

บทที่ 2

ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและเอกสารอ้างอิง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เสนอแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยหัวข้อดังนี้

- แนวคิดเกี่ยวกับแรงงานที่รับงานมาทำที่บ้าน
- นโยบายรัฐกับแรงงานที่รับงานมาทำที่บ้าน
- แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ
- ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพสุขภาพ
- งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- กรอบแนวคิดในการวิจัย

แนวคิดเกี่ยวกับแรงงานที่รับงานมาทำที่บ้าน

ความหมายของแรงงานที่รับงานมาทำที่บ้าน

องค์การแรงงานระหว่างประเทศ (ILO) ได้ให้ความหมายของ ผู้รับงานมาทำที่บ้าน หมายถึง บุคคลอายุ 13 ปีขึ้นไปที่รับงานมาดำเนินการ โดยต้องมีลักษณะการทำงานที่สำคัญคือ

- 1) สถานที่ทำงานเป็นสถานที่ใดก็ได้ที่มีใช้สถานประกอบการของผู้ว่าจ้าง
- 2) ไม่ได้ผลิตหรือประกอบสินค้าขึ้นเพื่อขาย ต้องส่งคืนผู้ว่าจ้าง
- 3) มีการตกลงค่าตอบแทนกับผู้ว่าจ้าง ซึ่งอาจเป็นค่าตอบแทนที่ผู้ว่าจ้างเป็นผู้กำหนดเอง หรือผู้รับงานมาทำเป็นผู้กำหนด หรือทั้งสองฝ่ายตกลงร่วมกัน
- 4) ต้องทำงานให้ได้ตามที่ผู้ว่าจ้างกำหนด

สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2543) ได้ให้ความหมายของ การรับงานมาทำที่บ้าน ว่าเป็นงานที่ทำโดยบุคคลซึ่งรับงานมาทำนอกสถานที่ประกอบกิจการของผู้ว่าจ้าง ส่วนใหญ่จะเป็นที่บ้านหรือบริเวณบ้าน การรับงานมาทำที่บ้านเกิดจากการที่ผู้ประกอบการได้ส่งงานของตนให้แก่ผู้รับงานมาทำที่บ้านและเมื่อทำงานเสร็จทั้งหมดหรือบางส่วนแล้วจะส่งคืนงานให้แก่ผู้ว่าจ้าง โดยผู้รับงานจะได้รับค่าตอบแทนตามผลงาน การจ้างงานในลักษณะดังกล่าวมีการปฏิบัติกันในประเทศไทยมานานแล้ว และมีแนวโน้มว่าจะมากขึ้นเรื่อย ๆ ในปัจจุบัน ผู้ว่าจ้างมักอยู่ในเมือง ขณะที่ผู้รับงานส่วนใหญ่เป็นแรงงานสตรี ร้อยละ 80.3 (สุสันทนา ยิ้มแย้ม, 2543, น.7) ที่กระจายอยู่ทั่วไปทั้งในเมืองและในชนบท

โดยสรุปแล้ว แรงงานที่รับงานมาทำที่บ้าน หมายถึง แรงงานทำงานอยู่กับบ้าน โดยทำงานให้กับผู้ว่าจ้างงานหรือผู้ที่มาติดต่อสั่งทำด้วยตนเองหรือด้วยความช่วยเหลือของสมาชิกในครัวเรือนหรือกลุ่ม โดยได้รับค่าจ้างตามผลงาน และมีสภาพที่ทำงานอยู่ที่บ้านของตนเองหรือของกลุ่มในหมู่บ้าน

ลักษณะของผู้รับงานมาทำที่บ้าน

สำหรับประเทศไทยนั้น ลักษณะการรับงานมาทำที่บ้าน อาจแบ่งตามแหล่งการทำงานได้ดังนี้ (ศูนย์ศึกษาและพัฒนาผู้รับงานไปทำที่บ้าน,2542)

1. การรับงานมาทำที่บ้านในชนบท มักมีผู้ประกอบการในเมืองหรือตัวแทนในท้องถิ่นเป็นผู้ว่าจ้าง ส่วนผู้รับงานมาทำที่บ้าน คือ คริวเรือนในหมู่บ้าน หรือบางกรณีจะผ่านกลุ่มผู้ผลิต
2. การรับงานมาทำที่บ้านในเมือง มักจะเกี่ยวข้องกับผู้ประกอบการหลายขนาด และหลายพื้นที่ อาจจะผ่านผู้ประกอบการขนาดใหญ่หรือขนาดเล็ก หรือตัวแทน ผู้รับงานอาจเป็นคริวเรือนหรือเจ้าของกิจการขนาดเล็ก หรืออาจเป็นผู้ทำงานให้กับผู้รับช่วงเหมางานอีกทอดหนึ่ง
3. การรับงานมาทำที่บ้านที่ฟาร์มของเกษตรกร เกิดจากธุรกิจการเกษตรขนาดใหญ่ว่าจ้างให้เกษตรกรหรือกลุ่มเกษตรกรได้ทำการผลิตสินค้าเกษตรให้ เรียกว่า การเกษตรแบบพันธสัญญา (contract farming) ซึ่งมีผู้เกี่ยวข้อง 3 กลุ่มใหญ่ คือ กิจการธุรกิจการเกษตรขนาดใหญ่ซึ่งทำธุรกิจเกษตรครบวงจร ตัวแทนหรือพ่อค้าคนกลางและเกษตรกรซึ่งอาจเป็นผู้ผลิตอิสระหรือกลุ่มเกษตรกร

ประเภทของการรับงานมาทำที่บ้าน

สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2543) ได้แบ่งประเภทของกิจกรรมที่ผู้รับงานมาทำที่บ้าน ซึ่งอยู่ในเศรษฐกิจนอกระบบ แบ่งออกเป็น 6 ประเภท ดังนี้ เกษตรกรรม หัตถอุตสาหกรรม พาณิชยกรรม ก่อสร้าง การบริการ และขนส่งคมนาคม โดยงานประเภทอุตสาหกรรม หัตถกรรม เป็นงานที่นิยมรับมาทำที่บ้านมากที่สุดถึง 297,567 คน คิดเป็นร้อยละ 95.4 ของผู้รับงาน เมื่อพิจารณาตามภูมิภาค พบว่ามีรูปแบบที่คล้ายคลึงกันทุกภาค คือ ส่วนใหญ่เป็นงานประเภทอุตสาหกรรม หัตถกรรม และมีอาชีพเป็นช่างหรือผู้ปฏิบัติงานในกระบวนการผลิตที่ผลิตสินค้าประเภทเสื้อผ้า และเครื่องใช้ที่ทำด้วยผ้า ยกเว้นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่ส่วนใหญ่เป็นช่างหรือผู้ปฏิบัติงานในกระบวนการผลิต ผ้า ผ้าย ด้าย เส้นใยสิ่งทอต่าง ๆ นอกจากนี้ การผลิตสินค้าประเภทเสื้อผ้าเครื่องใช้ที่ทำด้วยผ้าเป็นการผลิตที่มีการรับช่วงการผลิตมากที่สุดในประเทศไทย(สำนักงานสถิติแห่งชาติ,2543)

ประดิษฐ์ ชาสมบัติ (2542) ได้แบ่งประเภทงานอุตสาหกรรมการผลิตที่มักพบว่ามีการรับเหมาช่วงหรือรับมาทำที่บ้านไว้ ดังนี้

- 1) **ผลิตภัณฑ์อาหาร เครื่องดื่ม และยาสูบ** ส่วนใหญ่เป็นการแปรรูปอาหารประเภทผักและผลไม้ การแปรรูปหน่อไม้ดอง การแปรรูปอาหารทะเล การทำขนม การทำอาหาร การสีข้าวซ้อมมือ การทำปลาร้า การปอกและบรรจุหัวกระเทียม การทำพริกแกง การผลิตและบรรจุชาใบหม่อน การกะเทาะเปลือกเมล็ดมะม่วงหิมพานต์ การรับจ้างผลิตเมล็ดแตงโมในลักษณะการทำเกษตรแบบมีสัญญา

ผูกพัน (contract farming) การรับงานประเภทเหล่านี้มาทำที่บ้านพบมากในท้องที่มีวัตถุดิบอยู่ในท้องถื่น เช่น ในจังหวัดเชียงใหม่ สกลนคร และบุรีรัมย์ ส่วนการรับประกอบผลิตภัณฑ์อาหารสุนัขและการเลี้ยงลูกชิ้นมักพบอยู่ในเมือง

2) **ผลิตภัณฑ์เสื้อผ้าสำเร็จรูป** การสำรวจพบว่ามีการรับจ้างเย็บชุดและชิ้นส่วนของเครื่องแต่งกายทั้งชาย หญิงและเด็กหลายชนิด หลายขนาด เช่น เสื้อ กางเกงยีน กางเกงนักเรียน กระโปรง ชุดกีฬา และชุดชุดแต่งกาย เป็นต้น การรับงานมาทำที่บ้านในอุตสาหกรรมประเภทนี้พบเห็นแทบทุกจังหวัดที่ทำการสำรวจศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับรายงานการจดนับสถานประกอบการอุตสาหกรรมและธุรกิจ พ.ศ. 2539 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2541) โดยส่วนใหญ่ผู้ว่าจ้างจะเป็นผู้ประกอบการในเมือง ซึ่งจะทำการส่งวัตถุดิบ เช่น ผ้าและรูปแบบไปให้ครัวเรือนเป็นผู้ทำการผลิตหรือประกอบ เป็นต้น อุตสาหกรรมประเภทนี้มักใช้ผ้าหรือวัตถุดิบจากโรงงาน จึงทำให้ผลิตภัณฑ์ขยายตัวไปจังหวัดต่าง ๆ ค่อนข้างมาก และพบเห็นในหลายจังหวัด เช่น ที่เกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี ผู้รับงานมาทำที่บ้านตัดเย็บเสื้อกางเกงและชุดสูท สำหรับตลาดนักท่องเที่ยวมักเป็นเสื้อผ้าที่มีคุณภาพและมาตรฐานตามที่นักท่องเที่ยวต้องการ

