



รายงานวิจัย

เรื่อง

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของแรงงานหญิงย้ายถิ่น
ในโรงงานอุตสาหกรรมยางพารา จังหวัดสงขลา
(Factors Influencing the Women's Health of Migrant
Labourers In Rubber Industries In Songkhla Province)

| | |
|----------|--------------------|
| เพชรน้อย | สิงห์ช่างชัย |
| ฐิติพร | อิงคถาวรวงศ์ |
| กิตติ | วิวัฒน์สวัสดิ์นันท |
| สุวรรณา | จาละ |

การวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากงบประมาณเงินรายได้
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

HD 6043. 75

ISBN 974-605-928-9

ค.ม.อ.

Order Key 21831
BIB Key 162721

เลขหมู่ HD 6043. 75 764 2542
เลขทะเบียน R. 1
5 / 24 / 42

หัวข้อวิจัย ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของแรงงานหญิงย้ายถิ่น ในอุตสาหกรรมยางพารา
จังหวัดสงขลา

คณะผู้วิจัย เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย
ฐิติพร อิงคถาวรวงศ์
กิตติ วิวัฒน์สวัสดิ์สินนท์
สุวรรณา จาละ

หน่วยงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ศูนย์วิจัยยางสงขลา

ปี 2542

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของแรงงานหญิงย้ายถิ่น ในอุตสาหกรรมยางพารา จังหวัดสงขลา กลุ่มตัวอย่าง คือ แรงงานหญิงย้ายถิ่นภายใน 2 ปี การศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (stratified random sampling) ตามลักษณะขนาดของโรงงานอุตสาหกรรมยางพารา จำนวน 393 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน และการทดสอบเครื่องมือวิจัยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ครอนบาช แอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.78 วิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

กลุ่มแรงงานหญิงย้ายถิ่น ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 21-29 ปี ร้อยละ 38.7 ($\bar{x} = 27.15$, $SD = 9.98$) มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 73.5 ระดับการศึกษา มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 76.8 รายได้ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อยู่ในระหว่าง 6,001 - 9,000 บาท ($\bar{x} = 7,618.6$, $SD. 2,751.14$) ร้อยละ 38.4 ลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่มีลักษณะครอบครัวเดี่ยว (nuclear family) ร้อยละ 78.6 การย้ายถิ่นของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่ย้ายถิ่นภายในภาคมากที่สุดคือย้ายถิ่นมาจากจังหวัดภาคใต้ ร้อยละ 58.5 รองลงมาคือ ย้ายถิ่นมาจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 27.5 ลักษณะการทำงาน ส่วนใหญ่เป็นลูกจ้างรายวัน ร้อยละ 93.3 ทำงานเป็นกะ ร้อยละ 51.1 สำหรับระยะเวลาการทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมยางพารา ส่วนใหญ่ทำงานมานานมากกว่า 5 ปี ร้อยละ 64.6 และเป็นสมาชิกที่มีประกันสังคมถึง ร้อยละ 83.97

ภาวะสุขภาพของแรงงานหญิงย้ายถิ่น ในระยะ 1 ปีที่ผ่านมา พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 88.1 เคยเจ็บป่วย โดยเจ็บป่วยด้วยโรคทางเดินหายใจ พบมากเป็นอันดับที่หนึ่ง ร้อยละ 39.7 รองลงมาเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากอุบัติเหตุ ร้อยละ 32.8 สาเหตุของอุบัติเหตุที่พบ ร้อยละ 26.6 เกิดขึ้นเนื่องจากการกระแทกกับวัตถุในโรงงาน ร้อยละ 20.9 เกิดจากการสัมผัสกับสารเคมีประเภทกรดและการแพ้ยางพารา สำหรับการไปใช้บริการเมื่อเกิดการเจ็บป่วยนั้น ร้อยละ 82.7 ของกลุ่มตัวอย่างเลือกใช้บริการจากแหล่งบริการของรัฐบาล รองลงมา ร้อยละ 53.3 เลือกใช้บริการจากร้านขายยา และมีความพึงพอใจในการรับบริการจากโรงพยาบาลของรัฐบาลมากที่สุด ร้อยละ 51.8 ในด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างมีเพียงร้อยละ 28.6 ที่มีโอกาสได้รับความรู้และการแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

สำหรับภาวะสุขภาพของแรงงานหญิงย้ายถิ่นในแต่ละแบบแผนสุขภาพ (จาก 11 แบบแผนสุขภาพ) พบว่า เมื่อวิเคราะห์ภาวะสุขภาพตามคะแนนมาตรฐาน พบว่า แรงงานหญิงย้ายถิ่นมีคะแนนมาตรฐานที่มีระดับคะแนนแสดงภาวะสุขภาพปกติมี 8 แบบแผนสุขภาพ คือ แบบแผนสุขภาพในด้านการดูแลสุขภาพ การรับประทานอาหาร การขับถ่าย ด้านสติปัญญาและการรับรู้ ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทและสัมพันธภาพ ด้านเพศและภาวะเจริญพันธุ์ ด้านคุณค่าและความเชื่อในสุขภาพ ส่วนภาวะสุขภาพที่มีคะแนนมาตรฐานแสดงถึงภาวะสุขภาพเบี่ยงเบนมี 3 แบบแผนสุขภาพ คือ แบบแผนสุขภาพการออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับและด้านการปรับตัวและความเครียด ซึ่งแรงงานหญิงย้ายถิ่นได้แก้ปัญหานี้ด้วยการซื้อยาแก้ปวดและนอนหลับมารับประทาน ร้อยละ 49.4

วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของแรงงานหญิงย้ายถิ่นในอุตสาหกรรมยางพารา ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) พบว่า ปัจจัยด้านลักษณะครอบครัว สถานภาพสมรส จำนวนคนที่รับภาระในการเลี้ยงดู ระยะเวลาในการทำงาน การพอใจในการประกันสุขภาพ การเข้าทำงานเป็นกะ และขนาดของโรงงาน มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของ แรงงานหญิงย้ายถิ่นในอุตสาหกรรมยางพารา โดยตัวแปรอิสระดังกล่าวมีอำนาจทำนายตัวแปรตามได้ ร้อยละ 60.0

Title Factors Influencing the Women's Health of Migrant Laborers In Rubber Industries In Songkhla Province

Team Petchnoy Singchugchai
 Thitiporn Inkatavornwong
 Kitti Wiwatswadinon
 Suwana Chala

Faculty Nursing Faculty Prince of Songkla University
 Rubber Research Center

Year 1999

Abstract

This was a descriptive research with the purposes to study the health status and to identify factors influencing the health of women migrant laborers in the rubber industries in Songkhla Province. The 393 subjects of this study were selected by stratified random sampling according to the sizes of the factories. The data were collected using a questionnaire to interview the subjects. The data collecting tool had been tested for its content validity by five experts and its Cronbach's alpha coefficient was 0.78. The data were analyzed using frequency distribution, percent, mean, standard deviation, and stepwise multiple regression analysis was also used.

It was found that the ages of most of the female migrant laborers 38.7 percent ($\bar{x} = 27.15$, $SD = 9.98$) were between 21-29 years old. 73.5 percent were married, 76.8 percent were primary school graduates, 38.4 percent had a monthly income of between 6,001 baht ($\bar{x} = 7,618.6$, $SD = 2,751.14$) 78.6 percent had a nuclear family, 58.5 percent had migrated from the South and 27.5 percent from the Northeast. 93.3 percent were employed on a daily basis and 51.1 percent were shift workers, and 48.9 percent were non-shift workers. Most of the subjects or 64.6 percent had worked in a rubber factory for over five years and 83.97 percent were members of the social welfare program.

Regarding the health of these women migrant laborers during the one year of this study, it was found that 88.1 percent were ill. Most or 39.7 percent of the ailments were respiratory problems and 32.8 percent were those caused by accidents, of which 26.7 percent were impacts with objects in the factory, and 20.9 percent were the result of contact with chemicals, especially acids. The majority of the subjects, 82.7 percent went to government health institutions for treatment and 53.3 percent went to drugstores. 28.6 percent had an opportunity to receive information and advice in health care from public health officials and 51.8 percent of the subjects were generally satisfied with services provided by government hospitals.

Regarding health condition, it was found that the standard scores of eight out of all the eleven health pattern were at a normal level. These eight pattern were on health care, dietary, body waste removal, intellectual awareness, self-attitude, roles and relations about gender and fertility, value and belief in health. The other three health pattern with deviated scores were plans on exercise, resting and sleeping, and stress and adaptation. 49.4 percent of the subjects were found to have health risks in terms of sleeplessness. The subjects needed hypnotic or pain killers to help them sleep.

A stepwise multiple regression analysis was conducted to determine the health condition of women migrant laborers in the rubber industries. It was found that the factors influencing their health were their type of family, marital status, the number of their dependents, the length of time they had worked in the factory, satisfaction of health assurance, shift of work, type of paid work and size of factory. These independent variables had predicting power of 60.0 percent of the dependent variables.

สารบัญ

| | หน้า |
|--|------|
| กิตติกรรมประกาศ | ก |
| บทคัดย่อภาษาไทย | ข |
| บทคัดย่อภาษาอังกฤษ | ง |
| สารบัญตาราง | ช |
| สารบัญแผนภูมิ | ญ |
| บทที่ 1 บทนำ | |
| 1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา | 1 |
| 1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย | 3 |
| 1.3 กรอบแนวคิดการวิจัย | 3 |
| 1.4 นิยามศัพท์การวิจัย | 4 |
| 1.5 ขอบเขตการวิจัย | 5 |
| บทที่ 2 การทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง | |
| 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพและการวัดภาวะสุขภาพ | 6 |
| 2.2 การย้ายถิ่น การจ้างงานและสุขภาพของแรงงานหญิงย้ายถิ่น | 24 |
| 2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของแรงงานหญิง | 41 |
| บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย | |
| ประชากร | 57 |
| ตัวอย่าง | 57 |
| การเก็บรวบรวมข้อมูล | 57 |
| การวิเคราะห์ข้อมูล | 59 |

สารบัญ(ต่อ)

| | หน้า |
|--|------|
| บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล | |
| 4.1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปด้านประชากร สังคมและเศรษฐกิจ | 60 |
| 4.2 ลักษณะข้อมูลสภาพการทำงานของแรงงานหญิงย้ายถิ่นใน อุตสาหกรรมยางพารา | 63 |
| 4.3 ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของแรงงานหญิงย้ายถิ่นในอุตสาหกรรมยางพารา | 67 |
| 4.4 กวาระสุขภาพแรงงานหญิงย้ายถิ่นในแต่ละแบบแผน | 78 |
| บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ | |
| 5.1 สรุปผลการวิจัย | 80 |
| 5.2 อภิปรายผลการวิจัย | 81 |
| 5.3 ข้อเสนอแนะการวิจัย | 81 |
| 5.3.1 ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย | 87 |
| 5.3.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป | 88 |
| บรรณานุกรม | 89 |

สารบัญตาราง

| ตารางที่ | หน้า |
|----------|------|
| 2.1 | 14 |
| 2.2 | 55 |
| 4.1 | 60 |
| 4.2 | 63 |
| 4.3 | 64 |
| 4.4 | 65 |
| 4.5 | 66 |
| 4.6 | 67 |
| 4.7 | 68 |
| 4.8 | 69 |
| 4.9 | 70 |
| 4.10 | 71 |
| 4.11 | 72 |
| 4.12 | 73 |
| 4.13 | 73 |

สารบัญตาราง (ต่อ)

| ตารางที่ | หน้า |
|--|------|
| 4.14 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามแบบแผนสุขภาพ ด้านเพศและการเจริญพันธุ์ | 74 |
| 4.15 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามแบบแผนสุขภาพ ด้านการปรับตัวและความทนทานต่อความเครียด | 75 |
| 4.16 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามแบบแผนคุณค่า และความเชื่อในด้านสุขภาพ | 76 |
| 4.17 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามแบบแผนสุขภาพ ของแรงงานหญิงย้ายถิ่นในอุตสาหกรรมยางพารา | 77 |
| 4.18 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม | 78 |
| 4.19 วิเคราะห์ถดถอยพหุคูณในการเลือกตัวแปรอิสระที่มีผลต่อคะแนน ภาวะสุขภาพแรงงานย้ายถิ่นในอุตสาหกรรมยางพารา | 79 |

สารบัญแผนภูมิและภาพ

| แผนภูมิที่ | หน้า |
|--|------|
| 1. แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม | 4 |
| 2. Interaction model of client health behavior. (From Cox ^{33(p47)} , With permission from Aspen Publishers.) | 9 |
| 3. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ | 10 |
| 4. The health continuum throughtout the life span | 15 |
| 5. กระบวนการเจ็บป่วยที่เนื่องมาจากการทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม | 16 |
| 6. เทอร์โมมิเตอร์วัดความรู้สึกลึก | 17 |
| | |
| ภาพที่ | หน้า |
| 1. ความสัมพันธ์ระหว่างการย้ายกำลังแรงงานกับค่าจ้าง | 34 |
| 2. ร้อยละของแรงงานหญิงย้ายถิ่นและกระแสการย้ายถิ่นจากภาคต่าง ๆ เข้าสู่จังหวัดสงขลา | 62 |

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันเพศหญิงมีส่วนร่วมในงานเศรษฐกิจมากขึ้น องค์การแรงงานระหว่างประเทศ (International labour Organization = ILO) รายงานว่ามีแรงงานหญิง 1 ใน 3 ของกำลังแรงงานโลก ที่ทำงานนอกบ้าน (NSO 1991) ประเทศไทยได้พัฒนาเข้าสู่การเป็นประเทศอุตสาหกรรมใหม่ (Newly industrialised Countries : NICs) ดังนั้นเมื่อมีการขยายตัวด้านเศรษฐกิจในระดับสูง ทำให้เกิดความต้องการแรงงานจำนวนมากขึ้นด้วย แรงงานหญิงจึงเป็นส่วนหนึ่งที่เป็นที่ต้องการในโรงงานต่าง ๆ โดยเฉพาะในเขตการค้าเสรี (free trade zone) ซึ่งพบว่า 80% ของแรงงานหญิงได้รับการยอมรับในการจ้างงาน งานที่จ้างส่วนใหญ่เป็นงานหัตถอุตสาหกรรมซึ่งเป็นงานที่ซ้ำ ๆ (repetitive) นายจ้างสามารถให้ค่าจ้างต่ำ ๆ ได้ และสามารถจ้างงานได้ง่าย (Simon 1991) จึงทำให้แรงงานหญิงย้ายถิ่นเข้ามาทำงานในเขตอุตสาหกรรมด้วยปัจจัยดึงดูด (pull factor) ในเรื่องของรายได้ หรืออาจจากปัจจัยผลักดัน (push factor) จากภาวะแห้งแล้งทำให้ไม่สามารถทำเกษตรกรรมได้ในถิ่นต้นทาง (Raventine 1885) สำหรับประเทศไทย จากการศึกษาพบว่า มีแรงงานหญิงที่ทำงานเชิงเศรษฐกิจในระบบ (formal sector) ประมาณ 45% ที่อยู่ในภาคอุตสาหกรรม หรือประมาณสองล้านคน (Sethaput and Yoddummern-Atting 1992, cited in Orapun 1994) และมีแรงงานหญิงประมาณ 7-8 ล้านคนที่ทำงานอยู่ในภาคเศรษฐกิจนอกระบบ (informal sector) การออกมามีส่วนร่วมเชิงเศรษฐกิจเช่นนี้ทำให้แรงงานนี้ต้องเปลี่ยนบทบาทจากการเป็นแม่ (mother role) และบทบาทผู้ผลิตภายในครัวเรือน (productive role) โดยไม่มีค่าจ้าง (unpaid work) มาทำงานในบทบาทเชิงเศรษฐกิจที่มีค่าจ้าง (economic role) ทำให้แรงงานหญิงต้องมีบทบาทเพิ่มขึ้นจึงส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจ (McElmury and Parker 1993)

จังหวัดสงขลาเป็นจังหวัดหนึ่งที่ถูกกำหนดให้เป็นเมืองหลัก ในการพัฒนาเป็นเมืองศูนย์กลางอุตสาหกรรมของภาคใต้ จึงได้มีสถานประกอบการเกิดขึ้นเป็นจำนวนมากเป็นอันดับที่ 1 ในภาคใต้ คือ มีจำนวนโรงงานอุตสาหกรรม 4,248 แห่ง จากจำนวนโรงงานทั้งหมดที่มีอยู่ 23,669 แห่ง (กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม 2536) ดังนั้นจึงเป็นจังหวัดที่ต้องการแรงงานย้ายถิ่นจำนวนมากและมีปัญหาการขาดแคลนแรงงานเนื่องจากแรงงานในท้องถิ่นมีไม่พอกับความต้องการ แรงงานหญิงย้ายถิ่นนี้จึงมีความสำคัญต่อการพัฒนาอุตสาหกรรมในจังหวัดสงขลา โดยเฉพาะอย่างยิ่งอุตสาหกรรมยางพารา ซึ่งเป็นพืชเศรษฐกิจที่ทำรายได้แก่จังหวัดสงขลาและประเทศไทยมาก

จากรายงานธนาคารแห่งประเทศไทย พบว่าประเทศไทยมีการส่งยางพาราออกเป็นอันดับที่ 2 รองจากข้าว (Bank of Thailand 1994 ; Mounier, 1994 : 20) จากข้อมูลดังกล่าวนี้ แสดงให้เห็นว่ายังมีความต้องการบริโภคยางพารามากขึ้นเท่าใด โรงงานอุตสาหกรรมยางพาราต้องยิ่งเพิ่มการผลิตเพื่อสนองความต้องการในการบริโภคยางพารามากยิ่งขึ้นเท่านั้นผลทำให้โรงงานยังต้องการใช้แรงงานมากขึ้น กล่าวได้ว่า ในกระบวนการผลิตภายในโรงงานอุตสาหกรรมยางพารา พบว่า รูปแบบการผลิตยางพาราของผู้ใช้แรงงานต้องเผชิญกับการใช้สารเคมีประเภทกรดซัลฟูริก แอมโมเนีย กลิ่นเหม็นของยางดิบ อยู่บนพื้นที่ทำงานเปียกแฉะ ซึ่งมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุลื่นล้ม หรืออุบัติเหตุจากของมีคม เสี่ยงดังของเครื่องจักรผลิตยาง การทำงานเป็นกะ หรือการทำงานนอกเวลา เพื่อเร่งผลิตยางพารา นอกจากนี้ต้องพบกับความไม่มั่นคงในการทำงานรวมทั้งความไม่ปลอดภัยจากสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัว ซึ่งมีผลคุกคามต่อภาวะ สุขภาพของแรงงานย้ายถิ่นในอุตสาหกรรมยางพาราทั้งในเรื่องสุขภาพกายและจิต ซึ่งจากรายงานกระทรวงสาธารณสุข (กองสถิติสาธารณสุข 2534) พบว่า แรงงานในอุตสาหกรรมยางพารา มีอัตราป่วยด้วยโรกระบบย่อยอาหาร ซึ่งเป็นโรคทางกายที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิต โดยพบว่า ภาวะความแปรปรวนทางจิตของคนงานในโรงงานอุตสาหกรรมยางพารามีอัตราการป่วยสูงกว่าผู้ป่วยทั่วไปมาก เช่น โรกระบบย่อยอาหารมีอัตราสูงถึง ร้อยละ 41.8 ขณะที่อัตราป่วยของผู้ระดับประเทศมีเพียงร้อยละ 11.2 ส่วนภาวะความแปรปรวนทางจิตของคนงานมีอัตราป่วยสูงถึงร้อยละ 14.7 ในขณะที่อัตราป่วยของผู้ป่วยระดับประเทศมีเพียงร้อยละ 2.3 จึงอาจกล่าวได้ว่า ปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจ สังคม และปัจจัยสภาพแวดล้อมการทำงาน น่าจะมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของแรงงานหญิงย้ายถิ่นในอุตสาหกรรมยางพาราทั้งแรงงานที่อยู่ในสถานประกอบการขนาดเล็กและขนาดใหญ่

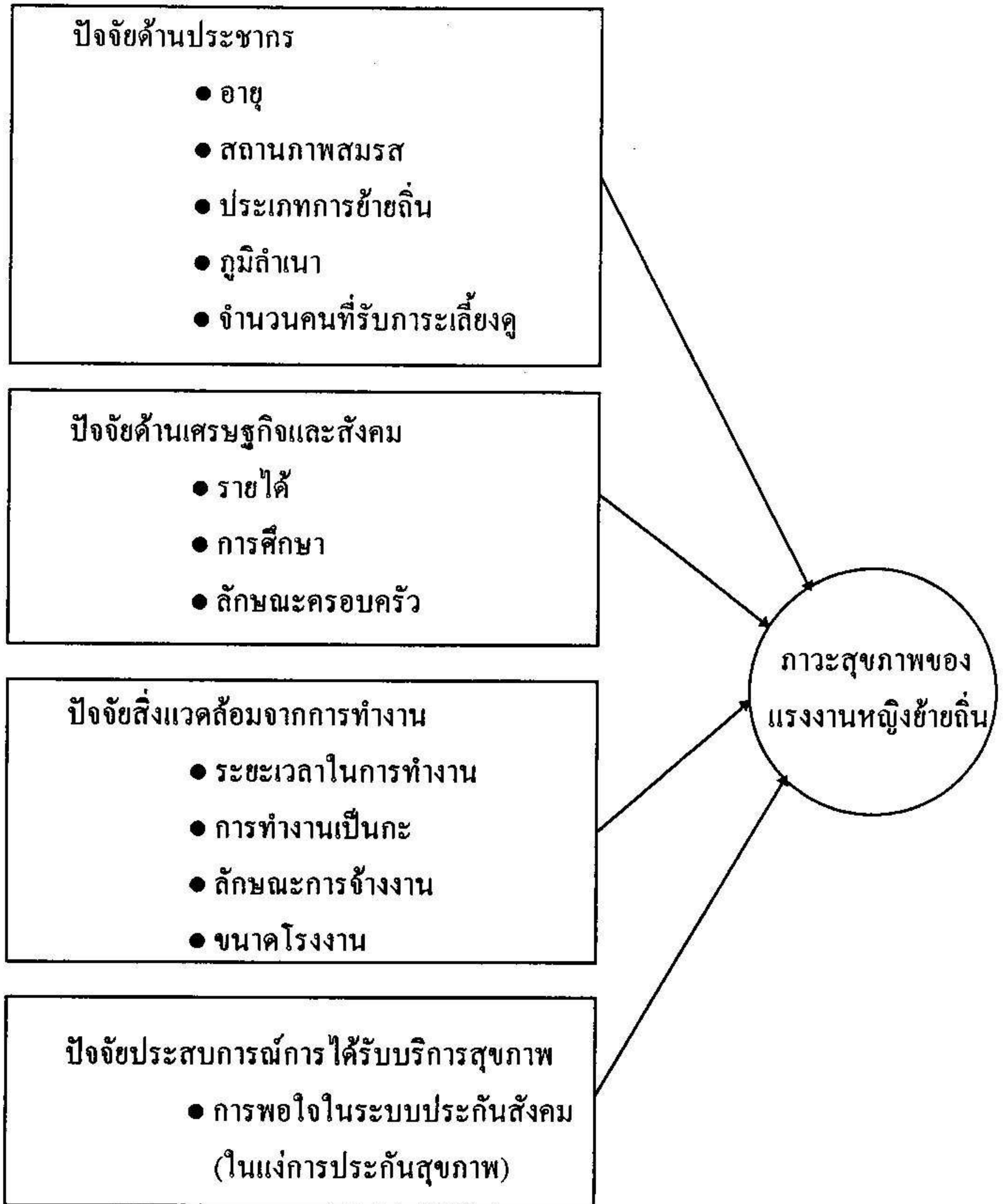
ด้วยสภาพวิกฤติการณ์ดังกล่าวนี้ จึงน่ามีการขยายการศึกษารายละเอียดของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของแรงงานกลุ่มนี้ให้มากยิ่งขึ้น อันจะมีประโยชน์ในเรื่องการให้บริการสุขภาพแก่แรงงานหญิงได้สอดคล้องตามข้อมูลเชิงประจักษ์ที่เป็นจริงได้ระดับหนึ่ง และเพื่อเป็นแนวทางพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ (human development) ได้ตรงเป้าหมายของแผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติฉบับที่ 8 อันจะมีผลดีต่อคุณภาพในตลาดแรงงาน ทำให้สามารถพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมในภาคใต้ให้มีการเจริญเติบโตด้านอุตสาหกรรมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพของแรงงานหญิงย้ายถิ่นในอุตสาหกรรมยางพาราจังหวัดสงขลา ในแต่ละแบบแผนสุขภาพ
2. เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจ สังคม ปัจจัยการทำงานและปัจจัยด้านความพึงพอใจในการประกันสังคมที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของแรงงานหญิงย้ายถิ่นในอุตสาหกรรมยางพาราจังหวัดสงขลา

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ได้พัฒนากรอบแนวคิดการวิจัย โดยการบูรณาการแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพและปัจจัยที่มีปฏิสัมพันธ์กับสุขภาพ (Interaction Model of Client Health Behavior) ของผู้รับบริการ โดยใช้หลักการเลือกแนวคิดที่มีปรัชญาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพพื้นฐานคล้าย ๆ กัน จากการทบทวนและศึกษาแนวคิดภาวะสุขภาพ พบว่า แนวคิดภาวะสุขภาพของของเพนเดอร์ (Pender 1996) ซึ่งได้พัฒนามาจากส่วนหนึ่งของแนวคิดของคอกซ์ (Cox 1986) และของกอร์ดอน (Gordon 1995) มีปรัชญาในเรื่องสุขภาพดีหรือไม่ขึ้นกับพฤติกรรมของบุคคลที่ต่อเนื่องกันในระยะเวลาหนึ่ง ภาวะสุขภาพมีลักษณะเป็นพลวัตร (dynamics) และการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพขึ้นกับกลุ่มปัจจัยเสี่ยง (categories of risk factors) โดยแบ่งออกเป็น 4 กลุ่มคือ ปัจจัยด้านประชากร (demographic characteristics) ปัจจัยด้านเศรษฐกิจสังคม (socioeconomic influence) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (environmental resources) และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์การดูแลสุขภาพ (previous health care experience) ด้วยพื้นฐานแนวคิดดังกล่าว การวิจัยนี้จึงได้พัฒนากรอบแนวคิดการวิจัย ดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม

นิยามศัพท์การวิจัย

แรงงานย้ายถิ่นหญิงในอุตสาหกรรมยางพารา หมายถึง คนงานหญิงที่รับจ้างทำงานในอุตสาหกรรมยางพาราจังหวัดสงขลา โดยย้ายถิ่นมาจากจังหวัดอื่นและเข้ามาอยู่ในจังหวัดสงขลาอย่างน้อย 2 ปี

ภาวะสุขภาพ เป็นการวัดการรับรู้สุขภาพด้านร่างกายและจิตใจของแรงงานหญิงย้ายถิ่น ตามความรู้สึกรู้สึกของตนเองในขณะนั้น เป็นการวัดโดยครอบคลุมแบบแผนสุขภาพใน 11 ด้านคือ แบบแผนสุขภาพ การดูแลสุขภาพ การรับประทานอาหาร การขับถ่าย การออกกำลังกาย การนอนหลับ สติปัญญา การรับรู้ ตนเอง บทบาทและสัมพันธภาพ สุขภาพด้านการเจริญพันธ์ การปรับตัวกับความเครียด และด้านคุณค่าความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาในกลุ่มแรงงานหญิงย้ายถิ่นที่ทำงานในอุตสาหกรรมยางพารา จังหวัดสงขลาอย่างน้อย 2 ปีขึ้นไป โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม 2541 ถึงตุลาคม 2541

บทที่ 2

การทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยนี้ ได้ทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดสุขภาพ ปัจจัยที่มีปฏิสัมพันธ์กับสุขภาพ การย้ายถิ่น การจ้างงาน ภาวะสุขภาพ การประกันสังคม และผลกระทบการย้ายถิ่นภาวะสุขภาพของแรงงานหญิงย้ายถิ่น โดยมีรายละเอียดดังนี้

แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพและการวัดภาวะสุขภาพ

ความหมาย

สุขภาพ ตามรากศัพท์ของภาษาแองโกลแซกซอนมีความหมายว่า "hole" หรือ "whole" หมายถึง สภาวะการทำหน้าที่ของร่างกายและจิตใจที่สมบูรณ์เป็นตัวบ่งชี้ศักยภาพของแต่ละบุคคล ซึ่งสอดคล้องตามความหมายขององค์การอนามัยโลก (WHO 1974 : 1 - 2)

โอเรียมให้ความหมายของสุขภาพว่า เป็นความสมบูรณ์ไม่บกพร่อง มีโครงสร้างที่สมบูรณ์ และสามารถทำหน้าที่ของตนเองได้อย่างเหมาะสมและยังประกอบด้วยองค์รวมของสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ และความสัมพันธ์ของบุคคลและสังคมซึ่งแยกจากกันไม่ได้ (Orem 1991:180)

เพนเดอร์ (Pender 1996:22) ให้ความหมายสุขภาพว่า เป็นสิ่งที่ได้รับมาจากกำเนิดหรือสร้างได้ภายหลังจากพฤติกรรมที่มีเป้าหมาย สามารถดูแลตนเองได้ และมีความพึงพอใจต่อความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ขณะเดียวกันก็มีการปรับตัวให้สอดคล้องกับสิ่งแวดล้อม เพื่อคงไว้ซึ่งองค์รวมของร่างกาย จิต และสังคม

เฮนเดอร์สัน (Henderson cited by Chinn & Jacobs 1983:187; George 1990:72 - 79) กล่าวว่า สุขภาพ หมายถึง ความเป็นอิสระในการทำหน้าที่ของมนุษย์ในการปฏิบัติกิจกรรมตามความต้องการพื้นฐานโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ได้แก่ การหายใจ การรับประทานอาหารและการดื่ม การขับถ่าย การเคลื่อนไหว และดำรงรูปร่างตามที่ปรารถนา การนอนหลับและการพักผ่อน การเลือกเสื้อผ้าที่เหมาะสมในการแต่งกาย การหลีกเลี่ยงอันตรายจากสิ่งแวดล้อม และการได้รับบาดเจ็บจากผู้อื่น การทำงานโดยมีความปรารถนาที่จะให้งานสำเร็จ การร่วมสังสรรค์หรือการพักผ่อนหย่อนใจ การศึกษาค้นคว้าซึ่งนำไปสู่พัฒนาการที่ปกติ

เนื่องจากแนวคิดสุขภาพมีความแตกต่างกันอย่างหลากหลาย ขึ้นอยู่กับแนวคิดของผู้ศึกษา แนวคิดของสุขภาพที่แตกต่างกันดังกล่าว จำแนกได้ดังนี้ (Smith 1983:31- 33)

1. แนวคิดทางการแพทย์ (Clinical model) กล่าวว่า สุขภาพ หมายถึง การปราศจากอาการ หรืออาการแสดงของโรค หรือความพิการ เป็นกลุ่มแนวคิดที่แคบโดยมุ่งถึงลักษณะที่แสดงออกมาภายนอกอย่างชัดเจนถึงความเจ็บป่วย ซึ่งเป็นสิ่งที่จำแนกได้ยาก เนื่องจากการเจ็บป่วยเป็นผลรวมของการเจ็บป่วยหลายอย่างพร้อมกัน

2. แนวคิดการปฏิบัติตามบทบาท (Role performance model) กล่าวว่า สุขภาพ หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ที่ได้รับการอบรมรวมทั้งการสั่งสอนที่ได้มาอย่างสมบูรณ์ ดังนั้นหากไม่สามารถปฏิบัติได้ก็จะต้องพึ่งพา หรือต้องได้รับการดูแลจากบุคคลอื่น

3. แนวคิดการปรับตัว (Adaptive model) กล่าวว่า สุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมได้ เป็นกลุ่มแนวคิดที่ทางการแพทย์นำมาใช้ศึกษา ซึ่งเน้นถึงความผาสุก (well-being) ที่หมายถึง การที่บุคคลสามารถบรรลุเป้าหมายของกระบวนการตอบสนองต่อสิ่งเร้า ทั้งภายนอกและภายใน ทั้งด้านกาย จิต อารมณ์ วิญญาณ และสังคม เพื่อให้คงไว้ซึ่งความสมดุล และความสบายตลอดจนเป้าหมายของบุคคลและวัฒนธรรม

4. แนวคิดความสมบูรณ์สูงสุด (Eudaimonistic model) กล่าวว่า สุขภาพ หมายถึง ความสุขที่บุคคลไม่ต้องการสิ่งใดอีก เป็นการสนับสนุนแนวคิดของมาสโลว์ เกี่ยวกับความต้องการสูงสุดของบุคคล ซึ่งบุคคลแต่ละคนมีความเป็นอิสระในความต้องการนั้น

จะเห็นได้ว่า ทั้งแนวคิดทางการแพทย์และแนวคิดการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่จะมีจุดเน้นที่การรักษาสมดุลของบุคคลในทางกายภาพและสังคม ส่วนแนวคิดการปรับตัวและแนวคิดความสมบูรณ์สูงสุดมีจุดเน้นที่การเปลี่ยนแปลงและการเจริญเติบโต และคุณภาพชีวิตของบุคคล (Smith, 1983:91) และนอกจากนี้ก็ยังมีแนวคิดอื่น ๆ เกี่ยวกับสุขภาพ ดังนั้นการให้ความหมายของสุขภาพจึงมีความแตกต่างกันตามแนวคิดและจุดประสงค์ในการศึกษานั้น ๆ

ปัจจัยที่มีปฏิสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ

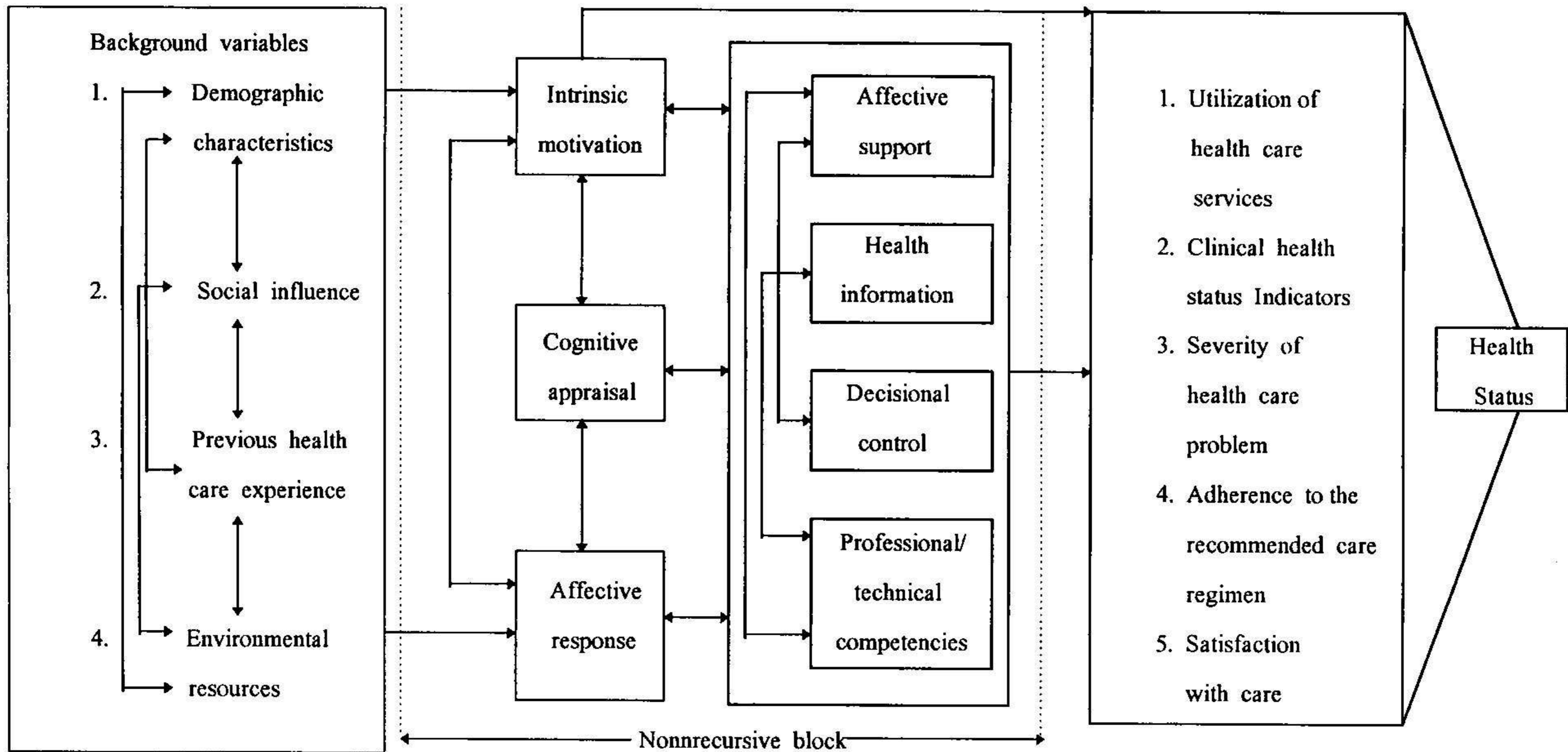
คอกซ์ (Cox 1982) ได้ศึกษารูปแบบสิ่งที่มีปฏิสัมพันธ์กันภาวะสุขภาพ [Interaction Model of Client Health Behavior (IMCHB)] ของผู้รับบริการ พบว่า มีสิ่งที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการคือปัจจัยพื้นฐาน ประกอบด้วย ตัวแปรภูมิหลัง คือ ลักษณะด้าน

ประชากร (demographic characteristics) อิทธิพลทางสังคม (social influence) ประสบการณ์การดูแลสุขภาพ (previous health care experience) สิ่งแวดล้อมปัจจัยดังกล่าวมีผลต่อแรงจูงใจภายใน (intrinsic motivation) การรับรู้ (cognitive appraisal) การตอบสนองด้านอารมณ์ (affective response) โดยตัวแปรดังกล่าวมีผลกระทบต่อการสนับสนุน ด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร ด้านสุขภาพ (health information) การควบคุมการตัดสินใจ สัถยภาพในการใช้แหล่งบริการสุขภาพ ตัวชี้วัดการใช้สถานภาพด้านคลินิก ความรุนแรงของปัญหาการดูแลสุขภาพ การดูแลสุขภาพอย่างเข้มแข็ง และ ความพอใจในการดูแลสุขภาพ (ดังแผนภูมิที่ 2)

ปัจจัยพื้นฐาน

พื้นฐานปฏิสัมพันธ์

พฤติกรรมสุขภาพ



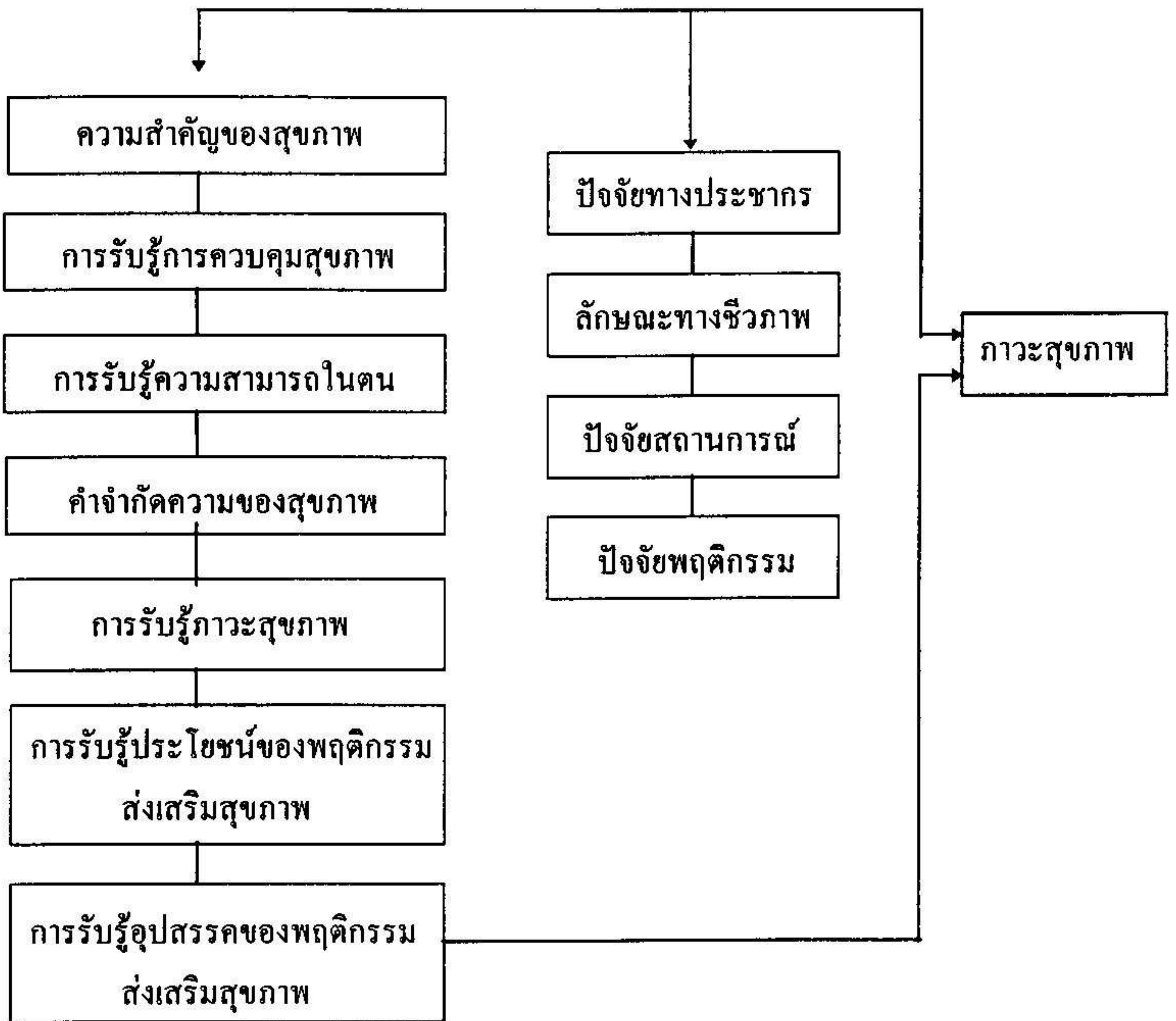
แผนภูมิที่ 2 : คัดแปลงจาก Interaction model of client health behavior. (From Cox^{33(p47)}, With permission from Aspen Publishers.)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ

เพนเดอร์ (Pender 1996) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (ดังแผนภูมิที่ 3) ซึ่งมีสาระสำคัญดังนี้คือ การแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นผลมาจาก

1. ปัจจัยด้านความรู้และการรับรู้
2. ปัจจัยส่งเสริม
3. ตัวชี้แนะการกระทำ

ปัจจัยด้านความรู้ และการรับรู้ปัจจัยส่งเสริม แสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ



แผนภูมิที่ 3 : ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ (Pender 1987)

จากแนวคิดของเพนเคอร์ แสดงถึงปัจจัยด้านความรู้และการรับรู้เป็นปัจจัยปฐมภูมิซึ่งแต่ละปัจจัยจะส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีองค์ประกอบต่อไปนี้

1. ความสำคัญของสุขภาพ (Importance of health) การที่บุคคลให้คุณค่าของสุขภาพของตนมากเท่าไรก็ยิ่งจะมีพฤติกรรมที่จะส่งเสริมให้มีสุขภาพดี เช่น แสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพมากเท่านั้น

2. การรับรู้การควบคุมสุขภาพ (Perceived control of health) ในรูปแบบนี้เสนอว่า เมื่อบุคคลรับรู้ว่าคุณสมบัติการควบคุมสุขภาพอยู่ในตน บุคคลนั้นก็จะมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าบุคคลที่รับรู้ว่าคุณสมบัติการควบคุมสุขภาพอยู่นอกตน

3. การรับรู้ความสามารถในตน (Perceived self efficacy) หมายถึง การที่บุคคลมีความเชื่อมั่นว่า ตนเองจะประสบความสำเร็จหรือผลลัพธ์ที่พึงปรารถนาจะเกิดขึ้นเมื่อตนเองได้ลงมือกระทำ พฤติกรรมนั้นๆ บุคคลในทุกกลุ่มอายุย่อมมีความรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพของตน และต้องการควบคุม ปัจจัยส่วนตนและด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพ ดังนั้นเมื่อบุคคลเหล่านี้รับรู้ว่าคุณมีความสามารถและเชื่อมั่นว่า ถ้าตนทำกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพแล้วภาวะสุขภาพจะดีขึ้น บุคคลนั้นย่อมกระทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น

4. คำจำกัดความของสุขภาพ (Definition of health) แต่ละบุคคลมีคำจำกัดความของสุขภาพของตนเอง ซึ่งมีผลต่อการที่บุคคลเหล่านั้นจะลงมือกระทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ หากบุคคลให้ คำจำกัดความของคำว่า สุขภาพ ว่าเกี่ยวกับการปรับตัวหรือความสมดุล ก็จะกระตุ้นให้บุคคลกระทำ พฤติกรรมป้องกันไม่ให้คุณเจ็บป่วยในขณะที่บุคคลซึ่งให้ความจำกัดความของคำว่า สุขภาพ คือ ภาวะที่บุคคลมีความสุข พึงพอใจ เสียสละ ภูมิใจในตนเอง และสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ บุคคลนั้นจะเริ่มทำกิจกรรมที่จะทำให้ตนเป็นคืออยู่ดีให้มากที่สุดตามศักยภาพ ดังนั้น การที่บุคคลมีคำจำกัดความของตนทำให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกัน

5. การรับรู้ภาวะสุขภาพ (Perceived health status) เป็นองค์ประกอบที่สำคัญอย่างหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับความถี่ และความจริงจังของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ บุคคลที่รับรู้ว่าคุณเองสุขภาพดี ก็จะมีแนวโน้มที่จะกระทำกิจกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพบ่อยกว่าและจริงจังกว่าบุคคลที่รับรู้ว่าคุณเองสุขภาพไม่ดี

6. การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Perceived benefits of health promoting behaviors) การที่บุคคลรับรู้ว่าการกระทำที่มีประโยชน์ต่อภาวะสุขภาพของตนเอง ส่งผลต่อระดับการกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ ทั้งยังมีแนวโน้มว่าจะส่งเสริมให้มีการกระทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

7. การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Perceived barriers to health promoting behaviors) การรับรู้อุปสรรคเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นคู่กับการรับรู้ประโยชน์ อุปสรรคดังกล่าว อาจเป็นความจริงหรือไม่เป็นความจริง เป็นเพียงสิ่งที่บุคคลรับรู้เท่านั้น การรับรู้อุปสรรครวมถึงความไม่สะดวกสบาย ความยากลำบากและการไม่มีโอกาสกระทำพฤติกรรม ส่งผลทางลบต่อการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยเสริมที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพดังนี้

ปัจจัยเสริมที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

1. ปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ เพศ อายุ เชื้อชาติ การศึกษา และรายได้ ซึ่งส่งผลต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลทางอ้อม
2. ลักษณะทางชีววิทยา ปัจจัยบางอย่าง เช่น น้ำหนัก มีผลต่อการออกกำลังกายของบุคคลคนที่น้ำหนักมากมีความตั้งใจต่ำที่จะออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เป็นต้น
3. อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal influences) เช่น ความคาดหวังของบุคคลใกล้ชิด แบบแผนการดูแลสุขภาพของครอบครัวและปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ส่งผลกระทบถึงการกระทำ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล
4. ปัจจัยสภาพการณ์ (Situational factors) ได้แก่ ทางเลือกที่มีอยู่ในการกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ และความง่ายที่จะใช้ทางเลือกเหล่านั้น ทางเลือกยิ่งมากเท่าไรยิ่งทำให้บุคคลมีโอกาสดำเนินการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากเท่านั้น
5. ปัจจัยพฤติกรรม (Behavioral factors) ประสบการณ์ในอดีตของบุคคลที่เคยกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ส่งเสริมให้บุคคลแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอื่น ๆ อีก ความรู้และทักษะบางอย่างจะส่งเสริมให้บุคคลกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ซับซ้อนได้ โดยมีตัวชี้แนะการกระทำ (cue to action) เป็นปัจจัยสำคัญอีกตัวหนึ่งที่สนับสนุนให้บุคคลกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ

5.1 ตัวชี้แนะการกระทำภายใน เช่น การรับรู้ศักยภาพของตนเองที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงหรือพัฒนาความรู้สึกสุขสบายที่เพิ่มขึ้น เมื่อบุคคลได้เริ่มต้นกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

5.2 ตัวชี้แนะการกระทำภายนอก เช่น การสนทนากับบุคคลต่าง ๆ เกี่ยวกับแบบแผนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

เพนเคอร์ (Pender 1996) ได้สรุปงานวิจัยที่สนับสนุนถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ และมีผลต่อภาวะสุขภาพ ดังตารางที่ 2.1

ตารางที่ 2.1 สรุปงานวิจัยที่เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ (Pender, 1996)

| คณะวิจัย (ปี) | ประชากร | ตัวแปรอิสระ | ตัวแปรที่ศึกษา | อำนาจการศึกษา |
|---|--|--|--|----------------------------------|
| Health-Specific Outcome Measures | | | | |
| Weitzel (1989) | Blue-collar Workers | Health-promotion lifestyle | 1.6.7.8.10 | 20% |
| Pender et al (1990) | White-collar Workers | Health-promotion lifestyle | 1.5.6.7.8.9.10 | 31% |
| Walker (1990) | Community-Dwelling Older adults | Health-promotion lifestyle | 1.6.7.9.10 | 28% |
| Seahrist (1990) | Cardiac rehabilitation participants | Health-promotion lifestyle | 1.3.5.6.7.9.10 | 21% |
| Frank-Stromborg et al (1990) | Ambulatory cancer patients | Health-promotion lifestyle | 1.6.7.9.10 | 24% |
| Johnson et al (1993) | National data sample | Health-promotion lifestyle | 1.2.7.8.10 (proxy items used) | Not reported for HPLP total s |
| Behavior-Specific Outcome Measures | | | | |
| Exercise | | | | |
| Pender (1990) | White-collar workers | Exercise frequency (acquisition stage) | 1.2.3.4.5.6.7.8.9.10.11.12 | 22% |
| | | Exercise frequency (maintenance stage) | 1.2.3.4.5.6.7.8.9.10.11.12 | 21% |
| Pender et al (Unpublished data) | White-collar workers | Exercise frequency (total group with stages combined) | 1.2.3.4.5 6.7.8.9.10.11.12 | 59% |
| Walker (1990) | Community-dwelling older adults | Exercise frequency | 1.2.5.6.7.9.10.11.12 | 24% |
| Seahrist (1990) | Cardiac rehabilitation patients | Exercise frequency | 1.2.3.5.6.7.8.9.10.11.12 | 23% |
| Frank-Stromborg (1990) | Ambulatory cancer patients | Exercise frequency | 1.6.7.9.10.11.12 | 42% |
| Garcia et al (1995) | Preadolescents and adolescents | Exercise frequency and intensity | 1.3.4.5.8.10.11.12 | 19% |
| Use of Hearing Protection | | | | |
| Luke et al (1994) | Factory workers (skilled trades) | Use of hearing protection | 1.4.7.8.9.10.11.12 (Modifying factors allowed to have direct paths to use) | 49% 53% |
| Lusk (Unpublished data) | Construction workers | Use of hearing protection | 1.3.4.7.8.9.10.11.12 (Modifying factors allowed to have direct paths to use) | 36% 51% |
| Karr (1994) | Mexican-American industrial workers | Use of hearing protection | 3.4.7.8.9.10.11.12 (Modifying factors allowed to have direct paths to use) | 25% 55% |

KEY 1 = Demographic characteristics 5 = Behavioral factors 9 = Definition of health 13 = Cues to action

2 = Biologic characteristics 6 = Importance of health 10 = Perceived health status

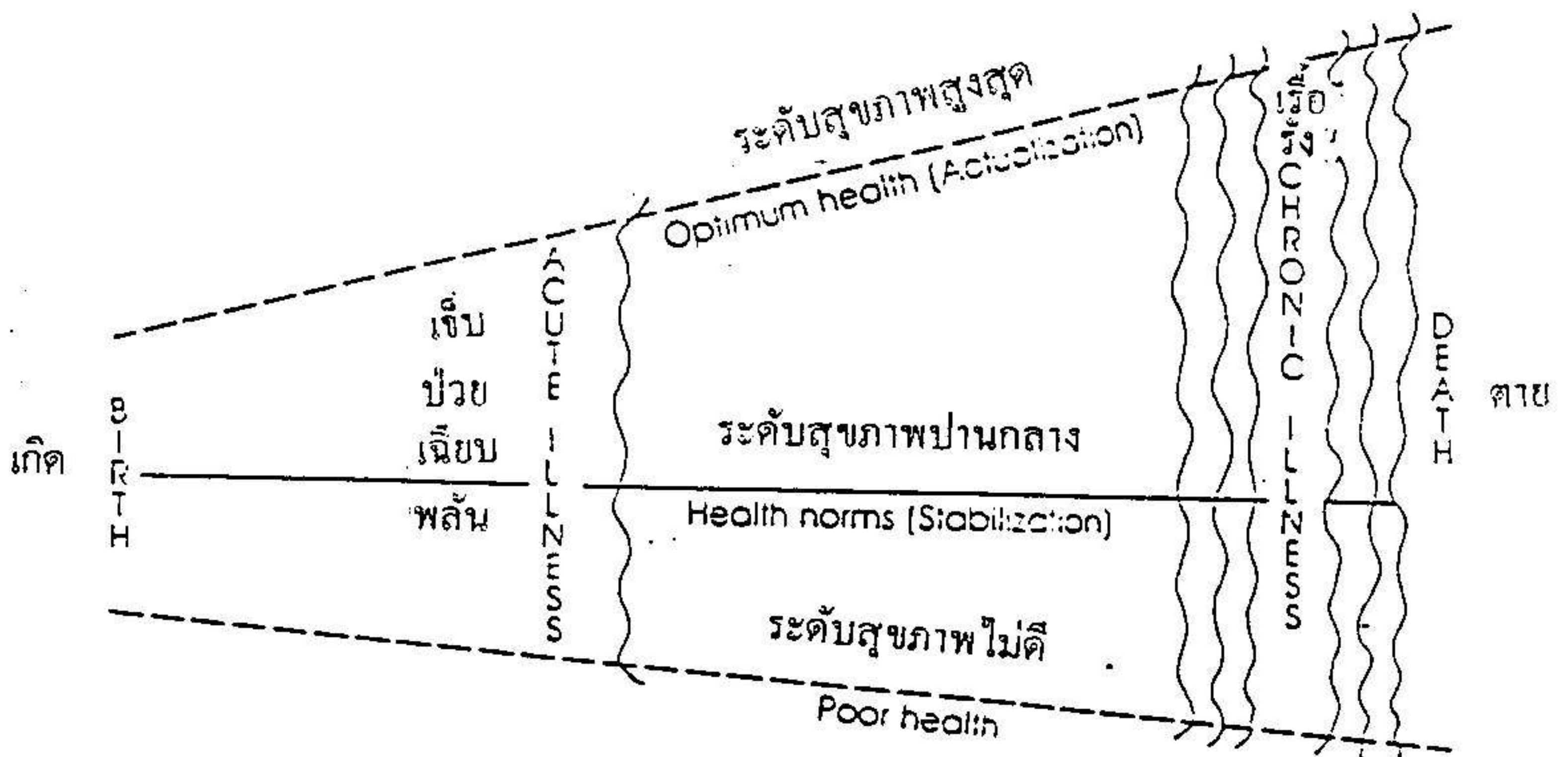
3 = Interpersonal influences 7 = Perceived control of health 11 = Perceived benefits

4 = Situational factors 8 = Perceived self-efficacy 12 = Perceived barriers

แหล่งที่มา : Pender N.J. (1996). Health Promotion in Nursing Practice. (table 3 - 1 หน้า 64 - 65).

ระดับสุขภาพและการวัดสุขภาพ

เนื่องจากภาวะสุขภาพมีลักษณะเป็นพลวัต (dynamics) และมีความต่อเนื่องบนแกนเดียวกัน (wellness-illness) จึงไม่สามารถแยกจากกันได้ชัดเจน สุขภาพดีจึงมีได้หลายระดับ ตั้งแต่ภาวะสมบูรณ์สูงสุดจนถึงตายในที่สุด การแบ่งระดับสุขภาพจึงค่อนข้างทำได้ยาก โดยเฉพาะภาวะสุขภาพที่ใกล้เคียงกัน เช่น สุขภาพดีกับสุขภาพเจ็บป่วย ดังแผนภูมิที่ 4 (Spradley and Allender 1996:8-9; Mckeley 1991)

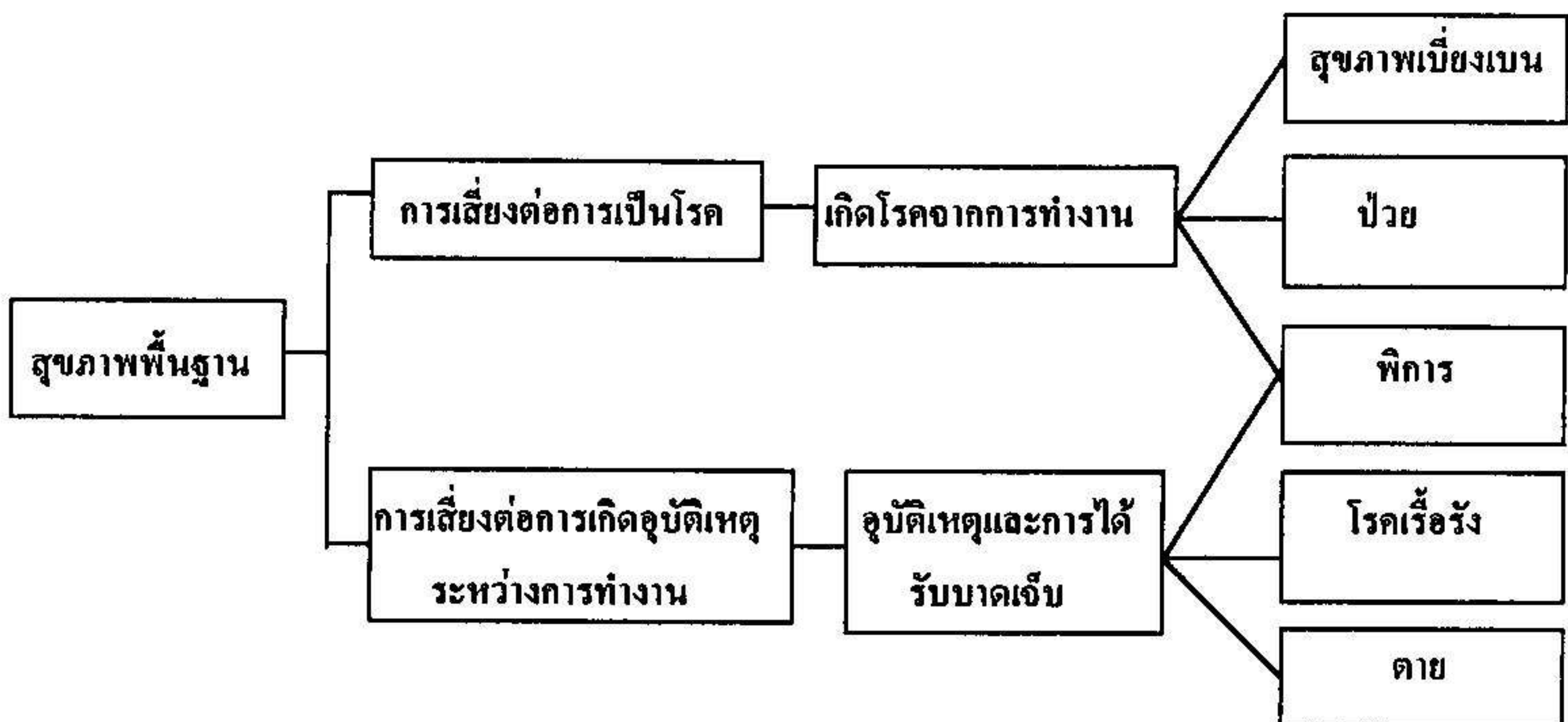


แผนภูมิที่ 4: The health continuum throughout the life span

1. ภาวะสุขภาพสมบูรณ์สูงสุด เป็นภาวะที่ปราศจากโรค มีความสมบูรณ์ผาสุกอย่างเต็มที่ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม และมีความพึงพอใจในสุขภาพร่างกายของตนเองอย่างเต็มที่ ซึ่งเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นค่อนข้างยากถือเป็นระดับภาวะสุขภาพในอุดมคติ
2. ภาวะสุขภาพดี เป็นภาวะที่บุคคลมีการเจ็บป่วยด้วยโรคอยู่บ้าง แต่ยังสามารถปฏิบัติหน้าที่หรือมีความผาสุกทางกาย จิต และอยู่ในสังคมได้เต็มที่ และมีความพึงพอใจในสุขภาพของตนเองบ้าง
3. ภาวะสุขภาพเบี่ยงเบน เป็นภาวะที่บุคคลมีการเจ็บป่วยและไม่สามารถมีความผาสุกทางร่างกาย จิตใจ และสังคมได้เต็มที่ และไม่มี ความพึงพอใจในสุขภาพของตนเองอยู่บ้าง

4. ภาวะสุขภาพวิกฤต เป็นภาวะที่บุคคลที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคและไม่สามารถทำหน้าที่หรือความผาสุกทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคมอย่างสิ้นเชิง และไม่มีคามพึงพอใจในสุขภาพของตนเอง

นอกจากนี้ เทพพนม เมืองแมน (2528:87) ได้ระบุกระบวนการเจ็บป่วยที่เนื่องมาจากการทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมที่มีสภาพแวดล้อมคุกคามต่อสุขภาพอนามัย โดยมีกระบวนการตามแผนภูมิที่ 5 ดังนี้



แผนภูมิที่ 5 : กระบวนการเจ็บป่วยที่เนื่องมาจากการทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม
(เทพพนม เมืองแมน 2528)

การเก็บข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ การใช้เครื่องมือเพื่อวัดภาวะสุขภาพได้มีการใช้เครื่องมือการวัดสุขภาพหลากหลาย เช่น การใช้แบบวัดที่เรียกว่า เทอร์โมมิเตอร์วัดความรู้สึก (สมชาย สุขสิริเสรีกุล 2538:56) มีแบบวัดสุขภาพ ดังแผนภาพที่ 6

สภาวะทางสุขภาพที่ดีที่สุดเท่าที่จะนึกได้



สภาวะทางสุขภาพที่เลวที่สุดเท่าที่จะนึกได้

โปรดตรวจสอบว่าท่านได้ลากเส้นหนึ่งเส้นจากกรอบสี่เหลี่ยมแต่ละอัน (นั่นคือ มี 8 เส้นด้วยกันทั้งหมด)

แผนภูมิ 6: เทอร์โมมิเตอร์วัดความรู้สึก

สำหรับการวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดการวัดภาวะสุขภาพตามแบบแผนสุขภาพของมาจอร์รี กอร์ดอน(Gordon 1995) ซึ่งได้พัฒนาการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ ตามกรอบแนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนสุขภาพ โดยมีความเชื่อว่า บุคคลจะมีสุขภาพดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับความปกติของร่างกาย (function) หรือความผิดปกติ (dysfunction) ของร่างกายที่เป็นพฤติกรรมของบุคคลที่ต่อเนื่องกันใน ช่วงระยะเวลาหนึ่ง (sequence of behavior across tissu) ซึ่งกอร์ดอน ใช้คำว่า "แบบแผนสุขภาพ"

แบบแผนสุขภาพ หมายถึง แบบแผนพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการซึ่งเกิดขึ้นในช่วง ระยะเวลาหนึ่ง ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพอาจเป็นพฤติกรรมภายนอก หรือพฤติกรรมภายในที่ต้องการวัด ใน ขอบเขตของแบบแผนสุขภาพมี 11 แบบแผนสุขภาพ โดยขอบเขตของแบบแผนสุขภาพแต่ละแบบ แผนสุขภาพมีดังนี้

| แบบแผนสุขภาพ | ลักษณะข้อมูลที่เก็บ |
|------------------------------------|---|
| 1. การรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ | <ul style="list-style-type: none"> - การรับรู้สุขภาพของตนเองทั่วไป - พฤติกรรมการออกกำลังกาย - การป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพตนเอง - พฤติกรรมเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย |
| 2. อาหารและการเผาผลาญอาหาร | <ul style="list-style-type: none"> - ชนิดและปริมาณอาหารที่รับประทาน - ความผิดปกติในระบบทางเดินอาหาร - ปัญหาการรับรู้ในเรื่องระบบทางเดินอาหาร |
| 3. การขับถ่าย | <ul style="list-style-type: none"> - แบบแผนการขับถ่าย - อาการผิดปกติในการขับถ่าย - ปัจจัยเสี่ยงต่อกระบวนการขับถ่าย |
| 4. กิจกรรมและการออกกำลังกาย | <ul style="list-style-type: none"> - พฤติกรรมการออกกำลังกาย - ปัจจัยเสี่ยงและอุปสรรคในการออกกำลังกาย |

| แบบแผนสุขภาพ | ลักษณะข้อมูลที่เก็บ |
|---|---|
| 5. การพักผ่อนนอนหลับ | <ul style="list-style-type: none"> - แบบแผนและกระบวนการนอนหลับ ปัญหาการนอนและการแก้ไข ปัจจัยเสี่ยงและอุปสรรคต่อการนอน |
| 6. สถิติปัญญาและการรับรู้ | <ul style="list-style-type: none"> - ความสามารถในการรับรู้และการตอบสนอง - ปัญหาและอุปสรรคการรับรู้ |
| 7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ | <ul style="list-style-type: none"> - การรับรู้ภาพรวมในคุณลักษณะ - ปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคที่มีผลต่อการรับรู้ |
| 8. บทบาทและสัมพันธภาพ | <ul style="list-style-type: none"> - การปฏิบัติกิจกรรมตามบทบาทในครอบครัวทั้งภายในและภายนอก - ปัญหาและอุปสรรคการรับรู้ |
| 9. เพศและเจริญพันธุ์ | <ul style="list-style-type: none"> - ลักษณะเกี่ยวกับการเจริญพันธุ์และเพศสัมพันธ์ ปัญหาเกี่ยวกับการเจริญพันธุ์และเพศสัมพันธ์ |
| 10. การปรับตัวและความทนทานต่อความเครียด | <ul style="list-style-type: none"> - สิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความเครียด การปรับตัวต่อความเครียด - ปัจจัยส่งเสริมในด้านความเชื่อและคุณค่า |

ดังนั้นการตัดสินใจคัดสรรพฤติกรรมสุขภาพจึงจำเป็นต้องตัดสินใจจากพฤติกรรมที่ต่อเนื่องพอสมควร หรือพฤติกรรมที่เป็นนิสัยของบุคคลนั้น ทั้งนี้พฤติกรรมสุขภาพอาจเป็นพฤติกรรมภายนอกหรือ พฤติกรรมภายในที่ต้องวัด หรือตรวจสอบโดยเครื่องมือ โดยขอบเขตของแบบแผนสุขภาพแต่ละแบบแผนมีดังนี้คือ

1. การรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ ได้แก่ การเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้สุขภาพของตนเองโดยทั่วไป ทั้งในอดีตและปัจจุบัน ประวัติการตรวจร่างกายที่จำเป็น เช่น การตรวจมะเร็ง การตรวจร่างกายทั่วไป พฤติกรรมการออกกำลังกาย การป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพของตนเอง พฤติกรรมที่เสี่ยงต่อความเจ็บป่วย เช่น การสูบบุหรี่ การเสพสารเสพติดต่าง ๆ การขับขีรถเร็ว เป็นต้น

2. อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร ได้แก่ ชนิดและปริมาณอาหารที่รับประทาน ความผิดปกติในระบบทางเดินอาหาร การย่อยอาหาร โรคและปัญหาในการรับประทานอาหาร รวมทั้งความรู้เกี่ยวกับอาหาร

3. การขับถ่าย คือ แบบแผนและกระบวนการขับถ่ายของเสียทุกประเภทออกจากร่างกาย โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการขับถ่ายปัสสาวะตามปกติ และลักษณะอาการผิดปกติขณะขับถ่าย การขับถ่ายอุจจาระตามปกติ และอาการผิดปกติ ปัจจัยเสี่ยงและอุปสรรคต่อแบบแผนและกระบวนการขับถ่าย

4. กิจกรรมและการออกกำลังกาย หมายถึง แบบแผนการประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน (activities of daily living) กิจกรรมในงานอาชีพและการออกกำลังกาย การนันทนาการ ประวัติการเหนื่อยง่าย เป็นลม โรคความดันโลหิตสูง ปวดกล้ามเนื้อและข้อปัจจัยเสี่ยงและอุปสรรคต่อการปฏิบัติกิจกรรมและการออกกำลังกาย

5. การพักผ่อนนอนหลับ คือ แบบแผนและกระบวนการนอนหลับและการผ่อนคลาย (relax) ของบุคคล โดยเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการนอน ปัญหาการนอนหลับ พฤติกรรมการผ่อนคลายต่าง ๆ ปัจจัยเสี่ยงและอุปสรรคต่อการนอนหลับพักผ่อน

6. สถิติปัญญาและการรับรู้ หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการรับรู้สิ่งเร้าและการตอบ-สนองต่อสิ่งเร้าด้วยประสาทสัมผัสทั้ง 5 ได้แก่ การมองเห็น การได้ยิน การรับรส การได้กลิ่น ความรู้สึกทางผิวหนัง เช่น ความเจ็บปวดหรือเหน็บชา ความรู้สึกไม่สุขสบาย รวมทั้งสถิติปัญญา ความจำ การคิด การตัดสินใจ การแก้ปัญหา

7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ หมายถึง ความคิดความเข้าใจ ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อตนเองในภาพรวมและในแต่ละคุณลักษณะ เช่น ความภาคภูมิใจในตนเอง บุคลิกภาพ ภาพลักษณ์ ความรู้สึกต่อความสามารถในงานอาชีพ ความรู้สึกท้อถอย ปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคที่มีผลต่อการรับรู้ตนเอง

8. บทบาทและสัมพันธภาพ หมายถึง กิจกรรมของบุคคลตามบทบาทหน้าที่และการมีสัมพันธภาพของบุคคลต่อบุคคลอื่นทั้งภายในและภายนอกครอบครัว ความขัดแย้งในครอบครัว ปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคต่อการปฏิบัติกิจกรรมตามบทบาท

9. เพศและการเจริญพันธุ์ หมายถึง ลักษณะการเจริญพันธุ์และเพศสัมพันธ์ การเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับเพศสัมพันธ์ การคุมกำเนิด ปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยงและอุปสรรคต่อการพัฒนาการตามเพศและเพศสัมพันธ์

10. การปรับตัวและความทนทานต่อความเครียด หมายถึง การรับรู้ความเครียดและสาเหตุวิธีการและกระบวนการจัดการกับความเครียด อารมณ์พื้นฐาน ปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคในการปรับตัวกับความเครียด

11. คุณค่าและความเชื่อ หมายถึง การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับสิ่งที่มีคุณค่ามีความหมายต่อชีวิต ความขัดแย้งในคุณค่าและความเชื่อ ปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคต่อความมั่นคงในคุณค่าและความเชื่อ

การประเมินสุขภาพโดยใช้ข้อมูลจากแบบแผนสุขภาพเป็นสิ่งจำเป็น เพราะเป็นข้อมูลที่บ่งบอกภาวะสุขภาพของบุคคล เนื่องจากข้อมูลที่ได้มีความสำคัญคือ

1. ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนทางด้านสุขภาพกับโรค ถ้าบุคคลมีแบบแผนทางด้านสุขภาพไม่ถูกต้องจะก่อให้เกิดโรคได้ เช่น แบบแผนการรับประทานอาหาร หรือแบบแผนการออกกำลังกายไม่ถูกต้อง หรือมีการเผชิญความเครียดไม่ถูกต้อง จะทำให้เกิดการเจ็บป่วย เช่น โรคหัวใจหรือความดันโลหิตสูงได้ ในทำนองเดียวกัน โรคหรือการเจ็บป่วยก็มีผลต่อแบบแผนสุขภาพ เช่น มีความเครียดต่อโรคหรือการเจ็บป่วย จะทำให้แบบแผนการขับถ่าย หรือแบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลงได้เช่นกัน

2. ความสัมพันธ์ระหว่างผู้รับบริการกับสิ่งแวดล้อม ความสัมพันธ์ระหว่างผู้รับบริการและสิ่งแวดล้อม เป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาแบบแผนด้านสุขภาพ เช่น แบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพหรือแบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ เป็นสิ่งที่สร้างสมมาจากสิ่งแวดล้อมของบุคคล สังคม และวัฒนธรรม เป็นส่วนที่บุคคลได้เรียนรู้มาตั้งแต่เกิด นอกจากนี้ลักษณะผลผลิตทางการเกษตร อาหารของบุคคล หรือเมื่อบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยหรือเสียชีวิต แบบแผนบทบาทของบุคคลในครอบครัวย่อมเปลี่ยนแปลงไปด้วย

3. พัฒนาการของบุคคล เนื่องจากพัฒนาการของบุคคลในแต่ละวัยมีผลต่อลักษณะหรือความเฉพาะของแบบแผนทางด้านสุขภาพที่แตกต่างกันตามวัย เช่น มีความแตกต่างกันในแบบแผนการขับถ่าย จึงต้องให้ความสนใจในความแตกต่างตามพัฒนาการ หรือความเหมาะสมตามพัฒนาการของบุคคล เช่น ในผู้ใหญ่ที่มีวุฒิภาวะจะมีบรรทัดฐานของแบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพ แบบแผนสติปัญญาและการรับรู้แตกต่างจากบุคคลในวัยอื่น

4. วิธีการปฏิบัติ วิธีการปฏิบัติมีความหมายคล้ายกับวิถีการดำเนินชีวิต (ways of living) แต่คำว่า วิธีการปฏิบัติในที่นี้มีความหมายกว้างกว่า เพราะรวมถึงการปฏิบัติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพร่วมด้วย

5. ประโยชน์ของการนำไปใช้ในทางปฏิบัติ เนื่องจากแบบประเมินที่ดีนั้นจะต้องเป็นแบบที่สามารถนำไปใช้ในทางปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสม เจ้าหน้าที่ที่มีความพร้อมที่จะใช้ได้ทั้ง 11 แบบแผน เพราะแบบแผนสุขภาพไม่ใช่สิ่งใหม่เพียงแต่เป็นสิ่งที่จัดให้เป็นระบบขึ้นอย่างไรก็ตาม บางครั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอาจมีความคิดว่าไม่มีความจำเป็นต้องประเมินในบางแบบแผน เช่น ค่านิยม และความเชื่อเพราะเป็นสิ่งที่ต้องเสียเวลามาก แต่ถ้าละเลยในการประเมินข้อมูลส่วนนี้ไปเป็นสิ่งที่ น่าเสียดาย เพราะเราจะพบว่าบางครั้งการให้การพยาบาลหรือให้คำแนะนำแก่ ผู้รับบริการนั้นเป็นการสูญเปล่า ทั้งนี้เพราะค่านิยมและความเชื่อของเขาไม่ได้รับความสนใจ ดังนั้นควรประเมินทุกแบบแผน (สุทธิตรา 2534)

อย่างไรก็ตามแบบแผนสุขภาพเป็นเพียงเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของภาวะสุขภาพเท่านั้น ยังต้องมีการพัฒนาปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้นต่อไป โดยสามารถวิเคราะห์ข้อดีและจุดอ่อนของแบบแผนสุขภาพได้ดังนี้

ข้อดีของแบบแผนสุขภาพ

1. กรอบแนวคิดของแบบแผนสุขภาพสอดคล้องกับธรรมชาติของการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งในการปฏิบัติการพยาบาลเน้นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการ เช่น การให้คำแนะนำในผู้รับบริการที่มีบริโคนิสัยที่ไม่ถูกต้องหรือแนะนำให้รู้จักวิธีการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย เช่น การรับประทานยา การออกกำลังกาย การลดความเครียด ให้ผู้รับบริการเลิกพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง เช่น เลิกสูบบุหรี่ โดยมุ่งให้ผู้รับบริการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นพฤติกรรมภายนอกที่ถูกต้อง มีผลโดยตรงต่อกลไกการทำงานด้านกายภาพและสภาพจิตใจอยู่ในภาวะปกติ ปฏิบัติหน้าที่ได้ตามปกติ

2. แบบแผนสุขภาพเป็นกรอบแนวคิดที่กว้างสามารถจะพัฒนาและผสมผสานรูปแบบทาง การพยาบาลอื่นได้ หรือนำหลักการของรูปแบบอื่น ๆ มาใช้ได้ เช่น การนำหลักการของการปรับตัว การดูแลตนเองมาใช้ในแต่ละแบบแผนย่อย

3. แบบแผนสุขภาพมีความยืดหยุ่นในการใช้ค่อนข้างสูง ทำให้นำไปใช้ได้ทั้งในการดูแล ผู้รับบริการในทุกภาวะสุขภาพและทั้งที่เป็นบุคคล ครอบครัว และชุมชน ทั้งในบุคคลที่มีสุขภาพดี และเจ็บป่วย

4. แบบแผนสุขภาพเป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวางในการนำไปใช้เป็นการประกอบของการเก็บ รวบรวมข้อมูล การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ในการให้การพยาบาลบุคคลทั้งกับเด็กและผู้ใหญ่ รวมทั้งในสาขาเฉพาะ เช่น ในผู้สูงอายุ ในหญิงหลังคลอด ในการประเมินด้านจิตสังคม การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต เป็นต้น ซึ่งจะทำให้การพัฒนากรอบแนวคิดนี้ชัดเจนยิ่งขึ้น

5. แบบแผนสุขภาพเป็นแบบแผนที่ง่ายต่อการเข้าใจ เพราะแต่ละแบบแผนนั้นไม่แตกต่าง จากความเชื่อพื้นฐานเดิมเกี่ยวกับคน สิ่งแวดล้อม และสุขภาพ และภาษาที่ใช้เป็นภาษาทั่วไปที่ใช้ในการพยาบาล ไม่ได้บัญญัติศัพท์ที่แตกต่างจากเดิมซึ่งจะทำให้สื่อสารยาก

6. การใช้แบบแผนสุขภาพเป็นกรอบแนวคิด สามารถนำข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เป็นที่ ยอมรับแล้วของสมาคมวินิจฉัยทางการพยาบาลแห่งสหรัฐอเมริกาเหนือ (NANDA) บรรจุลงไว้ทั้งหมด ในแบบแผนสุขภาพ

จุดอ่อนของแบบแผนสุขภาพ

1. แบบแผนสุขภาพยังเป็นกรอบแนวคิดที่เป็นเพียงแนวคิดพื้นฐานและเน้นเฉพาะการ เก็บรวบรวมข้อมูล และการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และไม่ได้ให้ความหมายของการ พยาบาลที่ชัดเจนในการแก้ไขปัญหาหรือดำรงสุขภาพ

2. เนื่องจากขอบเขตของแบบแผนสุขภาพแต่ละแบบแผนมีความเกี่ยวข้องกันมากในบาง แบบแผนคล้ายเป็นสิ่งเดียวกัน เช่น แบบแผนที่ 1 การรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ และแบบ แผน ที่ 6 สถิติปัญญาและการรับรู้ จึงจำเป็นต้องมีการทดลองใช้และกำหนดขอบเขตของแต่ละแบบ แผนให้ ชัดเจนยิ่งขึ้นในการนำไปปฏิบัติเพื่อไม่ให้เกิดการสับสน

3. แต่ละแบบแผนมีความซับซ้อน และขอบเขตที่มีขนาดแตกต่างกันมาก เช่น แบบแผน กิจกรรมและการออกกำลังกาย แบบแผนอาหารและการเผาผลาญสารอาหารเป็นแบบแผนขนาดใหญ่ ที่มีความเกี่ยวพันและซับซ้อนมากกว่าแบบแผนอื่น ๆ ในการนำไปใช้มีความจำเป็นที่จะต้องแยกเป็นแบบแผนย่อยที่ชัดเจนยิ่งขึ้น

เมื่อวิเคราะห์ข้อดีแบบแผนสุขภาพกับจุดอ่อนของแบบแผนสุขภาพดังกล่าวข้างต้น พอสรุปได้ว่า แบบแผนสุขภาพเป็นเครื่องมือหนึ่งที่นักวิจัยทางสุขภาพควรนำมาใช้เพื่อพัฒนากรอบแนวคิดนี้ให้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น ดังนั้น การวิจัยนี้จึงถือเป็นส่วนหนึ่งที่ต้องการพัฒนากรอบแบบแผนสุขภาพให้มีความชัดเจนมากขึ้น และแบบแผนสุขภาพนี้ค่อนข้างครอบคลุมการวัดทั้งด้านร่างกายจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณของคน ซึ่งสอดคล้องกับภาวะสุขภาพตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (WHO 1974) ดังนั้นการวิจัยนี้จึงใช้แนวคิดนี้เชื่อมต่อกับองค์ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ย้ายถิ่นและการจ้างงานในโรงงานอุตสาหกรรมยางพารา

การย้ายถิ่น การจ้างงานและสุขภาพของแรงงานหญิงย้ายถิ่น

ความหมายของการย้ายถิ่น

การย้ายถิ่น มีความหมายที่แตกต่างกันบางประการ กล่าวคือ หมายถึงการเปลี่ยนแปลงที่อยู่อาศัยอย่างถาวร หรือกึ่งถาวร แต่มิใช่การเปลี่ยนแปลงตามปกติในวิถีชีวิตประจำวัน เป็นการเคลื่อนที่เชิงพื้นที่ระหว่างภูมิภาคหนึ่งไปยังภูมิภาคหนึ่ง หรือความหมายที่ใช้กันมากที่สุด เป็นการย้ายข้ามเขตการปกครอง เป็นการย้ายออกจากอาณาเขตหนึ่ง ซึ่งเรียกว่า ท้องถิ่นต้นทางไปสู่อีกอาณาเขตหนึ่ง เรียกว่า ท้องถิ่นปลายทาง เกณฑ์สำคัญอย่างหนึ่งในการกำหนดการย้ายถิ่น คือ อาณาเขต และเวลาที่กำหนด เช่น 3 เดือน 6 เดือน 1 ปี หรือ 5 ปี (เพ็ญพร, 2527:85)

ประเภทของการย้ายถิ่น

การย้ายถิ่นมีหลายประเภท ขึ้นกับความต้องการศึกษา เมื่อแบ่งประเภทการย้ายถิ่นตามระยะเวลา แบ่งได้เป็น (อภิชาติ และกฤตยา 2524:167-172)

1. การย้ายถิ่นตามฤดูกาล หมายถึง การย้ายถิ่นของผู้ประกอบการทางการเกษตรในช่วงฤดูว่างงาน

2. การย้ายถิ่นชั่วคราวและการย้ายถิ่นถาวร การย้ายถิ่นตามฤดูกาลเป็นการย้ายถิ่นชั่วคราว ชนิดหนึ่ง ระยะเวลาที่แน่นอนไม่กำหนดชัดเจน แต่โดยทั่วไปมักเป็นระยะเวลาานพอประมาณ 5 ปี จัดได้ว่าเป็นการย้ายถิ่นถาวร แต่อย่างไรก็ตามเมื่อมีการย้ายถิ่นถาวรแล้ว ก็อาจมีการย้ายถิ่นเกิดขึ้นได้เสมอ ไม่จำเป็นต้องเป็นการย้ายถิ่นครั้งสุดท้ายของผู้ย้ายถิ่นนั้น

3. การย้ายถิ่นในระยะเริ่มต้น อาจเป็นการย้ายถิ่นชั่วคราว หรือถาวร หรือการย้ายถิ่นตามฤดูกาล แต่ต้องเป็นการย้ายเข้ามาได้ไม่นานนัก เช่น ไม่เกิน 1 หรือ 2 ปี ในบางประเทศอนุโลมให้ได้ถึง 5 ปี เรียกว่า การย้ายถิ่นภายใน 5 ปี และเรียกกลุ่มนี้ว่า "ผู้ย้ายถิ่นใหม่"

กล่าวโดยสรุปในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ การย้ายถิ่น หมายถึง การเคลื่อนย้ายเชิงพื้นที่ภายในประเทศจากท้องที่ที่เคยอยู่ประจำ ไปอยู่ในท้องที่ใหม่ ในระยะเวลาเริ่มต้นไม่เกิน 1 ปี

ทฤษฎีการย้ายถิ่น

ในเรื่องการย้ายถิ่นมีแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมุ่งอธิบายถึงสาเหตุ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจย้ายถิ่น ตลอดจนคุณลักษณะของผู้ย้ายถิ่น สำหรับการย้ายถิ่นแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. **ทฤษฎีการย้ายถิ่นของลี** ศาสตราจารย์เอฟเวอร์เร็ด ลี (Lee, 1966 อ้างตาม สันทัศน์, 2539: 53) เป็นผู้เสนอทฤษฎีว่าด้วยการย้ายถิ่น (Theory of Migration) ซึ่งเป็นที่รู้จักกันอย่างกว้างขวาง กล่าวถึง องค์ประกอบของการย้ายถิ่น 4 ประการ คือ

1.1 ปัจจัยหรือเงื่อนไขในพื้นที่ต้นทาง (place of origin) การที่บุคคลย้ายออกหรือยอมออกจากที่พำนักอาศัยประจำ เนื่องจากอิทธิพลปัจจัยที่อยู่ในพื้นที่ต้นทาง ซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยผลักดัน และปัจจัยดึงหรือยัคนบุคคลไว้ ปัจจัยผลักดันถือเสมือนเป็นปัจจัยลบ ที่ทำให้คนไม่ประสงค์จะอยู่ที่เดิม ในขณะที่ปัจจัยดึงเป็นเสมือนปัจจัยบวก เป็นสิ่งที่คอยยัคนให้บุคคลไม่ยอมละทิ้งถิ่นที่อาศัย นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่เป็นกลาง ซึ่งองค์ประกอบของการดำเนินชีวิตในพื้นที่นั้น ๆ ปัจจัยทั้งสามนี้จะไม่คงที่มีการเปลี่ยนแปลงตามเวลา หรือการให้คุณค่าของบุคคล การย้ายถิ่นจะเกิดขึ้นเมื่อประมวณน้ำหนักของปัจจัยทั้งสามกลุ่มในพื้นที่ต้นทางเหล่านี้

1.2 ปัจจัยหรือเงื่อนไขในพื้นที่ปลายทาง (place of destination) ณ จุดของพื้นที่ปลายทาง ก็มีปัจจัยสำคัญ 3 กลุ่ม เช่นกัน ผู้ย้ายถิ่นจะพิจารณาปัจจัยต่าง ๆ ในพื้นที่ปลายทางประกอบการตัดสินใจที่จะดำเนินการย้ายถิ่น ซึ่งผู้ย้ายถิ่นอาจไม่ใช่บุคคลที่เข้าใจถึงปัจจัยต่าง ๆ ในท้องที่ปลายทางได้ดีเท่ากับในพื้นที่ต้นทาง ทำให้อาจเกิดการตัดสินใจผิดพลาดได้เช่นกัน

1.3 ปัจจัยอุปสรรคที่อยู่ระหว่างพื้นที่ต้นทางและพื้นที่ปลายทาง (intervening obstacles) เป็นอุปสรรครวมตั้งแต่กระบวนการเดินทาง ขั้นตอนต่าง ๆ ที่ต้องผ่านจากพื้นที่ต้นทาง ไปสู่พื้นที่ปลายทาง ถ้าอุปสรรคเหล่านั้นมีน้อยก็ย่อมช่วยให้เกิดการตัดสินใจย้ายถิ่นได้ไม่ยาก

4. ปัจจัยด้านบุคคล เป็นลักษณะของบุคคลที่จะย้ายถิ่น ซึ่งจะเป็ปัจจัยที่สำคัญในการตัดสินใจกำหนดคุณค่าน้ำหนักของปัจจัยต่าง ๆ ที่กล่าวถึงแล้วนั้นเปรียบเทียบกันซึ่งประกอบด้วย ความแตกต่างของบุคคลไม่ว่าจะเป็นอายุ เพศ การศึกษา อาชีพ ตลอดจนประสบการณ์ชีวิต เป็นต้น

ดังนั้นการย้ายถิ่นเป็นกระบวนการเลือกสรรคน (selective process) เพราะอุปสรรคที่ขัดขวาง จะเป็นสิ่งที่คัดเลือกบุคคล ดังนั้น ผู้ย้ายถิ่นออกจึงต้องเป็นผู้ที่แข็งแรง สุขภาพดี ทรหด และกล้าต่อสู้กับสิ่งต่าง ๆ และมีความสามารถต่อสู้ด้วย จึงสามารถประสบความสำเร็จในการย้ายถิ่น แต่เมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลในพื้นที่ปลายทางแล้ว จะมีคุณสมบัติดีกว่าผู้ที่อยู่อาศัยในพื้นที่ปลายทางและโดยทั่วไปผู้ย้ายถิ่นจะมีลักษณะบางอย่างร่วมกับประชากรในเขตเดิม แต่ขณะเดียวกันก็มีลักษณะบางอย่างใกล้เคียงกับประชากรในพื้นที่ปลายทางแต่ไม่มากนัก

จะเห็นได้ว่าทฤษฎีการย้ายถิ่นของทิสสร้างขึ้นเพื่ออธิบายการย้ายถิ่นโดยสมัครใจ (voluntary migration) เท่านั้น ไม่รวมถึงการย้ายถิ่นโดยการบังคับ (forced migration) แต่ทิส ก็ยังเห็นว่าบางครั้งบุคคลอาจตัดสินใจย้ายถิ่น อาจไม่จำเป็นต้องใช้เหตุผลในการตัดสินใจอย่างสมบูรณ์ เพราะบางคนอาจไม่มีโอกาสได้ตัดสินใจเลย

2. ทฤษฎีการตัดสินใจย้ายถิ่นในเชิงจิตวิทยา "ค่านิยม-ความคาดหวัง" เป็นการศึกษาการตัดสินใจย้ายถิ่นเชิงจิตวิทยา โดยให้ความสำคัญกับค่านิยมของแต่ละบุคคลควบคู่ไปกับความคาดหวัง โดยจำแนกค่านิยมออกเป็น 7 กลุ่ม คือ (De Jong and Fawcett 1981 อ้างตามศุภชัย, 2534:23)

2.1 โภคทรัพย์ เช่น รายได้สูง ความสามารถจะเลี้ยงตนเองได้ในวัยชราสามารถที่จะใช้จ่ายฟุ่มเฟือยได้ในบางครั้ง

2.2 สถานภาพ เช่น การศึกษา การมีอำนาจ ความมีศักดิ์ศรีมีเกียรติในงานอาชีพ และการเป็นที่ยอมรับของสังคม

2.3 ความสุขสบาย เช่น การทำงานง่าย ๆ ดำรงชีพอย่างมีความสุขในชุมชน มีเวลาทำกิจกรรมตามความสนใจ มีที่อยู่อาศัยที่สะดวกสบาย

2.4 มีสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความเบื่อกวน ทำกิจกรรมใหม่ ๆ ที่น่าตื่นเต้น พบปะผู้คน หลากหลาย

2.5 ความมีอิสระภาพ เป็นตัวของตัวเอง เช่น มีอิสระในการพูด การทำตามความ สนใจ มีอิสระในการดำเนินการทางเศรษฐกิจ

2.6 ความผูกพันกับญาติพี่น้อง เพื่อนฝูง ครอบครัว หรือสมาคมที่ตนสังกัดอยู่

2.7 การเข้าหาหลักสูตร เพื่อให้ได้รับสิ่งที่ต้องการ และมีส่วนร่วมทางศาสนา

ประเด็นค่านิยมทั้ง 7 ประการ ดังกล่าว เป็นสิ่งสำคัญที่มีผลต่อการตัดสินใจต่อการย้ายถิ่น ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยหลักคือ ลักษณะทางประชากรของบุคคลหรือครัวเรือน สังคม และบรรทัดฐานทางวัฒนธรรม สำหรับสาเหตุรองของการย้ายถิ่น คือ ลักษณะของบุคคลที่ประกอบด้วย การอยากลอง คิดถึงประโยชน์ที่จะได้รับ ตลอดจนการปรับตัวและโครงสร้างทางโอกาสของพื้นที่ที่ต่างกัน โดยผ่านระบบข่าวสารข้อมูล ผู้ที่กำลังตัดสินใจย้ายถิ่นจะคำนึงถึงความสามารถในการปรับ ตัวของตนตาม สถานการณ์ต่าง ๆ ที่ต้องเผชิญเมื่อย้ายถิ่น ซึ่งส่งผลต่อความคาดหวังที่จะบรรลุตาม ค่านิยมทั้ง 7 ประการ ดังกล่าว

3. การย้ายถิ่นตามแนวคิดทางสังคมวิทยา (Mangalan and Schwarzweiler, 1975 อ้างตาม สันทัศน์, 2539:56) เป็นแนวคิดที่กล่าวถึง การย้ายถิ่นเป็นกระบวนการตัดสินใจที่จะเปลี่ยนที่อยู่อาศัย โดยมีเป้าหมายที่สำคัญคือ การเปลี่ยนสภาวะทางสังคม ไปสู่สภาวะทางสังคมใหม่ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบคือ

3.1 การเปลี่ยนที่อยู่อาศัย ซึ่งเกิดจากความประสงค์ของตนเองโดยไม่ถูกบังคับแต่ ต้องการเปลี่ยนสภาวะทางสังคมที่ตนอาศัย

3.2 การตัดสินใจซึ่งอาศัยค่านิยมของบุคคล โดยเปรียบเทียบคุณค่าของที่อยู่อาศัย ปัจจุบันกับที่อยู่อาศัยใหม่ หากสามารถตอบสนองความพึงพอใจได้มากกว่าที่เก่าก็จะตัดสินใจย้ายถิ่น

3.3 การเปลี่ยนสภาวะทางสังคม กล่าวคือ ผู้ย้ายถิ่นเชื่อว่าการย้ายถิ่นจะเปลี่ยนรูปแบบความสัมพันธ์ทางสังคมกับเพื่อนบ้าน และชุมชน มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนในที่อยู่อาศัยใหม่ มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการติดต่อ หรือปะทะสังสรรค์ตลอดจนมีรูปแบบใหม่ของการพักผ่อน การจ่ายตลาด การหาซื้อสินค้า และการเยี่ยมเยียนเพื่อนบ้าน เป็นต้น แต่ก็ยังเชื่อว่าองค์การทางสังคม หรือระบบความสัมพันธ์ทางสังคมในที่ใหม่มีความคล้ายคลึงกับระบบความสัมพันธ์ในที่เก่า

ทำให้เขากล้าตัดสินใจง่ายขึ้น เมื่อรู้สึกว่าจะไม่ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตมากมาย ค่านิยมเก่ายังพอใช้ได้ แม้ว่าจะไม่มีความสะดวกในจุดหมายปลายทางของกา้ายถิ่นก็ตาม

ผู้ย้ายถิ่นจะตัดสินใจเลือกย้ายถิ่นหรือไม่ เมื่อประมวลทางเลือกในการปฏิบัติ ณ พื้นที่ปลายทางแล้ว ดังนี้

1. ผู้ย้ายถิ่นมีโอกาสเลือกปฏิบัติตามวัฒนธรรมทั้ง 2 รูปแบบ ทั้งที่เก่าและใหม่
2. สังคมใหม่มีการยอมรับ และไม่ต่อต้านวัฒนธรรม และรูปแบบความสัมพันธ์ทางสังคมเดิมที่เขามีอยู่
3. ผู้ย้ายถิ่นมีทางเลือกที่ถ้าหากในกรณีที่มีอุปสรรค ทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตในที่ใหม่ได้ ก็สามารถจะย้ายไปอีกสังคม หรืออีกพื้นที่ได้
4. ผู้ย้ายถิ่นเห็นแนวทางของการเดินทางกลับ หรือย้ายกลับไปอาศัยที่เดิม เมื่อไม่สามารถปรับตัวในที่อาศัยใหม่ได้

แนวคิดและทฤษฎีการย้ายถิ่นที่กล่าวแล้วนั้น ทำให้เข้าใจถึงปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการตัดสินใจในการย้ายถิ่นได้มากขึ้น ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจถึงการปรับตัวและภาวะสุขภาพของผู้ย้ายถิ่นมากกว่าการมุ่งศึกษาเพียงแหล่งที่มาของการย้ายถิ่นเพียงด้านเดียว

การย้ายถิ่นในประเทศไทย จากการศึกษาของนักงานสถิติแห่งชาติ ในระหว่าง พ.ศ. 2533-2535 พบว่า ประชากรประมาณร้อยละ 6.2 ได้ย้ายถิ่นอย่างน้อย 1 ครั้ง ผู้ย้ายถิ่นในเขตเมืองจะสูงกว่าในเขตชนบทคือ ร้อยละ 7.1 และ 5.9 ตามลำดับ อัตราการย้ายถิ่นในภาคใต้ประมาณ ร้อยละ 5.0

สำหรับเหตุผลการย้ายถิ่น พบว่ามีเหตุผลหลัก 3 ประการคือ เหตุผลทางเศรษฐกิจ ซึ่งได้แก่ การหางานทำ ต้องการทำงานที่รายได้มากกว่าเดิม และการย้ายที่ทำงาน เหตุผลทางการศึกษา และเหตุผลทางครอบครัว ได้แก่ การย้ายเพื่อติดตามคู่สมรส ติดตามหัวหน้าครัวเรือน และย้ายกลับภูมิลำเนา

ในการย้ายถิ่นเข้าเมือง พบว่า ในผู้ย้ายถิ่นเพศชาย เหตุผลทางเศรษฐกิจ เป็นเหตุผลที่สำคัญที่สุดของผู้ย้ายถิ่นชาย ส่วนใหญ่เป็นการย้ายเพื่อหางานทำ ร้อยละ 28.2 ต้องการงานที่รายได้มากกว่าเดิม ร้อยละ 19.2 เหตุผลรองมาคือ เหตุผลทางครอบครัว ประมาณ ร้อยละ 21.0 โดยเฉพาะการย้ายตามคนในครอบครัวเดียวกันมีร้อยละ 17 เหตุผลอีกประการคือ เพื่อการศึกษามีประมาณ ร้อยละ 12.3 สำหรับผู้ย้ายถิ่นเพศหญิง พบว่า เหตุผลทางครอบครัวมีสัดส่วนสูงกว่าชาย

คือ ร้อยละ 37.8 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2537:20-21) ส่วนการย้ายถิ่นในผู้สูงอายุ พบว่า มีอัตราการย้ายถิ่นประมาณ ร้อยละ 20 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2537:14)

การย้ายถิ่นกับการจ้างงาน : แนวคิดเชิงทฤษฎี

แนวคิดเชิงทฤษฎี การย้ายถิ่นกับการจ้างงาน เกี่ยวกับการย้ายถิ่นแรงงานในชนบทสู่เมือง ที่ได้รับการพัฒนาโดย ลูอิส (Lewis 1954) ซึ่งมีการขยายความโดยเรนีสและไฟท์ (Ranis and Fei 1961) โครงสร้างรวมนี้เรียกว่า แบบจำลอง แอล-เฟอ-อาร์ (L-F-R Model) แบบจำลองนี้พิจารณาการย้ายถิ่นในฐานะที่กลไกดุลยภาพที่ส่งผ่านการย้ายถิ่นของแรงงานจากภาคที่มีแรงงานส่วนเกิน (labour surplus sector) ไปยังภาคที่ขาดแคลนแรงงาน (labour deficit sector) เพื่อทำให้เกิดความเสมอภาคระหว่างสองภาคเศรษฐกิจ ซึ่งแบบจำลองนี้อิงกับแนวคิดเรื่องระบบเศรษฐกิจทวิลักษณ์ (dualistic economy) ซึ่งประกอบด้วยภาคเศรษฐกิจพอยังชีพ หมายถึง ภาคเกษตรกรรมซึ่งมีลักษณะการว่างงานและการทำงานต่ำกว่าระดับกับภาคอุตสาหกรรมสมัยใหม่ (modern sector) ซึ่งมีลักษณะการทำงานเต็มที่ ซึ่งนายทุนจักลงทุนใหม่ (reinvest) จากจำนวนกำไรทั้งหมดอีกครั้งหนึ่งในภาคเศรษฐกิจพอยังชีพผลิตผลส่วนเพิ่มของแรงงาน เท่ากับศูนย์หรือมีค่าต่ำมาก และคนงานได้รับค่าจ้าง ซึ่งเท่ากับต้นทุนพอยังชีพของตน ดังนั้น ในภาคนี้ค่าจ้างจึงต่ำ ส่วนในภาคอุตสาหกรรมค่าจ้างยังคงให้อยู่ในระดับที่มากกว่าค่าจ้างเฉลี่ยในภาคเกษตรกรรม ในระบบเศรษฐกิจทวิลักษณ์จึง มีการย้ายถิ่นกำลังแรงงานจากภาคเกษตรกรรมไปสู่ภาคอุตสาหกรรมเป็นการไปเพิ่มการผลิตทางอุตสาหกรรมเหมือนกับไปเพิ่มกำไรให้นายทุน และเพราะกำไรนี้จึงถูกนำมาลงทุนใหม่อย่างเต็มที่ในการพัฒนาอุตสาหกรรม ซึ่งย่อมส่งผลต่อการเพิ่มอุปสงค์ต่อแรงงานจากภาคเกษตรกรรม กระบวนการนี้สามารถดำเนินต่อไปได้ตราบเท่าที่มีกำลังแรงงานจากภาคเกษตรกรรมหลังไหลเข้าสู่ภาคอุตสาหกรรม หรือมีการว่างงานแบบแอบแฝง ซึ่งเสนออุปทานให้ภาคอุตสาหกรรมในเมืองนั้นถูกกับมติให้มีความยืดหยุ่นมาก (elastic) ณ ระดับค่าจ้างระดับหนึ่งไว้ ที่ดำรงอยู่ในภาคชนบทที่พอยังชีพอยู่ได้ ลักษณะนี้อาจจะดำเนินต่อเนื่องอย่างไม่มีกำหนดเวลา ถ้าหาก อัตราการเพิ่มของประชากรในภาคชนบทยังคงสูงกว่าหรือเท่ากับ อัตราการย้ายถิ่นของแรงงานแต่ละจุดจะยุติเมื่ออัตราการขยายตัวของอุปสงค์ต่อแรงงานไม่อาจขยายตัวต่อไปได้ โดยสอดคล้องกับอัตราความเจริญเติบโตของประชากรในพื้นที่ ชนบท ซึ่งจุดอ่อนของแนวคิดนี้คือ การวิเคราะห์การย้ายถิ่นใน

ภาพรวมจริง ๆ มิได้ถูกดึงดูเฉพาะในเรื่องการว่างงานและการทำงานต่ำกว่าระดับในเขตชนบทเพียงปัจจัยเดียว หากมีปัจจัยอื่น ๆ เป็นตัวร่วมในการตัดสินใจย้ายถิ่น เช่น ปัจจัยผลักดันจากถิ่นต้นทาง (push factor) ปัจจัยดึงดูดจากถิ่นปลายทาง (pull factor) หรือปัจจัยอุปสรรคระหว่างถิ่นต้นทางและถิ่นปลายทาง (Lee 1966; Ravenstein 1885 1889) นอกจากนั้น ข้อสมมติของลูอิสที่ว่าการผลิตส่วนเพิ่มที่เข้าใกล้ศูนย์ในภาคเกษตรกรรมนั้นค่อนข้างมีข้อมูลเชิงประจักษ์ในประเทศพัฒนาหรือประเทศด้อยพัฒนา หลาย ๆ ประเทศ แสดงให้เห็นว่า ภายใต้เงื่อนไขของการผลิต การจัดสรรแรงงานมีแนวโน้มยังสามารถผลิตผลด้านเกษตรกรรมได้อยู่ เช่น ประเทศไทยถึงแม้จะพบว่าการย้ายถิ่นจากชนบทสู่กรุงเทพมหานครค่อนข้างสูง แต่ความสามารถของภาคอุตสาหกรรมในการดูดซับแรงงานได้ประมาณ 8% ถึง 10% ของกำลังแรงงานที่อยู่ในภาคอุตสาหกรรมตลอดช่วง 10 ปีที่ผ่านมา และด้วยเหตุนี้ประสบการณ์การเป็นอุตสาหกรรมของไทยจึงต่างจากเกาหลี หรือไต้หวัน ตรงที่ว่าไม่ได้นำมาสู่ระบบการกลายเป็นกรรมาชีพหรือแรงงานรับจ้าง (proletarianization) คือแรงงานที่ถูกแยกสลายออกจากที่ดินและดำรงชีพอยู่ได้ด้วยการทำงาน เพื่อแลกค่าจ้าง (วรวิทย์ เจริญเลิศ 2535:65) แต่ผู้ย้ายถิ่นยังทำงานเกษตรกรรมอีกร้อยละ 41.7 (สำนักงาน สถิติแห่งชาติ 2535:21)

ต่อมา นักเศรษฐศาสตร์นีโอคลาสสิก เน้นการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการย้ายถิ่นกับค่าจ้างในระดับจุลภาค ภายใต้สมมติฐานของระบบตลาดที่มีการแข่งขันสมบูรณ์ และการแสวงหาอรรถประโยชน์สูงสุด ปัจเจกชนจะมีกระบวนการตัดสินใจอย่างมีเหตุผล (rational) ในการที่จะย้ายถิ่นหรือไม่ย้ายถิ่น นักเศรษฐศาสตร์สำคัญ ๆ ซึ่งมีผลงานการศึกษาเกี่ยวกับการย้ายถิ่นโดยการประยุกต์ทฤษฎีการลงทุนของนีโอคลาสสิกเข้ามาใช้วิเคราะห์คือ แจสตาต (Sjaastad 1962:80-93) ในแบบจำลองนี้ผู้ย้ายถิ่นจะทำการประเมินและเปรียบเทียบระหว่างต้นทุนกับผลที่พึงได้ในอนาคต โดยจะทำการเปรียบเทียบก่อนที่จะตัดสินใจย้ายถิ่น ซึ่งผลได้จะประกอบด้วยความแตกต่างทางรายได้ระหว่างรายได้เดิมกับรายได้ซึ่งผู้ย้ายถิ่นคาดว่าจะได้รับจากโอกาสการมีงานทำที่ดีขึ้นเมื่อย้ายไปถิ่นใหม่ ส่วนต้นทุน จะรวมทั้งต้นทุนที่เป็นตัวเงิน (money costs) โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นระหว่างที่ทำการเคลื่อนย้าย เช่น ค่าอาหาร ค่าที่พักและค่าเดินทาง และต้นทุนที่ไม่ใช่ตัวเงิน (non-money costs) เช่น รายได้ที่ต้องสูญเสียไปในระหว่างช่วงการหางาน และการฝึกงาน รวมทั้งต้นทุนทางด้านจิตใจ (psychic costs) เช่น ความคิดถึงบ้าน การปรับตัวต่อสภาพภูมิอากาศ เป็นต้น

ถ้าผู้ย้ายถิ่นพิจารณาพบว่า ต้นทุนการย้ายถิ่นสูงกว่าความแตกต่างของรายได้ในปัจจุบัน การย้ายออกจากถิ่นเดิมจะไม่เกิดขึ้น ถึงแม้จะมีความแตกต่างของค่าจ้างระหว่างสองพื้นที่อย่างสำคัญก็ตาม ทั้งนี้ ยังมีได้นำเอาค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ที่เพิ่มขึ้นจากการย้ายถิ่นเข้ามาพิจารณาด้วย ดังนั้น การลงทุนในการย้ายถิ่นจึงเป็นผลของการประเมินและเปรียบเทียบระหว่างต้นทุนกับผลได้ที่พึงได้โดยเปรียบเทียบ แต่ในส่วนทั้งหมดแล้ว แอสดาตมีความเห็นว่า การลงทุนย้ายถิ่นก็มีลักษณะเหมือนกับการลงทุนในทุนมนุษย์ (เช่น การลงทุนในการศึกษา เป็นต้น) ซึ่งให้ผลตอบแทนสูงและจะก่อให้เกิดความเจริญทางเศรษฐกิจ

เพื่อให้ง่ายต่อการทำความเข้าใจแนวคิดของนักเศรษฐศาสตร์นีโอคลาสสิกเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของการเคลื่อนย้ายกำลังคนกับค่าจ้าง สามารถเขียนเป็นสูตรได้ดังนี้

$$M_i = \frac{dL}{dt_i} = f(\Delta X)$$

โดยที่ M_i คือ กระแสการย้ายถิ่นของแรงงานเข้าหรือออกจากพื้นที่ i

L คือ จำนวนประชากรในวัยแรงงาน

X คือ ปราคฏการณ์ทางเศรษฐกิจตามแนวคิดทางเศรษฐศาสตร์

(economic concepts) ซึ่ง ΔX แสดงการเปลี่ยนแปลง X

นั่นคือ แรงงานพร้อมที่จะย้ายถิ่นเข้าและออกจากพื้นที่ i เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงในปราคฏการณ์ทางเศรษฐกิจ

อย่างไรก็ตาม ได้มีการนำแนวคิดนี้มาใช้ในประเทศด้อยพัฒนา แต่เริ่มให้ข้อสนใจเกี่ยวกับอัตราการว่างงานในเมืองที่ปรากฏค่อนข้างสูง โดยมีความหมายว่า ผู้ย้ายถิ่นต้องรวมการตัดสินใจในการย้ายถิ่นที่เกี่ยวข้องกับโอกาสของการได้รับการจ้างงานในเมืองด้วย แบบจำลองนี้คือ การนำอัตราการว่างงานในเมืองมาพิจารณา ซึ่งเป็นข้อเสนอของโทคาโร (Todaro 1959 1970) นั่นเอง

โทคาโร (Todaro 1970) ตั้งข้อสังเกตไว้ว่า การสรุปว่าระบบเศรษฐกิจที่มีการ ย้ายถิ่นกำลังแรงงานจากสาขาเกษตรกรรม ซึ่งกำลังคนส่วนใหญ่มีผลิตภาพต่ำ เข้าสู่สาขาอุตสาหกรรม ซึ่งกำลังคนมีผลิตภาพโดยเปรียบเทียบแล้วสูงกว่า ย่อมแสดงถึงระบบเศรษฐกิจนั้น มีการพัฒนาเศรษฐกิจ การสรุปเช่นนี้ยังเป็นการสรุปที่ยังมีข้อบกพร่องอยู่ เพราะเป็นการมองกระบวนการ-

ย้ายถิ่นกำลังแรงงานว่า เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในขั้นตอนเดียว ทั้ง ๆ ที่ในความเป็นจริงนั้น การย้ายถิ่นของกำลังคนในประเทศ โดยเฉพาะประเทศกำลังพัฒนานั้น การย้ายถิ่นกำลังแรงงานจากชนบทเข้าสู่เมืองนั้นเกิดขึ้นใน 2 ขั้นตอนแรงงานจะย้ายถิ่นเข้ามาอยู่ในเขตเมือง แล้วใช้เวลาบางส่วนในการทำการผลิตในสาขาการผลิตดั้งเดิม (เช่น กรณีของลูกจ้างทำงานในโรงงานทอผ้า ซึ่งเดิมเคยทำนาอยู่ต่างจังหวัด ได้เดินทางเข้ามารับจ้างทำงานในโรงงานอาศัยกินอยู่กับนายจ้างเจ้าของโรงงาน และจะขอลากลับบ้านนอกเพื่อช่วยทางบ้านทำนาเกี่ยวข้าว ฯลฯ เมื่อหมดฤดูทำนาก็จะกลับมาทำงานรับจ้างในโรงงานตามเดิม) ส่วนในขั้นที่ 2 แรงงานทั้ง 2 แรงงานนี้จะถูกผนวกเข้าไปเป็นกำลังคนในสาขาอุตสาหกรรมที่ทันสมัย เพราะฉะนั้น การตัดสินใจย้ายถิ่นจากชนบทเข้าสู่เมืองจึงขึ้นอยู่กับ 2 ตัวแปร คือ

1. ความแตกต่างของรายได้จริง ระหว่างการทำงานในเขตเมืองและเขตชนบท
2. ความเป็นไปได้ของแรงงานที่จะได้ทำงาน

โทคาโร (1970:141) อธิบายการย้ายถิ่นจากชนบทสู่เมืองด้วยสูตรดังนี้ คือ

$$S'(t) = \frac{F \cdot V_u(t) - V_R(t)}{F}, F > 0$$

$$S(t) = V_R(t)$$

โดยที่ $S'(t)$ คือ การย้ายถิ่นสุทธิจากชนบทสู่เขตเมือง
 $S(t)$ คือ จำนวนประชากรในวัยแรงงานในเมือง
 $V_u(t)$ คือ มูลค่าปัจจุบันของรายได้แท้จริงในเมือง
 $V_R(t)$ คือ มูลค่าปัจจุบันของรายได้แท้จริงในชนบท

บนสมมติฐานว่าด้วยการย้ายถิ่นของแรงงานเป็นปรากฏการณ์ทางเศรษฐกิจ ซึ่งแรงงานจะมีการตัดสินใจอย่างมีเหตุผล โดยเปรียบเทียบระหว่างต้นทุนกับผลได้ที่พึงได้ ภาวะดุลยภาพจะเกิดขึ้นเมื่อกระแสการเคลื่อนย้ายแรงงานหยุดลง อันเนื่องมาจากมาจากรายได้ที่คาดหวัง (หมายถึง ค่าจ้าง) ในสาขาอุตสาหกรรมไม่สูงไปกว่ารายได้ในสาขาเกษตรกรรม เพราะฉะนั้นในทฤษฎีคลาสสิก การเคลื่อนย้ายถิ่นของกำลังแรงงานกับค่าจ้างจะมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน โดยความแตกต่างของค่าจ้างจะมาสู่การย้ายถิ่นของกำลังแรงงาน และการย้ายถิ่นของกำลังแรงงานก็เป็นสาเหตุที่ทำให้ค่าจ้างถูกปรับเข้าสู่ระดับดุลยภาพ

นอกจากจะอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างการย้ายถิ่นของกำลังแรงงานกับค่าจ้างโดยสมการแล้ว อาจอธิบายด้วยภาพได้ดังนี้

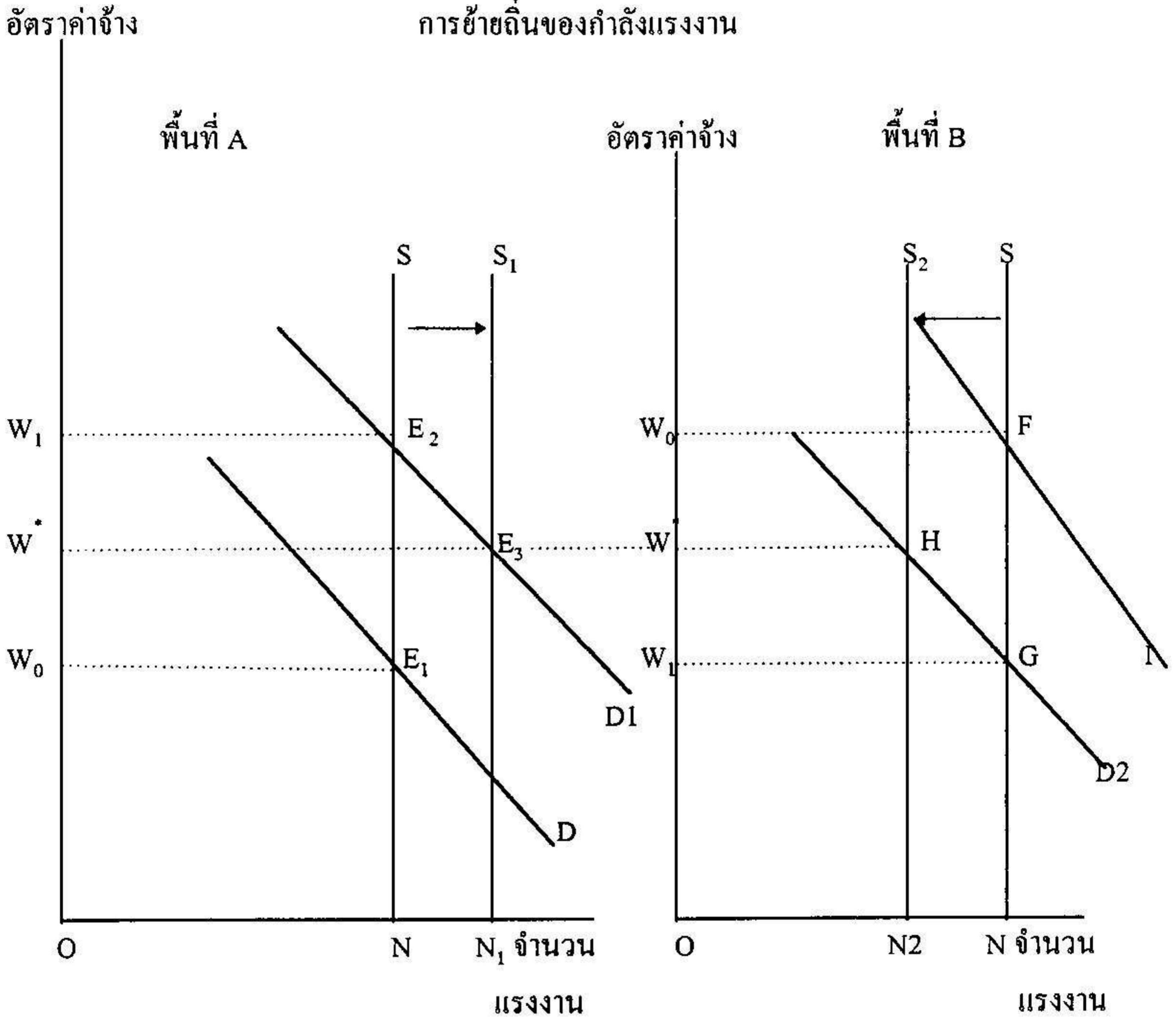
ถ้าสมมติตลาด 2 ตลาด คือ ตลาด A และ B ซึ่งในตลาดแรกมีการขาดแคลนแรงงานและในตลาดที่ 2 มีแรงงานส่วนเกิน

ภาพ 1 แสดงให้เห็นว่า ถ้ามีการเพิ่มขึ้นของอุปสงค์ต่อแรงงานในพื้นที่ A จากเส้น D เป็น D_1 ถ้าให้สิ่งอื่น ๆ คงที่รวมทั้งเส้นอุปทานของแรงงาน ค่าจ้างจะสูงขึ้นจาก W_0 เป็น W_1 และมีการจ้างงาน จำนวน ON ในขณะที่เมื่ออุปสงค์ต่อแรงงานในพื้นที่ B ลดลงคือจากเส้น D เป็น D_2 ถ้าให้สิ่งอื่น ๆ คงที่รวมทั้งเส้นอุปทานของแรงงาน จะทำให้ค่าจ้างลดลงจาก W_0 เป็น W_1 ในกรณีที่ไม่มี การเคลื่อนย้ายแรงงานระหว่างพื้นที่ทั้งสองพื้นที่ A จะประสบกับภาวะการขาดแคลนแรงงานเท่ากับ NN_1 และจะต้องแบกภาระต้นทุนการขาดแคลนแรงงานนี้ ซึ่งจะเท่ากับ $W_0E_1E_2W_1$ และพื้นที่ B จะประสบกับปัญหาแรงงานส่วนเกินเท่ากับ N_2N โดยคนงานจะต้องเป็นคนรับภาระต้นทุนของแรงงานส่วนเกิน ซึ่งเท่ากับ W_1FW_0 ต้นทุนเหล่านี้ (ต้นทุนอันเกิดจากภาวะไม่สมดุล) จะมิได้อยู่ ตราบใดที่ความขาดแคลนหรือแรงงานส่วนเกินนี้ไม่มีการปรับตัว

ภายใต้สมมติฐานของระบบตลาดที่มีการแข่งขันสมบูรณ์ และแรงงานมีลักษณะอันหนึ่งอันเดียวกัน (homogeneous) คุลยภาพจะเกิดขึ้นเมื่อมีการย้ายถิ่นของแรงงานระหว่างพื้นที่ทั้งสอง กล่าวคือ กำลังแรงงานส่วนเกินจากพื้นที่ B จะเคลื่อนเข้าสู่พื้นที่ A ทำให้ระดับค่าจ้างลดลงในพื้นที่ A และเพิ่มขึ้นในพื้นที่ B ถ้าให้แรงงานส่วนเกินและแรงงานที่ขาดแคลนมีจำนวนเท่ากัน ดังนั้นเมื่อแรงงานส่วนเกินทั้งหมดในพื้นที่ B เคลื่อนย้ายเข้าสู่พื้นที่ A คุลยภาพจะเกิดขึ้นในทั้งสองพื้นที่ ณ จุด E_3 ในพื้นที่ A และจุด H ในพื้นที่ B

การย้ายถิ่นกับการจ้างงาน

การย้ายถิ่นของกำลังแรงงาน



ภาพที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างการย้ายกำลังแรงงานกับค่าจ้าง

เมื่อพิจารณาแนวคิดของโทคาโรนี่เป็นการใช้ความแตกต่างของผลตอบแทนของเศรษฐกิจ เช่น ค่าจ้างแทนการใช้สมมติฐานปัจจัยดึงดูด-ผลักดันเช่นกัน โดยเงื่อนไขนี้คือความแตกต่างของค่าจ้างระหว่างภาคเศรษฐกิจจะหมดไป เพราะมีการย้ายถิ่นของประชากรจากสถานที่แห่งหนึ่งไปยังสถานที่อีกแห่งหนึ่ง ทำให้ตลาดอยู่ในภาวะดุลยภาพ งานศึกษาในประเทศ เช่น ประดิษฐาสมบัติ (2515) ได้อธิบายสาเหตุการย้ายถิ่นของแรงงานว่ามีใช้เป็นเพราะการว่างงานในชนบทโดยเฉพาะ

