้แก่แรงงานในงานเกษตรกรรม ที่พักอาศัยดังกล่าวจะต้องไตมาตรฐาน มีความปลอดภัย และมีอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่จำเป็นตามที่กฎหมาย The Migrant Labor Camp Regulations กำหนดไว้

2.3 สรุปกรอบแนวคิด



ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดในการศึกษา

บทที่ 3 ผลการศึกษา

การศึกษามาตรการของประเทศไทยในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชนแรงงานต่างด้าวในการศึกษานี้ ได้ทำการเก็บข้อมูลทั้งการทบทวนข้อมูลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องผ่านเอกสาร รายงานของหน่วยงานทั้งทางตรงจากผู้รับผิดชอบ ข้อมูลจากเว็บไซต์หน่วยงาน และการสัมภาษณ์ การตอบแบบสอบถามจากผู้บริหารและผู้รับผิดชอบในการขับเคลื่อนงานอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยแบ่ง ผลการศึกษาดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลแรงงานต่างด้าว และการเกิดโรคในแรงงานต่างด้าว
2. ข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชนแรงงานต่างด้าว
3. การดำเนินพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชนแรงงานต่างด้าว

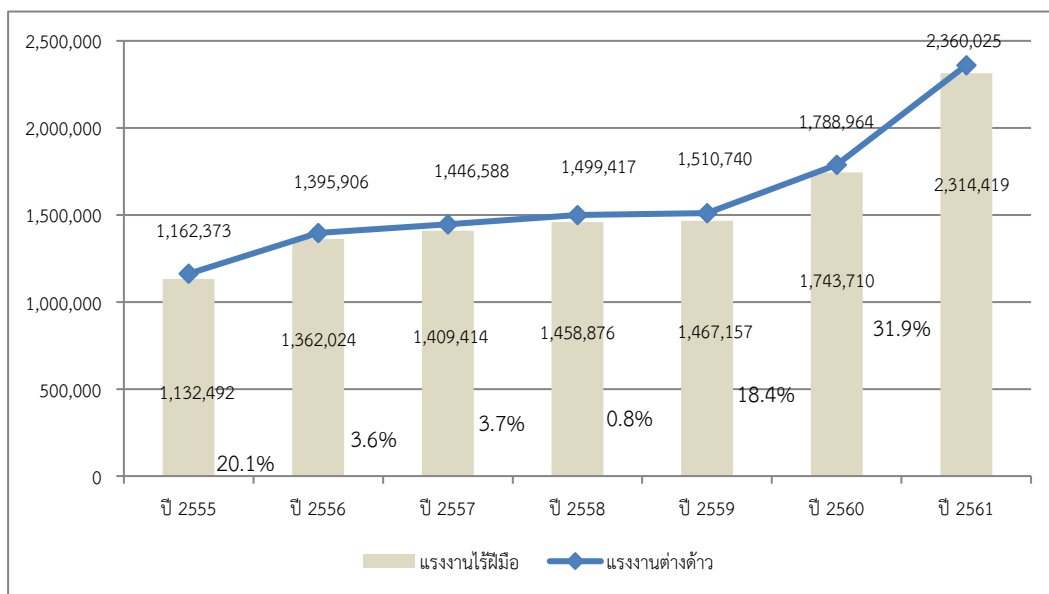
3.1 ข้อมูลแรงงานต่างด้าว และการเกิดโรคในแรงงานต่างด้าว

3.1.1 สถานการณ์แรงงานต่างด้าวระหว่าง พ.ศ. 2555-2561

จากข้อมูลสำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กรมการจัดหางาน ในระหว่าง พ.ศ. 2555-2561 พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยพบว่าในปี พ.ศ. 2555 มีแรงงานต่างด้าวที่ลงทะเบียน 1,132,492 คน และเพิ่มสูงขึ้นในปี พ.ศ. 2561 เป็นจำนวน 2,314,419 คน คิดเป็น 2.04 เท่า ซึ่งใน ระยะเวลาดังกล่าวประเทศไทยได้ส่งเสริมการลงทุน โดยการผลักดันของธนาคารพัฒนาเอเชีย (Asian Development Bank: ADB) ภายใต้กลยุทธ์ส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากโครงการระเบียงเศรษฐกิจ ในปี พ.ศ. 2541 โดยกำหนดการพัฒนาเขตเศรษฐกิจพิเศษชายแดนใส่ในแผนปฏิบัติการเพื่อการ เปลี่ยนระเบียบการขนส่ง (Transport Corridors) ให้เป็นระเบียงเศรษฐกิจ (Economic Corridors) และใน พ.ศ. 2556 มติคณะรัฐมนตรีมอบหมายสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม แห่งชาติ (สศช.) ศึกษาความเหมาะสมการจัดตั้งเขตเศรษฐกิจพิเศษเพื่อนำนโยบายเขตพัฒนา เศรษฐกิจพิเศษเป็นส่วนหนึ่งของแผนที่นำทางในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน และใน พ.ศ. 2558 มี ประกาศกำหนดพื้นที่เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ และจากปรากฏการณ์นี้ ดังแผนภูมิที่ 1 จะเห็นว่า ในช่วงปี 2555 เป็นช่วงที่เริ่มมีแรงงานต่างด้าวเพิ่มสูงขึ้น โดย ปี 2556 ถึง 2559 อัตราการเพิ่ม เล็กน้อยและเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วอีกครั้งที่ ปี 2559 โดยปี 2560 มีจำนวนแรงงานต่างด้าวขึ้นเพิ่มขึ้น เป็นร้อยละ 18 และเพิ่มขึ้นอีก ร้อยละ 31 จนถึงปี 2460 ซึ่งหากพิจารณาแล้ว ปี 2558 เป็นปีที่ ก่อกำเนิดประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน(ASEAN Economic Community: AEC)

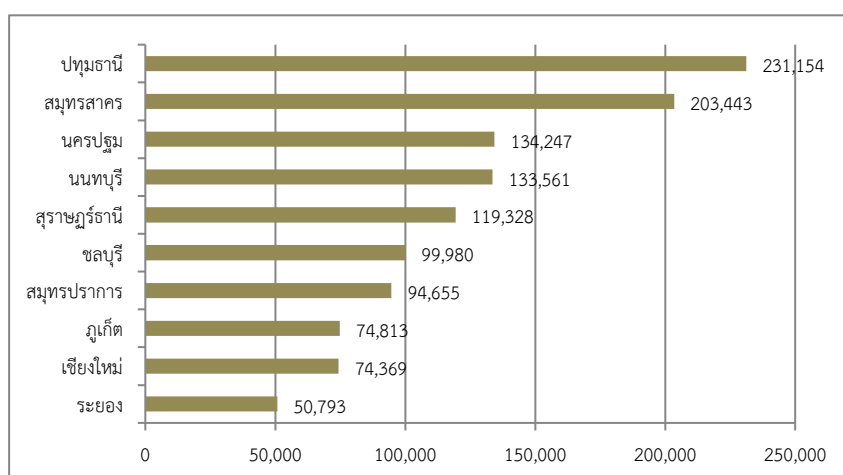
และหากพิจารณาประเภทแรงงานแล้ว พบว่าแรงงานต่างด้าวประเภทไร้ฝีมือ มีสัดส่วนสูงถึง ร้อยละ 97-98 ในทุกปี ซึ่งจากแผนภูมิที่ 1 จะเห็นแนวโน้มจำนวนแรงงานประเภทไร้ฝีมือ มีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นในทุกปีเช่นเดียวกัน แรงงานในกลุ่มไร้ฝีมือ ได้แก่ กลุ่มพิสูจน์สัญชาติ นำเข้าตาม MOU ชนกลุ่มน้อย และคนต่างด้าวที่เข้ามาทำงานในลักษณะไป-กลับหรือตามฤดูกาล ปรากฏการณ์ที่มี

แรงงานต่างด้าวเข้ามาประเทศไทยจำนวนมากขึ้นเป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพที่สำคัญ เนื่องจากประชากรกลุ่มนี้เป็นต้นทุนทางสังคมที่สำคัญ โดยเฉพาะการจัดบริการสาธารณสุขรองรับ การที่แรงงานต่างด้าวมาจากหลากหลายประเทศ ทำให้ไม่สามารถคาดการณ์พื้นฐานทางสุขอนามัย และสุขภาพของแรงงานต่างด้าวแต่ละคนได้ ในด้านสาธารณสุขจึงเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องเฝ้าระวังโรค และปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค



แผนภูมิที่ 1 เปรียบเทียบจำนวนแรงงานต่างด้าวลงทะเบียน และแรงงานต่างด้าวไร้ฝีมือ พ.ศ. 2555–2561

ที่มา: สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว (2562)



แผนภูมิที่ 2 อันดับจังหวัด 10 อันดับแรกไม่รวมกรุงเทพมหานครที่มีจำนวนแรงงานต่างด้าวสูงที่สุด ข้อมูล ณ เดือนกันยายน 2561

ที่มา: สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว (2562)

หากพิจารณาจำนวนแรงงานต่างด้าวที่เข้ามาในประเทศไทยรายจังหวัด พบว่าถ้าไม่นับรวมกรุงเทพมหานครซึ่งมีจำนวนแรงงานต่างด้าวเข้ามาอาศัยจำนวนมากที่สุดแล้ว พบว่าจังหวัดปทุมธานีมีจำนวนแรงงานอาศัยอยู่สูงที่สุดจำนวน 231,154 คน รองลงคือจังหวัดสมุทรสาคร จำนวน 203,443 คน อันดับที่สาม จังหวัดนครปฐมจำนวน 134,247 คน และนนทบุรี 133,561 คน โดยภาพรวมแรงงานต่างด้าวส่วนใหญ่จะอาศัยจังหวัดปริมณฑล และโดยรอบกรุงเทพมหานคร (แผนภูมิที่ 2)

3.1.2 สถานการณ์โรคติดต่อในแรงงานต่างด้าว

การศึกษานี้ได้ศึกษาความชุกของการเกิดโรคในแรงงานต่างด้าวในระหว่างปี 2555–2561 จากฐานข้อมูลสำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (รง 506) ในโรคติดต่อที่มีปัจจัยเสี่ยงทางด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ไม่พึงประสงค์ ได้แก่ โรคอุจจาระร่วง โรคอหิวาตกโรค โรคฉี่หนู และโรคไข้เลือดออก รวมถึงรวบรวมข้อมูลจากรายงานการวิจัยและสถานการณ์ในชุมชนแรงงานต่างด้าว และการสัมภาษณ์ แบบสอบถาม โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในหน่วยงานส่วนกลางและภูมิภาคของกรมอนามัย ดังต่อไปนี้

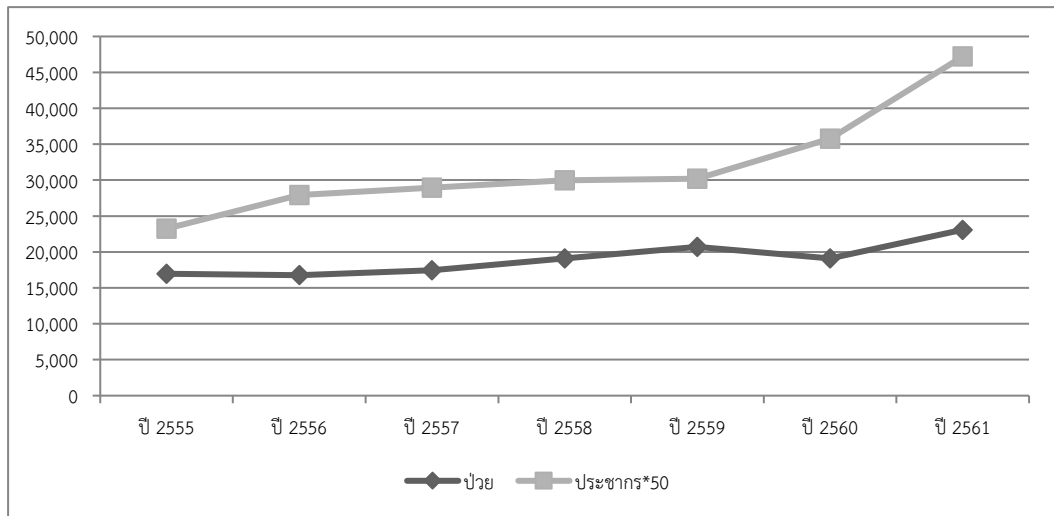
3.1.2.1 โรคอุจจาระร่วง

โรคอุจจาระร่วงเป็นโรคที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับปัจจัยด้านสุขาภิบาลและอนามัยสิ่งแวดล้อม เนื่องจากมีอาหารและน้ำเป็นแหล่งกำเนิด การมีพฤติกรรมอนามัย และการจัดการสุขาภิบาลไม่เหมาะสมย่อมนำมาสู่การเกิดโรคขึ้น จากตารางที่ 2 และแผนภูมิที่ 3 จะเห็นได้ว่าตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2555–2561 มีผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงในแรงงานต่างด้าวเพิ่มสูง โดยในแผนภูมิที่ 3 ได้แสดงถึงจำนวนประชากรแรงงานต่างด้าวที่เข้ามาในประเทศไทย และจำนวนที่เพิ่มขึ้นของแรงงานเป็นไปในทิศทางเดียวกับการเกิดโรคอุจจาระร่วง ทั้งนี้ในแผนภูมิ 4 จะเห็นได้ว่ากลุ่มชนชาติพม่าป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงสูงที่สุด รองลงมาคือกัมพูชา หากพิจารณาว่าพื้นที่ใดมีจำนวนป่วยสูงที่สุด หากไม่รวมกรุงเทพมหานคร แล้วพบว่า ใน พ.ศ. 2561 จังหวัดเชียงใหม่มีจำนวนผู้ป่วยสูงที่สุด รองลงมาคือจังหวัดตาก และเชียงราย ตามลำดับ (แผนภูมิที่ 5)

ตารางที่ 2 จำนวนแรงงานต่างด้าวที่ป่วยและตายด้วยโรคอุจจาระร่วง ระหว่าง พ.ศ. 2555–2561

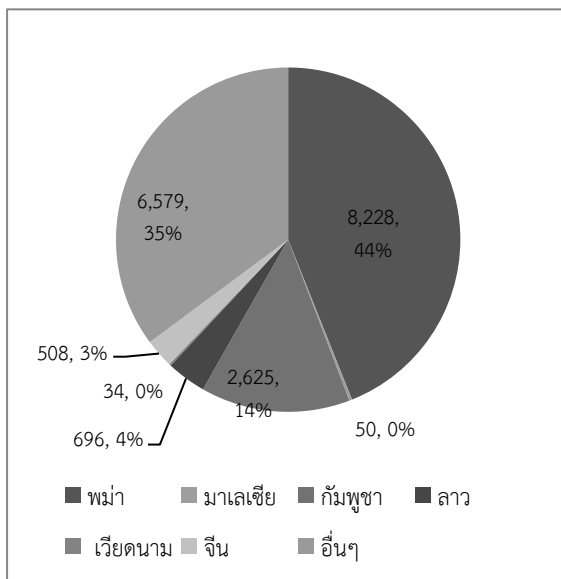
พ.ศ.	รวมแรงงานต่างด้าว		พม่า		มาเลเซีย		กัมพูชา		ลาว		เวียดนาม		จีน		อื่น ๆ	
	ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย
2555	16,982	0	8,228	0	41	0	2,323	0	755	0	29	0	308	0	5,298	0
2556	15,604	0	7,809	0	66	0	2,071	0	129	0	58	0	473	0	4,998	0
2557	17,451	0	7,480	0	39	0	2,454	0	710	0	27	0	508	0	6,233	0
2558	19,108	0	8,439	0	37	0	2,753	0	696	0	22	0	582	0	6,579	0
2559	20,688	1	8,371	1	50	0	2,697	0	788	0	44	0	504	0	8,234	0
2560	17,798	0	7,747	0	69	0	2,625	0	144	0	34	0	596	0	6,583	0
2561	21,676	0	9,068	0	114	0	3,247	0	157	0	64	0	769	0	8,257	0

ที่มา: รายงาน รง 506 สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2562)

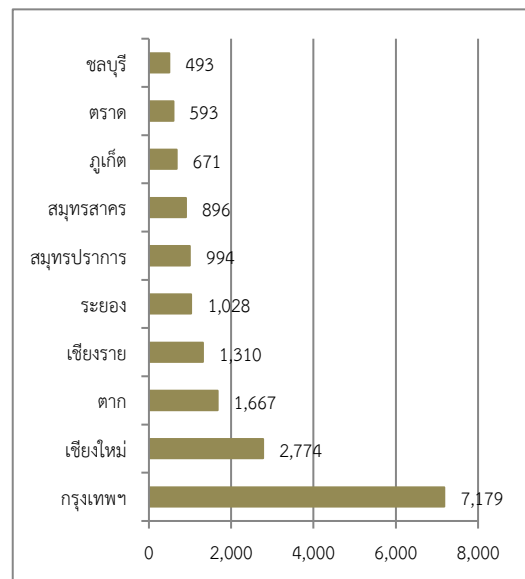


แผนภูมิที่ 3 แนวโน้มจำนวนประชากรแรงงานต่างด้าว และจำนวนการเกิดอุจจาระร่วง พ.ศ. 2555–2561

ที่มา: รายงาน รง 506 สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2562)



แผนภูมิที่ 4 สัดส่วนค่ามัธยฐาน ปี 2555–2561 ของการเกิดอุจจาระร่วงแยกตามเชื้อชาติ
ที่มา: รายงาน รง 506 สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2562)



แผนภูมิที่ 5 10 อันดับจังหวัดแรกที่มีจำนวนประชากรแรงงานต่างด้าวป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง
ที่มา: รายงาน รง 506 สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2562)

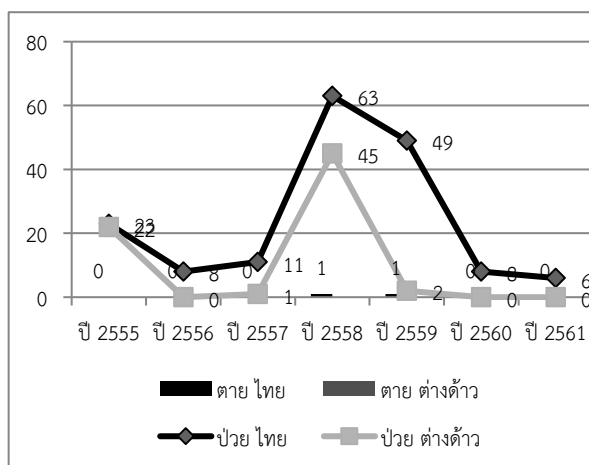
3.1.2.2 โรคอหิวาตกโรค

โรคอหิวาตกโรค เป็นโรคที่มีความรุนแรงมีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้สูง จากรายงานของกรมควบคุมโรค (ตารางที่ 3 และแผนภูมิที่ 6) ในช่วง พ.ศ. 2555–2561 พ.ศ. 2555 และ 2558 เป็นปีที่มีการระบาดใหญ่ เกิดทั้งคนไทยและคนต่างด้าว ในปี 2558 จากรายงานมีผู้เสียชีวิต 1 ราย เฉพาะอุบัติการณ์การเกิดโรคอหิวาตกโรคในแรงงานต่างด้าว ในปี 2555 เกิดการระบาดใหญ่ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ตากและราชบุรี ส่วนในปี 2558 ที่มีการระบาดสูงสุดเกิดในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ตาก สมุทรสาคร ระยอง ระนอง และสงขลา ซึ่งเป็นแหล่งชุมชนแรงงานต่างด้าวทั้งสิ้น สาเหตุการเกิดจากรายงานการสอบสวนโรคอหิวาตกโรคโดย กรมควบคุมโรค จังหวัดระยอง เริ่มระบาดในกลุ่มลูกเรือประมงชาวชวาแกมพูชา แล้วแพร่ไปสู่ประชาชนคนไทยผ่านห่วงโซ่อาหารมีผู้เสียชีวิตเป็นคนไทย 1 ราย สาเหตุคาดว่ามาจากการรับประทานปูหนึ่ง จากปูที่คัดทิ้ง และหอยแครงลวก จังหวัดสงขลา เริ่มระบาดในกลุ่มลูกเรือประมงชาวชวาแกมพูชา แล้วแพร่ไปสู่ประชาชนคนไทยผ่านห่วงโซ่อาหารมีผู้เสียชีวิตเป็นคนไทย 1 ราย เช่นเดียวกัน จังหวัดระนองระบาดในรีสอร์ทเกาะพยามในแรงงานพม่าจากการกินแกงหอย จังหวัดตากพบในโรงงานเย็บผ้า เป็นชาวพม่าทั้งหมดที่ติดเชื้อ คาดว่าติดมาจากญาติจากพม่าที่มาเยี่ยม และมีรายงานการเกิดอหิวาตกโรคที่หนองบัวลำภู คนไทยป่วย แต่พบเชื้อพันธุกรรมเดียวกับที่เกิดในจังหวัดสงขลา (สุชาดา จันทสิริยากร และคณะ, 2558) ดังนั้นจะเห็นว่าการเกิดการระบาดจะพบเริ่มต้นในกลุ่มแรงงานต่างด้าว แล้วแพร่สู่คนไทยผ่านพฤติกรรมอนามัย และการจัดการด้านสุขาภิบาลที่ไม่ถูกสุขลักษณะ และแพร่กระจายไปหลายพื้นที่ส่งผลต่อภาพลักษณ์ประเทศเป็นอย่างมาก

ตารางที่ 3 จำนวนผู้ป่วยอหิวาตกโรค และตายเปรียบเทียบระหว่างคนไทย และคนต่างด้าว

พ.ศ.	ป่วย		ตาย	
	ไทย	ต่างด้าว	ไทย	ต่างด้าว
ปี 2555	23	22	0	0
ปี 2556	8	0	0	0
ปี 2557	11	1	0	0
ปี 2558	63	45	1	0
ปี 2559	49	2	1	0
ปี 2560	8	0	0	0
ปี 2561	6	0	0	0

ที่มา: รายงาน รง 506 สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2562)



แผนภูมิที่ 6 เปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วย และผู้เสียชีวิตด้วยโรคอหิวาตกโรคระหว่างคนไทยและคนต่างด้าว ที่มา: รายงาน รง 506 สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2562)

3.1.2.3 โรควัณโรค

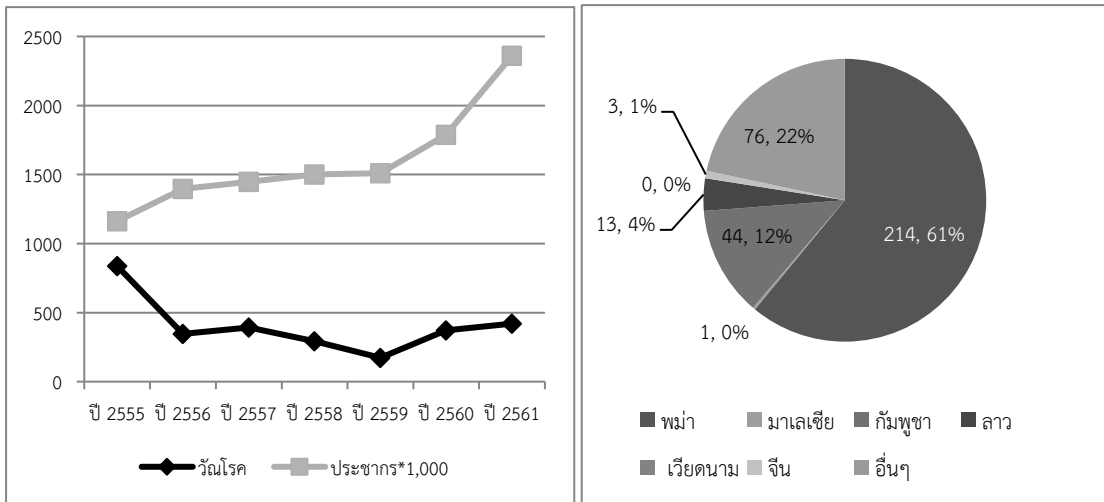
โรควัณโรคเป็นโรคที่ต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษในกลุ่มแรงงานต่างด้าว เป็นโรคต้องห้ามมิให้เข้ามาในราชอาณาจักร และมีถิ่นที่อยู่ในราชอาณาจักร ตามกฎกระทรวงมหาดไทย ฉบับที่ 14 (พ.ศ. 2535) ออกตามแนวพระราชบัญญัติคนเข้าเมือง พ.ศ. 2522 ข้อที่ 2 โรคตามมาตรา 12 (4) และข้อที่ 3 โรคตามมาตรา 44 (2) ซึ่งการแพร่กระจายวัณโรคเกิดจากการสัมผัสละอองเสมหะขนาดเล็ก ซึ่งอาจจะเกิดจากการไอ จาม หรือพูด ซึ่งละอองเสมหะเหล่านี้ สามารถมีชีวิตลอยอยู่ในอากาศหลายชั่วโมง ดังนั้นการอยู่กันอย่างแออัด การมีพฤติกรรมป้องกันไม่ถูกต้อง การบ้วนเสมหะลงพื้น จะนำมาสู่การแพร่กระจายอย่างรวดเร็ว จาก พ.ศ. 2555-2558 ประเทศไทยสามารถควบคุมการเกิดวัณโรคได้ทำให้การระบาดของวัณโรคลดลง แต่อย่างไรก็ตามตั้งแต่ในปี พ.ศ. 2559 ซึ่งมีการเคลื่อนย้ายแรงงานเข้ามามากขึ้น ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยวัณโรคชาวต่างด้าวกลับเพิ่มสูงขึ้นเช่นกัน (ตารางที่ 4 และแผนภูมิที่ 7) ในปี 2561 ประเทศไทยพบความชุกของวัณโรคเท่ากับ 20.92 ต่อแสนประชากร เทียบกับประชากรแรงงานต่างด้าวขึ้นทะเบียนพบ 17.84 ต่อแสนประชากร พบว่ากำลังอัตราส่วนใกล้เคียงกับประเทศ

เมื่อพิจารณาจากเชื้อชาติแล้วพบพม่าป่วยเป็นวัณโรคสูงที่สุด รองลงมาคือ กัมพูชา และลาว (แผนภูมิที่ 8) ส่วนการเกิดโรครายจังหวัด ปี พ.ศ. 2561 พบว่าจังหวัดสงขลา พบจำนวนคนต่างด้าวป่วยด้วยวัณโรคสูงที่สุดถึง 82 ราย รองลงมาคือ จังหวัดสมุทรปราการ และประจวบคีรีขันธ์ (แผนภูมิที่ 9)

ตารางที่ 4 จำนวนแรงงานต่างด้าวที่ป่วยและตายด้วยโรควัณโรค ระหว่าง พ.ศ. 2555-2561

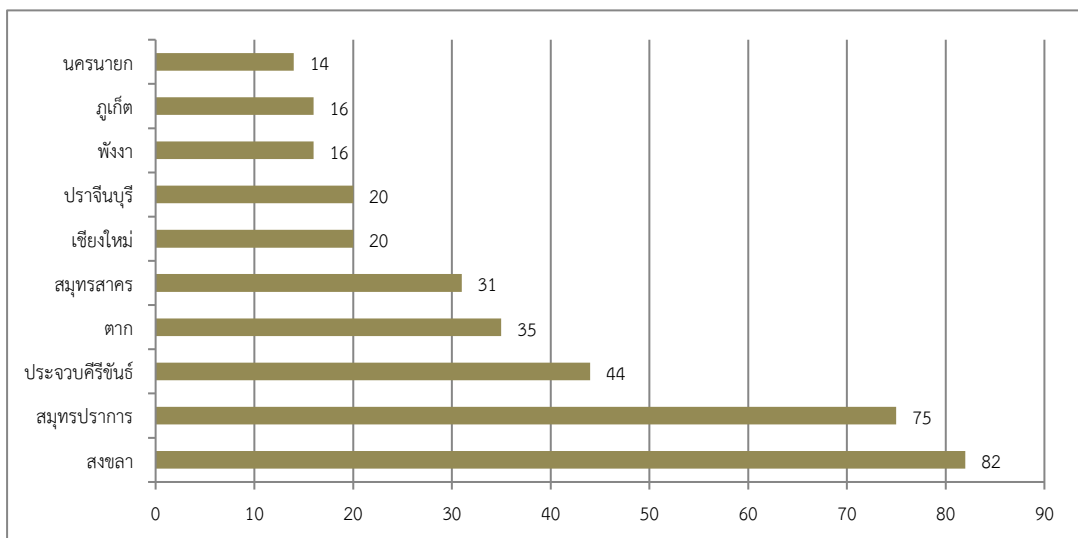
พ.ศ.	รวมแรงงานต่างด้าว		พม่า		มาเลเซีย		กัมพูชา		ลาว		เวียดนาม		จีน		อื่น ๆ	
	ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย
2555	837	0	527	0	2	0	187	0	27	0	0	0	18	0	76	0
2556	346	0	214	0	1	0	29	0	13	0	0	0	6	0	83	0
2557	392	1	182	0	0	0	44	0	14	0	2	0	6	0	144	1
2558	292	2	118	1	0	0	20	0	13	0	0	0	3	0	138	1
2559	173	0	110	0	0	0	18	0	4	0	0	0	3	0	38	0
2560	371	0	257	0	2	0	50	0	12	0	0	0	2	0	48	0
2561	421	0	258	0	5	0	68	0	24	0	0	0	1	0	65	0

ที่มา: รายงาน รง 506 สำนักกระบวนศึกษา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2562)



แผนภูมิที่ 7 แนวโน้มจำนวนประชากรแรงงานต่างด้าว และจำนวนการเกิดวัณโรค พ.ศ. 2555–2561
ที่มา: รายงาน รง 506 สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2562)

แผนภูมิที่ 8 สัดส่วนค่ามัธยฐาน ปี 2555–2561 ของการเกิดวัณโรคแยกตามเชื้อชาติ
ที่มา: รายงาน รง 506 สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2562)



แผนภูมิที่ 9 10 อันดับจังหวัดแรกที่มีจำนวนประชากรแรงงานต่างด้าวป่วยด้วยโรควัณโรค
ที่มา: รายงาน รง 506 สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2562)

3.1.2.4 ใช้เลือดออก

โรคไข้เลือดออก มีปัจจัยเสี่ยงสำคัญคือ การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในบ้าน และในชุมชนไม่เหมาะสม มีขยะสะสมเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย และหากยุงลายกัดผู้ติดเชื้อก็จะแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่น จากตารางที่ 5 และแผนภูมิที่ 10 พบการระบาดของไข้เลือดออกใน

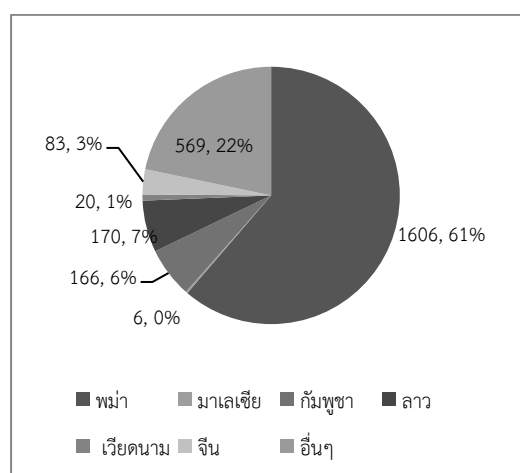
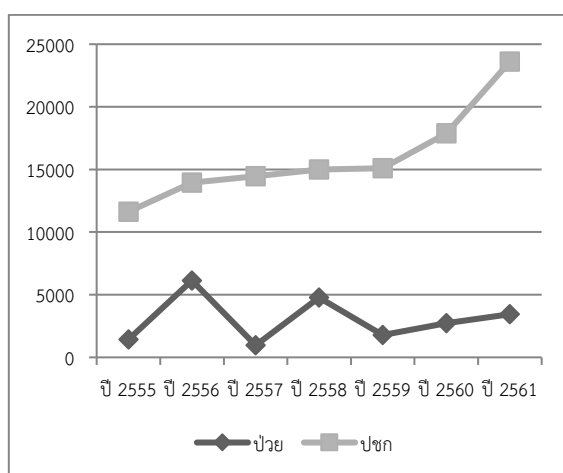
แรงงานต่างด้าวเป็นช่วง ๆ แต่ตั้งแต่ปี 2559 มีแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ภาพรวมของประเทศ พ.ศ. 2561 พบการเกิดไข้เลือดออกเท่ากับ 122.21 ต่อแสนประชากร หากพิจารณาเฉพาะกลุ่มแรงงานต่างด้าว พบเท่ากับ 145.63 ต่อแสนประชากรแรงงานต่างด้าวที่ลงทะเบียน ซึ่งมีอัตราการเกิดโรคสูงกว่าภาพรวมของประเทศ

เมื่อพิจารณาสัดส่วนการเกิดโรคพบว่าเกิดในกลุ่มเชื้อชาติพม่าสูงที่สุด รองลงมาคือลาว และกัมพูชาตามลำดับ (แผนภูมิที่ 11) ปัญหาไข้เลือดออก พบระบอบมากที่สุดที่จังหวัดเชียงราย รองลงมาคือกรุงเทพมหานคร และจังหวัดเชียงใหม่ (แผนภูมิที่ 12) และจากการสัมภาษณ์ผู้บริหารในเขตสุขภาพที่ 6 ซึ่งเป็นเขตระเบียบังเศรษฐกิจภาคตะวันออก พบการอุบัติของโรคชิคุนกุนยาซึ่งมีพาหะเป็นยุงลายในแรงงานต่างด้าวร่วมด้วย

ตารางที่ 5 จำนวนแรงงานต่างด้าวที่ป่วยและตายด้วยโรคไข้เลือดออก ระหว่าง พ.ศ. 2555–2561

พ.ศ.	รวมแรงงานต่างด้าว		พม่า		มาเลเซีย		กัมพูชา		ลาว		เวียดนาม		จีน		อื่น ๆ	
	ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย
2555	1,428	5	769	4	6	0	166	0	121	0	25	0	34	0	307	1
2556	6,138	5	4,356	4	8	0	161	0	781	0	59	0	137	1	636	0
2557	964	1	469	0	2	0	94	1	72	0	17	0	40	0	270	0
2558	4,769	4	2,131	2	6	0	495	1	318	1	75	0	112	0	1,632	0
2559	1,773	1	875	0	5	0	137	0	126	0	20	0	52	0	558	1
2560	2,731	7	1,606	5	13	0	217	1	170	1	17	0	83	0	625	0
2561	3,437	5	2,247	4	6	0	306	1	206	0	15	0	88	0	569	0

ที่มา: รายงาน รง 506 สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2562)

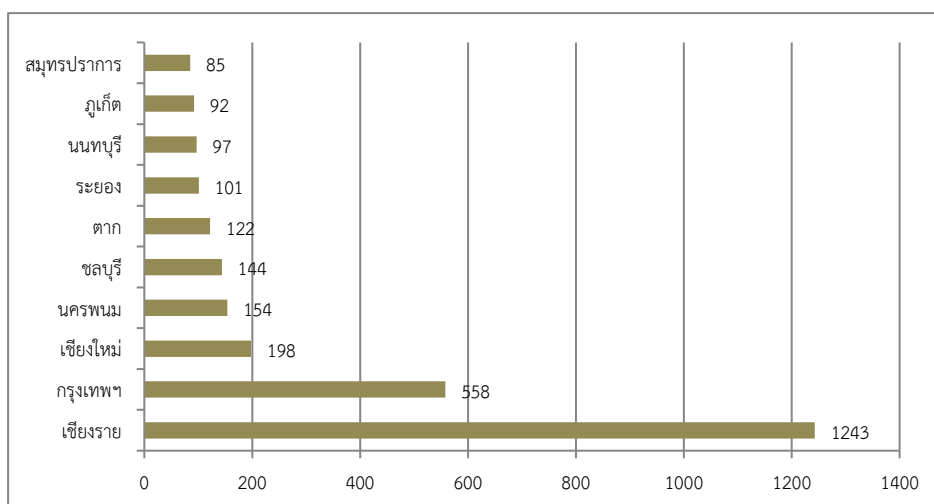


แผนภูมิที่ 10 แนวโน้มจำนวนประชากรแรงงานต่างด้าว และจำนวนการเกิดไข้เลือดออก พ.ศ. 2555–2561

ที่มา: รายงาน รง 506 สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2562)

แผนภูมิที่ 11 สัดส่วนค่ามัธยฐาน ปี 2555–2561 ของการเกิดไข้เลือดออกแยกตามเชื้อชาติ

ที่มา: รายงาน รง 506 สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2562)



แผนภูมิที่ 12 10 อันดับจังหวัดแรกที่มีจำนวนประชากรแรงงานต่างด้าวป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก
ที่มา: รายงาน รง 506 สำนักกระบวนวิทย์ฯ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2562)

3.2 ข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชนแรงงานต่างด้าว

จากสภาพปัญหาสุขภาพจากกรณีศึกษาใน 4 โรคซึ่งมีปัจจัยเสี่ยงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ในส่วนนี้ปัจจัยเสี่ยงจากอนามัยสิ่งแวดล้อมใช้ข้อมูลจาก 2 ส่วนคือ การสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้รับชอบและผู้บริหารกรมอนามัย และผู้บริหารในเขตสุขภาพที่ 6 ซึ่งดูแลพื้นที่ระยองเขตเศรษฐกิจภาคตะวันออกถึงสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และวิเคราะห์ความเสี่ยงจากรายงานการศึกษาอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชนต่างด้าวในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ

จากการสัมภาษณ์ ผู้ให้สัมภาษณ์มองปรากฏการณ์ของโลกาภิวัตน์ทำให้เกิดการเคลื่อนย้ายแรงงาน ซึ่งแรงงานเป็นปัจจัยการผลิตที่สำคัญในการยกระดับทางเศรษฐกิจ และในประเทศไทยซึ่งส่งเสริมการลงทุนจากต่างชาติ แรงงานไร้ฝีมือจากต่างประเทศย่อมหลั่งเข้ามา ซึ่งปัญหาที่พบคือ แรงงานต่างด้าวเหล่านี้ เหมือนประเทศเราเมื่อ 20-30 ปีก่อน ซึ่งมีพฤติกรรมอนามัยที่ไม่เหมาะสม (Low Sanitation) และมีโรคบางอย่างเข้ามาด้วย เช่น วัณโรค เหาช้าง มาลาเรีย อูจาระร่วง อหิวาตกโรค เป็นต้น ในภาพของประเทศเองจากการเปิดเสรีการค้า การเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ในด้านสุขาภิบาลอาหารและน้ำจะมีปัญหามาก ผลจากการเปิดเสรีทางการค้า แรงงานต่างด้าวสามารถเป็นผู้สัมผัสอาหาร ผู้เตรียม ผู้ประกอบอาหาร และยังเป็นเจ้าของร้านได้ หากแรงงานต่างด้าวมีพฤติกรรมอนามัยไม่เหมาะสม ไม่ดำเนินการเป็นไปตามหลักสุขาภิบาล ย่อมทำให้ผู้บริโภคทั้งคนไทยหรือคนต่างด้าวเองเจ็บป่วยด้วยโรคที่มีสื่อทางน้ำและอาหาร

ส่วนในระดับพื้นที่ พบว่าปัญหาสุขภาพในแรงงานต่างด้าว ในเขตอำเภอแม่สอด จังหวัดตากพบแรงงานพม่ามีอัตราอูจาระร่วงเพิ่มสูงขึ้น เนื่องจากปัญหาด้านส้วม ขยะ และน้ำบริโภคที่ไม่สะอาด ในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือพฤติกรรมกรบริโภคของแรงงานลาวพบติดเชื่อพยาธิใบไม้ในตับเนื่องจากรับประทานสุก ๆ ดิบ ๆ และด้วยพฤติกรรมสุขอนามัยที่ไม่เหมาะสม หรือการจัดการสิ่งปฏิกูลที่ไม่ถูกต้องทั้งในส่วนพาหนะและระบบลำเลียง ทำให้โอกาสเชื้อหลุดรอดเข้าสู่ธรรมชาติและ

