

บทที่ 2

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์แรงงานข้ามชาติในประเทศไทย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง แบบแผนการเจ็บป่วยของแรงงานต่างชาติ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของแรงงานต่างชาติ โดยเฉพาะแรงงานลาว เพื่อเป็นฐานคิดในการพัฒนารอบแนวคิดวิจัยที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับแรงงานข้ามชาติ

- 1.1 สถานการณ์แรงงานข้ามชาติในประเทศไทย
- 1.2 สภาพชีวิตแรงงานต่างชาติจากการทำงาน
- 1.3 ความเสมอภาคและการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ
- 1.4 การมุ่งสู่ความเสมอภาค การให้บริการเชิงรับและเชิงรุกด้านสุขภาพแรงงานข้ามชาติ
- 1.5 สถานการณ์แรงงานลาวในประเทศไทยและความเสี่ยงเรื่องสุขภาพ

2. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior)

- 2.1 ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ
- 2.2 ลักษณะของพฤติกรรมสุขภาพ
- 2.3 องค์ประกอบของพฤติกรรมสุขภาพ
- 2.4 ตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ

3. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตัวเอง

- 3.1 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตัวเอง
- 3.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพตนเอง
- 3.3 การส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

5. กรอบแนวคิด

1. แนวคิดเกี่ยวกับแรงงานข้ามชาติ

1.1 สถานการณ์แรงงานข้ามชาติในประเทศไทย

“แรงงานข้ามชาติ” หรือที่เรียกตามภาษาราชการว่า แรงงานต่างด้าวเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดจากการเคลื่อนย้ายแรงงานจากประเทศหนึ่งสู่อีกประเทศหนึ่ง โดยมีลักษณะที่มีปฏิสัมพันธ์กับอีกสังคมและหรืออีกวัฒนธรรมหนึ่งผ่านการว่าจ้างแรงงาน ซึ่งการเคลื่อนย้ายลักษณะดังกล่าวนี้เกิดขึ้นในแทบทุกภูมิภาคของโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในยุคปัจจุบันที่การสื่อสารคมนาคมมิได้เป็นอุปสรรคต่อการเดินทางของมนุษย์ ดังเช่นอดีต ผสมรวมกับปัจจัยทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมที่มีความรวดเร็วและซับซ้อนมากขึ้น จนอาจกล่าวได้ว่า “แรงงานข้ามชาติ” เป็นอาการอย่างหนึ่งอันเกิดจากภาวะ “ทุนนิยมโลกาภิวัตน์” ในกรณีของประเทศไทยการย้ายถิ่นข้ามพรมแดนไปมาระหว่างประชาชน 2 ประเทศที่พรมแดนติดต่อกัน เช่น ไทย-พม่า ไทย-ลาว ไทย-กัมพูชา และไทย-มาเลเซีย เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นนับแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน (Migrant Working Group, 2550) ซึ่งให้เห็นว่าแรงงานข้ามชาติเป็นปรากฏการณ์ทางสังคมอย่างหนึ่ง ที่มาพร้อมกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจและวัฒนธรรมของสังคมโลกสมัยใหม่ ที่มีความรวดเร็วและซับซ้อนมากขึ้น ที่ยากจะควบคุม

สำหรับประเทศลาวการย้ายถิ่นนับเป็นความเฉพาะที่แตกต่างจากประเทศอื่นๆ นอกจากปัจจัยจากประเทศต้นทางที่เป็นปัจจัยผลักดันทางด้านเศรษฐกิจแล้ว อันได้แก่ รัฐบาลได้นำนโยบายเศรษฐกิจแบบสังคมนิยมลาวมาใช้ ทำให้ประชาชนต้องอดอยากยากแค้น เกิดภาวะเงินเฟ้อและเกิดภาวะความยากจนอัดแน่นในทุกพื้นที่ ปัจจัยทางด้านการเมืองมีส่วนสำคัญเป็นอย่างยิ่งสำหรับการย้ายถิ่น โดยเฉพาะในเรื่องของความไม่ปลอดภัยในการดำรงชีวิตและการละเมิดสิทธิมนุษยชนในประเทศ

นอกจากปัจจัยผลักดันดังที่กล่าวมาข้างต้นแล้ว ปัจจัยดึงดูดในประเทศไทยก็เป็นอีกส่วนหนึ่งที่ส่งผลให้เกิดการการย้ายถิ่น คือ การที่ประเทศไทยมีความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจสูงมากจนทำให้เกิดการขาดแคลนแรงงานในภาคอุตสาหกรรมและเกษตรกรรม

เมื่อมีการเคลื่อนย้ายคนกลุ่มนี้เข้ามามาก นอกเหนือจากสถานภาพการเข้ามาเป็นแรงงานแล้ว นโยบายสำคัญของการเป็นผู้หลบหนีเข้าเมืองผิดกฎหมายก็ติดตามมาอย่างยากจะหลีกเลี่ยงรัฐราชการไทยได้เกิดการตื่นตระหนกและลุกขึ้นมาจัดการกับปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น ด้วยการเข้มงวดที่สำคัญสองประการ คือ ความต้องการจัดการกับปัญหาผู้หลบหนีเข้าเมืองเพื่อแก้ไขปัญหาคriminal และความต้องการแรงงานไร้ฝีมือทดแทนแรงงานไทยที่ขาดแคลนในภาคการผลิตบางส่วน ทั้งสองความต้องการนี้ก็ได้กลายเป็นแนวคิดสำคัญในการจัดการแรงงานข้ามชาติในประเทศไทยในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ซึ่งการจัดการดังกล่าวได้ละเลยมิติด้านการคุ้มครองแรงงานข้ามชาติ ยิ่งเป็นการเปิดโอกาสให้เกิดความเสี่ยงที่แรงงานจะถูกละเมิดสิทธิมนุษยชนในรูปแบบต่าง ๆ ตามมา

สาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดการละเมิดสิทธิต่อแรงงานข้ามชาติ คือ ปัญหาอคติทางชาติพันธุ์ มีการสร้างและผลิตซ้ำผ่านสื่อหรือกลไกต่างๆในสังคม เพื่อตอกย้ำให้เห็นว่าแรงงานข้ามชาติเหล่านี้เป็นอันตรายต่อความมั่นคงของรัฐ ต้องทำการควบคุมอย่างจริงจัง แรงงานข้ามชาติเหล่านี้เข้ามาแย่งงานแรงงานไทย แรงงานข้ามชาติเป็นตัวอันตรายน่ากลัว สภาพการณ์เหล่านี้ถูกสร้างเป็นภาพมายาที่กดทับให้สังคมไทยหวาดระแวงแรงงานข้ามชาติอยู่ตลอดเวลา กลายเป็นสังคมที่ดำรงอยู่ด้วยความกลัว กลัวคือ เราถูกทำให้กลัวในซึ่งกันและกัน คนไทยกลัวแรงงานลาว กลัวว่าพวกเขาเหล่านั้นจะมาทำร้ายตนเอง กลัวพวกเขาเหล่านั้นจะก่อเหตุร้ายกับคนรอบข้างของตนเอง ในขณะเดียวกันแรงงานข้ามชาติก็กลัวคนไทยจะมาทำร้ายพวกเขา กลัวคนไทยจะแจ้งความจับพวกเขา กลัวการถูกเจ้าหน้าที่ทำร้ายพวกเขา กลัวนายจ้างจะทำร้ายพวกเขา กลัวการถูกส่งกลับไปสู่ความไม่ปลอดภัยในประเทศของตนเอง

ความกลัวเหล่านี้ไม่ใช่เกิดขึ้นโดยธรรมชาติ เป็นความกลัวที่ถูกสร้างขึ้นจากการรับรู้ผ่านสื่อต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการบอกเล่า การนำเสนอข่าว การประชาสัมพันธ์โดยรัฐ จากการศึกษา และรวมถึงจากการไม่รู้ เช่น เรากลัวเพราะเราไม่สามารถสื่อสารกับพวกเขาได้ สังคมได้ผลิตซ้ำฐานคติเหล่านี้ครั้งแล้วครั้งเล่า จนกลายเป็นความปกติ ความเคยชิน และสุดท้ายกลายเป็นเรื่องธรรมชาติไป การดำรงอยู่ของสังคมแห่งความกลัวนี้เองที่ช่วยเสริมสร้างให้ความรุนแรงทางกายภาพเกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำเล่า ทำให้การกดขี่ขูดรีดคนข้ามชาติเหล่านี้เกิดขึ้นเหมือนเป็นเรื่องปกติ และกลายเป็นความชอบธรรมให้แก่ความรุนแรงในลักษณะต่าง ๆ (Migrant Working Group, 2550)

แม้ช่วงที่ผ่านมารัฐบาลพยายามจะควบคุมให้มีจำนวนอยู่ในระดับที่เหมาะสมแต่ก็พบว่ามีแรงงานข้ามชาติผิดกฎหมายจากประเทศเพื่อนบ้านลักลอบเข้ามาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะบริเวณชายแดนทำให้เกิดปัญหาตามมาหลายด้าน ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง แม้ว่าภาครัฐจะพยายามแก้ไขปัญหาดังกล่าวแล้ว แต่ก็ยังไม่สามารถกระทำได้อย่างเด็ดขาด และยังคงมีการลักลอบเข้ามาอยู่เสมอ หากพิจารณาอีกด้านหนึ่ง แรงงานข้ามชาติยังได้ช่วยเหลืออำนวยความสะดวกในการดำเนินกิจการธุรกิจ อุตสาหกรรมต่าง ๆ ในประเทศไทยเป็นไปอย่างต่อเนื่อง เพราะสามารถใช้ทดแทนแรงงานไทยในสาขาที่ขาดแคลนหรือในกิจการที่แรงงานไทยไม่นิยมทำ เช่น กรรมกรแรงงานหนัก งานประมง เป็นต้น ทำให้กิจการบางประเภทยังคงต้องพึ่งพาแรงงานข้ามชาติอยู่ ในส่วนประเทศไทยการพัฒนาประเทศและการเติบโตทางเศรษฐกิจอย่างต่อเนื่อง เป็นปัจจัยที่ทำให้ตลาดแรงงานไทยมีความต้องการกำลังแรงงานทั้งส่วนที่เป็นผู้เชี่ยวชาญ ที่ปรึกษา แรงงานฝีมือ และไม่มีฝีมือเป็นจำนวนเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในช่วงที่ประเทศไทยมีนโยบายเร่งรัดการพัฒนาอุตสาหกรรม เริ่มตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2504) เป็นต้นมา มีความต้องการผู้เชี่ยวชาญ ที่ปรึกษา และแรงงานฝีมือจากต่างประเทศ ให้เข้ามาพร้อมกับเทคโนโลยีที่นำเข้ามาจากต่างประเทศมากขึ้น เนื่องจากประเทศไทยไม่สามารถพัฒนาทรัพยากรบุคคลให้ทันกับการพัฒนาเทคโนโลยีหรือเครื่องจักรกลที่นำเข้ามาอย่างกว้างขวาง (สุริย์พร พันพึ้ง, 2548)

ทั้งนี้ นักวิชาการได้จำแนกแรงงานข้ามชาติในประเทศไว้ว่า สามารถจำแนกได้ 2 ประเภท โดยประเภทแรก ได้แก่

1) แรงงานข้ามชาติที่ถูกกฎหมาย หมายถึง คนต่างชาติที่เข้ามาทำงานโดยได้รับใบอนุญาตทำงาน (Work-permit) ส่วนใหญ่เข้ามาประกอบอาชีพเป็นนักวิชาการ (Research Worker) และผู้เชี่ยวชาญ (Expert หรือ Specialist) โดยสามารถแบ่งได้เป็น 4 รูปแบบ คือ

1.1) ประเภทชั่วคราว หมายถึง คนต่างชาติที่เข้ามาเมืองมาโดยถูกต้องตามกฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมือง และถือหนังสือเดินทางประเภทคนอยู่ชั่วคราว (Non-immigration Visa) แล้วยื่นขอใบอนุญาตทำงาน ซึ่งใบอนุญาตส่วนใหญ่จะมีระยะเวลาครั้งละไม่เกิน 1 ปี

1.2) ประเภทตลอดชีพ หมายถึง คนต่างชาติที่มีถิ่นอยู่ในประเทศไทยตามกฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมือง และทำงานอยู่แล้วก่อนวันที่ 13 ธันวาคม 2515 จะได้รับใบอนุญาตทำงานตามประกาศคณะปฏิวัติ ฉบับที่ 322 เว้นแต่จะเปลี่ยนอาชีพใหม่

1.3) ประเภทตามมาตรา 12 พระราชบัญญัติคนเข้าเมือง หมายถึง คนต่างชาติที่เกิดในราชอาณาจักรไทย แต่ไม่ได้สัญชาติไทย ชาวต่างชาติที่ถูกถอนสัญชาติไทย ชาวต่างชาติที่ถูกเนรเทศ หรืออยู่ในระหว่างการรอการส่งออกนอกประเทศ หรือชาวต่างชาติเข้ามาในประเทศไทยโดยไม่ได้รับอนุญาต (ลักลอบเข้าเมือง) ซึ่งแรงงานข้ามชาติประเภทนี้สามารถขอใบอนุญาตทำงานได้ตามประกาศกระทรวงหรือมติคณะรัฐมนตรี

1.4) ประเภทตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมการลงทุนและกฎหมายอื่น ได้แก่ พระราชบัญญัติส่งเสริมการลงทุน และพระราชบัญญัติการนิคมอุตสาหกรรม เป็นต้น ซึ่งเป็นชาวต่างชาติที่เข้าเมืองถูกต้องตามกฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมือง โดยถือหนังสือเดินทางประเภทคนอยู่ชั่วคราว

ซึ่งสำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน ได้เปิดเผยสถิติล่าสุด ณ เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2552 โดยพบว่า จำนวนแรงงานข้ามชาติที่ถูกต้องตามกฎหมาย และได้รับอนุญาตทำงาน เพิ่มขึ้นจำนวน 161,248 คน หากเมื่อเปรียบเทียบกับเดือนมิถุนายนของปี 2551 ซึ่งมีจำนวนแรงงานข้ามชาติที่ถูกต้องตามกฎหมาย เพียง 129,643 คน เห็นได้ว่าระยะเวลาเพียงหนึ่งปี เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 24.38 ของจำนวนแรงงานข้ามชาติที่ถูกกฎหมาย (ตารางที่ 1) โดยเป็นแรงงานสัญชาติญี่ปุ่นมากที่สุด รองลงมาคือ จีน อังกฤษ อินเดีย และอเมริกา ตามลำดับ ซึ่งส่วนใหญ่เข้ามาทำงานในฐานะผู้เชี่ยวชาญจากบริษัทข้ามชาติ และคาดว่าแรงงานเหล่านี้จะเพิ่มขึ้น แต่ไม่มากนักตามการขยายตัวของเศรษฐกิจของประเทศ

2) แรงงานข้ามชาติที่ผิดกฎหมาย หมายถึง ชาวต่างชาติที่เข้ามาในประเทศไทยทั้งที่ถูกต้องหรือไม่ถูกต้องตามพระราชบัญญัติคนเข้าเมือง และไม่ได้รับใบอนุญาตทำงานหรือได้รับใบอนุญาตทำงานแต่ทำงานไม่ตรงอาชีพ หรือไม่ตรงสถานที่ หรือไม่ตรงตามระยะเวลาที่ได้รับการอนุญาต ซึ่งแรงงานประเภทนี้ส่วนใหญ่เป็นแรงงานไร้ฝีมือ (Unskilled Labor) เป็นแรงงานระดับล่าง เช่น กรรมกรก่อสร้าง ประมง

การเกษตร เป็นต้น ซึ่งภาครัฐไม่อาจควบคุมดูแลได้อย่างทั่วถึงและไม่ทราบจำนวนที่แท้จริง เนื่องจากมีการลักลอบเข้ามาได้ง่ายเพราะประเทศไทยมีพรมแดนติดต่อกับหลายประเทศและแรงงานข้ามชาติมีการแฝงตัวเข้าไปทำงานในสถานประกอบการต่าง ๆ โดยที่เจ้าของกิจการไม่แจ้งให้ส่วนราชการที่เกี่ยวข้องทราบ ซึ่งมีหลายกลุ่มสัญชาติ ได้แก่ พม่า ลาว เวียดนาม กัมพูชาและจีน เป็นต้น

ตารางที่ 1 จำนวนตำแหน่งที่คนต่างชาติได้รับอนุญาตทำงานคงเหลือทั่วราชอาณาจักร

จำแนกตามประเภทคนต่างด้าว ณ เดือนมิถุนายน 2552

เดือน	ต่างชาติถูกกฎหมาย				ต่างชาติผิดกฎหมาย		
	รวมถูกกฎหมาย	มาตรา 9		มาตรา 12	รวมผิดกฎหมาย	มาตรา 13	
		ตลอดชีพ*	ทั่วไป	ส่งเสริมการลงทุน		ชนกลุ่มน้อย/พื้นที่สูง	ตามมติกรม. (3 สัญชาติ)
มิ.ย. 51	142,921	14,423	98,824	29,674	348,980	55,467	293,513
ก.ค. 51	144,690	14,423	100,216	30,051	558,230	56,660	501,570
ส.ค. 51	146,639	14,423	101,819	30,397	558,560	56,990	501,570
ก.ย. 51	148,617	14,423	103,465	30,729	559,754	58,184	501,570
ต.ค. 51	150,636	14,423	105,178	31,095	560,088	58,518	501,570
พ.ย. 51	152,806	14,423	106,854	31,529	560,990	59,420	501,570
ธ.ค. 51	154,779	14,423	108,427	31,929	562,311	60,741	501,570
ม.ค. 52	156,046	14,423	109,502	32,121	530,254	60,591	469,663
ก.พ. 52	158,088	14,423	111,146	32,519	477,553	60,937	416,616
มี.ค. 52	158,807	14,423	111,632	32,752	513,687	62,272	451,415
เม.ย. 52	158,912	14,423	111,547	32,942	516,574	62,662	453,912
พ.ค. 52	159,280	14,423	111,419	33,438	517,498	63,236	454,262
มิ.ย. 52	161,248	14,423	112,746	34,079	345,068	63,656	281,412

หมายเหตุ : ข้อมูลไม่รวมต่างด้าวพิสูจน์สัญชาติและนำเข้าตาม MOU ของกองการจัดระบบการนำเข้าแรงงานต่างด้าว

*คนต่างด้าวประเภทตลอดชีพ มีจำนวน 14,423 คน ข้อมูลคงที่ (รอการสำรวจรอบใหม่)

ส่วนแรงงานข้ามชาติที่เข้าเมืองมาอย่างผิดกฎหมาย ณ เดือนมิถุนายน 2552 นั้น พบว่า มีจำนวนลดลงคงเหลือเพียง 345,068 คน ซึ่งหากเปรียบเทียบกับเดือน มิถุนายน 2551 และเดือนธันวาคม 2551 ที่มีจำนวนแรงงานข้ามชาติ 348,980 และ 562,311 ตามลำดับ จะพบว่าจำนวนแรงงานข้ามชาติที่ผิดกฎหมายนั้นจะเพิ่มขึ้นและลดลงอยู่เสมอ ซึ่งแรงงานข้ามชาติที่ผิดกฎหมายส่วนใหญ่ ได้แก่ แรงงานพม่า ลาว และกัมพูชา ซึ่งเฉพาะแรงงานข้ามชาติจาก 3 สัญชาตินี้ มียอดรวมถึง 281,412 คน ส่วนใหญ่ทำงานในตลาดแรงงานระดับล่าง คือ งานกรรมกร คิดเป็นร้อยละ 89.25 ของจำนวนแรงงานข้ามชาติผิดกฎหมาย

รวม 3 สัญชาติ รองลงมา คือ งานรับใช้ในบ้าน คิดเป็นร้อยละ 10.75 (ตารางที่ 2) สาเหตุที่กิจการเหล่านี้มีการจ้างแรงงานข้ามชาติเป็นจำนวนมาก เนื่องจากคนไทยไม่นิยมทำงานประเภทดังกล่าว เพราะเห็นว่าเป็นงานหนัก และค่าจ้างต่ำทำให้นายจ้าง หรือสถานประกอบการมองหาตลาด แรงงานอื่นที่มีค่าแรงต่ำกว่าแรงงานไทย ซึ่งแรงงานข้ามชาติเป็นอีกทางเลือกหนึ่งของนายจ้างที่จะช่วยลดต้นทุนด้านค่าแรงลงได้

ตารางที่ 2 จำนวนแรงงานข้ามชาติผิดกฎหมาย มาตรา 13 ตามมติ ครม. 3 สัญชาติ (พม่า ลาว กัมพูชา)
จำแนกตามงานที่ได้รับอนุญาตให้ทำงานและประเภทกิจการ

ประเภทกิจการ	สัญชาติ			
	พม่า	ลาว	กัมพูชา	รวม
งานกรรมกร	244,525	2,720	3,911	251,156
ก่อสร้าง	39,479	316	512	40,307
ประมง	3,457	87	619	4,163
ต่อเนื่องประมงทะเล	43,437	26	269	43,732
เกษตรและปศุสัตว์	42,485	843	871	44,199
โรงสีข้าว	1,989	9	21	2,019
โรงอิฐ	1,568	66	11	1,645
โรงน้ำแข็ง	1,866	59	56	1,981
ขนถ่ายสินค้าทางน้ำ	583	-	12	595
เหมืองแร่/เหมืองหิน	375	-	2	377
อื่น ๆ	109,286	1,314	1,538	112,138
งานรับใช้ในบ้าน	28,367	1,430	459	30,256
รวม	272,892	4,150	4,370	281,412

ในรายงานล่าสุดของสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI) ปี 2550 เพื่อศึกษาความต้องการแรงงานที่แท้จริงของไทยในภาคการเกษตร ปศุสัตว์ ประมง กิจการประมงต่อเนื่อง และก่อสร้าง ระหว่างปี 2550-2555 เพื่อหาแนวทางการจัดการแรงงานข้ามชาติให้เหมาะสม มีการคาดการณ์ไว้ว่า ความต้องการแรงงานชั้นล่างในอีก 5 ปีข้างหน้าจะเพิ่มขึ้นอีก 300,000 คน ในขณะที่คาดว่าจะมีแรงงานไทยที่จบ ม.3 รองรับเพียง 100,000 คน ขณะเดียวกันปัญหาที่สำคัญ คือ ภาวะเศรษฐกิจที่กำลังเกิดขึ้นในปัจจุบัน อาจส่งผลกระทบต่อการจ้างแรงงานข้ามชาติ ทั้งนี้เนื่องจากจะเกิดการเลิกจ้างแรงงานไทยและเกิดภาวะการว่างงานของแรงงานไทย ในอดีตที่ผ่านมาการแก้ปัญหาของรัฐบาลไทยเมื่อเกิดวิกฤติเศรษฐกิจนั้น มักทำให้แรงงานข้ามชาติได้รับผลกระทบโดยตรงทุกครั้ง เช่นในปี 2540 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงแรงงานในสมัยนั้นแก้ปัญหาโดย มีนโยบายผลักดันให้แรงงานข้ามชาติกลับประเทศ และนำแรงงานไทยไปทำงานในกิจการที่แรงงานข้ามชาติเคยทำอยู่แทน เช่นเดียวกับรัฐบาลแต่ละประเทศที่มัก จะเลือกใช้แนวคิดเศรษฐกิจ

แบบชาตินิยมเป็นแนวทางในการแก้ปัญหา เมื่อมีแรงงานในประเทศตกราน ก็เลิกจ้างแรงงานข้ามชาติ และให้แรงงานในประเทศเข้าไปแทนที่ (อดิศร เกิดมงคล, 2551)

นอกจากนี้จากรายงานที่ดีอาร์ไอ (2551) ที่ทำการสำรวจในปี 2550 ถึงความต้องการแรงงานข้ามชาติที่แท้จริงและการบริหารจัดการแรงงานข้ามชาติในภาคเกษตร ประมว พบว่า มีความต้องการจ้างรวมประมาณ 7.6 แสน - 1 ล้านราย อย่างไรก็ตามปริมาณความต้องการข้างต้นยังไม่อยู่ในระดับที่เหมาะสมเนื่องจากเป็นความต้องการที่ยังไม่ได้คำนึงถึงประสิทธิภาพสูงสุดในการผลิต จึงต้องปรับค่าผลการสำรวจโดยประมาณการจำนวนการจ้างแรงงานข้ามชาติที่เหมาะสม ซึ่งอนุญาตให้มีการจ้างแรงงานข้ามชาติในทั้งห้ากิจการรวมกันประมาณ 5.3 - 7.3 แสนราย (ตารางที่ 3) จากผลการประมาณการนี้เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนแรงงานข้ามชาติที่ได้รับใบอนุญาตทำงานในปี 2549 ในห้าสาขาดังกล่าวจำนวน 338,093 รายแล้วจะเห็นได้ว่า จำนวนแรงงานข้ามชาติที่ควรอนุญาตให้จ้างงานในปี 2550 มีมากกว่าถึง 396,586 ราย อาจกล่าวได้ว่าแม้กิจการด้านเพาะปลูกและก่อสร้างมีคนไทยทำงานอยู่เป็นจำนวนมาก แต่การที่จะจ้างแรงงานข้ามชาติจำเป็นต้องใช้ความระมัดระวังไม่ให้ส่งผลกระทบต่อคนงานไทย ส่วนกิจการเลี้ยงสัตว์และการประมงนั้น ถ้าจะจ้างแรงงานข้ามชาติต่อไปก็อาจจะไม่กระทบการจ้างงานคนไทยมากนัก แต่สำหรับกิจการต่อเนื่องจากประมง อาจจะสามารถลดอัตราการพึ่งพิงแรงงานข้ามชาติลงได้ระดับหนึ่ง โดยกระตุ้นให้คนไทยเข้าไปทำงานในกิจการนี้มากขึ้น

ตารางที่ 3 ประมาณการความต้องการจ้างแรงงานข้ามชาติของนายจ้างในกิจการเพาะปลูก เลี้ยงสัตว์ ประมง กิจการต่อเนื่องจากประมง และก่อสร้าง ในปี 2550 จำแนกเป็นรายสาขา

กิจการ	จำนวนที่ต้องการ		
	สำรวจจากนายจ้างที่ได้รับใบอนุญาตให้จ้างแรงงานข้ามชาติได้ในปี 2549	การประมาณการจำนวนการจ้างที่เหมาะสม	สัดส่วนของแรงงานไทยต่อแรงงานข้ามชาติ
สาขาเพาะปลูก	195,074 - 255,158	175,148 - 229,096	ประมาณ 10 : 1 อัตราพึ่งพิงร้อยละ 9
สาขาลี้ยงสัตว์	32,577 - 34,756	25,293 - 26,985	ประมาณ 3 : 1 อัตราพึ่งพิงร้อยละ 28
สาขาประมง	36,027 - 68,340	28,910 - 54,840	ประมาณ 2 : 1 อัตราพึ่งพิงร้อยละ 37
สาขาต่อเนื่องจากประมง	298,459 - 340,081	135,399 - 154,281	ประมาณ 1 : 1 อัตราพึ่งพิงร้อยละ 65
สาขาก่อสร้าง	204,232 - 330,030	166,761 - 269,477	ประมาณ 6 : 1 อัตราพึ่งพิงร้อยละ 15
รวม	766,369 - 1,028,365	531,511 - 734,679	ประมาณ 5 : 1 อัตราพึ่งพิงร้อยละ 17

1.2 สภาพชีวิตแรงงานต่างชาติจากการทำงาน

สาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่แรงงานข้ามชาติเข้ามาทำงานในประเทศไทยก็คือ การเข้ามาทดแทนแรงงานไทยในสาขาที่ขาดแคลน ซึ่งปัญหาแรงงานข้ามชาติและแบบแผนการทำงานของแรงงานข้ามชาติยังต้องเผชิญ เช่น แรงงานตกอยู่ในสภาพการทำงานที่ไม่เหมาะสมกับการทำงาน เช่น สกปรก มีกลิ่นเหม็น ร้อนมาก เย็นมากและอันตรายจากสารเคมี เป็นต้น บางโรงงานมีการใช้แรงงานเกินขอบเขตละเมิดสิทธิมนุษยชน ไม่ให้แรงงานออกจากสถานที่ทำงาน กลายเป็นโรงงานที่เข้าข่ายค้ามนุษย์ บางแห่งมีการบังคับทุบตี ทำร้ายร่างกาย การจ่ายค่าจ้างที่ไม่เป็นธรรม ได้รับค่าจ้างต่ำกว่าค่าแรงขั้นต่ำ ถูกบีบให้ออกแต่ไม่จ่ายค่าแรง แจ้งให้เจ้าหน้าที่รัฐมาจับกุม และเลิกจ้าง การเปลี่ยนย้ายงานเป็นไปด้วยความยากลำบาก ตกอยู่ในสภาพการจ้างงานแบบเหมาค่าแรง มีแรงมากทำได้มาก มีวัตถุดิบมากต้องทำในระยะเวลาที่ยาวนาน ไม่ได้รับสวัสดิการที่เพียงพอ ถูกหักค่าใช้จ่ายที่ตนเองไม่ทราบ ถูกหักเงินค่าทำบัตรแรงงานแบบไม่สิ้นสุด และส่วนใหญ่แรงงานข้ามชาติมักจะถูกยัดยัดบัตรแข็งสีชมพู หรือใบอนุญาตทำงานไว้ที่นายจ้าง หรือนายหน้า เพื่อป้องกันการหลบหนี หรือเปลี่ยนย้ายงานไปจากตนเอง การได้รับอุบัติเหตุจากการทำงานแล้วนายจ้างไม่รับผิดชอบจ่ายค่าเสียหาย ค่าชดเชยจากการสูญเสียอวัยวะ แรงงานไม่สามารถเข้าถึงหลักประกันความปลอดภัย แม้รัฐจะมีกลไกลดความเสี่ยงผ่านเงินกองทุนทดแทน และแรงงานข้ามชาติไม่สามารถเข้าถึงได้มากนัก

จากเหตุการณ์ที่แรงงานข้ามชาติประสบปัญหาดังกล่าวข้างต้น แม้ว่าประเทศไทยจะมีการบังคับใช้กฎหมายคุ้มครองแรงงาน พ.ศ. 2551 กฎหมายป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ พ.ศ. 2551 กฎหมายคุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546 และอื่น ๆ ที่ไม่ได้กล่าวถึง ก็ยังพบว่า แรงงานข้ามชาติยังไม่สามารถเข้าถึงการช่วยเหลือทางด้านกฎหมายและคดีความมากนัก เนื่องด้วยกลไกการคุ้มครองสิทธิของรัฐ ยังเป็นการตั้งรับหากไม่มีหน่วยงานเอกชนเข้าไปดำเนินการช่วยเหลือเป็นตัวกลางเชื่อมประสานกับกลไกการบังคับใช้กฎหมายแรงงานข้ามชาติ ยังต้องเผชิญปัญหาไปอีกนาน ดังนั้น แบบแผนการทำงานของแรงงานข้ามชาติได้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพแรงงานอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เช่น ปัญหาโรคหอบหืด แพ้อากาศ โรคผิวหนัง โรคกล้ามเนื้ออักเสบ กล้ามเนื้ออ่อนแรง และวัณโรค เป็นต้น

นอกจากนั้นแล้ว จากสภาพการดำรงชีวิตประจำวัน แรงงานข้ามชาติที่ทำงานในล้ง (ล้ง เป็นสถานที่ทำงานของแรงงานข้ามชาติ เป็นชื่อเรียกภาษาจีน แต่เดิมชาวบ้านใช้เป็นทำเลเลี้ยงเป็ด หลังจากนั้นเปลี่ยนมาเป็นทำเลแปรรูปอาหารทะเล ต่อมาได้ปรับโครงสร้างสถานที่ในบ้าน ใกล้เคียงบริเวณบ้าน ส่วนใหญ่ล้ง เป็นธุรกิจครอบครัว) ทั้งในโรงงานขนาดเล็ก ถึงขนาดใหญ่ บางคนไม่มีเวลาหยุดงาน แต่ที่เห็นปกติคือแรงงานจะหยุดอย่างน้อย 1 วัน ใน 1 อาทิตย์ ในช่วงวันหยุดพักผ่อนจะเดินทางไปไหนมาไหน หรือเดินทางข้ามไปยังจังหวัดอื่นนั้นเต็มไปด้วยความยากลำบาก มีความเสี่ยงที่จะโดนถูกจับ เนื่องจากการเดินทางข้ามเขตต้องได้รับการอนุญาตจากทางผู้ว่าราชการจังหวัดก่อน ทั้งนี้มีแรงงานผู้หญิงจำนวนมากระหว่างเดินทางกลับจากที่ทำงานถูกทำร้ายร่างกาย และถูกละเมิดทางเพศจากคนไทย รวมถึงการละเมิดทางเพศของกลุ่ม

แรงงานด้วยกันเองด้วย ซึ่งทัศนคติของคนไทยที่ไปกระทำต่อแรงงานข้ามชาติ แสดงให้เห็นว่า มีลักษณะของความรุนแรงเชิงอคติชาติพันธุ์เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ

ส่วนแบบแผนชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม โดยส่วนใหญ่ยังพบว่า แรงงานยังอยู่กันอย่างแออัด ขาดการดูแลสุขภาพสิ่งแวดล้อม อยู่ใกล้แหล่งน้ำเสียและขยะ หลายโรงงานไม่มี และขาดการบำบัดน้ำเสียที่ดี จึงปล่อยน้ำเสียลงสู่คลองและลงทะเล ส่งผลให้เกิดมลพิษทางน้ำ สำหรับปัญหาสุขภาพที่เกิดจากแบบแผนการใช้บริการด้านสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ โดยเฉพาะบัตรประกันสุขภาพจากโรงพยาบาลของรัฐ และเอกชน พบว่า สามารถเข้ารับบริการได้ตามปกติ ตามสิทธิประโยชน์ที่พึงให้ของรัฐ แต่อย่างไรก็ตาม ยังคงพบว่า บางโรงพยาบาลให้บริการไม่เสมอภาคเลือกปฏิบัติ เกิดการแบ่งสัญชาติมองว่าแรงงานข้ามชาติคือ ตัวนำโรค และไม่คอยรักษาความสะอาด จึงให้บริการไม่เหมือนคนไทย แรงงานหลายคนที่มีบัตร หากเป็นไข้ปกติไม่มากนัก พยายามที่จะรักษาตนเองมากกว่าไปโรงพยาบาล เพราะยุ่งยากต้องคอยและใช้เวลานาน

ส่วนกลุ่มแรงงานที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ จึงเป็นกลุ่มใหญ่ที่มักถูกกล่าวถึงเป็นอย่างมากว่า โรงพยาบาลของรัฐต้องรับภาระค่าใช้จ่ายจากการที่แรงงานไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ บางรายต้องนอนอยู่ที่โรงพยาบาลเป็นเวลานานหลายเดือน โรงพยาบาลเสียค่าใช้จ่ายเป็นหลักแสนบาทต่อคน ซึ่งไม่สามารถเรียกทดแทนได้จากหน่วยงานใด จากการสอบถามแรงงานที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ พบว่า ถ้าเจ็บป่วยไม่มากนักแรงงานเหล่านี้จะอาศัยการซื้อยาที่มีอยู่ในท้องตลาดทานบรรเทาอาการเจ็บป่วยไป แต่ถ้าเป็นมากก็จะไปหาหมอที่โรงพยาบาล ซึ่งส่วนใหญ่จะใช้บัตรที่ลงทะเบียนแรงงานไว้ไปรักษา โดยจะเสียค่ารักษา 30 บาท ในทุกโรคเช่นเดียวกับคนไทย แต่ในบางกรณีแรงงานข้ามชาตินำโรคระบาด และโรคติดต่อที่ร้ายแรงเข้ามาด้วย เช่น โรคเอดส์ โรคเท้าช้าง โรคไข้มาเลเรีย ซึ่งสถานพยาบาลต้องให้บริการแก่แรงงานข้ามชาติผิดกฎหมายเหล่านี้ด้วย ซึ่งส่วนใหญ่โรคที่พบมักจะเป็น โรคเกี่ยวกับกล้ามเนื้อ โรคทางเดินหายใจ และอุบัติเหตุจากการทำงาน และในปัจจุบันก็พบว่า มีผู้หญิงต่างชาติจำนวนมากที่ไม่ได้ทำงานก็ได้ขอให้นายจ้างของสามีลงทะเบียนเพื่อขอบัตรมากขึ้น โดยเฉพาะการนำมารับการคลอดบุตร แต่สำหรับผู้ที่ไม่ได้จดทะเบียนแรงงาน ก็ต้องไขว่คว้าการรักษา หรือหายามากทานเอง โดยที่นายจ้างไม่ให้ความดูแลมากนัก ซึ่งส่วนใหญ่แล้วแรงงานเหล่านี้จะไปหาหมอที่คลินิก เพราะแรงงานจะกลัวเจ้าหน้าที่จับกุม ถ้าหากเดินทางไปรักษาที่สถานอนามัยหรือโรงพยาบาล ดังนั้นคลินิกจึงเป็นที่พึ่งสุดท้ายที่พวกเขาต้องไปหาสำหรับโครงการอื่น ๆ ที่ทางสถานอนามัยหรือโรงพยาบาลจัดขึ้น เช่น การฉีดวัคซีนตามบ้านเพื่อป้องกันโรคระบาด หรือการให้ความรู้แก่คนในหมู่บ้านเกี่ยวกับการป้องกันโรค ทางเจ้าหน้าที่ก็จะดูแลหรือให้คำแนะนำต่อแรงงานข้ามชาติเช่นเดียวกับคนไทย

ส่วนอีกกลุ่มหนึ่งที่มาพร้อมแรงงานต่างชาติ คือ กลุ่มเด็กและผู้ติดตาม ที่อายุไม่ถึง 15 ปี ซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มประชากรหนึ่งที่มีจำนวนมากพอสมควร (รัฐบาลไทยอนุญาตให้ผู้ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป มีสิทธิได้รับการจดทะเบียนขอใบอนุญาตทำงาน แต่ต้องมีใบ ทร. 38/1 ผ่านการตรวจสุขภาพ ประกันสุขภาพ และ

ขอรับใบอนุญาตทำงาน) และกลุ่มนี้จะไม่มีความสิทธิในระบบประกันสุขภาพของรัฐ แม้หลายภาคส่วนรับรู้ถึงปัญหานี้มาไม่น้อยกว่า 4-5 ปี แต่นโยบายด้านสาธารณสุขของไทยยังไม่มี การเคลื่อนไหวมากนักที่จะเอื้อให้เด็กกลุ่มนี้ แต่โดยทัศนคติของความมั่นคงของชาติและความมั่นคงด้านเศรษฐกิจ พยายามที่จะบอกว่าเด็กเหล่านี้ก็เป็นภาระในสังคมไทย ในภาคธุรกิจต้องการเฉพาะแรงงานไม่ต้องการเด็ก ดังนั้นจึงไม่ควรจัดบริการที่จำเป็นอะไรให้ แต่ในทางกลับกันนโยบายด้านการศึกษากลับเอื้อให้เด็กต่างชาติ เด็กไร้สัญชาติทุกคนที่อยู่ในประเทศไทย สามารถเข้าถึงการศึกษาในระบบของไทยมีการจัดทำฐานข้อมูลตัวเลข 13 หลักจากกระทรวงมหาดไทย และรวมถึงระบบการประกันอุบัติเหตุ ประกันสุขภาพเบื้องต้นในโรงเรียนร่วมด้วย แต่ก็ยังพบว่ายังมีเด็กต่างชาติจำนวนน้อยมากที่เข้าถึงบริการการศึกษาของรัฐ เนื่องจากมีปัจจัยเงื่อนไขและอุปสรรคต่าง ๆ ทั้งนี้หลาย ๆ โรงเรียนที่มีนโยบายเชิงบวกด้านการศึกษาสำหรับเด็กต่างชาติ มีความพยายามศึกษา แลกเปลี่ยน เรียนรู้ระหว่างกัน หน่วยงานรัฐและเอกชนที่ดำเนินการเกี่ยวข้องด้านการศึกษา เด็กต่างชาติพยายามหารูปแบบแนวทางการจัดการศึกษาแก่เด็กต่าง ชาติให้อย่างเหมาะสม ทั้งในระบบโรงเรียน นอกโรงเรียน และการศึกษาตามอัธยาศัย เป็นต้น จึงเป็นเรื่องที่สับสนในแนวนโยบายของรัฐว่า การศึกษาและการสาธารณสุขสำหรับเด็กต่างชาติไม่เกินไปในทิศทางเดียวกัน

1.3 ความเสมอภาค และการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541 เป็นต้นมา การเข้าถึงบริการสุขภาพอนามัยของแรงงานข้ามชาติ ยังคงมีปัญหาจากการที่แรงงานไม่สามารถได้รับบริการสุขภาพได้ทั้งหมด ดังข้างต้นที่กล่าวมา เนื่องจากแรงงานที่ไม่มีเอกสาร หรือบัตรประกันสุขภาพมีเป็นจำนวนและหลากหลายภาคส่วนพยายามแก้ไขปัญหาเรื่อยมา โดยมีหน่วยงานภาครัฐและองค์กรพัฒนาเอกชนร่วมกันเป็นเครือข่ายเพื่อทำงานด้วยกัน ได้พยายามนำเสนอข้อมูลปัญหาด้านสาธารณสุข ด้านสุขภาพอนามัยการเจริญพันธุ์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติในระดับนโยบาย ระดับปฏิบัติการในพื้นที่ รวมถึงการเชื่อมประสานการทำงานร่วมกับหน่วยงานรัฐเพื่อทำงานด้วยกันในเชิงส่งเสริมป้องกันโรค การป้องกันการแพร่ระบาดของโรคต่าง ๆ และการติดตามรักษาผู้ป่วย การเฝ้าระวังโรคติดต่อ อาทิ โรคท้องร่วงอย่างรุนแรง (อหิวาตกโรค) โรคไข้กาฬหลังแอ่น มาลาเลีย เหาช้าง วัณโรค การหยอดวัคซีนโปลิโอ เป็นต้น

ถึงกระนั้นก็ตาม แรงงานข้ามชาติที่มีบัตรสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ การรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐได้ ก็พบกับปัญหาเช่นกันคือ หากโรงพยาบาลใดที่มีผู้ปฏิบัติให้การรักษายาบาลมีทัศนคติเชิงลบต่อแรงงานอยู่แล้ว จะถูกเลือกปฏิบัติไม่ได้รับการปฏิบัติที่ดีเท่าที่ควร แต่ถ้าหากเป็นแรงงานข้ามชาติที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ กรณีการป่วยหนัก ไม่มีญาติผู้ป่วย โรงพยาบาลจะไม่สามารถปฏิเสธการรักษาพยาบาลได้ จำเป็นต้องหาคนรับผิดชอบค่าใช้จ่ายพยาบาลแทนหรือเข้าสู่กลไกการสังคมสงเคราะห์ของศูนย์พึ่งได้ (OSCC) ในโรงพยาบาล ทั้งนี้ต้องผ่านกลไกของหน่วยงานประกันสังคมอีกทอดหนึ่งในการให้ความเห็น ดังนั้น กระบวนการให้การรักษายาบาลของกลุ่มผู้ไม่มีบัตรเป็นไปด้วยความยากลำบาก ใน

หลาย ๆ กรณีองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานด้านการเข้าถึงสิทธิทางสุขภาพแรงงานข้ามชาติ จะเป็นตัวกลางในการประสานงานเจรจาต่อรองค่ารักษาพยาบาลกับโรงพยาบาลของรัฐ หรือการประสานการส่งต่อเพื่อให้ได้รับบริการต่อไป

ดังที่กล่าวมาข้างต้น แม้ว่าหลายภาคส่วนพยายามดำเนินการทั้งส่งเสริมและป้องกัน แต่ แรงงานข้ามชาติยังคงอยู่ในสภาพการณ์ที่ถูกมองว่า แรงงานต่างชาตินั้นเป็นปัญหาในสังคมไทย หากแรงงานข้ามชาติประสบปัญหาด้านสุขภาพนั้น แรงงานต่างชาติไม่สมควรจะได้รับการบริการเท่าเทียมกับคนไทย คนไทยต้องได้รับการก่อน แรงงานต่างชาติใช้เงินของคนไทยในการรักษาพยาบาลเป็นจำนวนมากในแต่ละปี รัฐต้องแบกรับภาระนี้ต่อไปอีกหรือ สภาพการณ์ดังกล่าว ได้สะท้อนชัดเจนว่าการจะได้รับความเสมอภาคเท่าเทียมการให้บริการสุขภาพของรัฐ ต้องใช้เวลาอีกยาวนาน และรวมถึงนโยบายที่เปิดกว้างให้แรงงานข้ามชาติ เด็กผู้ติดตามได้เข้าถึงระบบประกันสุขภาพ เพราะนั่นหมายถึง ประชากรต่างชาติทุกคนผ่านการตรวจสุขภาพ สกรีนโรคเบื้องต้น เพื่อให้สามารถติดตามผู้ป่วยในชุมชนในการรับการรักษาไม่ไปแพร่ให้คนอื่น

1.4 การมุ่งสู่ความเสมอภาค การให้บริการเชิงรับและเชิงรุกด้านสุขภาพแรงงานข้ามชาติ

หากมองถึงว่าวันนี้เศรษฐกิจและสังคมไทยจะโตได้อย่างต่อเนื่อง ต้องอาศัยเรี่ยวแรงจากแรงงานข้ามชาติ ดังนั้น นโยบายด้านสาธารณสุขต้องปรับยุทธศาสตร์ใหม่ ไม่เพียงแค่ทำงานเชิงรับเท่านั้น ต้องเพิ่มขนาดการทำงานเชิงรุกต่อบุคลากรหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง การลงปฏิบัติป้องกัน เข้าถึงชุมชนอย่างต่อเนื่อง การเพิ่มบุคลากรชาวต่างชาติที่เข้ามาเป็นทีมงานอาสาสมัครสาธารณสุขตามสัดส่วนและปริมาณแรงงานข้ามชาติที่มีอยู่จริง และการปรับยุทธศาสตร์เชิงบวก อาทิ ยุทธศาสตร์ความมั่นคงของมนุษย์ด้านสุขภาพ ที่จะนำไปสู่การเพิ่มผลผลิตในภาคธุรกิจต่าง ๆ โจทย์สำคัญคือ การลงทุนด้านการป้องกัน อาจจะยังไม่ครอบคลุมคุ้มค่า แต่หากแรงงานข้ามชาติทุกคน เด็กทุกคน ได้เข้าสู่การประกันสุขภาพทั่วกัน จึงเป็นโจทย์ใหญ่ที่ทำนายหน่วยงานด้านสาธารณสุขทั้งหมด

สำหรับข้อเสนอขององค์กรพัฒนาเอกชน อาทิ คณะกรรมการสมานฉันท์แรงงานไทย เครือข่ายปฏิบัติการเพื่อแรงงานข้ามชาติ (ANM) องค์กรชุมชน และแรงงานข้ามชาติในประเทศไทย (จากเอกสารแถลงข่าวเนื่องในวันแรงงานข้ามชาติสากล ในวันที่ 18 ธันวาคม 2551 ณ สำนักกลางนักเรียนคริสเตียน กรุงเทพฯ) ได้ร่วมแถลงข่าวและเสนอต่อภาครัฐในการเรียกร้องต่อประเด็นแรงงานข้ามชาติคือ แรงงานทั้งไทยและแรงงานข้ามชาติทุกคนต้องเข้าถึงหลักประกันสุขภาพ หลักประกันสังคม การศึกษา ความปลอดภัยในชีวิต และมีเสรีภาพในการเดินทาง พร้อมเสนอว่าการจดทะเบียนแรงงานข้ามชาติ รวมถึงบุตร ผู้ติดตามจะเป็นหลักประกันในชีวิต การดำรงอยู่ในสังคมอย่างมีส่วนร่วมและอยู่ร่วมกันอย่างสมานฉันท์ต่อไป

1.5 สถานการณ์แรงงานลาวในประเทศไทยและความเสี่ยงเรื่องสุขภาพ

จากสถิติล่าสุด ณ เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2552 ของสำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน พบว่า จำนวนแรงงานข้ามชาติสัญชาติลาวส่วนใหญ่เป็นแรงงานที่ผิดกฎหมาย ซึ่งแรงงานเหล่านี้ได้รับอนุญาตทำงาน ตามมาตรา 13 ซึ่งงานส่วนใหญ่ที่แรงงานลาวทำ ในส่วนของเพศชาย จะทำงานในภาคการเกษตรและปศุสัตว์ แต่ในส่วนของเพศหญิงจะทำงานในฐานะแม่บ้านหรือในส่วนของรับใช้ในบ้านถึง 1,124 คน เป็นที่น่าสังเกตว่าแรงงานลาวที่เข้ามาทำงานในประเทศไทยเป็นผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย ถึง 818 คน ซึ่งมากเป็น 2 เท่าของเพศชาย (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 จำนวนแรงงานข้ามชาติผิดกฎหมาย มาตรา 13 ตามมติ ครม. 3 สัญชาติลาว

จำแนกตาม งานที่ได้รับอนุญาตให้ทำงานและประเภทกิจการ

ประเภทกิจการ	สัญชาติลาว		
	ชาย	หญิง	รวม
งานกรรมกร	1,549	1,171	2,720
ก่อสร้าง	189	127	316
ประมง	57	30	87
ต่อเนื่องประมงทะเล	15	11	26
เกษตรและปศุสัตว์	522	321	843
โรงสีข้าว	2	7	9
โรงอิฐ	41	25	66
โรงงานแข็ง	46	13	59
ขนถ่ายสินค้าทางน้ำ	-	-	-
เหมืองแร่/เหมืองหิน	-	-	-
อื่นๆ	677	637	1,314
งานรับใช้ในบ้าน	306	1,124	1,430
รวม	1,855	2,295	4,150

สาเหตุของความเสี่ยงเรื่องสุขภาพของแรงงานลาวจากสภาพการทำงานนอกระบบ สืบเนื่องจากชาวลาวที่อพยพแรงงานเข้ามาในประเทศไทย ด้วยข้อจำกัดเรื่องข้อกำหนด ประเพณีวัฒนธรรมในการมาใช้ชีวิตในต่างถิ่นและความหวาดระแวงจากสิ่งรอบข้างทำให้ต้องปรับตัวให้กลมกลืนกับคนไทย ทำให้ปัจจัยหลายอย่างที่เป็นแรงงานชาวไทยรับเข้ามา และในขณะเดียวกันแรงงานชาวลาวก็ได้รับไปด้วย ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าสาเหตุของความเสี่ยงเรื่องสุขภาพของแรงงานชาวไทยจากสภาพการทำงานเป็นเช่นใดก็จะส่งผลกระทบต่อชาวลาวเช่นกันรายละเอียดดังนี้

1) ความเสี่ยงจากสภาพแวดล้อมของสถานที่ทำงานไม่เหมาะสมในการทำงาน เป็นปัญหาทางกายภาพอันเนื่องมาจากสถานที่ทำงาน ทำให้สถานที่ทำงานมักจะคับแคบ ไม่มีการระบายอากาศและมีหลอดไฟฟ้าน้อย สิ่งเหล่านี้ทำให้คนทำงานต้องทำงานอยู่กับฝุ่น ความร้อน เสียงที่ดัง และแสงสว่างที่ไม่เพียงพอ จึงเป็นเหตุให้มีปัญหาด้านสุขภาพ ประเภทงานที่มักจะประสบปัญหาจากสภาพแวดล้อมของสถานที่ทำงาน

2) ความเสี่ยงจากเครื่องมือ เครื่องจักรและอุปกรณ์ในการทำงานที่มีสภาพไม่สมบูรณ์ ชำรุดและบกพร่อง โดยทั่วไปผู้ทำการผลิตที่บ้านเป็นผู้ที่ต้องลงทุน จัดหาเครื่องจักร และอุปกรณ์ในการทำงานด้วยตนเอง แต่เนื่องจากค่าตอบแทนการทำงานที่ได้รับมักจะต่ำ จึงทำให้ผู้ทำการผลิตที่บ้านนิยมเลือกซื้อเครื่องจักรอุปกรณ์ที่มีราคาถูก บางครั้งเป็นเครื่องจักรมือสองที่เคยใช้งานมาก่อนแล้ว จึงง่ายที่จะชำรุดและก่อให้เกิดอุบัติเหตุกับผู้ใช้งาน ทำให้บาดเจ็บ หรือพิการ ประเภทงานที่ต้องใช้เครื่องจักรอุปกรณ์ในการทำงาน เช่น งานผลิตเครื่องทองลงหินต้องใช้เตาหลอมโลหะ เครื่องปั๊มโลหะ เครื่องขัดและเครื่องเจียร ในงานเจียรระโนพลอยต้องใช้เครื่องขัดและเครื่องเจียร งานผลิตของเล่นไม้ต้องใช้เลื่อยไฟฟ้า เครื่องขัด และเครื่องเจียร เป็นต้น

3) ความเสี่ยงจากท่าทางการทำงาน (กายศาสตร์ หรือ Ergonomics) ที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม ผู้ทำงานมักประสบปัญหาเกี่ยวกับการปวดเมื่อยส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย คือ คอ หลัง ไหล่ แขน และขา ซึ่งเกิดจากท่าหนึ่งท่างานที่ไม่เหมาะสมและต้องนั่งทำงานเป็นเวลานานด้วยท่าทางที่ซ้ำ ๆ กัน เป็นต้น โดยเนื้องานจะประสบกับปัญหาในลักษณะนี้มีเกือบทุกประเภท

4) ความเสี่ยงจากสารพิษและสารเคมีอันตรายปนเปื้อนในงาน สารพิษและสารเคมีอันตรายที่มีอยู่ในวัตถุดิบ อุปกรณ์การทำงาน รวมทั้งอยู่ในขั้นตอนการผลิต ซึ่งผู้ทำงานอาจสัมผัส หรือสูดดมสารนั้น ๆ เข้าไปโดยตรงขณะทำการผลิต ในขณะที่เดียวกันเด็กและคนในครอบครัวคนทำงานอาจจะได้รับสารพิษเหล่านี้เข้าไปด้วยเนื่องจากการสูดดมเพราะอยู่ในสถานที่เดียวกัน นอกจากนั้นยังพบว่าปัญหานี้ยังเพิ่มความรุนแรงขึ้น เพราะผู้ว่าจ้างไม่ให้ข้อมูลเรื่องอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการทำงาน รวมทั้งไม่จัด เตรียมเครื่องป้องกันอันตรายส่วนบุคคล (Personal Protection Equipment – PPE) ให้เพียงพอ

5) ความเสี่ยงจากสภาพการทำงานที่ไม่เป็นไปตามมาตรฐาน นายจ้างส่วนใหญ่ต้องการจ่ายค่าตอบแทนในการทำงานในอัตราที่ต่ำและมีงานไม่ต่อเนื่อง ผู้ทำการผลิตที่บ้านจึงมักจะทำงานเกินวันละ 8 ชั่วโมง ต่างจากมาตรฐานการทำงานทั่วไป ไม่จัดเวลาสำหรับการพักผ่อน และในบางกรณีที่ต้องส่งงานอย่างเร่งด่วน คนทำงานต้องรีบเร่งทำงานแบบข้ามวันข้ามคืน ไม่ได้พักผ่อน ทำให้เกิดปัญหาการปวดเมื่อยร่างกาย คอ หลัง ไหล่ แขน ขา และมีความเหน็ดเหนื่อยเมื่อยล้า นอกจากปัญหาทางด้านร่างกายแล้วสภาพการทำงานที่ไม่แน่นอน และค่าแรงที่ต่ำนี้ยังส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้ทำงานกล่าวคือผู้ทำงานมักมีความเครียดจากการที่ต้องทำงานจำนวนมาก กำหนดเวลาที่ต้องส่งงาน คุณภาพของงาน ค่าจ้าง ความไม่แน่นอนของปริมาณงาน รวมทั้งภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว เป็นต้น

สาเหตุการทำงานดังที่กล่าวมานี้ ทำให้ผู้ใช้แรงงานต้องเผชิญกับปัญหาด้านสุขภาพ ความปลอดภัย และสิ่งแวดล้อมจากการทำงาน และปัญหาเหล่านี้ก็มีความรุนแรงมากขึ้นเนื่องจากผู้ใช้แรงงานขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องนี้ หรือในบางอาชีพผู้ทำงานมีความรู้ในเรื่องความเสี่ยงของงานที่ตนเองทำ แต่ก็ไม่สามารถจัดหาเครื่องป้องกันอันตรายส่วนบุคคล (Personal Protection Equipment – PPE) ที่เหมาะสมมาใช้ จึงละเลยที่จะดูแลสุขภาพความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อมในการทำงานของตนเอง

2. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพมีพื้นฐานมาจาก แนวคิดทางจิตวิทยาการเรียนรู้ธรรมชาติของมนุษย์ตลอดจนทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามความคิดของ เดลแมน ฮิลการ์ดและเบอาเวอร์ (อ้างใน เรณู กาวิละ, 2537) กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญเกิดจาก ความต้องการที่อยากจะเปลี่ยน เนื่องจากเห็นความสำคัญของสิ่งที่เปลี่ยนแปลงนั้น ๆ และสิ่งนั้นตรงกับความต้องการ ตรงกับค่านิยมของบุคคลนั้น ซึ่งจากการเปลี่ยนแปลงนี้ จะมีผลต่อพฤติกรรมภายในและภายนอกของบุคคลนั้นคือ จะเกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางความคิด ความรู้สึก และการกระทำการเปลี่ยนแปลงที่ค่อนข้างถาวร เพราะบุคคลนั้นยอมรับได้ด้วยตนเองและสมัครใจที่จะเปลี่ยนแปลง การเปลี่ยนแปลงดังกล่าว เป็นผลมาจากการเรียนรู้ การฝึกฝน และประสบการณ์ ไม่ใช่ผลจากการตอบสนองที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติเช่น การให้สุศึกษาหรือการจัดกิจกรรมทางการศึกษา เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การดูแลสุขภาพอนามัย เพื่อให้ผู้เรียนได้เกิดการเรียนรู้ เกิดแนวคิดความเชื่อและเจตคติ ทั้งสมัครใจและลงมือปฏิบัติด้วยตนเองเป็นสำคัญ

2.1 ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) หมายถึง ความสามารถในการแสดงออกเกี่ยวกับสุขภาพทั้งทางด้านความรู้ เจตคติ การปฏิบัติ และทักษะ โดยเน้นในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพที่สามารถสังเกตและวัดได้ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ในเรื่องสุขภาพ (สุชาติ โสมประยูร, 2525) นอกจากนี้ พฤติกรรมสุขภาพยังเป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องหรือมีผลต่อสุขภาพของบุคคล ครอบครัว หรือชุมชน ไม่ว่าจะเป็นลักษณะที่ทำให้เกิดผลดี หรือผลเสียต่อสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพเป็นการจำแนกพฤติกรรมตามแนวคิดทางสาธารณสุข ซึ่งหมายถึง การปฏิบัติหรือแสดงออกของบุคคลในการกระทำ หรือดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพ โดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างเหมาะสม (เฉลิมพล ต้นสกุล, 2543) ยังอาจจะกล่าวได้ว่าพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การแสดงออกหรือการปฏิบัติของบุคคลในเรื่องการดูแลสุขภาพใจใส่ภาวะทางร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญาของตนเอง เพื่อไม่ให้ตนเองเจ็บป่วย

นอกจากนี้กิจกรรมทุกประเภทที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่มนุษย์แสดงออก ทั้งในด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ซึ่งสามารถสังเกตหรือวัดได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม พฤติกรรมด้านการปฏิบัติที่สังเกตมองเห็นได้อาจแบ่งได้เป็น 2 ประเภทคือ การปฏิบัติตามปกติในชีวิตประจำวัน ซึ่งเป็นการปฏิบัติที่เป็น การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและอีกประการหนึ่ง คือการปฏิบัติเมื่อเจ็บป่วย ซึ่งจะรวมถึงการปฏิบัติ ตนโดยทั่ว ๆ ไปและการไปรับบริการรักษาพยาบาลและการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์หรือนุเคราะห์ สาธารณสุขยังถือได้ว่าเป็นพฤติกรรมสุขภาพ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2527) อีกประการหนึ่งคือบุคคล จำเป็นต้องมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง เพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทำให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมี ความสุขและมีคุณภาพ พฤติกรรมสุขภาพของบุคคล สามารถเปลี่ยนแปลงได้โดยอาศัยความรู้และทัศนคติ ของแต่ละบุคคล (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2534) และธนวรรณ อิมสมบุญ (2532) ได้กล่าวถึงพฤติกรรม สุขภาพว่าเป็นการกระทำกิจกรรมใด ๆ ของคนที่มีสุขภาพอนามัยสมบูรณ์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกัน โรคและค้นหาโรคในระยะแรกซึ่งยังไม่มีอาการพฤติกรรมเหล่านี้ เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การไม่สูบบุหรี่ การรักษาความสะอาดร่างกายและการไปตรวจสุขภาพประจำปี เป็นต้น

โดยทั่วไปแล้วพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องในทางด้านสุขภาพนั้น จะต้องมีการแสดงออกอย่าง เด่นชัดและสามารถสังเกตเห็นได้จากทักษะที่สำคัญ 3 ประการคือ ความรู้ทางด้านสุขภาพ (Health Knowledge) ทัศนคติทางด้านสุขภาพ (Health Attitude) และการปฏิบัติทางด้านสุขภาพ (Health Practice) (ปัญญา สังขวดี และคณะ, 2543) นอกจากนี้พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) ยังหมายถึง การเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพซึ่งเกิดขึ้นทั้งภายใน (Covert Behavior) และภายนอก (Overt Behavior) พฤติกรรมสุขภาพจะรวมถึงการปฏิบัติที่สังเกตได้และการเปลี่ยนแปลงที่สังเกตไม่ได้ แต่สามารถ วัดได้ว่าเกิดขึ้น (Good, 1959) แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ (1) พฤติกรรมภายในเป็นปฏิกิริยาภายในตัว บุคคลมีทั้งเป็นรูปธรรมและนามธรรมที่เป็นรูปธรรมซึ่งสามารถใช้เครื่องมือบางอย่างเข้าวัดหรือสัมผัสได้ เช่น การเต้นของหัวใจ การบีบตัวของลำไส้ พฤติกรรมเหล่านี้เป็นปฏิกิริยาที่มีอยู่ตามสภาพของร่างกาย ส่วนที่เป็นนามธรรมได้แก่ ความคิด ความรู้สึก เจตคติ ค่านิยม เป็นต้น พฤติกรรมภายในนี้ไม่สามารถสัมผัส หรือวัดด้วยเครื่องมือต่าง ๆ ได้ เพราะไม่มีตัวตนจะทราบได้เมื่อแสดงพฤติกรรมออกมาเท่านั้น และ (2) พฤติกรรมภายนอกเป็นปฏิกิริยาต่าง ๆ ของบุคคลที่แสดงออกมาทั้งทางวาจาและการกระทำ ซึ่งปรากฏให้ บุคคลอื่นเห็นหรือสังเกตได้ เช่น ท่าทางหรือคำพูดที่แสดงออก ไม่ว่าจะเป็นน้ำเสียง สีหน้า เป็นต้น

อาจจะสรุปได้ว่าพฤติกรรมสุขภาพสามารถวัดได้ทั้งทางวิทยาศาสตร์ที่เป็นรูปธรรม ซึ่งเป็นปฏิกิริยา ภายในที่มีอยู่ตามสภาพของร่างกายและเป็นปฏิกิริยาภายนอกของบุคคลที่แสดงออกมาทางวาจาและการ กระทำ ดังนั้น พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการแสดงออกเกี่ยวกับสุขภาพทั้งทางด้าน ความรู้ เจตคติ และทักษะ โดยเน้นเรื่องพฤติกรรมสุขภาพที่สามารถสังเกตและวัดได้ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ ในเรื่องสุขภาพหรือเป็นการกระทำ การปฏิบัติ การแสดงออกและทำที่ที่จะทำ ซึ่งจะก่อให้เกิดผลดี หรือ ผลเสียต่อสุขภาพของตนเอง ครอบครัว หรือชุมชน พฤติกรรมสุขภาพจำแนกออกได้เป็น 2 ลักษณะ คือ

(1) เป็นการกระทำ (Action) พฤติกรรมสุขภาพในลักษณะที่เป็นการกระทำ คือ การกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลที่มีผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ (2) เป็นการไม่กระทำ (Non Action) ส่วนพฤติกรรมที่เป็นการไม่กระทำ คือ การงดเว้นไม่กระทำหรือการไม่ปฏิบัติของบุคคลที่มีผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ

2.2 ลักษณะของพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพเป็นการกระทำของบุคคลที่แสดงออกมาแบ่งเป็น 2 ลักษณะ ประกอบด้วย

1) พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์หรือพฤติกรรมเชิงบวก (Positive Behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติแล้วส่งผลดีต่อสุขภาพของบุคคลนั่นเอง เป็นพฤติกรรมที่ควรส่งเสริมให้บุคคลปฏิบัติต่อไป เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารให้ถูกต้องตามหลักโภชนาการ การแปรงฟันอย่างถูกวิธี เป็นต้น พฤติกรรมสุขภาพอันพึงประสงค์ประกอบด้วยพฤติกรรมสุขภาพใน 4 กลุ่มพฤติกรรมด้วยกัน คือ (ธนวรรณ อิมสมบุญ, 2542)

1.1) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่พึงประสงค์ (Promotion Behavior) เป็นพฤติกรรมสุขภาพที่มีความสำคัญที่สุดที่ทำให้บุคคลต่าง ๆ ไม่เจ็บป่วย มีสุขภาพที่ดี และมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยน้อยที่สุดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่สำคัญ คือ พฤติกรรมเกี่ยวกับการโภชนาการที่ถูกต้องเหมาะสมของบุคคลในแต่ละวัย ตั้งแต่ระหว่างตั้งครรภ์ หลังคลอดไปจนถึงวัยสูงอายุ พฤติกรรมการออกกำลังกาย และการพักผ่อนหย่อนใจของคนทุกเพศทุกวัย ตามสภาวะทางเศรษฐกิจแต่ละบุคคล หรือแต่ละครอบครัว และตามสภาวะสังคม และสิ่งแวดล้อมของแต่ละสังคม พฤติกรรมเกี่ยวกับการอนามัยแม่และเด็ก และพฤติกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมทันตสุขภาพของบุคคลทุกวัย ฯลฯ

1.2) พฤติกรรมการป้องกันโรคที่พึงประสงค์ (Preventive Behavior) เป็นพฤติกรรมสุขภาพทั้งในการป้องกันโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ รวมทั้งการป้องกันอุบัติเหตุและอื่น ๆ ด้วยที่จะทำให้บุคคลไม่บาดเจ็บหรือเจ็บป่วย พฤติกรรมป้องกันโรคที่สำคัญ ได้แก่ พฤติกรรมเกี่ยวกับสุขปฏิบัติทั่วไป พฤติกรรมเกี่ยวกับการสุขาภิบาลอาหาร พฤติกรรมเฉพาะการป้องกันโรคบางโรค พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ พฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารและยา ฯลฯ

1.3) พฤติกรรมการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลที่พึงประสงค์ (Illness Behavior) เป็นพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์สำหรับบุคคลและครอบครัวต่าง ๆ เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นมา ในอันที่จะช่วยเหลือและดูแลตนเอง หรือบุคคลอื่นในครอบครัวได้อย่างถูกต้อง และเหมาะสมเพื่อให้หายจากความเจ็บป่วยและไม่พิการหรือเสียชีวิต พฤติกรรมการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลที่พึงประสงค์ที่สำคัญ ได้แก่ การที่บุคคลมีการรับรู้ถึงความเจ็บป่วยและสาเหตุของความเจ็บป่วยของตนเอง หรือบุคคลอื่นในครอบครัวอย่างถูกต้องตามหลักการทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ มีการดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้นอย่างถูกวิธี และมีการแสวงหาบริการรักษาพยาบาลอย่างถูกวิธี ฯลฯ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยหายจากการเจ็บป่วยได้ในที่สุด

1.4) พฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์กลุ่มสุดท้ายที่มีความสำคัญต่อการแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการควบคุมโรคติดต่อในชุมชน เช่น การควบคุมโรคติดต่อในระบบทางเดินอาหาร การควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า การควบคุมโรคไข้เลือดออก การควบคุมหนองพยาธิ และการควบคุมโรคไข้มาลาเรีย เป็นต้น พฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ได้แก่ พฤติกรรมการควบคุมโรคติดต่อต่าง ๆ เช่น การนำเด็กไปรับการหยอดวัคซีนโปลิโอในโครงการกวาดล้างโปลิโอ การนำสุนัขไปฉีดวัคซีนป้องกันพิษสุนัขบ้า การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายหรือตัวอ่อนของยุงลาย การชุบมุ้งด้วยสารเคมีเพื่อควบคุมยุงก้นปล่องที่เป็นพาหะนำโรคไข้มาลาเรีย การกำจัดขยะและสิ่งปฏิกูลของบ้านเรือนต่าง ๆ อย่างถูกวิธี การถ่ายอุจจาระในส้วมที่ถูกต้องลักษณะ การจัดการสุขาภิบาลอาหารตามหลักการสุขาภิบาลอาหารของสถานประกอบการร้านอาหารและผู้สัมผัสอาหาร เป็นต้น

2) พฤติกรรมเชิงลบหรือพฤติกรรมเสี่ยง (Negative Behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติแล้วจะส่งผลเสียต่อสุขภาพ ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ หรือเป็นโรค เช่นการดื่มสุรา และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารจำพวกแป้งและไขมันมากเกินไปจนความจำเป็น การบริโภคอาหารที่ปรุงไม่สุก เป็นต้น จะต้องหาสาเหตุที่ก่อให้เกิดพฤติกรรม เพื่อปรับเปลี่ยนและควบคุมให้บุคคลเปลี่ยนไปแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ (เฉลิมพล ต้นสกุล, 2543)

นอกจากนี้การแสดงออกของพฤติกรรมสุขภาพยังสามารถแบ่งเป็น 5 ลักษณะพฤติกรรม ดังนี้

1) พฤติกรรมการใช้บริการ (Medical Utilization) หมายถึง พฤติกรรมการไปรับการรักษาต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นแผนกตึกหรือแผนโบราณ การซื้อยากินเองและการรับข้อมูลจากร้านขายยา

2) พฤติกรรมการทำแผนการรักษา (Compliance Behavior) หมายถึง พฤติกรรมระหว่างการรักษาหรือในการดูแลของแพทย์ รวมถึงกิจกรรมที่เกี่ยวกับการรักษาของแพทย์ กิจกรรมในชีวิตประจำวันที่แพทย์ต้องการให้ปฏิบัติในระหว่างการรักษา

3) พฤติกรรมดูแลตนเอง (Safe – Care) หมายถึง พฤติกรรมที่ผู้ป่วยต้องจัดการกับชีวิตประจำวันของตน ขณะที่รักษาและขณะที่กลับบ้านและอยู่ในสังคม

4) พฤติกรรมรับรู้ข่าวสาร (Medical Information Seeking Behavior) หมายถึง การเสาะหาข้อมูล การเจ็บป่วย และการรักษา การดูแลตนเอง หมายถึงรวมถึงกลุ่มคนที่ผู้ป่วยสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

5) พฤติกรรมการเผชิญปัญหา (Coping Behavior) หมายถึง วิธีคิด วิธีการขอความช่วยเหลือ วิธีการขอข้อมูลข่าวสาร เพื่อให้สามารถควบคุมภาวะทางจิตใจและสถานการณ์ทางสังคมในระหว่างที่รักษาหรือเมื่อกลับไปสู่สังคมและครอบครัวแล้ว

2.3 องค์ประกอบของพฤติกรรมสุขภาพ

ความรู้ (K = Knowledge) หมายถึง ความสามารถในการจำหรือระลึกได้ซึ่งประสบการณ์ต่าง ๆ ที่เคยได้รับรู้มา

ความเชื่อ (B = Belief) หมายถึง ความนึกคิดหรือความเข้าใจของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง อาจจะมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ และทำให้นุชนมีความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติตามแนวคิดและความเข้าใจนั้น ๆ

ค่านิยม (V = Value) หมายถึง ความต้องการที่ได้รับการประเมินค่าอย่างรอบคอบและปรากฏว่ามีคุณค่าแก่การเลือกไว้เป็นสมบัติของตน

ความคิดเห็น (O = Opinion) หมายถึง การแสดงออกด้วยวาจาถึงความรู้สึกนึกคิดต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือประเด็นเรื่องใดหนึ่ง หมายถึงเจตนาหรือ ฏีกิริยาความรู้สึกนึกคิดที่เป็นอคติด้วย

การรับรู้ (P = Perception) หมายถึง การมองเห็นตีความ หรือการเข้าใจสถานการณ์หรือสิ่งต่าง ๆ ในลักษณะที่อาจเหมือนหรือแตกต่างไปจากการมองเห็น หรือความเข้าใจของคนอื่น ทั้งนี้เพราะเป็นการตีความจากมุมมอง จากประสาทสัมผัส และประสบการณ์ของตนเอง

ทัศนคติ หรือ เจตคติ (A=Attitude) หมายถึง สภาพทางจิตใจ ความคิด และฏีกิริยาตอบสนองต่อสิ่งเร้าหรือฏีกิริยาของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง หรือเป็นการแสดงถึงความรู้สึกที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

ความตั้งใจ (I = Intention) หมายถึง การมีเจตนา มีจุดมุ่งหมาย หรือมีเป้าหมายในการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

ทักษะ (S = Skill) หมายถึง การมีความเชี่ยวชาญ ชำนาญ หรือมีประสบการณ์ในการปฏิบัติหรือการกระทำ

การปฏิบัติ (P = Practice) หมายถึง การได้กระทำประจำ หรือซ้ำ ๆ จนเคยชินหรือ เป็นนิสัยในช่วงระยะเวลาหนึ่ง

2.4 ตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ

ตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพหรือปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของชาวไทย มีดังนี้

1) ปัจจัยเสี่ยงทางสรีระภาพ (Physiological Risk Factor) วิทยาการระบาดของโรคไม่ติดต่อ และอุบัติภัยโรคที่เกิดจากความเสื่อมทำลายและโรคติดต่อบางชนิดที่เป็นปัญหาปัจจุบันและอนาคตของประเทศ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน มะเร็ง เป็นต้น

2) ปัจจัยเสี่ยงทางสิ่งแวดล้อม (Risk Condition) ความยากจน ความเครียด และอันตรายจากการทำงาน ความแออัดของที่พักอาศัยและชุมชน มลภาวะทางสิ่งแวดล้อม

3) ปัจจัยเสี่ยงทางสังคมจิตวิทยา (Psychosocial Risk Factor) การถูกทอดทิ้ง การขาดแรงสนับสนุนทางสังคม การไม่มีเครือข่ายทางสังคม ความเครียด ปัญหาทางอารมณ์ มีความภูมิใจในตนเองต่ำ ซึ่งจะไปสู่ปัญหาสุขภาพจิต เป็นต้น

4) ปัจจัยเสี่ยงทางพฤติกรรม (Behavior Risk Factor) การสูบบุหรี่ อุปนิสัยในการบริโภคอาหาร การดื่มสุรา การใช้สารเสพติด การออกกำลังกาย และการฝ่าฝืนกฎระเบียบหรือกฎหมาย รวมถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเหล่านั้น ตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพและสถานะทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กันในเกือบจะทุกโรค ซึ่งสาเหตุการตายที่สำคัญของประชาชนในประเทศด้อยพัฒนา พบว่าส่วนใหญ่เป็นโรคติดต่อ และในประเทศพัฒนาพบว่าส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรังและอุบัติเหตุ

3. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตัวเอง

3.1 การดูแลสุขภาพตัวเอง

โดยธรรมชาติของมนุษย์ เมื่อเกิดปัญหาต่าง ๆ ขึ้นในชีวิต ก็จะพยายามหาทางแก้ปัญหาด้วยตัวเอง ก่อนเป็นอันดับแรก เมื่อรู้ว่าจะไม่สามารถแก้ปัญหาได้เอง ก็จะแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้อื่น ในเรื่องความเจ็บป่วย หรือปัญหาสุขภาพก็เช่นเดียวกัน ทุกคนต้องการที่จะดูแลตนเองให้มีสุขภาพดีอยู่เสมอ ดังนั้นอาจจะกล่าวได้ว่า “การดูแลสุขภาพตนเอง เป็นกิจกรรมที่บุคคลแต่ละคนปฏิบัติและยึดเป็นแบบแผนในการปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพดี” อาจแบ่งขอบเขตการดูแลสุขภาพตนเอง เป็นหลายลักษณะดังผู้ให้ความหมายของการดูแลสุขภาพตัวเองดังนี้

การดูแลสุขภาพตนเองเป็นกิจกรรมต่าง ๆ ที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเอง เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการที่จะดำรงชีวิต สุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี การดูแลสุขภาพตนเองเป็นกิจกรรมที่บุคคลทำอย่างจริงจังและมีเป้าหมาย มีระบบระเบียบเป็นขั้นตอน และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่พัฒนาการดำเนินไปได้ถึงขีดสุดของแต่ละบุคคล (Orem 1991) การดูแลสุขภาพตนเองอาจเป็นกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและปฏิบัติเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการที่จะดำรงไว้ หรือทำให้ดีขึ้นเกี่ยวกับชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดี ดังนั้น การดูแลสุขภาพตนเองเป็นกระบวนการที่บุคคล และครอบครัวมีความริเริ่มที่จะรับผิดชอบในการพัฒนาการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การดูแลสุขภาพตนเองยังหมายถึงสิ่งต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยได้ปฏิบัติด้วยตนเองเพื่อช่วยลดปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดจากโรค ตลอดจนเป็นกระบวนการที่บุคคลทำหน้าที่เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและตรวจค้นเกี่ยวกับโรค และการรักษา (Pender 1996)

สำหรับ Gant (1986 อ้างใน กฤษฎา วงศ์วิลาสชัย, 2549) ได้ให้ความหมายของการดูแลว่าเป็นวงจรของความรู้สึก 3 ประการ คือ (1) เป็นการให้ความสนใจหรือมีความรู้สึกเกี่ยวข้อง (2) มีความรับผิดชอบ หรือเป็นการให้ (3) มีการคำนึงถึงชอบหรือรัก หรือในทัศนะของนักปรัชญาที่มองว่า การดูแลคนนั้นมีความหมายสำคัญอยู่ที่การช่วยเหลือให้คนเจริญเติบโตถึงระดับที่มีความพอใจต่อชีวิตของตนเอง โดยจะต้องเกิดขึ้นเป็นกระบวนการแนวทางของความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างกันและกันนั้นเกิดขึ้น เช่นเดียวกับญาติที่ให้ความช่วยเหลือแก่กัน ด้วยความไว้วางใจกันและมีความลึกซึ้งในสัมพันธภาพต่อกัน นอกจากนี้

การดูแลยังก่อให้เกิดการปรับหรือจัดค่านิยม และกิจกรรมที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์เสียใหม่ (Mayerroff 1971 อ้างใน กฤษฎา วงศ์วิลาสชัย, 2549) และการดูแลช่วยให้คนดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณค่าหรือมีความหมายยิ่งขึ้น โดย Blattner (1981 อ้างใน กฤษฎา วงศ์วิลาสชัย, 2549) ได้เสนอรูปแบบการดูแลไว้ 3 รูปแบบ คือ

รูปแบบที่ 1 คือ การดูแลตนเอง (Intrapersonal Caring) คือ ความเอาใจใส่ต่อตนเอง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและวิญญาณ ปัจจุบันการดูแลตนเองเป็นเป้าหมายสำคัญด้านสุขภาพอนามัย โดยมุ่งให้คนพึ่งตนเองทางสุขภาพได้ กระบวนการดูแลเกิดขึ้นได้จากแรงบันดาลใจคุณค่าของตน และเชื่อมสัมพันธ์ตนเองกับสิ่งแวดล้อมได้ด้วยดี

รูปแบบที่ 2 คือ การดูแลที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคล (Interpersonal Caring) เป็นการดูแลที่เกิดขึ้นผ่านทางสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลซึ่งต้องอาศัยปัจจัยเฉพาะหลายประการ เช่น การสัมผัส (Touch) และการให้การสนับสนุน (Support)

รูปแบบที่ 3 คือ การดูแลโดยชุมชน (Community Caring) เป็นความช่วยเหลือเกื้อกูลภายในชุมชน โดยใช้ความช่วยเหลือจากภายนอกน้อยที่สุด ในเรื่องสุขภาพอนามัย การพึ่งตนเองของชุมชนเป็นเป้าหมายสำคัญ ปัญหาสุขภาพชุมชนควรได้รับการแก้ไขโดยชุมชน ภายใต้การสนับสนุนส่งเสริมโดยหน่วยงานของรัฐ และเอกชนการดูแลชุมชนเป็นอีกแนวทางหนึ่งของการดูแลตนเองที่สำคัญในการสร้างคุณภาพของมนุษย์

นอกจากนี้ ยังกล่าวว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย มีองค์ประกอบอยู่อย่างน้อย 4 ระดับ คือ (1) การดูแลสุขภาพตนเองของแต่ละบุคคล (Individual Self Care) (2) การดูแลตนเองของครอบครัว (Family Care) (3) การดูแลสุขภาพโดยเครือข่ายสังคม (Care from the Extended Social Network) (4) การดูแลสุขภาพโดยกลุ่มหรือบุคคลในชุมชน (Mutual Aid or Self-Help Group)

ซึ่งการดูแลสุขภาพตนเองของแต่ละบุคคลเมื่อเจ็บป่วย หมายถึง พฤติกรรมของบุคคลที่เกิดขึ้นตั้งแต่บุคคลตระหนัก และประเมินผลเกี่ยวกับอาการผิดปกติ ตลอดจนตัดสินใจที่จะทำอะไรสักอย่างลงไปเพื่อตอบสนองต่ออาการผิดปกติ รวมถึงการตัดสินใจที่จะไม่ทำอะไรสักอย่างเกี่ยวกับอาการนั้น ส่วนการทำอะไรสักอย่าง นั้นมีตั้งแต่การรักษาอาการผิดปกติด้วยวิธีการของตนเอง หรือแสวงหาคำแนะนำ หรือการรักษาจากผู้อื่นที่เป็นสามัญชน จากครอบครัวและเครือข่ายสังคมของผู้ป่วย ตลอดจนบุคลากรสาธารณสุข การดูแลตนเองยังครอบคลุมถึงการประเมินผลและการตัดสินใจในการกระทำที่เป็นคำแนะนำที่ผู้ป่วยได้มา (Dean, 1986 อ้างใน กฤษฎา วงศ์วิลาสชัย, 2549)

ในส่วนของนักวิชาการในประเทศไทยอย่าง อารีย์ เจียมพุก (2544) กล่าวถึงการดูแลสุขภาพตนเองว่า หมายถึง การดำเนินกิจกรรมทางด้านสุขภาพด้วยตนเองของปัจเจกบุคคล ครอบครัว กลุ่มเพื่อนบ้าน กลุ่มผู้ร่วมงานและชุมชน จะโดยการปฏิบัติด้วยตนเองหรือผู้อื่นช่วยเหลือ โดยรวมถึงกระบวนการตัดสินใจในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัย การรักษาโรค และการปฏิบัติตนภายหลังการรับบริการ ทั้งนี้ เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเองและมีความเป็นอยู่ที่ดีแม้ว่าการดูแล

สุขภาพตนเองจะเป็นการกระทำที่จิตใจและมีเป้าหมาย แต่การดูแลสุขภาพตนเองนั้น จะกลายเป็นสุขนิสัยติดตัวได้ ถ้าได้กระทำไปสักระยะหนึ่ง บุคคลนั้นอาจจะกระทำโดยไม่ได้ระลึกถึงเป้าหมายของการกระทำ การที่จะปฏิบัติดูแลสุขภาพตนเองเพื่อดำรงรักษาและส่งเสริมสุขภาพ ผู้ปฏิบัติจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับเป้าหมายและสร้างสุขนิสัยในการปฏิบัติ และเมื่อสร้างสุขนิสัยในการปฏิบัติได้ บุคคลจะกระทำโดยไม่ได้ต้องใช้ความพยายามหรือรู้สึกเป็นภาระอีกต่อไป

จากแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองสรุปได้ว่า เป็นวงจรของการช่วยเหลือให้มนุษย์เจริญเติบโต โดยมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง ครอบครัวและชุมชน มุ่งเน้นการดูแลสิ่งทั่วไป โดยเน้นดูแลสุขภาพเป็นเป้าหมายสำคัญซึ่งเป็นรากฐานขั้นปฐมภูมิ สุขภาพเป็นสิ่งสำคัญที่จะส่งผลให้ทั้งตนเอง ครอบครัว ชุมชน สิ่งแวดล้อมและสังคม พัฒนาขึ้นได้โดยมีปัจจัยพื้นฐานเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งการส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นรูปธรรมโดยผลรวมของการสนับสนุนด้านการศึกษาและสิ่งแวดล้อม เพื่อให้เกิดผลของการดำรงชีวิตให้เกิดสภาวะสุขภาพสมบูรณ์สอดคล้องกับชีวิตตนเอง ครอบครัว ชุมชน สังคมทั้งที่อยู่อาศัยและที่ทำงาน รวมถึงพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองเมื่อยามเจ็บป่วยด้วย

3.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพตนเอง

ปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อการดูแลสุขภาพตนเอง เป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลสามารถหรือไม่สามารถทำการดูแลตนเองให้บรรลุความต้องการดูแลสุขภาพตนเอง เรียกว่า ปัจจัยพื้นฐาน (Basic Conditioning Factors) ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ ภาวะพัฒนาการ ฐานะทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมนิยมประเพณี สภาพที่อยู่อาศัย ระบบครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต ภาวะสุขภาพ ปัจจัยดังกล่าวส่งผลถึงความแตกต่างในการตัดสินใจพฤติกรรมและแสดงพฤติกรรมให้สอดคล้องกับสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอกที่เข้ามากระทบในแต่ละสถานการณ์ จึงอาจกล่าวได้ว่าการดูแลสุขภาพตนเองเป็นเสมือนระบบเปิดที่มีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอก การเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมเพียงอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือทั้งสองอย่างย่อมส่งผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองและการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลสุขภาพตนเองตามมา (Orem, 1985 อ้างใน กฤษฎา วงศ์วิลาสชัย, 2549)

3.3 การส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

การส่งเสริมสุขภาพตามคำจำกัดความที่ได้จากการประชุม ณ กรุงออตตาวา (Ottawa Charter) ในปี 1986 กล่าวถึงความหมายของการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการที่กระตุ้นให้ประชาชนเพิ่มความสามารถในการควบคุมตนเองด้านสุขภาพ และปรับปรุงสุขภาพของตนเพื่อให้บรรลุภาวะที่สมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม (นิคม มูลเมือง, 2541) หรือเป็นกระบวนการปลูกฝัง ให้คนเรามีความสามารถที่จะควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นตัวกำหนดภาวะสุขภาพ เพื่อให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น ในปัจจุบันเริ่มมีการใช้คำว่า

การสร้างเสริมสุขภาพ โดยให้ความหมายว่า เป็นกระบวนการใด ๆ ที่เพิ่มความสามารถคนในการควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ การจัดการด้านสิ่งแวดล้อม เพื่อลดสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ มีผลในทางการสร้างสุขภาพ สร้างความรู้ และค่านิยมในทางบวกต่อการมีสุขภาพดีในหมู่ประชาชนและสังคม รวมไปถึงการจัดบริการต่าง ๆ ที่จำเป็นต่อการสร้างสุขภาพดีด้วย (พรสุข หุ่นรินทร์, 2543)

นอกจากนี้การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การค้นหาและลดพฤติกรรมเสี่ยงของบุคคล (Lifestyle Approach) และลดมลภาวะของสิ่งแวดล้อม (Structured Approach) เพื่อลดภาวะการเจ็บป่วยและการตายก่อนวัยอันควร (Ill Health and Premature Death) ซึ่งเป็นกระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพของตนเองในทุกสถานที่ที่ประชาชนอาศัยอยู่ ทำงานและเกี่ยวข้องกับ (ศิริกุล อิศรานุรักษ์, 2542) การส่งเสริมสุขภาพยังเป็นกิจกรรมที่มุ่งเน้นการเพิ่มระดับความเป็นอยู่ที่ดีและการมีสุขภาพที่แข็งแรงสมบูรณ์ในปัจเจกบุคคลและครอบครัว ชุมชนและสังคม โดยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านบวกมี 10 ด้าน ดังนี้

- | | |
|---|---------------------------------|
| (1) ความสามารถในการดูแลตนเองทั่วไป | (2) การปฏิบัติด้านโภชนาการ |
| (3) การออกกำลังกายและกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน | (4) รูปแบบการนอนหลับ |
| (5) การจัดการความเครียด | (6) ความเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง |
| (7) จุดมุ่งหมายในชีวิต | (8) การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น |
| (9) การควบคุมสภาวะแวดล้อม | (10) การใช้ระบบบริการทางสุขภาพ |

ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพจึงหมายถึง ผลรวมของการสนับสนุนด้านการศึกษาและการสนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อม เพื่อให้เกิดผลการกระทำ (Action) และสถานการณ์ (Condition) ของการดำรงชีวิต ที่จะทำให้เกิดสภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ การกระทำนั้นอาจจะเป็นของบุคคล ชุมชน ผู้กำหนดนโยบาย นายจ้าง ครู หรือกลุ่มบุคคลอื่น ๆ ซึ่งการกระทำเหล่านั้นมีอิทธิพลต่อสุขภาพของบุคคลของบุคคล ชุมชน และสังคมส่วนรวม

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

International Labour Organization (ILO), (2005), research "The Mekong Challenge - Destination Thailand : A cross-border labour migration survey in Banteay Meanchey Province, Cambodia", reports on the result of random-sampling of 239 households, including 80 returning labourers, 163 children (age 10-17) and 83 young adults (aged 18-25) from 4 target districts in this north-western border province with Thailand. The survey found: A 9-fold increase in the number of school drop-outs during the preceding 5 years; Contact lost with migrating family

members – and no remittances received; A dependence on agents/brokers to find cross-border work and increased vulnerability to the risks of trafficking due to lack of public information for potential migrants in the province.

Analysis from the survey includes the following key conclusions:

- There has been a nine-fold increase in the number of school drop-outs in the past five years, which increases young people's vulnerability. There is a high incidence of child labour; as much as 24 percent of people going to Thailand are children aged 10–14 years.
- Some families have no information and contact with migrant workers once they leave home. Many heads of households reported not receiving any remittances from those migrant working family members.
- There is no office or place for information in Banteay Meanchey for people who want to look for work in Thailand, which leads to people's dependence upon agents or facilitators and thus increases their vulnerability to being trafficked or exploited in other ways.

According to the survey findings, cross-border migrant workers and their families may encounter some of the following risks:

- Being abused and exploited. Some 53 per cent of the 80 returning labourers who were interviewed reported experiencing various types of abuse and exploitation, including being shouted and cursed at, forced to work long hours, underpaid, not paid, not allowed to leave the workplace, forced to work in dangerous conditions, physical violence, sexual abuse and being arrested. When interviewed, some of the returning workers said their living and working conditions were bad with no protection from physical abuse and illness, including HIV/AIDS; work conditions were described as unhygienic, not enough light and without fresh air. There is an insufficient networking of concerned local organizations in Thailand to follow up employers' adherence to labour and migration laws and human rights; as well, there is a shortage of focal points to receive and settle labour migrants' problems.

Legal problems. Migrant labourers who do not register to work in Thailand risk arrest by the Thai police; they can more easily be cheated, robbed, killed or have a landmine accident as they sneak across the border. Most migrant labourers who are victims of physical abuse don't report it to the local police or relevant organizations, even when they need help.

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล โดยการสนับสนุนจากโครงการอนุภูมิภาคลุ่มแม่น้ำโขงเพื่อต่อต้านการค้าเด็กและ หญิงขององค์การแรงงานระหว่างประเทศ (ไอแอลโอ) (2549 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง ‘งานทำทนายที่ลุ่มน้ำโขง: การจ้างแรงงานข้ามชาติในประเทศไทย: งานหนัก จ่ายน้อย และไม่ได้รับการคุ้มครอง’ โดยทำการศึกษาวิธีการว่าจ้างแรงงานและสภาพการทำงานของแรงงานข้ามชาติในภาคการจ้างงานสำคัญ 4 ภาคของประเทศไทย คือ การเกษตร งานบ้าน เรือประมงและการแปรรูปปลา และการผลิต ผลการวิจัยพบว่า แรงงานรับใช้ในบ้านกว่าครึ่งหนึ่งและลูกเรือหาปลาอีกกว่า 1 ใน 5 ถูกห้ามไม่ให้ออกจากที่ทำงาน หรือถูกนายจ้างบังคับให้ทำงานเยี่ยงทาส มีการละเมิดสิทธิมนุษยชนแรงงานข้ามชาติหนุ่มสาวหลายเรื่อง ตั้งแต่ทำร้ายร่างกาย บังคับให้ทำงาน จำกัดพื้นที่ ใช้แรงงานเด็กในงานเสี่ยงอันตราย ซึ่งจัดเป็นการใช้แรงงานเด็กที่เลวร้ายที่สุดอย่างหนึ่ง) และถูกกระทำทารุณทั้งทางใจและทางวาจาเป็นประจำ บางกรณียังแสวงหาประโยชน์จากแรงงานโดยมิชอบใกล้เคียงกับพฤติกรรมการค้ามนุษย์ด้วย

โดยงานวิจัยระบุว่า เจ้าหน้าที่บ้านเมืองและประชาชนส่วนใหญ่ยังไม่ค่อยรู้เรื่องแรงงานเหล่านี้ ทั้งนี้ แรงงานรับใช้ในบ้าน 82% และแรงงานทำงานบนเรือประมงอีก 45% ต้องทำงานวันละกว่า 12 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 7 วัน จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการตรวจแรงงานอย่างจริงจัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาคการทำงานที่มีการใช้แรงงานเด็กที่อายุต่ำกว่า 18 ปี

ด้านแรงงานข้ามชาติเอง พบว่า มีเพียง 1 ใน 5 ของแรงงานที่ทำงานบนเรือประมงและการแปรรูปปลาที่เคยพบเห็นผู้ตรวจแรงงานไทย ในสถานประกอบการ นอกจากนี้ แรงงานส่วนใหญ่ยังไม่เข้าใจสิทธิตามพ.ร.บ.คุ้มครองแรงงาน และกฎหมายฉบับนี้ก็ไม่ได้คุ้มครองแรงงานลูกเรือหาปลาหรือแรงงานรับใช้ในบ้านด้วย แรงงานส่วนใหญ่ได้รับค่าจ้างต่ำกว่าค่าจ้างขั้นต่ำที่กฎหมายกำหนด และแม้ว่าความจริงข้อนี้ไม่ใช่เรื่องแปลกใหม่ แต่ก็ถือว่าเป็นการละเมิดกฎหมายไทย งานวิจัยฉบับนี้กล่าวถึงปัญหาที่น่าเป็นห่วงนั่นคือ ทศนคติของนายจ้างที่มีต่อแรงงานข้ามชาติโดยเฉพาะในเรื่องการจำกัดเสรีภาพใน การเดินทาง โดยนายจ้างมากกว่าครึ่งให้สัมภาษณ์กับนักวิจัยว่า เห็นด้วยกับข้อความที่ว่า “กักแรงงานไว้ในตอนกลางคืนเพื่อไม่ให้หลบหนีไปไหน” ซึ่งแรงงานข้ามชาติที่ทำงานรับใช้ในบ้าน 8% ยืนยันว่าเคยถูกนายจ้างกักตัวนายจ้างคนไทยจำนวนมากนิยมจ้างแรงงานเด็กและแรงงานเด็กต่างชาติที่อายุน้อย เนื่องจากเชื่อว่าเด็กเหล่านี้เชื่อฟังและควบคุมง่าย อย่างไรก็ตาม งานวิจัยระบุว่า เด็กพวกนี้ไม่ได้ถูกคุ้มครองโดยผู้จัดหาแรงงาน ทั้งนี้ มีแรงงานที่ให้สัมภาษณ์น้อยกว่า 10% ได้งานผ่านผู้จัดหาแรงงาน

ในขณะที่แรงงานข้ามชาติหลายคนที่ให้สัมภาษณ์เป็นแรงงานที่เข้าเมืองและทำงานอย่างถูกต้องตามกฎหมาย โดยนายจ้างพาไปขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าวกับหน่วยงานของรัฐ แต่ก็มีแรงงานอีกจำนวนหนึ่งที่ทำงานโดยไม่ได้รับใบอนุญาต (ไม่ได้ขึ้นทะเบียน) การที่แรงงานเหล่านี้ไม่มีเอกสารขึ้นทะเบียนทำให้เสี่ยงต่อการถูกกระทำโดยมิชอบจากนายจ้าง เช่น ถูกข่มขู่ ใช้กำลังบังคับ ขณะเดียวกัน พบว่า แม้แรงงาน

ข้ามชาติที่ขึ้นทะเบียนแล้วก็ประสบปัญหาล้ายคลึงกัน โดยเฉพาะการถูกนายจ้างจำกัดพื้นที่ไม่ให้ไปไหนมาไหน

งานวิจัยระบุว่าโดยภาพรวม แรงงานในภาคเกษตรมีปัญหาน้อยที่สุด แต่แรงงานที่ทำงานบนเรือประมงมักถูกนายจ้างยึดบัตรประจำตัว/ใบอนุญาตทำงานไว้ งานวิจัยชี้ว่า ผู้จัดหาแรงงานมีบทบาทสำคัญค่อนข้างมาก ในการทำให้แรงงานข้ามชาติถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบ ซึ่งการแสวงหาประโยชน์นี้มักเกิดจากนายจ้างเป็นสำคัญ ในขณะที่งานวิจัยชิ้นนี้ไม่ได้พูดถึงการจัดหางานสำหรับแรงงานรับใช้ในบ้าน แต่ในอีก 3 ภาคที่เหลือพบว่า มีแรงงานข้ามชาติเพียง 1 ใน 10 ที่ระบุว่าใช้บริการของผู้จัดหางาน ข้อค้นพบ ระบุว่า ในกรณีที่ผู้ใช้ผู้จัดหางาน ผู้จัดหางานจะมีบทบาทช่วยเหลือแรงงานข้ามชาติเช่นกัน อาทิ ให้บริการโดยคิดค่านายหน้าหรือค่าป่วยการในการเป็นธุระต่างๆ ให้ เช่น ส่งเงินกลับบ้านและเป็นตัวกลางติดต่อกับญาติพี่น้องที่บ้านในประเทศของแรงงานข้ามชาติ ผู้จัดหาบางคนยังช่วยเจรจาให้แรงงานได้รับค่าจ้างสูงขึ้น มีสภาพการทำงานที่ดีขึ้นหรือสามารถนำตัวแรงงานข้ามชาติออกจากสถานประกอบการที่แรงงานข้ามชาติ ถูกกระทำ มิชอบ

ในรายงานฉบับนี้ มีข้อเสนอแนะ 29 ข้อ แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อาทิ รัฐบาลไทย กระทรวงแรงงาน กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงยุติธรรม กระทรวงมหาดไทย สำนักงานตำรวจแห่งชาติ องค์การแรงงานระหว่างประเทศ องค์การนายจ้างและลูกจ้างทั้งในไทยและต่างประเทศ ตลอดจนกลุ่มที่เกี่ยวข้อง เช่น กลุ่มประชาสังคม โดยข้อเรียกร้องให้ดำเนินการนั้น มีทั้งให้ปรับปรุงการคุ้มครองแรงงาน ให้นายจ้างยุติการยึดเอกสารสำคัญของแรงงาน ให้มีการบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจังเพื่อยุติการกระทำอันมิชอบของนายจ้าง ให้มีความร่วมมือระหว่างรัฐบาลกับองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานกับแรงงานข้ามชาติ จัดให้มีกลไกแจ้งข้อร้องเรียนจากแรงงานข้ามชาติที่รู้สึกว่าจะถูกโกงหรือถูกกระทำโดยมิชอบ ให้มีโอกาสเข้าถึงการศึกษามากขึ้น ส่งเสริมช่องทางกรรไกรย้ายถิ่นฐานที่สะดวก ไม่เสียค่าใช้จ่ายมากและปลอดภัย เพื่อป้องกันไม่ให้นายจ้างกระทำการอันมิชอบกับคนต่างด้าวที่ไม่มีเอกสารถูกต้อง และเพื่อส่งเสริมให้คนต่างด้าวเข้าประเทศไทยโดยถูกต้องตามกฎหมายและปลอดภัย นอกจากนี้ เรียกร้องให้ยอมรับแรงงานในภาคเกษตร แรงงานรับใช้ในบ้าน และแรงงานประมงเป็นการจ้างงานในกรอบนิยามของพ.ร.บ.ป้องกันแรงงานด้วย

นอกจากนี้ ยังมีการจัดทำโครงการแกนนำสุขภาพต่างด้าวภาคเกษตรกรรม โดยกลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ เมื่อปี 2550 พบว่า แรงงานข้ามชาติทั้งหมดในตำบลสินปุน จังหวัดกระบี่เป็นแรงงานสัญชาติพม่ารับจ้างทำงานในสวนยางพารา มีจำนวน 189 คน 76 ครอบครัว มีปัญหาสุขภาพและปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ คือ แรงงานเคยเจ็บป่วยด้วยโรคไข้หวัดร้อยละ 53 และไข้หวัดใหญ่ ร้อยละ 36.8 เมื่อเจ็บป่วยจะได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลหรือสถานอนามัยร้อยละ 61 คลินิกเอกชนร้อยละ 18.4 ซื้ยยาเกินและปล่อยให้หายเองร้อยละ 13.2 ในส่วนของการวางแผนครอบครัว

20.62 % คนรับใช้ในบ้าน 10.96 % จากการสำรวจ พบว่า มีปัญหาในเรื่องการเจ็บป่วย คือ ปวดศีรษะและเวียนหัวมากที่สุด 27.17 % รองลงมา ได้แก่ อาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ 20.04 % โรคผิวหนัง 13.20 % และโรคระบบทางเดินอาหารและน้ำ 12.14 % ซึ่งเป็นที่สังเกตว่า อาการเจ็บป่วยทั้งหมดล้วนมีส่วนเกี่ยวพันกับการทำงานทั้งสิ้น พบแรงงานไทใหญ่ถูกกดขี่ทารุณ ค่าแรงไม่เป็นธรรม ไร้สวัสดิการ จากการสำรวจยังพบว่าในกลุ่มแรงงานที่เป็นคนรับใช้ในบ้าน กับคนทำงานในภาคเกษตร ส่วนใหญ่พบการกดขี่ทารุณแรงงาน ได้รับค่าจ้างไม่เป็นธรรม ไม่มีสวัสดิการ ขาดมาตรฐานความปลอดภัย เป็นต้น ซึ่งจริง ๆ แล้ว ควรได้รับการตอบสนองโดยรัฐ เพื่อปฏิบัติต่อแรงงานข้ามชาติตามมาตรฐานสากล หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องควรได้มีการตรวจสอบ มีการบังคับและควบคุมตามกฎหมายให้นายจ้างและผู้ประกอบการปฏิบัติตามกฎหมายแรงงานในเรื่องค่าจ้าง ค่าล่วงเวลา รวมทั้งสวัสดิการต่าง ๆ รวมไปถึงจะต้องมีความรับผิดชอบต่อแรงงานในเรื่องความปลอดภัยด้วย

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสะท้อนให้เห็นว่าหากจะพิจารณาถึงสุขภาพของแรงงานลาว จะสามารถดูได้จาก 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ (1) ในระดับปัจเจกบุคคล (2) ในสภาพทางสังคมและสิ่งแวดล้อม และ (3) ในโครงสร้างระบบสุขภาพว่าด้วยหลักสิทธิมนุษยชน รายละเอียดดังนี้

1) ในระดับปัจเจกบุคคล โดยธรรมชาติของแรงงานข้ามชาติที่เข้ามาในรูปแบบผิดกฎหมาย ด้วยภาวะความจำยอมที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ และการดำเนินชีวิตที่ต้องเผชิญกับปัญหาความไม่เข้าใจในสภาพทางสังคม ไม่มีพื้นที่สาธารณะให้แสดงความคิดเห็นเรียกร้อง พฤติกรรมจึงเป็นตัวแปรหนึ่งที่น่าจะสะท้อนให้เห็นภาวะสุขภาพได้ ประกอบด้วยตัวชี้วัดด้าน (1) พฤติกรรมเสี่ยง (Negative Behavior) (2) พฤติกรรมการใช้บริการ (Medical Utilization) (3) พฤติกรรมการทำแผนการรักษา (Compliance Behavior) (4) พฤติกรรมการดูแลตนเอง (Safe – Care) (5) พฤติกรรมรับรู้ข่าวสาร (Medical Information Seeking Behavior) และ (6) พฤติกรรมการเผชิญปัญหา (Coping Behavior)

2) ในสภาพทางสังคมและสิ่งแวดล้อม เมื่อแรงงานข้ามชาติมีภาวะที่ต้องจำยอมต้องเผชิญกับปัญหาในสภาพทางสังคมต่างถิ่น ดังนั้นสภาพทางสังคมและสิ่งแวดล้อมเป็นตัวแปรหนึ่งที่น่าจะชี้ให้เห็นภาวะสุขภาพแรงงานได้ ประกอบด้วยตัวชี้วัด (1) ความแออัด (2) การดูแลรักษาสภาพแวดล้อม (3) สิทธิมนุษยชน (4) การจ่ายค่าจ้าง และ (5) ความสามารถเข้าถึงการช่วยเหลือทางด้านกฎหมายและคดี

3) ระบบสุขภาพจากโครงสร้างรัฐว่าด้วยหลักประกันสุขภาพ ตาม พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ ปี 2550 ว่าด้วยเรื่องสิทธิและหน้าที่การมีสุขภาพดี กลุ่มแรงงานข้ามชาติที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพไม่สามารถได้รับบริการสุขภาพได้ การที่ต้องซื้อยากินเองที่เสี่ยงต่อการแพ้ยาหรือดื้อยา ในขณะเดียวกันถ้าใช้บัตรที่ลงทะเบียนแรงงานไว้ไปรักษาผ่านระบบหลักประกันสุขภาพ สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพของรัฐได้บ้าง แต่ยังพบว่ามีผู้ปฏิบัติที่ให้การรักษายาบาลมีทัศนคติเชิงลบต่อแรงงานเหล่านี้ เนื่องจากแรงงานข้ามชาติสัญชาติลาวส่วนใหญ่จะเป็นแรงงานที่ผิดกฎหมาย

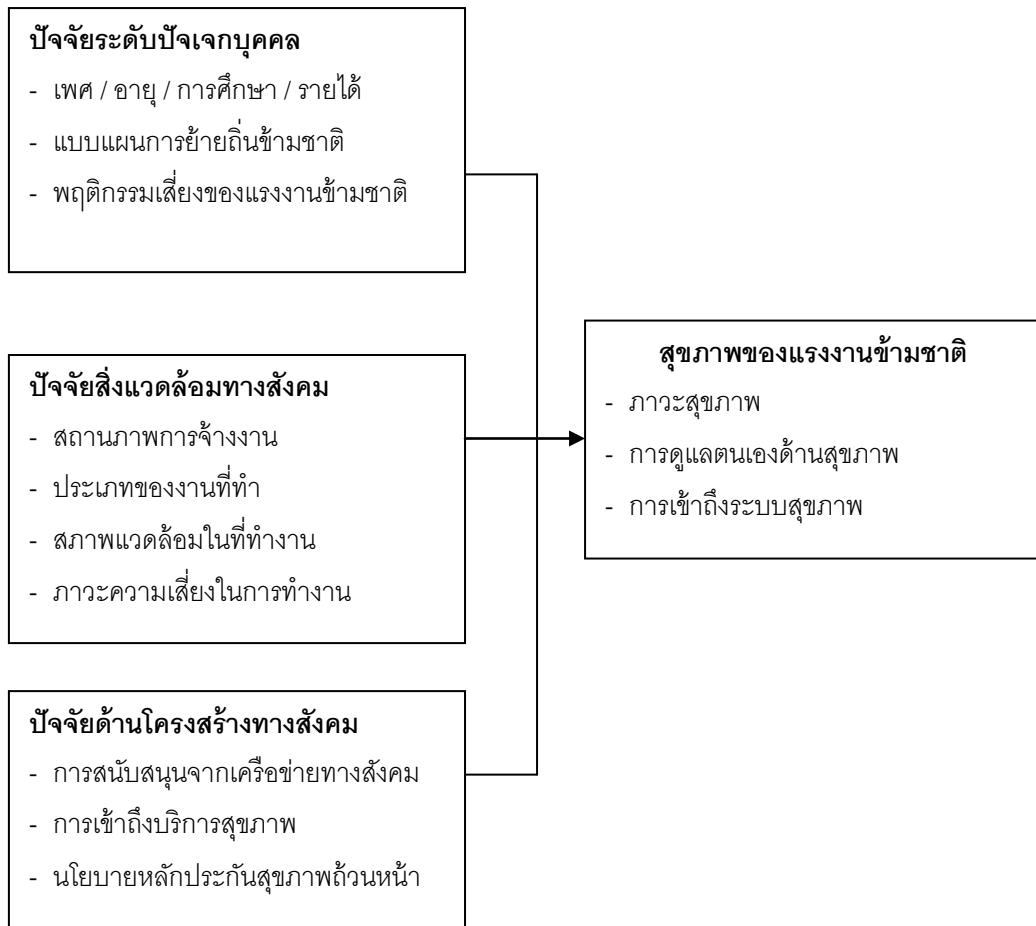
ดังนั้นตัวแปรด้านการเข้าถึงและใช้บริการในระบบสุขภาพตามนโยบายหลักประกันสุขภาพ จึงน่าจะบ่งชี้ถึงภาวะสุขภาพแรงงานได้ในระดับหนึ่ง ประกอบด้วยตัวชี้วัด (1) ความสามารถในการเข้าถึงและใช้บริการในระบบสุขภาพ (2) การดูแลสุขภาพด้วยการซื้อยากินเอง (3) ความเสมอภาคและเป็นธรรมในการบริการ และ (4) มาตรฐานการรักษาพยาบาลที่ควรจะได้รับตามสิทธิมนุษยชน

5. กรอบแนวคิดของการวิจัย

การอธิบายปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ ในการวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิด Issue-based Explanation (Bartley, 2004) แนวคิดนี้อธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยแต่ละตัวกับปัญหาสุขภาพที่จะเกิดขึ้นทั้งในระยะสั้นและระยะยาวโดยมีข้อมูลเชิงประจักษ์สนับสนุน ในกรณีของแรงงานข้ามชาติอธิบายได้ว่าภาวะสุขภาพของแรงงานข้ามชาติโดยเฉพาะแรงงานลาวนั้น มีปัจจัยทางสังคมที่กำหนดภาวะสุขภาพได้แก่ การศึกษา รายได้ สถานภาพการจ้างงาน ประเภทของงานที่ทำ สภาพแวดล้อมในที่ทำงาน ภาวะความเสี่ยงในการทำงาน แบบแผนการย้ายถิ่นข้ามชาติ การสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคม พฤติกรรมเสี่ยงของแรงงานข้ามชาติ การเข้าถึงบริการสุขภาพและนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การอธิบายปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพตามสภาพเงื่อนไขทางสังคมหรือปัจจัยทางสังคมแต่ละตัวที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ เมื่อแรงงานข้ามชาติออกมาทำงานนอกประเทศ ทำให้มีโอกาสใช้ชีวิตอิสระและขาดการควบคุมจากครอบครัว จึงมีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ เช่น การเสพยาเสพติด การเที่ยวกลางคืน การคบเพื่อนต่างเพศ เพราะแรงงานข้ามชาติส่วนมากเป็นวัยหนุ่มสาว ขณะเดียวกันแรงงานข้ามชาติส่วนหนึ่งจะมีเครือข่ายทางสังคมให้การสนับสนุนดูแลและช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพ

นอกจากนี้แรงงานข้ามชาติส่วนมากมีการศึกษาไม่มาก เป็นแรงงานข้ามชาติที่ไร้ทักษะฝีมือ ทำให้ต้องทำงานในประเภทงานที่ขาดความมั่นคงและมีความเสี่ยงต่อสุขภาพขณะทำงาน เมื่อมาใช้ชีวิตเป็นแรงงานทำให้มีผลต่อความรู้ความเข้าใจ และการปฏิบัติในการป้องกันตนเองให้ปลอดภัยขณะทำงาน ประกอบกับการเป็นแรงงานไร้ทักษะฝีมือ จึงทำให้ขาดอำนาจที่จะต่อรองด้านการคุ้มครองและสวัสดิการ ทำให้ต้องอยู่ในสภาพการทำงานที่ไม่มั่นคงและไม่ปลอดภัย ได้รับค่าจ้างต่ำจำเป็นต้องอยู่ในสภาพแวดล้อมที่พอกาศัยไม่เหมาะสม ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ แรงงานข้ามชาติ บางส่วนทำงานในภาคการผลิตที่ไม่ได้ให้ความสำคัญกับการคุ้มครองแรงงาน ทำให้ต้องใช้บริการสุขภาพพื้นฐานที่มีอยู่ทั่วไป ซึ่งมีข้อจำกัดทำให้ไม่สามารถเข้าถึงบริการหลักประกันสุขภาพ ดังนั้นการอธิบายถึงปัจจัยทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ จึงน่าจะมีปัจจัยทั้งระดับบุคคลคือตัวแรงงานข้ามชาติเอง และปัจจัยระดับโครงสร้างที่มีอยู่ในระบบสังคมได้แก่ ระบบสวัสดิการ ค่านิยม วัฒนธรรม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Townsend, Davidson and Whitehead (1986, อ้างใน Bartley, 2004: 64) ที่อธิบายภาวะสุขภาพด้วย

โมเดลทางพฤติกรรม/วัฒนธรรม (Behavioral/Cultural Explanation) ว่าปัจจัยทางสังคมระดับบุคคลทำให้มีวิธีการดำเนินชีวิตขาดความระวังจนนำไปสู่ภาวะความเสื่อมโทรมด้านสุขภาพ (ดังแผนภาพที่ 1)



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย