

บทที่ 2

องค์ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบของระบบการผลิตชุมชนต่อภาวะสุขภาพ

ผลผลิตในยุคทุนนิยม ผู้ผลิตต้องการผลิตเพื่อขายเป็นหลัก ทำให้ต้องมุ่งผลิตให้ได้จำนวนมาก และตอบสนองความต้องการของผู้บริโภค ในระบบการผลิตขนาดใหญ่ที่ดำเนินการในโรงงานอุตสาหกรรม มีโครงสร้างที่กำหนดคุ้มครองผู้ผลิตให้มีความปลอดภัย แต่ปัจจุบันผู้ผลิตต้องการลดต้นทุน จึงเชื่อมโยงการผลิตไปสู่ระดับครัวเรือนในชุมชน ทำให้การติดตามเฝ้าระวังหรือการให้ความคุ้มครองกับผู้ผลิตทำได้จำกัดมากขึ้น จนทำให้การผลิตบางประเภทส่งผลกระทบต่อสุขภาพของแรงงานผู้ผลิตและครอบครัว

ในการวิจัยนี้ คณะผู้วิจัยได้ทบทวนองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับระบบการผลิตที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของแรงงานในระดับชุมชน เพื่อใช้เป็นความรู้พื้นฐานในการพัฒนากรอบแนวคิดของการวิจัย ดังนี้

1. แนวคิดการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศกับแรงงานไทย
 - 1.1 นโยบาย การพัฒนาผลิตภัณฑ์ชุมชนสินค้าหนึ่งตำบลหนึ่งผลิตภัณฑ์: จากแนวคิดสู่ระบบการผลิตของชุมชน
 - 1.2 สถานการณ์แรงงาน สภาพการทำงานและภาวะสุขภาพของแรงงาน
2. การดูแลตนเอง และพฤติกรรมดูแลสุขภาพของแรงงาน
3. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของวัยแรงงาน
4. ผลกระทบจากการทำงานที่มีต่อแรงงาน
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. กรอบแนวคิดของการวิจัย (Conceptual Framework) และสมมุติฐานการวิจัย

1. แนวคิดการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศกับแรงงานไทย

นับตั้งแต่อดีต แรงงานนับได้ว่าเป็นพลังการขับเคลื่อนการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศให้เจริญก้าวหน้าตลอดจนสร้างผลผลิตมากมายให้แก่สังคม การกล่าวถึงแรงงานทั้งที่เป็นแรงงานในระบบหรือแรงงานนอกระบบจึงมีความเกี่ยวข้องกับการวางแผนพัฒนาเศรษฐกิจและการวางแผนพัฒนาประเทศไทยที่ผ่านมา ไม่ว่าจะโดยทางตรงหรือทางอ้อม การที่ไทยประสบความสำเร็จเป็นอย่างมากกับการพัฒนาประเทศในระยะแรกกับแนวคิดการพัฒนาประเทศที่เน้นการสร้างความสำเร็จเติบโตทางเศรษฐกิจและการพัฒนาภาคอุตสาหกรรม ตามทฤษฎีของ Harrod-Domar แต่ก็ได้ก่อให้เกิดปัญหาที่ตามมาหลายประการต่อสังคมไทย เช่น ปัญหาการย้ายถิ่นเข้าสู่เมือง ปัญหาสุขภาพแรงงาน เป็นต้น สืบเนื่องจากการขยายตัว

ของธุรกิจอุตสาหกรรม โรงงาน สถานประกอบการที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้แรงงานในภาคเกษตรกรรมหลังไหลเข้าสู่ภาคอุตสาหกรรมเป็นอันมาก เป็นที่น่าสนใจว่าการเปลี่ยนแปลงของแรงงานดังกล่าวในภาพรวมของประเทศเมื่อก้าวเข้าสู่ระบบทุน แรงงานถูกมองในฐานะปัจจัยการผลิตอย่างหนึ่งของระบบเท่านั้น ซึ่งแนวคิดการเน้นเรื่องทุน กำไร ทำให้แรงงานถูกมองว่าเป็นเพียงปัจจัยการผลิตที่ไม่มีคุณค่า (นิคม จันทรวีฑูร, 2544) กล่าวได้ว่าการพัฒนาที่ผ่านมาจึงยังมิได้ให้ความสำคัญกับแรงงาน หากมองการวางแผนพัฒนาประเทศที่ผ่านมาย่อมแสดงให้เห็นได้อย่างชัดเจนว่าเป็นการพัฒนาที่เน้นและให้ความสำคัญกับภาคอุตสาหกรรม ทั้งที่ประชากรส่วนใหญ่ของประเทศ ประกอบอาชีพเกษตรกรรม นอกจากนี้แล้วการวางแผนพัฒนาประเทศยังเป็นแบบรวมศูนย์อำนาจและความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจไว้ที่ส่วนกลาง ซึ่งได้ก่อให้เกิดการกระจายรายได้อย่างไม่เท่าเทียม และเกิดช่องว่างระหว่างคนรวยกับคนจนมากขึ้น สถานการณ์ของแรงงาน ณ ปัจจุบันจึงได้เปลี่ยนแปลงให้เห็นชัดเจนมากขึ้น

จากรายงานการศึกษาของ นิคม จันทรวีฑูร (2544) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับแรงงานไทยมาอย่างต่อเนื่องได้ สะท้อนสถานการณ์แรงงานไทยบนเส้นทางเศรษฐกิจของประเทศไว้ที่น่าสนใจ ว่าท่ามกลางความเติบโตของเศรษฐกิจ แรงงานในฐานะผู้ผลิต ผู้สนับสนุน กลับไม่ได้รับส่วนแบ่งที่เท่าเทียมกันในระบบ อย่างไรก็ตามประเทศก็เร่งรัดสร้างความสำเร็จเติบโตทางเศรษฐกิจตามแผนพัฒนาประเทศต่อไป เกษตรกรรมซึ่งเป็นรากฐานของประเทศจึงถูกละทิ้งไว้เบื้องหลังการพัฒนา นับตั้งแต่การประกาศใช้แผนพัฒนาฉบับที่ 1 ภาคการเกษตรที่เคยเติบโตเริ่มลดลง ขณะเดียวกันการลงทุนด้านอุตสาหกรรม หัตถอุตสาหกรรมกลับเติบโตขึ้นอย่างรวดเร็ว ไทยมีการส่งสินค้าออกด้านอุตสาหกรรมมากขึ้น ส่วนผลผลิตด้านการเกษตรลดลงจากเดิมมาก นอกจากนี้แล้วนโยบายเกี่ยวกับแรงงาน และกฎหมายคุ้มครองแรงงานก็ยังมีได้ครอบคลุม โดยเฉพาะในแรงงานนอกระบบ ดังที่รายงานการศึกษาฉบับดังกล่าวได้กล่าวไว้ เช่น ค่าใช้จ่ายเพื่อการช่วยเหลือสนับสนุนของกรมประชาสงเคราะห์คิดเป็นสัดส่วนที่ต่ำมากเมื่อเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายของประเทศในภาพรวม

เป็นที่น่าสนใจว่าในรายงานการศึกษาและเอกสารการวิจัยได้กล่าวถึงแนวโน้มการเคลื่อนย้ายของแรงงานชนบทเข้าสู่เมืองเพื่อเข้ามาทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมและงานในภาคบริการว่ามีความผันแปรสูงในช่วงการพัฒนาประเทศที่ผ่านมา แรงงานได้อพยพเข้ามาทำงานในกรุงเทพฯ ปริมาณสูงและตามเมืองใหญ่มากขึ้น อันเป็นผลพวงมาจากภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงภายใต้ระบบทุนนิยมและกระแสโลกาภิวัตน์ ที่มีอิทธิพลต่อวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของคนในสังคมให้ต้องดิ้นรนต่อสู้แสวงหารายได้ ให้มากขึ้นเพื่อความอยู่รอด

การที่แรงงานในภาคการเกษตรเข้าสู่ตลาดแรงงานในภาคอุตสาหกรรมมากขึ้นจึงมิใช่เรื่องแปลก เพราะประเทศได้วางแผนพัฒนาและกำหนดกรอบทิศทางโดยเน้นอุตสาหกรรม เมื่อการขยายตัวทางเศรษฐกิจเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ความต้องการแรงงานในการผลิตก็มากขึ้นนั่นเอง อุตสาหกรรมส่งออก อาทิ สิ่งทอ รองเท้า พลาสติก อิเล็กทรอนิกส์และอื่นๆ จึงดึงดูดแรงงานจากทั่วประเทศไทย โดยเฉพาะแรงงาน

ชนบทในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเข้ามาในกระบวนการผลิต กำลังแรงงานส่วนใหญ่ขาดทักษะฝีมือและมีการศึกษาน้อย โอกาสด้านรายได้และสวัสดิการจึงต่ำ

จากการทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการพัฒนาประเทศไทยที่ผ่านมา นับตั้งแต่เริ่มแผนพัฒนาประเทศไทยฉบับแรก การขยายตัวทางเศรษฐกิจและอุตสาหกรรมเป็นไปอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง การสร้างโรงงานอุตสาหกรรม การเพิ่มขึ้นของบรรษัทข้ามชาติ รวมถึงการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงแรงงานในภาคการเกษตรไปสู่แรงงานในภาคอุตสาหกรรม ไม่ว่าจะเป็นแรงงานในระบบหรือนอกระบบต่างก็ได้รับค่าจ้างต่ำและเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพ

อย่างไรก็ตาม เป็นที่น่าสนใจว่าแรงงานในแต่ละภูมิภาคที่เข้ามาทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม สัดส่วนของกำลังแรงงานเหล่านี้ล้วนแล้วแต่อยู่ในภาคการเกษตรเป็นหลัก เป็นผู้มีรายได้ต่ำ มีฐานะยากจน ขณะเดียวกันรายได้ต่อหัวต่อคนต่อปีของภาคอีสานต่ำที่สุด (นิคม จันทรวีฑูร, 2544)

อนึ่งการที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือหรือภาคอีสาน ซึ่งมีจำนวนแรงงานที่หลังไหลเข้าสู่ระบบการผลิตในภาคอุตสาหกรรมมาก สาเหตุที่ทำให้แรงงานเหล่านี้เคลื่อนเข้าสู่สังคมอุตสาหกรรมเพิ่มมากขึ้น ทั้งที่รายได้และสวัสดิการต่ำ อาจจะถูกกล่าวได้ว่าเป็นผลมาจากหลายปัจจัย เช่น ปัญหาในภาคการเกษตร การขยายตัวของโรงงานอุตสาหกรรม แนวโน้มการขยายตัวของความเป็นเมือง ตลอดจนการต้องพึ่งพิงปัจจัยภายนอกมากขึ้น ทำให้กำลังแรงงานที่อยู่ในภาคเกษตรหลังเสร็จสิ้นฤดูกาลเก็บเกี่ยว พวกเขามักอพยพเข้ามารับจ้างในโรงงาน ทำงานก่อสร้าง หรือเป็นแรงงานนอกระบบรับงานเป็นชิ้นๆ มาทำที่บ้านเพิ่มมากขึ้น ซึ่งนอกจากนี้ในปัจจุบันปัจจัยด้านการลงทุนและนโยบายของประเทศไทย อันได้แก่ นโยบายการผลิตสินค้าส่งออก นโยบายการกระจายรายได้สู่ชนบท นโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิต และนโยบายลดความขัดแย้งในเมืองหลวงโดยระงับการเคลื่อนย้ายของประชากรในวัยแรงงานเข้ามา ส่งผลให้เกิดโรงงานขนาดเล็ก ขนาดกลาง เกิดขึ้นและขยายตัวไปยังภูมิภาคอื่นๆ ในประเทศ ซึ่งอาจจะเป็นทางออกที่ดีสำหรับการลดปัญหาการเคลื่อนย้ายแรงงาน แต่ในทางกลับกันอุตสาหกรรมขนาดย่อม ขนาดกลางเหล่านี้ อาจจะไม่ได้มาตรฐานและไม่ได้ขึ้นทะเบียนโรงงาน ที่ตั้งและสภาพการทำงานไม่เหมาะสมทั้งต่อสุขภาพของคนงานและสิ่งแวดล้อมชุมชน เนื่องจากเจ้าของหรือผู้ประกอบการอุตสาหกรรมก็ถูกชักนำจากกระแสเศรษฐกิจและระบบทุนนิยม ให้เบี่ยงเบนความสนใจไปจากสุขภาพคนงาน ความปลอดภัยในการทำงาน เพื่อลดต้นทุนการผลิต (บัณฑิตย์ ธนชัยเศรษฐวุฒิ, 2538)

อาจกล่าวได้ว่าแนวคิดการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศยังไม่ได้กำหนดกรอบในการพัฒนาที่เอื้อต่อแรงงานได้อย่างครอบคลุม ทั้งในด้านนโยบายและกฎหมายที่คุ้มครองแรงงานเพราะการขยายตัวของสถานประกอบการ โรงงานอุตสาหกรรมเกิดขึ้นจำนวนมากและขยายอย่างรวดเร็วมีทั้งที่เข้าไปตั้งหรืออยู่ใกล้กับชุมชน ซึ่งสถานประกอบการอุตสาหกรรมเหล่านี้ได้ดูดซับเอาแรงงานเข้าไปอยู่ในฐานการผลิตจำนวนมาก ดังนั้นจึงควรทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับนโยบายแรงงานและสุขภาพของแรงงาน ตลอดจน

สภาพแวดล้อมและผลกระทบจากการผลิต ซึ่งจะเป็นความรู้พื้นฐานที่จะใช้ในการวิเคราะห์ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นและนำไปสู่การพัฒนากรอบแนวคิดวิจัยต่อไป

1.1 นโยบาย การพัฒนาผลิตภัณฑ์ชุมชนสินค้าหนึ่งตำบลหนึ่งผลิตภัณฑ์ :