การว่างงานแบบแอบแฝง โดยเห็นว่าการว่างงานในชนบทเป็นการทำงานไม่เต็มที่มากกว่า (underemployment) แต่การศึกษาของ Bertrand (1977) ได้คัดค้านแนวคิดที่ผ่านมาที่ว่าในเขตชนบทมีการว่างงานแอบแฝงอยู่ และชาวนาชาวไร้มีการว่างงานเป็นระยะเวลาอันยาวนานในฤดูแล้ง หรือกล่าวอีกนัยหนึ่ง ตลาดแรงงานในชนบทเป็นตลาดที่ไม่มีประสิทธิภาพเพราะมีผู้ว่างงานซึ่งงานเบอร์เทรคน์ (Bertrand) ได้ปฏิเสธทฤษฎี แรงงานส่วนเกินและพบว่าเกษตรกรไทย ทั้งชายหญิงและเด็กต่างก็มีส่วนในการผลิตอย่างเข้มข้นในฤดูเพาะปลูกและเก็บเกี่ยว (speak season) และจะมีเวลาว่างใน ฤดูแล้งที่เว้นว่างจากการผลิตในช่วง สั้น ๆ (slack season) ซึ่งช่วงนี้ความต้องการแรงงานจะลดลง ตามอุปสงค์ที่มีต่อแรงงานที่ลดลง จึงมีผลต่อการเคลื่อนย้ายแรงงานไปทำกิจกรรมอื่น ๆ เช่น ทำงานนอกภาคเกษตร การไปรับจ้างทำงานในเมือง

การศึกษาของนิพนธ์ พัวพงศกร (2523, 2527) พบว่า การย้ายถิ่นแรงงานตามฤดูกาล ในบางเดือนชาวนามีปัญหาขาดแคลนแรงงาน แต่ในบางเดือนซึ่งอยู่ในฤดูแล้ง หรือนอกฤดูทำนา และเก็บเกี่ยวจะมีแรงงานส่วนเกิน การว่างงานประเภทนี้จึงเป็นการว่างงานตามฤดูกาล ซึ่งส่วนหนึ่งได้ย้ายถิ่นเข้ามาหาทำงานกรุงเทพมหานคร (ระหว่างเดือนมีนาคม-กรกฎาคม) ซึ่งตรงกับ การสำรวจแรงงานรอบแรกของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ส่วนในรอบที่สองสำรวจในฤดูฝน (มิถุนายน-กันยายน) แรงงานส่วนมากจะลดลง โดยเฉพาะแรงงานหญิงและเด็กจะโอนแรงงานไปช่วยทำไร่นา เมื่อหมดฤดูเพาะปลูก แรงงานหญิงและเด็กเหล่านี้จะหันไปทำงานในเมืองหลวงหรืองานนอกภาคเกษตรกรรม เช่น อุตสาหกรรมหัตถกรรม กิจการก่อสร้าง ซึ่งมักขยายตัวในฤดูแล้ง เพราะเป็นช่วงที่เหมาะสมในการดำเนินกิจการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของไมล์ (Milk 1993:105) ได้วิเคราะห์การย้ายถิ่นตาม ฤดูกาลของแรงงานที่ย้ายถิ่นจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งไปตาม ลักษณะฤดูกาลเพาะปลูก

จากแนวคิดดังกล่าวนี้ เมื่อนำมาวิเคราะห์การย้ายถิ่นจากชนบทสู่เมืองโดยพิจารณาในเรื่อง ค่าจ้าง ซึ่งแยกเป็นภาคเกษตรกรรม และภาคอุตสาหกรรม พบว่าค่าจ้างเฉลี่ยต่อเดือนของลูกจ้าง เอกชน ในภาคอุตสาหกรรมสูงกว่าเกษตรกรรม โดยเฉพาะกรุงเทพมหานคร พบว่าค่าจ้างสูงกว่าภาคอื่น ๆ โดยเฉพาะเพศชายได้ค่าจ้างเฉลี่ยมากกว่าเพศหญิง ในเขตนอกเทศบาลซึ่งส่วนใหญ่ยัง ทำงานในภาคเกษตรกรรมอยู่ พบว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีค่าจ้างเฉลี่ยต่อเดือนของลูกจ้าง เอกชนต่ำกว่าภาคอื่น ๆ เมื่อพิจารณาการย้ายถิ่นภายใน 5 ปี ของกำลังแรงงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีการย้ายถิ่นเข้ามากที่สุด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2533) ซึ่ง

สอดคล้องกับเหตุการณ์ย้ายถิ่นเข้าสู่เมือง คือการให้เหตุผลเชิงเศรษฐกิจเป็นเหตุผลสำคัญทั้งเพศชาย และเพศหญิง โดยพบว่าเพศชายที่ย้ายถิ่นจากชนบทสู่เมืองให้ความสำคัญกับเหตุผลเชิงเศรษฐกิจ ร้อยละ 52.3 ส่วนเพศหญิงให้ความสำคัญเชิงเศรษฐกิจ ร้อยละ 49.9 (สำนักงานสถิติ 2533) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเรื่อง National Migration Survey (Chamrathirong et al, 1997) ได้สำรวจการย้ายถิ่นในประเทศไทยที่น่าสนใจคือ ได้แบ่งเหตุการณ์ย้ายถิ่นของผู้ย้ายถิ่นออกตามลักษณะการย้ายถิ่น คือ ย้ายถิ่นครั้งเดียว (single migration) ย้ายถิ่นซ้ำ (repeat migration) และย้ายตามฤดูกาล (seasonal migration) ทำให้เห็นภาพความชัดเจนที่มีลักษณะเฉพาะของผู้ย้ายถิ่นจากชนบทสู่เมืองมากยิ่งขึ้นกว่างานวิจัยอื่น ๆ โดยพบว่า เหตุผลหลักที่ผู้ย้ายถิ่นเข้ามาสู่กรุงเทพมหานคร สำหรับ เพศชายให้

ผลสืบเนื่องทั่วไปจากการย้ายถิ่น

การย้ายถิ่นโดยทั่วไปแล้วส่งผลต่อสังคมโดยรวมหลายประการ (สมจิตต์ 2525:67-69; วันทนา 2528:182; สันทัศน์ 2539:59; Siem 1997:788) กล่าวคือ

1. สร้างความเสมอภาคทางการเมือง การที่ผู้ย้ายถิ่นมีงานทำจึงลดความยากลำบากในการดำเนินชีวิตลง เป็นการลดความกดดันทางการเมืองได้ทางหนึ่ง
2. สร้างความเสมอภาคทางเศรษฐกิจ จากการมีรายได้เพิ่มขึ้น และสามารถเก็บเงินและส่งกลับให้ครอบครัวเพิ่มขึ้น ทำให้ฐานะครอบครัวดีขึ้น
3. ช่วยลดอัตราการเพิ่มประชากร เนื่องจากผู้ย้ายถิ่น เป็นผู้มุ่งหวังทำงานหารายได้จึงไม่ต้องการมีบุตรซึ่งอาจเป็นอุปสรรคต่อการทำงานได้ จึงมีอัตราการเกิดลดต่ำลง
4. ช่วยขยายเมือง การย้ายถิ่นทำให้ประชากรในเขตเมืองเพิ่มขึ้น จำเป็นต้องขยายเขตเมือง และบริการต่าง ๆ เพิ่มขึ้นให้สอดคล้องกับปริมาณผู้อยู่อาศัย
5. เกิดชุมชนแออัด ปริมาณประชากรที่เพิ่มขึ้นแต่การขาดแคลนพื้นที่อาศัย ทำให้ต้องอาศัยในพื้นที่สาธารณะว่างเปล่า จนเกิดความเป็นแออัดได้
6. เกิดปัญหาอาชญากรรม จากความแออัดของประชากรดังกล่าว ย่อมเกิดความยากลำบากในการประกอบอาชีพ มีความยากจนมาก จนอาจก่อคดีอาชญากรรมขึ้นได้
7. ปัญหาการขาดแคลนบริการขั้นพื้นฐาน การอพยพของประชากรที่มากเกินไปไม่สอดคล้องกับการวางแผนพัฒนาของเมือง อาจส่งผลให้บริการต่าง ๆ ไม่เพียงพอกับความต้องการได้ เช่น ถนน บริการด้านสุขภาพ เป็นต้น

8. ปัญหาสิ่งแวดล้อม สืบเนื่องมาจากความไม่สมดุลของบริการสาธารณูปโภคของเมืองกับประชากร โดยเฉพาะการกำจัดขยะ น้ำโสโครก และสิ่งปฏิกูลต่าง ๆ ตลอดจนการจราจรที่แออัด ส่งผลให้เกิดปัญหาสิ่งแวดล้อมเขตเมืองได้

9. ปัญหาการเคลื่อนย้ายปัญหาสุขภาพ การเคลื่อนย้ายของประชากร ตลอดจนความสะดวกในการย้ายถิ่น ทำให้โรคและการเจ็บป่วยที่ผู้ย้ายถิ่นประสบอยู่มีการเคลื่อนย้ายตามไปกับผู้ย้ายถิ่นรวดเร็วขึ้นด้วยเช่นกัน (Seim 1997:788)

ผลที่เกิดจากการย้ายถิ่นดังกล่าว นอกจากจะกระทบต่อตัวผู้ย้ายถิ่นแล้ว ยังอาจส่งผลกระทบต่อเนื่องไปสู่ผู้ที่อาศัยอยู่เดิมได้เช่นกัน เนื่องจากในขณะที่ประชากรที่อยู่เดิมได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะด้านสุขภาพ ซึ่งถือเป็นระบบการสนับสนุนทางสังคมอย่างหนึ่ง เมื่อปัญหาดังกล่าวจากการย้ายถิ่นเกิดขึ้นจึงกระทบต่อระบบการจัดการดังกล่าว ดังนั้นสุขภาพของผู้อาศัยเดิมย่อมได้รับผล กระทบด้วยเช่นกัน (Litvinjenko 1997:191)

ผลกระทบด้านสังคมของการย้ายถิ่นต่อผู้ย้ายถิ่น

การย้ายถิ่นนอกจากจะเกิดผลสืบเนื่องทั่วไปต่อชุมชนแล้ว ผู้ย้ายถิ่นยังต้องประสบกับการเปลี่ยนแปลงใหม่ ๆ เช่น ต้องพบกับเพื่อนใหม่ สิ่งแวดล้อมใหม่ ๆ และลักษณะทางสังคมวัฒนธรรม ตลอดจนรูปแบบวิธีการดำรงชีวิตใหม่ ๆ ซึ่งส่งผลกระทบต่อตัวผู้ย้ายถิ่น โดยเฉพาะด้านสังคม กล่าวคือ

1. เกิดการผสมผสานทางวัฒนธรรม (Acculturation) หรือการปรับตัวทางสังคมในผู้ย้ายถิ่น การย้ายถิ่นก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ซึ่งก่อให้เกิดภาวะกดดัน และต้องการการปรับตัวเพื่อลดความกดดันเหล่านั้น จนสามารถสร้างความพอใจให้แก่คนในสังคมใหม่ ทำให้ความต้องการพื้นฐานของตนได้รับการตอบสนองอย่างเพียงพอ ทำให้คนสามารถรับผิชอบในบทบาทที่สำคัญของตนได้อย่างสมบูรณ์ และสามารถคงไว้ซึ่งลักษณะของตน ตลอดจนความมั่นคงในตนเอง (Jansen 1960 อ้างตาม ภาณี 2527:8)

กระบวนการปรับตัวทางสังคมของผู้ย้ายถิ่นแบ่งเป็นหลายขั้นตอนแตกต่างกันในหลายทฤษฎี และมีการใช้คำที่หมายถึงการปรับตัวได้หลายคำ สำหรับในทฤษฎีการบูรณาการ (Integration Theory) การผสมผสานทางวัฒนธรรม แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน (Ernst 1974 อ้างตาม ภาณี 2527:13-14; Chamatrithirong 1980 อ้างตาม ภาณี 2527:9) ดังนี้

ขั้นที่ 1 การปรับตัวเอง (Adjustment) เป็นขั้นที่ผู้ย้ายถิ่นปรับตนเองให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อม (work environment) เช่น การเรียนรู้เกี่ยวกับงาน ยินยอมปฏิบัติตามระเบียบและบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย การปฏิบัติตามให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนในท้องถิ่นที่ปลายทาง ซึ่งใช้เวลาในการปรับตัวไม่นานนัก เช่น การศึกษาของเจมส์ค็อกซ์และอकिन (2527 อ้างตาม สุขชัย 2534:32) พบว่า ผู้ย้ายถิ่นมีพฤติกรรมการใช้จ่ายในการบริโภค การซื้อสินค้าฟุ่มเฟือยตามแบบอย่างชาวเมืองที่ตนได้พบเห็นเมื่อย้ายเข้าไปอยู่ ทั้งนี้เพื่อที่พยายามปรับตัวให้เข้ากับวัฒนธรรมของผู้อาศัยอยู่เดิมให้ได้

ขั้นที่ 2 การผสมกลมกลืน (Assimilation) เป็นขั้นที่ผู้ย้ายถิ่นสามารถปรับตนเองได้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนในท้องถิ่นที่ปลายทาง เช่น การใช้ภาษา หรือทำกิจกรรมในเวลาว่าง ตลอดจนพฤติกรรมอื่น ๆ รวมทั้งการเรียนรู้บทบาทใหม่ ให้เป็นไปตามลักษณะของคนส่วนใหญ่ในสังคมนั้น แต่ยังไม่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับสังคมโดยรวม หากไม่สามารถปรับตัวได้จะมีความต้องการกลับไปยังท้องถิ่นต้นทางของตน ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ข้อจำกัดด้านการใช้ภาษา การสร้างบทบาทใหม่ ซึ่งเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดในการปรับตัวได้ (Nicholson 1997 1997:19)

ขั้นที่ 3 การผสมผสานทางวัฒนธรรม (Integration or acculturation) เป็นขั้นที่ผู้ย้ายถิ่น สามารถปรับตนเองให้เป็นอันหนึ่งอันเดียวกับสังคมท้องถิ่นที่ปลายทางได้ มีโครงสร้างสังคมและเศรษฐกิจเหมือนสังคมท้องถิ่นที่ปลายทาง จากการศึกษาการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน พบว่าผู้ย้ายถิ่นมีการเข้าร่วมเป็นสมาชิกขององค์การที่เป็นรูปแบบ และมีส่วนร่วมน้อยกว่าประชากรในถิ่นปลายทางที่อยู่เดิม และต้องใช้เวลาจนถึง 20 ปี จึงเข้าร่วมชุมชนได้สูงสุด (Aimmer 1954 อ้างตาม สุขชัย 2527:30)

อย่างไรก็ตามผู้ย้ายถิ่นบางคนก็ไม่สามารถปรับตัวเพื่อยอมรับวัฒนธรรมใหม่ของท้องถิ่นที่ปลายทางได้ แต่สามารถเรียนรู้วัฒนธรรมที่แตกต่างได้เป็นอย่างดี ทำให้กลายเป็นกลุ่มที่เรียกว่า "คนสองวัฒนธรรม" (The marginal man) (สไนท์ 2525 อ้างตาม ภาณี 2527:15)

สำหรับในประเทศไทย การศึกษาในกลุ่มผู้ย้ายถิ่นสตรีในกรุงเทพมหานคร ซึ่งส่วนใหญ่อาศัยอยู่ได้ไม่เกิน 2 ปี พบว่า ส่วนใหญ่สามารถปรับตัวในส่วนที่เกี่ยวกับการคมนาคม การรู้จักสถานที่สำคัญ ๆ ในกรุงเทพมหานครได้ แต่สำหรับการปรับตัวให้เข้ากับวัฒนธรรมท้องถิ่นที่ปลายทางนั้นยังคงปรับตัวไม่ได้ ส่วนการศึกษาในกลุ่มผู้ย้ายถิ่นในชุมชนแออัดเชื้อเพลิงพัฒนา

ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้ย้ายถิ่นสามารถปรับตัวในการหางานทำได้ในเวลาไม่นานนักใน ด้านสังคม สามารถปรับตัวให้เข้ากับชุมชนที่เข้ามาอาศัยได้ระดับปานกลาง เป็นส่วนใหญ่ (อภิตยา 2528 : บทคัดย่อ)

2. การเปลี่ยนแปลงฐานะทางสังคม ผู้ย้ายถิ่นเป็นผู้ที่ประสงค์ในความก้าวหน้าแก่ตนเอง จึงพบว่า ผู้ย้ายถิ่นเป็นผู้ที่มีการศึกษาคึกว่าผู้ไม่เคยย้ายถิ่น (Prachaubmoh and Tirasawat 1974 อ้างตามศุภชัย 2527:32) ในด้านอาชีพ พบว่า ผู้ย้ายถิ่นประมาณ 1 ใน 3 สามารถยกระดับอาชีพของตนให้สูงขึ้นได้ (อภิตยา. 2528 : บทคัดย่อ) ในกลุ่มผู้ย้ายถิ่นมักมีการเลื่อนชั้นทางสังคมสูงขึ้นไปกว่า ผู้ไม่เคยย้ายถิ่นในท้องถิ่นต้นทาง (ร่มฉัตร 2538:ก) ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า ผู้ย้ายถิ่นมักมีการเลื่อนชั้นทางสังคมสูงขึ้นไปกว่า ผู้ไม่เคยย้ายถิ่นในท้องถิ่นต้นทาง (ปริศนา 2534:22)

เมื่อเปรียบเทียบถึงฐานะทางสังคมในท้องถิ่นปลายทางจะพบว่า ผู้ย้ายถิ่นจะเป็นผู้มีฐานะทางสังคมดีกว่าชนถิ่นเดิม อาชีพที่ทำถึงแม้จะหาได้ในเวลาไม่นาน แต่มักเป็นอาชีพระดับต่ำที่ขาดความมั่นคง (อภิตยา 2528 : บทคัดย่อ)

ผลกระทบทางจิตของผู้ย้ายถิ่น

เนื่องจากการย้ายถิ่นส่งผลให้เกิดการปรับตัวทางสังคมดังกล่าวแล้ว ระหว่างการปรับตัว ผู้ย้ายถิ่นต้องปรับตัวทางจิตร่วมด้วย สำหรับกระบวนการปรับตัวทางจิตตามช่วงวิกฤต ซึ่งเฮอร์ท และคิม ได้แบ่งช่วงวิกฤตของอารมณ์ออกเป็น 2 ระยะเวลาคือ ช่วงแรกของการย้ายถิ่น (early exigency stage) ประมาณ 1-2 ปี หลังการย้ายถิ่น และช่วงหลัง (later marginality stage) ประมาณ 11-15 ปี หลังการย้ายถิ่น โดยได้ศึกษาในกลุ่มผู้ย้ายถิ่นชาวเกาหลีในสหรัฐอเมริกา พบว่ากระบวนการปรับตัวในผู้ย้ายถิ่น แบ่งเป็น 6 ระยะเวลา (Hurh and Kim 1990:456-479) ดังนี้

1. Exigency stage เป็นช่วงระยะ 1-2 ปีแรกของการย้ายถิ่น ผู้ย้ายถิ่นจะประสบปัญหาของข้อจำกัดหลายประการ เช่น การใช้ภาษา การจ้างงานการถูกแยกจากสังคม ตลอดจนการซื้อหาทางวัฒนธรรม เป็นระยะที่มีความยุ่งยากที่สุดในการปรับตัวของผู้ย้ายถิ่น โดยเฉพาะกลุ่มแรงงานหญิง ทำให้ผู้ย้ายถิ่นมีความอ่อนแอทางอารมณ์มากที่สุดในช่วงต้นของระยะนี้

2. Resolution stage เป็นระยะปีที่ 2-10 เมื่อระยะเวลาผ่านไป มีการผสมผสานทางวัฒนธรรม (acculturation) ที่มีเพิ่มขึ้น ฐานะทางเศรษฐกิจดีขึ้น ผู้ย้ายถิ่นจะเริ่มมีความพึงพอใจในชีวิตจากการปรับตัวเพิ่มขึ้นเป็นช่วงของการผ่อนคลายความตึงเครียดลง

3. Optimum stage เป็นระยะเวลาประมาณปีที่ 10-15 ผู้ย้ายถิ่นสามารถปรับตัวได้ดีกับท้องที่ปลายทาง เป็นช่วงที่มีความพึงพอใจในชีวิตสูงสุด มีอารมณ์คงที่มากที่สุดในระยะนี้ สามารถสร้างความสมดุลของการปฏิสัมพันธ์กับสังคมกับคนในท้องที่ปลายทางได้มากขึ้น

4. Relative deprivation เมื่อระยะเวลานานขึ้น หลังจากปีที่ 15 ผู้ย้ายถิ่นจะเริ่มเปรียบเทียบตนกับบุคคลในท้องที่ปลายทาง และมองเห็นข้อจำกัดทางสังคมระหว่างผู้ย้ายถิ่นกับบุคคลในท้องที่ปลายทางมากขึ้น โดยเฉพาะข้อจำกัดด้านภาษา เป็นช่วงวิกฤตช่วงหนึ่งทางอารมณ์ซึ่งเริ่มรู้สึกด้อยค่าในสังคมได้

5. Social marginality เป็นช่วงที่ผู้ย้ายถิ่นแน่ใจแล้วว่าตนมีข้อจำกัดหลายประการทั้งด้านเชื้อชาติที่กีดกันกระบวนการผสมผสานทางวัฒนธรรม ซึ่งเป็นสิ่งที่ตนไม่สามารถควบคุมได้ และ รู้สึกเป็นชนกลุ่มน้อยในสังคม เป็นช่วงที่ผู้ย้ายถิ่นต้องปรับตัวมากช่วงหนึ่ง ซึ่งพบปัญหาสุขภาพกายและจิตได้ในกลุ่มผู้ย้ายถิ่น

6. Marginality acceptance or New identity ในช่วงนี้หากผู้ย้ายถิ่นสามารถยอมรับสภาพ การเป็นชนกลุ่มน้อย และความรู้สึกในข้อจำกัดต่าง ๆ ของตนได้ ก็จะพยายามสร้างการสถานภาพใหม่ของตนและให้เกิดการยอมรับแก่คนในท้องที่ปลายทางใหม่ได้ในที่สุด เกิดเป็นสถานภาพใหม่ในสังคมใหม่ (new identity) แต่หากผู้ย้ายถิ่นไม่สามารถยอมรับสภาพ การเป็นชนกลุ่มน้อยดังกล่าวได้ก็จะพยายาม รักษาสถานภาพเดิมในสังคมท้องที่ต้นทางเอาไว้ให้มากที่สุด และเกิดเป็นสังคมชนกลุ่มน้อยขึ้น (marginal acceptance) จากการศึกษาพบว่า มีแนวโน้มด้านการสร้างสถานภาพใหม่มากกว่า

จากกระบวนการปรับตัวดังกล่าวข้างต้นในกลุ่มผู้ย้ายถิ่น จะเห็นว่าต้องใช้เวลาในการปรับตัวเป็นระยะเวลานาน จากการศึกษาของเฮิร์ท และคิม (Hurh and Kim 1990:456) พบว่า ภาวะ สุขภาพจิตของผู้ย้ายถิ่นมีความอ่อนแอมากที่สุดในช่วงต้นของการย้ายถิ่น และมีแนวโน้มของความ ผาสุกทางใจเพิ่มขึ้นเมื่อเวลาอยู่อาศัยนานขึ้น ซึ่งจะพบความแตกต่างของระยะเวลาดังกล่าวกันไป แต่โดยเฉลี่ยแล้วการปรับตัวจนถึงภาวะที่ผู้ย้ายถิ่นเกิดความพึงพอใจสูงสุด ส่วนใหญ่ใช้เวลาไม่น้อย กว่า 10 ปี ภายหลังจากการย้ายถิ่น ผลจากการปรับตัวดังกล่าวของผู้ย้ายถิ่นจึงย่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพผู้ย้ายถิ่นได้ในที่สุด

ภาวะสุขภาพของผู้ย้ายถิ่น

การย้ายถิ่นก่อให้เกิดผลกระทบต่าง ๆ ซึ่งทำให้ผู้ย้ายถิ่นต้องปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงในชีวิตที่เกิดขึ้น ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ย้ายถิ่นที่ปรากฏหลายประการ กล่าวคือ

1. ความเครียดจากการย้ายถิ่น พบได้บ่อยจากศึกษาหลาย ๆ งานวิจัย เช่น ในกลุ่มสตรีวัยรุ่นแมกซิกันที่ตั้งครรภ์ซึ่งย้ายถิ่นในอเมริกา พบว่าวัยรุ่นที่มีการผสมผสานทางวัฒนธรรมสูงมีความเครียดจากกระบวนการดังกล่าวสูง ซึ่งประเมินได้จากการใช้สารเสพติดต่าง ๆ สูง (Balcazar Peterson and Cobas 1996:425) กลุ่มผู้ย้ายถิ่นชาวอัฟริกาในอเมริกา (Kamaya, 1997:154) ผู้ย้ายถิ่นในเขตเมืองชาวรัสเซียในอเมริกา (Smith 1996:68) ความเครียดในกลุ่มผู้ย้ายถิ่นดังกล่าวเกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีความพยายามทำตามบรรทัดฐาน พฤติกรรมและค่านิยมของวัฒนธรรมใหม่ ซึ่งขัดแย้งกับวัฒนธรรมเดิม

จากศึกษาเชิงคุณภาพในกลุ่มหญิงวัยทำงานชาวจอร์แดนในอเมริกา พบว่า มีความเครียดในช่วงระยะ 2-3 ปี แรก (first few years) จากแหล่งความเครียด 3 ประการ กล่าวคือ (Pollara and Meleis 1995:521-539)

1.1 สภาพการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งได้แก่ การทำงานที่ป็นแหล่งรายได้ การศึกษา แก่บุตร การใช้ภาษา การสร้างครอบครัว พร้อมกับความรู้สึกสูญเสียสถานภาพทางสังคม ความรู้สึกโดดเดี่ยว และการถูกแยกจากสังคม ซึ่งจะส่งผลต่อการเกิดความเครียดระยะหลังของการ ย้ายถิ่นได้

1.2 ความต้องการดำรงเชื้อชาติ จากความพยายามที่จะรักษาเชื้อชาติ และเอกลักษณ์ของตนเองได้ ทำให้กลุ่มปรับตัวในทางบวกพยายามที่จะผสมผสานให้เข้ากับวัฒนธรรมใหม่ให้มากที่สุด ส่วนกลุ่มที่ไม่สามารถปฏิบัติได้จะมีความรู้สึกอับอาย และแยกตัวจากสังคมความเครียดจึง เกิดจากความแตกต่างของเจตคติระหว่างเชื้อชาติเดิมกับสิ่งแวดล้อมใหม่ ซึ่งไม่เหมือนกันนั่นเอง

1.3 การพยายามสร้างความคุ้นเคยกับท้องถิ่นใหม่ โดยการสร้างเครือข่ายทางสังคมกับคน และความรู้จักกับสิ่งแวดล้อมในท้องถิ่นปลายทางใหม่

การศึกษากลุ่มผู้อพยพย้ายถิ่นใหม่ชาวเอเชียในอเมริกา ก็พบแหล่งความเครียดจาก การใช้ภาษาพูด การจ้างงาน และข้อจำกัดทางด้านการศึกษา เช่นกัน (Nwadiora and Macdoo 1996:477) เช่นเดียวกับในกลุ่มผู้อพยพย้ายถิ่นชาวเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ในอเมริกา ที่มีสาเหตุคล้ายคลึงกัน นอกจากนี้ยังพบว่าเกิดจากการพยายามสร้างการสนับสนุนทางสังคมและการสร้างบทบาทขึ้นใหม่ในท้องถิ่นปลายทางด้วย (Nicholson 1997:19)

เช่นเดียวกับการศึกษาผู้อพยพย้ายถิ่นชาวเกาหลีในแคนาดา ซึ่งพบว่าสาเหตุของความเครียด ได้แก่ การใช้ภาษา ความรู้สึกโดดเดี่ยว ความคิดถึงบ้าน ความรู้สึกถึงชาติกำเนิด ประสบการณ์การถูกแบ่งแยก กีดกันจากสังคม ความเข้มแข็งทางเศรษฐกิจ การเปลี่ยนแปลง บทบาทและปัญหาในครอบครัว (NOH and Avison 1996:192-206)

สำหรับผู้ย้ายถิ่นชาวชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย การศึกษาพบว่า ในกลุ่ม ผู้ย้ายถิ่น ส่วนใหญ่มีระดับความเครียดในระดับต่ำ ความเครียดสัมพันธ์ทางลบกับปัจจัยสำคัญ หลายประการ ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รายได้ ความมีอิสระในการทำงานระยะเวลาในการย้ายถิ่น กลุ่มสังคม และความทันสมัย ส่วนระยะเวลาเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทั้งทางตรงและ ทางอ้อม ต่อความเครียด ปัจจัยด้านรายได้ กลุ่มทางสังคม และความทันสมัย มีอิทธิพลทางอ้อมต่อความเครียด (เฉลิมชัย 2531:๗)

2. ความทุกข์ใจจากการย้ายถิ่น (psychological distress) การย้ายถิ่นทำให้ผู้ย้ายถิ่นต้องผ่านกระบวนการปรับตัวต่อต่าง ๆ ดังกล่าว ส่งผลให้ผู้ย้ายถิ่นเกิดความทุกข์ใจ (Siem 1997:788; Ritsner, Ponizovsky and Ginath 1997:494; Tran and Dhoooper 1997:3) ซึ่งจะลดลงเมื่อเวลาการอาศัยนานขึ้น โดยทั่วไปแบ่งเป็น 2 ระยะ กล่าวคือ

2.1 ระยะแรก (recent immigration) พบได้ในระยะ 3-18 เดือนแรกภายหลังการย้ายถิ่น บางรายงานอาจพบได้ในระยะ 3-5 ปี ภายหลังการย้ายถิ่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งพบมากในกลุ่มผู้ย้ายถิ่นที่ขาดการสนับสนุนทางสังคม

2.2 ระยะหลัง พบได้ภายหลังการย้ายถิ่นเป็นเวลาหลาย ๆ ปีผ่านไป ซึ่งมักสัมพันธ์กับการมีปัญหาในครอบครัว และการปรับตัวให้เข้ากับท้องถิ่นที่ปลายทาง

3. ความซึมเศร้า เป็นผลต่อเนื่องจากความเครียดในการย้ายถิ่น พบว่า ผู้อพยพย้ายถิ่นชาวเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ในอเมริกา มีภาวะซึมเศร้าถึง ร้อยละ 40 (Nicholson 1997:19) สำหรับผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่น มีการศึกษาในชาวอินเดีย และปากีสถาน ในอังกฤษ พบว่ามีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 20 (Bhatnagar and Frank 1997:907) นอกจากนี้ การศึกษาในชาวจีนสูงอายุในอเมริกา พบภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 20 เช่นกัน โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ระยะเวลาที่อาศัยในถิ่นใหม่ การสนับสนุนทางสังคม ความพึงพอใจในชีวิต ภาวะสุขภาพทางกายตลอดจนระดับการผสมผสานทางวัฒนธรรม (Lam, Pacala and Smith 1997:57) ในผู้ย้ายถิ่นชาวเกาหลีพบว่า ภาวะซึมเศร้ามีแนวโน้มคงที่เมื่ออาศัยอยู่นานกว่า 1 ปีขึ้นไป (NOH and Avison 1996 : 1999)

4. ความวิตกกังวล ภายหลังจากย้ายถิ่นจะพบภาวะวิตกกังวลได้ จากการศึกษาในกลุ่มผู้ย้ายถิ่นชาวเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ในอเมริกา (Nicholson 1997:19) ในผู้ย้ายถิ่นชาวนิวซีแลนด์พบว่า ภาวะวิตกกังวลเกิดจากสาเหตุหลายประการ ได้แก่ ประสบการณ์ในการดำรงชีวิต การไม่มีเพื่อนสนิท ภาวะตกงาน ตลอดจนการใช้เวลากับบุคคลต่างเชื้อชาติ (Pernice and Brook, 1996:511)

5. ความผิดปกติทางอารมณ์อื่น ๆ ในกลุ่มผู้ย้ายถิ่นมีอาการของการเปลี่ยนทางอารมณ์อื่น ๆ ได้หลายประการ ได้แก่ ความไวต่อความรู้สึก (Ritsner Ponizovsky Chemelvsky Zetser Durstand Ginath 1996:17) ความรู้สึกหมดหวัง (Litvinjenko 1997:191) ความรู้สึกไร้ค่าในกลุ่มผู้ย้ายถิ่นที่ป่วย ซึ่งเห็นว่าสุขภาพของตนเองอยู่ในมือของผู้มีอำนาจกว่า (Spalding 1995:81) ความรู้สึกหมดความผูกพันกับถิ่นเดิม ความรู้สึกคับแคบต่อพื้นที่ที่จำกัดของสังคมใหม่ ความรู้สึกว่าแห้ว ความประหม่า ตื่นเต้น คิดถึงบ้าน (ภาณี 2527:ข)

กระบวนการผลิตยางพาราของแรงงานกับภาวะสุขภาพ

ในโรงงานยางพาราโดยทั่วไปมีกระบวนการผลิตยางพาราจากน้ำยางพาราให้เป็นยางพาราแท่ง 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 การผสมน้ำยางกับสารเคมี โดยเติมแอมโมเนียเหลวลงไปในน้ำยางเพื่อป้องกันมิให้น้ำยางบูด แล้วเติม DAHP (Diammonium Hydrogen Phosphate) 20% เพื่อทำให้น้ำยางมีคุณภาพดีโดยสารตัวนี้จะไปทำให้แมกนีเซียมและฟอสเฟตที่มีอยู่ในน้ำยางตกตะกอนแยกตัวออกมา

ขั้นที่ 2 การแยกน้ำยางนำน้ำยางสดที่ผสมสารเคมีแล้วไปปั่น แล้วแยกเป็น 2 ส่วน ส่วนที่หนึ่งจะได้เป็นน้ำยางข้น ส่วนที่สองเป็นน้ำยางใส น้ำยางข้นจะถูกนำไปบรรจุในแท็งก์ แล้วเติม Laruic Acid, TMTD (Tetramethyl Thiuram Disulphide) และ Zine Oxide อีกครั้งเพื่อป้องกันยางบูด สำหรับส่วนที่สองที่เป็นน้ำยางใสจะถูกส่งไปยังบ่อกักน้ำยาง

ขั้นที่ 3 การทำให้น้ำยางแข็งตัวผสมน้ำและกรดเข้มข้น (ส่วนใหญ่ใช้กรดซัลฟูริก) เพื่อทำให้น้ำยางจับตัวกันเป็นก้อนซึ่งจะมีขนาดใหญ่มากจะต้องคัดออกเป็นก้อนที่เล็กลงเหลือขนาดประมาณ 5-10 กก. หรือบางแห่งก็จะไม่ปล่อยให้แข็งตัวมากนัก และจะใช้ภาชนะตักออกมาใส่ในกะบะไม้ขนาดเล็กรอการแข็งตัว

ขั้นที่ 4 การทำยางแผ่นเอาขาก้อนที่ตัดแบ่งออกมาเป็นก้อนขนาดเล็ก เข้าเครื่องบดขยงให้เป็นยางแผ่น จุดนี้จะต้องใช้น้ำล้างแผ่นยางและนำยางแผ่นที่ได้มาตัดให้เป็นยางแผ่นสั้น ๆ แล้วนำเข้าเครื่องอบใช้ความร้อนประมาณ 50 องศาเซลเซียส หลังจากนั้นจึงนำยางแผ่นที่อบแห้งแล้วมาคัดเลือกและจำแนกตามคุณภาพ ท้ายสุด นำยางแผ่นที่ได้มาผูกรวมกันไว้หนักประมาณห่อละ 50-100 กก.