แพร่กระจายเชื้อ และการศึกษาในจังหวัดเชียงใหม่ซึ่งมีผู้เข้ามาอาศัยชาวเมียนมาร์เชื้อสายไทยใหญ่ พบปัญหาที่ฟักอาศัยแออัด สกปรก ส้วมไม่เป็นไปตามมาตรฐาน และการมีสัตว์พาหะนำโรค เป็นต้น (ไพรัช ตันอุดม, 2551)

อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาจากรายงานการสำรวจอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชนแรงงานต่างด้าวของกรมอนามัย (ฤทธิรงค์ จังโกฏ, 2561) ซึ่งได้ศึกษาในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ 6 ตำบล 3 จังหวัด ได้แก่ ต.แก่งเสี้ยน อ.เมือง จ.กาญจนบุรี ต.สายลวด อ.แม่สอด จ.ตาก ต.ช่องแคบ อ.พบพระ จ.ตาก ต.หาดเล็ก อ.คลองใหญ่ จ.ตราด ต.ตะพง อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา และ ต.ปริก อ.สะเดา จ.สงขลา (ตารางที่ 6) โดยการศึกษานี้ได้คัดเลือกเฉพาะปัจจัยเสี่ยงของรายงานการศึกษาที่ส่งผลต่อการเกิดโรคตามกรณีศึกษา 4 โรค ข้อมูลจากรายงานที่นำมาเสนอนี้แบ่งเป็น 2 ส่วน ส่วนที่สำรวจครัวเรือนที่ฟักอาศัย และพฤติกรรม ในส่วนของข้อมูลที่ฟักอาศัยประเด็นที่นำมาวิเคราะห์ คือ โครงสร้างที่ฟักอาศัย น้ำดื่ม น้ำใช้ การจัดการขยะมูลฝอย ห้องส้วม การจัดการน้ำเสีย การควบคุมแมลงและสัตว์พาหะนำโรค และการสุขาภิบาลอาหาร จากนั้นนำปัจจัยเหล่านี้มาจัดระดับความเสี่ยงของแต่ละปัจจัยดังตารางที่ 7 โดยกำหนดให้

น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 25	เท่ากับ ความเสี่ยงระดับต่ำ
ร้อยละ 25.01-50	เท่ากับความเสี่ยงระดับปานกลาง
ร้อยละ 50.01-75	เท่ากับความเสี่ยงระดับสูง
มากกว่าร้อยละ 75	เท่ากับ ความเสี่ยงระดับสูงมาก

ตารางที่ 6 สถานการณ์ปัจจัยเสี่ยงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมซึ่งมีผลกระทบต่อสุขภาพในชุมชนแรงงานต่างด้าวในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ

	ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขาภิบาลและอนามัยสิ่งแวดล้อมของที่พักอาศัย	ต.แก่งเสี้ยน อ.เมือง จ.กาญจนบุรี	ต.สายลวด อ.แม่สอด จ.ตาก	ต.ช่องแคบ อ.พบพระ จ.ตาก	ต.หาดเล็ก อ.คลองใหญ่ จ.ตราด	ต.ตะพง อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา	ต.ปริก อ.สะเดา จ.สงขลา	ภาพรวม
1	โครงสร้างที่ฟักอาศัย	47.58	14.72	14.41	14.03	0.62	28.33	29.43
	ความไม่สะอาด มีขยะเกลื่อนกลาด	46.04	21.67	30.72	11.18	0.93	38.89	35.46
	อากาศถ่ายเทไม่สะดวกอับชื้น	48.2	10	0	15.13	0.93	31.11	25.37
	แสงสว่างจากธรรมชาติไม่สามารถส่องถึงภายใน	48.51	12.5	12.5	15.79	0	15	27.45
2	น้ำดื่ม	8.17	5.00	27.78	10.86	0.00	1.95	8.88
	น้ำดื่มไม่สะอาดปนเปื้อนสิ่งสกปรก	2.48	5.83	3.92	5.26	0	2.22	3.02
	ภาชนะกักเก็บน้ำดื่มไม่สะอาด	13.86	4.17	51.63	16.45	0	1.67	14.74
3	น้ำใช้	46.79	19.17	66.67	13.49	3.24	11.11	31.11

	ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขาภิบาลและ อนามัยสิ่งแวดล้อมของที่พัก อาศัย	ต.แก่งเสี้ยน อ.เมือง จ.กาญจนบุรี	ต.สายลาด อ.แม่สอด จ.ตาก	ต.ช่องแคบ อ.พบพระ จ.ตาก	ต.หาดเล็ก อ.คลองใหญ่ จ.ตราด	ต.ตะพง อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา	ต.ปริก อ.สะเตา จ.สงขลา	ภาพรวม
	น้ำใช้ไม่สะอาดปนเปื้อนสิ่ง สกปรก	44.08	32.5	38.56	6.58	1.85	7.22	26.07
	ภาชนะกักเก็บน้ำใช้ไม่สะอาด	49.5	5.83	94.77	20.39	4.63	15	36.15
4	การจัดการขยะมูลฝอยในที่พัก อาศัย	37.79	59.17	84.33	50.78	26.55	67.41	56.43
	ไม่มีการคัดแยกขยะ	29.21	60.83	60.83	53.29	41.67	92.78	62.22
	ถังขยะไม่มีฝาปิด	51.98	65	98.04	47.37	32.41	77.22	64.74
	ถังขยะไม่สะอาด มีขยะล้น มี กลิ่นเหม็น	32.18	51.67	94.12	51.67	5.56	32.22	42.32
5	ห้องส้วม	46.90	33.13	64.05	28.95	21.30	26.11	36.84
	ห้องส้วมรวมชุมชน	50	59.17	95.42	69.08	76.85	45	54.03
	ห้องส้วมไม่สะอาด	45.54	31.67	96.73	11.18	1.85	34.44	43.95
	อากาศภายในส้วมไม่ถ่ายเท อับ ชื้น มีกลิ่นเหม็น	48.02	36.67	62.75	24.34	4.63	23.89	36.52
	ถังเก็บสิ่งปฏิกูลแตกรั่วซึม	44.05	5	1.31	11.18	1.85	1.11	12.85
6	การจัดการน้ำเสีย	27.97	59.58	54.25	75.66	2.78	28.06	37.60
	การระบายน้ำเสียระบายลงดิน	39.6	90.83	96.08	73.03	0.93	22.78	56.17
	น้ำเสียวท่วมขังบริเวณที่พักอาศัย	16.34	28.33	12.42	78.29	4.63	33.33	19.02
7	การควบคุมแมลงและสัตว์ พาหะนำโรค	75.25	91.67	57.52	83.55	83.33	71.11	70.15
	พบร่องรอยของแมลงวัน แมลงสาบ ยุง หนู	75.25	91.67	57.52	83.55	83.33	71.11	70.15
8	การสุขาภิบาลอาหาร	50.25	36.81	30.50	28.84	9.57	42.96	35.56
	ความสูงของที่ปรุงอาหารน้อยกว่า 60 ซม.	69.31	90.83	9.8	36.18	26.85	100	56.93
	ความไม่สะอาดของห้องครัวที่ ประกอบอาหาร	45.54	7.5	16.99	26.32	22.22	15.56	22.54
	ไม่มีตู้/ฝาชี/ภาชนะเก็บอาหารที่ ป้องกันสัตว์พาหะและแมลงนำ โรค	44.06	19.17	2.61	19.74	0.93	0	15.87
	ภาชนะใส่อาหารไม่สะอาด	43.07	2.5	41.18	23.03	0	13.33	23.05
	ถังขยะรองรับการทิ้งเศษอาหาร ไม่สะอาด	48.02	51.67	83.01	38.82	3.7	100	60.83

	ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขาภิบาลและ อนามัยสิ่งแวดล้อมของที่พัก อาศัย	ต.แก่งเสี้ยน อ.เมือง จ.กาญจนบุรี	ต.สายลวด อ.แม่สอด จ.ตาก	ต.ช่องแคบ อ.พบพระ จ.ตาก	ต.หาดเล็ก อ.คลองใหญ่ จ.ตราด	ต.ตะพง อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา	ต.ปริก อ.สะเตา จ.สงขลา	ภาพรวม
	สถานที่ล้างภาชนะไม่สะอาดมี เศษอาหารตกค้าง	51.49	49.17	29.41	28.95	3.7	28.89	34.13
9	พฤติกรรมด้านอนามัย สิ่งแวดล้อม	42.53	69.87	61.75	45.37	43.73	45.74	47.84
	การกินอาหารปรุงสุก ๆ ดิบ ๆ เป็นประจำ	50.74	0	1.92	4.6	6.02	4.44	14.11
	ไม่ใช้ช้อนกลางในการกินอาหาร เป็นประจำ	31.53	80	35.26	75.5	57.14	63.89	54.56
	ไม่ล้างมือด้วยน้ำและสบู่ก่อนกิน อาหารเป็นประจำ	36.45	92.5	98.72	66.9	72.18	60.56	66.13
	ไม่ล้างมือด้วยน้ำและสบู่หลังกิน อาหารเป็นประจำ	36.45	94.2	100	63.6	67.67	63.89	66.79
	ไม่ล้างมือด้วยน้ำและสบู่หลังเข้า ห้องน้ำเป็นประจำ	75.37	91.7	98.08	56.3	45.86	61.67	61.1
	เคี้ยวหมากและบ้วนน้ำหมากลง พื้น	24.63	60.8	36.54	5.3	13.53	20	24.37
	คะแนนเฉลี่ยปัจจัยเสี่ยงเชิง ชุมชน	42.63	43.99	51.56	37.20	20.87	37.07	39.33
10	การเจ็บป่วยในรอบปีที่ผ่านมา							
	โรคอาหารเป็นพิษ	6.4	1.6	0	13.25	17.72	9.78	8
	โรคอุจจาระร่วง	2.8	0	4.49	11.92	41.77	10.87	13.34
	โรคมาลาเรีย	0	0	0.64	3.31	0.63	0	0.79
	โรคไข้เลือดออก	0	0	0	0	0	5.43	1.68
	วัณโรค	0	0	26.28	0	0	0	0

ที่มา: ฤทธิ์รงค์ จังโกฏี (2561)

การวิเคราะห์และจัดระดับความเสี่ยง แสดงผลการวิเคราะห์ดัง ตารางที่ 7 โดยปัจจัยเสี่ยงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ปัจจัยด้านโครงสร้างที่พักอาศัย น้ำดื่ม น้ำใช้ การจัดการมูลฝอยในที่พักอาศัย ห้องส้วม การจัดการน้ำเสีย การควบคุมแมลงและพาหะนำโรค การสุขาภิบาลอาหาร และพฤติกรรมด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

ตารางที่ 7 การจัดระดับความเสี่ยงของปัจจัยด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพในชุมชนแรงงานต่างด้าวในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ

	ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม ของที่พักอาศัย	ต.แก่งเสี้ยน อ.เมือง จ.กาญจนบุรี	ต.สายลวด อ.แม่สอด จ.ตาก	ต.ช่องแคบ อ.พบพระ จ.ตาก	ต.หาดเล็ก อ.คลองใหญ่ จ.ตราด	ต.ตะพง อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา	ต.ปรีก อ.สะเตา จ.สงขลา	ภาพรวม
1	โครงสร้างที่พักอาศัย	ปานกลาง	ต่ำ	ต่ำ	ต่ำ	ต่ำ	ปานกลาง	ปานกลาง
	ความไม่สะอาด มีขยะ เกลื่อนกลาด	ปานกลาง	ต่ำ	ปานกลาง	ต่ำ	ต่ำ	ปานกลาง	ปานกลาง
	อากาศถ่ายเทไม่สะดวกอับชื้น	ปานกลาง	ต่ำ	ไม่มี	ต่ำ	ต่ำ	ปานกลาง	ปานกลาง
	แสงสว่างจากธรรมชาติไม่ สามารถส่องถึงภายใน	ปานกลาง	ต่ำ	ต่ำ	ต่ำ	ไม่มี	ต่ำ	ปานกลาง
2	น้ำดื่ม	ต่ำ	ต่ำ	ปานกลาง	ต่ำ	ไม่มี	ต่ำ	ต่ำ
	น้ำดื่มไม่สะอาดปนเปื้อน สิ่งสกปรก	ต่ำ	ต่ำ	ต่ำ	ต่ำ	ไม่มี	ต่ำ	ต่ำ
	ภาชนะกักเก็บน้ำดื่มไม่สะอาด	ต่ำ	ต่ำ	สูง	ต่ำ	ไม่มี	ต่ำ	ต่ำ
3	น้ำใช้	ปานกลาง	ต่ำ	สูง	ต่ำ	ต่ำ	ต่ำ	ปานกลาง
	น้ำใช้ไม่สะอาดปนเปื้อนสิ่ง สกปรก	ปานกลาง	ปานกลาง	ปานกลาง	ต่ำ	ต่ำ	ต่ำ	ปานกลาง
	ภาชนะกักเก็บน้ำใช้ไม่สะอาด	ปานกลาง	ต่ำ	สูงมาก	ต่ำ	ต่ำ	ต่ำ	ปานกลาง
4	การจัดการขยะมูลฝอยใน ที่พักอาศัย	ปานกลาง	สูง	สูงมาก	สูง	ปานกลาง	สูง	สูง
	ไม่มีการคัดแยกขยะ	ปานกลาง	สูง	สูง	สูง	ปานกลาง	สูงมาก	สูง
	ถังขยะไม่มีฝาปิด	สูง	สูง	สูงมาก	ปานกลาง	ปานกลาง	สูงมาก	สูง
	ถังขยะไม่สะอาด มีขยะล้น มีกลิ่นเหม็น	ปานกลาง	สูง	สูงมาก	สูง	ต่ำ	ปานกลาง	ปานกลาง
5	ห้องส้วม	ปานกลาง	ปานกลาง	สูง	ปานกลาง	ต่ำ	ปานกลาง	ปานกลาง
	ห้องส้วมรวมชุมชน	สูง	สูง	สูงมาก	สูง	สูงมาก	ปานกลาง	สูง
	ห้องส้วมไม่สะอาด	ปานกลาง	ปานกลาง	สูงมาก	ต่ำ	ต่ำ	ปานกลาง	ปานกลาง
	อากาศภายในส้วมไม่ ถ่ายเท อับชื้น มีกลิ่นเหม็น	ปานกลาง	ปานกลาง	สูง	ต่ำ	ต่ำ	ต่ำ	ปานกลาง
	ถังเก็บสิ่งปฏิกูลแตกรั่ว รั่วซึม	ปานกลาง	ต่ำ	ต่ำ	ต่ำ	ต่ำ	ต่ำ	ต่ำ
6	การจัดการน้ำเสีย	ปานกลาง	สูง	สูง	สูงมาก	ต่ำ	ปานกลาง	ปานกลาง
	การระบายน้ำเสียระบายลงดิน	ปานกลาง	สูงมาก	สูงมาก	สูง	ต่ำ	ต่ำ	สูง
	น้ำเสียท่วมขังบริเวณที่พัก อาศัย	ต่ำ	ปานกลาง	ต่ำ	สูงมาก	ต่ำ	ปานกลาง	ต่ำ

	ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขาภิบาล และอนามัยสิ่งแวดล้อม ของที่พักอาศัย	ต.แก่งเสี้ยน อ.เมือง จ.กาญจนบุรี	ต.สายลวด อ.แม่สอด จ.ตาก	ต.ช่องแคบ อ.พพระ จ.ตาก	ต.หาดเล็ก อ.คลองใหญ่ จ.ตราด	ต.ตะพง อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา	ต.ปรีก อ.สะเตา จ.สงขลา	ภาพรวม
7	การควบคุมแมลงและสัตว์ พาหนะนำโรค	สูงมาก	สูงมาก	สูง	สูงมาก	สูงมาก	สูง	สูง
	พบร่องรอยของแมลงวัน แมลงสาบ ยุง หนู	สูงมาก	สูงมาก	สูง	สูงมาก	สูงมาก	สูง	สูง
8	การสุขาภิบาลอาหาร	สูง	ปานกลาง	ปานกลาง	ปานกลาง	ต่ำ	ปานกลาง	ปานกลาง
	ความสูงของที่ปรุงอาหาร น้อยกว่า 60 ซม.	สูง	สูงมาก	ต่ำ	ปานกลาง	ปานกลาง	สูงมาก	สูง
	ความไม่สะอาดของ ห้องครัวที่ประกอบอาหาร	ปานกลาง	ต่ำ	ต่ำ	ปานกลาง	ต่ำ	ต่ำ	ต่ำ
	ไม่มีตู้/ฝาชี/ภาชนะเก็บ อาหารที่ป้องกันสัตว์ พาหนะและแมลงนำโรค	ปานกลาง	ต่ำ	ต่ำ	ต่ำ	ต่ำ	ไม่มี	ต่ำ
	ภาชนะใส่อาหารไม่สะอาด	ปานกลาง	ต่ำ	ปานกลาง	ต่ำ	ไม่มี	ต่ำ	ต่ำ
	ถังขยะรองรับการทิ้งเศษ อาหารไม่สะอาด	ปานกลาง	สูง	สูงมาก	ปานกลาง	ต่ำ	สูงมาก	สูง
	สถานที่ล้างภาชนะไม่ สะอาดมีเศษอาหารตกค้าง	สูง	ปานกลาง	ปานกลาง	ปานกลาง	ต่ำ	ปานกลาง	ปานกลาง
9	พฤติกรรมด้านอนามัย สิ่งแวดล้อม	ปานกลาง	สูง	สูง	ปานกลาง	ปานกลาง	ปานกลาง	ปานกลาง
	การกินอาหารปรุงสุก ๆ ดิบ ๆ เป็นประจำ	สูง	ไม่มี	ต่ำ	ต่ำ	ต่ำ	ต่ำ	ต่ำ
	ไม่ใช้ช้อนกลางในการกิน อาหารเป็นประจำ	ปานกลาง	สูงมาก	ปานกลาง	สูงมาก	สูง	สูง	สูง
	ไม่ล้างมือด้วยน้ำและสบู่ ก่อนกินอาหารเป็นประจำ	ปานกลาง	สูงมาก	สูงมาก	สูง	สูง	สูง	สูง
	ไม่ล้างมือด้วยน้ำและสบู่ หลังกินอาหารเป็นประจำ	ปานกลาง	สูงมาก	สูงมาก	สูง	สูง	สูง	สูง
	ไม่ล้างมือด้วยน้ำและสบู่ หลังเข้าห้องน้ำเป็นประจำ	สูงมาก	สูงมาก	สูงมาก	สูง	ปานกลาง	สูง	สูง
	เคี้ยวหมากและบ้วนน้ำ หมากลงพื้น	ต่ำ	สูง	ปานกลาง	ต่ำ	ต่ำ	ต่ำ	ต่ำ
	ระดับความเสี่ยงของ ชุมชน	ปานกลาง	ปานกลาง	สูง	ปานกลาง	ต่ำ	ปานกลาง	ปานกลาง

ผลการวิเคราะห์ (ตารางที่ 7) พบว่า ภาพรวมปัจจัยด้านโครงสร้างที่อยู่อาศัย พบว่าชุมชนมีระดับความเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลางทุกปัจจัย ทั้งความสะอาด อากาศถ่ายเท และแสงสว่าง

ปัจจัยด้านน้ำดื่มไม่สะอาด และภาชนะกักเก็บไม่สะอาด ในภาพรวมชุมชนมีความเสี่ยงในระดับต่ำ ยกเว้น ต.ช่องแคบ อยู่ในระดับปานกลาง และประเด็นภาชนะกักเก็บน้ำดื่มไม่สะอาดมีความเสี่ยงสูง

ปัจจัยด้านน้ำใช้ชุมชนไม่สะอาด และภาชนะกักเก็บไม่สะอาด ในภาพรวมชุมชนมีความเสี่ยงในระดับปานกลาง ยกเว้น ต.ช่องแคบ อยู่ในระดับสูง และประเด็นภาชนะกักเก็บน้ำใช้ไม่สะอาดมีความเสี่ยงสูงมาก

การจัดการขยะมูลฝอยในที่พักอาศัย ชุมชนมีความเสี่ยงในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ทั้งการไม่แยกขยะ และถังขยะไม่มีฝาปิด โดยเฉพาะ ต.ช่องแคบ อยู่ในระดับสูงมาก ซึ่งมีปัญหาถังขยะไม่สะอาด มีขยะล้น มีกลิ่น ที่เป็นปัญหาสูงมากร่วมด้วย

ภาพรวมปัจจัยด้านห้องส้วม ชุมชนมีความเสี่ยงในระดับปานกลาง แต่ปัจจัยที่มีความเสี่ยงสูงคือการใช้ห้องส้วมรวมในชุมชนซึ่งทำให้มีโอกาสในการเป็นแหล่งบ่มเพาะและกระจายเชื้อโรค โดยชุมชนที่นิยมใช้ห้องส้วมรวมโดยคนในชุมชนสูงสุดคือ ต.ช่องแคบ และ ต.ตะพง มีความเสี่ยงระดับสูงมาก นอกจากนี้ ต.ช่องแคบ ยังพบปัญหาความสะอาดและการระบายอากาศในห้องส้วม

การจัดการน้ำเสีย พบว่าภาพรวมของชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง แต่มีปัญหาเรื่องการระบายน้ำทิ้งลงดิน ซึ่งปัญหาอยู่ในระดับสูง และ ต.หาดเล็ก มีปัญหาการจัดการน้ำเสียในระดับสูงมาก

การควบคุมแมลงและสัตว์พาหะนำโรค พบปัญหาโดยรวมอยู่ในระดับสูง และหลายชุมชนอยู่ในระดับสูงมาก

ด้านการสุขาภิบาลอาหารและน้ำ ภาพรวมความเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง แต่น้ำปัจจัยด้านความสูงของที่ปรุงอาหารน้อยกว่า 60 ซม. อยู่ในระดับสูงนั้นหมายถึงโอกาสที่อาหารจะได้รับการปนเปื้อนมีความเสี่ยงด้วยเช่นกัน และอีกปัจจัยคือ ถังขยะรองรับการทิ้งอาหารไม่สะอาด ก็เป็นปัญหาที่อยู่ในระดับสูง ชุมชนที่มีความเสี่ยงของด้านสุขาภิบาลอาหารในระดับสูง คือ ต.แก่งเสี้ยน

ด้านพฤติกรรมด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง แต่เมื่อพิจารณารายพฤติกรรมแล้วพบว่า ยังพบปัญหาในระดับสูงคือ ไม่ใช่ช้อนกลางในการกินอาหารเป็นประจำ ไม่ล้างมือด้วยน้ำและสบู่ก่อนกินอาหารเป็นประจำ ไม่ล้างมือด้วยน้ำและสบู่หลังกินอาหารเป็นประจำ และไม่ล้างมือด้วยน้ำและสบู่หลังเข้าห้องน้ำเป็นประจำ มากไปกว่านั้น ในหลายตำบลที่ศึกษา ความเสี่ยงในประเด็นนี้ยังอยู่ในระดับสูงมาก ซึ่งพฤติกรรมทั้ง 4 พฤติกรรมนี้ เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดการปนเปื้อน และการแพร่กระจายเชื้อโรคทั้งสิ้น

จากข้อมูลในช่วงต้นพบว่าปัจจัยที่ต้องเร่งรัดแก้ไขปัญหา ได้แก่ การจัดการขยะมูลฝอยในที่พักอาศัย การควบคุมแมลงและสัตว์พาหะนำโรค การใช้ช้อนกลาง และการล้างมือ ส่วนความเสี่ยงในภาพรวมของชุมชนพบว่าชุมชนในตำบลช่องแคบ จังหวัดตาก อยู่ในระดับสูง ส่วนชุมชนในตำบลตะพง จังหวัดสงขลาอยู่ในระดับต่ำ แต่หากพิจารณาจังหวัดตาก เมื่อดูภาพรวมการเกิดโรคต่าง ๆ ตามหัวข้อ 3.1.2 แล้วก็มีความชุกที่สูงเช่นกัน

นอกจากนี้ในประเด็นการเปรียบเทียบสภาพปัญหาด้านสุขาภิบาลและอนามัยสิ่งแวดล้อมระหว่างชุมชนไทยและชุมชนต่างดาว จากการศึกษาในหลายหลายแหล่งข้อมูลพบว่า ความเสี่ยงที่คน

ต่างด้าวมีความเสี่ยงสูงกว่าคนไทยคือ ครั้วเรือนกินอาหารไม่ถูกสุขลักษณะ ปลอดภัย และได้มาตรฐาน การจัดบ้านเรือนเป็นระเบียบเรียบร้อย สะอาด และถูกสุขลักษณะ ส่วนประเด็นที่คนไทยมีความเสี่ยงสูงกว่าคนต่างด้าวคือ พฤติกรรมการไม่ล้างมือทุกครั้งหลังกินอาหาร และเข้าห้องน้ำ ส่วนความเสี่ยงที่พอ ๆ กันระหว่างคนไทยและต่างด้าวคือ การจัดหาน้ำดื่มที่สะอาด และพฤติกรรมการไม่ใช้ช้อนกลาง (ตารางที่ 8) อย่างไรก็ตาม จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง แสดงความคิดเห็นว่า เมื่อเปรียบเทียบกันแล้วบอกได้ยาก ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพการจัดการคือ ประสิทธิภาพการทำงาน และความใส่ใจของภาครัฐที่เข้าไปจัดการ หากเจ้าหน้าที่เข้าถึงประชาชน หรือชุมชน ไม่ว่าจะคนไทยหรือคนต่างด้าว ย่อมทำให้เกิดการพัฒนาเป็นไปในทางที่ดี และยังเป็นคนต่างด้าวจากการสัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลมีความเห็นว่าคนต่างด้าวมักให้ความร่วมมือดีกว่าคนไทย โดยเฉพาะประเด็นสุขภาพ เป็นประเด็นที่เข้าถึงง่ายและให้ความร่วมมือดี

ตารางที่ 8 เปรียบความเสี่ยงในด้านครัวเรือนและพฤติกรรมอนามัยระหว่างคนไทยและคนต่างด้าว

ความเสี่ยง	คนไทย		คนต่างด้าว	
	ร้อยละ	ระดับ	ร้อยละ	ระดับ
ครั้วเรือนกินอาหารไม่ถูกสุขลักษณะ ปลอดภัย และได้มาตรฐาน*	0.95	ต่ำ	35.36	ปานกลาง
ครั้วเรือนไม่มีน้ำสะอาดสำหรับดื่มและบริโภค เพียงพอตลอดปี อย่างน้อยคนละ 5 ลิตรต่อวัน*	0.15	ต่ำ	8.88	ต่ำ
ครั้วเรือนไม่มีการจัดบ้านเรือนเป็นระเบียบเรียบร้อย สะอาด และถูกสุขลักษณะ*	2.21	ต่ำ	35.46	ปานกลาง
การไม่ล้างมือทุกครั้งหลังกินอาหาร และเข้าห้องน้ำ**	75	สูงมาก	63.95	สูง
ไม่ใช้ช้อนกลางในการกินอาหารเป็นประจำ***	52.5	สูง	54.56	สูง

*กรมการพัฒนาชุมชน (กรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย, 2561)

**กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (สำนักงานกองทุนสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2559)

***กรมควบคุมโรค (เจาะลิกระบบสุขภาพ, 2562)

3.3 การดำเนินพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชนแรงงานต่างด้าว

การที่ประเทศไทยจะจัดการด้านสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมในกลุ่มแรงงานต่างด้าว จำเป็นต้องมีการจำแนกประเด็นเพื่อการวางแผนและกำหนดมาตรการการจัดการ ซึ่งมีเงื่อนไขและบริบทที่ต่างกัน อาทิ พิจารณาประเภทการประกอบการ เช่น อุตสาหกรรม เกษตร ก่อสร้าง รับจ้าง ตามบ้าน ร้านค้า มีการจัดที่พักให้ หรือไม่มี ซึ่งแต่ละประเด็นจะมีมาตรการการจัดการที่แตกต่างกัน ในภาพของกรมอนามัยสิ่งที่ดำเนินการคือการพัฒนาหลักวิชาการ และกฎหมายรองรับ โดยขับเคลื่อนด้วยการชี้นำ จุดประกาย สร้างกระแส (Advocacy) ผ่านผู้กำหนดนโยบาย (Policy Maker) ผู้มีอำนาจ ภาคีเครือข่าย ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียไปดำเนินการ ทั้งนี้บทบาทสำคัญตามกฎหมายกรมอนามัยมีหน้าที่ในการเป็นองค์กรหลักของประเทศในการอภิบาลระบบส่งเสริมสุขภาพและระบบอนามัย

สิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพประชาชน ภารกิจ 6 ด้านที่ต้องดำเนินการ คือ การสังเคราะห์ใช้ความรู้ คู่มือรวม กำหนดนโยบาย กฎหมาย / ออกแบบระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ประสานงาน/สร้างความร่วมมือ และกำกับดูแลเพื่อให้เกิดความรับผิดชอบต่อการดำเนินงาน ในการศึกษาบทบาทภารกิจกรมอนามัยที่มีบทบาทอภิบาลระบบ (System Governance) ส่งเสริมสุขภาพและระบบอนามัยสิ่งแวดล้อม จึงได้ใช้แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ ตามกฎบัตรบรอตตาว่า (Ottawa Charter of Health Promotion) เป็นกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์มาตรการในบทบาทของกรมอนามัยที่มีต่อการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชนต่างดาว ทั้งในระดับกรม หรือส่วนกลาง ซึ่งมีหน่วยวิชาการที่ทำหน้าที่ขับเคลื่อน ได้แก่ สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม สำนักสุขภาพอาหารและน้ำ กองประเมินผลกระทบทางสุขภาพ ศูนย์บริหารกฎหมาย และสำนักความร่วมมือระหว่างประเทศ ระดับเขตพื้นที่ ซึ่งมีหน่วยงานของกรมที่ทำหน้าที่ผลักดันในเขตสุขภาพคือ ศูนย์อนามัยที่ 1-12 และสถาบันพัฒนาสุขภาพระดับเขตเมือง (ตารางที่ 9)

3.3.1 การพัฒนานโยบายสาธารณะในระดับประเทศและพื้นที่ (Build healthy public policy)

เป็นการทำให้สุขภาพ ซึ่งในที่นี้คืออนามัยสิ่งแวดล้อมเป็นวาระของผู้กำหนดนโยบายในทุกภาคส่วนและทุกระดับ เพื่อให้ผู้กำหนดนโยบายเหล่านี้ตระหนักถึงผลกระทบทางสุขภาพที่เกิดจากการตัดสินใจในทุกเรื่อง และเพื่อให้ยอมรับว่าคนกลุ่มนี้มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้วยนโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพมีรูปแบบที่หลากหลายแต่มีส่วนสนับสนุนซึ่งกันและกัน ซึ่งจากการศึกษาในประเด็นนี้พบว่า

3.3.1.1 ระดับกรม

กรมอนามัยมีการดำเนินการยกระดับอนามัยสิ่งแวดล้อมด้วยการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์อนามัยสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2560-2564 ซึ่งมีเจ้าภาพหลักคือ กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม โดยความร่วมมือกับหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งแผนยุทธศาสตร์อนามัยสิ่งแวดล้อมแห่งชาตินี้จะเป็นกรอบใหญ่และเป็นเครื่องมือสำคัญให้ทุกหน่วยงานนำไปปฏิบัติให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพคนไทย

ในประเด็นต่อมาในบทบาทของกรมคือ การผลักดันกฎหมายเพื่อคุ้มครอง ปกป้องประชาชน ให้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ โดยกฎหมายสำคัญของกรมอนามัยคือ พระราชบัญญัติสาธารณสุข พ.ศ. 2535 และที่แก้ไขเพิ่มเติม เป็นพระราชบัญญัติที่คุ้มครองประชาชนด้านสุขลักษณะและการอนามัยสิ่งแวดล้อม หรือการสุขภาพสิ่งแวดล้อมซึ่งครอบคลุม ทั้งกิจกรรม การกระทำทุกอย่าง และกิจการประเภทต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอนามัยของประชาชน โดยกระจายอำนาจไปสู่ส่วนท้องถิ่นให้ มีอำนาจในการออก “ข้อบัญญัติท้องถิ่น” ในส่วนกฎหมายอื่น ๆ ที่ขับเคลื่อน ได้แก่ ผลักดันกระทรวงสาธารณสุขให้ออกกฎหมายสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561 ซึ่งมีมาตรการสำคัญที่มุ่งเน้นผู้ประกอบการร้านอาหาร และผู้สัมผัสอาหารต้องผ่านการฝึกอบรม และเมื่อผ่านการอบรมจะได้รับบัตรรับรองการผ่านการฝึกอบรม และออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดจำนวนคนต่อจำนวนพื้นที่ของอาคารที่พักของคนงานก่อสร้างที่ถือว่ามีคนอยู่มากเกินไป นอกจากกรมเสนอกฎหมายเองแล้ว ยังร่วมกับหน่วยงานอื่นในการร่างกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ พระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงานในงาน

ประมง พ.ศ. 2562 และพระราชบัญญัติแรงงานทางทะเล พ.ศ. 2558 ซึ่งมีความสำคัญในการจัดการ อนามัยสิ่งแวดล้อมบนเรือ และสุขอนามัยอื่น ๆ ซึ่งหลายกรณีการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมบน เรือไม่ได้นำมาสู่การที่แรงงานเจ็บป่วย และแพร่กระจายเชื้อเมื่อแรงงานเหล่านี้ขึ้นฝั่ง กฎหมายเหล่านี้ เป็นกฎหมายที่ครอบคลุมมิใช่เฉพาะกับคนไทย แต่ยังรวมถึงแรงงานหรือชาวต่างชาติที่เข้ามาพักพิงมี ถิ่นอาศัย และประกอบกิจการในประเทศไทยด้วย

ในมิติการพัฒนา นโยบายระหว่างประเทศขณะกรมอนามัยได้สร้างความ ร่วมมือระหว่างประเทศติดชายแดน โดยสร้างความร่วมมือกับสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ในลักษณะ Bilateral ในการพัฒนาด้านวิชาการร่วมกัน

1) บทบันทึกข้อตกลงความร่วมมือการดำเนินงานโครงการความร่วมมือ “เครือข่ายอาหารปลอดภัย” ระหว่าง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ราชอาณาจักรไทย กับ แผนกสาธารณสุขนครหลวงเวียงจันทน์ สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ในเรื่องความร่วมมือ ในการจัดทำแผนงาน/โครงการ รวมทั้งการบริหารจัดการ การใช้ทรัพยากรของทั้งสองฝ่าย อาทิ นักวิชาการ ผู้เชี่ยวชาญ ข้อมูล เครื่องมือ อุปกรณ์ สถานที่ และการพัฒนาบุคลากร สนับสนุนทางด้าน วิชาการ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ศึกษาดูงาน ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับกรมอนามัย คือ การตรวจประเมิน ด้านสุขอนามัยและอาหารปลอดภัยในร้านจำหน่ายอาหารและตลาดสด ทั้งนี้กรมได้มอบหมายศูนย์ อนามัยที่ 7 ขอนแก่น สนับสนุนการดำเนินงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

2) Minute of Meeting Consultative Meeting on Thailand–Lao PDR Health Cooperation Health Promotion and Environmental Health (MOM) เป็น MOU ระหว่างราชอาณาจักรไทย กับสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ในเรื่องความร่วมมือในการ จัดทำแผนงาน/โครงการ รวมทั้งการบริหารจัดการ การใช้ทรัพยากรของทั้งสองฝ่าย อาทิ นักวิชาการ ผู้เชี่ยวชาญ ข้อมูล เครื่องมือ อุปกรณ์ สถานที่ และการพัฒนาบุคลากร สนับสนุนทางด้านวิชาการ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ศึกษาดูงาน ประเด็นที่พัฒนาร่วมกันในด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ได้แก่ อาหาร ปลอดภัย การประเมินผลกระทบทางสุขภาพ สุขาภิบาลน้ำ (Water Sanitation) การบริหารจัดการ สารเคมี การจัดการของเสีย/ขยะทางการแพทย์ และการวิจัยร่วมในประเด็น อาทิ มลพิษทางอากาศ เป็นต้น

นอกจากนี้ยังมีความร่วมมือกับประเทศมาเลเซีย ในด้านการจัดการ อาหารปลอดภัย (Food Safety) ในกลุ่มความร่วมมือของประเทศสมาชิก Brunei Darussalam– Indonesia–Singapore–Thailand (BIMST) โดยดำเนินการร่วมกับมาเลเซียในลักษณะเมืองคู่ คือ สงขลา–Kedah สตูล–Perlis นราธิวาส–Kalantan และยะลา–Rerak ทั้งนี้ในระดับกรมจะมีการ ประชุม Malaysia–Thailand Border Health Committee Meeting ส่วนระดับจังหวัดมีการจัด ประชุม Malaysia–Thailand Border Health Goodwill Committee Meeting ซึ่งจัดประชุมทุกปี

3.3.1.2 ระดับเขตพื้นที่

บทบาทของศูนย์อนามัย จะทำหน้าที่ใช้กลไกของกรมที่มี โดยเฉพาะการ อ้างอิงเชิงยุทธศาสตร์ และกฎหมายในการสนับสนุนเขตสุขภาพ และจังหวัด (ในที่นี่ผ่านสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด) โดยในภาพของเขตสุขภาพ ศูนย์อนามัยได้จัดทำนโยบาย และมาตรการร่วมกับ เขตสุขภาพในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชนต่างดาวให้ถูกสุขลักษณะ สำหรับระดับจังหวัดใช้

กลไกคณะกรรมการสาธารณสุขระดับจังหวัด (คสจ.) ตาม พระราชบัญญัติสาธารณสุข พ.ศ. 2535 และที่แก้ไขเพิ่มเติมเป็นหลัก ซึ่งมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน ในการออกแบบระบบการจัดการ ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ รวมถึงในประเด็นการจัดการในชุมชนแรงงานต่างด้าว ทั้งการขับเคลื่อน เพื่อดำเนินงานงานจะใช้กลไกในพื้นที่หลายภาคส่วน อาทิ ผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ ชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ผลักดัน อปท.จัดบริการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมให้เป็นไปตาม พรบ. สาธารณสุข โดยเฉพาะการจัดการปัญหาข้อร้องเรียนที่เกิดจากปัญหาแรงงานต่างด้าว

สำหรับศูนย์อนามัยที่ดูแลจังหวัดที่ติดชายแดน จะทำหน้าที่สนับสนุน และชี้ประเด็นด้านวิชาการในการสร้างความร่วมมือ อาทิ การขับเคลื่อนในลักษณะเมืองคู่ ไทย-ลาว ร่วมกับกรม ในประเด็น Green & Clean Hospital (เน้นขยะติดเชื้อ และด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม) หรือการขับเคลื่อนในลักษณะเมืองคู่ ไทย-มาเลเซียร่วมกับกรม ในประเด็นความปลอดภัยด้านอาหาร ปัญหาอุปสรรค และโอกาสพัฒนา

1) ความไม่ครอบคลุมในการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ที่มี แรงงานต่างด้าวทำงานและอาศัย บางศูนย์อนามัยมีการขับเคลื่อน บางศูนย์อนามัยไม่ได้ดำเนินการทั้ง ที่มีจำนวนแรงงานจำนวนมาก เนื่องจากความไม่ชัดเจน ความไม่ต่อเนื่องของกิจกรรม มาตรการ และ นโยบาย ในการขับเคลื่อน ทั้งนี้ไม่ได้กำหนดเป้าหมาย หรือตัวชี้วัดที่ชัดเจน รวมถึงการไม่มีการ กำหนดบทบาทของส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และส่วนท้องถิ่นร่วมกันอย่างเป็นรูปธรรม การดำเนินการ จึงขึ้นกับความสนใจของพื้นที่ในการดำเนินการ การดำเนินการจะมุ่งไปที่การจัดบริการ และการ ควบคุมโรค ส่วนอนามัยสิ่งแวดล้อมจะเป็นประเด็นบูรณาการหากมีความเกี่ยวข้อง

2) ขาดงบประมาณในการสนับสนุนการดำเนินงานทำให้เกิดความจำกัด และไม่ต่อเนื่อง เมื่องบประมาณหมดก็ไม่มีแหล่งทุนในการขับเคลื่อนต่อ ทั้งนี้งบประมาณที่ภาค สาธารณสุขจะได้รับมี 2 แหล่งคือ ประกันสังคม และบัตรประกันสุขภาพ ซึ่งต้องอาศัยการขึ้นทะเบียน จึงจะได้รับการจัดสรรงบประมาณ หากในกลุ่มแรงงานผิดกฎหมายหรือไม่ขึ้นทะเบียน จะทำให้ขาด งบประมาณในการดำเนินการ และงบประมาณที่จัดสรรมิได้ระบุกิจกรรมเฉพาะ ใช้ในภาพรวมทั้ง ส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู ดังนั้นการขาดแหล่งทุน และการจัดสรรงบประมาณที่เพียงพอ ใน ระดับพื้นที่ เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จึงมีการจัดสรรงบประมาณ และดำเนินงานด้านสุขภาพีบาล และอนามัยสิ่งแวดล้อมในภาพรวมไม่แยกระหว่างกลุ่มคนไทย หรือ แรงงานต่างด้าว

3) ในภาพของกรมอนามัยยังขาดการบูรณาการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กรมควบคุมโรค กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ที่เป็นรูปธรรมในเชิงนโยบาย และการกำหนด มาตรการร่วมกัน แต่ในระดับพื้นที่เองการขับเคลื่อนอาศัยสหวิชาชีพ และหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ในการร่วมการขับเคลื่อนตามสภาพปัญหา ในภาพของศูนย์อนามัย ยังไม่ได้ขับเคลื่อนเป็นภารกิจ และ การดำเนินงานยังจำกัดในบางศูนย์อนามัย

4) ความไม่เข้มงวดของการบังคับใช้กฎหมาย ทั้งที่ประเทศไทยมี กฎหมายหลายฉบับในการดำเนินการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะ พรบ.สาธารณสุข เป็น กฎหมายที่มีผลต่อการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมโดยตรง แต่ติดขัดในการบังคับใช้ของระดับ ท้องถิ่น การออกข้อบัญญัติท้องถิ่น และการทำงานเชิงรุกร่วมกันในการตรวจสอบ ติดตาม กำกับ

ผู้เกี่ยวข้องให้ดำเนินการตามกฎหมายอย่างจริงจัง เช่น ผู้ให้เช่าที่พักอาศัย สถานที่จำหน่ายอาหาร การจัดบริการสาธารณะต่าง ๆ ต้องดำเนินการเป็นไปตามมาตรฐาน ไม่สร้างเหตุรำคาญให้กับชุมชน โดยรอบ

3.3.2 การพัฒนาทักษะและขีดความสามารถ (Develop personal skill)

การสร้างเสริมสุขภาพสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาทั้งในตัวบุคคลและสังคม ด้วยการให้ข้อมูล เสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพ และพัฒนาทักษะชีวิต การดำเนินการในลักษณะนี้จะเปิดโอกาสให้ประชาชนมีความสามารถในการควบคุมสุขภาพของตนเองและสิ่งแวดล้อม และสามารถตัดสินใจเลือกทางเลือกที่จะส่งผลดีต่อสุขภาพ ซึ่งในบทบาทของกรมอนามัยได้ทำการสังเคราะห์ความรู้ พัฒนาการวิชาการส่วนหนึ่งยกระดับเป็นกฎหมาย แต่อีกส่วนพัฒนาเป็นองค์ความรู้เพื่อการปฏิบัติ ในภาพของระดับกรมจัดทำเกณฑ์มาตรฐาน คู่มือ แนวทางการจัดสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม เช่น สุขาภิบาลอาหารและน้ำ ส้วม สิ่งปฏิกูล การจัดการมูลฝอย ฯลฯ แนวทาง/มาตรฐานด้านสุขภาพสิ่งแวดล้อมในชุมชนต่างด้าว

ในระดับเขตพื้นที่ ศูนย์อนามัยได้มีการดำเนินการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการพัฒนาด้านสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม พัฒนาทักษะผู้ประกอบการ โรงงาน ให้มีการจัดการด้านสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม พัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขแรงงานต่างด้าวและ การเยี่ยมติดตาม แลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงาน ทั้งนี้การดำเนินการดังกล่าวส่วนใหญ่เป็นการดำเนินการภายใต้การประสานความร่วมมือ หรือร้องขอจากพื้นที่ ปัญหาอุปสรรค และโอกาสพัฒนา

ความเข้าใจในภาษา และการสื่อสาร รวมถึงความยากในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เนื่องจากภาษาเป็น “Barrier” สำคัญที่จะทำให้แรงงานต่างด้าวเข้าใจความหมาย และเหตุผลที่ต้องกระทำพฤติกรรม รวมถึงพื้นฐานทางความคิดและวัฒนธรรมที่มาจากหลากหลายพื้นที่ ซึ่งในแต่ละประเทศ หากพิจารณาแต่ละท้องถิ่นของประเทศนั้น ๆ ก็มีวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน แต่มากกว่านั้น ระดับการศึกษา การอ่านออกเขียนได้ ก็เป็นอุปสรรค แม้จะมีสื่อหลายภาษา แต่อ่านภาษาตนเองไม่ออกก็เป็นอุปสรรคในการดำเนินการ นั้นหมายถึงความท้าทายที่เราจะมีวิธีการสอนเขาอย่างไรให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)

3.3.3 การจัดระบบบริการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมรองรับ (Reorient health services)

บทบาทสร้างเสริมสุขภาพในระบบบริการสุขภาพ เป็นบทบาทของทุกภาคส่วน ทั้งบุคคลกลุ่มภายในชุมชน บุคลากรสุขภาพ หน่วยงานบริการสุขภาพ และภาครัฐ ภาคส่วนเหล่านี้ต้องทำงานร่วมกันเพื่อให้ระบบบริการสุขภาพนำไปสู่สุขภาพ ในมิติการจัดบริการเพื่อสนับสนุนให้เกิดอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ดี การดำเนินการไม่ได้มีมาตรการภาพใหญ่ที่มุ่งเป้าที่กลุ่มแรงงานต่างด้าว แต่มีระบบบริการในภาพรวมได้แก่ การเฝ้าระวังด้านสุขภาพอาหารและน้ำ การจัดระบบตอบโต้ความเสี่ยงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และการร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุขในการตอบโต้ความเสี่ยงในมิติต่าง ๆ รวมถึงการสอบสวนโรค อาทิ การเกิดโรคระบาด จะมีการตั้งทีมในการร่วมสอบสวนโรค นอกจากนี้ยังมีการสนับสนุน วัสดุ อุปกรณ์ในการส่งเสริมอนามัยสิ่งแวดล้อม หรือฟื้นฟูหากมีเหตุการณ์ที่เกิดภัยพิบัติ เพื่อเยียวยาในพื้นที่ ในกรณีที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มต่างด้าวโดยตรง กรมได้ดำเนินการเพียงสำรวจสถานการณ์อนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชนแรงงานต่างด้าวเฉพาะในพื้นที่เขต

เศรษฐกิจพิเศษ ยังไม่วางเชิงระบบให้มีรูปแบบการเฝ้าระวังที่เป็นรูปธรรม นอกจากนี้ในบางประเด็น เช่น เรื่องสุขภาพโภชนาการ กรมมีการจัดทำคู่มือต่าง ๆ เป็นภาษาของกลุ่มแรงงานต่างด้าว

ในระดับเขตพื้นที่ การดำเนินงานของศูนย์อนามัย ขึ้นกับความสนใจของหน่วยงาน หรือนโยบายของเขตสุขภาพ โดยภาพรวมจะดำเนินการเฝ้าระวังร่วมกับเขตสุขภาพ การสอบสวนโรค การตอบโต้ความเสี่ยงในกรณีเหตุจากอนามัยสิ่งแวดล้อมภายใต้ทีมเฝ้าระวังและตอบโต้ทางสาธารณสุข (SRRT) หรือในบางพื้นที่มีการสื่อสารสาธารณะในประเด็นการจุดประกาย และสื่อสารความสำเร็จของการดำเนินการในชุมชนแรงงานต่างด้าว เช่น การจัดการขยะครบวงจร และมีการพัฒนางานวิจัย การจัดการความรู้ และยกระดับความรู้ที่เกี่ยวอนามัยสิ่งแวดล้อมของชุมชนแรงงานต่างด้าวในพื้นที่

ปัญหาอุปสรรค และโอกาสพัฒนา

การดำเนินการและการปฏิบัติไม่มี การกำหนดเป้าหมาย บทบาทหน้าที่ และแนวทางการปฏิบัติ ที่เป็นรูปธรรมจากส่วนกลางให้กับศูนย์อนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชนของแรงงานต่างด้าว การดำเนินการจึงเป็นไปตามความสนใจของพื้นที่เป็นหลัก ซึ่งในบางพื้นที่ไม่ได้เข้าถึงเป้าหมาย รวมถึงไม่มีงบประมาณสนับสนุนโดยเฉพาะทั้งในภาพการขับเคลื่อนโดยกรม หรือบในพื้นที่ซึ่งถูกจัดสรรเป็นงบประมาณโดยภาพรวมทำงานในทุกกลุ่มเป้าหมาย และหากไม่มีการชี้ประเด็น และกำหนดทิศทางจากส่วนกลางทำให้การดำเนินงานในระดับต่าง ๆ มีความหลากหลาย และไม่ตอบโจทย์ที่แท้จริง

นอกจากนี้การเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายในกลุ่มนี้ยังมีปัญหา ทั้งนี้มีระบบหัวใจ การลักลอบเข้าเมืองอย่างผิดกฎหมายทำให้ไม่สามารถระบุตัวตน แหล่งที่อยู่หรือที่ทำงานของแรงงาน ต่างด้าวได้ ทำให้เกิดอุปสรรคในการจัดการทั้งในเชิงการพัฒนาทักษะความรู้ด้านสุขอนามัย สุขภาพ รวมถึงจัดการแหล่งชุมชนที่รวมตัวกันในการพักอาศัยหรือทำงาน

3.3.4 การสร้างชุมชนแรงงานต่างด้าวให้เข้มแข็ง(Strength community action)

การสร้างเสริมสุขภาพเป็นการทำงานในชุมชนที่มีประสิทธิภาพและจับต้องได้ ด้วยกิจกรรมการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การตัดสินใจ การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ และการดำเนินการตามแผน เพื่อให้ชุมชนมีสุขภาพดีขึ้น หัวใจสำคัญของกระบวนการทำงานในชุมชนคือการเสริมสร้างพลังอำนาจของชุมชน ซึ่งหมายถึงการทำให้ชุมชนมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ สามารถควบคุม การดำเนินการต่าง ๆ และสามารถกำหนดอนาคตของตนเองได้ ในมิตินี้กรมยังมีได้กำหนดนโยบาย และมาตรการการขับเคลื่อนที่เจาะจงในชุมชนต่างด้าวที่ชัดเจน มีการดำเนินการในลักษณะกรณีศึกษา เฉพาะพื้นที่ เช่น โครงการศึกษารูปแบบการบูรณาการความร่วมมือพัฒนาสุขภาพสิ่งแวดล้อม ชุมชนต่างด้าว เป็นต้น

ในภาพของการดำเนินงานระดับเขต ไม่ได้ดำเนินการในเชิงระบบ เช่นเดียวกัน การดำเนินการที่พบ ได้แก่ การดำเนินการในลักษณะพัฒนาต้นแบบการดำเนินงานสร้างความเข้มแข็งในการดูแลตนเองด้านสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม เช่น ชยะ ตลาด ฯลฯ ในส่วนกลไกการดำเนินงานเพื่อให้เกิดความเข้มแข็งในชุมชน ใช้กลไกระดับอำเภอ ผ่านสำนักงานสาธารณสุขอำเภอซึ่งมีบทบาทเป็น เลขานุการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ หรือ พขอ. ผ่านไปยัง

หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ เช่น โรงพยาบาลระดับต่าง ๆ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวในการขับเคลื่อน

ปัญหาอุปสรรค และโอกาสพัฒนา

จากบริบท และเงื่อนไขทางสังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะปัจจัยด้านภาษาและการสื่อสาร กรมยังขาดองค์ความรู้ แนวทางปฏิบัติในการสร้างการมีส่วนร่วม และเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ของชุมชนแรงงานต่างด้าว และมีส่วนได้ส่วนเสีย เช่น ผู้ประกอบการ คนไทยที่อยู่ร่วมด้วย ในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมให้ได้มาตรฐานในเชิงระบบ อาทิ การวางมาตรการเฝ้าระวังปัจจัยด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมโดยชุมชน การกำหนดประเด็นปัญหาเพื่อเป็นนโยบายสาธารณะในชุมชน และกำหนดมาตรการร่วมกันในชุมชน การพัฒนาทักษะของคนในชุมชน การจัดสรรทรัพยากรในชุมชนเพื่อการแก้ไขปัญหา การอยู่ร่วมกันระหว่างคนไทยและคนต่างด้าว รวมถึงระบบกำกับ ติดตาม และประเมินผลโดยการมีส่วนร่วมในชุมชน เป็นต้น ขอบเขตการทำงานของกรม และศูนย์อนามัยยังเป็นเพียงอยู่ในขั้นศึกษา และสถานการณ์ ส่วนการทำดำเนินการให้ชุมชนเข้มแข็งยังอยู่ในมิติของการสนับสนุนการดำเนินงานในระดับพื้นที่

3.3.5 การจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชนแรงงานต่างด้าว (Create supportive environment for health)

ในประเด็นการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมนี้ กรมได้มีการจัดทำข้อกำหนดมาตรฐาน และแนวทางปฏิบัติในเชิงวิชาการ ตามกรอบของอนามัยสิ่งแวดล้อมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และภาคีเครือข่ายเพื่อนำไปปฏิบัติ โดยเฉพาะคู่มือสำหรับประชาชน ทั้งนี้กรอบด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ประชาชนและชุมชนต้องพัฒนาให้เป็นตามมาตรฐาน ได้แก่ การจัดการที่พักอาศัย สุขาภิบาลอาหาร การจัดการน้ำสะอาด การจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนและชุมชน การจัดการส้วมที่ถูกสุขลักษณะภายในครัวเรือนและที่สาธารณะ การจัดการความเสี่ยงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และการจัดการสาธารณสุขในชุมชน ซึ่งองค์ความรู้ที่ถ่ายทอดสู่ประชาชนนี้ เป็นไปตามขอบเขตตาม พรบ.สาธารณสุข ด้วยเช่นเดียวกัน

สำหรับในระดับเขตพื้นที่ ศูนย์อนามัยขับเคลื่อนผ่านองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการประเมิน และควบคุมมาตรฐานด้านสุขาภิบาล และอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงงาน และสถานประกอบการ แต่ยังไม่พบถึงการขับเคลื่อนในชุมชน แหล่งที่อยู่อาศัยที่เป็นรูปธรรม

ปัญหาอุปสรรค และโอกาสพัฒนา

การจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มุ่งเน้นในชุมชนแรงงานต่างด้าว ทั้ง ในสถานประกอบการต่าง ๆ ชุมชนที่อยู่รวมตัวกัน ยังขาดความต่อเนื่อง และความครอบคลุมในการผลักดันติดตามกำกับ ให้เป็นไปตามมาตรฐาน ตั้งแต่เหตุผลในเชิงนโยบาย งบประมาณ และความเข้มงวดในการบังคับใช้กฎหมาย

3.3.6 การเปรียบเทียบการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในคนต่างด้าวระหว่างประเทศไทยกับต่างประเทศ

ประเทศสิงคโปร์มีความเข้มงวดในการควบคุมคนเข้าประเทศ และมีการบังคับใช้กฎหมายที่เข้มงวด เมื่อเปรียบเทียบกับการบังคับใช้กฎหมายของประเทศไทย สิงคโปร์ออกกฎหมายหลายฉบับ ที่ให้ความสำคัญกับสุขอนามัยของแรงงาน เช่น The Employment Act โดยกำหนดให้

นายจ้างจัดให้มีสถานที่พัก สถานที่ปรุงอาหาร รับประทานอาหาร อาบน้ำและห้องส้วมอย่างเหมาะสม เพียงพอแก่ลูกจ้าง นอกจากนี้ นายจ้างยังต้องจัดให้มีน้ำสะอาดอย่างเพียงพอให้แก่ลูกจ้าง และต้องจัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกเกี่ยวกับระบบสุขาภิบาลอย่างเหมาะสมและเพียงพอ โดยนายจ้างมีหน้าที่ดูแลรักษาสภาพสถานที่ทำงาน สถานที่พัก ห้องน้ำ ห้องส้วมให้อยู่ในสภาพที่ถูกสุขลักษณะตามกฎหมาย

มาเลเซีย ก็เช่นเดียวกันที่ให้ความสำคัญในการปกป้องประชาชนในพื้นที่ จึงมีความเข้มงวดมากในการบังคับใช้กฎหมายทั้งกับคนมาเลเซียเอง และคนต่างด้าวที่เข้ามาทำงานในประเทศ ดังนั้นในประเด็นด้านสุขภาพจึงมีการบังคับสถานประกอบการให้ดำเนินการเป็นไปตามมาตรฐานอย่างเคร่งครัด มาเลเซียมีกฎหมายที่คุ้มครองแรงงานเช่นเดียวกัน เช่น The Factories and Machinery (Safety, Health and Welfare) Act 1967 ที่คุ้มครองแรงงานในภาคอุตสาหกรรมซึ่งทำงานในสถานประกอบการที่เป็นโรงงานและมีการใช้เครื่องจักร ในด้านสุขาภิบาลที่ปลอดภัย หรือ Food Act 1976 (บุญแสง บุญอำนวยกิจ, 2558) ที่กำหนดมาตรการด้านสุขาภิบาลให้ผู้ประกอบการที่เปิดร้านอาหารต้องปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด อาทิ การที่ผู้ประกอบการต้องได้รับการฝึกอบรม แล้วรัฐจะมอบใบประกาศแก่ผู้ผ่านการอบรม การตรวจสอบสุขภาพและการได้รับวัคซีน การขึ้นทะเบียนร้านอาหาร เป็นต้น ซึ่งในขณะนี้ประเทศไทยได้เริ่มดำเนินการเช่นเดียวกันโดยออกกฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561

อุปสรรคสำคัญของประเทศไทยคือ ความเข้มงวดในการบังคับใช้กฎหมาย ของผู้มีอำนาจ หากสามารถดำเนินการบังคับใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพมิติ ในการยกระดับมาตรฐานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมซึ่งไม่เฉพาะชุมชนต่างด้าว แต่เป็นภาพรวมของประเทศไทย ย่อมเป็นไปตามมาตรฐาน และมีคุณภาพ แต่อย่างไรก็ตามมิติการบังคับใช้กฎหมายอาจไม่ใช่คำตอบเดียวของประเทศไทย จุดเด่นของประเทศไทยที่แตกต่างจากประเทศอื่นคือ ทูนาทางสังคม โดยเฉพาะมีความเข้มแข็งและการมีส่วนร่วมของสังคม ชุมชน ซึ่งเป็นอัตลักษณ์ของประเทศ ประเทศไทยมีอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และในปัจจุบันเพื่อให้การพัฒนาเกิดขึ้นจากภายใน จึงมีการขับเคลื่อนอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสมต.) ซึ่งแตกต่างจากประเทศอื่น และเป็นโอกาสสำคัญที่กรมอนามัยใช้บูรณาการงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมลงในการกิจของ อสมต. โดยในลักษณะนี้คล้ายคลึงกับรายงานของ Chapman Al (1964) ซึ่งได้รายงานโครงการสุขภาพแรงงานต่างด้าวในมลรัฐเพนซิลวาเนีย ในประเด็นด้านสุขาภิบาลนั้นในโครงการนี้ให้ความสำคัญ โดย State Health Department จะกำกับดูแลอย่างเต็มเวลาผ่านทางหัวหน้าแรงงานต่างด้าว งานด้านสุขาภิบาล ได้แก่ การจัดการสุขาภิบาลน้ำ ทั้งจัดหา บริหารแหล่งน้ำสะอาด การบำบัดน้ำเสีย ซึ่งประเทศไทยน่าจะประยุกต์โดยพัฒนาศักยภาพ อสมต.ให้มีการดำเนินการกิจในลักษณะเช่นนี้ได้

ตารางที่ 9 นโยบาย มาตรการการดำเนินการด้านการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชนต่างด้าวในกรอบของแนวทางการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ ตามกฎบัตรออตตาวา

	ระดับกรม (กรมอนามัย)	ระดับเขตพื้นที่ (ศูนย์อนามัย)	หน่วยงานอื่น ๆ	ปัญหาอุปสรรค และโอกาสพัฒนา
การพัฒนานโยบายสาธารณะ ในระดับประเทศและพื้นที่	<ul style="list-style-type: none"> - การออกกฎหมายโดยกรม - พรบ.สาธารณสุข พ.ศ. 2535 และที่แก้ไขเพิ่มเติม - กฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561 - ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ที่ 7/2538 เรื่อง กำหนดจำนวนคนต่อจำนวนพื้นที่ - การออกกฎหมายร่วมกับหน่วยงานอื่น - พรบ.คุ้มครองแรงงานในงานประมง พ.ศ. 2562 - พรบ.แรงงานทางทะเล ปี 2558 - การสร้างความร่วมมือระหว่างประเทศตามแนวชายแดน และ ASEAN 	<ul style="list-style-type: none"> - การใช้กลไกคณะกรรมการสาธารณสุขระดับจังหวัด (คสจ.) ตาม พรบ.สาธารณสุขและกลไกของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในการขับเคลื่อน - ผลักดัน อปท.จัดบริการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมให้เป็นไปตาม พรบ.สาธารณสุข โดยเฉพาะการจัดการปัญหาข้อร้องเรียนที่เกิดจากปัญหาแรงงานต่างด้าว - การจัดทำนโยบาย และมาตรการร่วมกับเขตสุขภาพในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชนต่างด้าวให้ถูกสุขลักษณะ - การขับเคลื่อนในลักษณะเมืองคู่ไทย-ลาวร่วมกับกรม ในประเด็น Green & Clean Hospital (เน้นขยะติดเชื้อ และด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม) - การขับเคลื่อนในลักษณะเมืองคู่ไทย-มาเลเซียร่วมกับกรม ในประเด็นความปลอดภัยด้านอาหาร 	<ul style="list-style-type: none"> - กำหนดนโยบาย และมาตรการระดับเขตสุขภาพในการจัดบริการด้านสาธารณสุขลงสู่จังหวัดที่มีแรงงานต่างด้าว - อปท.ใช้กรอบของ EHA (Environmental Health Accreditation) ในควบคุมตาม พรบ.สาธารณสุข 	<ul style="list-style-type: none"> - ความชัดเจน และความต่อเนื่องในการกำหนดนโยบายระดับกรม และศูนย์อนามัยในการขับเคลื่อนเป้าหมายในการดำเนินการ และตัวชี้วัด - การกำหนดประเด็นเพื่อยกระดับเชิงนโยบายด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในกลุ่มแรงงานต่างด้าวในระดับอาเซียน - ข้อมูล และสารสนเทศด้านสุขอนามัย และอนามัยสิ่งแวดล้อมในแรงงานต่างด้าวที่สมบูรณ์ - การบังคับใช้กฎหมายที่เข้มงวด

	ระดับกรม (กรมอนามัย)	ระดับเขตพื้นที่ (ศูนย์อนามัย)	หน่วยงานอื่น ๆ	ปัญหาอุปสรรค และโอกาสพัฒนา
การพัฒนาทักษะและขีดความสามารถ	<ul style="list-style-type: none"> - จัดทำเกณฑ์มาตรฐาน คู่มือ แนวทางการจัดสุขาภิบาลและอนามัยสิ่งแวดล้อม เช่น สุขาภิบาลอาหารและน้ำ ส้วม สิ่งปฏิกูล การจัดการมูลฝอย ฯลฯ - แนวทาง/มาตรฐานด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมในชุมชนต่างดาว - พัฒนาขีดความสามารถ อสต.ด้านสุขาภิบาล และอนามัยสิ่งแวดล้อมชุมชนต่างดาว 	<ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขในการพัฒนาด้านสุขาภิบาล และอนามัยสิ่งแวดล้อม - พัฒนาทักษะผู้ประกอบการ โรงงานให้มีการจัดการด้านสุขาภิบาลและอนามัยสิ่งแวดล้อม - พัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขแรงงานต่างดาว - การเยี่ยมติดตาม แลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงาน 	<ul style="list-style-type: none"> - หน่วยบริการจัดบริการให้ความรู้แก่ - ผู้แทน/อสต. แรงงานต่างดาว - ผู้ประกอบการ 	<ul style="list-style-type: none"> - มาตรการในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มแกนนำ (อสต.) และแรงงานต่างดาวที่เหมาะสม
การจัดระบบบริการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมรองรับ	<ul style="list-style-type: none"> - สำรวจสถานการณ์ชุมชนแรงงานต่างดาวในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ - การเฝ้าระวังด้านน้ำและอาหาร - ระบบการตอบโต้ความเสี่ยง และสืบสวนโรค - การสนับสนุน วัสดุ อุปกรณ์ในการส่งเสริมอนามัยสิ่งแวดล้อม หรือพื้นที่พหุภาคีเหตุการณ์ที่เกิดภัยพิบัติ - จัดทำคู่มือ สื่อด้านสุขอนามัยเฉพาะภาษา 	<ul style="list-style-type: none"> - ระบบการติดตามเฝ้าระวังร่วมกับเขตสุขภาพ - ระบบการสอบสวนโรค และตอบโต้ความเสี่ยงในกรณีเหตุจากอนามัยสิ่งแวดล้อมภายใต้ทีม SRRT - การสื่อสารสาธารณะในประเด็นการจุดประกาย และสื่อสารความสำเร็จของการดำเนินการในชุมชนแรงงานต่างดาว เช่น การจัดการขยะครบวงจร - การพัฒนางานวิจัย การจัดการความรู้และยกระดับความรู้ในพื้นที่ 	<ul style="list-style-type: none"> - หน่วยงานด้านสาธารณสุข มีการจัดบริการรองรับ เช่น การตรวจเฝ้าระวัง การตรวจคัดกรองสุขภาพ ความเสี่ยงด้านสุขาภิบาลและอนามัยสิ่งแวดล้อม การให้สุขศึกษา ฯลฯ - การสื่อสาร 2 ภาษา ทั้งเอกสารเสียงตามสาย โดยใช้ อสต. เป็นกลไกในการสื่อสาร - การตรวจกำกับติดตามโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 	<ul style="list-style-type: none"> - การกำหนดเป้าหมาย บทบาทหน้าที่ และแนวทางปฏิบัติ เป็นรูปธรรมจากกรมให้กับศูนย์อนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม
การสร้างชุมชนแรงงานต่างดาวให้เข้มแข็ง	<ul style="list-style-type: none"> - โครงการศึกษารูปแบบการบูรณาการความร่วมมือพัฒนาสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมชุมชนต่างดาว 	<ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาดันแบบการดำเนินงานสร้างความเข้มแข็งในการดูแลตนเองด้านสุขาภิบาลและอนามัยสิ่งแวดล้อม เช่น 	<ul style="list-style-type: none"> - การใช้กลไกในพื้นที่ร่วมกัน ได้แก่ พขอ. อปท. และ อสต. ในการร่วมจัดการด้านสาธารณสุขใน 	<ul style="list-style-type: none"> - ขาดองค์ความรู้ แนวทางปฏิบัติในการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนแรงงานต่างดาว และมีส่วนได้

	ระดับกรม (กรมอนามัย)	ระดับเขตพื้นที่ (ศูนย์อนามัย)	หน่วยงานอื่น ๆ	ปัญหาอุปสรรค และโอกาสพัฒนา
		ขยะ ตลาด ฯลฯ - การใช้กลไกระดับอำเภอ ผ่าน สสอ. รพ.สต. ท้องถิ่น และ อสต.ในการขับเคลื่อน	ชุมชน - การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในแรงงานต่างด้าว	ส่วนเสีย เช่น ผู้ประกอบการในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมให้ได้มาตรฐาน
การจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชนแรงงานต่างด้าว	การกำหนดมาตรฐาน และแนวทางปฏิบัติในเชิงวิชาการ ตามกรอบของอนามัยสิ่งแวดล้อม	- ร่วมกับ อปท.ในการประเมิน และควบคุมมาตรฐานด้านสุขาภิบาล และอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงงาน และสถานประกอบการ	- อปท.ประเมิน และควบคุมมาตรฐานด้านสุขาภิบาล และอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงงาน และสถานประกอบการ	ขาดความต่อเนื่อง และความครอบคลุมในการผลักดัน ติดตามกำกับ ให้เป็นไปตามมาตรฐาน

โดยสรุปข้อค้นพบปัญหาอุปสรรคในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่

1) มิติด้านนโยบาย

ประเทศไทยยังขาดความชัดเจนในการกำหนดนโยบาย และบทบาทหน้าที่ของผู้เกี่ยวข้องในทุกระดับในการจัดการด้านส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม ทั้งในระดับประเทศ เขต จังหวัด อำเภอ และตำบล

2) มิติด้านโครงสร้าง

ขาดการสนับสนุนงบประมาณ และจัดสรรทรัพยากร เพื่อผลักดันให้เกิดระบบการส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อมของชุมชนต่างด้าวในระดับประเทศ และระดับพื้นที่

3) มิติด้านกฎหมาย

3.1) การบังคับใช้กฎหมายขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ไม่เข้มงวด ทั้ง ๆ ที่มีกฎหมายรองรับ

3.2) กลไกการจดทะเบียนแรงงาน และการระบุตัวตนคนต่างด้าวที่เข้ามาในประเทศไทยไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้ไม่ระบุตัวตนและแหล่งพักพิง ทำให้ยากต่อการออกแบบระบบการจัดการในกลุ่มเสี่ยงคนต่างด้าวเหล่านี้

4) มิติการมีส่วนร่วม

4.1) ขาดการบูรณาการระหว่างหน่วยงานในการดำเนินงาน โดยเฉพาะประเด็นการพัฒนาอาสาสมัครคนต่างด้าว เพื่อยกระดับส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชน ซึ่งกรมอนามัยยังขาดการบูรณาการที่เป็นรูปธรรมกับกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เป็นต้น

4.2) ยังขาดมาตรการการสื่อสารด้านสุขภาพ และการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้ชุมชนคนต่างด้าวที่เป็นรูปธรรม และเหมาะสมกับบริบทของชุมชนคนต่างด้าว

4.3) ขาดกลไกการพัฒนาความเข้มแข็งและการสร้างการมีส่วนร่วมของคนต่างด้าว รวมถึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชน

บทที่ 4

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

4.1 สรุปผลการศึกษา

การศึกษามาตรการของประเทศไทยในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชนแรงงานต่างด้าว เป็นการศึกษาในช่วง พ.ศ. 2555–2561 เนื่องจากเป็นช่วงที่ประเทศไทยอยู่ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11–12 ซึ่งประเทศไทยเข้าสู่ประชาคมอาเซียน และกำหนดเขตเศรษฐกิจพิเศษเกิดขึ้น ในการศึกษาพบว่าจากปี พ.ศ. 2555 จนถึง พ.ศ. 2561 มีแรงงานต่างด้าวเข้ามาในประเทศไทยจำนวนเพิ่มสูงขึ้นโดยในปี พ.ศ. 2555 มีแรงงานต่างด้าวที่ลงทะเบียน 1,132,492 คน และเพิ่มสูงขึ้นในปี พ.ศ. 2561 เป็นจำนวน 2,314,419 คน เพิ่มขึ้นเป็น 2.04 เท่า โดยในปี 2559 เป็นปีที่เพิ่มจำนวนแรงงานเข้ามาในประเทศไทยสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ผลที่ตามมาจากการที่มีการเพิ่มขึ้นของจำนวนแรงงานต่างด้าวในประเทศไทย พบว่าการเกิดของโรคติดต่อในแรงงานต่างด้าวที่มีสาเหตุจากอนามัยสิ่งแวดล้อมเพิ่มขึ้นด้วยตามจำนวนแรงงานต่างด้าวด้วยเช่นเดียวกัน โดยในการศึกษานี้ศึกษากรณีโรคติดต่อ 4 โรค คือ โรคอุจจาระร่วง อหิวาตกโรค วัณโรค และโรคไข้เลือดออก โดยพบว่าโรคอุจจาระร่วงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในทิศทางเดียวกับจำนวนแรงงานที่เพิ่มขึ้น ส่วนโรควัณโรค และไข้เลือดออกมีแนวโน้มลดลงและเริ่มเพิ่มขึ้นอีกครั้งในปี 2559 ตามการเข้ามาของแรงงาน ในช่วงประเทศไทยเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ส่วนอหิวาตกโรคพบการประทุและระบาดในพื้นที่ที่มีแรงงานต่างด้าวอาศัยเป็นชุมชน ทั้งนี้ในภาพรวมพื้นที่ที่พบปัญหาด้านสุขภาพมาก อาทิ กรุงเทพมหานคร เชียงใหม่ เชียงราย สมุทรปราการ สมุทรสาคร ระยอง ตาก สงขลา เป็นต้น ซึ่งเป็นเขตที่มีแรงงานต่างด้าวจำนวนมาก จึงเป็นพื้นที่ที่ต้องจับตามอง เฝ้าระวังเป็นพิเศษ เมื่อพิจารณาปัจจัยด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมแล้วพบว่าปัจจัยที่มีความเสี่ยงระดับสูงคือ การจัดการขยะมูลฝอยในที่พักอาศัย การควบคุมแมลงและสัตว์พาหะนำโรค ส่วนพฤติกรรมด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม แม้ภาพรวมอยู่ระดับปานกลาง แต่หากพิจารณารายพฤติกรรมแล้ว พฤติกรรมการใช้ช้อนกลาง และการล้างมืออยู่ในระดับสูง

มาตรการดำเนินงานในประเทศไทยในด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชนต่างด้าว พบว่าในภาพรวมอนามัยยังไม่ได้กำหนดประเด็นนี้ในการขับเคลื่อนหลัก กรมอนามัยใช้มาตรการภาพรวมที่ไม่ได้แยกระหว่างคนไทยและคนต่างด้าว โดยในระดับกรมพบว่าใช้มาตรการทางกฎหมายเป็นหลัก ทั้งกฎหมาย เกณฑ์มาตรฐาน/แนวทาง/คู่มือด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม การเฝ้าระวังสำรวจสถานการณ์ การตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ การพัฒนาทักษะบุคลากร และการศึกษาวิจัย ในระดับศูนย์อนามัยเนื่องจากไม่มีนโยบาย ทิศทางจากส่วนกลางจึงดำเนินการตามบริบทของพื้นที่ โดยทำงานร่วมกับเขตสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และหน่วยบริการในลักษณะการร่วมทีม การบังคับใช้กฎหมาย สนับสนุนวิทยากร เครื่องมือต่าง ๆ ในการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรคสำคัญ คือยังขาดนโยบายที่ชัดเจนจากส่วนกลาง ทำให้ทิศทางการดำเนินงาน บาทบาทหน้าที่ เป้าหมาย และผลลัพธ์ ของทุกระดับตั้งแต่ระดับเขต จังหวัด อำเภอ และตำบล ไม่ชัดเจน ไม่ครอบคลุม และ

ต่อเนื่อง ส่วนในมิติต่างประเทศมีการดำเนินการในลักษณะเมืองคู่ โดยความร่วมมือที่เป็นรูปธรรมคือ ไทยกับประเทศสังคมนิยมประชาธิปไตยประชาชนลาว และไทยกับมาเลเซีย

4.2 กรอบข้อเสนอการยกระดับการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชนต่างดาว

จากข้อมูลการเคลื่อนย้ายแรงงานต่างดาวเข้ามาในประเทศไทยตั้งแต่ พ.ศ. 2555– 2561 จะเห็นได้ว่ามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ในเชิงสุขภาพโรคอุจจาระร่วง วัณโรค และไข้เลือดออกมีแนวโน้มที่สูงขึ้น และโรคที่มีความรุนแรง เช่น โรคอหิวาตกโรค มีแนวโน้มที่จะประทุและระบาด (Outbreak) ตลอดเวลา นอกจากกระทบสุขภาพของแรงงานต่างดาวแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพชุมชนคนไทยรอบข้างด้วย ประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ปรากฏว่าเป็นปัญหาที่ต้องเร่งแก้ไขตามข้อมูลในการศึกษานี้ คือ การจัดการขยะ สิ่งปฏิกูล การจัดการแหล่งสัตว์พาหะนำโรคในชุมชน และพฤติกรรมทางด้านสุขอนามัยของคนต่างดาว และการทบทวนในมาตรการของประเทศจะเห็นช่องว่างที่เป็นปัญหาและโอกาสพัฒนาต่าง ๆ จากปัญหาเหล่านี้ การศึกษานี้ได้สัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องซึ่งเป็นผู้ที่กำหนดนโยบายของประเทศ ซึ่งมีทิศทางความคิดเห็นในทางเดียวกันคือ การบริหารจัดการด้านสุขภาพของคนต่างดาวในประเทศไทย ยังเน้นไปเรื่องการเยียวยา (Repair) และฟื้นฟู (Rehabilitation) คือเมื่อเจ็บป่วย หรือต้องการพึ่งพิงบริการ รัฐไทยก็ทุ่มทรัพยากรในการจัดบริการทางการแพทย์รองรับ หรือเมื่อมีโรคระบาดเกิดขึ้นในชุมชนต่างดาว ก็ทุ่มทรัพยากรไปกับการควบคุมโรค ซึ่งในสองประเด็นนี้ทำให้รัฐเสี่ยงประมาณและทรัพยากรจำนวนมาก ดังนั้นทิศทางของประเทศไทยควรมุ่งไปที่ การเตรียมการและการป้องกัน (Prepare และ Prevent) ซึ่งเป็นขอบข่ายงานด้านส่งเสริมสุขภาพ และเป็นบทบาทหลักของกรมอนามัย โดยเฉพาะประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม จากการศึกษาได้สรุปประเด็นข้อเสนอแนะการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชนต่างดาวในระดับต่าง ๆ ดังนี้

4.2.1 ข้อเสนอการขับเคลื่อนระดับพื้นที่

- 1) จัดทำระดับฐานข้อมูล และความรู้ อย่างเป็นระบบเพื่อกำหนดนโยบาย และแนวทางให้กับเขตสุขภาพ รวมถึงภาคีเครือข่าย และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการขับเคลื่อน
- 2) ศูนย์อนามัยควรทำบทบาทในการชี้ประเด็น และผลักดันให้ประเด็นสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชนแรงงานต่างดาวเป็นนโยบายระดับเขตสุขภาพ และจังหวัด
- 3) การสร้างความตระหนัก ให้กับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะผู้บริหารสถานประกอบการ ในกิจการต่าง ๆ ที่มีแรงงานต่างดาวมาประกอบอาชีพ ให้ดำเนินการด้านสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมเป็นไปตามมาตรฐานอย่างเคร่งครัด เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตแรงงานต่างดาว และเกิดความรับผิดชอบต่อสังคม
- 4) ยกระดับความรู้ด้านสุขภาพ ด้วยการพัฒนาความรู้ ทักษะ อสต. แรงงานต่างดาว และครอบครัวในการจัดการด้านสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ด้วยวิธีการที่เหมาะสม รวมถึงสร้างแรงจูงใจและปัจจัยเสริมต่าง ๆ ให้เกิดพฤติกรรมด้านสุขอนามัยที่เหมาะสม
- 5) สร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของแรงงานต่างดาว และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการจัดการยกระดับชุมชนให้มีสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ดี

6) ผลักดันองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งมีอำนาจหน้าที่ในการบังคับใช้กฎหมาย เป็นเจ้าหลักร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเช่นด้านสาธารณสุข ในการเยี่ยมเสริมพลัง ติดตาม กำกับ การดำเนินงาน อย่างต่อเนื่อง

7) ปัญหาหยาบที่พบในที่พักอาศัยควรส่งเสริมให้ชุมชนมีการคัดแยกขยะจัดการ บริเวณพักขยะให้สะอาด มีฝาปิด ไม่มีขยะล้น ไม่มีสัตว์พาหนะนำโรค โดยการรณรงค์ให้ความรู้ หรือ ให้แรงเสริมเชิงบวกและลบ อาทิ การประกวดให้รางวัลบ้านสะอาด การพัฒนาเป็นบ้านต้นแบบ การแลกเปลี่ยนรู้กันชุมชน การใช้แกนนำชุมชนในการตรวจ ติดตาม เฝ้าระวังในชุมชน ในส่วนภาครัฐ โดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรดำเนินการเชิงรุกทั้งในการส่งเสริมให้ชุมชนการ การดำเนินการร่วมกันในการจัดการขยะในชุมชน ทั้งแหล่งกำเนิด การขนย้าย การกำจัดที่เหมาะสม การสนับสนุนการใช้เทคโนโลยีต่าง ๆ รวมถึงการบังคับใช้กฎหมายในกรณีเกิดปัญหาเหตุรำคาญทำให้เกิด แหล่งบ่มเพาะโรค รวมถึงติดตามกำกับอย่างเข้มข้น

8) ปัญหาด้านพฤติกรรมสุขภาพทั้งการล้างมือซึ่งเป็นปัญหาหลัก และการใช้ ช้อนกลาง ควรใช้มาตรการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชน หรือ อสต. การจัดทำสื่อที่เหมาะสมกับชาติพันธุ์ วัฒนธรรม ภาษาของคนต่างด้าว และมีความน่าสนใจ การ จัดกิจกรรมรณรงค์ในชุมชน เช่น การประกวด การพัฒนาต้นแบบบุคคลหรือครอบครัวที่ล้างได้ถูกต้อง และสะอาด เป็นต้น

9) เนื่องจากสถานประกอบการร้านอาหารในประเทศไทย ผู้สัมผัสอาหารในหลาย ร้านเป็นแรงงานต่างด้าวทำหน้าที่ทั้งเตรียมวัตถุดิบ ปิ้ง ขนย้าย หรือล้างทำความสะอาด ควร กำหนดให้มีหน่วยงานในพื้นที่ทำหน้าที่ฝึกอบรม เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานบริการ สาธารณสุข หรือหน่วยงานภาคเอกชน มาขึ้นทะเบียนที่กรมอนามัยตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการจัดอบรมผู้ประกอบการและผู้สัมผัสอาหาร พ.ศ. 2561 เพื่อทำหน้าที่ อบรม เพิ่มศักยภาพแรงงานหรือผู้ประกอบการต่างด้าว

10) ในหลายชุมชนของแรงงานต่างด้าว มีการใช้ห้องส้วม ห้องอาบน้ำรวม ควร พัฒนาศักยภาพคนต่างด้าว และผู้ประกอบการทั้งแค้มป์คนงาน ร้านอาหาร บ้านเช่า ห้องเช่า หอพัก ให้พัฒนาส้วมให้ได้มาตรฐาน HAS หรือเกณฑ์มาตรฐานส้วมสาธารณะระดับประเทศ

4.2.2 ข้อเสนอการขับเคลื่อนระดับประเทศ

1) การกำหนดให้ออนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชนต่างด้าวเป็นวาระที่ต้องคำนึง ระดับประเทศ โดยมีการกำหนดเป้าหมาย การจัดทำกรอบนโยบาย และมาตรการการจัดการด้าน อนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชนแรงงานต่างด้าวให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ของประเทศโดยคำนึงถึงสภาพ ปัญหา ความท้าทายในเชิงบริบทของพื้นที่ที่แตกต่างกัน และทิศทางการพัฒนาของประเทศ

2) ยกระดับกลไกการบังคับใช้กฎหมายอย่างเข้มงวดทั้งในด้านผู้ใช้กฎหมาย และ ผู้ถูกบังคับใช้ โดยมุ่งเน้นการกำหนดเป็นวาระระดับจังหวัดผ่านคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (คสจ.) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งมีผู้อำนาจตรงในการบังคับใช้กฎหมาย

3) การเตรียมความพร้อม และพัฒนาคุณภาพมาตรฐานกำลังคนสายวิชาชีพใน ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมทั้งภาครัฐและเอกชนในการยกระดับการเป็นผู้ประเมินรับรองการ ประกอบการที่เกี่ยวข้องในขอบเขตงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

4) กำหนดกรอบความร่วมมือ บทบาทหน้าที่การดำเนินงาน การกำกับ ติดตาม ประเมิน และเฝ้าระวังด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เป็นมาตรฐานในชุมชนแรงงานต่างด้าว ในทุกระดับ ตั้งแต่ ระดับท้องถิ่น อำเภอ จังหวัด และเขตสุขภาพ

5) พัฒนาระบบการให้คำปรึกษา และสนับสนุนวิชาการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ให้กับหน่วยบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระดับพื้นที่

6) ยกกระตือรือร้นการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) โดยเฉพาะ ประเด็นที่เป็นปัญหาจากข้อมูลทางวิชาการ หรือกรอบมาตรฐานอนามัยสิ่งแวดล้อม ให้เหมาะสมตาม บริบทและเงื่อนไข ตรงตามกลุ่มเป้าหมายคนต่างด้าว โดยคำนึงถึงภาษา สังคมและวัฒนธรรม

7) พัฒนากลไก เพื่อสร้างความเข้มแข็งของแรงงานต่างด้าว และผู้มีส่วนได้ส่วน เสียในการพัฒนาชุมชนให้มีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพในเชิงระบบ เช่น การวางมาตรการเฝ้าระวัง ปัจจัยด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมโดยชุมชน การกำหนดประเด็นปัญหาเพื่อเป็นนโยบายสาธารณะใน ชุมชน และกำหนดมาตรการร่วมกันในชุมชน การพัฒนาทักษะของคนในชุมชน การจัดสรรทรัพยากร ในชุมชนเพื่อการแก้ไขปัญหา การอยู่ร่วมกันระหว่างคนไทยและคนต่างด้าว รวมถึงระบบกำกับ ติดตาม และประเมินผลโดยการมีส่วนร่วมในชุมชน เป็นต้น ทั้งนี้กลไกในการบูรณาการทุกภาคส่วน คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โดยมีนายอำเภอเป็นประธาน และ สาธารณสุขอำเภอเป็นเลขานุการ โดยทำหน้าที่เชื่อมประสานในแนวดิ่งทั้งระดับจังหวัดและตำบล และในแนวราบผ่านหน่วยงานทั้งภาครัฐ เอกชน และประชาชน ในภาพประชาสังคม

4.2.3 ข้อเสนอการขับเคลื่อนในระหว่างประเทศ

ประเทศไทยปฏิบัติตามกฎอนามัยระหว่างประเทศปี 2548 (International Health regulations (IHR), 2005) ซึ่งมีข้อตกลงระหว่างประเทศสมาชิกองค์การอนามัยโลก (World Health Organization หรือ WHO) ในการตรวจจัดการระบาดของโรคหรือภัยคุกคามด้านสาธารณสุข เพื่อวางมาตรการป้องกันควบคุมโรค และลดผลกระทบต่อการเดินทางและการขนส่งระหว่างประเทศ โดย IHR กำหนดขอบเขตของการพัฒนาสมรรถนะ ในสถานการณ์ปกติ และฉุกเฉินเพื่อป้องกัน ตรวจจับ และตอบโต้โรคระบาด และ/หรือ ภัยสุขภาพ ระหว่างประเทศตามที่ IHR กำหนด ประเทศ สมาชิกต้องพัฒนาให้ครอบคลุม โรคระบาดและ/ หรือ ภัยสุขภาพที่สำคัญ 6 ด้าน ได้แก่ โรคติดเชื้อ (infectious) โรคติดต่อจากสัตว์สู่คน (zoonosis) อาหารปลอดภัย (food safety) สารเคมี (chemical) กัมมันตภาพรังสี (nuclear) และภัยพิบัติ (disaster) ประเด็นอนามัยสิ่งแวดล้อมเป็น ประเด็นหนึ่งที่สนับสนุนให้การจัดการโรคระบาดและภัยสุขภาพเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และ ในปี ค.ศ. 2015 ประเทศในกลุ่มอาเซียนได้มีข้อตกลงในการพัฒนานโยบายด้านสุขภาพร่วมกันภายใต้ วาระการพัฒนาด้านสาธารณสุขของประชาคมอาเซียน ภายหลังจาก ค.ศ. 2015 (ASEAN Post-2015 Health Development Agenda) ซึ่งแบ่งกรอบการขับเคลื่อนประเด็นสุขภาพสำคัญเป็น 4 Clusters 21 ประเด็นสุขภาพ (Association of Southeast Asian Nations, 2017) คือ

คลัสเตอร์ (Clusters)	เป้าหมาย ปี 2020	ประเด็นด้านสุขภาพที่สำคัญ (Health Priorities)
1. ส่งเสริมการมีวิถีการดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพ (Promoting healthy lifestyle)	<p>a) เพื่อบรรลุศักยภาพด้านสุขภาพสูงสุดของประชาคมอาเซียนโดยการส่งเสริมวิถีชีวิตที่มีสุขภาพดี (To achieve maximal health potential of ASEAN Community through promoting healthy lifestyle)</p> <p>b) เพื่อให้เกิดการดำรงชีวิตที่มีสุขภาพดี (To ensure healthy lives and promote)</p>	<p>1. ป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Prevention and control of NCDs)</p> <p>2. ลดการบริโภคยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Reduction of tobacco consumption and harmful use of alcohol)</p> <p>3. ป้องกันการเกิดการบาดเจ็บและอันตราย (Prevention of injuries)</p> <p>4. ส่งเสริมด้านอาชีวอนามัย (Promotion of occupational health)</p> <p>5. ส่งเสริมด้านสุขภาพจิต (Promotion of mental health)</p> <p>6. ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (Promotion of healthy and active ageing)</p> <p>7. ส่งเสริมด้านโภชนาการและอาหารสุขภาพ (Promotion of good nutrition and healthy diet)</p>
2. ตอบโต้อันตรายและภัยคุกคาม (Responding to all hazards and emerging threats)	<p>a) ส่งเสริมระบบตอบโต้ด้านสุขภาพต่อโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่ และโรคในเขตร้อนที่มีประสิทธิภาพ (To promote resilient health system in response to communicable diseases, emerging infectious diseases, and neglected tropical diseases)</p> <p>b) เพื่อตอบโต้การคุกคามด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ภัยอันตราย ภัยพิบัติ และการเตรียมความพร้อมอย่างมีประสิทธิภาพต่อการบริหารจัดการ (To respond to environmental health threats, hazards and disaster, and to ensure effective preparedness for disaster health management in the region)</p>	<p>8. ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่ และโรคในเขตร้อน (Prevention and control of communicable diseases, emerging infectious diseases and neglected tropical diseases)</p> <p>9. สร้างความแข็งแกร่งในศักยภาพห้องปฏิบัติการ (Strengthening laboratory capacity)</p> <p>10. การรับมือกับการดื้อยา (Combating antimicrobial resistance (AMR))</p> <p>11. การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ (Environmental health and health impact assessment (HIA))</p> <p>12. การจัดการภัยพิบัติด้านสุขภาพ (Disaster Health Management)</p>

คลัสเตอร์ (Clusters)	เป้าหมาย ปี 2020	ประเด็นด้านสุขภาพที่สำคัญ (Health Priorities)
3. เสริมสร้างระบบสุขภาพ และการเข้าถึง การดูแลรักษา (Strengthening health system and access to care)	a) การทำให้ประชาชนในประชาคมอาเซียนเกิดช่องทางการเข้าถึง หลักประกันสุขภาพอย่างครอบคลุม มี ความปลอดภัยและมีคุณภาพ รวมถึง การแพทย์แผนโบราณและการแพทย์ ทางเลือก (ASEAN Community has universal access to[essential] health care, safe and good quality medical products including traditional and complementary medicines) b) เพื่อให้บรรลุเป้าหมายด้านสุขภาพที่ ต่อเนื่องมาจาก MDGs เพื่อให้บรรลุ เป้าหมายตาม SDGs (To achieve the unfinished health related MDGs, in light of the sustainable development goals (SDG))	13. การแพทย์แผนโบราณ (Traditional Medicine)
		14. ประเด็นสุขภาพที่สัมพันธ์กับ MDGs (Health related MDGs (4, 5, 6))
		15. หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal health coverage (UHC))
		16. สุขภาพคนต่างด้าว (Migrants' health)
		17. การพัฒนาด้านเภสัชกรรม (Pharmaceutical development)
		18. การเงินการคลังด้านสุขภาพ (Healthcare financing)
4. ส่งเสริมความมั่นคง ปลอดภัยด้านอาหาร (Ensuring food safety)	a) การส่งเสริมประชาชนให้เข้าถึงอาหาร และน้ำดื่มที่ปลอดภัยเป็นไปตามหลัก สุขภาพภิบาล (To promote access to safe food, safe drinking water and sanitation)	19. การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ (Human resources development)
		20. อาหารปลอดภัย (Food safety) 21. การจัดการน้ำสะอาด (Water & sanitation)

ในการขับเคลื่อนอนามัยสิ่งแวดล้อมต่างด้าว เป็นโอกาสที่จะกำหนดดวาระในการขับเคลื่อนหลาย Cluster โดยกรมอนามัยมีบทบาทใน Cluster 1 เรื่องส่งเสริมวิถีชีวิตที่เอื้อต่อสุขภาพ Cluster 2 เรื่องการตอบสนองต่ออันตรายและภัยคุกคามด้านสุขภาพ และ Cluster 4 เรื่องความปลอดภัยทางอาหาร โดยในประเด็นอนามัยสิ่งแวดล้อมหากต้องการกำหนดดวาระ ความเป็นไปได้ในการผลักดันคือ Cluster 2 ในประเด็นอนามัยสิ่งแวดล้อมและการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ ซึ่งจะไปเชื่อมโยงกับการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ และ Cluster 4 เรื่องความปลอดภัยในอาหารโดยประเด็นสุขภาพอาหารและน้ำมีความเป็นไปได้จะขับเคลื่อนในวาระนี้ ส่วนประเด็นสุขภาพของผู้อพยพ/ต่างด้าว เป็นประเด็นใน Cluster 3 ซึ่งเกี่ยวข้องกับการสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพ และการเข้าถึงบริการ ในประเด็นอนามัยสิ่งแวดล้อมจึงไม่น่ากำหนดประเด็นวาระใน Cluster นี้เป็นหลัก

ดังนั้น ความร่วมมือตาม IHR และ ASEAN Post-2015 Health Development Agenda จึงเป็นโอกาสที่ประเทศใช้เป็นเวทีในการขับเคลื่อนการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในกลุ่มต่างด้าว ประเด็นการยกระดับด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมจำเป็นต้องมองที่บรรทัดฐาน ค่านิยม ความเชื่อ และทักษะในการจัดการ ซึ่งเป็นผลจากการบ่มเพาะสุขอนามัยของประเทศต้นกำเนิด การแสวงหาความร่วมมือร่วมกันในกลุ่มประเทศสมาชิกอาเซียนเป็นสิ่งจำเป็นและต้องคำนึงถึงอย่างยิ่ง โดย

การศึกษานี้ได้พบข้อเสนอเพื่อพัฒนาเป็นวาระระหว่างประเทศ โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศอาเซียน ดังนี้

1) กำหนดเป้าหมายร่วม และผลลัพธ์ที่คาดหวัง รวมถึงจัดทำเป็นแผนปฏิบัติการความร่วมมือระหว่างประเทศด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในกลุ่มต่างตัวของแต่ละประเทศ รวมถึงกำกับติดตาม และสรุปทบทเรียนอย่างต่อเนื่อง

2) การพัฒนาด้านวิชาการ นวัตกรรม งานวิจัย และเทคโนโลยีด้านสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อมกัน เพื่อยกระดับองค์ความรู้ของทุกประเทศสมาชิกอย่างทัดเทียมกัน

3) การยกระดับการพัฒนามาตรฐานอนามัยสิ่งแวดล้อมระหว่างประเทศร่วมกัน ให้อยู่ใกล้เคียงกันมากที่สุด เช่น การจัดการน้ำสะอาด สุขภาพอาหาร การจัดการที่ปกอาศัย การจัดการขยะมูลฝอย การจัดการสิ่งแวดล้อมและสิ่งปฏิกูล เป็นต้น เพื่อให้เกิดการพัฒนาในภาพรวมของทั้งประเทศของแต่ละประเทศ อันนำมาสู่ประชากรที่มีคุณภาพในเชิงมีพฤติกรรมอนามัยที่เหมาะสม โดยอาจมีการดำเนินโครงการร่วม อาทิ โครงการสวมมาตรฐานอาเซียน หรือร้านอาหารมาตรฐานอาเซียน เป็นต้น

4) การสร้างความร่วมมือระหว่างเมือง/จังหวัดแนวชายแดนระหว่างประเทศในการยกระดับมาตรฐานด้านสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างเคร่งครัด ในลักษณะเมืองคู่ (Bilateral) เนื่องด้วยเหตุผล 2 ประการ คือ ประการแรกจำนวนคนต่างด้าวที่เข้ามาทำงานในลักษณะไป-กลับ ตามชายแดนมีถิ่นอาศัยในเมืองติดชายแดนประเทศไทย และประการที่สองคนต่างด้าวนำสินค้าโดยเฉพาะอาหารเข้าชายแดน หากทั้งคน และสินค้าเป็นแหล่งกำเนิดโรค ย่อมนำมาสู่ปัญหาสุขภาพในประเทศ และการสร้างความร่วมมือระหว่างเมืองคู่อีโอกาสทำงานสำเร็จมากกว่าทำงานในภาพระหว่างประเทศ ดังตัวอย่าง เช่น เมืองชายแดน ไทย-ลาว และไทย-มาเลเซีย

5) ผลักดันระบบการลงทะเบียน หรือการพิสูจน์บุคคลอย่างเข้มงวดให้ครอบคลุมแรงงานที่ทำงานในระหว่างประเทศ และการเตรียมความพร้อมด้านความรู้ และพฤติกรรมด้านสุขอนามัย ของแรงงานเมื่อเดินทางระหว่างประเทศ

6) แสวงหาแหล่งทุน หรือจัดตั้งกองทุนที่สนับสนุนโดยประเทศสมาชิก ASEAN ในลักษณะ Co-share เป็นกองทุนอาเซียนสำหรับการพัฒนาแรงงานต่างด้าวและครอบครัวในเชิงของคุณภาพชีวิตและสังคม ที่เคลื่อนย้ายเข้ามาทำงานในประเทศต่าง ๆ ไม่ใช่เฉพาะสำหรับแรงงานที่เข้ามาในไทย แต่รวมถึงการที่มีแรงงานข้ามแดน เช่น ลาวไปทำงานเวียดนาม หรือไทยไปทำงานมาเลเซีย ก็จัดสรรแหล่งงบประมาณให้ประเทศที่รับแรงงานไปพัฒนาในเชิงคุณภาพชีวิตและสังคม

การยกระดับการพัฒนามาตรฐานอนามัยสิ่งแวดล้อมควรวางกรอบการพัฒนาในเชิงระบบ โดยการกำหนดวาระระดับชาติร่วมกับการควบคุมป้องกันโรค และการจัดบริการรักษาฟื้นฟู การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีคุณภาพเป็นมาตรการเชิงรุก นำมาสู่การป้องกันผลกระทบในระยะยาว และเกิดความยั่งยืน โดยการขับเคลื่อนต้องมองถึงบทบาทของส่วนกลางที่เป็นผู้กำหนดนโยบาย กฎหมาย หลักเกณฑ์แนวทาง มาตรฐานการดำเนินงานสำคัญ โดยอาศัยหลักทางวิชาการต่าง ๆ เพื่อเป็นกรอบการปฏิบัติของภาคส่วนทุกระดับ ในระดับพื้นที่ กลไกสำคัญคือเขตสุขภาพ เป็นผู้ถ่ายทอดนโยบายสู่การขับเคลื่อน โดยกลไก 3 ส่วน คือ คณะกรรมการสาธารณสุขระดับจังหวัด คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งเป็นผู้ดำเนินงานที่ และเป็นผู้บังคับใช้กฎหมายในการขับเคลื่อน และเป็นออกแบบระบบการจัดการในระดับพื้นที่ให้เกิดการ

ดำเนินงานอย่างมีคุณภาพ และเกิดความเข้มแข็งในการดำเนินงาน โดยสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วน ส่วนในมิติที่จะช่วยขับเคลื่อนภาพการดำเนินงานระดับประเทศให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นคือมิติของการต่างประเทศที่ต้องมองถึงต้นทางของแรงงานต่างด้าว ซึ่งต้องมีการทำงานร่วมกันโดยเฉพาะการขับเคลื่อนในกลุ่มประเทศอาเซียน ให้เกิดนโยบาย การยกระดับมาตรฐาน การจัดสรรทรัพยากร และการเรียนรู้ร่วมกัน เป็นไปตามแนวคิดหลักของอาเซียน “Advancing Partnership for Sustainability”

บรรณานุกรม

หนังสือ

The ASEAN Secretariat, Community Relations Division. ASEAN Post-2015 Health Development Agenda (2016-2020). Jakarta: Community Relations Division, 2018.

World Health Organization. Guideline Sanitation and Health. Geneva: Department of Public Health, 2018.

กรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย. รายงานคุณภาพชีวิตของคนไทยจากข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ปี 2561. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: บริษัทพีทีเอสเพรสจำกัด, 2561.

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชนสำหรับประชาชน.

พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย, 2560.

_____. คู่มือพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 และที่แก้ไขเพิ่มเติม. พิมพ์ครั้งที่ 1.

กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด, 2561.

กระทรวงสาธารณสุข. กรอบยุทธศาสตร์โลกของประเทศไทย พ.ศ. 2559-2563. นนทบุรี: สำนักงานสาธารณสุขระหว่างประเทศ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559.

ธานินทร์ สีวราภรณ์สกุล. ผลกระทบต่อบริการสุขภาพจากการย้ายถิ่นของแรงงานอาเซียนเมื่อประเทศไทยเข้าสู่ประชาคมอาเซียน (ASEAN Community) : กรณีศึกษาเครือข่ายบริการสุขภาพที่ 4. รายงานการศึกษาส่วนบุคคล. หลักสูตรนักรับราชการทูต รุ่นที่ 5 สถาบันการต่างประเทศเทวะวงศ์วโรปการ กระทรวงการต่างประเทศ, 2556.

บุญแสง บุญอำนวยกิจ. การพัฒนาความร่วมมือเพื่อแก้ปัญหาและพัฒนางานสาธารณสุขชายแดนไทย-มาเลเซีย : กรณีศึกษาความปลอดภัยด้านอาหาร. รายงานการศึกษาส่วนบุคคล.

หลักสูตรนักรับราชการทูต รุ่นที่ 7 สถาบันการต่างประเทศเทวะวงศ์วโรปการ กระทรวงการต่างประเทศ, 2558.

มาลี สันภูวรรณ. การบริหารจัดการระบบสุขภาพและบริการสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับแรงงานข้ามชาติหลังเปลี่ยนแปลงนโยบายการจัดการแรงงานข้ามชาติ พ.ศ. 2555. พิมพ์ครั้งที่ 1.

นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2560.

ฤทธิรงค์ จังโกฏี. การรวบรวมและจัดทำสถานการณ์การสุขภาพิบาลชุมชนแรงงานต่างด้าวในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษพร้อมข้อเสนอมาตรฐานที่เหมาะสม. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2561.

วรยา เหลืองอ่อน. บทบาทกระทรวงต่างประเทศในการร่วมป้องกันควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ :

กรณีศึกษาโรคติดเชื้อทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (โรคเมอร์ส). รายงานการศึกษาส่วนบุคคล.

หลักสูตรนักรับราชการทูต รุ่นที่ 9 สถาบันการต่างประเทศเทวะวงศ์วโรปการ กระทรวงการต่างประเทศ, 2560.

- ศิริพร สัจจามันท์. หน่วยที่ 11 การเคลื่อนย้ายปัจจัยการผลิตระหว่างประเทศ. ใน เอกสารการสอนชุด
 วิชาเศรษฐศาสตร์ระหว่างประเทศ สาขาวิชาเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
 หน่วยที่ 8-15 (ฉบับปรับปรุง). พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สำนักพิมพ์ มหาวิทยาลัยสุโขทัย
 ธรรมาธิราช, 2548
- สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี. พัฒนาการสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ. รายงานการประชุมระดับโลก
 เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ธนาเพรส จำกัด, 2556.

บทความ

- Chapman AL. "Migrant Health Project in Pennsylvania 1963." Public Health Reports
 79, 64 (July 1964): 561-566.
- กระแส ชนะวงศ์ และคณะ. "นโยบายสาธารณสุข ระบบบริการสุขภาพและประกันสุขภาพของ
 ประเทศเพื่อนบ้านในประชาคมอาเซียน." วารสารวิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย 7, 1 (มกราคม-
 มิถุนายน 2560): 7-18.
- ภาคศิริ แอนิหน. "แรงงานต่างด้าว: การบริหารและการจัดการในประเทศไทย." วารสารศิลปการ
 จัดการ 2, 2 (พฤษภาคม-สิงหาคม 2561): 117-132.
- ศุภมล ศรีสุขวัฒนา. "เจตนาธรรมและสาระสำคัญของ พรบ.การสาธารณสุข (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2560."
วารสารสาธารณสุข 47, 2 (พฤษภาคม-สิงหาคม 2560): 115-119.
- สิริรัฐ สุกันธา. "การเคลื่อนย้ายแรงงานข้ามชาติสัญชาติพม่าในเขตภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย."
JOURNAL OF ECONOMICS : Chiang Mai University (Jan-Jun 2014): 45-63.
- อ้อทิพย์ ราชภูรินิยม. "การย้ายถิ่นบนเส้นทางของการพัฒนาอุตสาหกรรมไทย." วารสาร
 เศรษฐศาสตร์และนโยบายสาธารณะ 8 (16): 67-83.

กฎหมาย

- ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ที่ 7/2538 เรื่องกำหนดจำนวนคนต่อจำนวนพื้นที่ของอาคารที่พักของ
 คนงานก่อสร้างที่ถือว่ามีความแออัดเกินไป. ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 112 ตอนที่ 58ง.
 (20 กรกฎาคม 2538), หน้า 21.
- ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องหลักเกณฑ์ และวิธีการจัดการอบรมผู้ประกอบการและผู้สัมผัส
 อาหาร พ.ศ. 2561. ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 136 ตอนที่ 23ง. (25 มกราคม 2562), หน้า 13.
- พระราชบัญญัติการทำงานของคนต่างด้าว พ.ศ. 2551. ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 125 ตอนที่ 37ก.
 (22 กุมภาพันธ์ 2551), หน้า 24.
- พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535. ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 109 ตอนที่ 38. (5 เมษายน
 2535), หน้า 27.
- พระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงานในงานประมง พ.ศ. 2558. ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 136 ตอนที่ 67ก.
 (22 พฤษภาคม 2562), หน้า 191.
- พระราชบัญญัติรักษาความสะอาดและความเป็นระเบียบเรียบร้อยของบ้านเมือง พ.ศ. 2535. ราชกิจ
 จานุเบกษา. เล่มที่ 109 ตอนที่ 15. (28 กุมภาพันธ์ 2535), หน้า 28.

พระราชบัญญัติแรงงานทางทะเล พ.ศ. 2558. ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 132 ตอนที่ 98ก. (1 ตุลาคม 2558), หน้า 21.

สื่ออิเล็กทรอนิกส์

Association of Southeast Asian Nations. ASEAN Post-2015 Health Development Agenda. [Online]. 2017. Available from: <https://asean.org/wp-content/uploads/2017/02/APHDA-In-a-Nutshell.pdf> [June 3, 2019].

Center of Disease Control and Prevention. Principles of Epidemiology in Public Health Practice Third Edition : An Introduction to Applied Epidemiology and Biostatistics. [Online]. 2012. Available from: <https://www.cdc.gov/csels/dsepd/ss1978/SS1978.pdf> [May 26, 2019].

IOM Thailand (International Organization for Migration). รายงานการย้ายถิ่นของประเทศไทย พ.ศ. 2562 บทสรุปสำหรับผู้บริหาร. [ออนไลน์]. 2562 แหล่งที่มา: [https://thailand.iom.int/sites/default/files/document/publications/Executive Summary \(in Thai\)-Thailand Migration Report 2019.pdf](https://thailand.iom.int/sites/default/files/document/publications/Executive Summary (in Thai)-Thailand Migration Report 2019.pdf) [26 พฤษภาคม 2562].

กองสวัสดิการแรงงาน กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน กระทรวงแรงงาน. โครงการจัดทำฐานข้อมูลสวัสดิการแรงงานของประเทศสมาชิกประชาคมอาเซียน. [ออนไลน์]. 2558 แหล่งที่มา: <http://welfare.labour.go.th/2018/index.php/2014-08-25-08-28-13/50-2015-02-25-07-56-35> [1 มิถุนายน 2562]

คำนวน อึ้งชูศักดิ์. ภาพรวมของระบาดวิทยา (Overview of Epidemiology). [ออนไลน์]. 2554 แหล่งที่มา: http://interfetpthailand.net/femt/present/femt_2011_12_19kumnual_1000a.doc [1 มิถุนายน 2562].

เจาะลึกระบบสุขภาพ. คนไทยกินอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ ลดลง. [ออนไลน์]. 2557. แหล่งที่มา: <https://www.hfocus.org/content/2015/05/9954> [9 กรกฎาคม 2562].

ไพโรช ตันอุดม. การพัฒนาเมืองนาอยู่ทองถิ่นนาอยู่ในชุมชนแรงงานต่างดาว จังหวัดเชียงใหม่. [ออนไลน์]. 2551. แหล่งที่มา: <https://webapp.hpc1.go.th/research/ViewAbstract.aspx> [1 มิถุนายน 2562].

มนตรียา อุ่นเทียมโสสม. อหิวาตกโรค จังหวัดระยอง 4 ต.ค.2558-13 ม.ค.2559. [ออนไลน์]. 2559 แหล่งที่มา: http://thaigcd.ddc.moph.go.th/uploads/file/CDD/6_%E0%B8%AD%E0%B8%AB%E0%B8%B4%E0%B8%A7%E0%B8%B2%E0%B8%95%E0%B8%81%E0%B9%82%E0%B8%A3%E0%B8%84%20%E0%B8%88%E0%B8%B1%E0%B8%87%E0%B8%AB%E0%B8%A7%E0%B8%B1%E0%B8%94%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%A2%E0%B8%AD%E0%B8%87%204%20%E0%B8%95.%E0%B8%84.2558-13%20%E0%B8%A1.%E0%B8%84.2559.pdf. [26 พฤษภาคม 2562].

- สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว. ข้อมูลสถิติรายปี [ออนไลน์]. 2562. แหล่งที่มา:
https://www.doe.go.th/prd/alien/statistic/param/site/152/cat/82/sub/74/pull/sub_category/view/list-label. [1 มิถุนายน 2562].
- สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. National Surveillance Report (Report 506). [ออนไลน์]. 2562. แหล่งที่มา:
<http://www.boe.moph.go.th/boedb/surdata/index.php> [26 พฤษภาคม 2562].
- สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. กฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548. [ออนไลน์]. 2562. แหล่งที่มา: <http://www.boe.moph.go.th/files/meeting/IHR2015/2.pdf> [26 พฤษภาคม 2562].
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนบริการสุขภาพ. สำรวจพฤติกรรมการล้างมือคนไทย. [ออนไลน์]. 2559. แหล่งที่มา: https://www.thaihealth.or.th/Content/34731-สำรวจพฤติกรรม_การล้างมือคนไทย.html [9 กรกฎาคม 2562].
- สุชาติ จันทรียากร, ศรีวรรณ หัตถยานนท์ และพจมาน ศิริอารยาภรณ์. โรคอหิวาตกโรค : สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค ประจำปี 2558. [ออนไลน์]. 2558. แหล่งที่มา:
<http://www.boe.moph.go.th/Annual/AESR2015/aesr2558/Part%201/07/cholera.pdf> [26 พฤษภาคม 2562].
- เสาวณี จันทะพงษ์, เพรงเพรา สิงห์พงษ์, กานต์ชนิด เลิศเพียรธรรม. กระแสการเคลื่อนย้ายแรงงานข้ามชาติ: เข้าใจ เข้าถึง และเป็นธรรม. [ออนไลน์]. 2561. แหล่งที่มา:
https://www.bot.or.th/Thai/ResearchAndPublications/DocLib_/Article_7Aug2018.pdf [26 พฤษภาคม 2562].
- หทัย ชิตานนท์. การส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่. ปาฐกถานำ ในการประชุมวิชาการประจำปีของทันตแพทยสมาคม วันที่ 17 กรกฎาคม 2541 [ออนไลน์]. 2541. แหล่งที่มา:
http://advisor.anamai.moph.go.th/main.php?filename=JHealthVol21No3_11 [1 มิถุนายน 2562]

สัมภาษณ์

- ไฉไล ช่างดำ. นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ ศูนย์อนามัยที่ 10. สัมภาษณ์, 26 มิถุนายน 2562
- दनัย ธีวันดา. รองอธิบดีกรมอนามัย. สัมภาษณ์, 27 มิถุนายน 2562.
- นัยนา ใช้เทียมวงศ์. ผู้อำนวยการสำนักความร่วมมือระหว่างประเทศ. สัมภาษณ์, 26 มิถุนายน 2562.
- สมศักดิ์ ศิริวารังสรรค์. ผู้อำนวยการกองประเมินผลกระทบทางสุขภาพ. สัมภาษณ์, 26 มิถุนายน 2562.
- สิริวรรณ จันทนจุลกะ. ผู้อำนวยการสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม. สัมภาษณ์, 27 มิถุนายน 2562.
- อภิชาติ รอดสม. สาธารณสุขนิเทศ เขตสุขภาพที่ 6. สัมภาษณ์, 4 มิถุนายน 2562.
- อัมพร จันทวิบูลย์. ผู้อำนวยการสำนักสุขภาพิบาลอาหารและน้ำ. สัมภาษณ์, 24 มิถุนายน 2562.

ภาคผนวก

แบบสอบถามการดำเนินงานและข้อคิดเห็นในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชนแรงงานต่างด้าว

แบบศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรนักการบริหารการทูต สถาบันการต่างประเทศ เทวะวงศ์วโรปการ กระทรวงการต่างประเทศ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาสุขภาพในแรงงานต่างด้าวที่มีเหตุมาจากอนามัยสิ่งแวดล้อม ระบบการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของกรมอนามัย และศึกษาข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย และมาตรการสำคัญสำหรับกรมอนามัยในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน

ตำแหน่งผู้ให้ข้อมูล

.....

กลุ่มงาน.....หน่วยงาน.....

1. ในเขต/พื้นที่ที่ท่านรับผิดชอบพบปัญหาด้านสุขภาพของแรงงานต่างด้าวเนื่องจากสาเหตุด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (สุขาภิบาลอาหาร น้ำ ชยะ สิ่งปฏิกูล เหตุรำคาญ) หรือไม่ อย่างไร

1.1 ประเภท สัตว์ชาติ แหล่งชุมชนของแรงงาน

.....

.....

1.2 ปัญหาสุขภาพ

.....

.....

1.3 ปัญหาอนามัยสิ่งแวดล้อม

.....

.....

2. หน่วยงานของท่านมีกำหนดมาตรการ แนวทางการดำเนินการและขับเคลื่อนการจัดการปัญหาอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชนแรงงานต่างด้าวหรือไม่ อย่างไร

	การดำเนินงาน	มี	ไม่มี	รายละเอียด
2.1	การกำหนดเป้าหมาย ทิศทางการดำเนินงาน แผนปฏิบัติการของหน่วยงาน			
2.2	การกำหนดผู้รับผิดชอบของหน่วยงาน			
2.3	การจัดสรรงบประมาณ			

	การดำเนินงาน	มี	ไม่มี	รายละเอียด
2.4	มาตรการการดำเนินงาน			
2.4.1	การขับเคลื่อน และพัฒนา นโยบายสาธารณะในระดับเขต จังหวัด และอำเภอ (พชอ.)			
2.4.2	การพัฒนาทักษะผู้เกี่ยวข้อง ภาคีเครือข่าย ผู้มีส่วนได้ส่วน เสียในการจัดการ			
2.4.3	การจัดการด้านอนามัย สิ่งแวดล้อมในชุมชนแรงงาน ต่างด้าว เช่น สุขาภิบาล อาหาร น้ำ ขยะ ส้วม สิ่งปฏิกูล เหตุรำคาญ ฯลฯ			
2.4.4	การผลักดันในการบังคับใช้ กฎหมายที่เกี่ยวข้อง เช่น พรบ. สาธารณสุข			
2.4.5	การผลักดันให้ผู้เกี่ยวข้องพัฒนา ชุมชนแรงงานต่างด้าวให้ เข้มแข็ง เช่น กลไก พชอ. อปท. หรือ อสต.			
2.4.6	การผลักดันให้หน่วยบริการ สาธารณสุข องค์การปกครอง ส่วนท้องถิ่นจัดบริการรองรับ เพื่อป้องกันปัจจัยเสี่ยงด้าน อนามัยสิ่งแวดล้อม เช่น การ เฝ้าระวัง การตรวจคัดกรอง การให้สุขศึกษา ฯลฯ			
2.4.7	การพัฒนางานวิชาการ นวัตกรรม และงานวิจัย			
2.4.8	ประเด็นการดำเนินงานอื่น ๆ			

3. ปัจจัยแห่งความสำเร็จสำคัญ (Key Success Factors)

.....

.....

.....

.....

4. ปัญหาอุปสรรคในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน

.....
.....
.....
.....

5. ในมุมมองของท่านคิดว่าในระดับประเทศควรมุ่งเน้นการดำเนินงานในการจัดการปัญหาอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชนแรงงานต่างด้าวประเด็นใดบ้าง อย่างไร

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

6. ในมุมมองของท่านคิดว่าปัญหาอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชนแรงงานต่างด้าว ควรยกระดับความร่วมมือในการจัดการ และพัฒนา ในประเด็นความเรื่องมีระหว่างประเทศหรือไม่ ในประเด็นใดบ้าง อย่างไร

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นายดำรง อารงเลาะห์พันธุ์
ประวัติการศึกษา	<ul style="list-style-type: none"> - ทันตแพทยศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ - เศรษฐศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช - วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาขาทันตกรรมป้องกัน) มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ประวัติการทำงาน	
พ.ศ. 2544	หัวหน้าฝ่ายทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด
พ.ศ. 2547	หัวหน้างานทันตกรรม โรงพยาบาลแหลมงอบ จังหวัดตราด
	หัวหน้าศูนย์คุณภาพ โรงพยาบาลแหลมงอบ จังหวัดตราด
พ.ศ. 2549	หัวหน้างานทันตกรรม กลุ่มบริการทางการแพทย์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3 ชลบุรี
พ.ศ. 2557	ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านทันตสาธารณสุข) ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี
พ.ศ. 2558	หัวหน้ากลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี
พ.ศ. 2559	หัวหน้ากลุ่มอนามัยสิ่งแวดล้อม ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี
ตำแหน่งปัจจุบัน	ผู้อำนวยการกองการเจ้าหน้าที่ กรมอนามัย