

ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของแรงงานไทยในประเทศแถบอาเซียน

วินัย ศรีสะอาด วทบ, พ.บ.

จารุวรรณ หมั่นมี Ph.D.

วรรณภา ปดิฐพร พยม.

กลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

Abstract: Health Status and Quality of Life for Thai Workers in ASEAN Countries

Srisa-ard W

Manmee C

Padithaporn W

Division of Family Medicine, Rajavithi Hospital, Khwang Thung Phyathai, Rajathewi, Bangkok, 10400

(E-mail : winai21899@gmail.com)

A cross-sectional descriptive study was conducted to assess health status and quality of life in Thai workers who had worked in a selected ASEAN country. Health status was mainly focused on musculoskeletal disorder. Data collection was available from October 2016 to September 2017 in 262 Thai workers who have been working in one country in ASEAN; Malaysia for at least 6 months and underwent health examination under the ASEAN plus Three Health Care Program (ASEAN PLUS), organized by Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Research instruments consisted of three parts; first was demographic data, second was Standardized Nordic Questionnaire (Thai version), and third was the World Health Organization Quality of Life Brief-Thai (WHOQOL-BREF-THAI). Data were analyzed using descriptive and inferential statistics. This study was reviewed and approved by the ethics committee, Rajavithi hospital. The majority was female with mean age of 40.8 ± 11.6 years. The mean BMI was 24.38 ± 3.95 kg/m². Most of the participants had educational level less than bachelor (38.4%), worked as occupied housewives, massage, or chef (57.0%), monthly income less than 20,000 baht (49.8%), domiciled in the north of Thailand (31.1%), more than half lived in Malaysia less than 5 years. An average working time was 10.2 ± 1.7 hours daily. Most did not have underlying diseases and medication. Most drank tea or coffee (76.8%), and 69.8% drank tea or coffee daily, mostly non-smoking and non-alcoholic. In the past 12 months. The prevalence of musculoskeletal disorder of wrist and hand was (25.7%), ankle and foot (11.7%), and shoulders (10.5%). For the past 7 days, wrist and hand was (30.6%), ankle and foot (12.1%), and shoulders (9.1%). Factors associated with musculoskeletal disorders were less educational level ($p = 0.035$), and tea or coffee consumption ($p = 0.029$). The overall quality of life was at moderate level. The quality of life in physical, psychological and environmental aspects was at a moderate level, but a social relation was at not good level. The finding is used to develop a health care program for workers by focusing on the observation of various health disorders. There should be further study in high risk groups in order to be advised to improve working conditions or adjust the equipment to suit the work. Data integration and collaboration between the Ministry of Public Health and the Ministry of Labor may continue to work closely together.

Keywords : ภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิต อาการผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ

บทคัดย่อ

การศึกษาวินิจฉัยภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) เพื่อประเมินภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของแรงงานไทยในประเทศแถบอาเซียน ภาวะสุขภาพมุ่งเน้นประเมินความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับอาการผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนตุลาคม 2559 - กันยายน 2560 ในแรงงานไทยที่ปฏิบัติงานในหนึ่งประเทศแถบอาเซียนคือมาเลเซียไม่น้อยกว่า 6 เดือน และเข้ารับการตรวจสุขภาพภายใต้โครงการดูแลสุขภาพแรงงานไทยในกลุ่มประเทศอาเซียน/เอเชีย (ASEAN PLUS) กรมการแพทย์ ในช่วงที่เก็บข้อมูลจำนวน 262 คน เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 3 ส่วน

คือ ส่วนที่ 1) ข้อมูลทั่วไปของตัวอย่าง เช่น อายุ เพศ รายได้ ลักษณะงาน ประสบการณ์ทำงาน ภูมิสำเนาโรคประจำตัว และพฤติกรรมสุขภาพ ส่วนที่ 2) การประเมินอาการผิดปกติกลุ่มอาการทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ (Musculoskeletal disorders) ด้วยแบบสอบถามมาตรฐานชนิดตอบเอง Standardized Nordic Questionnaire (ฉบับภาษาไทย) และส่วนที่ 3) แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อ ภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน และการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลราชวิถี ตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย

40.8 ± 11.6 ปี BMI เฉลี่ย 24.38 ± 3.95kg/m² การศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช./ปวส. ร้อยละ 38.4 ประกอบอาชีพแม่บ้าน/นวด/แม่ครัว ร้อยละ 57.0 รายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 20,000 บาท ร้อยละ 49.8 ภูมิลำเนาอยู่ในภาคเหนือ ร้อยละ 31.1 มากกว่าครึ่งหนึ่งอยู่ที่มาเลเซียน้อยกว่า 5 ปี ระยะเวลาทำงานเฉลี่ย 10.2 ± 1.7 ชั่วโมงต่อวัน ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ไม่มียาที่ใช้ประจำ พฤติกรรมสุขภาพส่วนใหญ่ชอบดื่มชา/กาแฟ ร้อยละ 76.8 โดยดื่มชา/กาแฟทุกวันถึงร้อยละ 69.8 ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ความชุกของอาการผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่พบมากที่สุดคือ ข้อมือ/มือ, ข้อเท้า/เท้า และไหล่ ร้อยละ 25.7, 11.7 และ 10.5 ตามลำดับ สำหรับในช่วง 7 วันที่ผ่านมา พบความชุกอาการของข้อมือ/มือ, ข้อเท้า/เท้า และไหล่ร้อยละ 30.6, 12.1 และ 9.1 ตามลำดับ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการผิดปกติกลุ่มอาการทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ระดับการศึกษา (p = 0.035) และการดื่มชาหรือกาแฟ (p = 0.029) คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย, ด้านจิตใจ และด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง แต่ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ส่วนใหญ่ คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับที่ไม่ดี ผลการศึกษาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการนำไปสู่การพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพให้กับแรงงานในต่างแดน โดยการจัดโปรแกรมการดูแลสุขภาพเน้นการสังเกตอาการผิดปกติสุขภาพด้านต่างๆ และควรมีการศึกษาต่อเนื่องเชิงลึกในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงเพื่อสามารถให้คำแนะนำในการปรับปรุงสภาพการทำงานหรือปรับปรุงกรณีให้มีความเหมาะสมต่อการทำงาน โดยอาจบูรณาการข้อมูลและทำงานร่วมกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงแรงงานต่อไป