จากกระบวนการผลิตยางพาราในโรงงานอุตสาหกรรมยางพารา แรงงานหญิงย้ายถิ่นที่เป็นลูกจ้างในโรงงานอุตสาหกรรมยางพารา ย่อมมีโอกาสสัมผัสกับน้ำยางและสารเคมี ซึ่งมีผลต่อสุขภาพของแรงงานหญิง

การศึกษาเกี่ยวกับผลของยางต่อภาวะสุขภาพ เริ่มมีการศึกษาที่ชัดเจนในปี ค.ศ.1930 โดยพบผลการวิจัยเป็นเรื่องเกี่ยวกับกระบวนการผลิตยางมีผลต่อการแพ้ในเรื่องสารเคมี (Grandy & Slater 1993) หลังจากนั้น 20 ปี ได้มีงานวิจัย พบว่า มียางชนิดใหม่ที่ทำให้แรงงานเกิดอาการแพ้จนกระทั่งเสียชีวิต โดยเรียกการแพ้ที่ว่า "latex allergy" การแพ้นี้มีส่วนเกี่ยวข้องกับสารโปรตีนที่อยู่ในยางธรรมชาติ ซึ่งสารนี้เกิดจากการผลิตยางในโรงงานยาง จนกระทั่งเป็นปัญหาสุขภาพระดับชาติ (Kelly 1995a; Slater 1994 Turjanma 1994) การแพ้ยางส่งผลกระทบต่อทำให้เกิดปัญหาสุขภาพแบบเรื้อรัง สูญเสียงาน และต้องเป็นคนที่มิภูมิแพ้มากขึ้น ซึ่งผลกระทบดังกล่าวส่งผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจ เทคนิคการผลิต กฎหมายและระเบียบและประเด็นปัญหาความปลอดภัย ด้านสุขภาพในโรงงานอุตสาหกรรม การจ้างงาน การให้บริการและการบริโภคยาง

ยางธรรมชาติเป็นของเหลวที่มีส่วนประกอบของพืชจำนวนมาก น้ำยางมีลักษณะคล้ายนมข้น แหล่งของน้ำยางได้มาจากต้นยาง *Heava brasiliensis* โดยมีถิ่นกำเนิดในป่าดิบอมเขตร้อนและเป็นพืชเศรษฐกิจในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ส่วนประกอบของยางดิบประกอบด้วยโมเลกุลของไฮโดรคาร์บอน ซึ่งรอบ ๆ จะมีสารโปรตีน และไขมัน โดยมีการ Suspenduce in an agquous serum การผลิตยางต้องมีการผ่านสารเคมีเพื่อทำให้น้ำยางมีการจับตัว ยึดหยุ่นได้ (Truscott 1995) นี่ก็คือคุณลักษณะในการทำยางซึ่งถือว่าเป็นการทำงานในอุตสาหกรรมที่สกปรก (beary-duty rubber)

ปัญหาที่แรงงานเริ่มมีการแพ้ยางพบเมื่อ 20 ปี ที่ผ่านมา โดยในปี ค.ศ. 1979 Nutter ได้ศึกษาพบว่า สตรีแม่บ้านอังกฤษอายุ 34 ปี ได้มีการแพ้ถุงมือยาง ทำให้เกิดผิวหนังอักเสบเป็นระยะเวลานาน (Nutter 1979) และในปี 1987 ได้มีรายงานพบเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเริ่มมีการแพ้

ถุงยางมือเพิ่มขึ้น (Turjanman 1987) สำหรับในประเทศอเมริกา ศูนย์ควบคุมโรค (Centers for Disease Control) ได้แจ้งให้ทราบว่า ควรมีการใช้ถุงมือยางป้องกันการติดเชื้อจากเลือดในสถานบริการอาหารและยา [Food and Drug Administration (FDA)] ได้รายงานว่ามีผู้ป่วยแพ้ถุงยางมี 1,133 รายจากถุงมือยางและสายสวนแบบเรียม (barium enema catheter) มีผู้ป่วยตาย 15 ราย (McElmurry and Parder 1996)

ในปี 1991 FDA ได้เสนอแนะให้เจ้าหน้าที่สุขภาพให้ความรู้ในการป้องกันการแพ้กับคนงานในโรงงานอุตสาหกรรมและเริ่มพัฒนา ในการทดสอบยางเพื่อป้องกันการแพ้ของคนงาน และผู้ได้ศึกษาผลการวิจัย ให้ข้อสรุปในการเสนอเพื่อป้องกันสุขภาพของแรงงานในโรงงาน (Charoas 1994; Truscott 1995) ดังนี้

1. เพิ่มการป้องกันความปลอดภัยในการทำยาง
2. ใช้ส่วนผสมของยางให้เหมาะสม เลือกคนผลิตตามท้องถิ่น อายุ
3. ปรับปรุงกระบวนการผลิตในโรงงานอุตสาหกรรม
4. พัฒนาให้คนงานมีความรู้ในเรื่องการแพ้ยางและสารเคมี

ปัจจัยสภาพแวดล้อมและความปลอดภัย เป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่ทำให้ปัจเจกบุคคลสามารถปฏิบัติงานได้ ถ้ามีสิ่งแวดล้อมมีคุณภาพเหมาะสมย่อมทำให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี โอลิชิฟสกี (Olishifski 1971:10) ระบุว่าสิ่งแวดล้อมในการทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต เป็น 4 กลุ่ม คือ

- (1) ด้านเคมี เช่น สารเคมีต่าง ๆ ก๊าซ ฝุ่น ไอระเหยต่าง ๆ ที่ปะปนมาในอากาศ และก่อให้เกิดอาการระคายเคือง
- (2) ด้านฟิสิกส์ เช่น อุณหภูมิ แสง เสียง รังสี ความสั่นสะเทือน ความกดดัน
- (3) ด้านชีวภาพ เช่น เชื้อแบคทีเรีย เชื้อรา แมลงนำโรค เป็นต้น
- (4) ด้านเออร์โกโนมิกส์ เช่น กลศาสตร์ชีวภาพ ท่าทางการทำงาน ลักษณะงานที่ซ้ำซาก ความกดดันในการทำงาน เป็นต้น

นอกจากปัจจัยเสี่ยงกับสภาพแวดล้อมการทำงาน โทมัสและคอร์นเวลล์ (Thomas and Cornwell 1990) ได้สำรวจครอบครัวแรงงานตัวอย่าง 225 ครอบครัว โดยใช้แบบสอบถามเป็นแบบประมาณค่า (rating scale) จำนวน 9 ข้อความ พบว่า ศาสนาของแรงงานหญิงมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพและความพึงพอใจ การที่ศาสนามีความสัมพันธ์กับสุขภาพ เนื่องจากศาสนาเป็นแหล่งยึดเหนี่ยวของชีวิตและสังคม นอกจากนี้ศาสนายังเป็นตัวเชื่อมความสัมพันธ์เชิงจิตใจในด้านความรัก ความหวัง การควบคุมดูแลตนเอง และเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความอบอุ่นทางด้านจิตใจ และอบอุ่นในร่างกาย (Abbott, Berry & Meredith 1990) ในเรื่องของสถานภาพสมรส โรสและคณะ (Ross et al 1990) พบว่า ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับสถานภาพสมรส โดยพบว่า แรงงานหญิงที่มีสถานภาพโสดมีปัญหาสุขภาพมากกว่าหญิงที่สมรสแล้ว เนื่องจากคนที่สมรสแล้วมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมและมีผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วยมากกว่าคนโสด นอกจากนี้ปัจจัยด้านรายได้มีผลต่อภาวะสุขภาพดี เวสเตอร์ (1986) พบว่า แรงงานหญิงที่มีรายได้สูงมีสุขภาพดีกว่าแรงงานหญิงซึ่งมีรายได้ต่ำ เนื่องจากแรงงานหญิงที่มีรายได้ต่ำมีแบบแผนชีวิตเสี่ยงต่อการมีโรคแทรกซ้อนเนื่องจากการแสวงหาแหล่งรักษามีความสัมพันธ์กับค่าใช้จ่าย

ในเรื่องสุขภาพจิต พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของแรงงานหญิง คือ นโยบายของสถานที่ทำงาน การขาดสิ่งสนับสนุนจากสังคม เช่น ขาดสถานที่เลี้ยงดูบุตร (day care) เสี่ยงดังของเครื่องจักรมีผลต่อความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน (burnout) ผู้ในโรงงาน และบทบาทในฐานะแม่บ้าน ความขัดแย้งในบทบาท (Waldron and Jacobs 1989; Repetti et al. 1989) นอกจากนี้การศึกษาของสค็อฟและคณะ (Skov et al. 1998) พบว่า ลักษณะงาน ความพอใจในการทำงาน และภาระงานที่มากมีความสัมพันธ์กับความระคายเคืองระบบทางเดินหายใจ โดยเฉพาะงานถ่ายเอกสาร การถ่ายรูป เป็นต้น เป็นตัวแปรทำนายภาวะสุขภาพของผู้หญิง ส่วนในเรื่องเพศสัมพันธ์ พบว่า ลูกจ้างหญิงมีความต้องการปรึกษาสามีเกี่ยวกับปัญหาเพศสัมพันธ์กับสามีก่อนที่จะเลือกปรึกษา จิตแพทย์ พยาบาล และแพทย์ (Alington & Troll 1984) และอายุของแรงงานหญิงมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและอารมณ์ รวมทั้งความเครียดและการปรับตัว โดยพบว่า ผู้หญิงมีอายุ 35-85 ปี และมีน้ำหนักมาก จะมีความเครียดเพิ่มขึ้น ส่วนผู้หญิงอายุ 35-49 ปี มักมีความเครียดในเรื่องการทำงาน (Griffith 1983b)

ความสัมพันธ์ระหว่างการทำงานและภาวะสุขภาพของแรงงานหญิง

รูเบนสไตน์ (Rubenstein 1992) พบว่าในหญิงที่ได้รับการจ้างงานมีความรู้สึกเกี่ยวกับการมีภาวะสุขภาพดี (well-being) และการใช้บริการเกี่ยวกับสุขภาพจิตจากแหล่งให้บริการน้อยกว่ากลุ่มหญิงที่ไม่ได้รับการจ้างงาน

ปัจจัยเสี่ยงที่เป็นปัญหาสำคัญของโรคเรื้อรัง

ปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้สัมพันธ์กับ

1. พฤติกรรมและวิถีชีวิตของแต่ละบุคคล : สามารถป้องกันและหาทางปรับเปลี่ยนได้ เช่น การสูบบุหรี่ การออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ การรับประทานอาหารที่ไม่ถูกสุขลักษณะ
2. ปัญหาด้านสภาพแวดล้อม เช่น เสียงที่ดังมาก การยกของหนัก การทำงานหรือการได้รับงานมากเกินไป การควบคุมรูปแบบของงาน
3. อายุและพันธุกรรม เช่น ปัญหาการมีไขมันในเลือดสูงในครอบครัว (CDC 1993)

นอกจากนี้ ปัญหาการดูแลสุขภาพในแรงงานหญิง ถึงแม้จะมีการตรวจคัดกรองการเป็นมะเร็งปากมดลูก ซึ่งเป็นวิธีการตรวจที่ง่ายและสะดวก แต่พบว่าปัจจัยเสี่ยงและเป็นสาเหตุการตายที่พบมากในหญิงที่มีอายุมากขึ้น เนื่องจากในหญิงกลุ่มนี้ได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูกน้อยมาก (PHS 1991)

ข้ออักเสบ (Arthritis) พบประมาณร้อยละ 17.1 ในผู้หญิง ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดความพิการไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ จะพบได้ในหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปในสหรัฐอเมริกา (Centrals for Disease Control and Prevention (CDC 1994) นอกจากนี้ในแรงงานหญิงที่มีการศึกษาน้อย รายได้น้อยจะมีปัญหาเกี่ยวกับข้ออักเสบ ซึ่งปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดปัญหาก็เนื่องมาจากการไม่ออกกำลังกายหรือ การทำกิจกรรมน้อย น้ำหนักมากเกินไปเกินเกณฑ์มาตรฐาน ภาวะเครียดและการได้รับบาดเจ็บของข้อต่อต่าง ๆ (Hockberg 1993)

การออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ มีผลดี

การทำกิจกรรมหรือออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเป็นผลดีต่อสุขภาพของสตรี โดยช่วยลดภาวะเสี่ยงจากการตายด้วยโรคหัวใจ ลดภาวะเสี่ยงของภาวะความดันโลหิตสูง มะเร็งของลำไส้

และโรคเบาหวาน (USDHHS 1996) นอกจากนี้ยังมีผลดีต่อการเพิ่มความแข็งแรงและคงทนของร่างกาย การทำงานอาชีพที่มีความคล่องตัว ตลอดจนความเป็นอยู่ที่ดีที่สุดในชีวิตประจำวัน (Buchner et. al., 1992 ; Wagner et. al., 1992)

จากการศึกษาในกลุ่มผู้ที่มีการทำกิจกรรมจะช่วยในการลดภาวะเครียด ระดับความวิตกกังวล และยังช่วยให้เพิ่มผลผลิตของงาน อารมณ์ดี มีการรับรู้การนับถือตนเองที่ดีขึ้น ตลอดจนมีความรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตดี (King et. al. 1995 ; Leutzinger & Blanke. 1991 ; Morgan 1985 ; Taylor Sallis & Needle 1985)

ภาวะสุขภาพจิตที่มีผลกระทบต่อแรงงานหญิง ในการทำงานนั้นพบว่าการวัดความเครียดนั้น ในหญิงมักจะวัดในลักษณะของอาชีพ ภาวะการสมรสและการมีบุตร (Wilbur & Dan 1989) สำหรับสาเหตุของภาวะเครียดในหญิงที่ทำงานสามารถแบ่งออกเป็นภาวะเครียดที่เกิดขึ้นทันทีทันใด เช่น จากภาวะการไม่มีงานทำ ตกงาน การได้รับบาดเจ็บ การรับอันตรายจากการสัมผัสสารเคมี เช่น กรดต่าง ๆ ส่วนภาวะเครียดที่เกิดขึ้นเรื้อรัง เช่น ความไม่พึงพอใจในงานที่ทำ หรือภาวะงานที่หนักเกินไป [American Public Health Association (APHA) 1991] ภาวะเครียดนอกจากเกิดจากปัจจัยของการทำงานแล้ว ยังรวมถึงภาวะเครียดที่เกิดจากการถูกรุนรานทางเพศ ความเบื่อก่อนาย การขาดการควบคุมและตรวจสอบด้วยเครื่องมือทางอิเล็กทรอนิกส์ (PHS 1991) ซึ่งจากการศึกษาของสถิติสาธารณสุขแห่งชาติพบว่าร้อยละ 49.7 ของหญิงที่ทำงานมีความรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของตนเอง (National Center for Health Statistics (NCHS. 1993)

ความรุนแรงทางเพศพบว่าในหญิงที่ถูกรุนรานทางเพศ มีผลคุกคามต่อชีวิตมากโดยพบถึงร้อยละ 23 (Northwestern National Life. 1993) เบอร์สตัน (Bursten 1985) ได้อธิบายชนิดของความรุนแรงทางเพศ ออกเป็น 2 ชนิดคือ ความต้องการความสุขทางเพศจากการได้มีโอกาสในการทำงานหรือทะเลาะถกเถียงกันจากงานที่ได้รับการตอบโต้ทำร้ายและเงื่อนไขของงาน เช่น ได้รับการเข้าเหย้า เป็นตัวตลกของที่ทำงานสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ทำให้แรงงานหญิงสูญเสียการปรับตัว ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานลดน้อยลงหรือถดถอยลง เกิดภาวะการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตอารมณ์ โดยทำให้เกิดความรู้สึกโกรธ ก้าว เครียด และซึมเศร้า ทำให้สตรีเหล่านั้นมีความต้องการในการเปลี่ยนงานใหม่หรือเกิดความไม่อยากทำงาน (burnout) ในอัตราที่สูง (Northwestern National Life 1993) ผลของการทำงานต่อระบบสืบพันธุ์ในแรงงานหญิง พบว่า

ปัจจัยเสี่ยง ที่ก่อให้เกิดปัญหาภาวะสุขภาพในหญิงนั้นเกิดเนื่องจากเงื่อนไขในการทำงานไม่ได้รับการควบคุมที่ดีพอ (Decoufle et. al. 1993 ; Lipscomb et. al., 1991.) การทำงานของแรงงานหญิงตามโรงงาน การทำงานกับสารเคมี การทำงานเกี่ยวกับการจักรีดเป็นปัจจัยเสี่ยงสูงที่ก่อให้เกิดการตั้งครรภ์ไม่ครบกำหนด เกิดการแท้ง ปัญหาการคลอด ปัญหาที่เกิดกับทารกในครรภ์ ปัญหาภาวะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ปัญหาสุขภาพมารดาหลังคลอด ตลอดจนปัญหาความผิดปกติของการมีประจำเดือน (Ahlborg 1990 ; Lindbohm et. al. 1990.)

จากการศึกษาของเอ็กเซลส์สันและคณะ (Axelsson et. al. 1989) การศึกษาของไบแซนติและคณะ (Bisanti et. al. 1996) พบว่า ทารกที่เกิดจากมารดาชาวยุโรปที่เวลาทำงานไม่ปกติหรือทำงานแบบหมุนเวียนเป็นกะ มีน้ำหนักแรกคลอดน้อยกว่าปกติ น้อยกว่ามารดาที่ทำงานตามปกติ นอกจากนี้จากการศึกษาของไทเทิลแมนและคณะ (Teitelman et. al. 1990) พบว่า อัตราการเกิดของทารกคลอดก่อนกำหนดและน้ำหนักน้อยในอัตราที่สูงในระหว่างกลุ่มหญิงที่ทำงานโดยต้องมีการเคลื่อนไหวหรือยืนตลอดเวลา เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มสตรีที่ทำงานนั่งอยู่กับที่

ดังนั้นในหน่วยงานต่าง ๆ ควรมีนโยบาย โปรแกรม และมาตรฐานการทำงานเพื่อลดภาวะเสี่ยงที่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์อันเนื่องมาจากการทำงานได้ เช่นเดียวกับประเทศเดนมาร์ก อิตาลี ฝรั่งเศสที่อนุญาตให้หญิงมีครรภ์ที่อยู่ในภาวะเสี่ยงสามารถลาทำงานได้ โดยยังคงได้รับเงินเดือนและสวัสดิการ เพื่อความปลอดภัยของมารดาและทารกในครรภ์ (Collins et. al. 1997)

ระบาดวิทยาสุขภาพหญิงไทย

แนวคิดทางชีว-การแพทย์ สามารถพิจารณาภาวะสุขภาพในแง่การเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีระและจิตสังคมของผู้หญิงในแต่ละช่วงชีวิต (life cycle) จากการสำรวจสุขภาพอนามัยของหญิงไทย พบว่า เมื่อจำแนกตามสาเหตุการตายตามเพศ พบว่า โรคหัวใจเป็นสาเหตุการตายอันดับแรก อันดับที่ 2 และ 3 คือ ตายด้วยสาเหตุของมะเร็งและอุบัติเหตุตามลำดับ (สถิติ สาธารณสุข 2533) ส่วนในเรื่อง สุขภาพวัยเจริญพันธุ์ ในเรื่องสุขภาพของมารดา พบว่า มารดา ในกลุ่มอายุ 15-19 ปี มีอัตราตายเป็น 2 เท่าของมารดาในกลุ่มอายุ 20-24 ปี นอกจากนี้การที่หญิงไทยมีอายุน้อย จึงยังไม่มีความพร้อมในการเลี้ยงดูบุตร (WHO 1995) เชื่อกันว่า การตั้งครรภ์ที่ยังไม่มีความพร้อม

บางครั้ง อาจนำมาสู่ปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนาและการทำแท้งในที่สุด ส่วนภาวะสุขภาพของหญิงที่เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ โรคเอดส์มีแนวโน้มที่เป็นสาเหตุการตายและการเจ็บป่วยของหญิงไทยในปัจจุบัน จากการสำรวจกระทรวงสาธารณสุข ปี 2537 พบว่า สัดส่วนผู้ติดเชื้อรายใหม่ที่เป็นหญิงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น สัดส่วนชายต่อหญิงเพิ่มจาก 97:3 ในปี พ.ศ. 2531 เพิ่มเป็น 46:54 ในปี 2536 และอยู่ในสัดส่วนประมาณ 60:40 จนถึงปี พ.ศ.2548 (ปิ่นททัย สุขเมธพร 2539:14)

ในส่วนภาวะสุขภาพของแรงงานหญิงที่เจ็บป่วยจากการทำงาน พบว่า สัดส่วนของเพศหญิง ได้รับบาดเจ็บเพิ่มขึ้นจาก 0.20 ในปี พ.ศ. 2531 เป็น 0.27 ในปี 2531 (สำนักงานกองทุนทดแทน 2531) ทั้งนี้เนื่องจากปริมาณผู้เข้าสู่แรงงานที่เป็นหญิงมีจำนวนมากขึ้นทุกปี โดยเฉพาะงานภาคอุตสาหกรรม ร้อยละ 80 ของการเจ็บป่วยมาจากภาคการผลิตของอุตสาหกรรม โดยเกิดจากของหล่นทับ วัตถุกระแทก ร้อยละ 45.82 รองลงมา คือ อุบัติเหตุจากเครื่องจักร ร้อยละ 20.09 (สำนักงานกองทุนทดแทน 2531) การย้ายถิ่นแรงงานหญิงจากภาคเกษตรเป็นสังคมอุตสาหกรรมทำให้แรงงานหญิงต้องออกจากครอบครัวเพื่อทำงานและอยู่ในสภาวะแวดล้อมของงานที่ทำให้มีโอกาสได้รับบาดเจ็บจากการทำงานมากขึ้น ขณะเดียวกันกลับถูกเอารัดเอาเปรียบค่าแรงสวัสดิการและปัญหาสุขภาพของแรงงานส่วนใหญ่ จึงมีผลจากลักษณะและระบบของงาน (อรุณ จิรวัดน์กุล และคณะ 2538)

ค่านิยมของสังคมที่เน้นให้ผู้หญิงกล้าแสดงออกในเรื่องเพศน้อยกว่าเพศชาย ทำให้ผู้หญิงมีลักษณะความด้อยโอกาสต่อรองเกี่ยวกับเรื่องเพศ การตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนาเกิดขึ้นจากการที่ผู้หญิงไม่สามารถต่อรองได้ว่าควรจะมีหรือไม่มีเพศสัมพันธ์ ซึ่งลักษณะเช่นนี้เพิ่มความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพของหญิงมากขึ้น (ปิ่นททัย สุขเมธพร 2539:18) การวิจัยของอรุณ จิรวัดน์กุลและคณะ (2538) พบว่า การเป็นคณงานก่อสร้างทำให้ส่วนหนึ่งต้องพักอาศัยอยู่ในที่พักใกล้สถานก่อสร้าง ซึ่งมีสภาพที่แออัดการสุขาภิบาลไม่ดี อยู่ในสภาพการทำงานเสี่ยงอันตรายเนื่องจากขาดการควบคุมเอาใจใส่ด้านความปลอดภัย คณงานก่อสร้างหญิงจึงเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพบาดเจ็บเล็กน้อย จนถึงพิการและเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จากสามีไปเที่ยวหญิงบริการด้วย

เนื่องจากสังคมยุคนี้มีการเปลี่ยนแปลงรวดเร็ว ภาวะสุขภาพของผู้หญิงจะต้องได้รับการพิจารณาอย่างเป็นพลวัต (dynamic) ดังนั้น ประเด็นสุขภาพของผู้หญิงจึงมิใช่มองการเจ็บป่วยเพียงแง่มุมเดียวอีกต่อไป สถานะสุขภาพที่บ่งชี้ระดับสุขภาพของผู้หญิง เช่น ภาวะโภชนาการ ความสามารถในการมีบุตร การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยและมีความสุข การมีทางเลือกบริการสุขภาพที่หลากหลาย ประเด็นเหล่านี้จึงเป็นประเด็นที่เพิ่มแง่มุมมองกับสุขภาพของผู้หญิงต่อไป

การประกันสังคมในแง่การประกันสุขภาพของผู้ถูกจ้างงาน

การประกันสังคม เป็นรูปแบบหนึ่งของระบบความมั่นคงทางสังคมที่จะทำให้เกิดความมั่นคงแก่ประเทศชาติเป็นส่วนรวม โดยรัฐบาลมีส่วนร่วมในการรับภาระเพื่อบรรเทาภาระของนายจ้างและลูกจ้างให้อยู่ในระบบความมั่นคงของสังคม โดยรัฐต้องสร้างระบบสวัสดิการเพื่อเป็นหลักประกันแก่ ผู้ใช้แรงงานว่าได้รับความช่วยเหลือทางเศรษฐกิจระดับหนึ่ง หากเขาต้องประกันกับภาวะสูญเสียรายได้ อันมีผลกระทบต่อชีวิตและความเป็นอยู่ของประชาชน (กระทรวงสาธารณสุข 2534 : 3) (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และคณะ 2534:6) คือ หลักการสงเคราะห์ (Public assistance) หลักการบริการสังคมหรือสุขภาพ (Social service or public service) และหลักการประกันสังคม (social insurance) ซึ่ง หลักการประกันสังคมถือเป็นหลักสากลในทางปฏิบัติได้ แบ่งการประกันสังคมออกเป็น 8 ประเภท (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และคณะ 2534:7-8) ดังนี้

1. การประกันการเจ็บป่วย (sickness insurance) เป็นการให้ความคุ้มครองโดยการจ่ายชดเชยค่าจ้างในรูปแบบเงินสด (cash compensation for wages) และการจัดบริการทางการแพทย์ (medical care services) เพื่อรักษาพยาบาลเมื่อเกิดการเจ็บป่วยไม่สามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติ หรือต้องหยุดพักงานเป็นเหตุให้ต้องสูญเสียงานประจำ

2. การประกันการคลอดบุตร (Maternity insurance) เป็นการจัดบริการทางการแพทย์เพื่อให้ลูกจ้างที่เป็นหญิงได้รับการดูแลตั้งแต่ตั้งครรภ์จนกระทั่งการคลอดและการบริหารการรวมทั้งการจ่ายเงินชดเชยในระหว่างหยุดงานก่อนและหลังครบกำหนดคลอดด้วย

3. การประกันอุบัติเหตุและโรคอันเกิดจากการทำงาน (employment injury insurance) ผู้ประกันตนจะได้รับบริการทางการแพทย์เป็นพิเศษ โดยได้รับเงินชดเชยค่าจ้างสูงกว่าอัตราการเจ็บป่วยธรรมดา และได้รับเงินทดแทนความพิการทุพพลภาพตามอัตราการสูญเสียสมรรถภาพในการทำงาน

4. การประกันความพิการหรือทุพพลภาพ (invalidity insurance) หมายถึงความพิการหรือทุพพลภาพอย่างถาวร และสูญเสียสมรรถภาพในการทำงาน ตั้งแต่ 2 ใน 3 ของสมรรถภาพในการทำงานตามปกติ โดยผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับเงินเลี้ยงชีพหรือบำนาญพิการทุพพลภาพ ได้รับบริการทางการแพทย์และเงินชดเชยค่าจ้างในระหว่างหยุดงาน เพื่อการรักษาพยาบาลและการให้ความช่วยเหลืออื่น ๆ เช่น การให้อุปกรณ์เทียม การจัดหางานทำ

5. การประกันชราภาพ (oldage insurance) เป็นการให้ผู้ประกันตน หญิงที่มีอายุ 60 ปี และผู้ประกันชายอายุ 65 ปีขึ้นไป ได้รับเงินบำนาญชราภาพและมีสิทธิได้รับบริการทางการแพทย์ เช่นเดียวกับผู้ประกันตนทั่วไปเมื่อถึงแก่กรรม ทายาทมีสิทธิได้รับเงินค่าจัดการศพและเงินทดแทนการตาย

6. การประกันมรณกรรม (death insurance) เป็นการให้ค่าจัดการศพ (funeral grant) แก่ ทายาทของผู้ประกันตน รวมกับการให้ทายาทอันหมายถึงบุตรที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ หรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตัวเองได้ ภรรยาหรือสามีที่ไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ และผู้อยู่ในอุปการะตามที่กฎหมายกำหนด มีสิทธิได้รับเงินทดแทนการตาย

7. การประกันการว่างงาน (unemployment insurance) เป็นการชดเชยค่าจ้างแก่ผู้ว่างงาน ในระหว่าง 3-6 เดือน ในอัตราครึ่งหนึ่ง ของค่าจ้างเดิมหรือสูงกว่า และจัดให้ฝึกอาชีพฝีมือ (skill labour) พร้อมทั้งจะประกอบอาชีพและจัดหางานให้ทำตามความเหมาะสม

8. การประกันการสงเคราะห์ครอบครัว (family allowance insurance) เป็นการลดภาระ ในครอบครัวให้ดำรงอยู่ได้อย่างปกติสุข เช่น การให้ความช่วยเหลือทางการเงินแก่ครอบครัวที่มีราย ได้น้อยและการสงเคราะห์บุตรในครอบครัวที่มีบุตรมาก เป็นต้น

ประโยชน์ของการประกันสุขภาพ

นิตยา แสงเล็ก และคณะ (2527) ได้สรุปประโยชน์ของการประกันสุขภาพดังนี้

1. ช่วยให้เกิดประสิทธิภาพและความเสมอภาคในการให้บริการรักษาพยาบาล และเป็น การตอบสนองความต้องการพื้นฐานชีวิตของประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเป็นบริการที่นอกเหนือ จากบริการที่มีอยู่แล้ว

2. ช่วยแบ่งเบาภาระในการบริการสาธารณสุขแก่กลุ่มผู้รับบริการประกัน ทำให้รัฐจะได้ มีโอกาสช่วยเหลือกลุ่มคนที่ขาดแคลน หรือยังไม่สามารถครอบคลุมได้ทั่วถึงมากขึ้น

3. กระตุ้นให้ประชาชนสนใจดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น เนื่องจากได้จัดให้มีบริการอยู่แล้ว
4. ผู้รับบริการจะได้รับประโยชน์ชัดเจนในกรณีเจ็บป่วย หรือในระหว่างปฏิบัติงานทำให้ไม่เป็นภาระแก่ครอบครัวหรือสังคมมากเกินไป

สภาพปัจจุบันของลักษณะการประกันสังคมในประเทศไทย

หลักประกันต่าง ๆ ที่ประชาชนได้รับในปัจจุบันพอแบ่งเป็นกลุ่มใหญ่ ๆ ตามลักษณะของแหล่งเงินและสิทธิประโยชน์แก่ 4 กลุ่ม คือ

- 1.สวัสดิการข้าราชการ (social welfare)
2. การสงเคราะห์โดยรัฐ
3. การประกันสุขภาพภาคบังคับ (compulsory health insurance)
4. การประกันสุขภาพโดยสมัครใจ (voluntary health insurance)

1. สวัสดิการข้าราชการ มีแหล่งงบประมาณซึ่งจัดสรรไว้ในงบกลางของกระทรวงการคลัง ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ตลอดจนครอบครัว (คู่สมรส บิดา มารดา บุตร) ได้รับการคุ้มครองโดยถือว่าหน่วยราชการเป็นนายจ้างและลูกจ้าง (ข้าราชการ) ไม่ต้องจ่ายเงินสมทบ สิทธิประโยชน์คุ้มครองการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกเฉพาะเมื่อใช้บริการโรงพยาบาลของรัฐ และการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลของรัฐและเอกชน การคุ้มครองการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนมีขีดจำกัดด้านยอดเงินสูงสุดที่เบิกได้แต่ละครั้ง

2. การสงเคราะห์โดยรัฐ ได้แก่ การสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย ผู้สูงอายุ เด็กนักเรียนและผู้พิการ ตลอดจนการสงเคราะห์ทหารผ่านศึก กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และอาสาสมัครต่าง ๆ รัฐบาลจัดสรรงบประมาณให้กับสถานพยาบาลของรัฐเพื่อให้บริการไม่คิดมูลค่าแก่ผู้ถือบัตรรายได้น้อย ผู้สูงอายุ เด็กนักเรียนและผู้พิการ และคิดราคาในอัตราส่วนลดแก่กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัคร

3. การประกันสุขภาพบังคับ ได้แก่ การประกันสุขภาพตามพระราชบัญญัติประกันสังคม และการประกันสุขภาพด้วยกองทุนทดแทน แม้จะเป็นลักษณะบังคับตามกฎหมายเช่นเดียวกัน แต่แหล่งเงินมีที่มาต่างกัน กองทุนประกันสังคมได้เงินจากลูกจ้างและนายจ้างอย่างละ 1 ส่วน และได้เงินงบประมาณจากรัฐสมทบอีก 1 ส่วน แต่กองทุนเงินทดแทนมาจากนายจ้างทั้งหมด

สิทธิคุ้มครองของกองทุนประกันสังคมครอบคลุมการเจ็บป่วย การคลอดบุตร และยังครอบคลุมถึงประโยชน์อื่น ๆ เช่น การตาย ทูพพลภาพ ฯลฯ เมื่อเจ็บป่วยสามารถเข้ารับบริการกับสถานพยาบาลคู่สัญญาได้ (ซึ่งมีทั้งสถานพยาบาลรัฐและเอกชน) โดยไม่ต้องจ่ายเงินเพิ่ม ส่วนกองทุนเงินทดแทนคุ้มครองการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุในงาน และประโยชน์อื่น ๆ

การประกันสุขภาพแบบบังคับอีกอย่างหนึ่งที่เพิ่งบังคับใช้คือพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถและแหล่งเงินมาจากเจ้าของยานพาหนะที่จ่ายค่าธรรมเนียม แต่ผู้ดำเนินการคือบริษัทประกันเอกชน ซึ่งจ่ายค่าทดแทนเบื้องต้นแก่ผู้ประกันภัยทันที 10,000 บาท รวมจ่ายค่าทดแทนในวงเงินไม่เกิน 50,000 บาท ซึ่งครอบคลุมทั้งค่ารักษาพยาบาลและทูพพลภาพ

4. การประกันสุขภาพแบบสมัครใจ ได้แก่ การประกันสุขภาพบริษัทเอกชน และบัตรสุขภาพ บริษัทประกันสุขภาพเอกชนเรียกเก็บเบี้ยประกันจากผู้เอาประกันโดยครอบคลุมประโยชน์แตกต่างไป การประกันสุขภาพเอกชนไม่ได้รับความนิยมนเท่าที่ควร ทั้ง ๆ ที่บริษัทแรกดำเนินการมาตั้งแต่ 2485 วิธีการที่บริษัทพยายามให้อยู่รอดคือ ให้มีการเพิ่มประกันสุขภาพพ่วงเข้าไปกับการประกันชีวิต (Kiranandana and Limsakul 1993) ส่วนโครงการบัตรสุขภาพ แรกเริ่มเป็นการระดมทุนชาวบ้าน แต่มาปี 2536 โครงการนี้ได้รับงบประมาณสมทบจากรัฐอีก 50 ล้านบาท เพื่อจ่ายสมทบให้กองทุนบัตรสุขภาพในอัตรา 500 บาทต่อบัตรสิทธิประโยชน์คุ้มครองการเจ็บป่วย การคลอด

นอกจากนี้สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2533) ได้ศึกษาผลกระทบของ พ.ร.บ. ประกันสังคม พ.ศ. 2533 ต่อการให้การรักษาพยาบาลและบริการแพทย์ โดยเก็บข้อมูลคนงานในโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดสมุทรสาครเรื่องความพอใจของการใช้บริการประกันสุขภาพ จำแนกตามขนาดโรงงาน พบว่า คนงานที่อยู่ในโรงงานอุตสาหกรรมขนาดกลางมีความพอใจต่อประกันสุขภาพร้อยละ 33.3 คนงานในโรงงานขนาดใหญ่พอใจต่อประกันสังคม ร้อยละ 36.0 จึงเห็นได้ว่าคนงานในโรงงานอุตสาหกรรมทั้งขนาดกลางและใหญ่มีความพอใจต่อการประกันสังคมในแง่ประกันสุขภาพใกล้เคียงกัน

จากการสำรวจรูปแบบประกันสุขภาพของคนไทย พบว่า ประเทศไทยมีความครอบคลุมกองทุนประกันสังคมเพียง ร้อยละ 7.0 (ดังตารางที่ 2.2)

ตารางที่ 2.2 ความครอบคลุมของรูปแบบการประกันสุขภาพ (อนุวัฒน์ สุขชาติกุล, 2537)

| รูปแบบ | ความครอบคลุม |
|---|-----------------------|
| 1.สวัสดิการรักษายาบาลที่รัฐจัดให้ข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ | 9.5 |
| 2.สวัสดิการรักษายาบาลที่รัฐจัดให้ประชาชน (health welfare) | |
| 2.1 โครงการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยด้านการรักษายาบาล | 20.0 |
| 2.2 โครงการสงเคราะห์ผู้สูงอายุด้านการรักษายาบาล | 7.3/4.1 ¹ |
| 2.3 โครงการสุขภาพนักเรียนประถมศึกษาสังกัด สปช. | 9.1 |
| 2.4 โครงการสงเคราะห์เด็ก 0-12 ปี | 24.5/7.4 ¹ |
| 2.5 โครงการสงเคราะห์ผู้พิการ | 1.8 |
| 2.6 สวัสดิการรักษายาบาลสำหรับพระและนักบวช | 0.5 |
| 2.7 สวัสดิการรักษายาบาลสำหรับทหารผ่านศึกและครอบครัว | 0.3 |
| 3. การประกันสุขภาพเชิงบังคับ (compulsory health insurance) | |
| 3.1 กองทุนทดแทนแรงงาน ² | 5.0 |
| 3.2 กองทุนประกันสังคม ² | 7.0 |
| 3.3 การคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ³ | 7.0 |
| 4. การประกันสุขภาพโดยสมัครใจ (voluntary health insurance) | |
| 4.1 การประกันสุขภาพเอกชน | 1.0 |
| 4.2 บัตรประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข | 5.1 |

หมายเหตุ

- ¹ ตัวเลขแรก หมายถึง ความครอบคลุมทั้งหมด
 ตัวเลขหลัง หมายถึง การตั้งงบประมาณอุดหนุนในส่วนที่ไม่ได้รับความคุ้มครองจากระบบใดๆ
- ² ทั้งสองกองทุนนี้คุ้มครองคนกลุ่มเดียวกัน
- ³ คุ้มครองทุกคนที่ประสบภัยจากรถ

จากหลักการและข้อมูลดังกล่าว จึงอาจสรุปได้ว่าลูกจ้างในภาคอุตสาหกรรมยังมีการสมัครเป็นสมาชิกประกันสังคมยังไม่ครบทุกคนในประเทศไทย ซึ่งอาจก่อให้เกิดโอกาสเสี่ยงกับลูกจ้าง โดยเฉพาะแรงงานย้ายถิ่นในแง่การไม่มีโอกาสเท่าเทียมกันในการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะแรงงานหญิงย้ายถิ่น ซึ่งได้รับผลกระทบด้านต่าง ๆ ทั้งจากภาวะการย้ายถิ่น การจ้างงานทำให้มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ย้ายถิ่น

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของแรงงานหญิงย้ายถิ่นในอุตสาหกรรมยางพาราจังหวัดสงขลา โดยดำเนินการวิจัย มีรายละเอียดดังนี้

ประชากร

ประชากร คือ แรงงานหญิงย้ายถิ่นที่ย้ายถิ่นเข้ามาจังหวัดสงขลาอย่างน้อย 2 ปี โดยประกอบอาชีพอุตสาหกรรมยางพาราประเภทน้ำยางชั้นและยางแท่ง

ตัวอย่าง

ตัวอย่าง คือ แรงงานหญิงย้ายถิ่นที่ย้ายถิ่นเข้ามาจังหวัดสงขลาในระยะเวลาอย่างน้อย 1 ปี และประกอบอาชีพอุตสาหกรรมยางพาราในจังหวัดสงขลาที่สุ่มตัวอย่างมีอยู่ใน 6 อำเภอคืออำเภอหาดใหญ่ อำเภอสะเตกา อำเภอจะนะ อำเภอบางกล่ำ อำเภอรัตนภูมิ และอำเภอนาทวี (อุตสาหกรรมจังหวัดสงขลา 2539 : 1-14) โดยใช้วิธีคำนวณขนาดตัวอย่างตามวิธีของท่าโร ยามาเน่ (Yamane, 1967) จากประชากรประมาณ 1,126 รายเมื่อคำนวณแล้ว ได้ขนาดตัวอย่างประมาณ 393 ราย โดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (stratified random sampling) ตามขนาดของโรงงาน เพื่อให้ได้ขนาดตัวอย่างที่ได้เป็นตัวแทนของแรงงานหญิงย้ายถิ่นการวิจัยนี้จึงใช้การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่มตามสัดส่วนแบบไม่เท่ากัน (disproportion) ในแต่ละขนาดโรงงาน(แบ่งโรงงานขนาดใหญ่ กลาง และเล็ก)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การวิจัยนี้ใช้แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างและการสังเกตแบบไม่เป็นทางการ โดยคณะวิจัยทำการศึกษานำร่องหาแนวคำถามด้วยวิธีเชิงคุณภาพ (qualitative method) เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาพัฒนาเป็นแนวคำถามในการทำวิจัยเชิงปริมาณในการสร้างแบบสัมภาษณ์ ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลหลักอยู่ 2 ส่วน คือ

1.1 ข้อมูลทั่วไปของแรงงานหญิงย้ายถิ่นในอุตสาหกรรมยางพารา ซึ่งประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ถิ่นที่อยู่เดิม (ภูมิลำเนาเดิม) จำนวนสมาชิกในครอบครัวในภูมิลำเนาเดิม จำนวนสมาชิกในครอบครัวเมื่อมาอยู่ในจังหวัดสงขลา จำนวนคนที่ต้องรับภาระเลี้ยงดู รายได้เฉลี่ยของแรงงานย้ายถิ่นต่อเดือนในปัจจุบัน รายจ่ายที่แรงงานต้องใช้จ่ายเลี้ยงดู

ลักษณะที่อยู่อาศัย ความต้องการย้ายถิ่นกลับถิ่นเดิมในอนาคต ความหวังในอนาคต ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของแรงงานหญิงย้ายถิ่นในปัจจุบัน

1.2 ข้อมูลภาวะสุขภาพ โดยใช้เครื่องมือแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon 1987) วัดแบบแผนสุขภาพใน 11 ด้าน (ตามนิยามศัพท์การวิจัย)

1. การรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ (5 ข้อ)
2. อาหารและการเผาผลาญอาหาร (5 ข้อ)
3. การขับถ่าย (6 ข้อ)
4. กิจกรรมและการออกกำลังกาย (4 ข้อ)
5. การพักผ่อนนอนหลับ (3 ข้อ)
6. สถิติปัญญาและการรับรู้ (2 ข้อ)
7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ (3 ข้อ)
8. บทบาทและสัมพันธภาพ (3 ข้อ)
9. เพศและเจริญพันธุ์ (5 ข้อ)
10. การปรับตัวและความทนทานต่อความเครียด (4 ข้อ)
11. คุณค่าและความเชื่อ (3 ข้อ)

เกณฑ์การแปลผลการวิจัยครั้งนี้ ใช้คะแนนดิบที่ได้ซึ่งเป็นคะแนนภาวะสุขภาพในแต่ละแบบแผนสุขภาพมาปรับเป็นคะแนนมาตรฐาน โดยใช้คะแนนมาตรฐานที่ (T-score) เพื่อสามารถนำคะแนนมาตรฐานในแต่ละแบบแผนสุขภาพมาเปรียบเทียบกันได้ คือแบบแผนสุขภาพใดที่มีค่าคะแนนมาตรฐานเท่ากับหรือมากกว่าค่าเฉลี่ยกลางหรือที่คะแนนที่ 50 (T_{50}) แสดงว่าแบบแผนสุขภาพนั้นปกติ แต่ถ้ามีคะแนนมาตรฐานต่ำกว่าคะแนนมาตรฐานที่ 50 ถือว่าแบบแผนสุขภาพในแต่ละแบบแผนนั้นมีลักษณะเบี่ยงเบน

ลักษณะข้อคำถามใช้มาตราประเมินค่า 3 ระดับ คือการตอบว่ามีสุขภาพระดับดี (2 คะแนน) สุขภาพเบี่ยงเบนหรือไม่แน่ใจว่าปกติ (1 คะแนน) และสุขภาพไม่ดีหรือป่วย (0 คะแนน) โดยให้ความหมายระดับสุขภาพแต่ละระดับดังนี้ (Spradlay and A Clender 1996)

ภาวะสุขภาพดี เป็นภาวะที่ผู้ตอบมีการเจ็บป่วยอยู่บ้าง แต่ยังสามารถทำงานได้เต็มที่และมีความพอใจในสุขภาพของตนเอง ณ ขณะนั้น

ภาวะสุขภาพเบี่ยงเบน เป็นภาวะที่ผู้ตอบมีการเจ็บป่วยและไม่สามารถมีความสุขในสังคมและไม่พอใจในสุขภาพของตนเอง ณ ขณะนั้น

ภาวะเจ็บป่วย เป็นภาวะที่ผู้ตอบรับรู้ว่ามีการเจ็บป่วยและอยู่ในระหว่างการรักษาตัวเองจากแพทย์ หรือบุคลากรสาธารณสุขและมาทำงาน