3) **ผลิตภัณฑ์รองเท้า** ผู้รับงานมาทำที่บ้านได้รับงานจากผู้ประกอบการในกรุงเทพฯและจากโรงงานทำรองเท้าในต่างจังหวัด โดยผู้รับงานมาทำที่บ้านบางรายเป็นผู้เคยทำงานในโรงงานมาก่อน มีความชำนาญสามารถออกแบบและตัดเย็บรองเท้าได้ พบว่ามีการตัดเย็บรองเท้าหนังแท้และหนังเทียม รองเท้ายาง และรองเท้าจักสานจากเส้นใยและผักตบชวา การรับงานในอุตสาหกรรมประเภทนี้พบมากในกรุงเทพมหานคร จังหวัดในภาคกลาง และบางจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีโรงงานประเภทนี้ดำเนินการอยู่ เช่น บุรีรัมย์ และสุรินทร์

4) **ผลิตภัณฑ์สิ่งทอและผลิตภัณฑ์จากผ้า** เป็นการรับงานมาทำที่บ้านโดยรับจ้างทอผ้าฝ้ายและทำผลิตภัณฑ์จากผ้าและเส้นใย เช่น ทำตุ๊กตาผ้า พรมเช็ดเท้า การดักและปักลายผ้า ผลิตภัณฑ์จากเชือกฟาง และเย็บกระเป๋า เป็นต้น ผลิตภัณฑ์ประเภทนี้พบมากในทุกภาค ทั้งภาคกลาง ภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยผลิตภัณฑ์ที่ใช้มีทั้งวัตถุดิบจากโรงงานและวัตถุดิบในท้องถื่น

5) **ผลิตภัณฑ์จากไม้และเครื่องเรือน** เป็นการรับงานมาทำที่บ้านที่พบค่อนข้างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในชนบทที่มีวัตถุดิบและแรงงานในท้องถื่น เช่น การทำเครื่องเรือนและเฟอร์นิเจอร์จากไม้ โต๊ะ เก้าอี้ ตู้ เตียง การแกะสลักไม้ เครื่องเซิน พบว่า มีการรับงานประเภทการทำกรอบรูป การตกแต่งเครื่องประดับบ้าน การทำไม้ปิ้งไก่ ไม้เสียบลูกชิ้น ไม้ก้านธูป ไม้จิ้มฟัน เป็นต้น ผลิตภัณฑ์ดังกล่าวพบในหลายจังหวัด เช่น จังหวัดอ่างทอง บุรีรัมย์ และเชียงใหม่

6) **ผลิตภัณฑ์จากกระดาษและดอกไม้ประดิษฐ์** พบว่ามีการผลิตและประกอบดอกไม้ประดิษฐ์จากวัตถุดิบต่าง ๆ เช่น กระดาษ พลาสติก เส้นใย ดินเหนียว ผ้า และผลิตภัณฑ์จากกระดาษสา ดอกไม้จันทน์ กระดาษไหว้เจ้า และการทำพัดกระดาษ เป็นต้น ผลิตภัณฑ์ประเภทนี้พบ

มากเป็นอันดับสองรองจากอุตสาหกรรมตัดเย็บเสื้อผ้าสำเร็จรูป โดยพบในทุกภาคของประเทศ และในหลาย ๆ จังหวัด มีการรับงานประเภทนี้ไปทำโดยครัวเรือนในหมู่บ้านที่อยู่ห่างไกลจากตัวเมือง แต่มีถนนเข้าถึง เช่น ในพื้นที่เขตกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล อ่างทอง ราชบุรี สุรินทร์ บุรีรัมย์ ขอนแก่น สกลนคร เชียงใหม่ และพิจิตร เป็นต้น

7) *ผลิตภัณฑ์พลาสติกและเส้นใย* พบว่ามีการรับแหวนจากโรงงานในจังหวัดขอนแก่นและจังหวัดร้อยเอ็ดไปประกอบชิ้นส่วนโดยครัวเรือนในหมู่บ้าน และในบางหมู่บ้านทางโรงงานได้จัดสร้างอาคารขึ้นในหมู่บ้าน เพื่อให้ผู้รับงานในหมู่บ้านมาทำงานในสถานที่อาคารซึ่งทางโรงงานได้จัดสร้างไว้ นอกจากนั้นยังพบว่ามีการทอเสื้อจากเส้นใยพลาสติก ซึ่งเมื่อก่อนเป็นการทอเสือกก แต่ปัจจุบันหันมาใช้เส้นใยพลาสติกแทนเสือกกมากขึ้น มีการทำหมวกจากเส้นใยพลาสติก เป็นต้น การรับงานมาทำที่บ้านในอุตสาหกรรมประเภทนี้พบในหลายจังหวัดและพบมากเป็นอันดับสามรองจากอุตสาหกรรมตัดเย็บเสื้อผ้า และดอกไม้ประดิษฐ์โดยพบมากที่จังหวัดขอนแก่น และหลายจังหวัดในภาคกลาง

8) *ผลิตภัณฑ์ข้อโลหะ* พบว่า การทำตุ๊กตาชาววัง การทำหมวกกระเบื้อง และการทำเตาและวงเตา ซึ่งผลิตภัณฑ์เหล่านี้ใช้วัตถุดิบในท้องถิ่น พบเห็นในบางจังหวัด เช่น อ่างทอง และร้อยเอ็ด

9) *ผลิตภัณฑ์โลหะ* การทำผลิตภัณฑ์จากโลหะที่พบ เช่น การหล่อโลหะ การทำชิ้นล้อม และของชำร่วยจากโลหะ เป็นต้น ผลิตภัณฑ์เหล่านี้มักจะต้องใช้ฝีมือและความชำนาญเฉพาะ พบเห็นไม่มากนัก เช่น ในเขตกรุงเทพมหานคร ร้อยเอ็ด เป็นต้น อุตสาหกรรมประเภทนี้มีการทำกันในบางจังหวัด เช่น สุพรรณบุรี กาญจนบุรี เป็นต้น

10) *ผลิตภัณฑ์ที่ใช้ไฟฟ้า* พบว่ามีการทำไฟกระพริบและไฟประดับในบางพื้นที่ เช่น สกลนคร และ พิจิตร เป็นต้น โดยผู้ประกอบการในเมืองจะส่งงานพร้อมทั้งวัสดุจำเป็นให้ผู้รับงานมาทำที่บ้าน

11) *ผลิตภัณฑ์เครื่องเงินลายไทยและเจียรไนพลอย* พบว่า มีการทำเครื่องเงินและเจียรไนพลอยในบางพื้นที่ เช่น จังหวัดอุบลราชธานี เชียงใหม่ และกรุงเทพมหานคร นอกจากนี้ ยังพบว่ามีการรับงานมาทำที่บ้านในอุตสาหกรรมเจียรไนพลอยในจังหวัดกาญจนบุรี และการเจียรไนพลอยเทียมในหลายจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

12) *ผลิตภัณฑ์ของอุตสาหกรรมอื่น ๆ* พบว่ามีการรับผลิตภัณฑ์บางประเภทเพื่อนำมาบรรจุกล่อง เช่น แท่งสีน้ำมัน และการร้อยลูกปัด โดยผู้ประกอบการในเมืองจะส่งงานไปให้ครัวเรือนในหมู่บ้านเป็นผู้บรรจุเข้ากล่อง โดยพบเห็นในจังหวัดสุพรรณบุรี และการร้อยลูกปัดที่จังหวัดร้อยเอ็ด นอกจากนี้ยังมีการทำวิกผมหรือเส้นผมเทียมที่จังหวัดบุรีรัมย์

จะเห็นได้ว่าแรงงานนอกระบบที่พบในประเทศไทย ส่วนใหญ่เป็นแรงงานในภาคอุตสาหกรรมที่มีการถ่ายโอนมาจากแรงงานในภาคเศรษฐกิจที่เป็นทางการหรือเป็นระบบนั่นเอง ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายรัฐที่มุ่งกระจายแรงงานจากในเมืองสู่ชนบท จากอุตสาหกรรมใหญ่สู่อุตสาหกรรมเล็ก

ปัญหาสุขภาพของแรงงานสตรีที่รับงานมาทำที่บ้าน

ได้มีการศึกษาปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นกับแรงงานสตรีที่รับงานมาทำที่บ้าน พบว่า ประสบปัญหาต่าง ๆ หลายประการ (สุกาญญา กลิ่นถือศีล, 2543) ดังนี้

ประการที่ 1 ความไม่ปลอดภัยจากการทำงาน เนื่องจากแรงงานที่รับงานมาทำที่บ้านไม่ได้รับสวัสดิการหรือการคุ้มครองทางกฎหมาย ทำให้แรงงานเหล่านี้ถูกเอารัดเอาเปรียบ มีสภาพความเป็นอยู่ รายได้ระดับต่ำกว่าอัตราค่าจ้างแรงงานขั้นต่ำ ถ้าแรงงานสตรีเหล่านี้เกิดประสบอันตราย หรือเกิดความเจ็บป่วยจากการทำงานจะต้องช่วยเหลือตนเอง เพราะไม่มีสวัสดิการทางสังคม สำหรับปัญหาความไม่ปลอดภัยจากการทำงานของผู้รับงานมาทำที่บ้านเป็นปัญหาที่ได้รับความสนใจมากในปัจจุบัน เพราะเป็นปัญหาที่เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย และความปลอดภัยในชีวิตของผู้รับงานมาทำที่บ้าน ซึ่งจะส่งผลในระยะยาวที่รัฐบาลจะต้องรับภาระเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของประชากรกลุ่มนี้

ประการที่ 2 สภาวะอนามัย นับว่าเป็นปัญหาที่สำคัญ เนื่องจากเป็นปัญหาที่ไม่เห็นผลอันตรายถึงชีวิตในทันทีทันใด แต่จะทำให้เกิดผลกระทบทางร่างกายในระยะยาวและอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ ลักษณะอาการของปัญหาสุขภาพ เป็นผลมาจากการทำงานที่เรียกว่า เป็นการทำร้ายตนเอง ต้องทำงานอย่างเร่งรัด ทำงานในท่าเดียนาน ๆ และใช้เวลายาวนานขึ้นเพื่อเพิ่มผลผลิตจากการทำงานแทนการได้รับค่าจ้างล่วงเวลา และค่าทำงานในวันหยุด ปัญหาสุขภาพอนามัยที่พบมากที่สุดคือ อาการปวดหลัง ปวดเมื่อยร่างกาย นอกจากนี้ยังมีอาการอื่น ๆ อีก เช่น ปวดหัว ปวดตา เป็นต้น รวมทั้ง ปัญหาการติดยาที่มีส่วนผสมของยาแก้ปวดและคาเฟอีน และอีกส่วนหนึ่งของปัญหาสุขภาพของสตรีที่รับงานมาทำที่บ้าน คือ การไม่ใช้หรือสวมเครื่องป้องกันอันตราย ทั้งนี้เพราะความรู้และไม่ตระหนักเกี่ยวกับสภาพการทำงานที่ไม่เหมาะสม

นโยบายรัฐกับแรงงานที่รับงานมาทำที่บ้าน

จากบทบาทสำคัญของแรงงานที่รับงานมาทำที่บ้านต่อการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงเศรษฐกิจและสังคมไทยดังที่กล่าวมาแล้ว ด้วยเหตุนี้รัฐบาลจึงให้ความสนใจและเห็นความสำคัญของการจ้างงานในภาคเศรษฐกิจนอกระบบ และได้มีแนวนโยบายในการพัฒนาและส่งเสริมแรงงานที่รับงานมาทำที่บ้าน ซึ่งบรรจุไว้ในในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ โดยเฉพาะเริ่มมีนโยบายที่ชัดเจนขึ้นตั้งแต่ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530-2534) เป็นต้นมา จนถึงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) ในที่นี้จะกล่าวเฉพาะส่วนที่มี

ความเกี่ยวข้องกับแรงงานที่รับงานมาทำที่บ้าน ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ.2545-2549) ดังนี้คือ

ข้อ 1.3 การส่งเสริมและสนับสนุนการขยายระบบประกันสังคมและการพัฒนาประสิทธิภาพการให้บริการประกันสังคม

ข้อ 1) เร่งรัดการขยายขอบข่ายการประกันสังคม เพื่อให้การคุ้มครองกรณีชราภาพ และสงเคราะห์บุตรและสนับสนุนให้มีการขยายขอบเขตการคุ้มครองประกันสังคมให้ครอบคลุมสถานประกอบการที่มีลูกจ้างต่ำกว่า 10 คน รวมทั้งหาแนวทางในการขยายขอบเขตการคุ้มครองไปสู่แรงงานที่รับงานมาทำที่บ้านด้วย

ข้อ 2) การปรับปรุงประสิทธิภาพการคุ้มครองแรงงาน ความปลอดภัยในการทำงาน และระบบแรงงานสัมพันธ์โดย

ข้อ 2.1 การเร่งรัดและขยายการดำเนินงานคุ้มครองแรงงาน

ข้อ 1)ปรับปรุงแก้ไขกฎหมาย และระเบียบข้อบังคับเกี่ยวกับการคุ้มครองแรงงานให้มีขอบเขตการคุ้มครองที่กว้างขวางขึ้น รวมทั้งการพิจารณาขยายขอบเขตการให้การคุ้มครองในเรื่องการตอบแทนสภาพการจ้าง สภาพการทำงาน สิทธิประโยชน์ สวัสดิการ ความปลอดภัยในการทำงาน และการประกันสังคมให้ครอบคลุมถึงแรงงานในสาขาอกระบบ โดยเฉพาะลูกจ้างภาคเกษตร ผู้รับเหมาช่วงงาน และผู้รับงานมาทำที่บ้าน

ข้อ 8)สนับสนุนให้มีการรวมกลุ่ม หรือมีการจัดตั้งเป็นองค์กรนิติบุคคลของผู้รับงานมาทำที่บ้าน โดยรัฐให้การสนับสนุนการพัฒนาองค์กรและเครือข่ายให้มีความเข้มแข็ง รวมทั้งให้มีการจัดทำทะเบียนผู้รับงานมาทำที่บ้าน เพื่อให้ได้รับการคุ้มครองดูแลจากรัฐอย่างทั่วถึง

ข้อ 9) ส่งเสริมให้มีหน่วยงานของรัฐที่รับผิดชอบ ในการให้การส่งเสริมพัฒนา และคุ้มครองผู้รับงานมาทำที่บ้านโดยตรง รวมทั้งการสร้างเครือข่ายการประสานงานระหว่างหน่วยงาน และองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการรับงานมาทำที่บ้านให้มีการเชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ สนับสนุนให้มีการพัฒนาความรู้ทางการตลาด การบริหารจัดการของผู้รับงานมาทำที่บ้าน รวมถึงกฎหมายสำหรับกลุ่มผู้รับงานมาทำที่บ้าน เพื่อเป็นกรยกระดับความเป็นอยู่ รายได้ของผู้รับงานมาทำที่บ้านให้ดีขึ้น และเพื่อสร้างความมั่นคงความเข้มแข็งให้กับผู้รับงานมาทำที่บ้านอันจะนำไปสู่การเป็นผู้ประกอบการต่อไป

ข้อ 2.2 การพัฒนาระบบความปลอดภัยและพัฒนาสภาพแวดล้อมในการทำงาน

ข้อ 1) พิจารณาปรับปรุงกฎหมายเกี่ยวกับการคุ้มครองแรงงาน โดยเฉพาะในด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน ทั้งนี้โดยพิจารณาให้ครอบคลุมถึงแรงงานภาคเกษตรและแรงงานที่รับงานมาทำที่บ้านด้วย

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

เพนเดอร์ เป็นศาสตราจารย์ทางการแพทย์ชาวอเมริกัน ที่สนใจและศึกษาค้นคว้าวิจัยในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพอย่างกว้างขวางลึกซึ้ง จนสามารถสร้างทฤษฎีที่แสดงถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ในการทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เพนเดอร์ (Pender, 1996 ,p. 22) มีความเชื่อว่า

1. การให้ความหมายเกี่ยวกับสุขภาพจะต้องบูรณาการทั้งทัศนคติของผู้ใช้บริการและเจ้าหน้าที่สุขภาพเข้าด้วยกัน เพราะการให้ความหมายจากทัศนคติที่แตกต่างกันระหว่างเจ้าหน้าที่สุขภาพ กับประชาชนทั่วไปจะไม่สามารถทำให้บรรลุถึงซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีได้
2. สุขภาพเป็นการแสดงออกถึงรูปแบบของปฏิสัมพันธ์ระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อม ที่เพิ่มความซับซ้อนขึ้นตามระยะพัฒนาการของชีวิต
3. รูปแบบที่แสดงออกถึงสุขภาพของมนุษย์มีทั้งที่สังเกตได้โดยตรงและสังเกตไม่ได้ แต่ได้จากคำบอกเล่าของบุคคลนั้น ๆ

จากความเชื่อดังกล่าว เพนเดอร์ ได้ให้ความหมายเกี่ยวกับสุขภาพดังนี้

สุขภาพ หมายถึง การบรรลุถึงซึ่งการใช้ศักยภาพของบุคคลที่ติดตัวมาแต่กำเนิด และที่ได้รับการพัฒนา ซึ่งบุคคลจะบรรลุภาวะนี้ได้ จากการปฏิบัติพฤติกรรมที่มีเป้าหมาย การใช้ความสามารถในการดูแลตนเอง และมีความพึงพอใจในสัมพันธภาพกับบุคคลรอบข้าง ในขณะที่เดียวกันมีการปรับตัวตามความจำเป็น เพื่อรักษาความมั่นคงของโครงสร้าง และความสอดคล้องกลมกลืนกับสิ่งแวดล้อมที่มีความสำคัญกับตนเอง (Pender, 1996 ,น.22)

จะเห็นว่า ความหมายของสุขภาพของเพนเดอร์นั้นมีความเป็นนามธรรมสูงมาก อย่างไรก็ตามเพนเดอร์เชื่อว่า การแสดงออกของภาวะสุขภาพมีทั้งทางด้านพฤติกรรมและอารมณ์ ซึ่งประกอบด้วยมิติหลัก 5 มิติ คือ อารมณ์ เจตคติ กิจกรรม ความใฝ่ฝัน และความสำเร็จในชีวิต ดังรายละเอียดในแต่ละมิติ ดังนี้

1. มิติทางด้านอารมณ์ เป็นประสบการณ์เชิงจิตวิสัยของบุคคล คือ รู้สึกสงบ กลมกลืนกับสิ่งแวดล้อม มีชีวิตชีวา และไวต่อความรู้สึกของตนเองและผู้อื่น
2. มิติทางด้านเจตคติ ซึ่งพัฒนาจากประสบการณ์และการคิดอย่างมีเหตุผล ได้แก่ การมองโลกในแง่ดีไม่ว่าจะมีปัญหาอะไรเกิดขึ้นทุกอย่างก็จะคลี่คลายลงไปได้ ซึ่งจะทำให้บุคคลมีพัฒนาการแม้ในภาวะยากลำบาก
3. ด้านกิจกรรม ซึ่งสะท้อนถึงแบบแผนการใช้พลังงานอย่างเหมาะสม ในสภาวะแวดล้อมและสถานการณ์ต่าง ๆ ได้แก่

3.1 การมีวิถีชีวิตที่ดี คือ

- (1) รับประทานอาหารดี
- (2) ออกกำลังกายสม่ำเสมอ
- (3) รู้จักจัดการกับความเครียด
- (4) พักผ่อนอย่างเพียงพอ
- (5) หลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด
- (6) รู้จักแสวงหาและใช้ข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพให้เป็นประโยชน์
- (7) ฝ้าดูแลระวางสุขภาพ
- (8) มีทักษะชีวิตที่ดี
- (9) รักษาสิ่งแวดล้อมที่เกื้อกูลต่อสุขภาพ

3.2 ทำงานอย่างมีเป้าหมาย โดยรู้จักวางเป้าหมายที่เป็นจริง มีความคิดริเริ่ม ปรับปรุงและเปลี่ยนแปลงเพื่อพัฒนางาน พัฒนาตนเอง รู้จักท้าทายกับงานใหม่ ๆ รับผิดชอบตนเอง รู้จักประสานความร่วมมือกับผู้ร่วมงาน และมีความพึงพอใจในผลงานที่ได้กระทำ

3.3 เล่นอย่างสนุกสนาน หมายถึง การมีงานอดิเรกที่มีความหมาย หาสิ่งอื่นที่แปลกใหม่กระทำ เพื่อช่วยให้เกิดความกระปรี้กระเปร่า และใช้เวลาว่างอย่างเพลิดเพลิน

4. มีความใฝ่ฝันในชีวิต และใช้ศักยภาพของตนเองอย่างเต็มที่ เพื่อให้เป็นไปตามที่ใฝ่ฝันไว้ รวมทั้งมีส่วนร่วมทำประโยชน์ให้กับสังคม สร้างสังคมและสิ่งแวดล้อมเพื่อชนรุ่นหลัง

5. ประสบความสำเร็จ หมายถึงสิ่งที่ได้จากการดำรงชีวิตที่ดี คือมีความสุขอย่างแท้จริง มีความคิดสร้างสรรค์ มีความเข้าใจในธรรมชาติของชีวิตและสามารถละความเห็นแก่ตัว

เพนเดอร์ ได้มีการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ ในปี ค.ศ. 1982 (Pender & Pender, 1987) โดยเพนเดอร์ ได้กล่าวถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพว่าเป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อยกระดับความเป็นอยู่ที่ดีโดยส่วนรวมและการมีศักยภาพที่ถูกต้องสมบูรณ์ของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม และกล่าวถึงมโนทัศน์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งสามารถจัดกลุ่มได้ดังนี้

1. ประสบการณ์และลักษณะส่วนบุคคล (individual characteristic and experience) มโนทัศน์หรือปัจจัยในกลุ่มนี้ ได้แก่

1.1 พฤติกรรมที่สัมพันธ์กันที่เคยเกิดขึ้นในอดีต (prior related behavior) การที่เคยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมาก่อน ทำให้สามารถเกิดพฤติกรรมที่คล้ายๆกันอีกได้ ทั้งนี้อาจเป็นผลที่เกิดขึ้นในทางบวกต่อการมีพฤติกรรมนั้นๆ หรือจากการกระทำพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จทำให้เกิดอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยผ่านการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้อุปสรรคต่อการกระทำ และการรับรู้สมรรถนะของตน

1.2 ปัจจัยส่วนบุคคล (personal factors) ประกอบด้วย 3 ปัจจัย ได้แก่

1.2.1 ปัจจัยทางร่างกาย เช่น อายุ เพศ ดัชนีมวลกาย สถานภาพสมรส ประวัติการหมัดประจำเดือน ความสามารถในการใช้ออกซิเจน ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ หรือการทรงตัว เป็นต้น

1.2.2 ปัจจัยทางจิตใจ เช่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แรงจูงใจในตนเอง ความสามารถส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และคำจำกัดความของสุขภาพ เป็นต้น

1.2.3 ปัจจัยทางสังคม-วัฒนธรรม ได้แก่ เชื้อชาติ ศาสนา ภูมิฐานะ ระดับการศึกษา และเศรษฐกิจ เป็นต้น

ดังนั้นปัจจัยส่วนบุคคลจึงมีผลโดยตรงต่อการรับรู้และอารมณ์ที่มีต่อพฤติกรรม รวมถึงมีผลทั้งโดยตรงและโดยอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของแต่ละบุคคล

2. การรับรู้และอารมณ์ที่มีต่อพฤติกรรม (behavior-specific cognitions and affect) เป็นปัจจัยที่มีผลโดยตรงต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติและการเปลี่ยนพฤติกรรมประกอบด้วย

2.1 การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ (perceived benefits of action) เป็นการรับรู้ผลดีของการกระทำ บุคคลจะปฏิบัติตามกิจกรรมใดก็ตามเมื่อเห็นว่าการกระทำนั้นก่อให้เกิดประโยชน์ต่อตนเอง ซึ่งเป็นการแสดงออกทางจิตใจเพื่อหวังผลทางพฤติกรรม ดังนั้นบุคคลจึงมีแนวโน้มที่จะใช้แหล่งของกิจกรรมเพื่อเพิ่มประสบการณ์ของการกระทำที่ดี บุคคลจะรู้สึกถึงประโยชน์ของการกระทำต่อตนเองเช่น กระตือรือร้นในการมีพฤติกรรมมากขึ้น ความเหนื่อยล้าลดลง และผลพลอยได้อื่นๆ เช่น การได้รับรางวัลตอบแทน และสัมพันธภาพที่ดีต่อสังคม ซึ่งจากผลดังกล่าวทำให้เป็นการเพิ่มแรงจูงใจในทางเลือกปฏิบัติพฤติกรรมใดมากกว่า

2.2 การรับรู้อุปสรรคต่อการกระทำ (perceived barriers to action) เป็นการรับรู้สิ่งขัดขวางหรือทำให้พฤติกรรมนั้นเกิดขึ้นไม่ได้ บุคคลจะรับรู้อุปสรรคของการกระทำซึ่งอุปสรรคนี้อาจเป็นจริงหรือการคาดคะเน มีผลทำให้ความสม่ำเสมอของการปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมลดลง เช่น การรับรู้ความไม่สะดวกสบาย การรับรู้ถึงความยาก หรืออุปสรรคทางเวลาซึ่งทำให้เกิดการหยุดยั้งละเลยพฤติกรรมและการไม่ปฏิบัติเนื่องจากมีปัญหาทางการเงิน ดังนั้นถ้าความพร้อมในการปฏิบัติกิจกรรมสูงอุปสรรคต่ำ ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติกิจกรรมจึงเกิดขึ้น บุคคลจึงมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติกิจกรรม

2.3 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (perceived self-efficacy) เป็นการรับรู้ว่าตนเองสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้สำเร็จและได้ตลอด (Bandura, 1986 cited in Pender, 1996) ซึ่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นสิ่งที่ส่งเสริม สนับสนุนให้บุคคลมีพฤติกรรมเป้าหมายได้มากกว่าบุคคลที่มีความรู้สึกว่าคุณเองไม่มีความสามารถและทักษะที่เพียงพอในการกระทำนั้นๆ ดังนั้นปัจจัยนี้จึงเป็นแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยตรง

2.4 อารมณ์ที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรม (activity – related affect) เป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นก่อน ระหว่าง หรือหลังจากมีกิจกรรม หรือพฤติกรรมนั้นๆ โดยที่อารมณ์ทางบวกจะทำให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติ ในทางตรงกันข้ามถ้าอารมณ์ที่เกิดขึ้นทางลบจะไม่ทำให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติ

2.5 อิทธิพลระหว่างบุคคล (interpersonal influences) เป็นปัจจัยจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคลในลักษณะของการรับรู้ถึงความเชื่อ ความต้องการ หรือทัศนคติของบุคคลอื่นที่มีผลต่อการรับรู้ของตนเอง กลุ่มบุคคล ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ครอบครัว กลุ่มเพื่อน บุคลากรทางสุขภาพ นอกจากนี้บรรทัดฐานทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม และการปฏิบัติตามตัวแบบ ซึ่งเป็นการเรียนรู้จากบุคคลล้วนมีผลต่อการปฏิบัติ กล่าวคือบรรทัดฐานทางสังคมจะกำหนดมาตรฐานในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ช่วยให้บุคคลมีการปรับเปลี่ยนหรือเลิกกระทำกิจกรรมที่ไม่เหมาะสมได้ การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยสนับสนุน ควบคุมประคอง และส่งเสริมให้มีพฤติกรรมเกิดขึ้นได้ ส่วนการปฏิบัติตามตัวแบบ เป็นการปฏิบัติเลียนแบบทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมจะทำให้บุคคลเห็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการมีกิจกรรม

2.6 อิทธิพลจากสถานการณ์ (situation influences) เป็นปัจจัยทางด้านสถานการณ์ หรือสิ่งแวดล้อมที่มีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการมีพฤติกรรม โดยที่สภาพการณ์นั้นจะเป็นตัวกำหนดความต้องการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม นอกจากนี้ยังมีผลต่อการตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หากรู้สึกว่าการณ์นั้นน่าสนใจเหมาะสม มีความเกี่ยวข้องกับตนเอง และปลอดภัย บุคคลจะเลือกปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในทางตรงข้ามบุคคลจะเลิกปฏิบัติเมื่อคิดว่าสถานการณ์นั้นไม่เหมาะสมกับตนเองไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง

3. ผลลัพธ์ทางพฤติกรรม (behavioral outcome) เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากกระบวนการทางสติปัญญาของบุคคลที่แสดงออกในลักษณะของพฤติกรรมที่ประกอบด้วย

3.1 ข้อผูกมัดต่อแผนการกระทำ (commitment to a plan of action) ข้อผูกมัดต่อแผนการกระทำเป็นกระบวนการทางความคิดที่บุคคลมีการตกลงใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมในช่วงเวลาและสถานที่ที่กำหนด โดยอาจปฏิบัติกับบุคคลอื่นหรือปฏิบัติตามคำพ้อง และมีการกำหนดกลยุทธ์ในการลงมือปฏิบัติพฤติกรรมให้เป็นไปอย่างต่อเนื่อง

3.2 ความต้องการอื่นหรือสิ่งที่ชอบมากกว่าที่ปรากฏขึ้นในขณะนั้น (immediate competing demands and preferences) เป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลมีทางเลือกที่จะปฏิบัติอื่น ๆ มากกว่าการปฏิบัติที่มุ่งหวังไว้เดิม

3.3 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (health promotion behavior) เป็นพฤติกรรมที่ส่งผลต่อสุขภาพของตนเองในทางบวก บุคคลสามารถนำไปใช้ในการดำเนินชีวิต ผสมผสานในวิธีการดำเนินชีวิตทางด้านสุขภาพในทางบวกตลอดชีวิต (Pender & Pender, 1987) เพนเดอร์และเพนเดอร์ได้

กล่าวถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพว่าเป็นสิ่งที่บุคคลปฏิบัติในชีวิตประจำวันจนเกิดเป็นนิสัย ดังนั้นจึงเรียกได้อีกอย่างหนึ่งว่า “แบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ” ตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วยพฤติกรรม 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมด้านร่างกาย ด้านโภชนาการ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพัฒนาด้านจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียด

การประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นการประเมินเกี่ยวกับพฤติกรรมต่างๆ ของบุคคลที่กระทำอย่างต่อเนื่องจนเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต เพื่อยกระดับภาวะสุขภาพให้ดีขึ้น (Pender & Pender, 1987) ในเริ่มแรก เพนเดอร์ ได้มีการทดสอบเพื่อพัฒนาเครื่องมือ 2 ส่วนด้วยกันคือ ส่วนแรกเป็นการประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพจากการดำเนินชีวิตประจำวัน ส่วนที่ 2 เป็นการประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย (Pender, 1996) และส่วนที่นำมาปรับปรุงใช้ คือส่วนที่ 1 ซึ่งมีรายละเอียดคือ เป็นเครื่องมือประเมินแบบแผนชีวิต (The Lifestyle Health Habits Assessment [LHHA]) ซึ่งวัดพฤติกรรมทั้งหมด 10 ด้าน ดังนี้ ความสามารถในการดูแลตนเอง (competence in self-care) โภชนาการ (nutritional practice) การออกกำลังกาย (physical or recreational activity) รูปแบบการนอนหลับ (sleep pattern) การจัดการกับความเครียด (stress management) ความสำเร็จในชีวิตแห่งตน (self-actualization) จุดมุ่งหมายของชีวิต (sense of purpose) การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (relationships with others) การควบคุมสิ่งแวดล้อม (environmental control) และการใช้บริการทางสุขภาพ (use of health care system) (Pender, 1982 cited in Walker et al., 1987) มีข้อคำถามทั้งหมด 100 ข้อเพื่อให้พยาบาลประเมินแบบแผนชีวิตที่ส่งผลต่อสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง

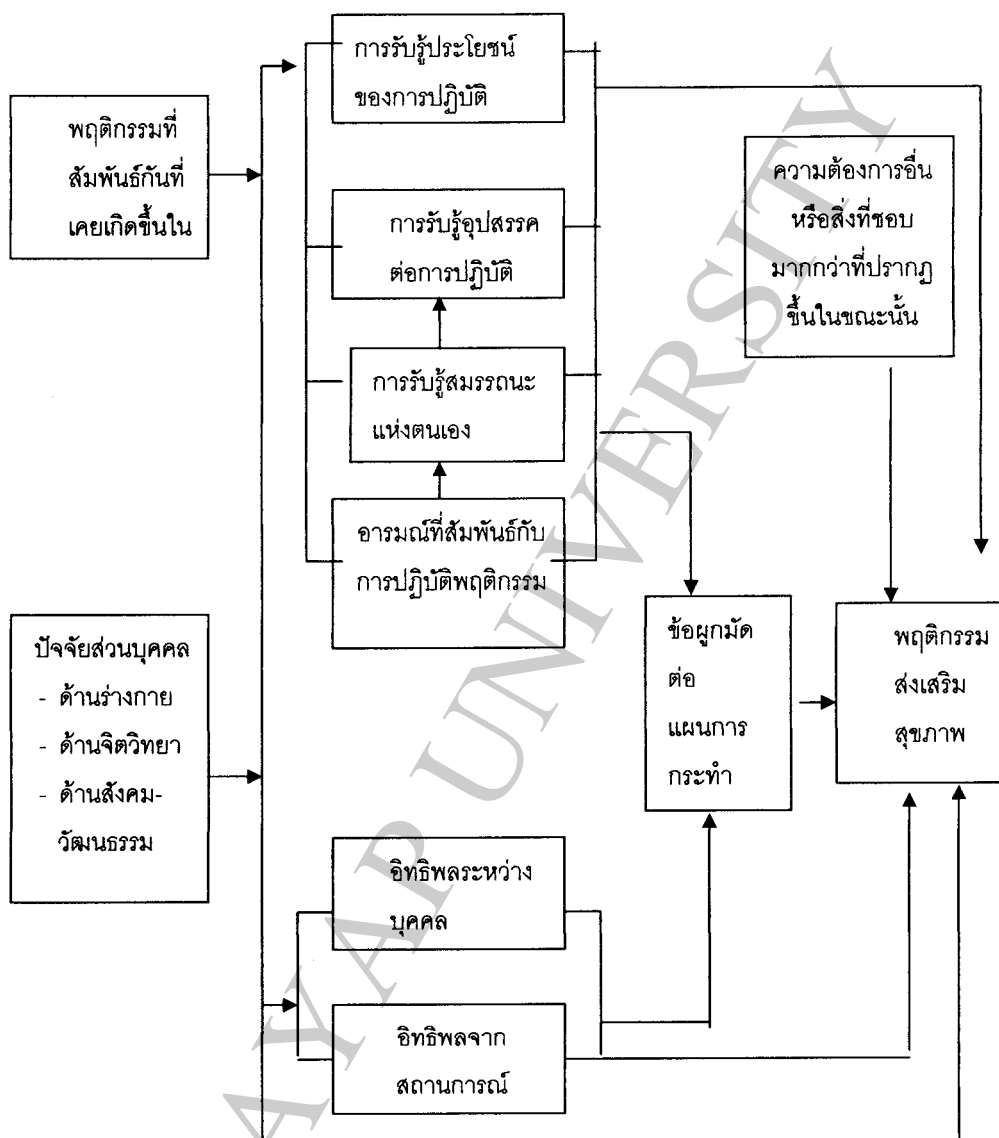
ในการพัฒนาเครื่องมือระยะต่อมา วอล์คเกอร์ ซีคริสต์ และเพนเดอร์ (Walker, Sechrist, & Pender, 1987) ได้มีการนำเอาเครื่องมือ LHHA มาพัฒนาและปรับปรุงโดยการรวมเอาพฤติกรรมที่ซ้ำซ้อนและคล้ายคลึงเข้าไว้ด้วยกัน และสร้างเป็นเครื่องมือประเมินแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (The Health Promotion Lifestyle Profile [HPLP]) โดยแบ่งเป็นพฤติกรรม 6 ด้าน คือ โภชนาการ (nutrition) การออกกำลังกาย (exercise) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (health responsibility) การจัดการกับความเครียด (stress management) การสนับสนุนระหว่างบุคคล (interpersonal support) และความสำเร็จในชีวิตแห่งตน (self-actualization) โดยมีข้อคำถาม 48 ข้อ

ในระยะต่อมาวอล์คเกอร์ (Walker cited in Pender, 1996) ได้พัฒนาเครื่องมือเดิมมาเป็นแบบประเมินแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ 2 (The Health Promotion Lifestyle Profile II [HPLP II]) ซึ่งมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้านเหมือนของเดิม แต่มีการเปลี่ยนแปลงข้อคำถามให้มีความถูกต้องมากขึ้น โดยเปลี่ยนความสำเร็จในชีวิตแห่งตนเป็นการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ การสนับสนุนระหว่างบุคคลเป็นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และการออกกำลังกายเป็นกิจกรรมทางกาย โดยมี

ข้อคำถาม 52 ข้อ ซึ่งมีการนำมาปรับใช้ในประเทศไทยอย่างแพร่หลาย โดยมีงานวิจัยที่นำเครื่องมือในกลุ่มนี้มาใช้

สำหรับการส่งเสริมสุขภาพแบบใหม่ที่เพนเดอร์ (Pender, 1996) เสนอไว้ดังแสดงได้ในแผนภาพที่ 1 ดังนี้

ประสบการณ์และ
ลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้และอารมณ์ที่มีต่อพฤติกรรม พฤติกรรมที่แสดงออก



แผนภาพที่ 1: รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่ปรับปรุงใหม่ของเพนเดอร์ (Pender, 1996)

กล่าวโดยสรุป รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) สามารถอธิบายความสัมพันธ์ของปัจจัยทั้ง 3 ด้าน ที่เกี่ยวข้องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้แก่ ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยย่อย 2 ปัจจัยได้แก่ พฤติกรรมที่สัมพันธ์กันที่เคยเกิดขึ้นในอดีต และปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการรับรู้และอารมณ์ที่มีต่อพฤติกรรม ประกอบด้วย 6 ปัจจัยย่อยได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้อุปสรรคต่อการกระทำ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน อารมณ์ที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรม อิทธิพลระหว่างบุคคล อิทธิพลจากสถานการณ์ ผลักดันหรือสนับสนุนให้บุคคลมีพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น ซึ่งปัจจัยทั้ง 2 ด้านนี้ในที่สุดก็จะส่งผลโดยตรงต่อผลลัพธ์ทางพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

สุขภาพมีลักษณะเป็นองค์รวมที่เกี่ยวกับวิถีชีวิต สังคม และสิ่งแวดล้อมทั้งหมด ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ปัจจัยใหญ่ ๆ ด้วยกัน คือ ปัจจัยส่วนบุคคล กับ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543, น.19-20) ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ พันธุกรรม เพศ อายุ และวิถีทางดำเนินชีวิต

1.1 พันธุกรรม แม้ว่าพันธุกรรมมีส่วนกำหนดภาวะสุขภาพที่สำคัญ แต่ขึ้นอยู่กับวิถีทางดำเนินชีวิตด้วย เช่น คนที่มีพันธุกรรม คือ บิดา มารดา หรือญาติสายตรงเป็นเบาหวานหรือความดันโลหิตสูง มีโอกาสที่จะเกิดเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้ แต่ถ้ามีพฤติกรรมการดำเนินชีวิต เช่น ออกกำลังกายสม่ำเสมอ บริโภคอาหารที่ถูกต้อง ควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ และรู้จักผ่อนคลาย ไม่เครียดโรคจากพันธุกรรมนั้นจะไม่แสดงออกหรือแสดงออกแต่ช้าลง คือเมื่ออายุมากแล้ว

1.2 วิถีทางดำเนินชีวิตหรือพฤติกรรมสุขภาพ มีส่วนในการกำหนดภาวะสุขภาพเป็นอย่างมาก เช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหารมีส่วนในการทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคพยาธิต่าง เป็นต้น พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา พฤติกรรมสำล่อนทางเพศ พฤติกรรมไม่ออกกำลังกาย การใช้ชีวิตที่จุกจุก การเผชิญกับความเครียดที่ไม่เหมาะสม ตลอดจนการขาดทักษะที่จะอยู่ร่วมอย่างเกื้อกูลกัน มีส่วนทำให้เกิดปัญหาทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต

1.3 อายุ มีผลต่อภาวะสุขภาพ เด็กหรือผู้สูงอายุเป็นวัยที่เปราะบางภูมิคุ้มกันด้านทานต่ำความสามารถในการเผชิญกับความเครียดต่าง ๆ ทั้งทางกายภาพและทางจิตสังคมมีจำกัด จึงทำให้เจ็บป่วยได้ง่าย และมักจะไม่แข็งแรงเช่นวัยหนุ่มสาว นอกจากนั้นผู้สูงอายุยังมีความเสื่อมตามวัย ทำให้การทำงานที่ต่าง ๆ ทั้งร่างกายและความทรงจำลดลง

1.4 เพศ มีผลต่อภาวะสุขภาพเช่นกัน เพศชายในแทบทุกประเทศ จะมีอายุขัยเฉลี่ยสั้นกว่าผู้หญิง เช่น ในประเทศไทยปี 2539 ผู้หญิงมีอายุขัยเฉลี่ย 71.1ปี ผู้ชาย 66.6 ปี และในปี 2544 ผู้หญิงเพิ่มเป็น 72.20 ปี และผู้ชายเป็น 67.91 ปี (แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติด้านสาธารณสุข พ.ศ.2540-2544,น.370) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องส่วนหนึ่งมาจากพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ชายโดยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำลายสุขภาพมากกว่าผู้หญิงและทำงานที่เสี่ยงกว่าผู้หญิง

2. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ตามหลักอาชีวอนามัย สิ่งแวดล้อมในการทำงานที่คุกคามสุขภาพอนามัย แบ่งเป็น 4 ประเภท ดังนี้

2.1 สิ่งคุกคามสุขภาพทางกายภาพ หมายถึง สิ่งคุกคามสุขภาพอนามัยที่เกิดจากสาเหตุทางฟิสิกส์ ได้แก่

- อุณหภูมิ หมายถึง ระดับความร้อนหรือเย็น ซึ่งอุณหภูมิเป็นสิ่งสำคัญในการที่จะต้องคำนึงถึงเป็นอันดับแรก ทั้งนี้เพราะอุณหภูมิจะมีผลต่อคุณภาพ ปริมาณงาน เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิของสิ่งแวดล้อมในการทำงาน ร่างกายมีความจำเป็นต้องปรับตัว ถ้าร่างกายปรับตัวไม่ได้ก็จะทำให้เกิดอาการผิดปกติขึ้นมา เช่น เป็นลม อ่อนเพลีย เป็นตะคริว เป็นต้น

- แสง ในการทำงาน แสงจัดเป็นสิ่งสำคัญ หรือปัจจัยสำคัญสำหรับสถานที่ทำงาน ระดับของแสงจึงมีความสำคัญสำหรับงานที่ทำ แสงสว่างที่จ้าเกินไป ก่อให้เกิดผลกระทบต่อการมองเห็น อาจทำให้เกิดต้อกระจก ปวดศีรษะ แสงสว่างที่น้อยเกินไป ทำให้เกิดการท้อถอยต่อสายตาได้ โดยทำให้เกิดความเมื่อยล้าต่อสายตา นำมาสู่อุบัติเหตุและเกิดความผิดพลาดในการทำงานได้

- เสียง เสียงที่จัดว่ามีผลคุกคามต่อสุขภาพอนามัย ได้แก่ เสียงที่เกิดจากเครื่องมือ เครื่องกล เครื่องจักรรวมถึงอุปกรณ์ต่าง ๆ เช่น เครื่องทอผ้า เครื่องย้อมหมุด เลื่อยวงเดือน เป็นต้น ทำให้เกิดอาการหูตึงหรือหูอื้อชั่วคราว หงุดหงิด เกิดความรำคาญในการทำงาน ความถูกต้องของการทำงานลดลง บางครั้งอาจทำให้เกิดหูหนวกอย่างเฉียบพลัน ถ้าได้รับเสียงดังติดต่อกันเป็นเวลานาน อาจทำให้เกิดหูตึงหรือหูหนวกอย่างถาวร

- ความสั่นสะเทือน มักเกิดขึ้นเนื่องจากการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการจับถือ เครื่องจักรกลที่มีความเคลื่อนไหวอย่างรวดเร็ว เช่น เครื่องเจาะ เครื่องตัด เครื่องปั้น การทำงานกับเครื่องจักรกลที่มีความสั่นสะเทือนเป็นระยะเวลานาน ๆ จะทำให้การไหลเวียนของเลือดซึ่งไปเลี้ยงปลายนิ้วมือขัดข้อง มีอาการซีด และไม่มีความรู้สึกของปลายนิ้วมือในเวลาที่ถูกความเย็น หลังจากนั้นอาจจะมีการอุดตันของเส้นเลือด ทำให้ปลายนิ้วตายได้ นอกจากนี้ยังทำให้เกิดความเมื่อยล้า ระบายเคืองต่อเนื้อเยื่อประสาท การมองเห็น การทรงตัว ประสิทธิภาพการทำงานลดลงได้

2.2 สิ่งคุกคามสุขภาพอนามัยทางเคมี สารเคมีที่ก่อให้เกิดผลคุกคามสุขภาพอนามัย ได้แก่ สารพิษฆ่าแมลง ฝุ่น ฝุ่นหินทราย ฟุ้ง ไอระเหย ละออง ก๊าซ และตัวทำละลาย เป็นต้น สารเคมีเหล่านี้สามารถเข้าสู่ร่างกายผู้ปฏิบัติได้ 3 ทาง คือ ทางเดินหายใจ การดูดซึมทางผิวหนัง การบริโภค

ทางปาก ซึ่งสารเคมีเมื่อเข้าสู่ร่างกายแล้วจะก่อให้เกิดพิษต่อตับ ไต ระบบประสาท และทารกในครรภ์ สารเคมีบางตัวอาจก่อให้เกิดโรคมะเร็งได้

2.3 สิ่งคุกคามสุขภาพอนามัยทางชีวภาพ หมายถึง สิ่งคุกคามสุขภาพอนามัยที่เป็นสิ่งมีชีวิต ได้แก่ จุลินทรีย์ชนิดต่าง ๆ เช่น เชื้อแบคทีเรีย ไวรัส ปรสิตรวมถึงแมลงชนิดต่าง ๆ ทั้งนี้พบมากในผู้ปฏิบัติงานด้านเกษตรกรรม โดยผู้ปฏิบัติงานสัมผัสกับเชื้อโรคจากพืช หรือสัตว์โดยตรง

2.4 สิ่งคุกคามสุขภาพอนามัยทางจิตวิทยาสังคม หมายถึง สิ่งแวดล้อมในการทำงานที่สามารถก่อให้เกิดสภาวะเครียด เนื่องมาจากจิตใจหรืออารมณ์ที่ได้รับความบีบคั้น ยังผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ซึ่งสาเหตุมีดังต่อไปนี้

- สภาพแวดล้อมในการทำงาน ได้แก่ สภาพแวดล้อมต่าง ๆ เช่น เสียง แสง รวมถึงการทำงานที่ซ้ำซาก เป็นต้น
- ภาระงาน โดยอาจจะเป็นงานที่หนักในด้านปริมาณ คือ อาจจะมีงานที่ได้รับมอบหมายมากเกินไป หรืองานหนักในด้านคุณภาพ หรือ ได้รับมอบหมายให้ทำงานเกินความสามารถ หรือการกำหนดภาระงานที่ไม่เหมาะสมกับสถานภาพของผู้ปฏิบัติงาน รวมถึงการมีเวลาได้เป็นอิสระในระหว่างการปฏิบัติงาน
- บทบาทของแต่ละบุคคลในหน่วยงาน ได้แก่ หน้าที่การงานที่ไม่แน่นอนชัดเจน ตลอดจนบทบาทหรือหน้าที่การงานที่ขัดแย้งกัน เป็นต้น
- ความรับผิดชอบในงาน บุคคลผู้ซึ่งมีความรับผิดชอบสูงในสถานประกอบการหรือองค์กร มักจะมีความเครียดเกิดขึ้นได้มากกว่าบุคคลผู้ที่มีหน้าที่ความรับผิดชอบน้อยกว่า
- สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การเกิดสัมพันธภาพที่ไม่ดีระหว่างบุคคลต่าง ๆ ในองค์กรหรือสถานประกอบการ ได้แก่ ผู้บังคับบัญชา เพื่อนร่วมงาน หรือผู้ใต้บังคับบัญชา อาจก่อให้เกิดความเครียดได้
- ความก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่การงาน ในกรณีที่ไม่มี ความก้าวหน้าในตำแหน่งงานโดยถูกต้องเหมาะสมแก่กาลเวลา ย่อมก่อให้เกิดความเครียดได้

ปัจจัยเหล่านี้ล้วนมีผลต่อสุขภาพ นอกจากนั้นระบบบริการสุขภาพเป็นสิ่งแวดล้อมทางสังคมส่วนหนึ่งที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของประชาชนเช่นกัน ระบบบริการสุขภาพจะต้องครอบคลุมและเข้าถึงประชาชนโดยส่วนใหญ่ของประเทศ ไม่ใช่กระจุกตัวอยู่ในเมืองใหญ่ ๆ และควรเป็นระบบที่มีความหลากหลาย คือ ผลสมผสานระหว่างการแพทย์ตะวันตกกับการแพทย์พื้นบ้านอย่างกลมกลืน เช่น การแพทย์แผนไทย การนวด การใช้ชีวิต การใช้สมาธิ ฝึกโยคะ หรือรำมวยจีน เป็นต้น และประการสุดท้าย ระบบบริการสุขภาพจะต้องเน้นการส่งเสริมและปกป้องสุขภาพให้มาก เพราะโรคภัยไข้เจ็บส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยง รวมทั้งอุบัติเหตุซึ่งสามารถป้องกันได้ และการดูแลให้เด็กได้รับวัคซีนครบเป็นต้น

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

นภัส ศิริสัมพันธ์ (2537,น.1-94) ศึกษาเกี่ยวกับผู้หญิงในภาคเศรษฐกิจนอกระบบ ในเขตกรุงเทพมหานคร 10 กรณี พบว่าแรงงานหญิงส่วนใหญ่อพยพเข้ามาเพื่อหาอาชีพในเมืองหลวง แรงงานหญิงร้อยละ 60 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา มีอายุระหว่าง 30-50 ปี เข้าสู่อาชีพในภาคบริการและค้าขาย ส่วนใหญ่มีชั่วโมงในการทำงานเฉลี่ยวันละ 10-12 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 6-7 วัน อีกทั้งมีรายได้ไม่แน่นอน และไม่ได้รับสวัสดิการ

ประดิษฐ์ ชาสมบัติ (2538,น.1-29) รวบรวมและประมวลเรื่องเกี่ยวกับการรับงานไปทำที่บ้าน สภาพการจ้าง และปัญหา ได้ทราบว่า ลักษณะของผู้รับงานไปทำที่บ้าน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ผู้รับงานไปทำที่บ้านทำงานเป็นครัวเรือนและกลุ่ม ซึ่งส่วนใหญ่จะทำงานแบบต่างคนต่างทำ อัตราค่าตอบแทนขึ้นกับการตกลงขั้นต้นกับผู้ว่าจ้างหรือผู้รับเหมา โดยจะทำการตกลงเป็นวาจาใช้ความเชื่อถือและไว้วางใจมากกว่าการตกลงกันด้วยลายลักษณ์อักษร ดังนั้นผู้รับงานไปทำที่บ้านจึงขาดอำนาจการต่อรองในเรื่อง ค่าตอบแทน การทำงานจะใช้บริเวณที่พักอาศัย ซึ่งสามารถประกอบกิจกรรมอื่นแทรกด้วย เช่น การทำงานบ้าน และการเลี้ยงดูบุตรหลานขณะที่ทำงาน ระยะเวลาทำงานพบว่ามีการทำงานมากกว่า 7 ชั่วโมงต่อวัน โดยไม่มีวันหยุดใดเป็นเกณฑ์ หากแต่ใช้ความพึงพอใจและเงื่อนไขส่วนตัวเป็นเกณฑ์ในการหยุดทำงาน เช่น ความเมื่อยล้า เนื่องจากการได้รับค่าตอบแทนส่วนใหญ่คิดตามผลงานที่ผลิตได้ ดังนั้นปัญหาสุขภาพอันเกิดจากสภาพร่างกายที่ทำงานมากเกินไปและสภาพแวดล้อมในการทำงานจึงเกิดขึ้น

ทวีสิทธิ์ บุญธรรม (2540,บทคัดย่อ) ศึกษาพฤติกรรมอนามัยของแรงงานนอกระบบ ในเขตชุมชนวัดจันทร์ประดิษฐาราม เขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร พบว่าแรงงานนอกระบบในชุมชน ประกอบอาชีพ ตัดยางหุศิบร้องเท้าแตะ ลูกจ้างในกิจการโต๊ะจีน ชักผ้าปูโต๊ะจีน ทำไปไม้ประดิษฐ์ ทำแบบพิมพ์พลาสติก ทำเผือกอ่อนพยุลงหลัง ทำโบว์พวงมาลัย เย็บดอกผ้าติดเสื้อ ทำมุ้งลวดและบานเกล็ด เย็บหมวกเนตรนารี ประกอบหลอดไฟประดับ เย็บแผ่นรองยกทรง ทำปิ่นอัดลม ทำขวดลวดลำโพง และพับถุงข้าวสาร ส่วนใหญ่คนในชุมชนวัดจันทร์ประดิษฐาราม มีอาชีพเป็นลูกจ้างและเป็นผู้รับเหมา งานมาทำที่บ้าน มีชั่วโมงในการทำงาน 6-10 ชั่วโมง ได้รับค่าตอบแทนตามผลงานเป็นส่วนใหญ่ หลังจากทำงานพบว่ามีโรคที่เกิดขึ้นจากการทำงาน ได้แก่ อาการปวดเมื่อย อาการคันผิวหนังและอ่อนเพลีย เป็นต้น อาการเหล่านี้เกิดจากสภาพแวดล้อมในการทำงานไม่เหมาะสมในเรื่องอากาศถ่ายเทไม่เหมาะสม ปริมาณฝุ่นละอองที่มีมาก มลพิษทางเสียง ยุงและแมลงรบกวน ประกอบกับแรงงานเหล่านี้จำนวนมากไม่ใช้อุปกรณ์ป้องกันเมื่อต้องเผชิญกับสิ่งที่อันตรายต่อสุขภาพ เช่น ฝุ่นละอองที่เกิดจากการทำงาน

วิญญู จำรัสพันธ์และคณะ (2540,บทคัดย่อ) ศึกษาการจ้างแรงงานสตรีนอกระบบในภาคอุตสาหกรรม ใน 3 จังหวัดภาคอีสาน คือ ขอนแก่น นครราชสีมาและอุดรธานี ซึ่งมีการจ้างงานนอกระบบหลากหลายประเภทงาน พบว่า ข้อเสนอแนะและความต้องการของแรงงานสตรีนอกระบบ มีความต้องการด้านต่าง ๆ จากผู้ประกอบการ ดังนี้ คือ (1) อยากได้ค่าแรงที่สูงขึ้น (2) อยากให้มีสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล หากการทำงานต้องเสี่ยงกับภาวะสุขภาพ (3) อยากให้มีงานอย่างสม่ำเสมอตลอดทั้งปี เพื่อเพิ่มรายได้อย่างต่อเนื่องให้กับผู้รับงาน

วลิตา ศักดิ์บัณฑิตกุล (2541,บทคัดย่อ) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่ใช้แรงงานในโรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอ จังหวัดสระบุรี พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และพบว่าสตรีที่ใช้แรงงานในโรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอมีพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันระหว่างกลุ่มรายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการทำงาน และการทำงานล่วงเวลาแตกต่างกัน

ศศิกันต์ เพ็งพาศ (2541,บทคัดย่อ) ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของหญิงอาชีพรับจ้างทำงานบ้านในกรุงเทพมหานคร พบว่า มีความรู้เรื่องสุขภาพทั่วไปดี แต่ขาดความรู้เรื่องสรีระและการป้องกันปัญหาสุขภาพผู้หญิง มีพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ แต่ไม่ตรงเวลา ร้อยละ 84 ไม่มีการออกกำลังกาย ร้อยละ 87.5 ไม่มีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ไม่มีการตรวจสุขภาพประจำปี ร้อยละ 92 ไม่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง และไม่เคยตรวจมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 89.5 และ 94.5 ตามลำดับ ปัญหาสุขภาพที่พบมาก คือ ไข้หวัดและปวดประจำเดือน ร้อยละ 98 และ 74.5 ตามลำดับ

โครงการศึกษาและพัฒนาผู้รับงานไปทำที่บ้านภาคเหนือ (2542,บทคัดย่อ) ได้ศึกษากลุ่มผู้ทำงานทอผ้า พบว่า ในการทำงานทอผ้าที่จำเป็นต้องมีการย้อมเส้นใยฝ้าย ซึ่งมักจะย้อมสีเคมีถึงร้อยละ 95 นั้น ปรากฏว่า สีเคมีที่นำมาใช้ล้นมีโลหะหนักผสมอยู่และย่อยสลายไม่ได้ จึงมีสารพิษตกค้างอยู่ในผ้า เป็นเหตุให้ผู้ทำงานเกิดการแพ้ที่ผิวหนัง ระคายเคืองต่อดวงตา และทางเดินหายใจ เมื่อมีการตรวจสุขภาพของกลุ่มสตรีทอผ้า บ้านตาล จำนวน 40 คน พบว่า มีสารพิษในร่างกายจำนวน 2 คน

ณัฐจิรา พุ่มท่าอิฐ (2542,บทคัดย่อ) ศึกษาการทำงานของผู้รับงานไปทำที่บ้าน ชุมชนบ้านชิงแขวงหลักสอง เขตบางแค กรุงเทพฯ พบว่า การทำงานที่อยู่ในอิริยบทเดิมเป็นเวลานานและเป็นประจำทำให้เกิดปัญหาปวดเมื่อยร่างกาย โดยเฉพาะหลัง ข้อศอกและหัวเข่า บางรายมีอาการระคายเคืองผิวหนังจากสารระเหยของขิง เมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพจะไปใช้บริการของสำนักงานสาธารณสุขชุมชน นอกจากนั้นผู้ศึกษาสังเกตว่า ผู้รับงานไปทำที่บ้านมีสภาพแวดล้อมในการทำงานไม่เหมาะสม ไม่ถูกสุขลักษณะ มีมุง และแมลง รวมทั้งเสียงรบกวนจากเรือที่แล่นในคลอง

ประดิษฐ์ ชาสสมบัติ (2542,บทคัดย่อ) ศึกษารูปแบบการพัฒนากลุ่มผู้รับงานไปทำที่บ้าน พบว่า ส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกของกลุ่มย่อยภายใต้องค์กรชุมชนประเภทต่าง ๆ สาเหตุที่มีการรวมกลุ่ม เนื่องจากมีความคาดหวังที่จะได้รับงานมากขึ้น และมีความสม่ำเสมอ และมีเหตุผลอื่นอีก เช่น การมีรายได้สูงขึ้น โดยมีเจ้าหน้าที่ตามหน่วยงานต่าง ๆ มาส่งเสริม แนะนำ และมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และผู้ที่ไม่มีการรวมกลุ่มให้เหตุผลว่า ไม่รู้จักการรวมกลุ่ม ตลอดจนไม่มีผู้ชักชวนและส่งเสริม

สุกาญญา กลิ่นถือศีล (2543,บทคัดย่อ) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของสตรีที่รับงานมาทำที่บ้าน จำแนกตามประเภทของงานและระยะเวลาการทำงาน พบว่า สตรีที่รับงานมาทำที่บ้านทั้งหมดมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับค่อนข้างสูง เมื่อจำแนกตามประเภทงานพบว่า สตรีที่รับงานมาทำที่บ้านมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับค่อนข้างสูง คือ กลุ่มงานแกะสลัก และกลุ่มงานศิลปประดิษฐ์ ส่วนสตรีที่รับงานมาทำที่บ้านที่มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง คือ กลุ่มงานทอผ้า กลุ่มงานจักสาน กลุ่มงานเย็บผ้าโหล และกลุ่มงานถนอมและแปรรูปอาหาร เมื่อจำแนกตามจำนวนวันทำงานต่อเดือนพบว่า กลุ่มที่รับงานมาทำน้อยกว่าหรือเท่ากับ 24 วัน และกลุ่มที่รับงานมาทำมากกว่า 24 วัน มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับค่อนข้างสูง และเมื่อจำแนกตามชั่วโมงการทำงานต่อวัน พบว่า กลุ่มที่รับงานมาทำน้อยกว่าหรือเท่ากับ 8 ชั่วโมง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับค่อนข้างสูง ส่วนกลุ่มที่รับงานมาทำมากกว่า 8 ชั่วโมง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

เบญญา จิรภัทรพิมลและคณะ (2544,บทคัดย่อ) ศึกษาสถานภาพการทำงานนอกระบบกับปัญหาสุขภาพ:กรณีศึกษาการทำงานอุตสาหกรรมอยู่กับบ้าน พบว่า กระบวนการผลิตของงานทั้ง 6 ชนิด คือ บรอนซ์ ทอผ้า แหวน เย็บผ้า เจียรไนพลอย และเมล็ดพันธ์ุ มีความเสี่ยงต่ออันตรายที่เกิดขึ้นกับสุขภาพของคนทำงาน รวมทั้งสมาชิกในครัวเรือนและสภาพแวดล้อมของชุมชน ซึ่งเรียงตามลำดับของระดับอันตรายที่เกิดขึ้น ได้แก่ บรอนซ์ เมล็ดพันธ์ุ แหวน ทอผ้า เย็บผ้า และเจียรไนพลอย ในส่วนของปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นขณะนี้ คือ คนทำงานส่วนใหญ่เกิดการเจ็บป่วยที่สันนิษฐานว่าน่าจะเกิดจากงานที่ทำ แต่ที่สำคัญ คือ มีคำวินิจฉัยของแพทย์ที่ระบุว่างานที่ทำอยู่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพของผู้ทำงานและเป็นต้นเหตุแห่งความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว

วาสนา สารการ (2544,บทคัดย่อ) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมตัดเย็บเสื้อผ้าสำเร็จรูป พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับไม่เหมาะสม เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า มีพฤติกรรมอยู่ในระดับไม่เหมาะสม ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางกาย และโภชนาการ ส่วนด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การเจริญทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด มีพฤติกรรมอยู่ในระดับเหมาะสม

ศุภศิลาปี อินรอด (2544, บทคัดย่อ) ศึกษาวิจัยเรื่อง ดัชนีวัดความมั่นคงของครอบครัวแรงงาน: ศึกษาผู้รับงานมาทำที่บ้านและลูกจ้างในกิจกรรมการผลิตเสื้อผ้าและสิ่งทอ พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความมั่นคงของแรงงานเป็นปัจจัยสัมพันธ์ภาพ บางปัจจัยที่ไม่ได้ศึกษา ได้แก่ ความไว้วางใจกัน ความซื่อสัตย์ การให้เกียรติซึ่งกันและกัน การเกรงใจกัน การให้อภัย การแสดงความห่วงใยซึ่งกันและกัน ส่วนปัจจัยเศรษฐกิจ พบว่า มีอิทธิพลน้อยมากต่อความมั่นคงของครอบครัว ความมั่นคงที่กลุ่มลูกจ้างมีมากกว่ากลุ่มผู้รับงานมาทำที่บ้าน คือ เวลาที่สมาชิกอยู่ร่วมกัน การติดต่อสื่อสารระหว่างสมาชิก ทักษะเชิงบวกต่อสมาชิก ความมั่นคงที่กลุ่มลูกจ้างมีน้อยกว่ากลุ่มลูกจ้างที่รับงานมาทำที่บ้าน คือ ภาระงานและการช่วยแบ่งเบาปัญหาและการขัดแย้งภายในครอบครัว การให้การยอมรับและให้อำนาจในการตัดสินใจ

แสงเดือน พาณิชวิสัย (2544, บทคัดย่อ) ศึกษาวิจัยเรื่อง ศักยภาพของผู้รับงานไปทำที่บ้านในการได้รับหลักประกันสุขภาพ ศึกษาเฉพาะกรณีงานตัดเย็บรองเท้าในเขตบางขุนเทียนและเขตราชบุรีบูรณะ กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้รับงานไปทำที่บ้านส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง มีรายได้จากการรับงานไปทำที่บ้านอยู่ในช่วงน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาทต่อเดือน ทำงานมากกว่า 10 ชั่วโมงต่อวัน มีวันหยุดเพียง 1 วันในรอบสัปดาห์ สภาพแวดล้อมในการทำงานมีสภาพแออัด อากาศถ่ายเทไม่สะดวก ผู้รับงานไปทำที่บ้านส่วนใหญ่ใช้เครื่องดื่มเป็นสารกระตุ้นประสาทในขณะที่ทำงาน ส่วนปัญหาทางด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่เป็นโรคปวดหลัง ปวดเอวและปวดศีรษะ นอกจากนี้ยังได้รับค่าตอบแทนต่ำ และเมื่อเจ็บป่วยก็ไม่คิดจะหยุดงาน ส่วนการรักษาพยาบาลผู้รับงานไปทำที่บ้านจะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง สำหรับศักยภาพของผู้รับงานไปทำที่บ้านในการได้รับหลักประกันสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่มีความสามารถในการซื้อบัตรประกันสุขภาพได้ในราคา 500 บาท ส่วนในเรื่องการประกันสังคมโดยสมัครใจตามมาตรา 40 ซึ่งได้รับการคุ้มครองเพียง 3 กรณี คือ กรณีคลอดบุตร ทูพพลภาพ และตาย พบว่าผู้รับงานไปทำที่บ้านไม่สามารถจ่ายเงินสมทบเพื่อเข้าร่วมกองทุนประกันสังคม เนื่องจากมีรายจ่ายสูงกว่ารายได้ และมีรายได้ไม่แน่นอน ส่วนโครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยและบุคคลที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล(สปร.) พบว่าไม่มีผู้รับงานไปทำที่บ้านคนใดมีคุณสมบัติที่จะได้รับบัตร สปร. เมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์การกำหนดรายได้ของบัตร สปร.

นภาพรณ์ ศรีใจวงศ์(2546, บทคัดย่อ) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่ทำงานในห้างสรรพสินค้า พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูงในด้านโภชนาการ การเจริญทางจิตวิญญาณ การจัดการกับความเครียด และการมีสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ขณะที่คะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางในด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพและกิจกรรมทางกาย

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางในด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพและกิจกรรมทางกาย

กรอบแนวคิดในการวิจัย