จากแนวคิดสู่ระบบการผลิตของชุมชน

แนวคิดหนึ่งตำบล หนึ่งผลิตภัณฑ์ เริ่มที่จังหวัดโออิตะ (Oita Prefecture) ประเทศญี่ปุ่น เมื่อ พ.ศ. 2522 โดยการริเริ่มของผู้ว่าราชการจังหวัดชื่อ Mr.Morihiko Hiramastu ที่พบว่า ท้องถิ่นกำลังขาดแคลนประชากรวัยหนุ่มสาวเพราะประชากรส่วนใหญ่มักไปทำงานในเมืองหลวงที่เป็นศูนย์กลางทางเศรษฐกิจจึงคิดโครงการหนึ่งหมู่บ้านหนึ่งผลิตภัณฑ์ (One village One Product) (http://www.thapra.lib.su.ac.th/objects/thesis/fulltext/snamcn/Paichit_Kongkaew/Chapter2.pdf สืบค้นวันที่ 21 สิงหาคม 2551) เมื่อยุคที่ พ.ต.ท.ดร.ทักษิณ ชินวัตร เป็นนายกรัฐมนตรี ได้นำแนวคิดดังกล่าวมาใช้ในประเทศไทย หากมองย้อนกลับไปในช่วงที่เกิดแนวคิดนี้ขึ้น ตั้งแต่ที่ไทยรับเอาแนวคิด หนึ่งตำบลหนึ่งผลิตภัณฑ์ เป็นช่วงที่ญี่ปุ่นมีการขยายตัวด้านเศรษฐกิจดีมาก และเข้ามาถึงยุคการรักษาระดับที่ทรงตัวเมื่อมีการขยายตัวทางเศรษฐกิจ แนวความคิดหลักของหนึ่งตำบลหนึ่งผลิตภัณฑ์ คือ การใช้ปัจจัยภายในอย่างเต็มที่ ทำอะไรด้วยตนเอง คิดเอง สร้างผลิตภัณฑ์ที่เป็นสัญลักษณ์ของท้องถิ่น หรือชุมชนตนเองเอาของที่มีอยู่เดิมซึ่งดีอยู่แล้วมาพัฒนาให้ดีขึ้น และอยู่บนพื้นฐานความคิด 3 ประการ ได้แก่ ภูมิปัญญาท้องถิ่นสู่สากล พึ่งตนเองและคิดอย่างสร้างสรรค์และการพัฒนาทรัพยากรบุคคล

ความสำเร็จของโครงการหนึ่งหมู่บ้านหนึ่งผลิตภัณฑ์ (One village One Product) ของเมืองโออิตะ ได้วิเคราะห์กระบวนการความคิดโครงการดังกล่าวว่าผลิตภัณฑ์ของโออิตะ สำเร็จได้ด้วยเกิดจากการพัฒนาที่ใช้เวลา ใช้ความเป็นชาตินิยมในสายเลือด ความมีระเบียบวินัยสูงในการดำรงชีวิต และใช้ชีวิตจนเกิดรูปแบบความสำเร็จที่เป็นรูปธรรม ซึ่งหากประเทศไทยจะนำแนวคิดดังกล่าวมาใช้ จะต้องมีการปรับกระบวนการให้สอดคล้องกับวัฒนธรรม วิถีชีวิต เอกลักษณ์ของแต่ละชุมชน โดยการพัฒนาจากฐานศักยภาพด้านภูมิปัญญา ซึ่งได้แก่ ความรู้ ค่านิยม อุดมการณ์ หรือบรรทัดฐานทางสังคม ผสมกับทรัพยากรในท้องถิ่นของชุมชน

แนวทางการพัฒนาท้องถิ่นในชนบทโดยใช้แนวคิดและการดำเนินงานโครงการหนึ่งตำบลหนึ่งผลิตภัณฑ์ที่เกิดขึ้น เป็นแนวคิดที่เน้นการสร้างรายได้จากผลิตภัณฑ์แต่ละหมู่บ้าน ดังนั้นผู้ที่เกี่ยวข้องจะต้องอุทิศพลังงาน ความคิดสร้างสรรค์ ความปรารถนาที่จะใช้ทรัพยากรที่พบได้ในท้องถิ่นเป็นหลัก

การที่ประชากรพากันอพยพจะเข้าไปทำงานในเมืองหลวง ทำให้เกิดปัญหาความหนาแน่นของประชากร สาเหตุการอพยพก็คือ เนื่องจากเมืองหลวงเป็นศูนย์กลางเศรษฐกิจและเป็นแหล่งที่รวมข้อมูลข่าวสาร ซึ่งปัญหาที่พบตามมาก็คือจำนวนประชากรในชนบทลดลง มีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น เนื่องจากคนหนุ่มสาวเข้าไปทำงานในเมืองหลวง ดังนั้นจึงหาแนวทางเพื่อมากระตุ้นสภาวะเศรษฐกิจ 2 วิธี ได้แก่ จาก

ปัจจัยภายนอก คือ การดึงเอาบริษัทขนาดใหญ่ที่มีฐานะการเงินดีมาลงทุนในชนบทหรือขยายไปตามภูมิภาค สำหรับปัจจัยภายในคือ การส่งเสริมให้ประชากรที่อยู่ในท้องถิ่นนั้นๆ ได้มีการสร้างงาน สร้างธุรกิจ ทำงานเพื่อที่จะหารายได้ จากแนวคิดดังกล่าวนี้เองที่ทำให้ระบบการผลิตขยายไปยังชุมชนในชนบท และเกิดระบบการผลิตแบบใหม่ในชุมชน ซึ่งที่ผ่านมากการดำเนินงานตามโครงการดังกล่าวได้ดึงแรงงานในภาคชนบทไว้ในพื้นที่บางส่วน เพื่อสกัดกั้นมิให้เกิดการอพยพเคลื่อนย้ายเข้าไปทำงานตามเมืองใหญ่ๆ หลายกลุ่มประสบความสำเร็จ และหลายกลุ่มก็ไม่สามารถพึ่งพิงตนเองได้และต้องล้มเหลวกับการจัดตั้งกลุ่มด้วยนโยบายดังกล่าวเน้นการสร้างผลิตภัณฑ์ ขณะที่ในด้านคุณภาพและการบริหารจัดการกลุ่มยังขาดองค์ประกอบที่สำคัญที่จะทำให้ชาวบ้านสามารถพึ่งพิงตนเองได้ รวมถึงความไม่แน่นอนของการมีตลาดรองรับ อย่างไรก็ตามนโยบายหนึ่งตำบลหนึ่งผลิตภัณฑ์ ได้ส่งผลให้เกิดระบบการผลิตในรูปแบบใหม่ในชุมชน เช่น การทอผ้าพื้นบ้านของชาวชนบทในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ การทอผ้าของผู้หญิงอีสาน นับตั้งแต่ยุคเริ่มแรกจนถึงปัจจุบัน ถูกกำหนดให้เป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมการผลิต การจำหน่ายจ่ายแจก และการบริโภคของระบบเศรษฐกิจในหมู่บ้าน ชาวบ้านใช้ผ้าเป็นตัวกำหนดคุณค่าทั้งที่เป็นตัวเงินและไม่เป็นตัวเงิน และสะท้อนบทบาทวิถีชีวิตด้านสังคมวัฒนธรรมของชุมชน ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของสุริยาสมุทคุปต์ และคณะ (2537) เรื่อง แม่หญิงดำหูก: ผู้หญิงในสังคมวัฒนธรรมของชุมชนชนบทอีสาน โดยผลการวิจัยได้พยายามตีความหมายและเข้าใจ การทอผ้าและวิถีชีวิตของผู้หญิงอีสานผ่านแง่มุมและมิติทางสังคมวัฒนธรรม รวมทั้งสภาพแวดล้อม แต่นโยบายหนึ่งตำบลหนึ่งผลิตภัณฑ์ส่งเสริมให้สตรีทอผ้าเพื่อเพิ่มพูนรายได้ โดยมุ่งเน้นทางด้านเศรษฐกิจ ซึ่งมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของระบบเศรษฐกิจของชุมชน สังคม วัฒนธรรม และสภาพแวดล้อมทางธรรมชาติของชุมชน

ในด้านปัญหาสุขภาพที่เกิดจากระบบการผลิตในงานหนึ่งตำบลหนึ่งผลิตภัณฑ์ ที่ผ่านมารัฐยังไม่ได้ให้ความสำคัญกับประเด็นนี้ แต่มีนักวิชาการและนักวิจัยบางท่านที่ได้ทำการศึกษาแรงงานในกลุ่มนี้ เช่น งานวิจัยของ วิญญู ทรัพย์จันทร์ และคณะ (2540) ที่พบว่าสตรีที่ทอผ้ามีลักษณะการทำงานที่ต้องใช้เท้าเหยียบกีด้านล่าง แขนสองข้างต้องจับกระทู้ก็เพื่อทอเส้นไหม ประกอบกับการทำงานที่ต้องใช้เวลา จึงทำให้มีอาการปวดเมื่อยตามแขนและขา บางครั้งมีอาการร้อนวูบวาบเพราะต้องกดกระทู้กับที่ตลอดเวลา นอกจากนี้ยังมีอาการปวดท้องน้อย อ่อนเพลียจากการทำงาน และนั่งนาน เป็นต้น

สรุปได้ว่า นโยบายสินค้าหนึ่งตำบลหนึ่งผลิตภัณฑ์ เป็นแนวคิดที่มีอิทธิพลต่อระบบการผลิตของชุมชนที่เกิดขึ้นในปัจจุบันเป็นอันมาก แต่จากนโยบายที่ผ่านมาในด้านการประเมินผลกระทบทางด้านสุขภาพที่เกิดจากการทำงานตามการดำเนินโครงการหนึ่งตำบลหนึ่งผลิตภัณฑ์ยังไม่เป็นที่ชัดเจนมากนัก หน่วยงานหรือองค์กรภาครัฐมุ่งเน้นส่งเสริมเฉพาะการสร้างผลิตภัณฑ์ให้เกิดขึ้น แต่ในด้านภาวะสุขภาพของแรงงานที่เข้าสู่ระบบการผลิตนี้รัฐยังไม่ได้ให้ความสำคัญหรือทำการศึกษาผลกระทบที่จะเกิดขึ้น

1.2 สถานการณ์แรงงาน สภาพการทำงาน และภาวะสุขภาพของแรงงาน

เนื่องจากการที่แรงงานในภาคการเกษตรไม่สามารถพึ่งพิงรายได้จากการทำการเพาะปลูกได้เหมือนเช่นในอดีต แม้ว่าแรงงานจะมีการเปลี่ยนแปลงลักษณะการทำเกษตรกรรมจากการผลิตเพื่อการบริโภคมาเป็นเพื่อขายเพิ่มมากขึ้น แต่ในปัจจุบันความจำเป็นด้านรายจ่ายสูงขึ้นเพื่อความอยู่รอดทำให้แรงงานจำนวนมากต้องปรับตัวด้วยการออกจากชุมชนของตนเพื่อแสวงหารายได้นอกภาคการเกษตร การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนี้อาจมีทั้งการขาดแคลนแรงงานในภาคการเกษตร ปัญหาการขาดแคลนน้ำและที่ดินสำหรับการเพาะปลูก (เบญญา จิรภัทรพิมล, 2542) รวมถึงการเปลี่ยนแปลงด้านสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม และการพัฒนาประเทศไทยได้ทำให้แรงงานจำนวนไม่น้อยต้องหันหน้าเข้าสู่ภาคอุตสาหกรรม

จากรายงานการวิจัยเรื่องแรงงานและการเคลื่อนย้ายแรงงานของภาคอีสาน (ปริดา ประพฤติชอบ และคณะ, 2536) ที่ศึกษาในจังหวัดขอนแก่นและจังหวัดสกลนคร พบว่า โครงสร้างอาชีพของประชากรในชุมชนอีสานได้เปลี่ยนไปจากเดิม จากประชากรที่อยู่ในวัยแรงงานทั้งหมด พบว่า ประมาณร้อยละ 35 เป็นประชากรที่ไม่ได้ทำการเกษตรเลย และในส่วนที่ทำการเกษตรก็มีประชากร ร้อยละ 18.7 ที่มีอาชีพนอกภาคเกษตรด้วย แรงงานนอกภาคเกษตร คือ มีทั้งแรงงานที่อพยพออกไปขายแรงงานต่างถิ่นส่วนหนึ่ง และแรงงานที่มีลักษณะทำงานแบบไปเช้าเย็นกลับในเมือง นอกจากนี้สถานการณ์แรงงานและทักษะของแรงงานในชนบทของจังหวัดขอนแก่น ยังสามารถแบ่งการเคลื่อนย้ายออกได้เป็น 3 ประเภท คือ 1) การไปเช้าเย็นกลับ เป็นการไปทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม คณงานก่อสร้าง งานบริการในโรงงาน 2) การไปทำงานต่างถิ่น เป็นลักษณะการทำงานอย่างประจำ มีทั้งการไปอยู่ถาวรและแบบชั่วคราวตามฤดูกาล คนที่ไปอยู่ประจำ ส่วนใหญ่เป็นแรงงานวัยหนุ่มสาว ส่วนคนที่มีครอบครัวแล้วจะไปเฉพาะช่วงที่ว่างจากการทำงานในภาคเกษตร และ3)การไปทำงานต่างประเทศ ในปัจจุบันมีทั้งผู้หญิงและผู้ชาย เหตุผลของการออกไปทำงานต่างถิ่นที่สำคัญที่สุดคือ ต้องการหารายได้เพิ่ม คิดเป็นร้อยละ 35.9 ต้องการมีงานทำ ร้อยละ 19.4 เพื่อนหรือญาติชักชวนไป ร้อยละ 14.3 และไม่มีการทำงานในท้องถิ่น ร้อยละ 11.1 (วีระ ภาคอุทัย และคณะ, 2537) สถานการณ์ของการเปลี่ยนแปลงลักษณะการทำงานของแรงงานย่อมส่งผลกระทบต่อสภาพวิถีชีวิตความเป็นอยู่ สภาพการทำงานของแรงงานทั้งทางด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต และสภาพแวดล้อมของสังคม ชุมชน ซึ่งการประมวลสถานการณ์ ข้อมูลในประเด็นนี้จะทำให้เราสามารถอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างชัดเจนและเห็นภาพการไหลเข้าสู่การเป็นแรงงานนอกระบบและการกลับคืนถิ่นเข้ามาทำงานในระบบการผลิตของชุมชนแต่อยู่นอกภาคการเกษตร

อย่างไรก็ตาม จากเหตุผลหลายๆ ประการที่กล่าวมา และความต้องการมีรายได้เพิ่มขึ้นของแรงงานที่อยู่ในภาคการเกษตรของประเทศ ซึ่งมีรายได้ค่อนข้างต่ำ ความไม่แน่นอนของราคาผลผลิตปัญหาน้ำกับการเปลี่ยนแปลงทางธรรมชาติ การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของสังคม จึงเป็นเหตุให้แรงงานต้องแสวงหางานเพื่อการดำรงชีวิตที่ดีกว่า โดยอพยพแรงงานจากภาคเกษตรกรรมไปสู่ภาคอุตสาหกรรมหรือภาคบริการมากยิ่งขึ้น

จากตัวเลขข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติที่ทำการสำรวจแรงงานนอกระบบ ปีพ.ศ.2548 พบว่า จำนวนประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป 50.0 ล้านคน เป็นผู้มีงานทำ 36.3 ล้านคน ในจำนวนนี้มีผู้มีงานทำเป็นผู้ที่อยู่ในแรงงานในระบบ 13.8 ล้านคน ขณะที่แรงงานนอกระบบมีมากถึง 22.5 ล้านคน กรุงเทพมหานครมีผู้ทำงาน 3.8 ล้านคน ทำงานในระบบมากที่สุด 2.7 ล้านคน หรือร้อยละ 70.8 แรงงานนอกระบบ 1.1 ล้านคน เมื่อเปรียบเทียบแรงงานนอกระบบ พบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีแรงงานในระบบน้อยที่สุดคือ 2.3 ล้านคน หรือร้อยละ 19.5 และเป็นที่น่าสังเกตว่าส่วนใหญ่เป็นแรงงานนอกระบบ 9.5 ล้านหรือร้อยละ 80.5 ในด้านระดับการศึกษาแรงงานนอกระบบส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นและต่ำกว่า ข้อมูลที่สำคัญมากประการหนึ่งในการสำรวจครั้งนี้คือ แรงงานนอกระบบที่เคยได้รับบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุ จากจำนวนแรงงานนอกระบบ 22.5 ล้านคน มีผู้ไม่เคยได้รับบาดเจ็บหรือได้รับอุบัติเหตุ 19.7 ล้านคน เคยได้รับบาดเจ็บหรือได้รับอุบัติเหตุมีจำนวน 2.9 ล้านคน โดยเป็นผู้ถูกของมีคมบาดมากที่สุด 1.8 ล้านคน รองลงมาได้แก่ การพลัดตกหกล้ม 4 แสนคน ได้รับอุบัติเหตุจากยานพาหนะประมาณ 2 แสนคน ไฟน้ำร้อน 9 หมื่นคน การชนและการกระแทก 9 หมื่นคน และได้รับสารเคมี 7 หมื่นคน ตามลำดับ

จากการสำรวจการรับงานมาทำที่บ้าน พ.ศ.2548 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่าปี 2543 ได้แบ่งผู้รับงานไปทำที่บ้านเป็น 3 ประเภท คือ 1. ผู้รับงานด้วยตนเอง (Contract worker) 2. ผู้ช่วยผู้รับงาน (unpaid home worker) 3. ผู้รับช่วงเหมางาน (Subcontractor) ในกลุ่มผู้รับงานมาทำที่บ้านทั้ง 3 กลุ่มส่วนใหญ่เป็นแรงงานที่มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาและต่ำกว่า เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และอยู่ในกลุ่มอายุ 30-39 ปีมากที่สุด นอกจากนี้จากสถิติผู้ที่รับงานมาทำที่บ้าน จำแนกตามอุตสาหกรรมและภาค พบว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือส่วนใหญ่อยู่ในประเภทการผลิตเสื้อผ้าและสิ่งทอมากที่สุด

งานหัตถกรรม อุตสาหกรรมในภาคเศรษฐกิจนอกระบบส่วนใหญ่เป็นงานที่แรงงานรับไปทำที่บ้านก็มีหลากหลายประเภท (กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน, 2536) เช่น งานทอผ้า งานเย็บเสื้อผ้าสำเร็จรูป งานเย็บชิ้นส่วนรองเท้า งานแหวน งานเจียรไนพลอย งานผลิตภัณฑ์ทำจากทองเหลือง งานแกะสลัก งานจักสาน งานศิลปะประดิษฐ์ และ งานถนอมและแปรรูปอาหาร เป็นต้น จากประเภทงานที่แตกต่างกันออกไปอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้รับงานไปทำที่บ้านได้

กรณีตัวอย่างจากงานวิจัยหลายชิ้นที่เกี่ยวข้องกับสภาพการทำงานและภาวะสุขภาพของแรงงานในงานบางประเภทที่ถูกนำมากล่าวให้เห็นสภาพการทำงานของแรงงานและปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น อาทิ เช่น งานถนอมอาหาร เช่น การแปรรูปถนอมผักผลไม้ ทำอาหารและส่วนประกอบอาหาร ทำขนม การทำหม้อไม้ดอง การทำกระเทียมดอง เป็นต้น การรับงานมีทั้งการทำเป็นครัวเรือนหรือมีการรวมกันเป็นกลุ่ม เช่น กลุ่มแม่บ้าน สถานที่ในการทำงานเป็นศูนย์ชุมชน บ้านของแรงงานซึ่งก็มักจะใช้ได้ถุนบ้าน เวลาการทำงานไม่แน่นอนมักขึ้นอยู่กับคำสั่งงานของผู้ว่าจ้างโดยผลกระทบต่อสุขภาพในงานประเภทนี้ ส่วนมากเป็นผลสืบเนื่องจากสภาพแวดล้อมในการทำงาน เช่น อากาศไม่บริสุทธิ์ แสงสว่างไม่เพียงพอ สถานที่

ทำงานไม่เหมาะสม กลิ่นไม่บริสุทธิ์ เป็นต้น อาการของปัญหาสุขภาพคือ ปวดหัว ปวดตา ปวดเมื่อยร่างกาย (Pongsapich, 1992) จากการศึกษาของชฤทธิ มีสิทธิ์ และสิทธิศักดิ์ สามสี (2542) เกี่ยวกับการผลิตผลิตภัณฑ์แปรรูปอาหารเช่น กระเทียมดอง ผลไม้แช่อิ่มในกลุ่มแม่บ้าน อำเภอคลองสะแกต จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ไอระเหยจากน้ำกระเทียมดองทำให้มีอาการแสบตาและจมูกต้องใส่ผ้าปิดจมูก นอกจากนี้ขณะปอกเปลือกกระเทียม ชาวบ้านโดยส่วนใหญ่ไม่สวมถุงมือ ทำให้มือเป็นแผล และเน่าเปื่อย หลายรายเป็นเชื้อรา หายยากมาก แต่กลุ่มก็มีได้ดูแลหรือจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้ผู้รับงานที่เจ็บป่วยใดๆ เลย

สำหรับตัวอย่างด้านงานเย็บเสื้อผ้าสำเร็จรูป หรือเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า งานเย็บผ้าโหล เป็นงานที่แรงงานรับมาจากหัวหน้ากลุ่ม หรือรับช่วงมาจากผู้รับเหมาต่อมาจากโรงงานโดยตัดผ้าเป็นชิ้นแล้ว ซึ่งมั้งไปเย็บที่บ้านผู้รับเหมาและรับมาเย็บที่บ้านตัวเอง (เบญญา จิรภัทรพิมล, 2538) ลักษณะงานที่ทำจะแตกต่างออกไป เช่น เย็บประกอบเป็นตัวเสื้อ เย็บตัวกระโปรง ใส่zip ตีเกล็ด เป็นต้น อุปกรณ์ที่ใช้ได้แก่ จักรเย็บจักรอุตสาหกรรม จักรแฮกิม (จักรพุ่ง) เตารีดผ้า ตีเกล็ด วัสดุอื่นๆ ในการผลิต เช่น ด้าย กระดุม ผ้ายกาว ตะขอ เป็นต้น (วิยุทธ์ จำรัสพันธุ์ และคณะ, 2540) ส่วนใหญ่สตรีจะเป็นผู้รับงานมาทำคนเดียว สมาชิกในครัวเรือนจะช่วยบ้างไม่มากนัก เช่น สามีอาจจะช่วยเย็บ หรือแม่อาจจะช่วยสอย โดยเฉลี่ยทำงานประมาณ 11.6 ชั่วโมงต่อวัน โดยไม่มีเวลาพักที่แน่นอน ขึ้นอยู่กับว่าช่วงงานเร่งมากหรือน้อย ถ้างานเร่งมากๆ อาจทำงานนานถึง 15 ชั่วโมงต่อวัน โดยเฉลี่ยทำงานประมาณ 25-28 วันต่อเดือน การฝึกทักษะส่วนใหญ่สตรีที่รับงานมักเคยมีประสบการณ์การเย็บผ้ามาก่อน

นอกจากนี้แล้วงานเย็บชิ้นส่วนรองทำเป็นงานอุตสาหกรรมอีกประเภทหนึ่งที่ทางโรงงานได้มีการขยายการทำงานมาให้ทำตามบ้านทั้งในเมือง (ทวีสิทธิ์ บุญธรรม, 2546) และในชนบท (วิยุทธ์ จำรัสพันธุ์ และคณะ, 2540) ทั้งนี้เพราะมีงานล้นมือและหาคนทำงานยาก โดยในชนบทนั้นระยะแรกเจ้าของโรงงานจะนำจักรเย็บหนังมาให้ แต่ในระยะต่อมาสมาชิกผู้รับงานจะต้องจัดหาจักรอุตสาหกรรมมาเองรวมทั้งอุปกรณ์อื่นๆ เช่น กรรไกรตัดหนัง กรรไกรตัดด้าย ด้ายเย็บ เป็นต้น การทำงานในงานประเภทนี้ใช้เวลาทำงาน 10.6 ชั่วโมงต่อวัน ผลกระทบด้านสุขภาพ ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยเป็นผลจากการนั่งทำงานค่อนข้างยาวนานได้แก่ อาการปวดเมื่อยตามร่างกาย ปวดแขน ปวดขา ปวดเอว ปวดหลัง ปวดไหล่ (ทวีสิทธิ์ บุญธรรม, 2546; วิยุทธ์ จำรัสพันธุ์ และคณะ, 2540; ชฤทธิ มีสิทธิ์ และสิทธิศักดิ์ สามสี, 2542) นอกจากนี้แล้วยังมีอาการแพ้ แสบตา เป็นผื่นคัน หายใจไม่ออก เนื่องจากกลิ่นกาวที่ใช้ทำรองเท้า ทำให้ปวดศีรษะ บางรายเกิดอาการเครียด ปวดศีรษะอย่างแรง ต้องหยุดทำงาน (ทวีสิทธิ์ บุญธรรม, 2546)

ตัวอย่างงานการศึกษาเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของแรงงานในระบบการผลิต อาทิเช่น การทอผ้ากับสุขภาพของบุคคลที่ทำงานทอผ้าในโรงงานอุตสาหกรรมของ อนงค์ หาญสกุล (2546) พบว่า แรงงานมีปัญหาความเมื่อยล้ากล้ามเนื้อ บริเวณที่ปวดเมื่อยมากที่สุดคือ บริเวณเอว ไหล่ คอ แขนท่อนบน เท้าและข้อเท้าตามลำดับ บริเวณคอมีอาการปวดเมื่อยตลอดเวลาจนต้องใส่ยาแก้ปวดมากที่สุด รองลงมาคือต้นขาและน่อง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ วิยุทธ์ จำรัสพันธุ์ และคณะ (2540) ที่กล่าวมา

ดังนั้นงานทอผ้าเป็นงานอุตสาหกรรมที่มีการรับงานไปทำที่บ้านทั้งในเมืองและในหมู่บ้านชนบทมากในปัจจุบัน ซึ่งมีมากมายหลายชนิดและหลายรูปแบบ ได้แก่ การทอผ้าไหม การทอผ้าฝ้าย การทอผ้ามัดหมี่ และผลิตภัณฑ์หลายๆชนิด จากผ้าทอ เช่น เสื้อผ้าไหม ผ้าคลุมเตียง ผ้าขาวม้า และย่าม เป็นต้น งานทอผ้ามีขั้นตอนทำงานตั้งแต่ระบบย้อมผ้า ปั่นไหมเข้าหลอดสำหรับทอ สาวไหม เก็บตะกรอ และการทอ ผู้ทอจะต้องมีอุปกรณ์ที่สำคัญคือ กี่กระตุก ไนและกง สำหรับปั่นด้าย (วิญญู ทรัพย์ และคณะ, 2540) การทำงานมักจะเริ่มตั้งแต่เช้า หยุดพักรับประทานอาหารกลางวันและอาหารเย็น นอกจากนั้นจะทำงานต่อโดยเฉลี่ย ทำงานวันละ 9.5 ชั่วโมงในงานทอผ้ามัดหมี่ และ 7.1 ชั่วโมงในงานทอผ้าไหม ส่วนมากทำงานทุกวันไม่มีวันหยุด ยกเว้นติดธุระ หรือต้องทำงานอื่นๆ เช่น ทำนา ทำสวน เป็นต้น สถานที่ทำงานส่วนใหญ่ใช้ใต้ถุนบ้านของตนเอง การเรียนรู้และฝึกทักษะนั้นได้รับการถ่ายทอดมาจาก บิดา มารดา ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้านในชุมชน (วิญญู ทรัพย์ และคณะ, 2540)

นอกจากนี้ผลกระทบของงานการผลิตนอกระบบ กรณีตัวอย่างงานทอผ้าต่อสุขภาพของแรงงานและสิ่งแวดล้อม สืบเนื่องจากการย้อมสีเส้นใยฝ้ายจะใช้สีที่เป็นสีย้อมเคมี และสีธรรมชาติ แต่ส่วนมากก็จะเป็นสีเคมี (โครงการศึกษาและพัฒนาผู้รับงานไปทำที่บ้านภาคเหนือ, 2542; วิญญู ทรัพย์ และคณะ, 2540) สีเคมีที่นำมาใช้ล้วนเป็นสีที่มีโลหะหนักผสมอยู่และย่อยสลายไม่ได้ตามธรรมชาติจึงมีสารพิษตกค้างอยู่ในผ้า ซึ่งเป็นเหตุให้เกิดอาการแพ้ที่ผิวหนังระคายเคืองต่อดวงตา และทางเดินหายใจจนถึงขั้นเจ็บป่วย ทั้งระหว่างการย้อมและหลังย้อม นอกจากนี้หลังจากการย้อมสีเคมีแล้ว ผู้ย้อมมักจะนำน้ำสีที่ย้อมแล้วทิ้งลงดินสาดเทไปตามบริเวณที่ใกล้เคียง ไม่มีระบบบำบัดน้ำเสียก่อนที่จะปล่อยลงดินเป็นเหตุให้เกิดปัญหามลพิษซึ่งมีผลทางอ้อมต่อสุขภาพของคนในชุมชนนั้น (สมยศ สุภาพรเหมินทร์, 2544) จากการตรวจสุขภาพของสตรีกลุ่มทอผ้าบ้านตาลของโครงการศึกษาและพัฒนาผู้รับงานไปทำที่บ้านภาคเหนือ (2542) 40 คนพบสารพิษในร่างกายสตรีจำนวน 2 คน

จากลักษณะและสภาพการทำงานในงานลักษณะต่างๆ ที่ยกตัวอย่างมานั้นมีผลต่อภาวะสุขภาพของแรงงานเป็นอันมาก ซึ่งจากการศึกษาข้อมูลจากเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวกับการทำงานนอกระบบที่แรงงานรับงานไปที่บ้าน การเข้าไปทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมใกล้หมู่บ้าน หรือแม้แต่การทำงานหัตถกรรม อุตสาหกรรมขนาดย่อม เช่น การผลิตสินค้าหนึ่งตำบลหนึ่งผลิตภัณฑ์ในชุมชน ล้วนแล้วแต่ส่งผลกระทบต่อแรงงานทั้งทางด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต และจะเกิดปัญหาสุขภาพในระยะยาว ภาพการทำงานที่ซ้ำซาก การเพ่งมองชิ้นงานนานๆ การเร่งรีบทำงานแข่งกับเวลา การเร่งทำชิ้นงานให้ได้มากเพื่อเพิ่มจำนวนรายได้เหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของแรงงานและสมาชิกในครอบครัวด้วย

จากสถานการณ์แรงงานที่ออกจากภาคการเกษตร และเข้าสู่งานการผลิตนอกระบบหรือในภาคอุตสาหกรรมที่กล่าวมา สถานการณ์ดังกล่าวมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งในด้านสภาพการทำงาน วิถีชีวิตของแรงงานและผลกระทบจากการผลิตที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ ก็ยังเป็นปัญหาสำคัญที่จะต้องพิจารณาและศึกษาวิจัยเพื่อหาแนวทางในการคุ้มครองแรงงาน และป้องกันปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นกับแรงงานใน

ระบบการผลิต อย่างไรก็ตามงานวิจัยชิ้นนี้ได้วิเคราะห์ และประมวลสถานการณ์ สถานะความรู้เกี่ยวกับด้านนี้เพื่อให้เกิดความเข้าใจและนำไปสู่การกำหนดแนวทาง หรือสืบค้นข้อเท็จจริงให้ปรากฏ เพื่อที่จะได้นำผลที่ได้มาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อไป

2. การดูแลตนเอง และพฤติกรรมดูแลสุขภาพของแรงงาน

สำหรับการดูแลตนเองเป็นอีกวิธีการหนึ่งที่มีความสำคัญที่จะทำให้บุคคลไม่ต้องเผชิญปัญหา กับสุขภาพมากนักและรักษาไว้ซึ่งการมีสุขภาพและชีวิตความเป็นอยู่ที่ดี ฉะนั้นการดูแลตนเองเพื่อให้มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์จึงเป็นเรื่องสำคัญและบุคคลต้องรับผิดชอบดูแลตนเอง Levin (1981) ได้ให้ความหมายถึงการดูแลตนเองไว้ว่า การดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่ประชาชนตั้งใจกระทำด้วยตนเอง ทั้งในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรคในระยะเริ่มต้นและการรักษาโรคเบื้องต้น Orem (1991) ได้ชี้ให้เห็นความสำคัญของการกระทำพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองว่า เป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำอย่างจริงจังและมีเป้าหมาย เพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพของตน เพราะเมื่อบุคคลสามารถกระทำกิจกรรมดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพจะต้องส่งผลให้โครงสร้าง หน้าที่และพัฒนาการของบุคคลดำเนินไปได้อย่างสูงสุด การดูแลตนเองจึงเป็นกระบวนการที่บุคคลรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองด้วยการกระทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและการเจ็บป่วย การประเมินการเจ็บป่วยด้วยตนเองและบำบัดรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วย การดูแลตนเองตามทฤษฎีของโอเรม แบ่งออกได้เป็น 3 ด้าน ดังนี้

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป เป็นการดูแลเพื่อการส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งศักยภาพและสุขภาพ
2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ เป็นการดูแลที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาหรืออุปสรรคต่อพัฒนาการ
3. การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะสุขภาพเปราะบาง เป็นการดูแลตนเองเมื่อเกิดความผิดปกติเกี่ยวกับการทำหน้าที่ร่างกาย

การปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองของแต่ละบุคคลแตกต่างกันตามการเรียนรู้ การถ่ายทอดทางสังคมวัฒนธรรม การสังเกตตนเอง การรับรู้ต่ออาการเจ็บป่วย การให้ความหมายต่อการเจ็บป่วย การตัดสินใจเกี่ยวกับความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย และการเลือกวิธีการบำบัดรักษา (Levin, 1981) นอกจากนี้การดูแลตนเองของบุคคล ยังขึ้นอยู่กับปัจจัย ได้แก่ อายุ เพศ ระยะพัฒนาการ สังคม วัฒนธรรมนิยมประเพณี สภาพที่อยู่อาศัย ระบบครอบครัว แบบแผน กิจกรรมที่กระทำในแต่ละวัน ภาวะสุขภาพ ปัจจัยทางระบบบริการสุขภาพ แหล่งประโยชน์ที่สำคัญในชีวิต (Orem, 1991)

จากความหมายและคำอธิบายการดูแลตนเองของนักจิตวิทยาที่กล่าวมา พอจะสรุปได้ว่า การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพและมีพฤติกรรมดูแลตนเองในด้านสุขภาพให้เป็นปกติ โดยจัดแบ่งเป็นการดูแลตนเองเมื่อยามปกติ และยามเจ็บป่วย

การปฏิบัติพฤติกรรมด้านสุขภาพเพื่อบรรเทาอาการ รักษาความเจ็บป่วยให้หายขาดนั้นมักจะประกอบไปด้วยวิธีการหลากหลาย เช่น การไปรับการรักษาจากโรงพยาบาล จากคลินิก โดยให้ผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ การดูแลสุขภาพด้วยตนเอง หรือสมาชิกในครอบครัวช่วยดูแลสุขภาพ

โดยทั่วไปแล้วในการดูแลสุขภาพสามารถแบ่งได้ 2 ประเภทคือ

1. การดูแลสุขภาพของตนเองในภาวะปกติ (Self Care in Health) เป็นพฤติกรรมดูแลตนเองในภาวะที่ร่างกายปกติ ไม่เจ็บป่วยเพื่อให้ร่างกายมีสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรงคือ (กาญจนา นาถะพินธุ และคณะ, 2541)

1.1 การดูแลส่งเสริมสุขภาพ (Health Maintenance) เป็นพฤติกรรมที่จะรักษาสุขภาพเพื่อให้เกิดความแข็งแรง ไม่เจ็บป่วย สามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข เช่นการออกกำลังกาย การพักผ่อนที่เหมาะสม หรือการบริโภคอาหารที่เป็นประโยชน์ต่อร่างกาย

1.2 การป้องกันโรค (Disease Prevention) เป็นพฤติกรรมที่ปฏิบัติเพื่อจุดมุ่งหมาย

1.3 ในการที่จะป้องกันไม่ให้เกิดโรค ความเจ็บป่วย หรือการบาดเจ็บ ในการทำงานอาชีพต่างๆ ก็จะทำให้ผู้ทำงานมีพฤติกรรมในการปฏิบัติ เพื่อป้องกันโรคที่แตกต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับว่าในงานนั้นมีอันตรายอะไรบ้าง และประชาชนรู้วิธีที่จะป้องกันอันตรายได้อย่างถูกต้อง และถูกวิธีหรือไม่ ในการป้องกันโรคยังแบ่งออกได้หลายระดับด้วยกัน ได้แก่ การป้องกันโรคขั้นต้นเพื่อไม่ให้เกิดโรคหรือเกิดการบาดเจ็บจากการทำงาน และการป้องกันความรุนแรงของโรคก่อนที่จะมีความรุนแรงมากขึ้น

2. การดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย (Self Care in Illness) เป็นพฤติกรรมที่ปฏิบัติเมื่อบุคคลรับรู้ว่าเป็นตัวเองเจ็บป่วยหรือได้รับบาดเจ็บ เพื่อรักษาร่างกายจากการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บที่เกิดขึ้นนั้น ซึ่งในการปฏิบัติอาจมีความหลากหลายในวิธีและขั้นตอน ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ เช่น ความรุนแรงของอาการที่เป็น จากประสบการณ์การปฏิบัติงานที่ผ่านมาของตนเองที่ได้ผล หรือจากคำบอกเล่าของผู้อื่นที่รู้จัก และขึ้นอยู่กับกระบวนการตัดสินใจของแต่ละบุคคล เป็นต้น

การดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย มีหลายลักษณะ เช่น การปล่อยอาการทิ้งไว้เฉยๆ ให้หายเอง โดยไม่มีการปฏิบัติใดๆ การปฏิบัติตัวโดยไม่ใช้ยา เช่น การพักผ่อน หรือการออกกำลังกาย รวมทั้งการซื้อยามารักษาด้วยตนเอง

ดังนั้นในทางเลือกในการปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บ อาจสรุปได้ 3 รูปแบบใหญ่ๆ คือ การปล่อยอาการทิ้งไว้ให้หายเอง การใช้ยารักษาด้วยตนเอง และการไปรับการรักษาหรือคำแนะนำจากบุคคลากรทางการแพทย์

จากทฤษฎีการดูแลตนเองที่กล่าวมาแล้ว ยังได้สอดคล้องกับพฤติกรรมสุขภาพของ Kasl & Cobb (1966) ที่ได้จัดแบ่งพฤติกรรมสุขภาพออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้

1. พฤติกรรมสุขภาพ หรือพฤติกรรมอนามัยด้านการป้องกันโรค หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลที่มีสุขภาพดี ไม่มีความเจ็บป่วย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อดูแลสุขภาพให้มีความแข็งแรง สมบูรณ์อยู่เสมอ

2. พฤติกรรมสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำเมื่อมีความผิดปกติ หรือความรู้สึกของบุคคลต่ออาการหรือความผิดปกติที่เกิดขึ้นต่อร่างกาย เชื่อว่าเป็นอาการของความเจ็บป่วย โดยพยายามหรือตีความอาการที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์ของตนเอง การปรึกษาเพื่อนหรือญาติพี่น้อง และพยายามแสวงหาความช่วยเหลือต่างๆ เพื่อให้อาการนั้นๆ หายไป

3. พฤติกรรมเมื่อรู้ว่าตนเองเป็นโรค หรือพฤติกรรมบทบาทผู้ป่วย หมายถึง การปฏิบัติของบุคคลที่ถูกตนเองหรือผู้อื่นกำหนดว่าเป็นผู้ป่วย และได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้ป่วย บุคคลนั้นจะได้รับการดูแลจากครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งจะได้รับบทบาทตามที่สังคมกำหนด เช่น การหยุดงานได้ชั่วคราว การปฏิบัติตามคำสั่งของบุคคลที่เกี่ยวข้องรวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อให้อาการเจ็บป่วยนั้นกลับคืนสู่สภาพปกติ

ปัญหาสุขภาพและปัญหาสาธารณสุขพบว่าร้อยละ 90 มีสาเหตุมาจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง พฤติกรรมสุขภาพนั้นมีความสำคัญสำหรับการดำเนินงานสาธารณสุขในสองลักษณะ ลักษณะแรกคือการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ลักษณะที่สองได้แก่ การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง จะช่วยแก้ไขปัญหาสุขภาพและปัญหาสาธารณสุขในด้านการป้องกัน การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสุขภาพ และการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งจะช่วยให้บุคคลมีชีวิตที่ยืนยาวและลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคและปัญหาสุขภาพต่างๆ ได้ (มงคล แสงทอง, 2547)

ตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพหรือปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ

1. ปัจจัยเสี่ยงทางกายภาพ เช่น การกระจาย เพศ อายุ ฐานะ ความรุนแรง
2. ปัจจัยเสี่ยงทางสภาพแวดล้อม เช่น ความยากจน ความเครียด และอันตรายจากการทำงาน ความแออัดของที่พักอาศัยและชุมชน มลภาวะทางสิ่งแวดล้อม เป็นต้น
3. ปัจจัยเสี่ยงทางสังคมวิทยา เช่น การถูกทอดทิ้ง การขาดแรงสนับสนุนทางสังคม การไม่มีเครือข่ายทางสังคม ความเครียด ปัญหาทางอารมณ์ มีความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ ซึ่งจะนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิต
4. ปัจจัยเสี่ยงทางพฤติกรรม เช่น การสูบบุหรี่ อุปนิสัยในการบริโภคอาหาร การดื่มสุรา การใช้สารเสพติด การออกกำลังกาย การฝ่าฝืนกฎระเบียบหรือกฎหมาย รวมถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเหล่านั้น

สำหรับสิ่งแวดล้อมในการทำงานมีส่วนสัมพันธ์ที่จะทำให้เกิดอันตรายแก่สุขภาพอนามัยของผู้ปฏิบัติ จัดเป็นสิ่งแวดล้อมสุขภาพอนามัย ซึ่งแบ่งออกได้เป็น 3 ประเภท คือ

1. สิ่งคุกคามสุขภาพอนามัยทางกายภาพ ได้แก่

1.1 อุณหภูมิ เป็นสิ่งแวดล้อมที่สำคัญ เพราะมีผลต่อปริมาณงานและลักษณะการทำงานของ คน เพราะคนจะต้องรักษาอุณหภูมิของร่างกายให้คงที่เสมอ ถ้าหากสิ่งแวดล้อมมีอุณหภูมิสูงขึ้นจนร่างกาย ไม่สามารถปรับได้ ก็จะเกิดอาการผิดปกติขึ้นมาได้

1.2 ความดันบรรยากาศ มีความสำคัญต่องานที่ต้องทำในสถานที่ที่มีความดันบรรยากาศสูงหรือ ต่ำ กว่าปกติ เช่น ลงไปได้ดิน ใต้พื้นน้ำ หรือบนอากาศ

1.3 ความสั่นสะเทือน เกิดขึ้นจากการทำงานกับเครื่องจักรกลที่มีการเคลื่อนไหวนวดเร็ว

1.4 เสียงดัง หมายถึง เสียงที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่งดังรบกวนโสตประสาทของคนงาน ทำให้เกิดผล เสียต่อสรีระจิตใจ และขัดขวางการติดต่อกันในงาน

1.5 แสงสว่าง และรังสีต่างๆ เช่น คลื่นวิทยุ รังสีได้แดง ซึ่งอาจทำอันตรายแก่นัยน์ตาคนทำงาน หรือทำลายเนื้อเยื่อได้

2. สิ่งคุกคามสุขภาพอนามัยทางเคมี ได้แก่ สารเคมีที่ใช้ในกระบวนการทำงาน ซึ่งอยู่ในรูปต่าง ๆ เช่น

2.1 ฝุ่นเป็นอนุภาคของแข็งที่เกิดจากการ บด ตัด ชัด กระแทกเช่น ฝุ่นไม้ ฝุ่นหิน เป็นต้น

2.2 ฟูม เป็นอนุภาคโลหะที่เกิดจากการควบแน่นในขณะที่มีการหลอมเหลว

2.3 ละออง เป็นอนุภาคของเหลวที่เกิดจากการทำให้แตกกระจายออกอย่างรวดเร็ว เช่น การพ่น สี การพ่นยาฆ่าแมลง

2.4 ตัวทำละลาย ได้แก่ ของเหลวที่เป็นสารละลายอินทรีย์ซึ่งใช้สำหรับละลาย สารอินทรีย์ ชนิดอื่นๆ เช่น น้ำมันสน (Turpentine) เบนซิน (Benzene) ทินเนอร์ เป็นต้น สารเคมีในรูปต่าง ๆ จะเข้าสู่ ร่างกายคนทำงานโดยผ่านทางหายใจ การดูดซึมทางผิวหนัง และการปนเปื้อนเข้าไปทางปาก แล้วทำ ให้เกิดอันตรายหรือพิษในลักษณะต่างๆ ตามแต่ชนิดของสารเคมี

2.3 สิ่งคุกคามสุขภาพอนามัยทางชีวภาพ ได้แก่ จุลินทรีย์ต่างๆ เช่น เชื้อไวรัส

3. สิ่งคุกคามสุขภาพอนามัยทางจิตวิทยาสังคม เป็นสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่ก่อให้เกิด ความเครียดจากการทำงาน งานที่หนักเกินไป สัมพันธภาพระหว่างบุคคล ระยะเวลาการทำงาน การ ทำงาน การทำงานเป็นกะ เป็นต้น

จากรายงานเชิงวิเคราะห์เรื่องพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพของประชากรไทย ที่สำนักงานสถิติ แห่งชาติ ได้รวบรวมข้อมูลจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2544 ที่ได้กล่าวถึงใน 2 ประเด็น หลัก คือ ภาวะสุขภาพประชากร และพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพ มีรายละเอียดดังนี้

ด้านภาวะสุขภาพของประชากร พบว่า จากจำนวนประชากรทั้งประเทศ 62.9 ล้านคนเป็นผู้ที่ป่วยหรือรู้สึกไม่สบายระหว่าง 2 สัปดาห์ก่อนวันสัมภาษณ์ประมาณ 9.5 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 15.1 ของประชากรทั้งประเทศ ซึ่งเพิ่มมากขึ้นเมื่อเทียบกับข้อมูลในปี 2542 (ร้อยละ 14.2) โดยผู้หญิงมีอัตราการเจ็บป่วยสูงกว่าชาย คือ ร้อยละ 17.1 และร้อยละ 13.2 ตามลำดับ ซึ่งทั้งชายและหญิงมีการเจ็บป่วยเพิ่มสูงขึ้นจากปี 2542 สำหรับประชากรที่ป่วยส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจ (ร้อยละ 39.6) รองลงมาคือโรคระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูก และข้อ และโรคหัวใจหลอดเลือด ซึ่งทั้งหญิงและชายมีรูปแบบเช่นเดียวกัน ในปี 2542 ประชากรเจ็บป่วยด้วยโรคลักษณะเดียวกันแต่มีสัดส่วนที่เปลี่ยนแปลงไป โดยพบว่าในปี 2542 มากกว่าครึ่งหนึ่งของประชากรที่ป่วย จะป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจสูงสุด (ร้อยละ 50.7) และกลับลดลงเหลือเพียงร้อยละ 39.6 ในปี 2544 ขณะที่การเจ็บป่วยด้วยโรคอื่นๆ คือ โรคระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูก ข้อ โรคระบบทางเดินอาหาร โรคหัวใจหลอดเลือด และโรคของต่อมไร้ท่อ กลับมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจากปี 2543

การศึกษาพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพของประชากรไทยได้ระบุว่า เป็นการศึกษาพฤติกรรมทางด้านสังคมไม่ได้ใช้หลักเกณฑ์ทางการแพทย์ เช่น การเลือกบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย พฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุรา เป็นต้น ซึ่งเป็นตัววัดการดูแลสุขภาพของประชากรไทยได้ โดยเป็นการให้คะแนนในแต่ละพฤติกรรมแล้วนำคะแนนที่ได้ทั้งหมดมารวมกัน ซึ่งสามารถแบ่งพฤติกรรมการดูแลสุขภาพออกได้เป็น 3 ระดับคือ ระดับต่ำ ระดับกลาง และระดับสูง ผลจากการศึกษาสรุปได้ว่า ประชากรมากกว่าครึ่งหนึ่งมีพฤติกรรม มีการดูแลสุขภาพในระดับปานกลาง เกือบ 1 ใน 3 มีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพในระดับสูง และมีเพียงเล็กน้อยที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในระดับต่ำ ผู้ที่อยู่ในเขตเทศบาลมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในระดับสูงมากกว่าเกือบ 2 เท่าของผู้ที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล (ร้อยละ 42.0 และร้อยละ 23.8 ตามลำดับ) ประชากรในกรุงเทพมหานครมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในระดับสูง รองลงมา คือภาคใต้ ภาคกลาง (ไม่รวมกรุงเทพมหานคร) และภาคเหนือ เป็นที่น่าสังเกตว่าในรายงานฉบับนี้รายงานว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในสัดส่วนต่ำที่สุด

นอกจากนี้แล้ว อายุ เพศ และสถานภาพสมรส มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคคล และเป็นที่น่าสนใจว่าการมีงานทำก็ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเช่นเดียวกัน โดยพบว่า 1 ใน 3 ของผู้ที่ไม่มียานทำมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในระดับสูง (ร้อยละ 39.0) ส่วนผู้ที่ทำงานมีสัดส่วนที่ต่ำกว่า คิดเป็นร้อยละ 26.5 ผู้ที่ประกอบวิชาชีพด้านต่างๆ มีสัดส่วนของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในระดับสูงมากกว่าอาชีพอื่นๆ อย่างเห็นได้ชัด (ร้อยละ 73.8) รองลงมาคือผู้ที่ประกอบอาชีพเสมียน และผู้ที่ประกอบอาชีพช่างเทคนิคสาขาต่างๆ และผู้ประกอบวิชาชีพอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ผู้ที่เป็นลูกจ้างรัฐบาลและลูกจ้างรัฐวิสาหกิจมีสัดส่วนของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในระดับสูงถึงร้อยละ 60.2 และร้อยละ 54.9 ตามลำดับ ขณะที่สัดส่วนของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในระดับต่ำพบว่าผู้ที่ประกอบธุรกิจส่วนตัวโดยไม่มีลูกจ้างมีสัดส่วนถึงร้อยละ 32.3

จากการศึกษาของ สุกาญญา กลิ่นถือศีล (2543) พบว่า สตรีทอผ้าที่ทำงานอยู่กับบ้านมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมต่ำ และไม่ออกกำลังกาย นอกจากนี้ยังไม่สวมเครื่องป้องกันอันตราย เนื่องจากสตรีเหล่านี้ยังไม่ได้ตระหนักและเห็นความสำคัญจากอันตรายที่มองไม่เห็นที่จะเกิดจากสุขภาพ ชัดเจน (Pongsapsich, 1992) และอาการโรคไม่เฉียบพลัน (ประดิษฐ์ ชาติสมบัติ, 2542) และจากการศึกษาของ กาญจนา นาถะพินธุและคณะ (2545) ที่ได้ศึกษาแรงงานที่ทำงานในอุตสาหกรรมในครัวเรือนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ กลุ่มทอผ้าไหม กลุ่มทำเครื่องปั้นดินเผา และกลุ่มมัดกรีผ้าโอง จำนวน 214 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างเมื่อมีอาการเจ็บป่วยมักปล่อยให้หายเองร้อยละ 15.9 รักษาตนเอง เช่น ซื้อยามารับประทานหรือซื้อยานวดเองร้อยละ 26.6 และไปพบบุคคลกรทางด้านสุขภาพ ร้อยละ 30.9 หรือใช้วิธีอื่น เช่น ให้หมอนวดในหมู่บ้านนวดให้ หรือหยุดพักเพื่อให้หายเจ็บป่วยและใช้ยาสมุนไพร นอกจากนี้ยังมีการใช้เครื่องตีบ่ารุงกำลัง โดยกลุ่มทอผ้าไหมมีการใช้เครื่องตีบ่น้อยกว่ากลุ่มอื่นที่มีการปฏิบัติตนเพื่อเสริม สร้างสุขภาพและดูแลสุขภาพเพื่อให้มีสุขภาพดี เช่น การออกกำลังกาย พักผ่อนที่เพียงพอ การเปลี่ยนอิริยาบถเพื่อป้องกันการปวดเมื่อยร่างกายและสายตาไม่ให้งานมากจนเกินไป และนอกจากนั้นสตรีหรือแรงงานหญิงต้องทำงานบ้านซึ่งอย่างน้อยวัน 2-4 ชั่วโมง (Pongsapich, 1992) จึงทำให้มีเวลาพักผ่อนไม่เพียงพอซึ่งจะส่งผลให้เกิดปัญหากล้ามเนื้อเมื่อยล้ามากขึ้น

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าแรงงานที่อยู่ในระบบการผลิตของชุมชนมีโอกาสที่จะได้รับผลกระทบด้านภาวะสุขภาพทั้งโดยตรงและโดยอ้อมในสภาพแวดล้อมที่ทำงาน ภัยคุกคามเหล่านี้บางอย่างอาจไม่สามารถมองเห็นได้ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุทำให้แรงงานในระบบการผลิตไม่ได้ตระหนักหรือให้ความสำคัญกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพเท่าที่ควร จึงเป็นประเด็นที่น่าสนใจว่า แรงงานมีพฤติกรรมเกี่ยวกับดูแลสุขภาพของตนเอง รวมถึงมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ถูกต้องหรือไม่และเพื่อที่จะหลีกเลี่ยงปัญหาสุขภาพที่ตามมาและเป็นวิธีการป้องกันตนเองให้พ้นจากโรคที่เกิดขึ้นจากการทำงาน

3. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของวัยแรงงาน

การเติบโตของการผลิตชุมชน นับว่าเป็นการเพิ่มโอกาสให้กับแรงงานและครอบครัวในการเข้าร่วมการผลิต แต่ขณะเดียวกันสภาพการผลิตก็ก่อให้เกิดผลกระทบกับแรงงานและครอบครัวทั้งในด้านสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพของแรงงานในการผลิตของชุมชนจึงนับว่าเป็นสิ่งสำคัญที่จะลดผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดขึ้น พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของมนุษย์เป็นเรื่องที่ซับซ้อนมาก บุคคลจะแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพออกมาอย่างไรก็ขึ้นอยู่กับบุคคลนั้นๆว่ามีความรู้ ทักษะ การให้คุณค่า มีการรับการเปลี่ยน หรือปรับปรุงค่านิยมที่ยึดถืออยู่ เพราะฉะนั้นการที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะประยุกต์ใช้กระบวนการหลายอย่างมาผสมผสานกัน การที่จะอธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของแต่ละบุคคลให้ครอบคลุม คณะผู้วิจัย จึงประยุกต์เอา

กรอบแนวคิดในการวิจัยปัจจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promoting Model) มาใช้ในการศึกษาครั้งนี้

Pender (1987) ได้พัฒนารูปแบบของการส่งเสริมสุขภาพจากแนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) กล่าวถึงความสำคัญของกระบวนการรับรู้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการอธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่กระทำต่อเนื่อง จนกลายเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตนั้นเป็นผลมาจากได้รับอิทธิพลของปัจจัย 3 ด้าน ดังนี้

1. ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ (Cognitive – Perceptual Factors) เป็นกระบวนการขั้นแรกของการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล ปัจจัยนี้มีผลโดยตรงต่อความโน้มเอียงที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยย่อย ดังนี้

1.1 ความสำคัญของสุขภาพ (The Importance of Health) การที่บุคคลเห็นความสำคัญของภาวะสุขภาพของตนเองมากเท่าไร บุคคลนั้นจะแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพเพื่อนำมาใช้ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากยิ่งขึ้นเท่านั้น

1.2 การรับรู้การควบคุมสุขภาพ (Perceived Control of Health) เป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพว่ามาจากอำนาจภายในตนเองหรือมาจากอำนาจภายนอกตนเอง กล่าวคือเมื่อบุคคลรับรู้ว่าการควบคุมสุขภาพของตนเองเป็นผลมาจากการแสดงพฤติกรรมของบุคคลนั้นเอง แสดงว่าเป็นผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนเอง ในขณะที่ผู้เชื่ออำนาจภายนอกจะเชื่อหรือรับรู้ว่าสุขภาพของตนเองเป็นผลมาจากผู้อื่น ความบังเอิญหรือโชคชะตา ผู้ที่เชื่อในอำนาจภายในตนเองจะมีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมส่งเสริมมากกว่าผู้ที่มีความเชื่อภายนอกตน

1.3 การรับรู้ความสามารถภายในตนเอง (Perceived Self-efficacy) หมายถึง การที่บุคคลมีความเชื่อว่าตนเองสามารถประสบความสำเร็จเมื่อได้ลงมือกระทำหรือปฏิบัติกิจกรรม ดังนั้นเมื่อบุคคลกระทำกิจกรรมส่งเสริมแล้วภาวะสุขภาพดีขึ้น บุคคลนั้นก็จะทำกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพมากยิ่งขึ้น

1.4 การรับรู้คำจำกัดความของสุขภาพ (Definition of Health) การให้ความหมายหรือคำจำกัดความทางสุขภาพของแต่ละบุคคลจะส่งผลต่อการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น บุคคลที่มีให้ความหมายของสุขภาพว่าเกี่ยวกับการปรับตัว หรือความสมดุลก็เป็นการกระตุ้นบุคคลกระทำพฤติกรรมป้องกันความเจ็บป่วย ในขณะที่บุคคลผู้ซึ่งให้ความหมายของสุขภาพ หมายถึงการบรรลุเป้าหมายของชีวิต จะเริ่มปฏิบัติกิจกรรมเพื่อยกระดับภาวะสุขภาพเพื่อความผาสุกในชีวิต นั่นคือ การที่บุคคลให้คำจำกัดความของสุขภาพแตกต่างกันมีผลต่อรูปแบบของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่แตกต่างกัน

1.5 การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ (Perceived Health Status) การรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับความถี่ในการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จากประสบการณ์ของบุคคลที่กระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแล้วทำให้บุคคลเกิดความปกติ และมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น จะเป็น

แรงผลักดันให้บุคคลรับรู้ถึงคุณค่าของการมีสุขภาพดีและส่งเสริมให้บุคคลเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต

1.6 การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Perceived Benefits of Health Promoting Behavior) การที่บุคคลรู้ว่าพฤติกรรมที่ตนกระทำมีประโยชน์ต่อภาวะสุขภาพของตนจะส่งผลต่อระดับการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ และสนับสนุนให้มีแนวโน้มที่จะกระทำอย่างต่อเนื่อง

1.7 การรับรู้อุปสรรคของการแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Perceived Barriers of Health Promoting Behavior) การรับรู้อุปสรรครวมถึงความไม่สะดวกสบาย ความยากลำบาก และการไม่มีโอกาสกระทำพฤติกรรมจะส่งผลทางลบต่อการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพคือจะลดหรืออาจหลีกเลี่ยงการกระทำเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ

2. ปัจจัยร่วม (Modifying Factors)

ปัจจัยร่วมจะส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่านปัจจัยทางด้านความรู้การรับรู้ของบุคคลนั้น คือเป็นปัจจัยที่มีผลทางอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั่นเอง ปัจจัยร่วม ได้แก่

2.1 ปัจจัยทางประชากร ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา เชื้อชาติ อาชีพ ซึ่งจะส่งผลต่อ การมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทางอ้อมผ่านกลไกด้านความรู้-การรับรู้

2.2 ลักษณะทางชีววิทยา จากการศึกษาพบว่าปัจจัยทางชีววิทยามีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น น้ำหนักของร่างกายมีผลต่อ การรับประทานอาหาร และการพักผ่อนของบุคคลนั้น ๆ

2.3 อิทธิพลระหว่างบุคคล ปัจจัยส่งเสริมระหว่างบุคคลรวมไปถึงความคาดหวังของบุคคล ใกล้ชิด แบบแผนการดูแลสุขภาพของครอบครัว และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคลากรสาธารณสุขจะส่งผลต่อการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2.4 ปัจจัยด้านสถานการณ์ ปัจจัยกำหนดด้านสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมมีผลการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น บุคคลที่อยู่ในครอบครัวที่มีคนสูบบุหรี่หรือโอกาสที่จะอยู่ในบรรยากาศที่ปลอดสารพิษก็จะน้อยลง

2.5 ปัจจัยด้านพฤติกรรม พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เป็นประสบการณ์ในอดีตของบุคคล จะส่งผลให้บุคคลแสวงหาความรู้และทักษะการปฏิบัติมากขึ้น ซึ่งความรู้และทักษะการปฏิบัติเหล่านี้จะทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีและเหมาะสมได้

3. ตัวชี้แนะการกระทำ (Cue to Action)

Penderเสนอเพิ่มเติมว่าตัวชี้การกระทำสำคัญที่สนับสนุนให้บุคคลแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แบ่งได้เป็น 2 กลุ่มได้แก่

3.1 ตัวชี้แนะการกระทำภายใน เช่น การรับรู้ศักยภาพของตนเองต่อการเปลี่ยนแปลงหรือการพัฒนาการ ความรู้สึกสุขสบายเมื่อได้กระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น ความรู้สึกสุขสบายหลังจากการออกกำลังกายจะส่งผลให้บุคคลออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง

3.2 ตัวชี้แนะการกระทำภายนอก ได้แก่ การสนทนากับบุคคลอื่นหรือโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพทางสื่อมวลชนจัดว่าเป็นตัวชี้แนะในการแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่สำคัญ

จากปัจจัยทั้ง 3 ด้าน คือ ปัจจัยความรู้-การรับรู้ ปัจจัยร่วม และตัวชี้แนะการกระทำ เพนเดอร์ได้นำเสนอถึงอิทธิพลของปัจจัยดังกล่าวต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

4 ผลกระทบจากการทำงานที่มีต่อแรงงาน

จากการศึกษาที่ผ่านมา ได้มีการศึกษาผลกระทบจากการประกอบกรอุตสาหกรรมขนาดเล็กต่อสุขภาพของแรงงานระดับครอบครัวและระดับชุมชน ผลการศึกษาพบว่ายังไม่อาจสรุปผลกระทบที่มีครอบครัวมีต่อสุขภาพ แต่พบว่ามีเพียงมิติใดมิติหนึ่งเท่านั้น เช่น คุณภาพชีวิตของแรงงาน คุณภาพชีวิตด้านครอบครัว คุณภาพชีวิตด้านการทำงาน และคุณภาพชีวิตด้านสังคม (กิจฐเขต ไกรวาส และนันทนา สันตติวุฒิ, 2546) แต่อย่างไรก็ตามจากการศึกษาที่ผ่านมา ส่วนหนึ่งยังขาดผลกระทบต่อสุขภาพทางจิตวิญญาณ อื่นๆในกรณีการไปทำงานต่างถิ่นของแรงงานนั้น ชุมชนรับรู้ว่าจะส่งผลต่อความเสี่ยงด้านสุขภาพ สุขภาพร่างกายของแรงงานทั้งที่เป็นความเสี่ยงจากการทำงานโดยตรงและความเสี่ยงในฐานะที่ไปใช้ชีวิตอยู่ต่างถิ่น รวมถึงการเข้าไม่ถึงระบบการคุ้มครองแรงงาน ในด้านจิตใจแรงงาน มีความกังวลกับการมาใช้ชีวิตในระยะแรกในสภาพความเป็นอยู่ที่ต้องอยู่กับคนหลายกลุ่มในที่ทำงาน (ดุขฎิ อายุวัฒน์ และภัทระ แสนไชยสุริยา, 2550) ขณะเดียวกันในช่วงวิกฤตเศรษฐกิจก็ทำให้คนจนเพิ่มจำนวนขึ้นอีก ทำให้แรงงานยากจนที่อยู่ในชนบท มีการศึกษาต่ำ ต้องดิ้นรนออกไปทำงานในตลาดแรงงานต่างประเทศ แม้ว่าจะต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง และเสี่ยงต่อการถูกหลอกลวง และลักษณะที่ไปทำก็ไม่แตกต่างจากงานที่เมืองไทย แต่คาดหวังว่าจะมีรายได้ที่ดีกว่าอยู่ในเมืองไทย และสามารถปลดหนี้สินจากการกู้ยืมเป็นค่าใช้จ่ายในการเดินทางได้ภายในเวลา 1 ปี และมีเงินเก็บกลับมาเพื่อฐานะทางสังคมของตนเองและครอบครัวได้บ้าง (กุศล สุนทรธาดา, 2540)

สำหรับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่มีต่อด้านเศรษฐกิจ โดยสมบัติ เหลสกุล (2546) ได้ศึกษาภาพรวมของช่องทางการผลิตการตลาดและการจ้างงานในอุตสาหกรรมดอกไม้และผลไม้ประดิษฐ์ และศึกษาผลกระทบที่เกิดขึ้นจากภาวะวิกฤตเศรษฐกิจที่มีต่อภาพความเป็นอยู่และสังคมของกลุ่มแรงงานรับจ้างไม่เป็นทางการในภาคอุตสาหกรรม พบว่า การผลิตอุตสาหกรรมขนาดเล็กในครอบครัว เน้นการใช้แรงงานแบบเข้มข้นในทุกขั้นตอนการผลิตรูปแบบการจ้างงานมี 2 แบบ คือ รับจ้างเหมาช่วงการผลิตและแรงงานรับจ้างรายวันไม่ถาวร รูปแบบการจ้างงานทั้งสองแบบถูกจ้างในลักษณะไม่เป็นทางการ คุณลักษณะของการจ้างงานจึงไม่ต้องการแรงงานที่มีทักษะและความรู้สูงในการทำงานไม่ต้องการแรงงาน

ประจำ ส่วนใหญ่เป็นแรงงานรับจ้างที่ไม่เป็นทางการและสามารถรับงานไปทำที่บ้าน ผลการเปลี่ยนแปลงต่อการดำรงชีวิตหลังภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ พบว่า ด้านชีวิตจากการทำงาน แรงงานประมาณครึ่งหนึ่ง ประเมินว่าชีวิตความเป็นอยู่จากการทำงานพออยู่พอกิน ประมาณ 1 ใน 3 ประเมินว่า ชีวิตความเป็นอยู่ดีขึ้น แต่ยังมีแรงงานที่ประเมินว่าชีวิตความเป็นอยู่การทำงานไม่ดีขึ้น โดยเป็นผลต่อเนื่องจากการเจ็บป่วยจากการทำงาน

ส่วนผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่มีต่อด้านสังคม โดยธัญญา สนิทวงศ์ ณ อยุธยา (2540) ได้ศึกษาข้อมูลด้านครอบครัวของกลุ่มแรงงานในภาคอุตสาหกรรม พาณิชยกรรมและบริการ พบว่า ครอบครัวแรงงานภาคพาณิชยกรรม ซึ่งลักษณะครอบครัวเป็นผู้สมรสและอยู่ด้วยกันเป็นส่วนใหญ่ มีความมั่นคงในครอบครัวสูงสุด ส่วนครอบครัวภาคอุตสาหกรรม มีความมั่นคงในครอบครัวในระดับต่ำกว่าแรงงานกลุ่มแรก เนื่องจากการมีทัศนคติต่อตนเองต่ำและมีความสัมพันธ์ในครอบครัวต่ำ และแรงงานในภาคบริการมีความมั่นคงในครอบครัวต่ำสุด เกิดจากการมีปัจจัยคุณภาพชีวิตค่อนข้างต่ำ

ขณะที่ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่มีต่อสุขภาพ โดยวิภา นานาศิลป์ (2538) ได้ทำการศึกษาวิจัยผลกระทบของโรงงานอุตสาหกรรมที่มีต่อสุขภาพอนามัยชาวอีสาน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงความเชื่อและการกล่าวถึงผลกระทบของโรงงานอุตสาหกรรมที่มีต่อสุขภาพอนามัย พบว่า ชาวบ้านชุมชนที่อยู่ใกล้โรงงานเชื่อว่าโรงงานอุตสาหกรรมส่งผลต่อสุขภาพอนามัยของตนเอง และปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิตคือชุมชน และค่าความเชื่ออำนาจภายใน ภายนอกตน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ เบ็ญญา จิรภัทรพิมล (2544) ได้ทำการศึกษาเชิงคุณภาพโดยใช้กรอบคิดทางสังคมวิทยาอุตสาหกรรมเกี่ยวกับกระบวนการจัดการอุตสาหกรรม และแรงงาน ได้เลือกศึกษากลุ่มงานอุตสาหกรรมหัตถกรรม เพราะเป็นงานนอกระบบที่มีคนทำมากที่สุด และเลือกศึกษาเพียง 6 ประเภทงาน ได้แก่ งานบรอนซ์ เมล็ดพันธุ์ แหวน ทอผ้า และเจียรไนพลอย พบว่า กระบวนการผลิตของงานทั้ง 6 ชนิด มีความเสี่ยงต่ออันตรายที่เกิดขึ้นกับสุขภาพของคนทำงาน รวมทั้งสมาชิกในครัวเรือนและสภาพแวดล้อมของชุมชน และงานวิจัยของสุสันหา ยิ้มแย้ม และคณะ (2543) ที่ได้ศึกษาโครงการการพัฒนาศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเองของแรงงานนอกระบบ : งานไม้แกะสลัก ผลการศึกษาพบว่า โดยทั่วไปแรงงานส่วนใหญ่ทราบว่าตนเองมีภาวะเสี่ยงและปัญหาสุขภาพจากการทำงาน โดยเฉพาะการอยู่ในท่าทางที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมอย่างต่อเนื่อง การสัมผัสฝุ่นละอองและสารเคมี รวมทั้งอุบัติเหตุจากการใช้เครื่องจักรกล และการเจ็บป่วยที่พบมากที่สุดคือ อากาศปวดเมื่อย ปวดหลัง ปวดเอว รองลงมาได้แก่ หอบหืด และโรคทางเดินหายใจอื่น โรคกระเพาะอาหาร ปัญหาเกี่ยวกับตา และสายตา ผิวหนัง และอุบัติเหตุ

นอกจากนี้ อังคณา เตชะโกเมนทร์ (2543) ได้ทำการศึกษาคูณลักษณะของผู้รับงานไปทำที่บ้าน และลักษณะการรับงานแหวนไปทำที่บ้าน ศึกษาสถานการณ์การเข้าสู่ระบบการรับงานไปทำของผู้หญิงชนบท และศึกษาการเปลี่ยนแปลงอาชีพของผู้หญิงชนบทที่รับงานแหวนไปทำที่บ้าน ผลกระทบต่อครอบครัว ในด้านเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ พบว่าผลกระทบต่อการทำงานไปทำที่บ้าน แม้จะไม่ส่งผล

กระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว แต่รายได้ที่เพิ่มขึ้นดังกล่าวมีจำนวนใกล้เคียงกับจำนวนหนี้สินที่เพิ่มขึ้นด้วย ไม่ส่งผลกระทบต่อด้านสังคมของครอบครัวแต่มีผลกระทบต่อด้านสุขภาพอนามัยของครอบครัว โดยที่ครอบครัวเกิดการเปลี่ยนแปลงในการบริโภคอาหาร ความปลอดภัยในที่อยู่และการเจ็บป่วยของครอบครัว

5. รายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการผลิตชุมชนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของแรงงาน พบว่ามีงานวิจัยอยู่ 3 กลุ่ม ได้แก่

- 1) รายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการทำงานกับสุขภาพ
- 2) รายงานการวิจัยเกี่ยวกับสภาพการทำงานนอกระบบและสุขภาพ
- 3) รายงานการวิจัยเกี่ยวกับผลกระทบทางสุขภาพที่เกิดจากการพัฒนาการผลิต โดยมีรายละเอียดในแต่ละกลุ่มดังนี้

5.1) รายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการทำงานกับสุขภาพ

กาญจนา นาตะพินธุ และคณะ (2541) ที่ได้ศึกษาปัญหาสุขภาพจากการทำงานและพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของประชาชนที่ประกอบอาชีพอุตสาหกรรมในครัวเรือน โดยทำการศึกษาในผู้ประกอบการอาชีพเจียรไนพลอยและซ่อมปะอวน ในจังหวัดขอนแก่น จำนวน 290 คนโดยใช้วิธีการสำรวจสภาพสิ่งแวดล้อมในการทำงาน เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ และการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกทางด้านพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ สรุปผลการศึกษาได้ว่า สภาพสิ่งแวดล้อมที่เป็นปัญหา คือ ระดับความเข้มของความส่องสว่างมาก ปัญหาทางด้านกายศาสตร์ เกิดจากความซ้ำซากของงานที่ทำ การใช้สายตาเพ่งมองชิ้นงาน ทำทางที่ใช้ในการทำงาน ระยะเวลาต่อวัน ส่วนใหญ่ร้อยละ 84.14 มีปัญหาการเจ็บป่วยหรือโรคที่เกิดจากการงานที่ทำอยู่ปัจจุบัน โดยการปฏิบัติเป็นอันดับแรก เมื่อเกิดการเจ็บป่วยจากการทำงานร้อยละ 81.38 เป็นการดูแลสุขภาพตนเอง คือ ปล่อยให้หายเองร้อยละ 61.89 และการซื้อยามารักษาด้วยตนเอง ร้อยละ 19.49 ขณะที่ปีเดียวกันมีการศึกษาเฉพาะแรงงานสตรีของ วไลดา ศักดิ์บัณฑิตสกุล (2541) ที่ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของสตรีใช้แรงงานในโรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอ จังหวัดสระบุรี 2 แห่ง จำนวน 480 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม และแบบวัดพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า สตรีใช้แรงงานในโรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอมีการสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมในระดับปานกลาง การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ($r = 0.4846$) และพบว่าสตรีใช้แรงงานในโรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ระหว่างกลุ่มที่มีรายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการทำงาน และการทำงานล่วงเวลาแตกต่างกัน ในปี

ต่อมา เบญจา จิรภัทรพิมล (2542) ได้ศึกษาเรื่องแรงงานสตรีกับการประกอบอุตสาหกรรมในหมู่บ้าน: มิติหนึ่งของการพัฒนา ได้ทำการสำรวจครัวเรือนตัวอย่างส่วนใหญ่ในหมู่บ้านที่ทำการศึกษ พบว่า สตรีในหมู่บ้านส่วนใหญ่เลือกทำงานทอผ้าและเย็บผ้าโดยอยู่ในฐานะแรงงานรับจ้าง กิจกรรมทอผ้าและเย็บผ้าได้ขยายตัวและเติบโตขึ้นจนกลายเป็นการประกอบอุตสาหกรรมขนาดย่อม ซึ่งมีการผลิต 2 แบบด้วยกัน คือ การผลิตส่วนน้อยกระทำในโรงงานที่เจ้าของได้ดัดแปลงบางส่วนของบริเวณบ้านทำเป็นโรงงานขนาดเล็ก แต่การผลิตส่วนใหญ่กระจายไปตามบ้าน เพราะสตรีแม่บ้านจะรับงานมาทำที่บ้าน สตรีเหล่านี้จะทำงานทอผ้าและเย็บผ้าเป็นประจำทุกวันๆ ละ 7-8 ชั่วโมงโดยเฉลี่ย และเป็นการทำงานตลอดทั้งปี สำหรับผู้ที่ครัวเรือนยังคงทำการเกษตรอยู่ สตรีจำเป็นจะต้องหยุดทอผ้าหรือเย็บผ้าราว 1-2 อาทิตย์ เพื่อไปช่วยงานเกษตรของครัวเรือน (ยกเว้นฤดูกาลลำไยที่ต้องหยุด 1-2 เดือน) ส่วนสภาพการทำงานนั้นเมื่อเปรียบเทียบระหว่างสตรีเย็บผ้าและสตรีทอผ้า พบว่าสตรีเย็บผ้ามีจำนวนชั่วโมงทำงานต่อวันสูงกว่า และมีรายได้ต่อวันโดยเฉลี่ยสูงกว่าสตรีทอผ้า พบว่าสตรีเย็บผ้ามีจำนวนชั่วโมงทำงานต่อวันสูงกว่า และมีรายได้ต่อวันโดยเฉลี่ยสูงกว่าสตรีทอผ้า จุดที่น่าสนใจคือสตรีทั้งสองกลุ่มได้นำรายได้จากการทำงานของตนมาใช้จ่ายเป็นค่ากับข้าว ค่าเช่าเรียนลูก ค่าซ่อมแซมบ้าน และอื่นๆ จนกล่าวได้ว่า รายได้จากการทอผ้าหรือเย็บผ้านี้ ได้มีส่วนช่วยให้สภาวะเศรษฐกิจของครอบครัวและของชุมชนดีขึ้น

5.2) รายงานการวิจัยเกี่ยวกับสภาพการทำงานนอกระบบและสุขภาพ

มีการศึกษาชี้ให้เห็นว่า สภาพการทำงานนอกระบบที่เกิดขึ้นในชุมชน ได้ก่อให้เกิดผลเสียด้านสุขภาพ ดังเช่น งานศึกษาของ สุธันหา ยิ้มแย้ม และคณะ (2543) ที่ได้ประมวลองค์ความรู้เรื่องเกี่ยวกับแรงงานนอกระบบ แรงงานที่ทำงานนอกระบบนั้นไม่มีกำหนดเวลาแน่นอน ไม่มีระยะเวลาที่ชัดเจนซึ่งทำให้มีผลต่อภาวะสุขภาพตามมาได้ เช่น การรับประทานอาหารไม่ตรงเวลา ทำให้เกิดบาดแผลในกระเพาะอาหาร ขาดการออกกำลังกาย ทำให้ร่างกายเหนื่อยล้า ระยะเวลาทำงานที่ยาวนานเกินไป ทำให้พักผ่อนไม่เพียงพอเป็นผลเสียต่อสภาวะร่างกายและอารมณ์ การนั่งทำงานหรืออยู่ในอิริยาบถเดียวเป็นเวลานาน ทำให้เกิดปัญหาในระบบกล้ามเนื้อกระดูก อากาศที่พบบ่อยที่สุดคืออาการปวดหลัง ปวดเมื่อยตามร่างกาย นอกจากนี้ยังมีอาการ อื่นๆ เช่น ปวดหัว ปวดตา เป็นต้น รวมทั้งแรงงานเหล่านี้มักติดยาระงับปวด การไม่ใช้หรือไม่สวมเครื่องป้องกันอันตราย การทำงานที่ใช้หรือสัมผัสสารเคมีที่เป็นอันตรายต่อร่างกาย ทั้งนี้เพราะไม่รู้และการไม่ตระหนักเกี่ยวกับสภาพการทำงานที่เหมาะสม และในปีต่อมา เบญจวรรณ นาราสิัจจ์ และคณะ (2544) ศึกษาเกี่ยวกับ สภาพการทำงานนอกระบบกับปัญหาสุขภาพ กรณีศึกษาการรับช่วงการผลิตแหวน ในจังหวัดขอนแก่น โดยพบว่า ผู้ทำวนในขั้นตอนติดตะกั่วมีความเสี่ยงจากพิษตะกั่ว ซึ่งสามารถซึมผ่านผิวหนังและสะสมในร่างกาย อันอาจเป็นสาเหตุร่วมให้เกิดอาการเจ็บป่วยต่างๆ ได้ ผู้ทำวนในขั้นตอนติดปอมบางรายมีปัญหาเกี่ยวกับกลิ่นปอม (ยาง) ที่ใช้ ทำให้เกิดอาการวิงเวียน และผู้ทำวนในขั้นตอนปะอวนหรือติดปอม-ติดตะกั่ว บางรายแพ้นายาเคลือบอวนทำให้

เกิดอาการผื่นคัน วิงเวียน นอกจากนี้ลักษณะของระบบงานรับช่วงการผลิต ที่ให้ค่าตอบแทนรายชิ้นงานในอัตราต่ำ ทำให้ผู้รับช่วงการผลิตอวนทั้งสองหมู่บ้านเร่งทำการผลิตอย่างต่อเนื่องเป็นเวลายาวนาน จนเกิดอาการป่วยจากการทำงานหนัก เช่น ปวดเมื่อย หน้ามืด วิงเวียน ในช่วงต่อมามีงานวิจัยที่น่าสนใจ เรื่องอาชีวอนามัยเพิ่มขึ้นดังเช่นงานของ มยุรา วิวรรณะเดช (2546) ได้ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมด้านอาชีวอนามัยของคนงานโรงงานอบลำไย จังหวัดลำพูน การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นหญิงร้อยละ 80.0 มีอายุในช่วง 41-45 ปี ร้อยละ 18.8 อายุเฉลี่ย 39.1 ปี สถานภาพสมรสคู่ ส่วนใหญ่ร้อยละ 67.9 ไม่มีโรคประจำตัว โดยระยะเวลาที่ทำงานเฉลี่ย 4.5 ปี ความรู้ด้านอาชีวอนามัย การรับรู้ความเสี่ยงต่อโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค ทักษะการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล และพฤติกรรมป้องกันอันตรายส่วนบุคคล และพฤติกรรมด้านอาชีวอนามัย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ด้านอาชีวอนามัยอยู่ในระดับปานกลาง มีอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล ร้อยละ 62.4 โดยจัดหาซื้อจากร้านค้า ร้อยละ 38.2 อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลที่มีใช้คือ ถุงมือและผ้ากันเปื้อน แต่ยังคงอยู่ในปริมาณที่ค่อนข้างต่ำ ในด้านการฝึกอบรมเกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการฝึกอบรม เพื่อนคนงานและบุคคลในครอบครัวเป็นแหล่งที่ให้ข่าวสารมากที่สุด นอกจากนี้บุคคลในครอบครัวเป็นผู้ให้คำแนะนำการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตราย มากที่สุด ด้านผลการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมด้านอาชีวอนามัยกับปัจจัยต่างๆ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านอาชีวอนามัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 คือ อายุ ระยะเวลาการแกะลำไย ความรู้ด้านอาชีวอนามัย ทักษะการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล และในช่วงเวลาใกล้เคียงกัน งานของ มงคล แสงทอง (2547) ที่ศึกษาสภาพแวดล้อมในการทำงานและภาวะสุขภาพของกลุ่มอาชีพหัตถกรรมศาลาไทยลือเกวียนในจังหวัดชัยภูมิ พบว่า ผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 32.62 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา อายุงานเฉลี่ย 4.60 ปี ทำงานมากกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน เฉลี่ยวันละ 8.96 ชั่วโมงต่อวัน โดยส่วนใหญ่ ร้อยละ 49.45 ทำงานนี้ปีละ 10-12 เดือน ผู้ปฏิบัติงาน ร้อยละ 86.81 ทำงานหลายหน้าที่ โรคและอาการเจ็บป่วยส่วนใหญ่เป็นโรกระบบทางเดินหายใจและเมื่อทำงานสัมผัสฝุ่นไม้ ผู้ปฏิบัติงานจะเกิดอาการระคายเคืองตา แสบตา น้ำตาไหล ร้อยละ 63.73 เมื่อสัมผัสสารโทลูอีนจะมีอาการเวียนศีรษะ ร้อยละ 40.66 สำหรับการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา มีผู้ปฏิบัติงานประสบอุบัติเหตุเล็กน้อย ไม่ได้พักงานหรือหยุดงาน สภาพแวดล้อมการทำงานไม่ถูกต้อง ไม่เหมาะสม ผู้ปฏิบัติงานไม่มีการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลอย่างถูกต้องครบถ้วนและพบความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับการเกิดอุบัติเหตุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่าอันตรายและเหตุรำคาญรบกวนจากเสียงดัง ฝุ่น อุบัติเหตุและการได้รับสัมผัสสารตัวทำลายอินทรีย์ มีผลกระทบต่อบุคคลกลุ่มอื่นในครอบครัว ในชุมชน ซึ่งมีทั้งเด็ก หญิงมีครรภ์ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วย และกลุ่มบุคคลต่าง ๆ ในชุมชนที่ได้รับสัมผัสสิ่งแวดล้อมเหล่านี้ด้วยตลอดเวลา

5.3) รายงานการวิจัยเกี่ยวกับผลกระทบทางสุขภาพที่เกิดจากการพัฒนาการผลิต

งานวิจัยของเกษราวัลณ์ นิลวรานุกร และคณะ (2547) ที่พบว่า ผลกระทบทางสุขภาพของนโยบายหนึ่งตำบล หนึ่งผลิตภัณฑ์ คือการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจาก สีที่ใช้อย้อมผ้า โดยเฉพาะอย่างยิ่งสีเคมี ที่เวลาย้อมแล้วทำให้เกิดอาการคอแห้ง ไอบ่อย น้ำตาไหล แสบตา และตาบวมเหมือนคนร้องไห้ เวลาบ้วนน้ำลายมีสีติดออกมาด้วย หายใจเหนื่อยหอบ มือเท้าแตกขอบเล็บกร่อนเพราะโดนน้ำสีเวลาย้อมผ้า เวียนศีรษะจากกลิ่นสีย้อมบางคนแพ้สีเคมี หรือน้ำปูนสำหรับผสมในการย้อมสีคราม (สีธรรมชาติ) จะมีอาการแพ้ผื่นคันตามผิวหนัง แต่ไม่พบมากเท่าสีเคมี ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับงานของ มงคล แสงทอง ที่กล่าวว่าผู้ปฏิบัติงานในกลุ่มอาชีพหัตถกรรมศาลาไทยล่อเกียนในจังหวัดชัยภูมิได้รับผลกระทบด้านสุขภาพจาก สภาพแวดล้อมในการทำงาน คืออาการเจ็บป่วยส่วนใหญ่เป็นโรคระบบทางเดินหายใจ และเมื่อทำงานสัมผัสฝุ่นไม้ ผู้ปฏิบัติงานจะเกิดอาการระคายเคืองตา แสบตา น้ำตาไหล เช่นเดียวกับงานวิจัยของ ศุภชัย เอี่ยมกุลวรพงษ์ (2547) ได้ศึกษาสาเหตุการประสบอันตรายและโรคจากการทำงานของลูกจ้างและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในสถานประกอบการที่มีอันตรายการประสบอันตรายและการเกิดโรคจากการทำงานสูงของจังหวัดระยอง โดยการศึกษาเป็นการศึกษาเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อสืบค้นหาสาเหตุการประสบอันตรายและการเกิดโรคจากการทำงานและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในสถานประกอบการที่มีอัตราประสบอันตรายและการเกิดโรคจากการทำงานสูงกว่า 26 รายต่อลูกจ้าง 1,000 คน ในจังหวัดระยอง ปี 2546 ประชากรตัวอย่างเป็นสถานประกอบการที่มีอัตราการประสบอันตรายฯ สูงจำนวน 400 แห่ง และเก็บข้อมูลโดยแบบสอบถาม 2 ชุด โดยทำการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ด้านความปลอดภัยและอาชีวอนามัยในสถานประกอบการและลูกจ้างที่ประสบอันตรายหรือเกิดโรคจากการทำงานในปี 2546 พบว่า สถานประกอบการตอบแบบสอบถามจำนวน 283 ชุด (ร้อยละ 70.75) ลักษณะงานที่ลูกจ้างประสบอันตราย 5 อันดับแรก คือ การใช้แรงงานแบบหาม ทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักรที่มีการเคลื่อนไหว การทำงานเชื่อมเหล็ก การทำงานแปรรูปไม้ การทำงานกับเครื่องปั๊มโลหะ อัตราประสบอันตรายเฉลี่ยเป็น 51.86 รายต่อลูกจ้าง 1,000 คน และพบว่าภาระที่ไม่ปลอดภัยมีความถี่สะสมมากกว่าสภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัยที่ทำให้ลูกจ้างประสบอันตรายในปี 2546 โรคจากการทำงานที่พบมากที่สุดคือ กระจกตาอักเสบ (ร้อยละ 39.50) โรคหูเสื่อมจากการสัมผัสเสียงดังพบมากเป็นอันดับที่ 2 (ร้อยละ 26.62) และโรคผิวหนังจากการสัมผัสสารเคมีพบมากเป็นอันดับที่ 3 (ร้อยละ 20.13) และพบว่าเจ้าหน้าที่ด้านความปลอดภัย มีความเห็นว่าลูกจ้างไม่ใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลมากที่สุดจึงทำให้ลูกจ้างเกิดโรคจากการทำงาน

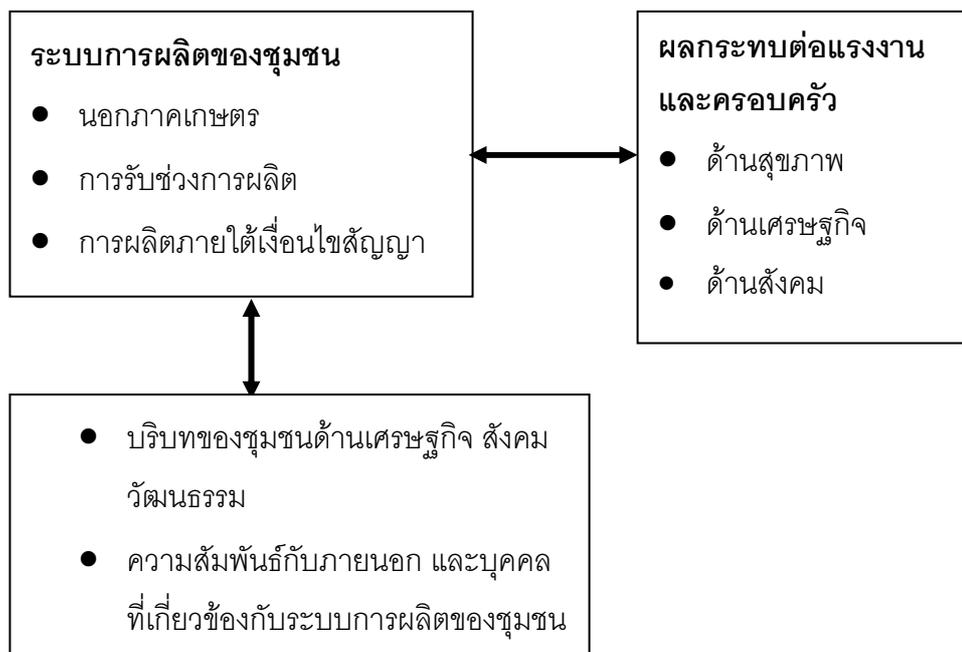
นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่นงานวิจัยของ รุ่งฤดี วงศ์ชุม (2548) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของแรงงานสตรีที่รับงานมาทำที่บ้าน: กรณีศึกษาจังหวัดเชียงใหม่ โดยศึกษาจากสตรีที่รับงานมาทำที่บ้านในจังหวัดเชียงใหม่ 6 ประเภทงาน ได้แก่ งานทอผ้า งานแกะสลัก งานจักสาน งานศิลปะประดิษฐ์ งานเย็บผ้าโหลและงานถนอมและแปรรูปอาหาร กลุ่มตัวอย่าง 230 ราย เก็บข้อมูลด้วยแบบบันทึกส่วนบุคคลและแบบสอบถาม

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของแรงงานสตรีที่รับงานมาทำที่บ้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง จำแนกระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการทางสุขภาพ ด้านภาวะโภชนาการ และด้านการจัดการกับภาวะความเครียด อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และด้านการเจริญทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับค่อนข้างสูง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาในการทำงานต่อวัน และระยะเวลาในการทำงานต่อสัปดาห์ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้งรายด้านและโดยรวม สำหรับอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านภาวะโภชนาการ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมทางกาย วุฒิกการศึกษาสูงสุดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการทางสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม รายได้ และโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และในปีเดียวกันนี้ อนัน โคนสันเทียะ (2548) ได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนวัยทำงานของอำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา โดยประยุกต์แนวคิดของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนวัยทำงาน (อายุ 15-59 ปี) จำนวน 395 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสัมภาษณ์ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ผลการศึกษาพบว่า ประชาชนวัยทำงานมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูงเป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 53.2 และวิเคราะห์รายด้านพบว่าประชาชนวัยทำงานส่วนมากมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย ร้อยละ 80.5 ด้านการบริโภคอาหารที่เหมาะสม ร้อยละ 68.1 และประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 51.9) มีพฤติกรรมด้านการบริหารจัดการความเครียดในระดับปานกลางมาก ส่วนพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยและคาดเข็มขัดนิรภัยอยู่ในระดับสูงมากที่สุด ร้อยละ 62.0 และ 55.2 ตามลำดับ นอกจากนี้พบว่าปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ และปัจจัยด้านการสนับสนุน ได้แก่ การมีและเข้าถึงสถานที่ที่เอื้อต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ การได้รับคำแนะนำดูแลสนับสนุนจากบุคคล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนวัยทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

โดยสรุปแล้ว จะเห็นได้ว่าองค์ความรู้ที่ผ่านมาได้ให้ความสำคัญกับสภาพการผลิตในชุมชนและผลทางด้านสุขภาพอยู่ไม่น้อย ซึ่งก็พบว่าทั้งปัจจัยเกี่ยวกับตัวแรงงาน สภาพการทำงาน มีส่วนเกี่ยวข้องกับสุขภาพของแรงงาน

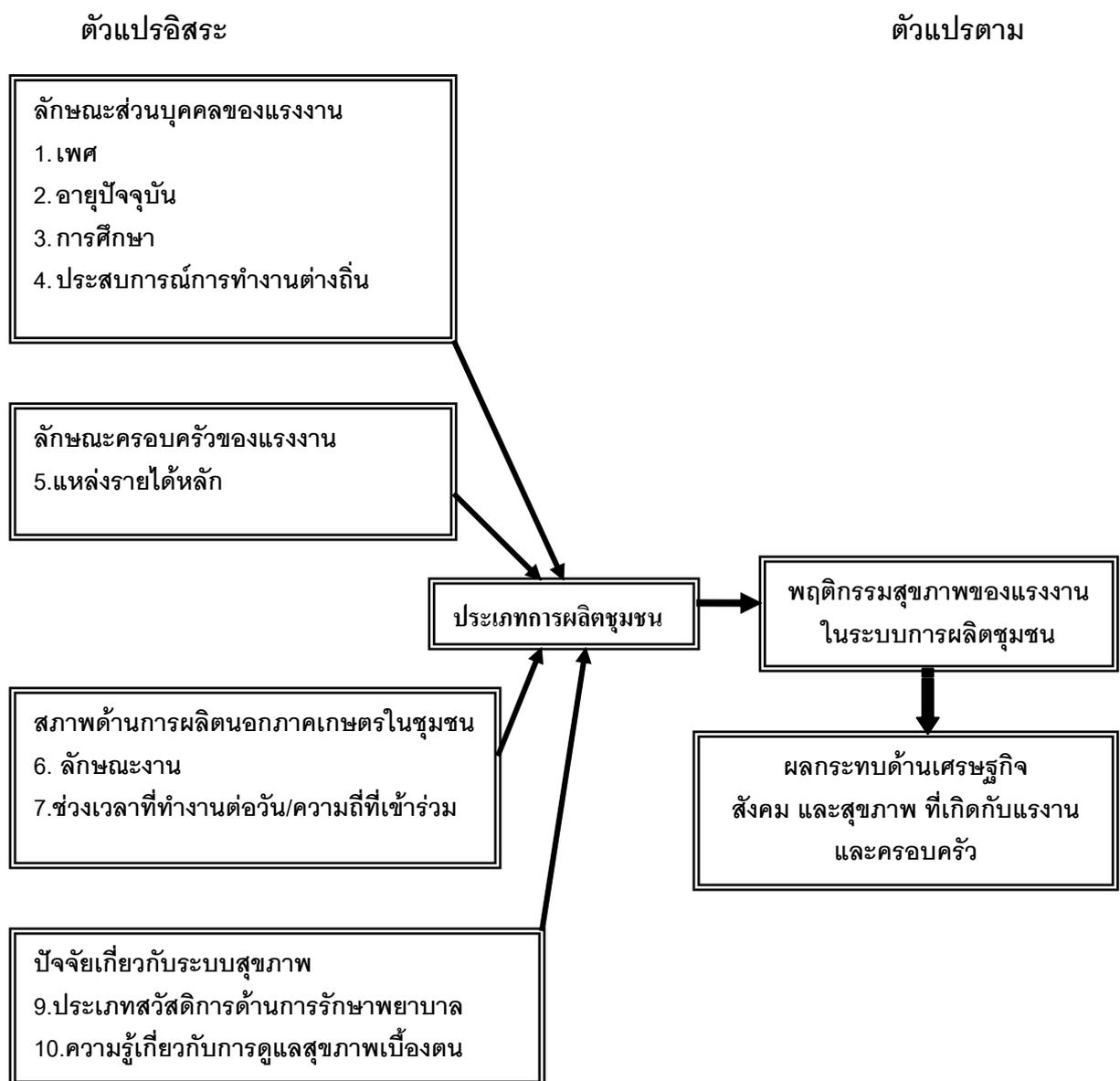
6. กรอบแนวคิดของการวิจัย (Conceptual Framework) และสมมุติฐานการวิจัย

การศึกษาผลกระทบของระบบการผลิตในชุมชนต่อภาวะสุขภาพของแรงงาน นับว่ามีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมของชุมชน ตลอดจนเกี่ยวข้องกับระบบการผลิตที่มีอยู่ในชุมชน ระบบการผลิตภาคการเกษตรเพื่อการค้า และระบบการผลิตแบบเงื่อนโซ่กับภาคธุรกิจขนาดใหญ่ ทำให้แรงงานต้องเสี่ยงต่อการใช้สารเคมี ขณะที่ในระบบการผลิตแบบช่วงต่อและการผลิตที่มีสถานที่ไม่เหมาะสม ทำให้เสี่ยงต่อการมีปัญหสุขภาพที่เกิดขึ้นจากการทำงาน นอกจากนี้ระบบการผลิตของชุมชน ยังส่งผลกระทบต่อครัวเรือนทั้งในด้านเศรษฐกิจ เพราะก่อให้เกิดรายได้กับครัวเรือนแรงงาน และเมื่อครัวเรือนทำการผลิตของชุมชน ทำให้ต้องใช้เวลาไปกับการทำงานการผลิต อาจทำให้ระบบความสัมพันธ์ทางสังคมกับชุมชนเปลี่ยนแปลงไป ดังนั้นในการศึกษาเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยจึงกำหนดกรอบแนวคิดดังแผนภูมิที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดของการศึกษาผลกระทบของระบบการผลิตชุมชนต่อภาวะสุขภาพ
แรงงานและครอบครัว

ในส่วนของผลกระทบด้านสุขภาพ เมื่อวิเคราะห์ถึงพฤติกรรมด้านสุขภาพของแรงงานในครัวเรือนที่ทำการผลิตในชุมชนอีสาน น่าจะมีปัจจัยกำหนดที่สำคัญได้แก่ อายุ การศึกษา ประสบการณ์การทำงาน ต่างถิ่น ประเภทการผลิตชุมชน แหล่งรายได้หลัก ช่วงเวลาที่ทำงานต่อวันที่แน่นอน สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล และความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเบื้องต้น ซึ่งคณะผู้วิจัยกำหนดกรอบแนวคิดผังแผนภาพที่ 2 ดังนั้น คณะผู้วิจัยเชื่อว่าปัจจัยดังกล่าวน่าจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของแรงงานในระบบการผลิตชุมชน



แผนภาพที่ 2 กรอบแนวคิดของการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของแรงงานที่ทำการผลิตในชุมชนอีสาน