1.3 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ศึกษานำร่องด้วยการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อหาแนวคำถาม หลังจากนั้นจึงร่างแบบสัมภาษณ์ตามกรอบแนวคิดการวิจัยแล้วผู้วิจัยจึงได้นำเครื่องมือดังกล่าว มาตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือดังนี้

1.3.1 หาความตรง (validity) เพื่อพิจารณาตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา และความตรงของข้อคำถามในแต่ละส่วน (Content validity) ตามหลักวิชาการโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านช่วยตรวจสอบความตรง หลังจากนั้นจึงนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

1.3.2 นำเครื่องมือไปหาความเชื่อมั่น (reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับแรงงานย้ายถิ่นในอุตสาหกรรมยางพาราซึ่งมีลักษณะเหมือนประชากรที่ศึกษา (แต่มีใช้กลุ่มตัวอย่าง) จำนวน 30 ราย แล้วนำมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคซ์ (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงทั้งฉบับเท่ากับ 0.78

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์ด้วยการใช้เครื่องไมโครคอมพิวเตอร์ (SPSS/PC+ : Statistical Package for the Social Sciences/Personal Computer Plus) โดยใช้สถิติดังนี้

(1) ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน(S.D) และใช้ T-score มาปรับคะแนนภาวะสุขภาพ ในแต่ละแบบแผนเพื่อนำมาเปรียบเทียบกันในแต่ละแบบแผน

(2) ศึกษาอิทธิพลของปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจ สังคม ปัจจัยการทำงานและปัจจัยความพอใจในประกันสุขภาพที่มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) แบบขั้นตอน (Stepwise method)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับการวิจัยนี้ ได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมด 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 4.1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปด้านประชากร สังคมและเศรษฐกิจ

ส่วนที่ 4.2 ลักษณะสภาพการทำงานของแรงงานหญิงย้ายถิ่นในอุตสาหกรรมยางพารา

ส่วนที่ 4.3 ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้สุขภาพและปัญหาของสุขภาพของแรงงานหญิงย้ายถิ่นใน อุตสาหกรรมยางพารา

ส่วนที่ 4.4 วิเคราะห์ปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจ สังคม ปัจจัยการทำงานและความพอใจที่มีอิทธิพลต่อการมีบัตรประกันสุขภาพต่อภาวะสุขภาพของแรงงานหญิงย้ายถิ่นในอุตสาหกรรมยางพารา

รายละเอียดผลการวิเคราะห์ข้อมูลในแต่ละส่วนมีดังนี้

ส่วนที่ 4.1 ข้อมูลลักษณะทั่วไปด้านประชากร สังคมและเศรษฐกิจ

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของแรงงานหญิงย้ายถิ่น จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

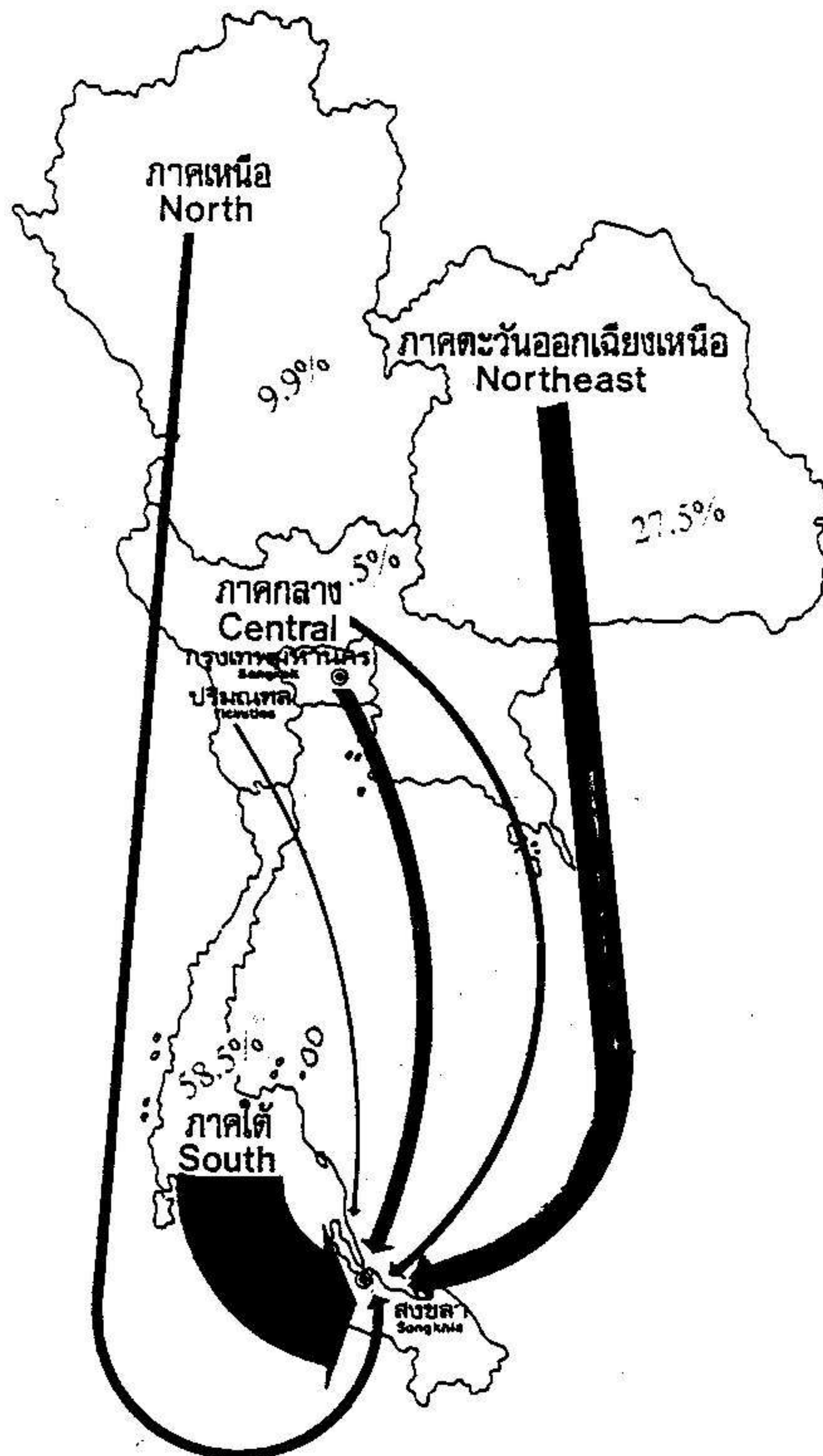
| ข้อมูลทั่วไป | จำนวน (N = 393) | ร้อยละ |
|---------------------------------------|--------------------|--------|
| อายุ (ปี) | | |
| ต่ำกว่า 20 ปี | 80 | 20.4 |
| 21 - 29 ปี | 152 | 38.7* |
| 30 - 39 ปี | 105 | 26.7 |
| มากกว่า 39 ปี | 56 | 14.2 |
| $\bar{X} = 27.15$ ปี , S.D. = 9.98 ปี | | |
| สถานภาพสมรส | | |
| โสด | 73 | 18.6 |
| คู่ | 288 | 73.5* |
| ม้าย | 20 | 5.1 |
| หย่า แยก | 11 | 2.8 |

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

| ข้อมูลทั่วไป | จำนวน (N = 393) | ร้อยละ |
|-----------------------------|--------------------|----------------|
| <u>ระดับการศึกษา</u> | | |
| ไม่ได้เรียนหนังสือ | 17 | 4.3 |
| ประถมศึกษา | 301 | 76.8* |
| มัธยมศึกษา | 65 | 16.6 |
| อาชีวศึกษา | 4 | 1.0 |
| ปริญญาตรี | 6 | 1.3 |
| <u>รายได้ (บาท/เดือน)</u> | | |
| ต่ำกว่า 3,000 บาท | 23 | 5.2 |
| 3,001 - 6,000 | 122 | 31.0 |
| 6,001 - 9,000 | 152 | 38.4* |
| 9,001 - 12,000 | 76 | 19.3 |
| มากกว่า 12,000 | 21 | 5.3 |
| | $\bar{X} = 7618.6$ | S.D. = 2751.14 |
| <u>ถิ่นต้นทางเดิม (ภาค)</u> | | |
| ใต้ | 230 | 58.5* |
| เหนือ | 39 | 9.9 |
| ตะวันออกเฉียงเหนือ | 108 | 27.5 |
| ตะวันออก | 7 | 1.8 |
| กลาง | 2 | .5 |
| ตะวันตก | 7 | 1.8 |
| <u>ลักษณะครอบครัว</u> | | |
| ครอบครัวเดี่ยว | 309 | 78.6* |
| ครอบครัวขยาย | 84 | 21.4 |

ภาพที่ 2 ร้อยละผู้ย้ายถิ่นและกระแสการย้ายถิ่นจากภาคต่าง ๆ เข้าสู่จังหวัดสงขลา

Regional Volume and Stream of Migration to Songkhla Province



จากตารางที่ 4.1 พบว่า แรงงานหญิงย้ายถิ่น ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 21 - 29 ปี ร้อยละ 38.7 อายุเฉลี่ย 27 ปี ($\bar{X} = 27.15$, S.D. = 9.98) สถานภาพสมรสคู่ มากที่สุด ร้อยละ 73.5 การศึกษาอยู่ในกลุ่มประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 76.8 ส่วนใหญ่รายได้อยู่ระหว่าง 5,001 - 9,000 บาท/เดือน ร้อยละ 38.4 หรือมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 7,619 บาท ($\bar{X} = 7618.6$, S.D. = 1715.14) แรงงานหญิงย้ายถิ่นส่วนใหญ่มีถิ่นต้นทางจากภาคใต้ ร้อยละ 58.5 รองลงมาคือ มาจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 27.5 (ดังภาพที่ 1) มีลักษณะครอบครัวแบบครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 78.6

ส่วนที่ 4.2 : ลักษณะสภาพการทำงานของแรงงานหญิงย้ายถิ่นในอุตสาหกรรมยางพารา

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะสภาพการทำงาน

| ลักษณะสภาพการทำงาน | จำนวน (N = 393) | ร้อยละ |
|---|--------------------|--------|
| <u>สถานภาพการทำงาน</u> | | |
| ลูกจ้างประจำ | 23 | 5.9 |
| ลูกจ้างรายวัน | 366 | 93.3* |
| ลูกจ้างแบบรับเหมา | 3 | .8 |
| <u>ขนาดของโรงงานที่รับจ้าง</u> | | |
| โรงงานขนาดเล็ก | 32 | 8.2 |
| โรงงานขนาดกลาง | 78 | 19.8 |
| โรงงานขนาดใหญ่ | 283 | 72.0 |
| <u>ลักษณะงานที่ทำ</u> | | |
| ไม่ทำงานเป็นกะ(ทำเฉพาะเวลา08.00-17.00 น.) | 192 | 48.9 |
| ทำงานเป็นกะ | 200 | 51.1 |
| <u>ระยะเวลาในการทำงานในโรงงานปัจจุบัน</u> | | |
| ต่ำกว่า 2 ปี | 48 | 12.2 |
| 2 - 5 ปี | 91 | 23.2 |
| มากกว่า 5 ปี | 254 | 64.6 |
| <u>การเป็นสมาชิกประกันสังคม</u> | | |
| เป็นสมาชิก | 330 | 83.97* |
| ไม่เป็นสมาชิก | 63 | 16.03 |

จากตารางที่ 4.2 พบว่า แรงงานหญิงย้ายถิ่น มีสถานภาพการทำงานในลักษณะลูกจ้างรายวัน มากที่สุด ร้อยละ 93.3 ส่วนใหญ่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมขนาดใหญ่มาก ร้อยละ 72 มี ลักษณะการทำงานเป็นกะและไม่ทำงานเป็นกะ (ทำเฉพาะเวลา 08.00-17.00 น.) ใกล้เคียงกัน ระยะ เวลาทำงานในโรงงานมากกว่า 5 ปี ร้อยละ 64.6 และส่วนใหญ่เป็นสมาชิกประกันสังคมมากที่สุด ร้อยละ 83.97

ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละของแรงงานหญิงย้ายถิ่น จำแนกตามประสบการณ์การเจ็บป่วย ใน 1 ปีที่ผ่านมา

| ประสบการณ์การเจ็บป่วย | จำนวน (N = 393) | ร้อยละ |
|--|--------------------|--------|
| ประสบการณ์การเจ็บป่วยใน 1 ปีที่ผ่านมา | | |
| ไม่เคยเจ็บป่วย | 47 | 11.9 |
| เคยเจ็บป่วย เกี่ยวกับ | 346 | 88.1* |
| 1. อุบัติเหตุ | 129 | 32.8 |
| 2. ภูมิแพ้ | 4 | 1.0 |
| 3. โรคหัวใจ | 3 | .8 |
| 4. โรคมะเร็ง | 3 | .8 |
| 5. ระบบทางเดินปัสสาวะ/การขับถ่าย | 7 | 1.8 |
| 6. ระบบทางเดินอาหาร | 36 | 4.2 |
| 7. ระบบทางเดินหายใจ | 156 | 39.7 |
| 8. ระบบสืบพันธุ์ | 5 | 1.3 |
| 9. ด้านผิวหนัง | 5 | 1.3 |

ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละของแรงงานหญิงย้ายถิ่น จำแนกตามสาเหตุที่ได้รับบาดเจ็บ
จากอุบัติเหตุ

| สาเหตุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ* | จำนวน (N = 129) | ร้อยละ |
|--------------------------------------|--------------------|--------|
| วัตถุสิ่งของหล่นทับ | 12 | 9.3 |
| สิ่งแปลกปลอมเข้าตา | 8 | 6.2 |
| ถูกวัตถุสิ่งของกระแทกใส่ | 33 | 25.6* |
| หกล้ม | 22 | 17.1 |
| สัมผัสความร้อน | 5 | 3.9 |
| แพ้ยาง | 24 | 18.6 |
| สัมผัสสารเคมี | 27 | 20.6 |

หมายเหตุ* ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ

ตารางที่ 4.5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย

| พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ เมื่อเจ็บป่วย | จำนวน (N = 393) | ร้อยละ |
|---|--------------------|--------|
| การใช้แหล่งบริการเมื่อเจ็บป่วย | | |
| โรงพยาบาลของรัฐ | 324 | 82.7* |
| โรงพยาบาลของเอกชน | 74 | 18.9 |
| คลินิกเอกชน | 199 | 50.8 |
| ร้านขายยา | 209 | 53.3 |
| แหล่งบริการที่พอใจในการรับบริการ | | |
| โรงพยาบาลของรัฐ | 203 | 51.8* |
| โรงพยาบาลของเอกชน | 76 | 19.4 |
| คลินิกเอกชน | 91 | 23.2 |
| ร้านขายยา | 70 | 17.8 |
| การได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจาก บุคลากรสาธารณสุข | | |
| ไม่เคยได้รับความรู้ | 280 | 71.4 |
| เคยได้รับความรู้ | 112 | 28.6 |

หมายเหตุ : ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ

ตารางที่ 4.3 - 4.5 พบว่า ในระยะเวลา 1 ปี ที่ผ่านมา (นับจากวันสัมภาษณ์) แรงงานหญิงย้ายถิ่นมีประสบการณ์การเจ็บป่วย ร้อยละ 88.1 ส่วนใหญ่มีการเจ็บป่วยเกี่ยวกับอาการทางระบบทางเดินหายใจ มากที่สุด ร้อยละ 39.7 รองลงมาคือ เจ็บป่วยเนื่องจากอุบัติเหตุ ร้อยละ 32.8 สาเหตุที่ได้ รับอุบัติเหตุ พบว่า มาจาก วัตถุสิ่งของกระแทกไล่มากที่สุด ร้อยละ 25.6 รองลงมาคือ การล้มศีรษะ ร้อยละ 20.9 เมื่อเจ็บป่วย พบว่า แรงงานหญิงย้ายถิ่นเลือกใช้ แหล่งบริการ โรงพยาบาลของรัฐมากที่สุด ร้อยละ 82.7 รองลงมาคือ จากร้านขายยา ร้อยละ 53.3 แหล่งบริการที่แรงงานหญิงย้ายถิ่นพอใจมากที่สุดคือ จากโรงพยาบาลของรัฐ ร้อยละ 51.8 รองลงมาคือ จากคลินิกเอกชน ร้อยละ 23.2 และส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากบุคลากรสาธารณสุข ถึงร้อยละ 71.4

ส่วนที่ 4.3 : ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้สุขภาพของแรงงานย้ายถิ่นในอุตสาหกรรมยางพารา

ตารางที่ 4.6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามแบบแผนการรับรู้และการดูแลสุขภาพของแรงงานหญิงย้ายถิ่น

| การรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ | จำนวน (N = 393) | ร้อยละ |
|--|--------------------|--------|
| การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน | | |
| แข็งแรงดี | 299 | 76.1 |
| ไม่แข็งแรง | 94 | 29.9 |
| การดูแลสุขภาพด้วยการตรวจสุขภาพประจำปี | | |
| ไม่เคยตรวจสุขภาพ | 266 | 67.1 |
| เคยตรวจสุขภาพ | 126 | 32.1 |
| การเสี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ | | |
| ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยง | 293 | 74.7 |
| มีพฤติกรรมเสี่ยง | 99 | 25.3 |
| ● การอดนอน | 42 | 10.7 |
| ● การสูบบุหรี่ | 2 | .5 |
| ● การดื่มสุรา | 3 | .8 |
| ● การกินยานอนหลับ | 37 | 9.4 |

จากตารางที่ 4.6 พบว่า แร้งงานหญิงย้ายถิ่นรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบันว่า แข็งแรงดี ร้อยละ 76.1 สุขภาพไม่แข็งแรง ร้อยละ 29.9 ส่วนการตรวจสุขภาพประจำปี พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปี ร้อยละ 67.9 ส่วนใหญ่ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ ร้อยละ 74.7 และมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ ร้อยละ 25.3 โดยพบว่าพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพคือในเรื่องการอดนอนมากที่สุด ร้อยละ 10.7 รองลงมาคือ การกินยานอนหลับ ร้อยละ 9.4

ตารางที่ 4.7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกแบบแผนสุขภาพการรับประทานอาหาร

| แบบแผนสุขภาพการรับประทานอาหาร | จำนวน (N = 393) | ร้อยละ |
|---|--------------------|--------|
| ปัญหาการรับประทานอาหาร | | |
| ไม่มี | 300 | 76.6 |
| มี เนื่องจาก | 92 | 23.4 |
| • สุขภาพฟัน | 42 | 10.7 |
| • โรคกระเพาะอาหาร | 30 | 7.6 |
| • เบื่ออาหาร | 20 | 5.0 |
| การมีโอกาสรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ | | |
| มีโอกาสรับประทานอาหารครบ | 319 | 81.2 |
| ไม่มีโอกาส เนื่องจาก | 73 | 18.2 |
| • ไม่มีความรู้เรื่องอาหาร 5 หมู่ | 6 | 1.5 |
| • ไม่มีเวลา | 29 | 7.4 |
| • ไม่สะดวกที่จะทำ | 10 | 2.6 |
| • มีรายได้จำนวนจำกัด | 28 | 7.1 |
| พฤติกรรมการรับประทานอาหาร | | |
| รับประทานอาหารตามเวลา | 296 | 75.5 |
| รับประทานอาหารไม่ตามเวลา | 96 | 24.5 |

จากตารางที่ 4.7 พบว่า แรงงานหญิงย้ายถิ่นมีปัญหาเรื่องการรับประทานอาหารร้อยละ 23.4 สาเหตุอันดับแรกคือ เรื่องของสุขภาพฟัน ร้อยละ 10.7 รองลงมาคือ เรื่องเกี่ยวกับความผิดปกติของ กระเพาะอาหาร ร้อยละ 4.8 มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารไม่ตามเวลา ร้อยละ 24.5

ตารางที่ 4.8 จำนวนและร้อยละกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามแบบแผนสุขภาพด้านการขับถ่าย

| แบบแผนสุขภาพการขับถ่าย | จำนวน (N = 393) | ร้อยละ |
|-------------------------------------|--------------------|--------|
| ปัญหาเกี่ยวกับระบบการขับถ่าย | | |
| ไม่มีปัญหา | 299 | 76.3 |
| มีปัญหา อาการ | 93 | 23.7 |
| • ท้องผูก | 62 | 15.7 |
| • ท้องเสีย | 31 | 8.0 |
| การแก้ไขปัญหาระบบการขับถ่าย | | |
| • ซื่อขามารับประทานเอง | 93 | 23.7 |
| • รับประทานผักและผลไม้ | 42 | 11.4 |
| • ดื่มน้ำมาก ๆ | 38 | 10.3 |

จากตารางที่ 4.8 พบว่า แรงงานหญิงย้ายถิ่น มีปัญหาเกี่ยวกับระบบการขับถ่าย ร้อยละ 23.7 โดยพบปัญหาท้องผูก มากที่สุด ร้อยละ 15.7 การแก้ไขปัญหาระบบการขับถ่าย กลุ่มตัวอย่างใช้วิธี ซื่อขามารับประทานเอง มากที่สุด ร้อยละ 23.7

ตารางที่ 4.9 จำนวนและร้อยละกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามแบบแผนสุขภาพด้านการออกกำลังกาย

| แบบแผนสุขภาพด้านการออกกำลังกาย | จำนวน (N = 393) | ร้อยละ |
|--------------------------------|--------------------|--------|
| <u>ปัญหาการออกกำลังกาย</u> | | |
| ไม่มีปัญหา | 70 | 20.2 |
| มีปัญหา เนื่องจาก | 313 | 79.8 |
| ● สภาพร่างกายปวดกล้ามเนื้อ | 273 | 6.8 |
| ● ไม่มีเวลา | 173 | 44.1 |
| ● ไม่มีสถานที่ | 20 | 5.2 |
| ● ไม่มีสถานที่ | 20 | 5.2 |
| ● เสียเวลาทำงาน | 93 | 23.7 |

จากตารางที่ 4.9 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ออกกำลังกายภายในระยะ 1 ปี ที่ผ่านมา ร้อยละ 79.8 ด้วยเหตุผล ไม่มีเวลาในการออกกำลังกาย ร้อยละ 44.1 รองลงมาคือ รู้สึกว่าการออกกำลังกายเสียเวลาทำงาน ร้อยละ 23.7

ตารางที่ 4.10 จำนวนและร้อยละกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามแบบแผนสุขภาพด้านการพักผ่อนและการนอนหลับ

| แบบแผนสุขภาพการพักผ่อนและการนอนหลับ | จำนวน (N = 393) | ร้อยละ |
|-------------------------------------|--------------------|--------|
| ไม่มีปัญหา | 102 | 25.9 |
| มีปัญหา เนื่องจาก | 291 | 74.1* |
| • ลักษณะงานไม่มั่นคง | 186 | 47.3 |
| • การระบอบครัว | 58 | 14.7 |
| • สถานที่พักไม่อำนวย | 47 | 11.9 |
| การแก้ไขปัญหการนอน โดยวิธี * | | |
| • กินยานอนหลับ/ยาแก้ปวด | 194 | 49.4 |
| • ทำสมาธิ | 94 | 24.0 |
| • ฟังเพลง | 47 | 12.0 |
| • ดูโทรทัศน์ | 93 | 23.7 |
| • อ่านหนังสือ | 9 | 2.3 |
| • เย็บเสื้อผ้า | 1 | .3 |
| • ปลุกต้นไม้ | 12 | 3.1 |

หมายเหตุ : * ตอบได้มากกว่า 1 วิธี

จากตารางที่ 4.10 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีปัญหาเรื่องแบบแผนการพักผ่อนและการนอน มากที่สุดถึงร้อยละ 74.1 สาเหตุเนื่องจากมีความรู้สึกว่ลักษณะงานที่ทำไม่มั่นคง ร้อยละ 47.3 การแก้ไขปัญหการนอน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้วิธีกินยานอนหลับ ร้อยละ 49.4 รองลงมาคือ ทำสมาธิ ร้อยละ 24.0

ตารางที่ 4.11 จำนวนและร้อยละกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามแบบแผนสุขภาพด้านการรับรู้และ การใช้สติปัญญา

| แบบแผนสุขภาพการรับรู้และการใช้สติปัญญา | จำนวน (N = 393) | ร้อยละ |
|--|--------------------|--------|
| ไม่มีปัญหา | 295 | 75.3 |
| มีปัญหา สาเหตุเนื่องจาก | 97 | 24.7 |
| ● อายุมากขึ้น | 33 | 8.4 |
| ● สุขภาพ | 1 | .3 |
| ● มีความเครียด | 24 | 6.1 |
| ● ลักษณะงาน | 27 | 6.9 |

จากตารางที่ 4.11 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาในเรื่องการรับรู้เกี่ยวกับการเห็น การได้ยินและด้านสติปัญญา (ความจำ) เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 75.3 มีปัญหาการรับรู้และความจำ ร้อยละ 24.7 สาเหตุเนื่องจากอายุมากขึ้น เป็นเหตุผลอันดับแรก ร้อยละ 8.4 รองลงมาคือ เนื่องจาก ลักษณะงานที่ทำ ร้อยละ 6.9

ตารางที่ 4.12 จำนวนและร้อยละกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามแบบแผนการรับรู้ตนเองและ
อึดมโนทัศน์

| แบบแผนสุขภาพการรับรู้ตนเองและอึดมโนทัศน์ | จำนวน (N = 393) | ร้อยละ |
|--|--------------------|--------|
| ไม่มีปัญหาการรับรู้ตนเอง | 349 | 89.0 |
| มีปัญหา เนื่องจาก | 43 | 11.0 |
| • สุขภาพไม่ดี | 9 | 2.3 |
| • อายุมาก | 3 | .8 |
| • ลักษณะงานที่ทำไม่มีเกียรติ | 26 | 6.6 |

จากตารางที่ 4.12 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาการรับรู้ตนเองและอึดมโนทัศน์ ร้อยละ 89 มีเพียงร้อยละ 11.0 ที่มีปัญหาในแบบแผนนี้ เนื่องจากความรู้สึกต่อลักษณะที่ทำไม่มีเกียรติ ร้อยละ 6.6

ตารางที่ 4.13 จำนวนและร้อยละกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามแบบแผนสุขภาพด้านบทบาทและ
สัมพันธภาพ

| แบบแผนสุขภาพด้านบทบาทและสัมพันธภาพ | จำนวน | ร้อยละ |
|------------------------------------|-------|--------|
| ไม่มีปัญหา | 362 | 92.3 |
| มีปัญหา เนื่องจาก | 30 | 7.7 |
| • ไม่มีกิจกรรมในครอบครัวร่วมกัน | 16 | 4.1 |
| • มีเรื่องขัดแย้ง | 2 | .5 |
| • ไม่มีเวลาให้ครอบครัว | 6 | 1.5 |

จากตารางที่ 4.13 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาด้านบทบาทและสัมพันธภาพ กับ สมาชิกในที่ทำงานและในครอบครัว ร้อยละ 92.3 มีเพียงร้อยละ 7.7 ที่มีปัญหา เนื่องจากการขาดการมีกิจกรรมในครอบครัวร่วมกัน ร้อยละ 4.1

ตารางที่ 4.14 จำนวนและร้อยละกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามแบบแผนสุขภาพด้านเพศและ การเจริญพันธุ์

| แบบแผนสุขภาพด้านเพศและการเจริญพันธุ์ | จำนวน (N = 393) | ร้อยละ |
|--------------------------------------|--------------------|--------|
| ปัญหาด้านเพศสัมพันธ์ | | |
| ไม่มีปัญหา | 313 | 79.9 |
| มีปัญหา เนื่องจาก | 79 | 20.1 |
| ● น้ำหล่อลื่นในช่องคลอดลดลง | 10 | 2.6 |
| ● กลัวติดเชื้อจากสามี | 49 | 12.5 |
| ● กลัวการตั้งครรภ์ | 20 | 5.0 |
| การรู้จักวิธีคุมกำเนิด | | |
| ● ไม่รู้จักวิธีคุมกำเนิด | 26 | 6.6 |
| ● รู้จักวิธีคุมกำเนิด วิธี | 366 | 93.4 |
| ● การใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด | 310 | 78.9 |
| ● การฉีดยาคุมกำเนิด | 10 | 2.5 |
| ● การฝังยาคุมกำเนิด | 5 | 2.3 |
| ● การนับช่วงระยะปลอดภัย | 4 | 1.0 |
| ● การใช้ถุงยางอนามัย | 35 | 8.9 |

หมายเหตุ : ตอบได้มากกว่า 1 วิธี

จากตารางที่ 4.14 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีปัญหาด้านเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 20.2 ปัญหาที่พบคือ เรื่องของกลัวติดเชื้อจากสามี ร้อยละ 12.5 รองลงมาคือ กลัวตั้งครรภ์ ร้อยละ 5.0 ในเรื่อง การรู้จักวิธีคุมกำเนิด พบว่า กลุ่มตัวอย่าง รู้จักวิธีคุมกำเนิดเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 93.4 โดยวิธีที่รู้จัก มากที่สุดคือ การใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด ร้อยละ 78.9

ตารางที่ 4.15 จำนวนและร้อยละกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามแบบแผนสุขภาพด้านการปรับตัวและความทนทานต่อความเครียด

| แบบแผนสุขภาพการปรับตัวและความทนทาน ต่อความเครียด | จำนวน (N = 393) | ร้อยละ |
|---|--------------------|--------|
| ความเครียดในการทำงาน | | |
| ไม่มี | 70 | 17.9 |
| มี ในเรื่อง | 322 | 81.9 |
| • กลัวว่าจะได้รับบาดเจ็บจากงาน | 36 | 9.2 |
| • การได้รับสิ่งแปลกปลอมสะสม | 57 | 14.5 |
| • ความไม่มั่นคงในการทำงาน | 229 | 58.2 |
| การใช้วิธีปรับตัวกับความเครียด | | |
| ไม่มี | 99 | 25.2 |
| มี โดยวิธี | 294 | 74.8 |
| • คูโทรทัศน์ | 251 | 21.53 |
| • ฟังวิทยุ | 23 | 5.9 |
| • อ่านหนังสือ | 4 | 1.0 |
| • ทำสมาธิ | 8 | 2.0 |
| • คุยกับเพื่อน | 98 | 50.1 |
| • คึดมสุรา | 3 | .7 |
| • รับประทานยา | 37 | 9.4 |

จากตารางที่ 4.15 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาเรื่องความเครียดมากที่สุดถึงร้อยละ 81.9 ความเครียดที่พบอันดับแรกคือ เรื่องความไม่มั่นคงในการทำงาน ร้อยละ 58.2 วิธีปรับตัวกับความเครียดที่นิยมใช้คือ การคุยกับเพื่อน ร้อยละ 50.1 รองลงมาคือ การรับประทานยา ร้อยละ 9.4

ตารางที่ 4.16 จำนวนและร้อยละกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามแบบแผนคุณค่าและความเชื่อ
ในด้านสุขภาพ

| แบบแผนสุขภาพด้านคุณค่าและความเชื่อ ในด้านสุขภาพ | จำนวน (N = 393) | ร้อยละ |
|---|--------------------|--------|
| คุณค่าและความเชื่อในเรื่องบาป-บุญมีผลต่อสุขภาพ | | |
| เชื่อ | 365 | 92.9 |
| ไม่เชื่อ | 27 | 6.9 |
| มีความเชื่อ-ยึดมั่นในศาสนา | | |
| เชื่อ | 364 | 92.6 |
| ไม่เชื่อ | 18 | 4.5 |
| ไม่แน่ใจ | 11 | 2.8 |

จากตารางที่ 4.16 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเชื่อในด้านการให้คุณค่าและความเชื่อ ในเรื่องการทำบาปและการสร้างบุญว่ามีผลต่อสุขภาพมากที่สุด ร้อยละ 92.9 และมีความยึดมั่นใน เรื่องศาสนา มากที่สุด ร้อยละ 92.6

ตารางที่ 4.17 ค่าคะแนนมาตรฐาน (T-score) คะแนนภาวะสุขภาพในแต่ละแบบแผนสุขภาพ
ของแรงงานหญิงย้ายถิ่นในอุตสาหกรรมยางพารา

| แบบแผนสุขภาพ | T-score | แปลผล |
|--|---------|-----------|
| 1. แบบแผนสุขภาพการรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ | 52.27 | ปกติ |
| 2. แบบแผนการรับประทานอาหาร | 58.82 | ปกติ |
| 3. แบบแผนสุขภาพการขยับถ่าย | 52.41 | ปกติ |
| 4. แบบแผนสุขภาพการออกกำลังกาย | 38.77 | เบี่ยงเบน |
| 5. แบบแผนสุขภาพการพักผ่อนนอนหลับ | 39.68 | เบี่ยงเบน |
| 6. แบบแผนสุขภาพด้านสติปัญญาและการรับรู้ | 50.63 | ปกติ |
| 7. แบบแผนสุขภาพด้านอัตมโนทัศน์ | 62.72 | ปกติ |
| 8. แบบแผนสุขภาพด้านบทบาทและสัมพันธภาพ | 64.14 | ปกติ |
| 9. แบบแผนด้านเพศและการเจริญพันธุ์ | 52.18 | ปกติ |
| 10. แบบแผนการปรับตัวและความเครียด | 31.42 | เบี่ยงเบน |
| 11. แบบแผนด้านคุณค่าและความเชื่อในด้านสุขภาพ | 55.15 | ปกติ |

จากตารางที่ 4.17 คะแนนมาตรฐานคะแนนภาวะสุขภาพในแต่ละแบบแผนสุขภาพของ
แรงงานหญิงย้ายถิ่นในอุตสาหกรรมยางพารา พบว่า ค่าคะแนนมาตรฐานที่มีค่าเกินคะแนนมาตรฐาน
ที่ 50 ถือว่าปกติมีอยู่ 8 แบบแผนคือ แบบแผนสุขภาพการรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ
แบบแผนการรับประทานอาหาร แบบแผนสุขภาพด้านการขยับถ่าย แบบแผนสุขภาพด้านสติปัญญา
และการรับรู้ แบบแผนสุขภาพด้านอัตมโนทัศน์ แบบแผนสุขภาพด้านบทบาทและสัมพันธภาพ
แบบแผนด้านเพศและการเจริญพันธุ์ และแบบแผนด้านคุณค่าและความเชื่อในด้านสุขภาพ ส่วน
แบบแผนสุขภาพที่แรงงานหญิงย้ายถิ่นมีภาวะสุขภาพเบี่ยงเบนมี 3 แบบแผนคือ ภาวะสุขภาพใน
แบบแผนการ ออกกำลังกาย แบบแผนสุขภาพด้านการพักผ่อนนอนหลับ และแบบแผนสุขภาพด้าน
การปรับตัว และความเครียด

ส่วนที่ 4.4 : วิเคราะห์ปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจ สังคม ปัจจัยการทำงานและความพอใจต่อการประกันสุขภาพต่อภาวะสุขภาพของแรงงานหญิงย้ายถิ่นในอุตสาหกรรมยางพารา
จากการนำตัวแปรอิสระ (ปัจจัย) ทั้งหมด 13 ตัว และตัวแปรตาม (คะแนน ภาวะสุขภาพ) เพื่อวิเคราะห์ตัวแปรอิสระใดที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของแรงงานหญิงย้ายถิ่นในอุตสาหกรรมยางพารา ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 พบว่า เมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยพหุแบบขั้นตอน ตัวแปรอิสระทั้งหมดสามารถรวมกันอธิบายความผันแปรของคะแนนภาวะสุขภาพได้ระดับปานกลางคือ ร้อยละ 60 ($R^2 = .60$) และมีตัวแปรอิสระเพียงตัวที่มีผลต่อคะแนนภาวะสุขภาพของแรงงานหญิงย้ายถิ่นในอุตสาหกรรมยางพาราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่า ปัจจัยด้านลักษณะครอบครัว สถานภาพสมรส จำนวนคนที่รับภาระในการเลี้ยงดู ระยะเวลาในการทำงาน ความพอใจในการประกันสุขภาพ การทำงานเป็นกะ ลักษณะการจ้างงาน และขนาดโรงงานที่ทำมีผลต่อภาวะสุขภาพของแรงงานหญิงย้ายถิ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้นข้อมูลนี้จึงสอดคล้องกับสมมุติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้บางส่วน (ตารางที่ 4.18-4.19)

ตารางที่ 18 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม

| | X ₁ | X ₂ | X ₃ | X ₄ | X ₅ | X ₆ | X ₇ | X ₈ | X ₉ | X ₁₀ | X ₁₁ | X ₁₂ | X ₁₃ | Y |
|-----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----|
| X ₁ | 1.0 | | | | | | | | | | | | | |
| X ₂ | .02 | 1.0 | | | | | | | | | | | | |
| X ₃ | -.08 | .36* | 1.0 | | | | | | | | | | | |
| X ₄ | -.05 | -.01 | -.08 | 1.0 | | | | | | | | | | |
| X ₅ | .09 | .16* | -.06 | -.02 | 1.0 | | | | | | | | | |
| X ₆ | .06 | -.18* | .29 | -.02 | -.01 | 1.0 | | | | | | | | |
| X ₇ | .11 | .12 | -.05 | .04 | -.02* | .17 | 1.0 | | | | | | | |
| X ₈ | .12 | .22* | -.08 | -.02 | -.05 | -.01 | .07 | 1.0 | | | | | | |
| X ₉ | .11 | .12* | -.05 | .04 | -.02 | -.06 | -.02 | .07 | 1.0 | | | | | |
| X ₁₀ | .11 | .12 | -.05 | .04 | -.02 | -.06 | -.06 | -.03 | .11 | 1.0 | | | | |
| X ₁₁ | .11 | -.04 | -.03 | -.01 | -.03 | -.03 | .01 | -.02 | -.02 | -.02 | 1.0 | | | |
| X ₁₂ | .11 | -.04 | -.03 | -.02 | -.01 | -.03 | -.29 | -.01 | .06 | -.02 | .01 | 1.0 | | |
| X ₁₃ | -.04 | -.08 | .15 | -.01 | .02 | -.03 | -.03 | -.01 | -.03 | -.01 | -.01 | -.01 | 1.0 | |
| Y | .03 | .12 | -.35* | -.04 | -.24* | .34* | .02 | 0.21 | .21* | .08 | .07 | .08* | .21* | 1.0 |

หมายเหตุ

X_1 = อายุ

X_2 = ประเภทการย้ายถิ่น

X_3 = สถานภาพการสมรส

X_4 = การศึกษา

X_5 = ลักษณะครอบครัว

X_6 = จำนวนคนที่รับภาระในการเลี้ยงดู

X_7 = รายได้

X_8 = ภูมิลำเนา

X_9 = ระยะเวลาในการทำงาน

X_{10} = ขนาดของโรงงาน

X_{11} = ลักษณะการจ้างงาน

X_{12} = การทำงานเป็นกะ

X_{13} = ความพึงพอใจการประกันสุขภาพ

Y = ภาวะสุขภาพ

ตารางที่ 4.19 วิเคราะห์ถดถอยพหุคูณในการเลือกตัวแปรอิสระที่มีผลต่อคะแนนภาวะสุขภาพแรงงาน
ย้ายถิ่นในอุตสาหกรรมยางพารา

| ตัวแปร (ทำนาย) | .b | Beta | R | R ² | F | p - value |
|-------------------------------------|--------|------|-----|----------------|--------|-----------|
| ลักษณะครอบครัว (X_5) | -11.55 | -.15 | .43 | .19 | 114.01 | .000* |
| สถานภาพสมรส (X_3) | 6.29 | .17 | .49 | .25 | 80.19 | .0002* |
| จำนวนคนที่ต้องรับภาระดูแล (X_6) | -.84 | -.18 | .53 | .29 | 64.69 | .0006* |
| ระยะเวลาในการทำงาน (X_9) | -.70 | -.15 | .55 | .31 | 53.89 | .001* |
| ความพอใจการประกันสุขภาพ(X_B) | 6.29 | .16 | .58 | .35 | 42.13 | .000* |
| การทำงานเป็นกะ (X_{12}) | 12.08 | .18 | .61 | .37 | 38.69 | .007* |
| ลักษณะการจ้างงาน (X_{11}) | 5.49 | .13 | .75 | .56 | 38.08 | .000* |
| ขนาดของโรงงาน (X_{10}) | 19.79 | .17 | .79 | .60 | 33.78 | .000* |

p < .05*

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (survey research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของแรงงานหญิงย้ายถิ่นในอุตสาหกรรมยางพาราจังหวัดสงขลา ตัวอย่าง คือแรงงานหญิงที่ย้ายถิ่นเข้ามาในจังหวัดสงขลาภายใน 2 ปี จำนวน 393 คน โดยสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (stratified random sampling) ตามขนาดของโรงงานอุตสาหกรรมซึ่งแบ่งเป็น 3 ขนาดคือ โรงงานขนาดใหญ่ ขนาดกลางและเล็ก เก็บข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างที่พัฒนาตามกรอบแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon 1995) ซึ่งแบ่งภาวะสุขภาพออกเป็น 11 แบบแผนสุขภาพ คุณภาพของแบบสัมภาษณ์ที่ใช้วิธีตรวจสอบคุณภาพด้วยการตรวจสอบคุณภาพด้านเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงด้วยวิธีของครอนบาคแอลฟา ได้ค่าเท่ากับ 0.78 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณาคือ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์คะแนนภาวะสุขภาพในแต่ละแบบแผนด้วยการปรับเป็นคะแนนมาตรฐานที่ (T - score) โดยแบ่งระดับภาวะสุขภาพปกติและภาวะสุขภาพเบี่ยงเบน โดยใช้คะแนนมาตรฐานที่ 50 คะแนน (T_{50}) แบบแผนสุขภาพใดที่มีค่ามากกว่าคะแนนมาตรฐานที่ 50 ถือว่ามีแบบแผนสุขภาพปกติ แต่ถ้าต่ำกว่าคะแนนมาตรฐานที่ 50 ถือว่ามีสุขภาพเบี่ยงเบนในแบบแผนสุขภาพนั้น นอกจากนี้การวิจัยนี้ยังใช้สถิติเชิงอ้างอิงคือ การวิเคราะห์ถดถอยพหุ (Multiple Regression Analysis) แบบขั้นตอน (Stepwise) เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของแรงงานหญิงย้ายถิ่นในอุตสาหกรรมยางพารา ซึ่งผลการวิจัยสรุปผลดังนี้