คำสำคัญ : Health Status, Quality of life, Musculoskeletal disorder

บทนำ

ประเทศไทยมีจำนวนประชากรทั้งประเทศมากกว่า 65 ล้านคน ทั้งนี้เมื่อจำแนกเป็นประชากรวัยทำงาน หรือวัยแรงงาน (ช่วงอายุ 15-59 ปี) ในปี 2556 มีประชากรวัยแรงงานอายุ 15-59 ปี จำนวน 42,983,000 คน คิดเป็นร้อยละ 66.5 (ประชากรประเทศไทย พ.ศ. 2556: สารประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล มกราคม 2556)¹ เห็นได้ว่าเป็นวัยที่มีอายุครอบคลุมกลุ่มวัยรุ่น วัยทำงาน และวัยกลางคนซึ่งในประเทศไทยมีประชากรกลุ่มนี้อยู่ถึงประมาณ 2 ใน 3 ของประชากรทั่วประเทศ และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น หากประชากรวัยนี้มีปัญหาสุขภาพ เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ย่อมส่งผลกระทบต่อสติปัญญา และเศรษฐกิจของชาติโดยรวม ประชากรวัยทำงานเป็นกำลังสำคัญในเชิงเศรษฐกิจ และมีภาระในการเกื้อกูลเด็กและผู้สูงอายุ การพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากรวัยทำงานด้านสุขภาพ มีผลต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ

นอกจากประชากรวัยทำงานในประเทศแล้ว ประชากรที่ไปเป็นแรงงานในต่างประเทศก็มีจำนวนมากขึ้นเช่นกันโดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีการเปิดประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน จำนวนแรงงานไทยที่ได้รับอนุญาตให้เดินทางไปทำงานต่างประเทศ (รวมทุกประเทศ) โดยกรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน² เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2559 จำนวน 8,432 คน และมี Re-Entry จำนวน 3,393 คน โดยพบว่าอาชีพหรือลักษณะงาน 3 อันดับแรก ที่ไปขายแรงงานในต่างประเทศได้แก่ 1) ผู้ปฏิบัติงานฝีมือด้านการเกษตรและประมง 2) ผู้ปฏิบัติงานในโรงงาน ผู้ควบคุมเครื่องจักร และผู้ปฏิบัติงานด้านการประกอบ และ 3) อาชีพงานพื้นฐาน ตามลำดับ และตั้งแต่ พ.ศ. 2540 เป็นต้นมา แรงงานไทยที่จะไปทำงานในต่างประเทศ ต้องได้รับการตรวจสุขภาพ ตามกฎหมายหรือข้อกำหนดของประเทศนั้นๆ ด้วย³ และหากไม่ผ่านการตรวจร่างกาย จะถูกส่งตัวกลับประเทศ และด้วยในปัจจุบัน การเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ สังคม เทคโนโลยี และสิ่งแวดล้อม ทำให้ประชากรวัยทำงานต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพในหลายด้าน เช่น ปัญหาสุขภาพอันเนื่องมาจากการทำงาน โรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และการใช้สารเสพติดอื่นๆ ตลอดจนวัยทำงานจะประสบปัญหาสุขภาพจากอายุที่เพิ่มขึ้น โดยจะเริ่มมีการเสื่อมถอยของร่างกาย หากไม่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพ หรือดูแลตนเองที่อาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน เป็นต้น ซึ่งปัญหาสุขภาพเหล่านี้สามารถป้องกันได้⁴⁻⁵

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำโครงการดูแลสุขภาพแรงงานไทยในกลุ่มประเทศอาเซียน⁶ จึงเป็นการเชื่อมโยงบริการทางการแพทย์ให้คนไทยในต่างแดนได้รับการดูแลสุขภาพอย่างทั่วถึง เสริมสร้างความรู้

ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพตนเอง ตลอดจนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบื้องต้นแก่แรงงานไทย พร้อมทั้งเก็บรวบรวมข้อมูลการเจ็บป่วยของแรงงานไทย ศึกษาแบบการดำเนินงานด้านการรักษาพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางการดูแลสุขภาพแรงงานไทยให้เหมาะสมกับประเทศนั้นๆ โดยในปีงบประมาณ 2557 กรมการแพทย์ได้จัดทีมแพทย์ไปดูแลแรงงานไทยใน 3 ประเทศ คือ ประเทศสิงคโปร์ บรูไน และ มาเลเซีย รวม 9 ครั้ง ทีมแพทย์ประกอบด้วยจิตแพทย์ 1 คน พยาบาล 4 คน พยาบาลอาชีวเวชศาสตร์ 1 คน ผู้ประสานงาน 2 คน รวมทั้งสิ้น 11 คน จากโรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ โดยให้การตรวจรักษา คัดกรองสุขภาพ จ่ายยา ตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษ ได้แก่ เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เครื่องเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว การให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง และการเจ็บป่วยเบื้องต้น การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิต การประเมินและให้คำแนะนำด้านอาชีวอนามัย การสำรวจสุขภาพด้านอาชีวอนามัย และความพึงพอใจต่อบริการ ซึ่งมีผู้เข้ารับบริการ จำนวน 1,258 ราย รายงานผลพบว่า การเจ็บป่วยที่พบมาก 5 อันดับแรก คือ อาการกล้ามเนื้อและกระดูก จำนวน 361 ราย โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 200 ราย โรคผิวหนังจำนวน 120 ราย โรคระบบทางเดินหายใจ จำนวน 120 ราย และโรคระบบทางเดินอาหารจำนวน 72 ราย นอกจากนี้ จากการตรวจประเมินสภาพจิตของผู้รับบริการ พบว่ามีปัญหาด้านคุณภาพชีวิต ความกังวลจากเรื่องหนี้สิน และภาระค่าใช้จ่าย พฤติกรรมการดื่มสุรา การสูบบุหรี่ และภาวะซึมเศร้า ซึ่งทีมแพทย์ได้ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง ทำให้ได้ต้นแบบการจัดหน่วยบริการดูแลสุขภาพแรงงานไทยในประเทศอาเซียนอื่นๆ ต่อไป

เห็นได้ว่าปัญหาสุขภาพของแรงงานเป็นเรื่องสำคัญ โดยเฉพาะหากมีสุขภาพที่ไม่พร้อมในการทำงาน แรงงานไทยอาจถูกส่งตัวกลับได้เพื่อวิเคราะห์สาเหตุการส่งกลับแรงงานไทย จากข้อมูลกรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคมที่รายงานให้กับสำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ระหว่าง พ.ศ. 2554 - 2557³ พบว่าแรงงานถูกส่งกลับ ร้อยละ 0.11 สาเหตุของโรคที่พบบ่อย 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคปอดและวัณโรค ไวรัสตับอักเสบบี และโรคจิตเภท ตามลำดับ นอกจากนี้การประเมินภาวะสุขภาพของแรงงานไทย จะทำให้ทราบสถานการณ์การเจ็บป่วยและหามาตรการในการดูแล ป้องกันและไม่ให้เกิดปัญหาสุขภาพที่รุนแรงต่อไปได้ โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์เป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในกระทรวงสาธารณสุข มีบทบาทหน้าที่ในการช่วยขับเคลื่อนนโยบายและโครงการดูแลสุขภาพแรงงานไทยในกลุ่มประเทศอาเซียนให้ประสบความสำเร็จ คณะผู้ศึกษาซึ่งได้มีส่วนร่วมในทีมงานตรวจสุขภาพตระหนักถึงความสำคัญดังกล่าว จึงดำเนินการวิจัยโดยมี

วัตถุประสงค์เพื่อประเมินภาวะสุขภาพ โดยเน้นการประเมินภาวะสุขภาพทางกายจากการตรวจร่างกายและชีพจรวัด และการประเมินอาการผิดปกติกลุ่มอาการทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ซึ่งเป็นอาการผิดปกติที่พบได้บ่อยจากรายงานโครงการนี้โดยกรมการแพทย์ และประเมินคุณภาพชีวิตของแรงงานไทยในประเทศแถบอาเซียน เพื่อเป็นข้อมูล evidence-based ประกอบนโยบายการจัดการดูแลสุขภาพของแรงงานไทยต่อไป

วัตถุประสงค์

การศึกษาวิจัยพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) โดยสอบถามจากแรงงานไทยในแถบประเทศอาเซียนที่เข้ารับการตรวจสุขภาพภายใต้โครงการดูแลสุขภาพแรงงานไทยในกลุ่มประเทศอาเซียน กรมการแพทย์ โดยประเทศที่เป็นกรณีศึกษาคือประเทศมาเลเซีย ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนตุลาคม 2559 - กันยายน 2560 เกณฑ์คัดเข้าคือ แรงงานไทยในประเทศมาเลเซียที่ปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 6 เดือน และเข้ารับการตรวจสุขภาพภายใต้โครงการดูแลสุขภาพแรงงานไทยในกลุ่มประเทศอาเซียน/เอเชีย (ASEAN PLUS) กรมการแพทย์ ในช่วงที่เก็บข้อมูล มีผลการตรวจสุขภาพ ค่าดัชนีมวลกาย ข้อมูลโรคประจำตัวและยีนดีให้ความร่วมมือในการวิจัย คำนวณกลุ่มตัวอย่างจากสูตรประมาณค่าเฉลี่ยประชากรไม่จำกัด (Estimating an infinite population proportion) อ้างอิงการรายงานสถิติความผิดปกติอาการกล้ามเนื้อและกระดูกของแรงงานไทยในต่างแดน จากการตรวจสุขภาพปี 2557⁶ ร้อยละ 29 ค่าความคลาดเคลื่อนไม่เกินร้อยละ 20 ของค่าความผิดปกติอาการกระดูกและกล้ามเนื้อ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ได้ตัวอย่าง 236 ราย เพื่อข้อมูลขาดหายอีกร้อยละ 10 รวมตัวอย่างในการศึกษานี้ 275 ราย และการวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลราชวิถี

เครื่องมือในการศึกษานี้ใช้แบบเก็บรวบรวมข้อมูล และแบบสอบถามที่ผู้เข้าร่วมศึกษาตอบด้วยตนเอง ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมศึกษา ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับอายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ ลักษณะงาน ประสบการณ์ทำงาน ภูมิลำเนา โรคประจำตัว ผลการตรวจสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ

ผล

ผลการศึกษาพบว่าตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 40.8 ± 11.6 ปี BMI เฉลี่ย 24.38 ± 3.95 kg/m² สถานภาพมีคู่ ร้อยละ 77.8 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ปวช. หรือปวส. ร้อยละ 38.4 ประกอบอาชีพแม่บ้าน งานนวดหรือแม่ครัว ร้อยละ 57.0 รายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 20,000 บาท ร้อยละ 49.8 ภูมิลำเนาในประเทศไทย อยู่ในภาคเหนือ ภาคกลางและตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 31.1, 24.5 และ 23.1 ตามลำดับ ทำงานที่ต่างประเทศส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับญาติ ร้อยละ 44.1 มากกว่าครึ่งหนึ่งอยู่ที่มาเลเซียน้อยกว่า 5 ปี ระยะเวลาทำงานเฉลี่ย 10.2 ± 1.7 ชั่วโมงต่อวัน และส่วนใหญ่ต้องรับภาระเลี้ยงดูคนในครอบครัวจำนวน 2 คน ร้อยละ 41.6 ซึ่งในอนาคตคิดว่าจะย้ายกลับไทย ร้อยละ 55.9 ส่วนใหญ่ ร้อยละ 76.8 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 82.8 ไม่มียาที่ใช้ประจำ ความดันโลหิตส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 83.7 พฤติกรรมสุขภาพส่วนใหญ่ชอบดื่มชา/กาแฟ ร้อยละ 76.8 โดยดื่มชา/กาแฟทุกวันมากที่สุด ร้อยละ 69.8 ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มแอลกอฮอล์ คิดเป็นร้อยละ 89.1 และ 57.7 ตามลำดับ

เมื่อศึกษาความผิดปกติกลุ่มอาการทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ (Musculoskeletal disorders) ใช้แบบสอบถามมาตรฐาน Standardized

ส่วนที่ 2 การประเมินอาการผิดปกติกลุ่มอาการทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ (Musculoskeletal disorder) ใช้แบบสอบถามมาตรฐานชนิดตนเอง Standardized Nordic Questionnaire (ฉบับภาษาไทย)

ส่วนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อ ภาษาไทย (World Health Organization Quality of Life Brief-Thai: WHOQOL-BREF-THAI) ของสวีเดน มีหัตถ์รัตนกุลและคณะ (2540)⁷⁻⁸ จำนวน 26 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ ถ้าตอบ ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุดให้ 1-5 คะแนนตามลำดับ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือข้อ 2, 9, 11 ถ้าตอบ ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุดให้ 5 - 1 คะแนนตามลำดับ คะแนนเต็มรายข้อคือ 5 คะแนน การแปลผลคะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนน ตั้งแต่ 26 - 130 คะแนน พิจารณารายด้าน ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย 7 ข้อ คะแนนเต็ม 35 คะแนน 2) ด้านจิตใจ 6 ข้อ คะแนนเต็ม 30 คะแนน 3) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม 3 ข้อ คะแนนเต็ม 15 คะแนน และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม 8 ข้อ คะแนนเต็ม 40 คะแนน และข้อคำถามคุณภาพชีวิตโดยรวม การแปลผลผลรวมคะแนน โดยกำหนดคะแนน 26 - 60 คือการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี, 61 - 95 คะแนน คือการมีคุณภาพชีวิตกลางๆ และคะแนน 96 - 130 คือการมีคุณภาพชีวิตที่ดี การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของแบบสอบถามนี้ในผู้ที่มีอายุ 15 - 60 ปี ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.84

ทำการบันทึกข้อมูลลงในคอมพิวเตอร์ การวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรม SPSS วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย Mean ± standard deviation (SD), Median (min - max) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรต่างๆ สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้ Chi-square test ข้อมูลเชิงปริมาณเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่าง 2 กลุ่มโดยสถิติ student's t-test โดยพิจารณาว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อกำหนดค่า P-value น้อยกว่า 0.05

Nordic Questionnaire จำนวน ร้อยละ ของบริเวณที่มีอาการผิดปกติ ในช่วงระยะเวลา 7 วัน และ 12 เดือน ที่ผ่านมา รวมถึงบริเวณของร่างกายที่ไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ตามปกติในช่วงเวลา 12 เดือนที่ผ่านมา พบว่า ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา ความชุกของอาการผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่พบมากที่สุดคือ ข้อมือหรือมือ ข้อเท้าหรือเท้า และไหล่ ร้อยละ 30.6, 12.1 และ 9.1 ตามลำดับ ขณะที่ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ความชุกของอาการผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่พบมากที่สุดคือ ข้อมือหรือมือ ข้อเท้าหรือเท้า และไหล่ ร้อยละ 25.7, 11.7 และ 10.5 ตามลำดับ และสุดท้ายในส่วนบริเวณของร่างกายที่ไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ตามปกติในช่วงเวลา 12 เดือนที่ผ่านมา พบว่า ความชุกของอาการผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่พบมากที่สุดคือ ข้อมือหรือมือ ข้อเท้าหรือเท้า และหลังส่วนบน ร้อยละ 24.7, 7.2 และ 5.0 ตามลำดับ และพบว่าส่วนใหญ่ไม่มีอาการผิดปกติต่างๆ เกิดก่อนมาปฏิบัติงานในตำแหน่งปัจจุบัน คิดเป็นร้อยละ 97.3 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ของบริเวณที่มีอาการผิดปกติในช่วงระยะเวลา 7 วัน และ 12 เดือนที่ผ่านมา รวมถึงบริเวณของร่างกายที่ไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ตามปกติในช่วงเวลา 12 เดือนที่ผ่านมา

ตำแหน่งของร่างกาย	อาการผิดปกติของร่างกายที่เกิดขึ้น ในช่วงที่ผ่านมา		ไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ตามปกติ ในช่วงเวลา 12 เดือนที่ผ่านมา
	7 วัน	12 เดือน	
คอ	19 (7.2)	27 (10.1)	10 (3.8)
ไหล่	24 (9.1)	28 (10.5)	11 (4.2)
มีปัญหาไหล่ขวา	6 (25.0)	4 (14.3)	1 (9.1)
มีปัญหาไหล่ซ้าย	5 (20.8)	4 (14.3)	2 (18.2)
มีปัญหาไหล่ทั้งสองข้าง	13 (54.2)	20 (71.4)	8 (72.7)
ข้อศอก	9 (3.4)	7 (2.6)	6 (2.3)
มีปัญหาศอกข้างขวา	1 (11.1)	0 (0.0)	0 (0.0)
มีปัญหาศอกข้างซ้าย	2 (22.2)	1 (14.3)	1 (16.7)
มีปัญหาศอกทั้งสองข้าง	6 (66.7)	6 (85.7)	5 (83.3)
ข้อมือ/มือ	81 (30.6)	69 (25.7)	65 (24.7)
มีปัญหาข้อมือ/มือขวา	21 (25.9)	17 (24.6)	14 (21.5)
มีปัญหาข้อมือ/มือซ้าย	15 (18.5)	10 (14.5)	10 (15.4)
มีปัญหาข้อมือ/มือทั้งสองข้าง	45 (55.6)	42 (60.9)	41 (63.1)
หลังส่วนบน	20 (7.6)	21 (7.9)	13 (5.0)
หลังส่วนล่าง	20 (7.6)	25 (9.4)	9 (3.4)
สะโพก/ต้นขา	12 (4.6)	17 (6.4)	7 (2.7)
เข่า	17 (6.4)	22 (8.2)	11 (4.2)
ข้อเท้า/เท้า	32 (12.1)	31 (11.7)	19 (7.2)

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการผิดปกติกลุ่มอาการทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ระดับการศึกษา และการดื่มชา/กาแฟโดยมีค่า $p = 0.035$ และ $p = 0.029$ ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการผิดปกติกลุ่มอาการทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ

ลักษณะ	Musculoskeletal disorders (MSD)		Total (n = 262)	p-value
	No (n = 144)	Yes (n = 118)		
เพศ				0.160 ^A
ชาย	29 (20.1)	16 (13.6)	45 (17.2)	
หญิง	115 (79.9)	102 (86.4)	217 (82.8)	
อายุ (Mean ± SD)	41.19 ± 11.93	40.40 ± 11.20	40.79 ± 11.55	0.586 ^B
BMI (kg/m ²) (Mean ± SD)	24.12 ± 3.52	24.54 ± 4.46	24.38 ± 3.95	0.401 ^B
ระดับการศึกษา				0.035 ^{*A}
ประถมศึกษา	41 (29.5)	42 (36.2)	83 (32.5)	
มัธยมศึกษา/ปวช./ปวส.	61 (43.9)	32 (27.6)	93 (36.5)	
ปริญญาตรี	26 (18.7)	34 (29.3)	60 (23.5)	
อื่นๆ	11 (7.9)	8 (6.9)	19 (7.5)	
ระยะเวลาที่ผ่านทำงานในต่างประเทศ (เดือน) (Median) (IQR)	72.00 (36 - 126)	60.00 (36 - 96)	60.00 (36 - 120)	0.063 ^B
ระยะเวลาทำงาน (ชั่วโมงต่อวัน)	10.18 ± 1.29	10.10 ± 1.90	10.16 ± 1.67	0.744 ^B
โรคประจำตัว				0.417 ^A
ไม่มี	113 (79.0)	89 (74.8)	202 (77.1)	
มี	30 (21.0)	30 (25.2)	60 (22.9)	

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการผิดปกติกลุ่มอาการทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ (ต่อ)

ลักษณะ	Musculoskeletal disorders (MSD)		Total (n = 262)	p-value
	No (n = 144)	Yes (n = 118)		
มีการดื่มชา/กาแฟ				0.029 ^{*A}
ไม่ดื่ม	41 (28.9)	20 (17.2)	61 (23.6)	
ดื่มชา/กาแฟ	101 (71.1)	96 (82.8)	197 (76.4)	
การสูบบุหรี่				0.649A ^{*A}
ไม่สูบบุหรี่	124 (87.9)	105 (89.7)	229 (88.8)	
สูบบุหรี่	17 (12.1)	12 (10.3)	29 (11.2)	

A = p-value จาก Chi-square test ระหว่างกลุ่มที่มีและไม่มีอาการ MSD

B = p-value จาก Student's t-test ระหว่างกลุ่มที่มีและไม่มีอาการ MSD

ในการศึกษานี้ประเมินคุณภาพชีวิตของแรงงานไทยในมาเลเซีย (ตารางที่ 3) เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวน ร้อยละการประเมินคุณภาพชีวิตแยกตามองค์ประกอบ 4 ด้าน พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 60.3 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย, ด้านจิตใจ และด้านสิ่งแวดล้อม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับเดียวกันคือระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 76.9, 54.4 และ 57.5 ตามลำดับ แต่ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ส่วนใหญ่คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับที่ไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 48.2 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของการประเมินคุณภาพชีวิตแยกตามรายข้อ

ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เลย n (%)	เล็กน้อย n (%)	ปานกลาง n (%)	มาก n (%)	มากที่สุด n (%)	Mean ± SD
1. ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้เพียงใด	13 (5.3)	80 (32.5)	113 (45.9)	32 (13.0)	8 (3.3)	2.76 ± 0.86
2. การเจ็บปวดตามร่างกายเช่นปวดหัว ปวดท้องปวดตามตัวทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการมากนักเพียงใด	45 (16.9)	141 (53.0)	71 (26.7)	7 (2.6)	2 (0.8)	3.83 ± 0.76
3. ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่างๆ ในแต่ละวันใหม่ (ทั้งเรื่องงานหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน)	31 (11.7)	82 (30.8)	96 (36.1)	42 (15.8)	15 (5.6)	2.73 ± 1.04
4. ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่านมากนักเพียงใด	35 (13.2)	75 (28.2)	112 (42.0)	38 (14.3)	6 (2.3)	2.64 ± 0.96
5. ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบมีความหวัง) มากน้อยเพียงใด	23 (8.6)	84 (31.6)	95 (35.7)	56 (21.1)	8 (3.0)	2.78 ± 0.97
6. ท่านมีสมาธิในการทำงานต่างๆ ดีเพียงใด	21 (7.9)	81 (30.5)	115 (43.1)	43 (16.2)	6 (2.3)	2.74±0.90
7. ท่านรู้สึกพอใจในตนเองมากนักแค่ไหน	18 (6.8)	87 (32.8)	106 (40.0)	41 (15.5)	13 (4.9)	2.79 ± 0.95
8. ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเองได้ไหม	23 (8.7)	94 (35.6)	97 (36.7)	34 (12.9)	16 (6.1)	2.72 ± 1.00
9. ท่านมีความรู้สึกไม่ดีเช่นรู้สึกหงาเศร้า หดหู่สิ้นหวังวิตกกังวลบ่อยแค่ไหน	22 (8.3)	133 (50.0)	54 (20.3)	4 (1.5)	0 (0.0)	4.05 ± 0.74
10. ท่านรู้สึกพอใจมากน้อยแค่ไหนที่สามารถทำอะไรๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน	40 (15.2)	93 (35.1)	106 (39.9)	37 (14.0)	10 (3.8)	2.72 ± 0.92
11. ท่านจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลมากนักเพียงใดเพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ไปได้ในแต่ละวัน	19 (7.2)	128 (48.4)	88 (33.3)	7 (2.7)	1 (0.4)	3.75 ± 0.75
12. ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำมามากนักเพียงใด	75 (28.2)	89 (33.6)	107 (40.4)	40 (15.1)	7 (2.6)	2.70 ± 0.92

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของการประเมินคุณภาพชีวิตแยกตามรายข้อ (ต่อ)

ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เลย n (%)	เล็กน้อย n (%)	ปานกลาง n (%)	มาก n (%)	มากที่สุด n (%)	Mean ± SD
13. ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่น อย่างที่ผ่านมาแค่ไหน	20 (7.5)	86 (32.5)	109 (41.1)	37 (14.0)	13 (4.9)	2.76 ± 0.95
14. ท่านพอใจการช่วยเหลือที่เคยได้รับจาก เพื่อนๆ แค่ไหน	6 (2.3)	80 (30.2)	139 (52.4)	28 (10.6)	12 (4.5)	2.85 ± 0.81
15. ท่านรู้สึกว่าคุณมีความมั่นคงปลอดภัย ดีไหมในแต่ละวัน	20 (7.5)	67 (25.3)	137 (51.7)	35 (13.2)	6 (2.3)	2.77 ± 0.85
16. ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้ มากน้อยเพียงใด	23 (8.7)	69 (26.0)	129 (48.7)	34 (12.8)	10 (3.8)	2.77 ± 0.92
17. ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็น มากน้อยเพียงใด	27 (10.2)	90 (34.0)	117 (44.1)	25 (9.4)	6 (2.3)	2.60 ± 0.88
18. ท่านพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการ สาธารณสุขได้ตามความจำเป็นเพียงใด	24 (9.1)	88 (33.2)	122 (46.0)	26 (9.8)	5 (1.9)	2.62 ± 0.85
19. ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิต แต่ละวันมากน้อยเพียงใด	21 (7.9)	101 (38.1)	114 (43.0)	23 (8.7)	6 (2.3)	2.59 ± 0.84
20. ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียด มากน้อยเพียงใด	12 (4.5)	113 (42.6)	113 (42.7)	23 (8.7)	4 (1.5)	2.60 ± 0.77
21. สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพของท่าน มากน้อยเพียงใด	22 (8.3)	76 (28.7)	132 (49.8)	26 (9.8)	9 (3.4)	2.71 ± 0.88
22. ท่านพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหน ของท่าน (หมายถึงการคมนาคม) มากน้อยเพียงใด	20 (7.6)	79 (29.9)	132 (50.0)	25 (9.5)	8 (3.0)	2.70 ± 0.86
23. ท่านรู้สึกว่าคุณมีความหมาย มากน้อยแค่ไหน	21 (8.0)	74 (28.0)	109 (41.3)	29 (11.0)	31 (11.7)	2.91 ± 1.08
24. ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต (ชีวิต ความเป็นอยู่) อยู่ในระดับใด	31 (11.8)	68 (25.9)	110 (41.8)	36 (13.7)	18 (6.8)	2.78 ± 1.05
25. ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่าน แค่ไหน? (ชีวิตทางเพศหมายถึงเมื่อเกิด ความรู้สึกทางเพศขึ้นแล้วท่านมีวิธี จัดการทำให้ผ่อนคลายลงได้รวมถึงการ ช่วยตัวเองหรือการมีเพศสัมพันธ์)	72 (27.2)	90 (33.9)	77 (29.1)	21 (7.9)	5 (1.9)	2.23 ± 1.00
26. ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต (ชีวิต ความเป็นอยู่) อยู่ในระดับใด	46 (17.4)	69 (26.0)	95 (35.8)	44 (16.6)	11 (4.2)	2.64 ± 1.08

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวน ร้อยละการประเมินคุณภาพชีวิตแยกตามองค์ประกอบ 4 ด้าน

องค์ประกอบ	ไม่เลย n (%)	เล็กน้อย n (%)	ปานกลาง n (%)	มาก n (%)
1. ด้านสุขภาพกาย	33 (12.7)	199 (76.9)	27 (10.4)	21.02 ± 4.12
2. ด้านจิตใจ	72 (27.8)	141 (54.4)	46 (17.8)	17.96 ± 4.49
3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	121 (48.2)	113 (45.0)	17 (6.8)	7.83 ± 2.38
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	84 (31.9)	151 (57.5)	28 (10.6)	21.36 ± 6.02
คุณภาพชีวิตโดยรวม	60 (25.6)	141 (60.3)	33 (14.1)	74.21 ± 17.36

วิจารณ์

จากการศึกษาภาวะสุขภาพในด้านการประเมินกลุ่มอาการผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ และคุณภาพชีวิตของแรงงานไทยจำนวน 275 คนในประเทศแถบอาเซียนคือมาเลเซีย พบว่า ตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุอยู่ในช่วงวัยทำงาน ร้อยละ 60 มีอายุระหว่าง 30 - 49 ปี ไม่มีโรคประจำตัวด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตีพิมพ์/กาแฟ แต่ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว แต่ปัญหาสุขภาพที่สำคัญและพบมากที่สุดในช่วง 12 เดือน ได้แก่ ปัญหาเกี่ยวกับระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ อาการปวดข้อมือ ข้อเท้าและไหล่ ในการศึกษาที่ตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และการทำงานมีลักษณะที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่ออาการปวดข้อมือ ข้อเท้าและไหล่ การอยู่ในการทำงานบ้าน งานวัดและแม่ครัวที่ต้องใช้มือและส่วนบนของร่างกายเป็นระยะเวลานาน กด นวด คลึงอาศัยแรงดัน ก้มๆ เงยๆ มีแนวโน้มจะมีอาการปวดข้อมือและไหล่ได้ ซึ่งปัญหาดังกล่าวสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาทั้งในและต่างประเทศ ในการสัมผัสสิ่งคุกคามทางกายศาสตร์จากการทำงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาชีพที่ต้องใช้แรงงานหรือใช้ท่าทางเดิมๆ ซ้ำๆ ความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างเนื่องจากการทำงาน เป็นปัญหาที่สำคัญมากปัญหาหนึ่งในการทำงาน ทั้งในประเทศที่กำลังพัฒนาและประเทศที่พัฒนาแล้ว เนื่องจากเป็นปัญหาที่มีสถิติเกิดขึ้นมากทั่วโลก และก่อให้เกิดความสูญเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมากในแต่ละปี จากสถิติข้อมูลการเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม พศ. 2546 - 2552⁹ พบว่า ประชากรไทยได้รับผลกระทบจากโรคที่เกิดจากการทำงานในกลุ่มโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ (Musculoskeletal disorder) เฉลี่ยร้อยละ 45 (เฉลี่ย 1,898 ราย/ปี) และข้อมูลปี 2550¹⁰ และปี 2552¹⁰ พบว่า สถิติการเจ็บป่วยจากกลุ่มโรคระบบกระดูกและกล้ามเนื้อมีอุบัติการณ์ที่สูงกว่าโรคอื่นๆ นอกจากอาการปวดหลังและกล้ามเนื้อแล้ว การปวดไหล่ อาการปวดอุโมงค์ข้อมือ (Carpal Tunnel syndrome)¹¹⁻¹² ก็จัดอยู่ในกลุ่มอาการกระดูกและกล้ามเนื้อ ซึ่งเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในหญิงและชาย โดยเฉพาะกลุ่มอายุในช่วงวัยทำงานตั้งแต่ 20 - 54 ปีด้วย¹¹ การทำงานในอิริยาบถแบบซ้ำๆ ยืนหรือนั่งนานๆ การเอี้ยวตัวบ่อยๆ เป็นกลุ่มอาชีพที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการปวดหลัง ปวดคอและไหล่ เนื่องจากมีการทำงานในอิริยาบถแบบเดิมๆ และอาจมีอิริยาบถที่เคลื่อนไหวด้านท่าทางที่ไม่เหมาะสมขณะปฏิบัติงาน อันเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดอาการปวดกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ได้¹³⁻²⁰

เมื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการผิดปกติกลุ่มอาการทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ระดับการศึกษา และการดื่มชา/กาแฟ ในด้านระดับการศึกษาอาจเป็นไปได้ว่าเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่ 2 ใน 3 มีการศึกษาระดับต่ำกว่าปริญญาตรี จึงอาจมีลักษณะการทำงานที่ต้องใช้แรงงานมากกว่า โอกาสในการเลือกงานค่อนข้างน้อย จึงส่งผลให้ต้องทำงานที่ต้องใช้งานระบบกระดูกและกล้ามเนื้อเป็นเวลานานๆ เช่น แม่บ้าน หมอนวดคลายเส้น คนงานก่อสร้างและงานรับจ้างได้ ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ต่ออาการผิดปกติ ระบบ

สรุป

ภาวะสุขภาพโดยรวมของแรงงานไทยที่ปฏิบัติงานในมาเลเซียไม่มีโรคประจำตัวด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แต่ในช่วง 1 ปี พบความชุกของอาการผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ โดยเฉพาะส่วนของ ข้อมือ ข้อเท้า ไหล่ และ หลังส่วนบนมากที่สุด ส่วนปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อความผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อคือระดับการศึกษา และการดื่มชาหรือกาแฟ การวิเคราะห์คุณภาพชีวิตโดยรวมของแรงงานไทยที่ปฏิบัติงานในมาเลเซียอยู่ในระดับปานกลาง และรายด้านพบว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ และด้านสิ่งแวดล้อม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง แต่ด้านสัมพันธภาพทางสังคม คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับไม่ดี

กระดูกและกล้ามเนื้อ สอดคล้องกับการศึกษาของ Ekpenyong²¹ ที่พบว่าระดับการศึกษาที่ค่อนข้างต่ำในคนงานอุตสาหกรรมไนจีเรีย มีผลต่ออาการผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ขณะที่การดื่มชาหรือกาแฟ มีความสัมพันธ์ต่ออาการผิดปกติของกระดูกและกล้ามเนื้อ ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 70 ดื่มชาหรือกาแฟทุกวัน จึงอาจมีผลต่อการพบความชุกของอาการผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อได้นอกจากนี้การดื่มชาหรือกาแฟสม่ำเสมอและปริมาณมากอาจมีผลสะสมต่อสุขภาพในระยะยาว แม้ว่าจะมีข้อมูลว่าการดื่มกาแฟหรือดื่มคาเฟอีนทำให้มีการสูญเสียแคลเซียม กระดูกเปราะบาง กระดูกหักงอขึ้นก็ต่อเมื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ได้ไม่รัดกุมเพียงพอ เช่นการได้รับแคลเซียมน้อยหรือมีพฤติกรรมที่ไม่ดูแลสุขภาพกระดูก และยังไม่มีการศึกษาในวงกว้างที่ยืนยันเรื่องนี้

ในการศึกษานี้ได้มีการประเมินคุณภาพชีวิตแยกตามองค์ประกอบ 4 ด้าน พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมของแรงงานไทยในมาเลเซียอยู่ในระดับปานกลาง และรายด้าน พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ และด้านสิ่งแวดล้อม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง แต่ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ส่วนใหญ่คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับไม่ดี ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของเกษมณี²² ศึกษาองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต การทำงานตามการรับรู้ของแรงงานอพยพลาว 117 คน ในสถานประกอบการพื้นที่เทศบาลตำบลบ้านทุ่ม อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น โดยการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ผลจากการศึกษา พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมของแรงงานอพยพลาว อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ด้านค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม รองลงมาคือด้านจังหวัดชีวิต และด้านโอกาสในการพัฒนาขีดความสามารถของตนเอง และผลการศึกษาที่สอดคล้องกับการศึกษาของ สุเทพ²³ เพื่อประเมินระดับคุณภาพชีวิตโดยจัดทำดัชนี คุณภาพชีวิตของแรงงานไทยในมาเลเซียในแต่ละด้าน ได้แก่ การมีสุขภาพดีสภาพ ที่อยู่อาศัยเหมาะสมสะดวกสบาย ความพอเพียงของรายได้และสิ่งแวดล้อม การทำงานมีความมั่นคงปลอดภัย กลุ่มเป้าหมาย คือ กลุ่มอาชีพ แม่บ้าน ก่อสร้าง เกษตรเพาะปลูก อุตสาหกรรม การผลิต พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมแรงงานมีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง โดยที่แรงงานที่เข้าไปทำงานโดยถูกต้องมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ลักลอบเข้าไปทำงาน การพัฒนาคุณภาพชีวิต ได้แก่การพัฒนาด้านความรู้ ชั้นพื้นฐานควรสนับสนุนและให้โอกาสแรงงานได้รับการศึกษาอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต ทั้งในระบบและนอกระบบ ในประเด็นของสัมพันธภาพทางสังคมที่ส่งผลให้คะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับไม่ตื้นนั้น อาจเนื่องมาจากความแตกต่างด้านศาสนา วัฒนธรรมที่อาจมีความเกี่ยวข้องก็เป็นได้

ข้อจำกัดในการศึกษานี้คือ การประเมินสภาวะสุขภาพเป็นการประเมินในเบื้องต้นตามวัตถุประสงค์การศึกษา แต่ไม่ได้มีการประเมินโรคที่รุนแรงซึ่งอาจจะมีผลต่อการส่งตัวกลับประเทศ เช่น โรคปอด วัณโรค ดังนั้นในการศึกษาต่อไปในอนาคตควรเก็บข้อมูลเพิ่มเติม

ข้อเสนอแนะ

โดยเมื่อมีการออกตรวจสุขภาพแรงงานไทยในต่างแดน ควรจัดโปรแกรมการดูแลสุขภาพ เน้นการสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ การดูแลป้องกันพื้นฐาน ทำางการทำงานที่ถูกต้อง และฝึกปฏิบัติ แจกคู่มือหรือแผ่นพับความรู้ เพื่อให้แรงงานมีความรู้และสามารถดูแลตนเองในเบื้องต้นก่อนที่จะเกิดปัญหาได้ ทั้งนี้เจ้าหน้าที่ที่ออกเดินทางไปร่วมในโปรแกรมตรวจสุขภาพแรงงานไทยในต่างแดน ควรเพิ่มสมาชิกทีมซึ่งเป็นผู้มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการยศาสตร์และการทำงานเพื่อสามารถให้คำแนะนำเฉพาะด้านได้อย่างเหมาะสมเช่น แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู แพทย์อาชีวอนามัย นักกายภาพบำบัด และนักกิจกรรมบำบัด เป็นต้น

ในด้านการศึกษาต่อเนื่อง ควรมีการศึกษาต่อเนื่องในเชิงลึกในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงและมีจำนวนมาก เพื่อสามารถให้คำแนะนำในการปรับปรุงสภาพการทำงานหรือปรับปรุงอุปกรณ์ให้มีความเหมาะสมต่อการทำงาน โดยอาจมีการบูรณาการข้อมูลและทำงานร่วมกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงแรงงาน เป็นต้น

References

1. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. สารประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล:ประชากรประเทศไทย พ.ศ. 2556 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 ส.ค. 2559]. เข้าถึงได้จาก <http://www.ipsr.mahidol.ac.th/ipsr/Contents/Documents/Gazette/Gazette2013TH.pdf>
2. ฝ่ายทะเบียนคนหางานและสารสนเทศ สำนักงานบริหารแรงงานไทยไปต่างประเทศ กรมการจัดหางาน. สถิติการเดินทางไปทำงานต่างประเทศประจำปี 2559 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 ส.ค. 2559]. เข้าถึงได้จาก https://www.doe.go.th/prd/assets/upload/files/overseas_th/0fc70f0672064f58b9f-070d7a38af07b.pdf
3. สุธน วงษ์ศิริ, สุรศักดิ์ หนึ่งพล, อาชวินทร์ โรจนวิวัฒน์, พิณิจ งามประสิทธิ์, มะลิวัลย์ หอมจัน, พรหมภัสสร ดิษสระ และคณะ. สรุปและวิเคราะห์สาเหตุที่แรงงานไทยถูกส่งกลับจากการตรวจโรคไม่ผ่านในต่างประเทศระหว่าง พ.ศ. 2554-2557. วารสารกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ 2558; 3:304-12.
4. อิศศักดิ์ ลักษณะนันท์, วิลาภรณ์ สิทธิโชคสกุลชัย, วิไลลักษณ์ แสงคุณ. สภาวะสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุข โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ประจำปี 2539-2540 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 ส.ค. 2559]. เข้าถึงได้จาก <http://advisor.anamai.moph.go.th/212/21207.html>.
5. สุภัค เพ็ชรนิล. พฤติกรรมสุขภาพและภาวะโภชนาการของคณวิทำงานตำบลเชิงกลัด อำเภอบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2550.
6. ASTV ผู้จัดการออนไลน์. โรคภูมิแพ้แรงงานไทยในต่างแดนเพียบกังวลหนี้ค่าใช้จ่าย จัดทีมแพทย์ดูแล [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 ส.ค. 2559]. เข้าถึงได้จาก <http://www.manager.co.th/QOL/ViewNews.aspx?NewsID=958000010817>.
7. สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ, ราณี พรมานะจิริงกุล. เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลกทุก 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง; 2540.
8. สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, ปรีทรรต ศิลปะกิจ, วนิดา พุ่มไพศาลชัย. คุณภาพชีวิตของคนไทยในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง; 2541.

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากโรงพยาบาลราชวิถี ขอขอบคุณคณะผู้บริหารที่ให้การสนับสนุนอย่างเต็มประสิทธิภาพเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลจนสำเร็จ อาสาสมัครในการให้ความร่วมมือในการวิจัย ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่จากงานวิจัยทางการแพทย์ กลุ่มงานวิจัยและประเมินเทคโนโลยีโรงพยาบาลราชวิถี ที่ช่วยเหลือสนับสนุนในทุกกระบวนการวิจัยจนสำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์ทุกประการ ขอขอบคุณคุณดาริกา ศิริในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ รศ.ดุสิต สุจิรัตต์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ให้คำแนะนำในการดำเนินการวิจัยจนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

9. แสงโสม ศิริพานิช, พรพรรณ งามเหมือนมิ่ง, สมาน สุขุมกรูจินันท์. สถานการณ์โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2546-2552 ระบบเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมแบบเชิงรับ. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ 2554;42:209-13.
10. สำนักงานกองทุนเงินทดแทน กระทรวงแรงงาน. สถิติการประสบอันตรายหรือบาดเจ็บจากการทำงาน พ.ศ. 2550 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 12 ธันวาคม 2559]. เข้าถึงได้จาก https://www.sso.go.th/wpr/main/privilege/%E0%B8%A3%E0%B8%B2%E0%B8%A2%E0%B8%87%E0%B8%B2%E0%B8%99_sub_category_list-label_1_130_717
11. สุนิสาชายเกลี้ยง, พรณภา ศุภเวทย์ศิริ, เบญจามุกตะพันธ์. การประเมินภาวะเสี่ยงของการปวดไหล่จากการทำงานของบุคลากรในสำนักงานมหาวิทยาลัยขอนแก่น. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2553;1:1-10.
12. กฤติกา เทพโสตา. กลุ่มอาการอุโมงค์ข้อมือและอาการของระบบกระดูกและกล้ามเนื้ออื่นๆที่สัมพันธ์กับงานในผู้ทำงานที่ใช้และไม่ใช้วิธีที่ [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2539
13. จิราพรธม กลางคาร. การปวดกล้ามเนื้อจากการทำงานของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. วารสารทันตภิบาล 2556;1:35-44
14. สุนิสา ชายเกลี้ยง, ธัญญาวัฒน์ หอมสมบัติ. การประเมินความเสี่ยงทางกายศาสตร์การทำงานโดยมาตรฐาน RULA ในกลุ่มแรงงานทำไม้กวาดรมสุข. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2554;26:35-40.
15. วิโรจน์ จันท. การศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงของอาการทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างเนื่องจากการทำงานในพนักงานฝ่ายผลิตในอุตสาหกรรมผลิตยาแห่งหนึ่ง [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2554.
16. นพพร คุรุเสถียร. การสำรวจความผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่สัมพันธ์กับงานในคนงานโรงงานผลิตรองเท้า: ความสัมพันธ์กับงานที่ทำ ปัจจัยส่วนบุคคล และจิตสังคม [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2543

17. คีลดดา วงษ์ษา. ความชุกอาการปวดหลังของบุคลากรโรงพยาบาลพะเยา. เชียงรายเวชสาร 2555;2:35-42.
18. จิรสุตธาธารินทร์. ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดจากงานของบุคลากรในโรงพยาบาลปทุมธานี. กรุงเทพมหานคร : ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ไทย; 2547.
19. นงลักษณ์ ทศทิศ. รุ่งทิพย์ พันธเมธากุล. วิชัย อังพินิจพงศ์. พรรณี ปิงสุวรรณ. ทิพาพร กาญจนราช. ความชุกของความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อในกลุ่มอาชีพตัดเย็บ จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัย มช. (บศ.) 2554;11:47-54.
20. วณิช ดัฒวิวัฒน์, วิษณุ กัมทรทิพย์, สันติ อัครพลึงชัย, ประดิษฐ์ ประทีปะวณิช. อาการปวดหลังจากการทำงานของคนงานโรงพยาบาลศิริราช. เวชศาสตร์พื้นฟูสาร 2548; 15(3): 135-144.
21. Ekpenyong CE, Inyang UC. Associations between worker characteristics, workplace factors, and work-related musculoskeletal disorders: a cross-sectional study of male construction workers in Nigeria. Int J Occup Saf Ergon. 2014;20:447-62.
22. เกษมณี แคว้นน้อย, บั้วพันธ์ พรหมพักพิง. คุณภาพชีวิตการทำงานของแรงงานอพยพลาวในสถานประกอบการจังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัย มช. (บศ.) 2554;11:135-56.
23. สุเทพ พันประสิทธิ์, วรณพันธ์ คงสม, ชนธิป มิธิตา. การศึกษาเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของแรงงานไทย ในประเทศมาเลเซีย. สุทธิปริทัศน์ 2552;23:45-62.