5.1 สรุปผลการวิจัย

5.1.1 ข้อมูลทั่วไปของแรงงานหญิงย้ายถิ่น

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า แรงงานหญิงย้ายถิ่นส่วนใหญ่อยู่ในวัยแรงงานมีอายุระหว่าง 21-29 มากที่สุด ร้อยละ 38.7 (\bar{X} = 27.15 ปี, S.D. = 9.98 ปี) สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 73.5 การศึกษาในระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 76.8 ส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ระหว่าง 6,001-9,000 บาท ร้อยละ 38.4 (\bar{X} = 7618.6, S.D. = 2751.14) ถิ่นต้นทางเดิมของแรงงานหญิงย้ายถิ่นส่วนใหญ่เป็นคนภาคใต้ ร้อยละ 58.5 มีลักษณะครอบครัวเดี่ยวมากที่สุด ร้อยละ 78.6

ลักษณะสภาพการทำงาน พบว่า แรงงานหญิงย้ายถิ่นส่วนใหญ่ เป็นลูกจ้างรายวัน ร้อยละ 93.3 ทำงานอยู่ในโรงงานอุตสาหกรรมขนาดใหญ่มากที่สุด ร้อยละ 72.0 ลักษณะการทำงานส่วนใหญ่ต้องทำงานเป็นกะ ร้อยละ 51.1 ระยะเวลาทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมส่วนใหญ่ทำงานนานมากกว่า 5 ปี ร้อยละ 64.6 ส่วนใหญ่เป็นสมาชิกประกันสังคม ร้อยละ 83.97

5.1.2 ประสบการณ์การเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพ

ในระยะ 1 ปีที่ผ่านมา แรงงานหญิงย้ายถิ่นเคยเจ็บป่วยร้อยละ 88.1 โดยเจ็บป่วยด้วยอาการของระบบทางเดินหายใจเป็นอันดับที่หนึ่งร้อยละ 39.7 รองลงมาคือเจ็บป่วยด้วยสาเหตุจากอุบัติเหตุร้อยละ 32.8 สาเหตุจากอุบัติเหตุที่ทำให้เจ็บป่วยมากเป็นอันดับแรกคือ เกิดจากการกระแทกวัตถุในโรงงานร้อยละ 26.7 รองลงมาคือ การเจ็บป่วยจากการสัมผัสสารเคมี (กรด) และแพ้ náยาร ร้อยละ 20.9 เมื่อเจ็บป่วย แรงงานหญิงย้ายถิ่นมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพคือ การใช้บริการจากแหล่ง บริการคือ โรงพยาบาลของรัฐมากที่สุดร้อยละ 82.7 (เนื่องจากทำบัตรประกัน สุขภาพไว้) รองลงมา คือ การเลือกใช้บริการจากร้านขายยาร้อยละ 53.3 และมีความพอใจ ในการใช้ บริการของรัฐบาลมาก ที่สุดร้อยละ 51.8 ใน 1 ปีที่ผ่านมา แรงงานหญิงย้ายถิ่น มีโอกาสได้รับความรู้การดูแลสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สุขเพียงร้อยละ 28.6

5.1.3 ภาวะสุขภาพของแรงงานหญิงย้ายถิ่นในแต่ละแบบแผนสุขภาพ

สำหรับภาวะสุขภาพของแรงงานหญิงย้ายถิ่น เมื่อจำแนกตามแบบแผนสุขภาพ พบว่า แรงงานหญิงย้ายถิ่นมีภาวะสุขภาพที่ปกติใน 8 แบบแผนสุขภาพคือ การรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ การรับประทานอาหาร การขับถ่าย ด้านสติปัญญาและการรับรู้ ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทและสัมพันธภาพ ด้านเพศและการเจริญพันธ์ ด้านคุณค่าและความเชื่อในด้านสุขภาพ และพบว่าแรงงานหญิงย้ายถิ่นที่มีคะแนนภาวะสุขภาพเบี่ยงเบนมีอยู่ 3 แบบแผนคือ แบบแผนสุขภาพในเรื่องการออกกำลังกาย แบบแผนสุขภาพด้านการพักผ่อนนอนหลับ และแบบแผนสุขภาพด้านการปรับตัวและความเครียด เมื่อพิจารณาภาวะสุขภาพของแรงงานหญิงย้ายถิ่นในแต่ละแบบแผนสุขภาพ มีรายละเอียดดังนี้

1. แบบแผนการรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้สุขภาพในปัจจุบันว่าแข็งแรงดี ร้อยละ 76.1 สุขภาพไม่แข็งแรงร้อยละ 29.9 ส่วนใหญ่ไม่เคยตรวจสุขภาพภายใน 1 ปี ร้อยละ 67.9 มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการดูแลสุขภาพคือ การอดนอน ร้อยละ 10.7 การกินยานอนหลับ ร้อยละ 9.4 การสูบบุหรี่ ร้อยละ 0.5 และการดื่มสุรา ร้อยละ 0.8

2. แบบแผนการรับประทานอาหาร กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ร้อยละ 76.6 มีปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหารร้อยละ 23.4 โดยมีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพฟัน ร้อยละ 10.7 โรคกระเพาะอาหารร้อยละ 7.6 และอาการเบื่ออาหาร ร้อยละ 5.0 มีพฤติกรรมเสี่ยงในเรื่องการรับประทานอาหาร คือ การรับประทานอาหารไม่เป็นเวลา ร้อยละ 24.5

3. แบบแผนการขับถ่าย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาการขับถ่าย ร้อยละ 76.3 และมีปัญหาเกี่ยวกับการขับถ่าย ร้อยละ 23.7 โดยปัญหาที่พบบ่อยคือ ท้องผูก ร้อยละ 15.7 และดูแลตัวเองด้วยการซื้อยาระบายมารับประทานเอง ร้อยละ 23.7

4. แบบแผนการออกกำลังกาย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ออกกำลังกายภายใน 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 79.8 เนื่องจากเหตุผลคือ ไม่มีเวลา ร้อยละ 44.1 เสียเวลาทำงาน ร้อยละ 23.7 ปัญหาสุขภาพ ร้อยละ 6.8 และไม่มีสถานที่ให้ออกกำลังกาย ร้อยละ 5.2

5. แบบแผนการรับรู้และการใช้สติปัญญา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาในเรื่องการรับรู้และสติปัญญาในเรื่องการเห็น การได้ยิน และความจำ ร้อยละ 75.3 มีปัญหาด้านนี้ ร้อยละ 24.7 เนื่องจากเหตุผลคือ อายุมากขึ้น ร้อยละ 8.4 มีความเครียด ร้อยละ 6.1 ลักษณะงาน ร้อยละ 6.9

6. แบบแผนการพักผ่อนนอนหลับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีปัญหาเรื่องการพักผ่อนและนอนหลับ ร้อยละ 74.1 เหตุผลอันดับแรกคือ เรื่องของลักษณะงานที่ทำไม่มั่นคง ร้อยละ 47.4 การแก้ไขปัญหาที่นิยมคือ การซื้อยานอนหลับหรือยาแก้ปวดช่วยให้นอนหลับ ร้อยละ 49.4

7. แบบแผนด้านการรับรู้ตนเองอัตมโนทัศน์ กลุ่มตัวอย่างไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการรับรู้ตนเอง และอัตมโนทัศน์ในเรื่องบุคลิกภาพ ความมั่นใจในตนเอง ร้อยละ 89.0 มีปัญหาในแบบแผนนี้มีเพียง ร้อยละ 11.0 เนื่องจากความรู้สึกต่อลักษณะงานที่ทำไม่มีเกียรติ ร้อยละ 6.6

8. แบบแผนด้านบทบาทและสัมพันธภาพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาด้านบทบาทและสัมพันธภาพกับสมาชิกในที่ทำงานและในครอบครัวมากที่สุด ร้อยละ 92.3 มีปัญหาเพียงร้อยละ 7.7 ที่มีปัญหาเนื่องจากขาดโอกาสการมีกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 4.1 มีเรื่องขัดแย้ง ร้อยละ 0.5 และไม่มีเวลาให้ครอบครัว ร้อยละ 78.9

9. แบบแผนด้านเพศและการเจริญพันธุ์ กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาเกี่ยวกับเรื่องเพศและการเจริญพันธุ์ ร้อยละ 20.1 ปัญหาที่พบคือ กลัวการติดเชื้อจากสามี ร้อยละ 12.5 รองลงมาคือ กลัวการตั้งครรภ์ ร้อยละ 5.0 ซึ่งในเรื่องวิธีการป้องกันด้วยการคุมกำเนิด พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 93.4 รู้จักการใช้วิธีคุมกำเนิด โดยรู้จักวิธีคุมกำเนิดเกี่ยวกับการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดมากที่สุด ร้อยละ 78.9

10. แบบแผนการปรับตัวและความทนทานต่อความเครียด กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาในเรื่องความเครียดมากที่สุด ร้อยละ 81.9 สาเหตุของความเครียดอันดับแรกคือ ความไม่มั่นคงในเรื่องงาน ร้อยละ 58.2 วิธีปรับตัวกับความเครียดที่นิยมใช้มากที่สุดคือ การคุยกับเพื่อน ร้อยละ 50.1 รองลงมาคือ การรับประทานยา ร้อยละ 92.6

11. แบบแผนคุณค่าและความเชื่อในด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างให้คุณค่าและความเชื่อในเรื่องการทำบาปและการสร้างบุญว่ามีผลต่อสุขภาพมากที่สุด ร้อยละ 92.9 และมีความยึดมั่นในเรื่องศาสนามากที่สุด ร้อยละ 92.6

5.2 อภิปรายผล

ผลการศึกษานี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นแรงงานหญิงย้ายถิ่นที่มีอายุในวัยแรงงาน การศึกษาระดับประถมศึกษา มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนไม่สูงและเป็นแรงงานย้ายถิ่นที่ย้ายภายในภาคใต้มากที่สุด ผลการวิจัยนี้จึงสอดคล้องกับผลการสำรวจการย้ายถิ่นของประชากรเข้าสู่จังหวัดสงขลา ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2533 : 9-12) เกสต์ (Guest 1992) และอภิชาติ จำรัสฤทธิรงค์ (2539) เนื่องจากอายุน้อยถือเป็นลักษณะเลือกสรรของผู้ย้ายถิ่น ส่วนใหญ่แรงงานที่ทำงานในอุตสาหกรรมในโลกเป็นแรงงานที่ขาดทักษะ (Unskill labour) เนื่องจากฐานะเศรษฐกิจยากจนถึงขาดโอกาสได้ฝึกหรือพัฒนาทักษะในการทำงาน แต่ผลการศึกษานี้แตกต่างจากการศึกษาอื่น ๆ ที่ผ่านมาพบว่า สถานภาพของผู้ย้ายถิ่นในครั้งนี้อย่างน้อยร้อยละ 73.5 มีสถานภาพสมรส ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของเกสต์ (Guest 1992) พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ย้ายถิ่นจากชนบทสู่เมืองมีสถานภาพโสด ในแนวคิดทฤษฎีการย้ายถิ่นถือว่าสถานภาพโสดเป็นลักษณะเลือกสรรของผู้ย้ายถิ่นอย่างหนึ่ง ดังนั้นการศึกษานี้จึงได้ปรากฏการณ์เฉพาะที่แตกต่าง คือ สถานภาพสมรสเป็นคู่ แสดงให้เห็นว่าลักษณะเลือกสรรการย้ายถิ่นของแรงงานหญิงจากชนบทสู่เมืองน่าจะเปลี่ยนไป เนื่องจากแรงงานหญิงมีเหตุผลการย้ายถิ่นด้วยเหตุผลในเรื่องของครอบครัวและเศรษฐกิจ นอกจากนี้บทบาทของแรงงานหญิงส่วนใหญ่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์จึงมีโอกาสมารับบทบาทแม่ (mother role) ร่วมกับบทบาทด้านเศรษฐกิจ (economic role) ร่วมกัน ดังนั้นแรงงานหญิงย้ายถิ่นจึงมีโอกาสมรสสูงมาก ส่วนลักษณะครอบครัว พบว่า แรงงานหญิงย้ายถิ่นส่วนใหญ่อยู่กันแบบครอบครัวเดี่ยวเฉพาะพ่อ แม่ และ/หรือ ลูก ซึ่งสอดคล้องกับการย้ายถิ่นจากชนบทสู่เมืองของคอนเนลล์และคณะ (Connell et. al 1976)

ที่พบว่าครอบครัวของผู้ย้ายถิ่น ในถิ่นเดิม (ชนบท) มีลักษณะครอบครัวขยาย แต่เมื่อย้ายถิ่นเข้าสู่เมืองจะเปลี่ยนเป็นครอบครัวเดี่ยวและถิ่นเดิมของกลุ่มตัวอย่างนี้ส่วนใหญ่เป็นการย้ายถิ่นในภาคใต้มากที่สุด ซึ่งสอดคล้องตามแนวคิดทฤษฎีการย้ายถิ่นของราเวนสไตน์ (Ravenstein 1885) ที่กล่าวว่า การย้ายถิ่นของเพศหญิงจะนิยมย้ายถิ่นไม่ไกล โดยนิยมจะย้ายถิ่นไปสู่ศูนย์กลางและอุตสาหกรรมที่เป็นศูนย์กลางของการทำงานและมีความเสี่ยงต่ออันตรายน้อยกว่าเพศชาย

ส่วนสภาพการทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมของการศึกษานี้ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นการจ้างงานแบบรายวัน (ร้อยละ 93.3) เป็นการจ้างงานที่ได้ค่าแรงตามวันที่ทำงานและลักษณะการทำงานมี 1 ใน 2 ของตัวอย่างที่ต้องเข้าทำงานเป็นกะ (ร้อยละ 51.1) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาขององค์การแรงงานระหว่างประเทศ (ILO 1994) ที่พบว่า แรงงานหญิงในภาคพื้นเอเชีย และแปซิฟิก ส่วนใหญ่จะมีการจ้างงานแบบลูกจ้างชั่วคราวและมีเกือบร้อยละ 60 ที่ต้องเข้าทำงานเป็นกะซึ่งมีผลกระทบต่อสุขภาพจิตและสุขภาพกายของแรงงานหญิงอย่างมีนัยสำคัญ (ILO 1994 ; McElmory and Parker 1993) นอกจากนี้ การศึกษานี้ยังพบว่า แรงงานหญิงมีโอกาสเป็นสมาชิกประกันสังคมร้อยละ 83.7 เนื่องจากในปัจจุบัน การประกันสังคมในลักษณะการประกันสุขภาพในการเจ็บป่วย (sickness insurance) เป็นข้อบังคับของนายจ้างที่พึงจะมีแก่ลูกจ้าง โดยถือเป็นการให้ความคุ้มครองโดยจ่ายชดเชยค่าจ้างในรูปของเงินสด และมีการจัดบริการทางการแพทย์ เพื่อรักษาพยาบาลเมื่อเกิดการเจ็บป่วยไม่สามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติ หรือต้องหยุดทำงาน เป็นเหตุให้ต้องสูญเสียงานประจำ นอกจากนี้ยังมีการประกันการคลอดบุตร การประกันอุบัติเหตุ และโรคอันเกิดจากการทำงาน การประกันความพิการหรือทุพพลภาพ ซึ่งถือว่ารัฐบาลได้สร้าง ระบบสวัสดิการเพื่อเป็นหลักประกันแก่ผู้ใช้แรงงาน ทำให้ผู้ใช้แรงงานได้รับความช่วยเหลือทางเศรษฐกิจระดับหนึ่ง (กระทรวงสาธารณสุข 2534 : 3 ; สงวน นิตยาก็ภักดิ์และคณะ 2534 : 6)

ในเรื่องภาวะสุขภาพของแรงงานหญิงย้ายถิ่นโดยทั่วไป พบว่า ใน 1 ปีที่ผ่านมา แรงงานหญิงย้ายถิ่น ร้อยละ 88.1 เคยเจ็บป่วย โดยพบว่า เจ็บป่วยด้วยอาการเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจมากที่สุด (ร้อยละ 39.7) และรองลงมาคือ สาเหตุจากอุบัติเหตุ ร้อยละ 32.8 ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจของสำนักงานกองทุนทดแทน (2531) ที่พบว่า ในภาคอุตสาหกรรม ร้อยละ 80 ของการเจ็บป่วยมาจากภาคการผลิตของอุตสาหกรรม โดยเกิดจากของหล่นทับวัตถุกระแทก ร้อยละ 45.82 และรองลงมา คือ อุบัติเหตุจากเครื่องจักร ร้อยละ 20.09 การย้ายถิ่นแรงงานหญิงจากภาคเกษตร

เป็นสังคมอุตสาหกรรมทำให้แรงงานหญิงต้องออกจากครอบครัวเพื่อทำงานและอยู่ในภาวะแวดล้อมของงานที่ท่ามีโอภาสเสี่ยงได้รับบาดเจ็บมากขึ้น จึงแสดงให้เห็นว่าลักษณะและระบบของงานมีผลต่อสุขภาพ ส่วนพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า แรงงานหญิงย้ายถิ่นเลือกใช้แหล่งบริการจากโรงพยาบาลของรัฐมากที่สุด ร้อยละ 82.7 (โดยให้เหตุผลว่ามี บัตรสุขภาพจากการทำประกันสังคมของโรงงาน) จึงแสดงให้เห็นว่า แรงงานหญิงย้ายถิ่น ได้ประโยชน์จากการประกันสุขภาพในแง่การกระตุ้นให้ประชาชนสนใจดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น เนื่องจากได้จัดให้บริการไว้เฉพาะ และไม่เป็นภาระแก่ครอบครัวของสังคมลูกจ้างมากเกินไป (นิตยา แสงเล็ก และคณะ 2527)

เมื่อวิเคราะห์ภาวะสุขภาพของแรงงานหญิงย้ายถิ่นจาก 11 แบบแผนสุขภาพ พบว่า แรงงานหญิงย้ายถิ่นมีภาวะสุขภาพที่มีคะแนนมาตรฐานในเกณฑ์ปกติ 8 แบบแผน และมีภาวะสุขภาพเบี่ยงเบน 3 แบบแผนคือ ด้านการออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับ และด้านการปรับตัวและความเครียด ซึ่งแบบแผนสุขภาพในแต่ละแบบแผนสุขภาพที่แรงงานหญิงย้ายถิ่นมีภาวะสุขภาพเบี่ยงเบนนี้มีผลกระทบซึ่งกันและกัน (Gordon 1995) เนื่องจากการขาดการทำกิจกรรมการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเป็นผลเสียต่อสุขภาพของผู้หญิง โดยช่วยเพิ่มภาวะเสี่ยงจากปัญหาสุขภาพโรคหัวใจ ลดภาวะเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง มะเร็งลำไส้และโรคเบาหวาน (USDHHS 1996) และมีผลเสียต่อการลดความแข็งแรงและความคงทนของร่างกาย การทำงานขาดความคล่องตัว มีผลทำให้มีปัญหาการนอนและเกิดความเครียดของแรงงานหญิงย้ายถิ่นที่เกิดขึ้น (ร้อยละ 81.9) นอกจากนี้ยังสามารถอธิบายได้ในแนวคิดทฤษฎีการตัดสินใจย้ายถิ่น คือ เรื่องการเปลี่ยนที่อยู่อาศัย การเปลี่ยนสถานะทางสังคมมีผลกระทบทำให้เกิดผลกดดัน เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ ในสังคมใหม่ ทำให้ผู้ย้ายถิ่นต้องปรับตัวเพื่อลดความกดดัน โดยปรับตัวเองให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมการทำงาน (Ernst 1974) จากการศึกษาของเฮิร์ทและคิม (Hurb and Kim 1990) พบว่า ภาวะสุขภาพจิตของแรงงานหญิงผู้ย้ายถิ่นมีความอ่อนแอมากที่สุดในช่วงระยะเวลาแรกของการย้ายถิ่น (2-3 ปี) และมีแนวโน้มของความผาสุกทางใจเพิ่มขึ้น เมื่อเวลาอยู่อาศัยนานขึ้น แต่โดยเฉลี่ยแล้วการปรับตัวจนถึงภาวะที่ผู้ย้ายถิ่นเกิดความพอใจสูงสุดและปรับตัวได้ดี ส่วนใหญ่ใช้เวลาไม่น้อยกว่า 10 ปี แต่กลุ่มตัวอย่างนี้มีระยะเวลาในการอยู่ในจังหวัดสงขลา 5.5 ปี โดยแหล่งความเครียดเป็นอันดับแรก คือ การจ้างงานที่ไม่มั่นคง (ร้อยละ 58.2) ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างจึงยังคงมีความเครียดและปัญหาการปรับตัวอยู่ การวิจัยนี้จึงได้ผลคล้ายกับการศึกษาดังกล่าวและสอดคล้อง

กับการวิจัยของพอลลาราและเมลิส (Pollara and Meleis 1995) ที่พบว่า แรงงานหญิงย้ายถิ่นชาว จอร์แดนในอเมริกา มีความเครียดช่วงระยะเวลา 2-3 ปีแรก โดยมีแหล่งความเครียด 3 แหล่ง คือ สภาพการดำเนินชีวิตในการทำงาน ความต้องการดำรงเชื้อชาติและความพยายามสร้างความคุ้นเคย กับท้องถิ่นใหม่และสอดคล้องกับการศึกษากลุ่มผู้อพยพย้ายถิ่นใหม่ชาวเอเชียในอเมริกาที่พบว่า แหล่งความเครียดที่สำคัญที่สุด คือ เกิดจากการจ้างงานและการทำงานที่ไม่มั่นคง (Nwadiora and Macdeo 1996; NOH and Avison 1996; Nutter 1979; Thomas and Cornwell 1990)

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของแรงงานหญิงย้ายถิ่นในจังหวัด สงขลา พบว่า ปัจจัยลักษณะครอบครัว สถานภาพสมรส จำนวนคนที่รับภาระในการเลี้ยงดู ระยะเวลาในการจ้างงาน ความพอใจในการประกันสุขภาพ ลักษณะการจ้างงานและขนาดของโรงงานมี ผลต่อภาวะสุขภาพของแรงงานหญิงย้ายถิ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เนื่องจากลักษณะ ครอบครัวเดี่ยวซึ่งประกอบด้วย พ่อ แม่ และบุตร แรงงานหญิงย้ายถิ่นต้องรับภาระในการเลี้ยงดูถูก ด้วยตนเอง ในขณะที่ครอบครัวขยายซึ่งประกอบด้วยปู่ ย่า ตา ยาย หรือญาติ ช่วยรับภาระในการ ดูแลบุตรให้ ทำให้แรงงานหญิงมีความเครียดแตกต่างกัน และจากการสังเกตพบว่า ทุกโรงงาน อุตสาหกรรมยางพาราไม่มีสถานที่เลี้ยงเด็ก (day care) ซึ่งสอดคล้องการวิจัยของวัตครอนและ จาคอมส์ (Waldron and Jacobs, 1989) ที่พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของแรงงานหญิง คือ การขาดสิ่งสนับสนุนในการมีสถานที่เลี้ยงดูเด็ก และความเครียดจากการขาดคนดูแลบุตร (Repetti et. al 1989) ในเรื่องสถานภาพสมรส โรสและคณะ (Ross et al 1990) พบว่า ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับสถานภาพสมรส โดยพบว่า แรงงานหญิงที่มีสถานภาพโสดมีปัญหาสุขภาพมากกว่าหญิงที่สมรสแล้ว เนื่องจากคนที่สมรสแล้วมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมและมีผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย มากกว่าคนโสด นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างยังระบุว่า การอยู่ถิ่นเดิมมีสุขภาพดีกว่าในจังหวัดสงขลา เนื่องจากไม่ต้องปรับตัวมาก ส่วนปัจจัยการทำงานที่พบว่า ระยะเวลาในการจ้างงาน ขนาดโรงงาน การเข้าทำงานเป็นกะ และลักษณะการจ้างงานมีผลต่อภาวะสุขภาพของแรงงานหญิงย้ายถิ่น อธิบาย ได้ตามแนวคิดของค็อกซ์ (Cox, 1986) ถึงปัจจัยระบบงานและสิ่งแวดล้อม เป็นปัจจัยเสี่ยงปัจจัย หนึ่งต่อภาวะสุขภาพและสอดคล้องกับการวิจัยของกุลวดี กนกวัฒนางกูร (2532) ที่พบว่า การ ทำงานเป็นกะมีผลต่อ สุขภาพจิตของแรงงานในภาคอุตสาหกรรมและการศึกษาของเฮาส์และคณะ (House et. al 1979) พูน (Phoon 1988) และโอลิซิฟสกี (Olisifski 1971) ที่พบว่า ปัจจัยจาก สภาพแวดล้อมขนาดโรงงาน ระยะเวลาในการทำงาน มีผลต่อภาวะสุขภาพของลูกจ้างในโรงงาน

สำหรับอุตสาหกรรมยางพารา สภาพการทำงานของแรงงานหญิงย้ายถิ่นมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากสภาพการทำงาน เช่น ลักษณะงานที่รับผิดชอบ คือ งานต้องมีการสัมผัสสารเคมี แก๊ส แอมโมเนีย น้ำยาง ปัญหาที่แรงงานเริ่มมีการแพ้ยางพาราพบเมื่อ 20 ปีที่ผ่านมา โดยได้มีรายงานการแพ้ถุงมือยางจากสตรีแม่บ้าน ทำให้ผิวหนังอักเสบเป็นระยะเวลานาน (Nutter 1979 ; Turjanman 1987 ; Mc Elmurry and Parder 1996) ส่วนลักษณะการจ้างงานปัจจัยดังกล่าวจึงมีผลต่อภาวะสุขภาพของแรงงานหญิงย้ายถิ่นอย่างชัดเจน

5.3 ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

5.3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การวิจัยนี้ พบว่า ภาวะสุขภาพของแรงงานหญิงย้ายถิ่นที่อยู่ในลักษณะเบี่ยงเบนเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย คือ แบบแผนสุขภาพในการออกกำลังกาย เนื่องจากการขาดสถานที่ในการออกกำลังกาย และไม่มีเวลาเนื่องจากต้องทำงานให้ครบเวลาที่โรงงานกำหนด ด้วยแรงกดดันนายจ้างจ้งงาน เนื่องจากเป็นลูกจ้างรายวัน ดังนั้น แนวโน้มโรงงานอุตสาหกรรมจึงอาจมลูกจ้างที่มีสุขภาพไม่แข็งแรงอันมีผลต่อผลผลิตได้ ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับระเบียบการจัดตั้งโรงงานอุตสาหกรรมยางพารา ควรสนับสนุนให้โรงงานมีอาณาเขตในการออกกำลังกาย โดยจัดแบ่งเวลาให้แรงงานได้มีโอกาสออกกำลังกายเพิ่มขึ้น เช่น การจัดโปรแกรมให้แรงงานวิ่งก่อนทำงาน 20 นาที เป็นการกระตุ้นให้แรงงานหญิงเกิดความคล่องตัวในการทำงานเพิ่มขึ้น

2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรกำหนดเป็นระเบียบให้โรงงานมีสถานที่เลี้ยงเด็ก (day care) ในโรงงานอุตสาหกรรม ถือเป็นสวัสดิการให้แรงงานอย่างหนึ่ง อาจทำให้ภาวะความเครียดของแรงงานหญิงลดลงได้

3. ควรมีคลินิกสุขภาพจิตในโรงงาน หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับอาชีพอนามัย ควรจัดตั้งคลินิกสุขภาพจิตเคลื่อนที่อย่างเป็นระบบ และให้บริการอย่างสม่ำเสมอ ไม่ควรให้ลูกจ้างหรือแรงงานในโรงงานอุตสาหกรรมแสวงหาแหล่งบริการทางสุขภาพจิตเอง เนื่องจากในบริษัทสังคมไทยยังไม่ยอมรับอย่างกว้างขวางในเรื่องปัญหาสุขภาพจิต การที่แรงงานมีปัญหาสุขภาพโดยเฉพาะด้านจิตใจมักจะไม่กล้าไปแสวงหาแหล่งบริการสุขภาพจิต เนื่องจากยังกลัวสังคมมองหรือตีตราว่าเป็นคนมีปัญหา

5.3.2 ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

เนื่องจากการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม นักวิจัยต้องมีข้อจำกัดรวมทั้งอุปสรรคจากเจ้าของโรงงานเป็นอย่างมาก เพราะการเข้าไปเก็บข้อมูลในโรงงาน บางครั้งทำให้โรงงานอาจรู้สึกว่ามีผลกระทบในแง่เสียเวลาการทำงาน หวาดระแวงเรื่องการเข้าไปจับผิดในการจัดระบบการทำงานและการจัดสภาพสิ่งแวดล้อมที่บางจุดอาจยังไม่ได้มาตรฐาน ดังนั้นการทำวิจัยครั้งต่อไปจึงควรคำนึงถึงข้อจำกัดดังกล่าวนี้ ซึ่งการวิจัยเชิงคุณภาพอาจเป็นวิธีหนึ่งที่ยังควรทำการวิจัยต่อไป เนื่องจากไม่ต้องใช้ตัวอย่างขนาดใหญ่เท่ากับการวิจัยเชิงปริมาณ นอกจากนี้จะได้ผลการวิจัยที่ลึกซึ้งมากขึ้น ยังลดปัญหาจากข้อจำกัดดังกล่าวได้มากขึ้น

บรรณานุกรม

- กุลวดี กนกวัฒนากร. (2529). การศึกษาภาวะสุขภาพจิตของคณงานในโรงงานอุตสาหกรรมประเภทการ ผลิตภัณฑ์โลหะขั้นมูลฐานในเขตจังหวัดสมุทรปราการ. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตร มหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ก๊อ วงศ์บุญสิน. (2536). ประชากรกับการพัฒนา. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม. (2537). สถิติแรงงาน 2536. กรุงเทพฯ : กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม.
- กรมแรงงานอุตสาหกรรม. (2534). สภาพการทำงานของคณงานในอุตสาหกรรมการทำยางพาราภาคใต้. สงขลา : กรมแรงงานอุตสาหกรรม.
- คณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2525). แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5. กรุงเทพฯ : สำนักนายกรัฐมนตรี.
- คณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2535). แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7. พ.ศ. 2535-2539. กรุงเทพฯ : สำนักนายกรัฐมนตรี.
- คณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2535). ผลกระทบของ พ.ร.บ. ประกันสังคม พ.ศ. 2533 ต่อการให้บริการรักษาพยาบาลและบริการทางการแพทย์ กรุงเทพฯ : สำนักนายกรัฐมนตรี.
- ัญญา สนิทวงศ์ ณ ออยุธยา. (2537). “คุณภาพชีวิตแรงงานย้ายถิ่น : กรณีแรงงานในย่านนิคมอุตสาหกรรมบางพลี”. จดหมายข่าวสมาคมประชากร. 12 : 24-24.
- นิพนธ์ เทพวัลย์. (2537). “การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน”. จดหมายข่าวสมาคมนักประชากร. 12 : 1-8.
- ประสิทธิ์ คำรงค์ชัย. (2524). กระทรวงแรงงานกับการส่งเสริมบทบาทแรงงานของสตรี. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยบทบาทหญิงชาย และการพัฒนา.
- ประชา วสุประสาท. (2537). The Rights of Migrant Workers. ใน เอกสารการสัมมนา เรื่องสถานการณ์คนข้ามชาติของประเทศไทย : นโยบาย และทิศทางการวิจัย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ณ ห้องกรุงเทพสอง โรงแรมรอยัลซิติ์.
- เพ็ญพร ธีระสวัสดิ์. (2527). ประชากรศาสตร์. กรุงเทพฯ : สถาบันประชากรศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- เพ็ญพร ธีระสวัสดิ์. (2535). พัฒนาการนิยามเขตเมือง. วารสารประชากรศาสตร์, 8 (2),1-18.
- เพ็ญพร ธีระสวัสดิ์. (2513). ปัจจัยเป็นมูลเหตุของการย้ายถิ่นของประชากรในประเทศไทย.
วิทยานิพนธ์แผนกวิชาสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ภาณี แส่นเจริญ. (2527). การปรับตัวของผู้ย้ายถิ่นสตรีในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์
สังคมศาสตร์ มหาบัณฑิต สาขาวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มรรยาท เจริญสุขโสภณ. (2532) ความสัมพันธ์ระหว่างภูมิหลัง ปัจจัยด้านกายภาพจิตใจและสังคม
กับภาวะสุขภาพจิตของประชาชนในเขตอุตสาหกรรมภาคตะวันออกของประเทศไทย
วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย
จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- มาลินี วงศ์พานิช. (2532). งานกับสุขภาพ กรุงเทพฯ : สหพันธ์แรงงานปีโตรเลียม และเคมีภัณฑ์
แห่งประเทศไทย.
- แรงงานปริทัศน์. (2537). ประกาศกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม เรื่อง การคุ้มครองแรงงาน
กรุงเทพฯ : มูลนิธิอารมณ์ พงศ์พจน์.
- สถาบันวิจัยยางพารา. (2540). รายงานประจำปี 2540. สงขลา : สถาบันวิจัยยาง กรมวิชาการเกษตร.
- ศูนย์วิจัยยางสงขลา. (2532). รายงานการประชุมวิชาการยางพาราศูนย์วิจัยยางพารา สงขลา ปี 2532.
สงขลา : ศูนย์วิจัยยางสงขลา.
- ศิริพร เนตรพุกกะณะ. (2536). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความเครียดของคณงานใน
โรงงานอุตสาหกรรมยางพารา จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร
มหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริพร ชัมภลิจิต. (2539). แบบแผนสุขภาพและการเก็บรวบรวมข้อมูล. พิมพ์ครั้งที่ 4.
กรุงเทพมหานคร:เทมการพิมพ์.
- ศิริวรรณ สิริบุญ. (2531). การย้ายถิ่นของประชากรและความเป็นเมือง. จดหมายข่าว ประชากร
สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 40, 1-5.

- ศุภชัย ศรีหกล้า. (2534). การศึกษา สาเหตุ รูปแบบ และผลสืบเนื่องของการย้ายถิ่นเพื่อขอทานศึกษา เฉพาะกรณีบ้านม่วง อำเภอปทุมรัตน์ จังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาบัณฑิต สาขาวิชาประชากรศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุรางค์รัตน์ วศินารมณ. (2534). "ผลกระทบของการพัฒนาอุตสาหกรรมที่มีผลต่อบุคคลครอบครัว และสังคม". วารสารกรมประชาสงเคราะห์. 36 : 23-27.
- สุภา ศักดิ์สมบุรณ์ และเพ็ญแข ลิมศิลา. (2534). "การศึกษาทางจิตเวชสังคมของคนงานใน โรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดสมุทรปราการ". วารสารจิตวิทยาคลินิก. 12 : 29-28.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2533). การสำรวจการย้ายถิ่นของประชากรเข้าสู่จังหวัดสงขลา พ.ศ. 2533. กรุงเทพฯ : สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตร.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2536). การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลป์ทางการแพทย์พยาบาล. กรุงเทพฯ : ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สันศักดิ์ เสริมศรี และจิราพร เขียวอยู่. (2540). คุณลักษณะของผู้สูงอายุและการสนับสนุนจาก ครอบครัวต่อกิจกรรมการตรวจคัดกรองด้านสุขภาพอนามัยของสังคมไทย. วารสาร ประชากรศาสตร์, 13 (2), 1-24.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตร. (2537). รายงานการสำรวจการย้ายถิ่นของประชากร พ.ศ. 2535. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ ร.ส.พ.เชิงสะพานนาคราษนี.
- อทิธา นวลศรี. (2528). การปรับตัวของผู้ย้ายถิ่นในกรุงเทพมหานคร กรณีศึกษาชุมชนแออัด เชื้อเพลิงพัฒนา. วิทยานิพนธ์สังคมวิทยามนุษยวิทยา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- อภิชาติ จำรัสฤทธิ์รงค์ และกฤติยา อาชวณิชกุล. (2524). "ประชากรศาสตร์" ใน เอกสารการสอน ชุมชน มนุษย์กับสังคม สาขาวิชาศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- อนุวัฒน์ สุขขุติกุล. (2537). ระบบประกันสุขภาพ. วารสารการวิจัยสาธารณสุข. 2(2) 115-134.
- อุตสาหกรรมจังหวัดสงขลา. (2538). ทำเนียบโรงงานอุตสาหกรรมจังหวัดสงขลา พ.ศ. 2538. สงขลา : สำนักงานอุตสาหกรรม.
- Ahlborg, G. (1990). Pregnancy outcome among women working in laundries and dry-cleaning shops using tetrachloroethylene. *American Journal of Industrial Medicine*. 17, 567-575.

- Alington, D., & Troll, L. (1984). **Social change and equality : The role of women and economics.** In G. Baruch & J. Brooks. Gunn (Eds.) *Women in midlife*, pp.181-202, New York :Plenum.
- American Public Health Association. (1991.). **Preventing Occupational Disease and Injury.** Washington, DC : American Public Health Association.
- Axelsson, G., et.al. (1989). Outcome of pregnancy in relation to irregular and environment work schedules. **British Journal of Industrial Medicine.** 49 (7), 393-398.
- Balcazar, H., Peterson, G. and Cobas, J.A. (November-December, 1996). Acculturation and health-related risk behaviors among Maxican American pregnant youth. **American Journal of Health Behavior,** 20 (6), 425-433.
- Bhatnagar, K and Frank, J. (September, 1997). Psychiatric disorders in elderly from the Indian sub-continent living in Bradford. **International Journal of Geriatric Psychiatry,** 12 (9),907-912.
- Bisanti, L. et.al. (1996). Shiff work and subfecundity : A Europear multicenter study. **Journal of Occupational and Environmental Health.** 38(4), 352-358.
- Buchner, D.M., et.al. (1992). Effects of physical activity on health status in older adults II :Intervention studies. **Annual Review of Rev. Public Health.** 13, 469-488.
- Bursten, B. (1985). Psychiatric injury in the women's workplace. **Bulletin American Academy of Psychiatry and Law.** 13, 399-406.
- Centers for Disease Control and Prevention. (1994). Arthritis prevalence and activity limitations-United States, **Morbidity Mortality Weekly Report.** 43(24), 433-438.
- Centers for Disease Control and Prevention. (1993). **Priorities for Women's Health.** Atlanta, G.A.
- Collins, et.al. (1997). Women, Work and Health : Issues and Implications for Worksite Health Promotion. **Women & Health.** 25(4), 3-37.
- Grandy, L., & Slater, J.E. (1995). The history and diagnosis of latex allergy. **Immunology and Allergy Clinics of North America,** 15 (1) : 21-29.

- Halter, P.M. and Meleis, A.I. (October, 1995). The stress of immigration and the daily lived experiences of Jordanian immigration women in the United State. **Western Journal of Nursing Research**, 17 (5), 521-523.
- Hockberg, M.C. (1993). Epidemiologic considerations in the primary prevention of osteoarthritis. **Journal of Rheumatology**. 18, 1438-1440.
- House, J.S., et. al. (1979). "Occupation stress and Health among Factory workers" **Journal of Health and Social Behavior**. 20 : 139-159.
- Hurh, W.M. and Kim, K..c. (Fall, 1990). Adaptation stages and Mental health of Korean Male Immigrants in the United States. **International Migration Review**, 24, 456-479.
- ILO. (1994). **Women at work in Asia and the Pacific : Agenda and Strategies for the (1990s)**. Bangkok : ILO Regional Office for Asia and Pacific.
- Kamaya, H.A. (March, 1997). African immigrants in the United States : the challenge for research and practice. **Social Work Journal of The National Association of Social Workers**, 42(2), 154-165.
- Kelly, K.J. (1995a). Management of the latex-allergic patient **Immunology and allergy Clinics of North America**, 15 (1) : 139-157.
- King, A.C., et.al. (1995.). Environmental and policy approaches to cardiovascular disease prevention through physical activity : Issues and opportunities. **Health Education Quarterly**. 22(4), 499-511.
- Leutzinger, J. & Blanke, D. (1991.). The effect of a corporate fitness program on worker productivity. **Health Values**. 15, 20-29.
- Lindbohm, et.al. (1990). Spontaneous abortions among women exposed to organic solvents. **American Journal of Industrial Medicine**. 17, 449-463.
- Litvinjenko, S. (July-August, 1997). Migration and Health. **Srp-Arh-Celok-Lek**, 125 (7-8): 191-196.

- Mertz, M.E., & Seifert, M.H. (1988). Women's expectations of physicians in Sexual health concerns. **Family Practice Research Journal**, 7 (3), 141-152.
- McElMurry B. J., & Parker R.S. (1996). **Annual Review of Women's Health**. Volume 3. New York : National League for Nursing Press.
- McAuley, E. & Jacobson, L. (1991). Self efficacy and exercise participation in sedentary adult females. **American Journal of Health Promotion**. 5(3), 185-191.
- Morgan, W.P. (1985.). Affective beneficence of vigorous physical activity. **Medicine and Science in Sports Exercise**. 17(1), 94-100.
- National Center for Health Statistics. (1993). **Health Promotion Disease Prevention : United States 1990** (DHHS). Washington DC.
- Nicholson, B.L. (March, 1997). The influence of pre-immigration and postmigration stressors on mental health : a study of Southeast Asia refugee. **Social Work Research**, 21(1),19-31.
- Northwestern National Life Insurance Company.(1993). **Fear and Violence in the Workplace**. Minneapolis, MN.
- NOH, S. and Avison, W.R. (June, 1996). Asian Immigrants and the stress process : A Study of Koreans in Canada. **Journal of health and Social Behavior**, 37, 192-206.
- Nwadiora, E. and Mcadoo, H. (Summer,1996). Acculturative stress among Amerasian refugees : gender and racial differences. **Adolescence**, 31(122), 477-87.
- Orem, D.E. (1995). **Nursing Concepts and Practice**. St.Louis : Mosby.
- Palank, C.L. (1991). Determinants of health promotive behavior : a review of current research. **Nursing Clinic of North America**. 26(4), 815-832.
- Pender, N.J., et.al. (1990). Predicting health promoting lifestyle in the workplace. **Nursing Research**. 39(6), 326-332.
- Pender, N.J. (1996). **Health Promotionin Nursing Practice**. Connecticut : Appleton & Lange.
- Pernice, R. and Brook, J. (August, 1996). Refugees' and immigrants' mental health : Association of demographic and post-immigration factors. **Journal of Psychology**, 136 (4), 511-519.

- Pernice, R. and Brook, J. (Spring, 1996). The mental health pattern of migrants : is there a euphoric period followed by a mental crisis? **International Journal of Psychaitry**, 42 (1), 18-27.
- Pollara, M.H. and Meleis, A.I. (1995). The Stress of Immigration an the Daily lived Experiences of Jordanian Immigrant Women in the United States. **Western Journal of Nursing Research**,17 (5), 521-539.
- Phoon, 4. (1979). **Mental Health at Work : Practice Occupational Health**. Singapore : PG Medical Book.
- Repetti, P.L., Matthews, K.S., & Waldron, I. (1989). Employment a Women's Health : Effects of poid employment on women's mental and physical health. **American Psychologist**, 44., 1394-1401.
- Richardsen, A.M., & Burke, R.J. (1991). Occupational stress and Job satisfaction among physicians:Sex difference. **Social Science and Medicine**, 33, 1179-1187.
- Ritsner, M., Ponizovsky, A. and Ginath, y. (1997). Changing patterns of distress during the adjustment of recent immigrants : a 1-year follow-up study. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, 95, 494-499.
- Rubenstein, H.L. (1992). Women workers. In W.M. Last & R.B. Wallace (Eds.). **Public Health and Preventive Medicine**. (13th ed.). (pp.571-576). Norwalk, CT : Appleton & Lange.
- Siem, H. (May, 1997). Migration and Health : The international perspective. **Schweiz Rundsch-Med-Prax**,86 (19), 788-793.
- Skov, P., Valjoran, O., & Pederen, B.V. (1989). Influence of personal Characteristics, job-related factors and psychosocial factors on the sick bulding syndrome. **Scandinavian Journal of Word and Environmental Health**, 15, : 286-295.
- Slater, J.E. (1994). Latex allergy, **Journal of Allergy and Clinical Immunology**,94, : 139-150.
- Smith, J.A. (1983). **The Idea of Health : Implication for Nursing Profession**. New York : Teacher college.

- Smith, L. (Fall, 1996). New Russian immigrants : Health problems, practices and values. **Journal of cultural Diversity, 3 (3), 68-73.**
- Spalding, A.D. (1995). Racial minorities and other high-risk groups with HIV and AIDS at increased risk for psychological adjustment problems in association with health locus of control orientation. **Social Work in Health Care, 21(3), 81-114.**
- Taylor, C.B., Sallis, J.F. & Needle, R. (1985.). The relation of psysical adccivity and exercise to mental health. **Pulic Health Report. 100(2), 195-202.**
- Teitelman, et.al. (1990). Effect of maternal work activity on preterm birth and low birth weight, **American Journal of Epidemiology. 131(1), 104-113.**
- Travis, S.S. and Clark, W.G. (1996). Metropolitan/nonmetropolitan gero-psychiatric patients : a coparison of levels of functioning, Family support, and care migration patterns. **Journal of Gerontological Social Work, 25 (3/4), 107-20.**
- Truacott, U. (1995). The industry perspective on latex. **Allergy and Immunology Clinics of North America, 15 (1), 89-121.**
- United States Department of Health and Human Services. (1996). **Physical Activity and Health : A Report of the Surgeon General.** Atlanta : USDHHS, Centers for Disease

ภาคผนวก

แบบสัมภาษณ์นี้สงวนลิขสิทธิ์ไม่ควรคัดลอกก่อนได้รับอนุญาต

แบบสัมภาษณ์

1 2 3

เรื่อง

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของแรงงานย้ายถิ่นหญิง
ในอุตสาหกรรมยางพารา จังหวัดสงขลา

นามผู้ให้สัมภาษณ์.....

4 5

บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล.....

อำเภอ..... จังหวัด.....

วัน / เดือน / ปีที่สัมภาษณ์.....

เริ่มสัมภาษณ์เวลา.....เสร็จเวลา.....รวม.....

ชื่อพนักงานตรวจสอบในสนาม.....วันที่.....

ชื่อพนักงานตรวจสอบรหัส.....วันที่.....

ส่วนที่ 1 : ข้อมูลทั่วไป

1. อายุ.....ปี 6 7
2. สถานภาพสมรส [] 1. โสด [] 2. คู่ [] 3. ม้าย [] 4. หย่าแยก 8
3. ระดับการศึกษา [] 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ [] 2. ประถมศึกษา 9
[] 3. มัธยมศึกษา [] 4. อาชีวศึกษา
[] 5.ปริญญาตรี [] 6. อื่นๆ
4. ภูมิลำเนา (ถิ่นที่อยู่เดิม) ท่านย้ายมาจาก ตำบล..... 10 11

อำเภอ.....จังหวัด.....
5. ลักษณะครอบครัว [] 1. ครอบครัวเดี่ยว (มี พ่อ แม่ ลูก เท่านั้น) 12
[] 2. ครอบครัวขยาย (มี พ่อ แม่ ลูก ปู่ ย่า
ตา ยาย และญาติมาอยู่ร่วมด้วย)
6. จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่อยู่ในความดูแลมีจำนวน.....คน 13 14
7. รายได้ในครอบครัวของท่านในปัจจุบัน.....บาทต่อเดือน 15 16 17 18 19
8. ระยะเวลาที่ท่านทำงานในโรงงานแห่งนี้มีระยะเวลา.....ปี.....เดือน 20 21
9. ขนาดของโรงงานที่สัมภาระณ์ 22
[] 1. ขนาดเล็ก [] 2. ขนาดกลาง [] 3. ขนาดใหญ่
10. สถานภาพในการทำงานของท่าน 23
[] 1. ลูกจ้างประจำ
[] 2. ลูกจ้างรายวัน (ค่าจ้าง.....บาท/วัน)
[] 3. อื่นๆ

11. โดยทั่วไปลักษณะการทำงานของท่านมีลักษณะ ดังนี้ 24
- [] 1. ทำงานเฉพาะเวลาราชการ
- [] 2. ทำงานเป็นกะ (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)
- [] 1. กะเช้า (8.00-16.00 น.)
- [] 2. กะบ่าย (16.00-24.00 น.)
- [] 3. กะดึก (24.00-8.00 น.)
- [] 4. ผลัดเปลี่ยนในทุกกะ
12. ท่านเป็นสมาชิกของประกันสังคม 25 26
- [] เป็นเวลานาน.....ปี.....เดือน
- [] ไม่ได้เป็น
13. ท่านพอใจต่อการจัดบริการด้านประกันสังคมของโรงพยาบาลของรัฐหรือไม่ 27
- [] 1. พอใจ [] 2. ไม่พอใจ เพราะ.....
14. ท่านพอใจต่อการจัดบริการด้านประกันสังคมของโรงพยาบาลเอกชนหรือไม่ 28
- [] 1. พอใจ [] 2. ไม่พอใจ เพราะ.....
15. ท่านพอใจต่อการจัดบริการด้านประกันสังคมของคลินิกเอกชนที่อยู่ในเครือข่ายหรือไม่ 29
- [] 1. พอใจ [] 2. ไม่พอใจ เพราะ.....
16. ปัจจุบันท่านมีน้ำหนักตัว.....กิโลกรัม 30 31
-
17. เมื่อท่านเจ็บป่วยท่านไปใช้สถานบริการสุขภาพใดบ้าง
- | | ใช่ | ไม่ใช่ | |
|---|-----|--------|-----------------------------|
| 1. โรงพยาบาลของรัฐ | [] | [] | <input type="checkbox"/> 32 |
| 2. โรงพยาบาลเอกชน | [] | [] | <input type="checkbox"/> 33 |
| 3. คลินิก | [] | [] | <input type="checkbox"/> 34 |
| 4. ร้านขายยา | [] | [] | <input type="checkbox"/> 35 |
| 5. ดูแลตนเองด้วยวิธีต่าง ๆ (ไปรณะบูรณาการดูแลสุขภาพของท่าน) | | | <input type="checkbox"/> 36 |
| | | | |
18. ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาท่านเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์หรือไม่
- [] 1. เคย ระบุเรื่อง..... 37
- [] 2. ไม่เคย

19. ท่านเคยได้รับอุบัติเหตุจากการทำงานหรือไม่

[] 1. เคยได้รับ รวม.....ครั้ง (ตอบข้อ 20) 38

[] 2. ไม่เคยได้รับ (ข้ามไปตอบข้อ 21)

20. สาเหตุที่ท่านได้รับบาดเจ็บ เกิดขึ้นเนื่องจาก (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

[] 1. วัตถุสิ่งของหล่นทับถูกท่าน 39

[] 2. สิ่งแปลกปลอมกระเด็นเข้าตาท่าน 40

[] 3. วัตถุสิ่งของกระแทกถูกท่าน 41

[] 4. กล้ามเนื้อบอบช้ำจากแรงกระแทก 42

[] 5. หกล้ม 43

[] 6. สัมผัสความร้อน 44

[] 7. สัมผัสสารพิษ 45

[] 8. อื่น ๆ 46

21. สาเหตุการเจ็บป่วยของท่าน เกิดขึ้นเนื่องจาก

[] 1. ได้รับอุบัติเหตุ 47

[] 2. ภาวะภูมิคุ้มกันในร่างกายบกพร่อง 48

[] 3. เป็นโรคหัวใจ 49

[] 4. เป็นโรคมะเร็ง 50

[] 5. ความผิดปกติของระบบทางเดินปัสสาวะและระบบขับถ่าย 51

[] 6. ความผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร 52

[] 7. ความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ 53

[] 8. ความผิดปกติของระบบอวัยวะสืบพันธุ์ 54

[] 9. เป็นกามโรค 55

[] 10. เป็นโรคผิวหนัง 56

[] 11. โรคอื่น ๆ ระบุ..... 57

22. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่

[] 1. ไม่มี 58

[] 2. มี ระบุ.....

ส่วนที่ 2 : แบบประเมินภาวะสุขภาพตามแบบแผนสุขภาพ

| แบบแผนสุขภาพ | คำถาม | คำตอบ | เทียบเกณฑ์ | รหัส |
|------------------------------------|---|--|--|--|
| 1. การรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ | 1.1 ท่านรับรู้สุขภาพของท่านขณะนี้เป็นอย่างไรร | <input type="checkbox"/> 1. แข็งแรงดี <input type="checkbox"/> 2. เจ็บป่วย ระบุ..... | <input type="checkbox"/> 1. ปกติ <input type="checkbox"/> 2. เบียงเบน <input type="checkbox"/> 3. เจ็บป่วย | 59 60 61 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | 1.2 ท่านเคยไปตรวจสุขภาพหรือไม่ | <input type="checkbox"/> 1. ไม่เคย <input type="checkbox"/> 2. เคย <input type="checkbox"/> 2.1. ทุก 3 เดือน <input type="checkbox"/> 2.2. ทุก 6 เดือน <input type="checkbox"/> 2.3. ทุก 1 ปี <input type="checkbox"/> 2.4. ไม่แน่นอน | <input type="checkbox"/> 1. ปกติ <input type="checkbox"/> 2. เบียงเบน <input type="checkbox"/> 3. เจ็บป่วย | 62 63 64 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | 1.3 ท่านคิดว่าท่านมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยหรือไม่ | <input type="checkbox"/> 1. ไม่มี <input type="checkbox"/> 2. มี <input type="checkbox"/> 2.1 อดนอน <input type="checkbox"/> 2.2 สูบบุหรี่ <input type="checkbox"/> 2.3 ดื่มสุรา <input type="checkbox"/> 2.4 กินยานอนหลับ <input type="checkbox"/> 2.5. อื่น ๆ | <input type="checkbox"/> 1. ปกติ <input type="checkbox"/> 2. เบียงเบน <input type="checkbox"/> 3. เจ็บป่วย | 65 66 67 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | 1.4 ท่านเคยได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคหรือไม่ | <input type="checkbox"/> 1. ไม่เคย <input type="checkbox"/> 2. เคย <input type="checkbox"/> 2.1 บาดทะยัก <input type="checkbox"/> 2.2 ไวรัสตับอักเสบบ <input type="checkbox"/> 2.3 วัณโรค | <input type="checkbox"/> 1. ปกติ <input type="checkbox"/> 2. เบียงเบน <input type="checkbox"/> 3. เจ็บป่วย | 68 69 70 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | 1.5 ท่านมีปัญหาในการดูแลสุขภาพของตนเองหรือไม่ | <input type="checkbox"/> 1. ไม่มี <input type="checkbox"/> 2. มี เนื่องจาก <input type="checkbox"/> 2.1 อายุมาก <input type="checkbox"/> 2.2 งานหนัก <input type="checkbox"/> 2.3 มีมลภาวะจากงาน <input type="checkbox"/> 2.5 มีปัญหาครอบครัว <input type="checkbox"/> 2.6 รายได้ไม่เพียงพอ <input type="checkbox"/> 2.7 เวลาทำงาน ไม่แน่นอน | <input type="checkbox"/> 1. ปกติ <input type="checkbox"/> 2. เบียงเบน <input type="checkbox"/> 3. เจ็บป่วย | 71 72 73 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

| แบบแผนสุขภาพ | คำถาม | คำตอบ | เทียบเกณฑ์ | รหัส |
|----------------------------|--|--|--|--|
| 2. แบบแผนการรับประทานอาหาร | 2.1 ท่านมีปัญหาในการรับประทานอาหารหรือไม่ | <input type="checkbox"/> 1. ไม่มี <input type="checkbox"/> 2. มี เนื่องจาก <input type="checkbox"/> 2.1 สุขภาพฟันไม่ดี <input type="checkbox"/> 2.2 เป็นโรคกระเพาะ <input type="checkbox"/> 2.3 เบื่ออาหาร <input type="checkbox"/> 2.4 เป็นโรคลำไส้ | <input type="checkbox"/> 1. ปกติ <input type="checkbox"/> 2. เบียงเบน <input type="checkbox"/> 3. เจ็บป่วย | 74 75 76 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | 2.2 ท่านมีโอกาสดำรงชีพรับประทานอาหารครบ 5 หมู่เป็นประจำหรือไม่ | <input type="checkbox"/> 1. มี <input type="checkbox"/> 2. ไม่มี <input type="checkbox"/> 2.1 ไม่มีความรู้เรื่องอาหาร 5 หมู่ <input type="checkbox"/> 2.2 ไม่มีเวลา <input type="checkbox"/> 2.3 ไม่สะดวกทำ <input type="checkbox"/> 2.4 มีรายได้จำกัด <input type="checkbox"/> 2.5 อื่น ๆ | <input type="checkbox"/> 1. ปกติ <input type="checkbox"/> 2. เบียงเบน <input type="checkbox"/> 3. เจ็บป่วย | 77 78 79 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | 2.3 ท่านรับประทานอาหารเช้าเป็นเวลาหรือไม่ | <input type="checkbox"/> 1. เป็นเวลา <input type="checkbox"/> 2. ไม่เป็นเวลา เนื่องจาก <input type="checkbox"/> 2.1 ต้องทำงานง <input type="checkbox"/> 2.2 ไม่มีคนทำให้รับประทาน <input type="checkbox"/> 2.3 รับประทานอาหารเช้า <input type="checkbox"/> 2.4 อื่น ๆ | <input type="checkbox"/> 1. ปกติ <input type="checkbox"/> 2. เบียงเบน <input type="checkbox"/> 3. เจ็บป่วย | 80 81 82 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | 2.4 อาหารที่ท่านรับประทานเป็นประจำ | <input type="checkbox"/> 1. ไม่มี <input type="checkbox"/> 2. มี <input type="checkbox"/> 2.1 เนื้อสัตว์ <input type="checkbox"/> 2.2 ผัก <input type="checkbox"/> 2.3 ผลไม้ <input type="checkbox"/> 2.4 ไข่ <input type="checkbox"/> 2.5 อาหารทอด | <input type="checkbox"/> 1. ปกติ <input type="checkbox"/> 2. เบียงเบน <input type="checkbox"/> 3. เจ็บป่วย | 83 84 85 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

| แบบแผนสุขภาพ | คำถาม | คำตอบ | เทียบเกณฑ์ | รหัส |
|---------------------|--|---|--|---|
| | 25. อาหารแสดงที่ท่าน ไม่รับประทาน | <input type="checkbox"/> 1. ไม่มี <input type="checkbox"/> 2. มี <input type="checkbox"/> 2.1 เนื้อหมู <input type="checkbox"/> 2.2 เนื้อวัว <input type="checkbox"/> 2.3 อาหารทะเล <input type="checkbox"/> 2.4 ผักสด | <input type="checkbox"/> 1. ปกติ <input type="checkbox"/> 2. เบียงเบน <input type="checkbox"/> 3. เจ็บป่วย | 86 87 88 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 3. แบบแผนการขับถ่าย | 3.1 ท่านมีอาการท้อง ผูกเป็นประจำหรือไม่ | <input type="checkbox"/> 1. ไม่มี <input type="checkbox"/> 2. มี เนื่องจาก <input type="checkbox"/> 2.1 คึมน้ำน้อย <input type="checkbox"/> 2.2 รับประทานผัก ผลไม้ น้อย <input type="checkbox"/> 2.3 ออกกำลังกาย น้อย <input type="checkbox"/> 2.4 อื่น ๆ (ระบุ) | <input type="checkbox"/> 1. ปกติ <input type="checkbox"/> 2. เบียงเบน <input type="checkbox"/> 3. เจ็บป่วย | 89 90 91 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | 3.2 กรณีท่านท้องผูก ท่านแก้ไขอย่างไร | <input type="checkbox"/> 1. รับประทานยาระบาย <input type="checkbox"/> 2. ออกกำลังกาย <input type="checkbox"/> 3. คึมน้ำมาก ๆ <input type="checkbox"/> 4. รับประทานผักและผลไม้ <input type="checkbox"/> 5. อื่น ๆ | <input type="checkbox"/> 1. ปกติ <input type="checkbox"/> 2. เบียงเบน <input type="checkbox"/> 3. เจ็บป่วย | 92 93 94 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | 3.3 ท่านมีอาการท้อง เสียบ่อย ๆ หรือไม่ | <input type="checkbox"/> 1. ไม่มี <input type="checkbox"/> 2. มี เนื่องจาก <input type="checkbox"/> 2.1 อาหารเป็นพิษ <input type="checkbox"/> 2.2 โรกระบบทาง เดินอาหาร <input type="checkbox"/> 2.3 วิตกกังวล <input type="checkbox"/> 2.4 สิ่งแวดล้อมไม่ สะอาด <input type="checkbox"/> 2.5 อื่น ๆ | <input type="checkbox"/> 1. ปกติ <input type="checkbox"/> 2. เบียงเบน <input type="checkbox"/> 3. เจ็บป่วย | 95 96 97 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | 3.4 กรณีท่านท้องเสีย ท่านแก้ไขอย่างไร | <input type="checkbox"/> 1. ปล่อยให้หายเอง <input type="checkbox"/> 2. คึมน้ำเกลือแร่ <input type="checkbox"/> 3. ซึ้อยามรับประทานเอง <input type="checkbox"/> 4. ไปพบแพทย์ | <input type="checkbox"/> 1. ปกติ <input type="checkbox"/> 2. เบียงเบน <input type="checkbox"/> 3. เจ็บป่วย | 98 99 100 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

| แบบแผนสุขภาพ | คำถาม | คำตอบ | เทียบเกณฑ์ | รหัส |
|---------------------------------|--|---|---|---|
| | 3.5 ท่านมีปัญหาเรื่อง การขับถ่ายปัสสาวะ หรือไม่ | <input type="checkbox"/> 1. ไม่มี <input type="checkbox"/> 2. มี เนื่องจาก <input type="checkbox"/> 2.1 กลั้นปัสสาวะ เป็นประจำ <input type="checkbox"/> 2.2 สิ่งแวดล้อมไม่ สะอาด <input type="checkbox"/> 2.3 เป็นโรคทางเดิน ปัสสาวะอักเสบ | <input type="checkbox"/> 1. ปกติ <input type="checkbox"/> 2. เบี่ยงเบน <input type="checkbox"/> 3. เจ็บป่วย | 101 102 103 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | 3.6 กรณีท่านมีปัญหา เรื่องการขับถ่ายปัสสาวะ ท่านแก้ไขอย่างไร | <input type="checkbox"/> 1. ซ้อมารับประทานเอง <input type="checkbox"/> 2. หลีกเลี่ยงการดื่มน้ำ <input type="checkbox"/> 3. ดมยาหม้อรับประทาน <input type="checkbox"/> 4. ไปพบแพทย์ | <input type="checkbox"/> 1. ปกติ <input type="checkbox"/> 2. เบี่ยงเบน <input type="checkbox"/> 3. เจ็บป่วย | 104 105 106 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 4. กิจกรรมและการ ออกกำลังกาย | 4.1 ท่านออกกำลังกาย ทุกสัปดาห์หรือไม่ | <input type="checkbox"/> 1. ทุกสัปดาห์ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ เนื่องจาก <input type="checkbox"/> 2.1 ไม่มีเวลา <input type="checkbox"/> 2.2 ไม่มีสถานที่ <input type="checkbox"/> 2.3 ไม่สนใจ | <input type="checkbox"/> 1. ปกติ <input type="checkbox"/> 2. เบี่ยงเบน <input type="checkbox"/> 3. เจ็บป่วย | 107 108 109 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | 4.2 การออกกำลังกาย มีผลดีต่อสุขภาพของ ท่านหรือไม่ | <input type="checkbox"/> 1. มีผลดี <input type="checkbox"/> 2. ไม่มีผลดี เนื่องจาก <input type="checkbox"/> 2.1 มีโรคประจำตัว <input type="checkbox"/> 2.2 เสียเวลาทำงาน | <input type="checkbox"/> 1. ปกติ <input type="checkbox"/> 2. เบี่ยงเบน <input type="checkbox"/> 3. เจ็บป่วย | 110 111 112 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | 4.3 ท่านมีปัญหาเกี่ยว กับข้อ กระดูก กล้าม เนื้อ หรือไม่ | <input type="checkbox"/> 1. ไม่มี <input type="checkbox"/> 2. มี เนื่องจาก <input type="checkbox"/> 2.1 ปวดหลัง <input type="checkbox"/> 2.2 ปวดข้อ <input type="checkbox"/> 2.3 ปวดเข่า | <input type="checkbox"/> 1. ปกติ <input type="checkbox"/> 2. เบี่ยงเบน <input type="checkbox"/> 3. เจ็บป่วย | 113 114 115 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | 4.4 ท่านรู้สึกผิดปกติ เมื่อออกแรง หรือทำ กิจกรรมมากหรือไม่ | <input type="checkbox"/> 1. ไม่มี <input type="checkbox"/> 2. มี เนื่องจาก <input type="checkbox"/> 2.1 เหนื่อย หอบ <input type="checkbox"/> 2.2 เจ็บหน้าอก | <input type="checkbox"/> 1. ปกติ <input type="checkbox"/> 2. เบี่ยงเบน <input type="checkbox"/> 3. เจ็บป่วย | 116 117 118 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

| แบบแผนสุขภาพ | คำถาม | คำตอบ | เทียบเกณฑ์ | รหัส |
|----------------------------|---|--|---|---|
| 5. แบบแผนการพักผ่อนนอนหลับ | 5.1 ท่านมีเวลานอนหลับพักผ่อนอย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมงหรือไม่ | <input type="checkbox"/> 1. มี <input type="checkbox"/> 2. ไม่มี เนื่องจาก <input type="checkbox"/> 2.1 ลักษณะงาน <input type="checkbox"/> 2.2 ภาระครอบครัว <input type="checkbox"/> 2.3 สถานที่ไม่อำนวย <input type="checkbox"/> 2.4 อื่น ๆ | <input type="checkbox"/> 1. ปกติ <input type="checkbox"/> 2. เบี่ยงเบน <input type="checkbox"/> 3. เจ็บป่วย | 119 120 121 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | 5.2 กรณีที่มีปัญหาการนอนไม่เพียงพอ ท่านแก้ไขอย่างไร | <input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้แก้ไขใด ๆ <input type="checkbox"/> 2. แก้ไขโดย <input type="checkbox"/> 2.1 กินยานอนหลับ <input type="checkbox"/> 2.2 ทำสมาธิ <input type="checkbox"/> 2.3 ฟังเพลง <input type="checkbox"/> 2.4 ดูโทรทัศน์ <input type="checkbox"/> 2.5 อื่น ๆ | <input type="checkbox"/> 1. ปกติ <input type="checkbox"/> 2. เบี่ยงเบน <input type="checkbox"/> 3. เจ็บป่วย | 121 122 123 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | 5.3 ท่านมีวิธีการพักผ่อนอย่างไร | <input type="checkbox"/> 1. ไม่มี <input type="checkbox"/> 2. มี โดย <input type="checkbox"/> 2.1 ดูภาพยนตร์ <input type="checkbox"/> 2.2 ฟังวิทยุ <input type="checkbox"/> 2.3 อ่านหนังสือ <input type="checkbox"/> 2.4 เย็บเสื้อผ้า <input type="checkbox"/> 2.5 ปลูกต้นไม้ | <input type="checkbox"/> 1. ปกติ <input type="checkbox"/> 2. เบี่ยงเบน <input type="checkbox"/> 3. เจ็บป่วย | 124 125 126 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 6. สติปัญญาและการรับรู้ | 6.1 มีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ความจำของท่านลดลงหรือไม่ | <input type="checkbox"/> 1. ไม่มี <input type="checkbox"/> 2. มี เนื่องจาก <input type="checkbox"/> 2.1 อายุ <input type="checkbox"/> 2.2 ความเจ็บป่วย <input type="checkbox"/> 2.3 ความเครียด <input type="checkbox"/> 2.4 ลักษณะงาน <input type="checkbox"/> 2.5 อื่น ๆ | <input type="checkbox"/> 1. ปกติ <input type="checkbox"/> 2. เบี่ยงเบน <input type="checkbox"/> 3. เจ็บป่วย | 127 128 129 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | 6.2 การมองเห็นของท่านเป็นอย่างไร | <input type="checkbox"/> 1. ปกติดี <input type="checkbox"/> 2. ไม่ปกติ เนื่องจาก <input type="checkbox"/> 2.1 สายตาสั้น <input type="checkbox"/> 2.2 สายตาวาว <input type="checkbox"/> 2.3 อื่น ๆ | <input type="checkbox"/> 1. ปกติ <input type="checkbox"/> 2. เบี่ยงเบน <input type="checkbox"/> 3. เจ็บป่วย | 130 131 132 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

| แบบแผนสุขภาพ | คำถาม | คำตอบ | เทียบเกณฑ์ | รหัส |
|-------------------------------------|---|--|---|---|
| 7. การรับรู้ตนเองและ อัตมโนทัศน์ | 7.1 ท่านมีความมั่นใจ ในบุคลิกภาพของท่าน หรือไม่ | <input type="checkbox"/> 1. มั่นใจ <input type="checkbox"/> 2. ไม่มั่นใจ เนื่องจาก <input type="checkbox"/> 2.1 สุขภาพไม่ดี <input type="checkbox"/> 2.2 รูปร่างไม่สวย <input type="checkbox"/> 2.3 วัย (อายุ) <input type="checkbox"/> 2.4 ลักษณะงานที่ รับผิดชอบ <input type="checkbox"/> 2.5 อื่น ๆ | <input type="checkbox"/> 1. ปกติ <input type="checkbox"/> 2. เบี่ยงเบน <input type="checkbox"/> 3. เจ็บป่วย | 133 134 135 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | 7.2 ท่านรู้สึกท้อถอย กับการทำงานของท่าน หรือไม่ | <input type="checkbox"/> 1. ไม่รู้สึก <input type="checkbox"/> 2. รู้สึก เนื่องจาก <input type="checkbox"/> 2.1 เป็นงานจำเจ <input type="checkbox"/> 2.2 เป็นงานหนัก <input type="checkbox"/> 2.3 ไม่ก้าวหน้า <input type="checkbox"/> 2.4 รายได้น้อย <input type="checkbox"/> 2.5 ทำให้สุขภาพไม่ ค่อยดี <input type="checkbox"/> 2.6 อื่น ๆ | <input type="checkbox"/> 1. ปกติ <input type="checkbox"/> 2. เบี่ยงเบน <input type="checkbox"/> 3. เจ็บป่วย | 136 137 138 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | 7.2 ท่านได้รับการยอมรับ จากผู้ร่วมงานในที่ ทำงานหรือไม่ | <input type="checkbox"/> 1. ได้รับ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ได้รับ เนื่องจาก <input type="checkbox"/> 2.1 ไม่ชอบมีเพื่อน <input type="checkbox"/> 2.2 ไม่มีใครมายอมรับ <input type="checkbox"/> 2.3 เบื่อคนมาก | <input type="checkbox"/> 1. ปกติ <input type="checkbox"/> 2. เบี่ยงเบน <input type="checkbox"/> 3. เจ็บป่วย | 139 140 141 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 8. บทบาทและสัมพันธ ภาพ | 8.1 ท่านพอใจในชีวิต ครอบครัวของตนเอง หรือไม่ | <input type="checkbox"/> 1. พอใจ <input type="checkbox"/> 2. ไม่พอใจ เนื่องจาก <input type="checkbox"/> 2.1 มีเรื่องโต้แย้งกัน <input type="checkbox"/> 2.2 ไม่เคยมีกิจกรรม ร่วมกัน <input type="checkbox"/> 2.3 ไม่มีเวลาให้ ครอบครัว <input type="checkbox"/> 2.4 สมาชิกในครอบครัว ไม่รับผิดชอบ | <input type="checkbox"/> 1. ปกติ <input type="checkbox"/> 2. เบี่ยงเบน <input type="checkbox"/> 3. เจ็บป่วย | 142 143 144 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

| แบบแผนสุขภาพ | คำถาม | คำตอบ | เทียบเกณฑ์ | รหัส |
|-------------------------|--|---|---|---|
| | 8.2 แนวทางการดำเนินชีวิตในครอบครัวของท่านมีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ | <input type="checkbox"/> 1. ไม่มี <input type="checkbox"/> 2. มี เนื่องจาก <input type="checkbox"/> 2.1 ได้รับบาดเจ็บจากการทำงาน <input type="checkbox"/> 2.2 สมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยเรื้อรัง | <input type="checkbox"/> 1. ปกติ <input type="checkbox"/> 2. เบี่ยงเบน <input type="checkbox"/> 3. เจ็บป่วย | 145 146 147 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | 8.3 ท่านได้ร่วมสังสรรค์กับเพื่อนร่วมงานหรือไม่ | <input type="checkbox"/> 1. เข้าร่วมสังสรรค์ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ได้เข้าร่วมสังสรรค์ เนื่องจาก <input type="checkbox"/> 2.1 ขาดจนมาก <input type="checkbox"/> 2.2 การหย่าร้าง <input type="checkbox"/> 2.3 ใช้ภาษาต่างกัน <input type="checkbox"/> 2.4 ไปไหนมาไหนลำบาก | <input type="checkbox"/> 1. ปกติ <input type="checkbox"/> 2. เบี่ยงเบน <input type="checkbox"/> 3. เจ็บป่วย | 148 149 150 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 9. เพศและการเจริญพันธุ์ | 9.1 ประจำเดือนของท่านมาสม่ำเสมอหรือไม่ | <input type="checkbox"/> 1. สม่ำเสมอ <input type="checkbox"/> 2. ไม่สม่ำเสมอ | <input type="checkbox"/> 1. ปกติ <input type="checkbox"/> 2. เบี่ยงเบน <input type="checkbox"/> 3. เจ็บป่วย | 151 152 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | 9.2 ท่านมีปัญหาเรื่องการมีประจำเดือนหรือไม่ | <input type="checkbox"/> 1. มี <input type="checkbox"/> 2. ไม่มี | <input type="checkbox"/> 1. ปกติ <input type="checkbox"/> 2. เบี่ยงเบน <input type="checkbox"/> 3. เจ็บป่วย | 153 154 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | 9.3 ท่านเคยมีเพศสัมพันธ์หรือไม่ | <input type="checkbox"/> 1. ไม่เคย <input type="checkbox"/> 2. เคย | <input type="checkbox"/> 1. ปกติ <input type="checkbox"/> 2. เบี่ยงเบน <input type="checkbox"/> 3. เจ็บป่วย | 155 156 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | 9.4 ท่านรู้จักวิธีคุมกำเนิดหรือไม่ | <input type="checkbox"/> 1. ไม่รู้ <input type="checkbox"/> 2. รู้ ในเรื่อง <input type="checkbox"/> 2.1 การใส่ยาคุมกำเนิด <input type="checkbox"/> 2.2 การฉีดยาคุมกำเนิด <input type="checkbox"/> 2.3 การฝังยาคุมกำเนิด <input type="checkbox"/> 2.4 การนับช่วงระยะปลอดภัย <input type="checkbox"/> 2.5 การใช้ถุงยางอนามัย | <input type="checkbox"/> 1. ปกติ <input type="checkbox"/> 2. เบี่ยงเบน <input type="checkbox"/> 3. เจ็บป่วย | 157 158 159 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

| แบบแผนสุขภาพ | คำถาม | คำตอบ | เทียบเกณฑ์ | รหัส |
|---|---|---|---|---|
| | 9.5 ท่านมีปัญหาทางเพศสัมพันธ์หรือไม่ | <input type="checkbox"/> 1. ไม่มี <input type="checkbox"/> 2. มี เนื่องจาก <input type="checkbox"/> 2.1 มีน้ำหล่อลื่นในช่องคลอดลดลง <input type="checkbox"/> 2.2 การขาดเจ็บของกล้ามเนื้อ <input type="checkbox"/> 2.3 กลัวการติดเชื้อจากสามี <input type="checkbox"/> 2.4 กลัวการตั้งครรภ์ | <input type="checkbox"/> 1. ปกติ <input type="checkbox"/> 2. เบี่ยงเบน <input type="checkbox"/> 3. เจ็บป่วย | 160 161 162 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 10. การปรับตัวและความทนทานต่อความเครียด | 10.1 ท่านมีปัญหาทางการเงินหรือไม่ | <input type="checkbox"/> 1. ไม่มี <input type="checkbox"/> 2. มี | <input type="checkbox"/> 1. ปกติ <input type="checkbox"/> 2. เบี่ยงเบน <input type="checkbox"/> 3. เจ็บป่วย | 163 164 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | 10.2 ท่านมีปัญหาในการทำงานหรือไม่ | <input type="checkbox"/> 1. ไม่มี <input type="checkbox"/> 2. มี | <input type="checkbox"/> 1. ปกติ <input type="checkbox"/> 2. เบี่ยงเบน <input type="checkbox"/> 3. เจ็บป่วย | 165 166 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | 10.3 ท่านรู้สึกกลัวหรือวิตกกังวลต่องานที่ทำอยู่ในปัจจุบันหรือไม่ | <input type="checkbox"/> 1. ไม่รู้สึก <input type="checkbox"/> 2. รู้สึก เพราะ <input type="checkbox"/> 2.1 กลัวว่าตนเองอาจได้รับบาดเจ็บ <input type="checkbox"/> 2.2 กลัวว่าจะได้รับสิ่งแปลกปลอมสะสมในร่างกาย <input type="checkbox"/> 2.3 กลัวว่าคนอื่นจะมองดูถูกตนเอง <input type="checkbox"/> 2.4 กลัวว่าจะไม่มีความมั่นคงในการทำงาน | <input type="checkbox"/> 1. ปกติ <input type="checkbox"/> 2. เบี่ยงเบน <input type="checkbox"/> 3. เจ็บป่วย | 167 168 169 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | 10.4 ในกรณีที่ท่านไม่สบายใจหรือเครียด ท่านมีวิธีการปรับตัวอย่างไร | <input type="checkbox"/> 1. ไม่มี <input type="checkbox"/> 2. มี โดย <input type="checkbox"/> 2.1 ดูโทรทัศน์ <input type="checkbox"/> 2.2 ฟังวิทยุ <input type="checkbox"/> 2.3 อ่านหนังสือ <input type="checkbox"/> 2.4 ทำสมาธิ <input type="checkbox"/> 2.5 คุยกับเพื่อน <input type="checkbox"/> 2.6 ดื่มเหล้า <input type="checkbox"/> 2.7 อื่น ๆ | <input type="checkbox"/> 1. ปกติ <input type="checkbox"/> 2. เบี่ยงเบน <input type="checkbox"/> 3. เจ็บป่วย | 170 171 172 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

| แบบแผนสุขภาพ | คำถาม | คำตอบ | เทียบเกณฑ์ | รหัส |
|------------------------|--|---|---|--|
| 11. คุณค่าและความเชื่อ | 11.1 ท่านเชื่อในบาปบุญหรือไม่ | <input checked="" type="checkbox"/> 1. เชื่อ <input type="checkbox"/> 2. ไม่เชื่อ | <input type="checkbox"/> 1. เข้าเกณฑ์ <input type="checkbox"/> 2. ไม่เข้าเกณฑ์ | 173 174 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | 11.2 ท่านมีความเชื่อ ยึดมั่นในศาสนาหรือไม่ | <input type="checkbox"/> 1. เชื่อ <input type="checkbox"/> 2. ไม่เชื่อ | <input type="checkbox"/> 1. เข้าเกณฑ์ <input type="checkbox"/> 2. ไม่เข้าเกณฑ์ | 175 176 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | 11.3 ท่านเคยประกอบ พิธีกรรมทางศาสนา เช่น ไหว้พระ ทำละหมาดหรือไม่ | <input type="checkbox"/> 1. ทำ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ทำ เนื่องจาก <input type="checkbox"/> 2.1 ไม่เชื่อว่าศาสนาจะ ช่วยสุขภาพตนเองดีขึ้นได้ <input type="checkbox"/> 2.2 ไม่ยึดสิ่งยึดเหนี่ยวทางใจ | <input type="checkbox"/> 1. เข้าเกณฑ์ <input type="checkbox"/> 2. ไม่เข้าเกณฑ์ | 177 178 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |