

สภาพการทำงานและพฤติกรรมการดูแล
สุขภาพของสตรีที่ทำงานไม้แกะสลัก

สุสัณหา ยิ้มแย้ม

บทคัดย่อ

การทำงานไม้แกละสลักเป็นหัตถอุตสาหกรรมประเภทหนึ่งที่จัดอยู่ในภาคเศรษฐกิจนอกระบบที่สร้างชื่อเสียงให้จังหวัดเชียงใหม่เป็นอย่างมาก ส่วนใหญ่เป็นงานรับเหมามาทำที่บ้าน ซึ่งอาจมีผลกระทบต่อสุขภาพต่อผู้ทำงานและสมาชิกในครอบครัวหากไม่มีการควบคุมที่ดีพอ การวิจัยนี้เพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสภาพการทำงานและปัญหาสุขภาพของผู้ทำงานไม้แกละสลัก ในตำบลขุนคง อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่โดยมีวิธีการรวบรวมข้อมูลหลายวิธี ทั้งวิธีการวิจัยเชิงปริมาณร่วมกับวิธีวิจัยเชิงคุณภาพได้แก่ การสอบถามสตรีที่ทำงานไม้แกละสลักซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 100 คน ร่วมกับการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง การสนทนาแบบไม่มีโครงสร้างกับผู้ที่เกี่ยวข้อง การสังเกตพฤติกรรมในการทำงานและสภาพแวดล้อมในการทำงาน และการสัมภาษณ์เจาะลึกและการสนทนากลุ่มกับผู้ทำงานแกละสลักไม้ ผู้ประกอบการ ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 69 คน นอกจากนี้ผู้วิจัยได้การจัดเวทีนำเสนอข้อมูลที่ประมวลได้เพื่อขอการรับรองความถูกต้องของข้อมูลรวมทั้งขอข้อมูลเพิ่มเติม โดยผู้เข้าร่วมเวทีได้แก่ ผู้ทำงานแกละสลักไม้ ผู้ประกอบการ ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 81 คน

ผลการศึกษาสรุปได้ว่าสตรีส่วนใหญ่ทำในขั้นตอนการตกแต่งและการประกอบชิ้นงาน และส่วนใหญ่ทราบว่าตนเองมีภาวะเสี่ยงและปัญหาสุขภาพจากการทำงาน โดยเฉพาะการอยู่ในท่าทางที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมอย่างต่อเนื่อง การสัมผัสฝุ่นละอองและสารเคมี รวมทั้งอุบัติเหตุจากการใช้เครื่องจักรกล การเจ็บป่วยที่พบบมากที่สุดคือ อาการปวดเมื่อย ปวดหลัง ปวดเอว รองลงมาได้แก่ หอบหืดและโรคทางเดินหายใจอื่น โรคกระเพาะอาหาร ปัญหาเกี่ยวกับตาและสายตา ผิวน้ำ และอุบัติเหตุ เมื่อมีการเจ็บป่วยเล็กน้อยสตรีจะดูแลตนเอง แต่เมื่อเจ็บป่วยที่ไม่สามารถดูแลตนเองนิยมใช้บริการจากสถานีอนามัยเป็นอันดับแรก

คำสำคัญ: สภาพการทำงาน ปัญหาสุขภาพ ผู้ทำงานไม้แกละสลัก

Abstract

Woodcarving is a well-known industry within the informal work sector in the city of Chiang Mai. Most woodcarving workers are sub-contractors, and this contractual status has the potential to impact upon the health of themselves and of their family, if there are inappropriate controls put in place to ensure good working conditions. The research study combined both qualitative and quantitative methodologies, in order to study background data about the working conditions and health problems among wood carving workers in Khunkhong sub-district, Hang Dong, in Chiang Mai Province. Data gathering methods included the interview by questionnaire of 100 female woodcarving workers, relevant document reviews, unstructured discussions with key informants, and also observation of the work process and environment. Furthermore, in-depth interviews and focus groups were conducted with 69 people, covering wood carvers, entrepreneurs, community leaders, health officials and village health volunteers. In addition, a forum was arranged to present and verify the collected data and also to receive additional information from a further 81 people who were also wood carving workers, entrepreneurs, health officials and public health volunteers.

The study found that most female workers do the decoration and the assembly work. Also, many workers interviewed know that they face risk factors and may experience health problems from their work, particularly from sitting in continually inappropriate positions, from contact with and inhalation of dust and chemicals, as well as further risks from operating the machines. Illnesses most frequently reported included aches and pains, especially backache. These were followed by asthma and other respiratory diseases, gastric ulcers, eye and eyesight problems, skin problems, and accidents. If the health problems are minor, workers take care of them by themselves. However, for serious illnesses beyond their ability to treat, they go to a health station.

Keywords: Work conditions, health problems, woodcarving workers

บทนำ

ปัจจุบันนี้โครงสร้างทางสังคมและเศรษฐกิจในสังคมไทยเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ทำให้สตรีจำเป็นต้องมีส่วนร่วมในการทำงานมากขึ้นเพื่อให้มีรายได้จุนเจือครอบครัว โดยเฉพาะการทำงานในสถานประกอบการที่อยู่นอกบ้านเพิ่มขึ้นแทนการทำงานที่อยู่ในบ้านหรือบริเวณพื้นที่ของตนเอง การทำงานของสตรีมีทั้งการทำงานที่อยู่ในภาคเศรษฐกิจในระบบ (formal sector) และภาคเศรษฐกิจนอกระบบ (informal sector) ซึ่งอาจจะเป็นผลสืบเนื่องจากนโยบายการพัฒนาประเทศโดยการกระจายการพัฒนาภาคอุตสาหกรรมสู่ภูมิภาค แรงงานจากภาคเกษตรกรรมจึงเปลี่ยนเป็นแรงงานภาคอุตสาหกรรม (กนกศักดิ์ แก้วเทพ, 2543) จากข้อมูลสถานการณ์การทำงานจากกระทรวงแรงงาน (2549) พบว่า อัตราการมีงานทำของสตรีสูงถึงร้อยละ 97.5 ของสตรีที่อยู่ในวัยทำงาน และคิดเป็นร้อยละ 62.7 ของประชากรสตรีทั้งหมดที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป โดยเป็นสตรีที่ทำงานนอกภาคเกษตรกรรมจำนวน 10.1 ล้านคนคิดเป็นร้อยละ 63.5 เมื่อพิจารณาเฉพาะกลุ่มทำงานนอกภาคเกษตรกรรมพบว่า อันดับแรกเป็นสตรีทำงานในอุตสาหกรรมการผลิต (29.3%)

สตรีในภาคอุตสาหกรรมจะมีปัญหาเกี่ยวกับลักษณะการทำงานและสภาพแวดล้อมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพและความปลอดภัย ทั้งการทำงานในโรงงานและการ “รับจ้างเหมา” งานไปทำที่บ้านหรือในหมู่บ้านของตน สภาพแวดล้อมและบรรยากาศในที่ทำงานในโรงงานของสตรีมักอึดอัด อากาศถ่ายเทไม่ดี และสภาพการทำงานที่บ้านไม่จัดให้ถูกสุขลักษณะ ทั้งสถานที่และเครื่องมือที่ใช้ ซึ่งมีผลกระทบต่อสุขภาพของสตรีได้ (คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ, 2538; สุสัณหา ยิ้มแย้ม, ชฤทธิ มีสิทธิ์, นงเยาว์ อุดมวงศ์ และระกาวิณ ลีชนะวานิชพันธ์, 2544) ขณะที่สตรีที่ทำงานอยู่ในภาคเศรษฐกิจนอกระบบซึ่งมีการจ้างที่ไม่มีสัญญาจ้างและไม่เป็นระบบ โดยเฉพาะการจ้างเป็นรายวันหรือรายชิ้นของงาน ทำให้แรงงานสตรีไม่ได้รับสิทธิคุ้มครองทางกฎหมาย การเสี่ยงต่อภัยและโรคจากการประกอบอาชีพมีมาก และแรงงานสตรีที่ได้รับค่าจ้างที่ต่ำกว่ามาตรฐานแรงงานขั้นต่ำ รวมทั้งการขาดหลักประกันสุขภาพ ทำให้มีโอกาสเข้าถึงการดูแลสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพน้อย

กว่าสตรีที่ทำงานในภาคเศรษฐกิจในระบบ สิ่งเหล่านี้ย่อมมีผลกระทบโดยตรงและทางอ้อมต่อภาวะสุขภาพของสตรีเองและสมาชิกในครอบครัว (สุสันหา ยิมแย้ม และคณะ, 2544)

ภาวะเสี่ยงทางสุขภาพที่สำคัญของสตรีที่ทำงานนั้น นอกจากจะขึ้นอยู่กับลักษณะการทำงานและสภาพแวดล้อมแล้วยังขึ้นอยู่กับลักษณะเฉพาะทางเพศและการให้คุณค่าทางเพศ ทั้งนี้จากลักษณะเฉพาะทางเพศของสตรีที่มีภาวะเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพมากกว่าบุรุษ ทั้งทางปัจจัยด้านสรีระและปัจจัยสังคมวัฒนธรรม ที่ทำให้สตรีต้องใช้ระยะเวลาทำงานที่ยาวนานทั้งงานที่เพิ่มพูนรายได้ให้ครอบครัวและงานบ้านในดูแลความเรียบร้อยของครอบครัว จากการให้คุณค่าทางเพศทำให้สตรีมักได้รับจัดลำดับท้ายๆ ในการได้รับผลประโยชน์ต่างๆ ทั้งอาหาร การดูแลสุขภาพและการเข้าถึงสวัสดิการ การที่ต้องตั้งครุภร์และการคลอดบุตรทำให้มีความต้องการการดูแลสุขภาพมากกว่าปกติ รวมทั้งมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ จากความกดดันต่างๆ ก่อให้เกิดความเครียด สิ่งเหล่านี้อาจทำให้สตรีที่แม้จะมีอายุยืนยาวแต่ก็มีปัญหาสุขภาพมากกว่าบุรุษ

ปัญหาสุขภาพของสตรีไม่เพียงแต่จะมีผลกระทบต่อสุขภาพโดยรวมของสตรีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (ปัญญา) แล้วยังอาจมีผลกระทบต่อเด็ก ครอบครัว ชุมชนและสิ่งแวดล้อม ทั้งนี้เพราะสตรีเป็นผู้ดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวทั้งหมด แต่ในทุกสังคมทั่วโลกสตรีมักได้รับความสำคัญน้อยกว่าบุรุษตั้งแต่แรกเกิด โดยทั่วไปแล้วสังคมมักคาดหวังว่าสตรีที่สมรสแล้วควรมีหน้าที่ปรนนิบัติดูแลสามีและบุตร ถึงแม้ว่าสตรีจะมีตำแหน่งหน้าที่ในการทำงานเท่าเทียมกับสามีก็ตาม จากความคาดหวังของสังคมดังกล่าวเมื่อสตรีเจ็บป่วยจึงมักจะยอมทนหรือเพิกเฉยต่อความเจ็บป่วยของตน ไม่ไปรับการรักษาหรือรับรักษาไม่ต่อเนื่องและยอมทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดเรื้อรัง เพื่อที่จะปฏิบัติหน้าที่แม่บ้านและมารดาที่ดีตามคาดหวังของสังคม จนกระทั่งความเจ็บป่วยของตนรุนแรงมากขึ้น บางรายไม่เอาใจใส่ดูแลสุขภาพตนเอง จนกระทั่งเกิดการบาดเจ็บจากการทำงานทั้งงานบ้านและงานที่หารายได้ (Acsadi & Johnson-Acsadi, 1993)

นอกจากนี้ปัญหาจากลักษณะเฉพาะทางเพศยังคงพบได้ทั่วไปในที่ทำงานได้แก่ ความไม่เท่าเทียมกันของค่าจ้างแรงงานระหว่างบุรุษและสตรี การกีดกันหรือการเลือกปฏิบัติในการให้โอกาสและการยอมรับความสามารถในการทำงานระหว่างบุรุษและสตรี ค่านิยมและเจตคติไปในทางลบต่อการจ้างแรงงานและการทำงานของสตรี รวมทั้งสตรีเองยังมีเจตคติที่ยอมรับว่าตนเองและเพื่อนสตรีมีความสามารถในการทำงานน้อยกว่าบุรุษ (คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ, 2538; สุธันหา ยิ้มแย้ม, สุธิตรา เทียนสวัสดิ์ และอำไพ จารุวัชรพานิชกุล, 2548) งานของสตรีหลายอย่างยังคงเป็นสิ่งที่มองไม่เห็น (กำจร หลุยยะพงศ์, 2543; นาถฤดี เด่นดวง และกนกวรรณ ธีรารวรรณ, 2543) จากความไม่เท่าเทียมกันในที่ทำงานและการเลือกปฏิบัติ ทำให้สตรีต้องทำงานมากกว่าบุรุษ สตรีมักถูกกีดกันและถูกแสดงอำนาจเช่น ให้เงินค่าจ้างต่ำกว่ามาตรฐาน ถูกอนาจารทั้งคำพูดและการกระทำ (จะเด็จ เชาวน์วิไล, 2542) และที่รุนแรงคือ การข่มขืน การทารุณทางเพศ (กฤตยา อาชวนิจกุล และสุชา เลิศศรีสันหัต, 2546) จะเห็นได้ว่าสังคมในปัจจุบันนี้มีอิทธิพลต่อสุขภาพสตรีในหลายๆ ด้านการแบ่งแยกและการกีดกันทางเพศ ความมีอคติและการเลือกปฏิบัติต่อสตรีในรูปแบบต่างๆ ตลอดจนมีค่านิยมและเจตคติเชิงลบต่างๆ ที่มีต่อสตรี สะท้อนให้เห็นอย่างชัดเจนถึงประเด็นปัญหาพื้นฐานของสตรี เกี่ยวกับด้านความเสมอภาค สิทธิเสรีภาพการพัฒนา และสันติภาพซึ่งนำไปสู่ปัญหาของสตรีในด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านการศึกษา การทำงาน สุขภาพอนามัย การมีบทบาท และส่วนร่วมในกระบวนการด้านการเมือง การปกครอง และเศรษฐกิจ ตลอดจนด้านความไม่เสมอภาค ตามกฎหมายและสิทธิตามกฎหมายของสตรีในประเทศต่างๆ เป็นต้น (กนกศักดิ์ แก้วเทพ, 2543; กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล, 2538) แม้ว่าปัจจุบันนี้ได้มีความพยายามที่จะปรับปรุงแก้ไข ตัวอย่างเช่น ร่างรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 ฉบับลงประชามติ (สภาร่างรัฐธรรมนูญ, 2550) ได้กำหนดแนวนโยบายเกี่ยวกับความเท่าเทียมกันของการทำงานระหว่างเพศชายและเพศหญิง อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติก็ยังมีความแตกต่างกันอยู่ (สุธันหา ยิ้มแย้มและคณะ, 2544; สุธันหา ยิ้มแย้ม, 2545)

การเข้าถึงการดูแลสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิมนุษยชนดังในปฏิญญาว่าด้วยสิทธิมนุษยชน มาตราที่ 25 ที่กล่าวว่า “บุคคลทุกคนมีสิทธิที่จะได้อยู่ในที่ที่มีมาตรฐานอันเพียงพอสำหรับสุขภาพ ความเป็นอยู่ของตัวบุคคลนั้นและครอบครัว ทั้งนี้รวมถึงการได้รับอาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่พักอาศัย การดูแลรักษาทางการแพทย์และความมั่นคงในชีวิต เมื่อนั้นต้องประสบกับความเจ็บป่วยหรือความพิการ” (Mann, Gruskin, Grodin, & Anna, 1999: 4532) นอกจากนี้ในร่างรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 มาตราที่ 52 ได้ระบุว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ ” (สภาร่างรัฐธรรมนูญ, 2550) ดังนั้นรัฐจึงมีหน้าที่สำคัญในการส่งเสริมกระบวนการพัฒนาและควบคุมคุณภาพในการจัดระบบสุขภาพในทุกด้าน ตลอดจนการกระจายข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพเพื่อช่วยให้ประชาชนที่มีระดับการศึกษาและความรู้แตกต่างกัน ได้มีความรู้ความเข้าใจอย่างเพียงพอในการตัดสินใจเลือกทางเลือกในการรักษา และนำไปสู่การเข้าถึงการดูแลสุขภาพของประชาชนในที่สุด (วิพุธ พูลเจริญ, สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์,

สุวิทยวิบุผลประเสริฐ, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และ จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, 2543)

พฤติกรรมดูแลสุขภาพเป็นกิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เพื่อดำรงภาวะสุขภาพและเป็นการแสดงศักยภาพของมนุษย์ (Harris, & Gluten as cited in Pender, 1987) เป็นส่วนประกอบของแบบแผนสุขภาพ (healthy life-style) ประกอบด้วยพฤติกรรมสุขภาพ 10 ด้าน ได้แก่ ด้านความสามารถในการดูแลตนเองโดยทั่วไป การปฏิบัติด้านโภชนาการ (รวมทั้งการหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด) การออกกำลังกายและการพักผ่อน แบบแผนการนอนหลับ การจัดการกับความเครียด การตระหนักในความมีคุณค่าแห่งตน การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น การควบคุมสิ่งแวดล้อม และการใช้ระบบบริการสุขภาพ (Pender, 1987) จึงสรุปได้ว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพคือ การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ที่มีผลต่อการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันการเกิดโรค รวมทั้งเพื่อ

คงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการบริโภค การหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด การออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับ การผ่อนคลายอารมณ์ การอยู่ร่วมในสังคม การแสวงหาการดูแลสุขภาพ และการป้องกันการเกิดอันตรายต่อสุขภาพ

บทความนี้มุ่งหวังที่สร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสภาพการทำงาน สังคมวัฒนธรรม และการเข้าถึงการดูแลสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของสตรีที่ทำงานในภาคเศรษฐกิจนอกระบบในสภาวะสังคม เศรษฐกิจที่เปลี่ยนไป อันมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตและการทำงาน รวมทั้งการจัดสรรเวลาเพื่อดูแลสุขภาพต่อภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสตรีที่ทำงานนอกระบบ เพื่อพัฒนาองค์ความรู้อันเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพและปรับปรุงแก้ไขปัญหาสุขภาพสตรีกลุ่มนี้

สตรีที่ทำงานไม่กะสลัก

การผลิตงาน

แม้ว่าการผลิตงานไม่กะสลักนั้นสามารถทำได้ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ในจำนวนที่ใกล้เคียงกัน โดยทั่วไปบุรุษจะทำงานในขั้นตอนแกะสลักทำหุ่นไม้ ขณะที่สตรีที่ทำงานนี้มักจะรับทำงานในขั้นตอนตกแต่งต่อจากงานแกะสลักเสร็จแล้วเช่น การทาสี การเดินเส้นสี การลงรักปิดทอง การทำเลียนแบบเก่า และการติดกระຈก เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (ชัยณรงค์ พุกษากร, 2540; ประทุมมา ฤทธิ์โพธิ์, 2546; ลำลี ทองธิว, มานพ จินะนา, และ พยุง ไชยวงศ์, 2541; สุนทรี ศรีโกสโย, 2539) อายุของสตรีที่ทำงานส่วนใหญ่จะอยู่ในวัยผู้ใหญ่ อย่างไรก็ตาม สตรีบางส่วนอยู่ในวัยผู้สูงอายุซึ่งสามารถทำงานที่ไม่นหนักได้ เช่น การตัดและติดกระຈก เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีสตรีที่ทำงานอยู่ในวัยเด็กซึ่งส่วนใหญ่จะใช้เวลารว่างในช่วงวันหยุดเสาร์-อาทิตย์ มารับจ้างทำงาน สำหรับระดับความรู้ของสตรีที่ทำงานแตกต่างกันตั้งแต่ระดับประถมศึกษาจนถึงปริญญาโท ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชัยณรงค์ พุกษากร (2540)

สำหรับรูปแบบการผลิตไม้แกะสลักที่ทำกันมีหลายรูปแบบดังที่เบญจา จิรภัทรพิมล ได้วิเคราะห์ไว้ใน “การพัฒนาศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเองของแรงงานนอกระบบ: งานไม้แกะสลัก ระยะที่ 1” (สุสันหา ยิ้มแย้ม, สุจิตรา เทียนสวัสดิ์, เบญจา จิรภัทรพิมล, จิรพร วิทย์ศักดิ์พันธุ์, และนาฏยา ตนานนท์, 2547) ดังนี้

1. การผลิตในโรงเรือน (workshop) คนในชุมชนมักเรียกการทำงานที่ร้านค้าขนาดใหญ่ว่า “โรงงาน” ซึ่งเจ้าของร้านจัดทำห้องโชว์และขายสินค้าอยู่ด้านหน้า ส่วนด้านหลังจัดทำเป็นสถานประกอบการที่มีการทำงานทุกขั้นตอนแต่ไม่ได้จัดระเบียบในการทำงานที่ชัดเจน มีผู้ทำงานอยู่ประมาณ 10-20 คนทำงานแบบเข้าไปเย็นกลับ และได้รับค่าจ้างเป็นรายวันๆ ละ 120-150 บาท ขึ้นอยู่กับลักษณะงานที่ทำและระดับฝีมือของคนงาน ผู้ทำงานไม่ต้องลงทุนอะไรนอกจากฝีมือและแรงกาย นอกจากนั้นในช่วงที่งานเร่งและทำไม่ทัน ผู้ประกอบการจะให้นางานบางส่วนไปทำที่บ้านโดยคิดค่าจ้างเป็นรายชิ้น

2. การผลิตแบบรับเหมาช่วง (subcontracting) ซึ่งมีเกือบทุกขั้นตอน อาจกล่าวได้ว่าสายการผลิตได้ถูกกระจายไปตามบ้านต่างๆ ในหมู่บ้านทั้งสามหมู่บ้าน โดยแต่ละบ้านก็จะมีร้านค้าที่เป็นเจ้าประจำ บางบ้านมีมากถึง 4 ร้าน คนในชุมชนเรียกการทำงานว่า “การทำงานตามออเดอร์” บางครั้งที่ทำไม่ทันก็จะแบ่งงานบางช่วงไปให้คนอื่นทำ เนื่องจากงานขั้นตอนตกแตงมีรายละเอียดปลีกย่อยมาก จึงทำให้ต้องมีการแบ่งงานเป็นหลายช่วง ผู้ที่ทำงานเป็นทุกขั้นตอนก็ได้เปรียบเพราะสามารถรับงานโดยตรงจากร้านค้า ส่วนคนที่ทำเป็นบางขั้นตอนก็ต้องคอยรับช่วงงานอีกต่อหนึ่ง ซึ่งคนในชุมชนจะรู้ว่าควรส่งงานอะไรให้ใครทำ ในทำนองเดียวกันเจ้าของร้านค้าขนาดใหญ่ที่นางานมาส่งให้คนในชุมชนทำมักจะส่งงานให้กับเจ้าประจำ แต่จำนวนมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับเครือข่ายของแต่ละร้าน ที่สำคัญคือขึ้นอยู่กับกิจการการค้าด้วย ดังนั้นร้านค้าที่มีกิจการขนาดใหญ่ต้องมีเครือข่ายใหญ่ มิฉะนั้นจะทำงานไม่ทันกับใบสั่งงานจากต่างประเทศหรือจากกรุงเทพ ซึ่งเป็นการผลิตที่ผู้ประกอบการไม่ต้องสร้างโรงงานของตนเอง หากส่งงานไปทำตามบ้านในลักษณะที่เรียกว่า **modern subcontracting system** (Hayami, 1998) เพียงแต่มีเงินทุนและมีตลาด เพราะสายการผลิตทั้งหมดอยู่ที่หมู่บ้าน

3. การผลิตอยู่กับบ้าน (home-based work) เป็นการผลิตภายใน

บ้านที่มีการผลิตเกือบทุกขั้นตอน ยกเว้นการทำงานที่ส่วนใหญ่มาจากนอกหมู่บ้าน แต่บางบ้านก็ผลิตทุกขั้นตอน รวมทั้งมีร้านค้าขนาดเล็กบริเวณรอบๆ สองฝั่งคลอง เรียกว่า “ผลิตเองขายเอง” และบางบ้านผลิตเพื่อส่งให้ร้านค้าใหญ่จำหน่าย และบางบ้านก็รับเฉพาะงานที่สั่งทำโดยตรงจากลูกค้า แต่มักเป็นลูกค้ารายย่อย ผู้ที่ทำการผลิตอยู่กับบ้านนี้มักเป็นผู้รับเหมาช่วงด้วย ซึ่งคนในชุมชนบอกว่าที่ต้องทำทั้งสองอย่างก็เพื่อความอยู่รอดเพราะไม่สามารถอยู่ได้ด้วยการผลิตแบบเดียว ยกเว้นผู้ที่ทำงานได้เพียงบางลักษณะด้วยไม่มีฝีมือจึงไม่มีทางเลือก นอกจากรับงานในขั้นตอนที่สามารถทำได้มาทำที่บ้าน แต่บางคนก็ไปทำงานบ้านคนอื่นที่มักจะเป็นเครือข่าย

อย่างไรก็ดีการผลิตไม้แกะสลักเมื่อมองโดยภาพรวมเป็นการผลิตอยู่กับบ้าน ที่คนในชุมชนได้ใช้พื้นที่ภายในบ้านหรือบางส่วนของบ้านหรือบริเวณบ้านมาดัดแปลงเป็นสถานที่ทำงาน อีกนัยหนึ่งคือโรงงานในบ้านที่เป็นประเด็นสำคัญแต่มักถูกละเลยโดยเฉพาะในแง่กฎหมายที่ดีความว่าเป็นการรับจ้างทำของ ทำให้การลงทุนของคนในชุมชนมิได้ถูกนำมาพิจารณาในการคิดอัตราค่าจ้าง

การศึกษาสตรีที่ทำงานไม้แกะสลัก

การศึกษากลุ่มสตรีที่ทำงานไม้แกะสลักเป็นการวิจัยเชิงพรรณนาซึ่งใช้วิธีการวิจัยเชิงปริมาณร่วมกับวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาปัจจัยด้านสังคม เศรษฐกิจ สังคมวัฒนธรรม และการเข้าถึงการดูแลสุขภาพที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของสตรี มีระยะในการดำเนินการวิจัย 18 เดือน ซึ่งมีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย 3 ขั้นตอน โดย 1) เป็นขั้นตอนการทำความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาเพื่อค้นหาข้อมูลที่เป็นในการวางแผนทำการวิจัยและการสร้างแบบสัมภาษณ์สำหรับขั้นตอนต่อไป ประกอบด้วยการสัมภาษณ์เจาะลึก (in-depth interviews) ในสตรีกลุ่มนี้จำนวน 12 คน การปรึกษาหารือและสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ (unstructured discussion and interviews) กับผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้ที่มีประสบการณ์ทำงานกับสตรีกลุ่มนี้จำนวน 5 คน การรวบรวมข้อมูลและแผนงานนโยบาย รวมทั้งกฎระเบียบต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง (documentary

interviews) ตลอดจนการสังเกตติดตามความเคลื่อนไหวทางสื่อมวลชนทั่วไป 2) เป็นการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structure interviews) และการสังเกต (observations) ที่พัฒนามาจากขั้นตอนที่ 1 ในสตรีที่ทำงานไม้แกะสลัก จำนวน 100 คน การสุ่มตัวอย่างโดยใช้สัดส่วนตามลักษณะขั้นตอนของงาน 3) เป็นการศึกษารายละเอียดซึ่งยังไม่ชัดเจนในขั้นตอนที่สองโดยการสัมภาษณ์เจาะลึกในสตรีกลุ่มนี้ที่คัดสรรแล้วจำนวน 10 คน การสนทนากลุ่ม (focus group interviews) และการจัดเวทีประชุม (forum) ร่วมกับสตรีที่ทำงานไม้แกะสลักและผู้ที่เกี่ยวข้องจำนวน 69 คน ได้แก่ ผู้ประกอบการ เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย เจ้าหน้าที่จากศูนย์ความปลอดภัยในการทำงานภาคเหนือ และเครือข่ายผู้รับงานไปทำที่บ้าน เพื่อนำเสนอข้อมูลที่เหมาะสมได้เพื่อขอการรับรองความถูกต้องของข้อมูล รวมทั้งขอข้อมูลเพิ่มเติม ข้อมูลเชิงคุณภาพนั้นได้มีการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อมๆ กัน โดยการบันทึกภาคสนาม คำพูดจากการสัมภาษณ์ และข้อมูลเอกสาร ถูกนำมาวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) กำหนดประเด็นหลัก ให้รหัส ตั้งดัชนี และจัดหมวดหมู่ จากนั้นเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของข้อมูลดัชนีและหมวดหมู่ต่างๆ ที่วิเคราะห์ได้ ตรวจสอบผลการวิเคราะห์กับผู้เชี่ยวชาญร่วมกับการตรวจสอบโดยใช้วิธีการแบบสามเส้า (triangulation) ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณได้นำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาซึ่งมีการแจกแจงความถี่และร้อยละ การหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโดยใช้สถิติไค-สแควร์ (Chi square test) และสถิติ ANOVA (one way analysis of variance)

ผลการศึกษา

ลักษณะสตรีที่ทำงานไม้แกะสลัก

สตรีที่ทำงานไม้แกะสลักที่ให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์ทั้งหมดจำนวน 100 คน มีเชื้อชาติไทยและนับถือศาสนาพุทธทั้งหมด มีอายุระหว่าง 17 ถึง 69 ปี โดยอายุเฉลี่ย 36.2 ปี (SD = 9.9) มีสถานภาพสมรสคู่ (86 %) ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา (76%) มีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ยประมาณ 3,776 บาท และรวมเป็นรายได้ของครอบครัวต่ำกว่า 10,000 บาท (66.0%) ซึ่งนับว่า

รายได้ค่อนข้างต่ำเมื่อเทียบการทำงานประเภทอื่น สตรีที่มีรายได้ไม่เพียงพอ และมีการหนี้สินถึงร้อยละ 34 ซึ่งใกล้เคียงกับกลุ่มที่มีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บร้อยละ 39 ส่วนใหญ่อยู่ในครอบครัวเดี่ยว (70%) แต่มีเครือข่ายอยู่ในละแวกเดียวกัน โดยส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่ในบ้านของตนเอง (87%)

สภาพการทำงาน

การจ้างงาน

ลักษณะการทำงานมีทั้งการรับงานมาทำที่บ้านซึ่งเป็นการเหมาทำเป็นรายชิ้น และทำงานรับค่าจ้างเป็นรายวันตามบ้านที่ผลิตงานขนาดเล็กหรือขนาดกลาง โดยค่าตอบแทนในการทำงานแตกต่างกันตามความชำนาญของผู้ทำงาน สตรีส่วนใหญ่ทำงานตกแต่งซึ่งเป็นงานละเอียด แต่ไม่ต้องอาศัยทักษะมากนัก ค่าตอบแทนประมาณ 100-150 บาท ต่อวัน ในขณะที่เด็กนักเรียนหรือผู้ที่ฝึกงานจะได้ค่าตอบแทนน้อยลงมาประมาณ 60-80 บาท ต่อวัน ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างทำงานรับเหมาเป็นรายชิ้น (54%) มากกว่ารับจ้างเป็นรายวัน (46%) และส่วนใหญ่มีระยะเวลาทำงานไม่แน่นอน (58%) ขึ้นอยู่กับการว่าจ้าง ความเร่งรีบให้ทันกำหนดส่งงาน ดังนั้นระยะการทำงานในแต่ละวันจึงมีช่วงระหว่าง 2 ถึง 12 ชั่วโมง สตรีจำนวนมากทำงาน 8 ชั่วโมงต่อวัน และ 6-7 วันต่อสัปดาห์ โดยเฉลี่ยมีวันหยุดเดือนละ 2-3 วัน นอกจากนี้จากการสังเกตพบว่ากลุ่มตัวอย่างสตรีส่วนใหญ่จะใช้เวลาในการทำงานยาวนานกว่าบุรุษ โดยหลังจากเลิกทำงานในช่วงกลางวันตามปกติจะประกอบอาหารเย็นและพักผ่อนเพียงชั่วคราวแล้วทำงานต่อจนเกือบถึงเที่ยงคืนโดยเฉพาะผู้ที่รับงานเป็นรายชิ้นและผู้รับเหมางาน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมักบ่นว่า “ต้องเร่งงานให้ทันออเดอร์” และสตรีบางรายกล่าวว่า “ถ้าเป็นช่วงงานมากและงานเร่งก็ทำกันตั้งแต่เช้าไปถึงกลางคืนราว 4-5 ทุ่มครึ่ง บางครั้งก็ต้องทำงานจนสว่าง เพราะถ้าส่งงานไม่ทันจะถูกปรับวันละ 50 บาท” กลุ่มตัวอย่างไม่อยากถูกปรับเพราะค่าจ้างได้รับก็น้อย ถ้าถูกปรับอีกก็ไม่ได้อะไร และที่สำคัญกลัวจะไม่ได้งานงวดต่อไป

กระบวนการผลิตกับอันตรายต่อสุขภาพ

การวิเคราะห์อันตรายที่มีโอกาสเกิดขึ้นจากกระบวนการผลิตในการศึกษาครั้งนี้ได้อาศัยแนวคิดทางด้านสุขศาสตร์อุตสาหกรรม (วันทนีย์ พันธุ์ประสิทธิ์, 2541) ซึ่งผลการวิเคราะห์มีดังนี้

1. อันตรายทางกายภาพจากสภาพแวดล้อม

การทำงานไม้แกะสลักส่วนใหญ่เป็นการทำงานอยู่ในบ้าน ซึ่งอาจเป็นส่วนหนึ่งส่วนใดของบ้าน เช่น ใต้ถุนบ้าน หน้าบ้าน หลังบ้าน หากเป็นบ้านที่มีบริเวณกว้างก็จะใช้ลานบ้าน บางบ้านก็สร้างเป็นห้องเล็กหรือกั้นบางส่วนของบ้านเป็นที่พักงาน บางบ้านที่ไม่มีบริเวณพื้นที่ทำงานต้องอยู่ในบ้านคือใช้พื้นที่ร่วมกับกิจกรรมอื่นๆ ของบ้าน ซึ่งอาจทำให้การปนเปื้อนสารเคมีจากการทำงานกับพื้นที่อาศัย รวมทั้งไม่มีการจัดระบบควบคุมฝุ่น เสียง แสง และการถ่ายเทอากาศที่ดีพอ นับว่าเป็นการทำงานที่ไม่ถูกสุขลักษณะ และน่าจะก่อให้เกิดผลเสียมากกว่าผลดีต่อสมาชิกในครอบครัว สำหรับรายละเอียดอันตรายหรือผลเสียที่เกิดขึ้นได้แก่

1.1 ฝุ่นหรือละอองสี ฝุ่นเกิดขึ้นมาตั้งแต่การเลื่อยไม้ การแกะ และการขัดไม้ที่มีการขัดหลายครั้ง ฝุ่นที่เกิดขึ้นมีปริมาณมากและฟุ้งกระจายไปทั่วบ้าน โดยเฉพาะฝุ่นละอองขนาดเล็กอีกจำนวนมากที่ไม่สามารถมองเห็นได้ด้วยตาเปล่าที่ฟุ้งกระจายทั่วไปในบริเวณที่ทำงาน ยิ่งบางบ้านใช้พัดลมเป่าก็ยิ่งทำให้ฝุ่นฟุ้งกระจายมากขึ้น ผลกระทบที่เกิดจากฝุ่นนั้น สตรีที่ขัดไม้เล่าว่า รู้สึกระคายคอขณะที่หายใจเอาฝุ่นเข้าไป สตรีรายหนึ่งกล่าวว่า “รู้สึกกว่าฝุ่นเข้าตามากเพราะรู้สึกคันและระคายเคืองตา จนต้องซื้อน้ำยาล้างตามาล้างเป็นประจำทุกวัน” นอกจากนี้ยังมีสตรีอีกหนึ่งรายที่บุตรป่วยเป็นโรคปอด ซึ่งเริ่มสังเกตเห็นอาการในระยะแรกเมื่อบุตรอายุประมาณขวบครึ่งและยังคงรักษาอย่างต่อเนื่องมาจนกระทั่งปัจจุบันเด็กอายุ 11 ปี แพทย์ไม่ได้บอกสาเหตุที่ทำให้เด็กเป็นโรคปอด แต่ในเบื้องต้นอาจจะตั้งเป็นข้อสงสัยว่าน่าจะเกี่ยวเนื่องกับงานแกะสลักที่ผู้ปกครองทำอยู่ในบ้าน จากการสอบถามสตรี 100 คน เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา พบว่ามีปัญหาเกี่ยวกับโรคทางเดินหายใจ และ/หรือ

มีอาการหอบหืด ถึงร้อยละ 23.0 และจากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สาธารณสุข สถานีอนามัยขุนคองพบว่า ผู้ทำงานโดยเฉพาะบ้านถวายเป็นปัญหาเกี่ยวกับโรคทางเดินหายใจและภูมิแพ้กันมาก บางรายต้องใช้ยาพ่น และสรุปผลการปฏิบัติงานของสถานีอนามัยในปีพ.ศ. 2546 พบว่า โรคระบบทางเดินหายใจเป็นปัญหาสุขภาพอันดับแรกของตำบลขุนคอง มีมากถึงร้อยละ 21.9

1.2 ควัน หุ่นไม้ที่แกะเสร็จแล้วจะต้องนำไปอบในเตาอบที่ผู้ทำงานสร้างขึ้นเพื่อป้องกันพวกมอดหรือเชื้อรา ซึ่งใช้เวลานาน 1-2 วัน ขึ้นอยู่กับปริมาณของหุ่นไม้ หลังจากนั้นนำมาเผาให้เสียไม้ไหม้ราว 15-20 นาที โดยใช้แก๊สก่อนที่จะนำไปขัດให้เรียบและทำการตกแต่งในขั้นตอนต่อไป ซึ่งการทำงานในขั้นตอนนี้ทำให้มีควันไฟและก่อให้เกิดมลภาวะทางอากาศทั้งในบ้านรวมทั้งชุมชนอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ควันไฟและมลภาวะทางอากาศที่เกิดขึ้นก็อาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่เชื่อมโยงกับปัญหาสุขภาพเกี่ยวกับโรคทางเดินหายใจเช่นกัน

1.3 ความร้อน การอบและเผาหุ่นไม้ก่อให้เกิดความร้อนอย่างมากโดยเฉพาะถ้าเตาอบอยู่บริเวณใกล้เคียงตัวบ้าน ซึ่งอากาศถ่ายเทไม่สะดวก หากการทำงานนั้นอยู่ในช่วงฤดูร้อนที่มีอากาศร้อนแห้งแล้ว ความร้อนก็จะยิ่งทวีมากขึ้น ซึ่งผู้ทำงานได้เล่าให้ฟังว่าผู้ที่ทำงานส่วนใหญ่จะเกิดปัญหาผดผื่นคันกันมากในช่วงฤดูร้อน เนื่องจากมีเหงื่อออกมากประกอบกับการมีฝุ่นฟุ้งกระจายจึงทำให้คัน ยิ่งเกามากยิ่งขึ้นจนทำให้มีปัญหาเกี่ยวกับผิวหนังตามมา

1.4 เสียง เสียงดังจากการเลื่อยไม้นั้นมีได้จำกัดอยู่เฉพาะบ้านที่ทำเท่านั้น แต่จะดังไปทั่วละแวกบ้านใกล้เคียงด้วย ปัจจุบันนี้ในหมู่บ้านกาดเองมีกลุ่มผู้ทำงานนี้อยู่ประมาณ 6 กลุ่มที่รับจ้างทำหุ่นโดยเฉพาะ ซึ่งแม้เป็นบุรุษทั้งหมด ผลกระทบจะมีต่อสตรีที่ทำให้ในบริเวณใกล้เคียงด้วย ดังนั้นงานที่ทำจึงเป็นการเลื่อยไม้ทุกวัน จึงพบว่าผู้ที่ทำงานบริเวณนี้บางรายเริ่มมีอาการหูตึงเกิดขึ้น

1.5 แสง การทำงานนี้ส่วนใหญ่ใช้พื้นที่ในบริเวณบ้านและผู้ทำงานมักใช้หลอดไฟฟ้าที่มีกำลังวัตต์ต่ำเพื่อประหยัดไฟ จึงทำให้ผู้ทำงานต้องใช้สายตาเพ่งมองเป็นพิเศษ โดยเฉพาะสตรีส่วนใหญ่ที่ทำงานตกแต่งมักจะทำงานตอน

กลางคืนด้วย งานที่ต้องใช้สายตาเพ่งมาก ได้แก่ งานกรีดและตัดกระดาษ งานติดกระดาษ และงานแต่งสี เป็นต้น สำหรับสตรีที่อายุน้อยอาจจะไม่ยังพบปัญหาเกี่ยวกับสายตาอย่างชัดเจนในขณะนี้ แต่ในระยะยาวแล้วปัญหาเกี่ยวกับสายตาคงจะเกิดตามมา นอกจากนี้ข้อมูลที่ได้จากการสอบถามสตรี พบว่าผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับสายตามีถึงร้อยละ 18 ซึ่งเป็นอัตราที่สูง

1.6 กลิ่น ในการทำงานโดยเฉพาะขั้นตอนการตกแต่งจำเป็นต้องใช้สีทั้งสีน้ำและสีน้ำมัน กาว แวกซ์ ชแลค ทินเนอร์ เลคเกอร์ น้ำมันชักเงา แอลกอฮอล์ น้ำมันชักแห้ง น้ำยากันมอด สิ่งเหล่านี้ล้วนมีกลิ่นแรงมาก ซึ่งสตรีที่ทำงานบอกว่าเมื่อเริ่มทำงานนี้ใหม่ ก็รู้สึกเหม็นจนหายใจไม่ค่อยได้ เวียนศีรษะ บางรายถึงกับอาเจียนออกมา แต่พอทำงานไประยะหนึ่งก็เกิดความเคยชินจนขณะนี้แทบไม่รู้สึก สตรีบางรายพูดติดตลกว่า “วันไหนไม่ได้ทำงานรู้สึกว่ามีบางอย่างขาดหายไป อาจจะเป็นเพราะไม่ได้ดมการ” อย่างไรก็ตามยังมีสตรีบางรายที่ทนต่อกลิ่นไม่ได้ ต้องเลิกทำงานในขั้นตอนนี้ไป โดยเลี่ยงไปทำงานด้านการจำหน่าย

1.7 ขยะ ขยะที่เกิดจากงานที่ทำอันมีผลต่อบุคคลที่ทำงานและชุมชนโดยรวม ซึ่งขยะที่เกิดขึ้นได้แก่เศษไม้ ฝุ่นจากไม้ ฝุ่นทองคำเปลว กระป๋องสี กาว ทินเนอร์ แอลกอฮอล์ เศษกระดาษ เป็นต้น ยังไม่ได้มีระบบกำจัดขยะแบบรวม คนในชุมชนหาทางกำจัดขยะเอง โดยขึ้นอยู่กับประเภทของขยะ ถ้าเป็นกระป๋องสีจะมีผู้มารับซื้อตามบ้าน หากมีจำนวนน้อยบางครั้งก็ยกให้ฟรี สำหรับเศษไม้หรือขยะอื่นๆ ส่วนใหญ่กำจัดโดยการเผาของแต่ละบ้าน ซึ่งเท่ากับเป็นการเพิ่มปริมาณมลภาวะในอากาศให้มากขึ้น จากการสัมภาษณ์ผู้ใหญ่บ้านกล่าวว่าเคยมีชาวบ้านบางรายที่แอบเอาขยะไปทิ้งในที่ดินว่างเปล่า ซึ่งผลกระทบในระยะยาวแล้วย่อมจะมีปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมตามมา รวมทั้งปัญหาข้อขัดแย้งเกี่ยวกับการกำจัดขยะระหว่างผู้ที่ทิ้งขยะและเจ้าของที่ดิน

อันตรายที่กล่าวมานี้ไม่เพียงแต่จะมีผลกระทบโดยตรงต่อสตรีที่ทำงาน ยังอาจจะมีผลต่อสมาชิกในครอบครัวด้วย โดยเฉพาะในบ้านที่มีเด็กเล็ก ทั้งนี้เพราะบรรยากาศที่มีทั้งฝุ่น เสียงดัง และกลิ่นเหม็นนั้นไม่น่าจะเป็นสภาพแวดล้อม

ที่ติดต่อการเลี้ยงดูเด็ก จากการสัมภาษณ์มารดาที่มีบุตรอายุ 6 เดือน ที่อาศัยอยู่ในบ้านที่รับทำงานขัดและตกแต่งไม้แกะสลัก ได้เล่าว่า ตนเองไม่ชอบเลี้ยงดูบุตรที่บ้านขณะมีภาระการทำงาน เนื่องจากบริเวณบ้านมีแต่ฝุ่นไม้ฟุ้งกระจายและเสียงดังจากเครื่องขัด ดังนั้นจึงเอาบุตรไปฝากเลี้ยงที่สถานรับเลี้ยงเด็กที่เปิดกิจการโดยคนในหมู่บ้าน เพราะคิดว่าดีกว่าเลี้ยงดูอยู่กับบ้าน นอกจากนี้ตนเองก็สามารถไปรับจ้างขายของหน้าร้านเป็นการเพิ่มรายได้ให้กับครอบครัว

2. อันตรายจากเครื่องจักรหรือเครื่องมือ

การทำงานไม้แกะสลักนี้ ต้องใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ที่มีโอกาสเสี่ยงทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ดังนี้

2.1 งานทำหุ่นและงานแกะสลักไม้

จากการสนทนากลุ่มผู้นำชุมชนกล่าวว่า ผู้ทำงานนี้ล้วนเคยได้รับอุบัติเหตุไม่มากนักน้อย อุปกรณ์สำคัญที่ใช้ในการทำงานขั้นตอนนี้ที่อาจก่อให้เกิดอุบัติเหตุในการทำงานได้แก่ เลื่อยที่ใช้สำหรับตัดไม้หรือเลื่อยไม้ในการทำหุ่นนี้ มีทั้งเลื่อยวงเดือน เลื่อยไฟฟ้า และเลื่อยธรรมดา ขึ้นอยู่กับขนาดของไม้การทำงานในขั้นตอนนี้ต้องมีความชำนาญ โดยเฉพาะเลื่อยวงเดือนที่ต้องใช้สมาธิมากเป็นพิเศษมิฉะนั้นจะได้รับอุบัติเหตุจากเลื่อยตัดมือหรือนิ้วได้ และพบว่าเลื่อยนี้วขาดมาหลายรายแล้ว เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยชุมชนคงเล่าให้ฟังว่า “มีอยู่บ่อยๆ ที่ผู้ทำงานต้องประสบอุบัติเหตุมารับบริการตั้งแต่ล้างแผล เย็บแผล และทำแผลอยู่เป็นประจำ” ผู้ทำงานที่ได้รับอุบัติเหตุบางคนก็บอกว่า “พอหายเจ็บแล้วก็กลับมาทำใหม่ๆ ก็เสียขวัญ อยู่ แต่พอทำไปสักพักก็เลิกกลัว” นอกจากนี้ผู้ทำงานบางคนเคยถูกไม้ท่อนใหญ่ๆ หล่นทับเวลาตัดและ/หรือหุ่นหล่นทับเวลาทำงาน จนส่งผลให้บาดเจ็บอยู่เป็นประจำ ดังนั้นผู้ที่ไม่ชอบเสี่ยงต่อการบาดเจ็บจึงมักจ้างคนอื่นทำ ส่วนตัวเองจะทำเฉพาะการตกแต่ง บริหารจัดการ บรรจุ และจำหน่ายเท่านั้น

2.2 งานเผา อบ และขัดหุ่นไม้

อุปกรณ์ที่ใช้คือ เตาอบ ถังแก๊สและท่อเปลวไฟ และเครื่องขัดไฟฟ้าจากการสังเกตพบว่าผู้ทำงานส่วนใหญ่จะทำงานขัดไม้นอกบ้าน โดยใช้วิธีต่อสายไฟฟ้าจากในบ้านออกไปแล้วจึงต่อกับเครื่องขัด เนื่องจากในการขัดงานไม้นั้นก่อให้เกิดฝุ่นไม้จำนวนมาก ผู้ทำงานส่วนใหญ่ไม่ค่อยใส่ใจหรือระมัดระวังเกี่ยวกับการใช้กระแสไฟฟ้า คณะผู้วิจัยสังเกตเห็นผู้ทำงานบางคนเอาสายไฟฟ้าพาดป่า โดยมีปลั๊กที่ต่อลอยอยู่ในระดับขาของตนเองเพราะกลัวสายไฟฟ้าที่ยาวจะพันขาพันมือมากกว่าจะกลัวไฟฟ้าช็อต ซึ่งเป็นวิธีการทำงานที่นับว่าเสี่ยงต่ออันตรายมากที่สุด จากการสัมภาษณ์พบว่าเคยมีผู้ทำงานได้รับอุบัติเหตุจนข้อมือแตก ซึ่งสาเหตุเกิดจากสายไฟของเครื่องขัดพันข้อมือขณะทำงาน แล้วกระชากปลั๊กหลุดมาตีข้อมือ ผู้ทำงานรายหนึ่งซึ่งเคยทำงานขัดไม้ตั้งแต่ตอนวัยรุ่น ปัจจุบันอายุ 55 ปี เพราะทำงานอื่นไม่เป็นจึงได้แต่ทำงานขัดไม้จนกระทั่งปีทีที่แล้วเลิกทำงานนี้เพราะสุขภาพไม่ดีเป็นโรคหืดต้องใช้เครื่องพ่นยาและทานยาตลอด นอกจากนี้ยังมีอาการปวดข้อมือจนต้องไปรับการรักษาโดยได้รับการฉีดยาทุก 3 วัน ได้ยามาทาและรับประทาน ซึ่งผู้ทำงานรายนี้บอกว่า “ถ้าย้อนเวลากลับได้ จะดูแลสุขภาพตัวเองให้ดีกว่านี้ โดยเฉพาะการทำงานขัดไม้”

3. อันตรายจากสารเคมี

แม้จะดูเหมือนว่าการทำงานแกะสลักไม้ไม่ค่อยมีการใช้สารเคมีที่มีพิษร้ายแรงก็ตาม แต่สารบางตัวที่ใช้อยู่ได้แก่ แอลกอฮอล์ ซิลิโคน ซีเมนต์ น้ำมันชักเงา น้ำมันเบนซิน สีน้ำมัน ทินเนอร์ กาว เลคเกอร์ น้ำยาชักแห้ง น้ำยากันมอด และทองคำเปลว สารบางตัวเป็นสารที่ระเหยได้ และสารบางตัวสามารถซึมผ่านผิวหนังได้ สารเคมีหรือวัสดุบางอย่างอาจจะเป็นฝุ่นละอองเล็กๆ ที่อยู่ในบริเวณบ้าน เช่น ทองคำเปลว สีน้ำมันที่พ่นตัวตุ๊กตา สิ่งที้อยู่ในอากาศย่อมก่อให้เกิดอันตรายทั้งต่อผู้ที่ทำงานและผู้ที่พักอาศัยในบ้านโดยเฉพาะเด็กเล็กๆ ซึ่งอันตรายจากการสูดดมหรือหายใจเอาสารเหล่านี้ผ่านเข้าสู่ปอดนั้นมีอันตรายมากกว่าการรับประทานเข้าไป เพราะสารเคมีที่ผ่านเข้าร่างกายทางปอดสามารถเข้าสู่กระแสเลือดและผ่านเข้าสู่สมองได้ ยิ่งผู้ทำงานมานานยิ่งมีโอกาสของสารสะสมสารเคมีอยู่ในร่างกาย หรือเด็กๆ ที่เติบโตมาในสภาพแวดล้อมดังกล่าว ยิ่งมีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพ โดยเฉพาะในปัจจุบันมีบ้าน

เรื้อนหนาแน่นขึ้นมากกว่าในอดีต ขณะเดียวกันที่โล่งสำหรับระบายถ่ายเทอากาศก็ลดลงอย่างมาก ทำให้มลภาวะทางอากาศเพิ่มขึ้น จึงน่าสนใจที่ควรมีการศึกษาติดตามผลกระทบในระยะยาวต่อไป

4. อันตรายจากสภาพแวดล้อมทางการยศาสตร์

ปัญหาทางด้านการยศาสตร์ที่เกิดจากท่าทางในการทำงานที่ไม่ถูกต้อง รวมทั้งเครื่องมือเครื่องใช้ที่ไม่เหมาะสมกับคนทำงานนั้น มักเข้าใจว่าเกิดขึ้นกับผู้ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมเป็นส่วนใหญ่ แต่ถ้าวิเคราะห์ถึงสภาพการทำงานอย่างลึกซึ้งจะพบว่า ผู้ที่รับงานอุตสาหกรรมมาทำที่บ้านก็มีปัญหาเหมือนกัน ทั้งนี้เพราะสภาพแวดล้อมและสถานที่ในการทำงานไม่ได้ถูกออกแบบอย่างเหมาะสมกับงาน ขาดการคุ้มครองด้านความปลอดภัย ประกอบกับการทำงานที่มุ่งหวังผลผลิตในเชิงปริมาณ ทำให้ที่ผู้ทำงานต้องเร่งทำให้เสร็จตามนัดหมาย โดยไม่ได้นึกถึงผลกระทบต่อตัวเอง จากการสังเกตท่าทางที่พบบ่อยในผู้ทำงานที่ตกแต่งชิ้นงานคือ นั่งกับพื้น แต่บางคนก็ใช้นั่งตัวเดียว บ้างก็นั่งคุกเข่าเพราะทำงานถนัดกว่านั่งท่ากับพื้น โดยผู้ทำงานส่วนใหญ่ต้องนั่งทำงานอยู่ในท่าเดียวกันอย่างต่อเนื่องวันละประมาณ 8 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 6-7 วัน ดังนั้นจากการสอบถามจึงพบว่าปัญหาปวดเมื่อย ปวดหลัง ปวดเอวเป็นภาวะความเจ็บป่วยที่พบมากที่สุดของกลุ่มตัวอย่าง คือ ร้อยละ 80 ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลจากการสนทนากลุ่มและผลสรุปภาวะสุขภาพของสถานีนอมนัยขุนคงได้ระบุว่าโรคระบบกล้ามเนื้อและโครงร่างเป็นโรคที่คนเป็นกัน ข้อมูลดังกล่าวได้สะท้อนให้เห็นปัญหาสุขภาพทางด้านการยศาสตร์ของคนงานกลุ่มนี้ได้เป็นอย่างดี

ระบบการดูแลสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพ

เมื่อสอบถามสตรีที่ทำงานไม่แกะสลักถึงภาวะสุขภาพและภาวะเจ็บป่วยในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ระบุว่าตนเองมีสุขภาพโดยรวมค่อนข้างดี (60%) ถึงดีมาก (27%) แต่เมื่อถามถึงความเจ็บป่วย โดยแยกสัมภาษณ์อาการเจ็บป่วยในระบบต่างๆ พบสตรีประมาณ 3 ใน 4 ระบุว่ามีอาการเจ็บป่วยอย่างน้อย 1 อาการ โดยการเจ็บป่วยที่พบมากที่สุดคือ อาการปวดเมื่อย ปวดหลัง

ปวดเอว รองลงมาได้แก่ โรคกระเพาะอาหาร โรคทางเดินหายใจและ/หรือหอบหืด ปัญหาเกี่ยวกับตาและสายตา ผิวน้ำ และอุบัติเหตุ ทั้งนี้ตามมุมมองเกี่ยวกับสุขภาพของสตรีที่ให้ความหมายของคำว่า “สุขภาพดี” นั้นขึ้นอยู่กับว่าการเจ็บป่วยนั้นคุกคามวิถีชีวิตมากน้อยเพียงใด ถ้ามีอาการเพียงเล็กน้อย ยังคงทำงานได้ แรงงานมักจะประเมินว่าสุขภาพดีหรือค่อนข้างดี แต่ถ้ามีอาการใช้หรือเจ็บป่วยจนต้องนอนพัก ไม่สามารถทำงานได้ ต้องไปขอรับการดูแลจากแหล่งบริการสุขภาพ จึงจะถือว่าสุขภาพไม่ค่อยดีหรือไม่ดี ดังที่สตรีรายหนึ่งกล่าวว่า “ทุกวันนี้ คิดว่าตัวเองมีสุขภาพดี ไม่เจ็บไม่ป่วยอะไร จะมีบ้างก็ปวดเมื่อย ปวดศีรษะบ้าง นอนพักหรือกินยา เดียวก็หาย” ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (ประทุมมา ฤทธิ์โพธิ์, 2546; วิลาวัณย์ เสนารัตน์ และคณะ, 2544) ที่พบว่าสตรีส่วนใหญ่เชื่อว่าเมื่อร่างกายแข็งแรงไม่จำเป็นต้องไปรับบริการสุขภาพ

โดยทั่วไปสตรีกลุ่มนี้ได้มีการดูแลหรือสร้างเสริมสุขภาพตนเองให้สมบูรณ์แข็งแรงอยู่เสมอเพื่อไม่ให้เจ็บป่วยโดยเฉพาะในเรื่องอาหาร (85%) และการพักผ่อนนอนหลับ (79%) การออกกำลังกาย (62%) และการพักผ่อนหย่อนใจ (49%) ส่วนด้านการผ่อนคลายอารมณ์สตรีระบุว่ามีโอกาสได้ทำน้อย (33%) เมื่อมีภาวะเจ็บป่วยเกิดขึ้นวิธีการดูแลสุขภาพในวันแรกที่ใช้มากที่สุดของสตรีกลุ่มนี้คือรับการรักษาในสถานบริการสุขภาพ (60%) อย่างไรก็ตามสตรีร้อยละ 27 ซ้อมารับประทานเอง และสตรีจำนวนหนึ่งที่ไม่ได้ทำอะไร (11%) โดยให้เหตุผลว่าจะคอยสังเกตอาการหรือดูแลตนเองอย่างง่าย ๆ มีเพียงร้อยละ 2 ที่มีการดูแลแบบพื้นบ้าน (สมุนไพรหรือ หมอเมือง) ตัวอย่างเช่นเมื่อมีอาการปวดเมื่อยที่ผู้ทำงานมักซื้อยาแก้ปวดแก้เมื่อยมารับประทานเป็นประจำ บางคนก็รับประทานยาที่จำหน่ายจัดไว้ชุด ขณะที่ผู้ทำงานวัยกลางคนถึงสูงอายุนิยมซื้อสมุนไพรเป็นรากไม้มาต้มน้ำรับประทาน แต่บางคนก็จ้างหมอนวดมานวดให้ถึงบ้าน อาการปวดเมื่อยจากการทำงานนี้มีบางคนเป็นมากจนต้องไปให้หมอฉีดยาและเอายารับประทาน (เสียค่ารักษาครั้งละ 100-150 บาท)

สำหรับการเข้าถึงบริการสุขภาพนั้น สถานบริการสุขภาพที่สตรีใช้บ่อยที่สุดคือ สถานบริการของรัฐ (45%) โดยเกือบทั้งหมดจะไปรับบริการที่สถานี

อนามัยเป็นอันดับแรก ขณะที่ใช้บริการสถานบริการของเอกชน (15%) ซึ่งสตรีส่วนใหญ่พึงพอใจต่อคุณภาพและมาตรฐานของบริการที่ตนเองเลือกใช้ทั้งของรัฐและเอกชน รวมทั้งเห็นว่าสถานบริการสุขภาพทั้งสองให้บริการดี ไม่ค่อยแตกต่างกัน อย่างไรก็ตามสตรียังมีความต้องการการบริการสุขภาพเพิ่มเติมโดยเฉพาะบริการด้านการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย (49%) และการสร้างเสริมสุขภาพ (49%) ที่สตรีมีความต้องการเป็นอันดับแรกเท่ากัน รองลงมาคือการให้คำปรึกษา (369%) ในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลของสตรีส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง 30 บาทรักษาทุกโรค) (70%) และเช่นเดียวกับผู้ทำงานในภาคเศรษฐกิจนอกระบบทั่วไป สตรีทั้งหมดไม่ได้รับสิทธิประโยชน์และสวัสดิการด้านสุขภาพจากที่ทำงานซึ่งได้แก่ การตรวจสุขภาพประจำปี สิทธิลาพักผ่อนเมื่อเจ็บป่วยและการลาพักหลังคลอดโดยได้รับค่าจ้าง

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

สตรีที่ทำงานไม่แกะสลักส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีโดยรวมในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในแต่ละด้าน สตรีมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีที่มีคะแนนมากที่สุดคือ ด้านการหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด รองลงมาได้แก่ การพักผ่อนนอนหลับ การบริโภคอาหาร การผ่อนคลายอารมณ์ และการป้องกันอันตรายจากการทำงาน ขณะที่พฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่มีคะแนนต่ำที่สุดคือ ด้านการออกกำลังกาย ผลการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (ประทุมมา ฤทธิ์โพธิ์, 2546; สุกาญญา กลิ่นถือศีล, 2543) ที่พบว่าสตรีที่ทำงานไม่แกะสลักมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในเรื่อง การหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด การบริโภคอาหาร แต่ยังมี การออกกำลังกายน้อย

เมื่อพิจารณาถึงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในแต่ละด้านพบว่าพฤติกรรม การดูแลสุขภาพด้านการบริโภคอาหารพบว่า สตรีส่วนใหญ่ปฏิบัติพฤติกรรม การบริโภคอาหารที่ดีเป็นประจำมากที่สุด คือ การรับประทานอาหารเช้าครบสาม มื้อ (88%) ครบทุกหมวดหมู่ (49%) ดื่มน้ำสะอาดวันละ 6-8 แก้วในแต่ละวัน (65%) ขณะที่สตรีส่วนใหญ่ปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ไม่ดีเป็นบางครั้ง

ได้แก่ การรับประทานอาหารสำเร็จรูปบรรจุกระป๋องหรือบรรจุของ (เช่น บะหมี่สำเร็จรูป ปลากระป๋อง เป็นต้น) (72%) อาหารสุกๆ ดิบๆ (เช่น แหนม ลาบ เป็นต้น) (71%) อาหารหมักดอง (เช่น ผักหรือผลไม้ดอง เป็นต้น) (69%) อาหารปรุงสำเร็จจากร้านอาหาร หาบเร่ แผงลอย (62%) อาหารที่มีไขมันสูง (เช่น แครกหมู หนังกุ้ง หมูสามชั้น คอหมู แกงกะทิ ของหวานที่มีกะทิ เป็นต้น) (55%) อาหารรสเค็มจัด (เช่น มันฝรั่งทอดกรอบ เป็นต้น) (50%) อาหารรสหวานจัด (เช่น ก๊วยเจ๋ง ทองหยิบทองหยอด) (48%) ทั้งนี้สอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เจาะลึกที่สตรีกลุ่มนี้บอกว่า “แถวที่บ้านเรา ก็ทำกับข้าวกินกันเองทุกบ้านอยู่แล้ว บางครั้งก็เอามาแลกเปลี่ยนกัน ได้กินหลายอย่างดี ครบทั้งเนื้อและผัก ก็พยายามทำอย่างหมอบอก กินให้ครบทุกมื้อ ระวังไม่ให้เค็มไป หวานไป มันหนักไป”

ด้านการใช้สารเสพติดพบว่า สตรีส่วนใหญ่ไม่เคยมีพฤติกรรมการใช้สารเสพติด ได้แก่ การดื่มชา กาแฟ เครื่องดื่มชูกำลัง และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ รวมทั้งการสูบบุหรี่/ต้องอยู่บริเวณที่มีควันบุหรี่ หรือการใช้สารกระตุ้นในการทำงาน แต่สตรีส่วนใหญ่มีการใช้สารเสพติดเป็นบางครั้ง ได้แก่ การดื่มน้ำอัดลม มากกว่า 2 ถ้วย/แก้วต่อวัน และการใช้ยาแก้ปวดอย่างน้อยวันละ 2 เม็ด ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ในสตรีที่บอกว่า “เหล้า บุหรี่ ไม่ได้ทั้งนั้น แต่น้ำหวานเป็นขวดก็กินบ้างเวลาทำงานเหนื่อยและเอาไว้อ่อนรับแขก...ถ้าวันไหนทำงานนานๆ ปวดเมื่อยก็ใช้ยาแก้ปวดเป็นบางครั้ง”

ด้านการป้องกันอันตรายจากการทำงานในรายข้อพบว่า สตรีส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการทำงานที่ดีเป็นประจำในเรื่อง การจัดสภาพแวดล้อมในการทำงานที่ดี (ทั้งการระบายอากาศ แสงสว่าง อุณหภูมิที่เหมาะสม และไม่มีเสียงดัง) ยกเว้นทำงานอยู่ในสถานที่ที่มีมลพิษทางอากาศที่พบบ่อยครั้ง ส่วนการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันนั้นปฏิบัติเป็นบางครั้ง ทั้งนี้ให้เหตุผลว่า อึดอัด ไม่สะดวกต่อการทำงาน สำหรับท่าทางในการทำงานส่วนใหญ่มีพฤติกรรมที่ไม่ดีได้แก่ ในการทำงานต้องเคลื่อนไหวเฉพาะอวัยวะใดอวัยวะหนึ่งซ้ำๆ กัน และต้องก้มโน้มตัวไปข้างหน้าหรือมีการยกแขนหรือคุกเข่าอย่างต่อเนื่องเป็นประจำ แต่สตรีกลุ่มนี้ส่วนใหญ่สลับเปลี่ยนท่าทางทุก 1

ชั่วโมงขณะทำงาน ส่วนการปฏิบัติตนเองเพื่อป้องกันปัญหาหรืออันตรายจากการทำงานนั้น สตรีส่วนใหญ่ไม่เคยกลั่นปัสสาวะระหว่างการทำงานและไม่รับประทานอาหารมาในสถานที่ทำงาน และล้างมือทุกครั้งก่อนรับประทานอาหารหรือดื่มน้ำเป็นประจำ แต่บางครั้งสตรีกลุ่มนี้ต้องทำงานติดต่อกันเกิน 4 ชั่วโมงโดยไม่หยุดพัก มีเวลาหยุดพักในการทำงานแต่ละวันไม่ถึง 1 ชั่วโมง ทำงานมากกว่า 8 ชั่วโมงในแต่ละวัน ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เจาะลึกในสตรีที่ทำงานไม้แกะสลักเล่าว่า “การรับงานมาทำที่บ้านเราเอง เราก็ต้องเลือกทำในที่ใดมีแสงพอ อากาศถ่ายเทดี ร้อนไปก็เอาพัดลมช่วยบ้าง แต่ฝุ่นนี้ก็จัดการยากหน่อย ถ้ามันเยอะก็ใส่ผ้าปิดปากปิดจมูกเอา ส่วนเรื่องกลิ่นนั้นทำแรกๆ จะเหม็น ต้องใส่ผ้าปิดปากปิดจมูก หลังๆ ก็ชิน ไม่ต้องใส่ก็ได้ .ใส่แล้วอึดอัด. . การทำไม้แกะสลัก ถ้าทาสี ก็จะทำทีเดียว แล้วขัดทีเดียว ตัดกระจกก็ทีเดียว ทำเป็นอย่างๆ มันก็ต้องทำซ้ำทำเดียวกัน และอยู่ในท่าก้มทำอยู่แล้ว ไม่นั่งก็ทำไม่ได้ไม่ถนัด”

ด้านการผ่อนคลายอารมณ์พบว่า สตรีส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการผ่อนคลายอารมณ์ที่ดีเป็นประจำเฉพาะการใช้เวลาว่างในพักผ่อนหย่อนใจ เมื่อมีปัญหาไม่สบายใจส่วนใหญ่จะทำตัวสบายๆ ไม่วิตกกังวล ไม่หงุดหงิด ไม่เครียด และปรึกษาปัญหาข้อขัดข้องใจกับบุคคลใกล้ชิด และเมื่อโกรธหรือรู้สึกไม่พอใจจะพูดระบายปรับความเข้าใจกับบุคคลนั้น เป็นบางครั้ง ซึ่งสอดคล้องกับคำบอกเล่าที่ว่า “เครียดก็ดูทีวีบ้าง อ่านหนังสืออ่านเล่นบ้าง เดี่ยวก็ลืมเรื่องยุ่งๆ ” สตรีจำนวนมากกล่าวว่า “ก็ไม่รู้จะทำอย่างไร นอกจากดูทีวี ฟังเพลง ก็ไม่รู้จะเล่าให้ใคร เดี่ยวก็รู้กันทั่วหมู่บ้าน กลายเป็นเรื่องใหญ่ไปอีก”

ด้านการพักผ่อนนอนหลับพบว่า สตรีส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการพักผ่อนนอนหลับที่ดีเป็นประจำเกือบทุกข้อปฏิบัติ ได้แก่ นอนหลับในช่วงเวลากลางคืนตามปกติ (83%) วันละ 6-8 ชั่วโมง (72%) มีเวลานอนแน่นอน (63%) นอนหลับสนิทตลอดคืน โดยไม่ตื่นกลางดึก (44%) ซึ่งสอดคล้องกับคำบอกเล่าของสตรีที่ทำงานไม้แกะสลักที่ว่า “แต่ละวันทำงานเหนื่อยแล้ว หัวถึงหมอนก็หลับเป็นตายเลย ตื่นเช้ามาก็มีแรงทำงานต่อไป”

ด้านการอยู่ร่วมในสังคมพบว่าสตรีส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการอยู่ร่วม

ในสังคมที่ดีเป็นประจำ คือ การแสดงความยินดียกย่องชมเชยในความสำเร็จ ความสามารถของคนอื่น (40%) ส่วนพฤติกรรมที่ปฏิบัติบ่อยครั้ง ได้แก่ การให้ความสำคัญและรักษาสัมพันธภาพกับบุคคล (48%) และการแสดงความห่วงใย ความรัก ความอบอุ่นต่อบุคคลอื่น (41%) สำหรับพฤติกรรมที่สตรียุติปฏิบัติเป็นบางครั้ง ได้แก่ การร่วมทำกิจกรรมกับสมาชิกในครอบครัว กับเพื่อนหรือเพื่อนบ้านนั้นสตรียุติปฏิบัติ (51%) และการเป็นที่ปรึกษาหรือให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์แก่สมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนบ้าน (45%)

ด้านการแสวงหาการดูแลสุขภาพพบว่า สตรีส่วนใหญ่ไม่เคยตรวจ

สุขภาพประจำปี แต่ตรวจหามะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านมตามคำแนะนำของบุคลากรสุขภาพเป็นประจำ ส่วนการแสวงหาความรู้ด้านสุขภาพโดยตนเอง มีเป็นบางครั้ง ได้แก่ การอ่านหนังสือ ฟังวิทยุ และดูทีวี การซักถามบุคลากรสุขภาพ เมื่อไม่เข้าใจการตรวจรักษาและคำแนะนำ และการปรึกษาหรือเล่าอาการผิดปกติเมื่อมีความกังวลใจในสุขภาพ รวมทั้งการสังเกตการเปลี่ยนแปลงร่างกายหรืออาการที่เป็นอันตรายอย่างน้อยเดือนละครั้ง ทั้งนี้สตรีกลุ่มนี้เล่าว่า “ช่วงนี้มีการรณรงค์เรื่องมะเร็งปากมดลูก หมอที่อนามัยก็นัดไปตรวจพร้อมกัน ก็ดีจะรู้ว่าเป็นหรือไม่ แต่อย่างอื่นถ้าไม่เจ็บไม่ป่วย ก็ไม่ไปตรวจอะไร เพราะเสียตังค์ เสียเวลา ที่โรงพยาบาลคนไข้ก็มาก เราไม่ป่วย ก็ไม่ออกไปกวนเวลาหมอพยาบาล จะได้ตรวจรักษาคนป่วยก่อน และอีกอย่างเราต้องไปรอนาน เสียเวลาทำงาน”

ด้านการออกกำลังกายในรายข้อพบว่าสตรีส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการ

ออกกำลังกายที่ดีโดยใช้เวลาในการทำกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหวร่างกายในยามว่างนั้นกลุ่มสตรีที่ทำงานไม่กะสลับปฏิบัติเป็นประจำถึงร้อยละ 41 อย่างไรก็ตามสตรีส่วนใหญ่ออกกำลังกายครั้งละ 30 นาที อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ และออกกำลังกายในระหว่างทำกิจวัตรประจำวัน (เช่น การทำงานบ้าน การเดินหลังรับประทานอาหาร การยืดเหยียดร่างกายขณะพักจากการทำงาน เป็นต้น) ที่สตรียุติปฏิบัติเป็นบางครั้ง (38%) ทั้งนี้จากการสัมภาษณ์สตรีส่วนใหญ่บอกว่า “ไม่ไปเดินแอโรบิคเพราะอายุ ที่ต้องไปเดินแรงเดินกา ให้คนอื่นดูถ้าอยากออกกำลังกายก็ทำงานบ้าน ปลูกผักปลูกไม้เอา”

ด้านอนามัยเจริญพันธุ์และเพศสัมพันธ์พบว่า สตรีส่วนใหญ่มี

พฤติกรรมด้านอนามัยเจริญพันธุ์และเพศสัมพันธ์ที่ดี โดยร้อยละ 88 ใช้วิธีการคุมกำเนิด เมื่อยังไม่พร้อมที่จะมีบุตร และร้อยละ 36.3 ใช้ถุงยางอนามัยในการป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์เมื่อมีเพศสัมพันธ์ อย่างไรก็ตามร้อยละ 12.0 มีเพศสัมพันธ์ก่อนการแต่งงาน และร้อยละ 16.3 เคยทำแท้ง ทั้งนี้สตรีที่ทำงานไม้แกะสลักส่วนหนึ่งบอกว่าบอกว่า “ควรแต่งงานก่อน เดียวจะท้องไม่มีพ่อ บ้านเราใครทำอะไรก็รู้ไปหมด สำหรับการป้องกัน จะให้แฟนใส่ถุงยางก็พูดยากเลย”

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมของสตรีที่ทำงานไม้แกะสลัก 100 คน พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ด้านทางสังคมเศรษฐกิจได้แก่ ระดับการศึกษา และรายได้ของครอบครัวต่อเดือน และรูปแบบการทำงาน ($p < .001$) ซึ่งข้อมูลที่ได้กล่าวมาแล้วน่าจะสามารถอธิบายความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอย่างเห็นได้ชัด ส่วนปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรมที่สัมพันธ์คือ ค่านิยม ความเชื่อ และข้อปฏิบัติเฉพาะเพศ ($p < .001$) ดังรายละเอียดจะกล่าวในหัวข้อต่อไป

ค่านิยม ความเชื่อ และข้อปฏิบัติเฉพาะเพศเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ

แม้ว่าสตรีกลุ่มนี้ส่วนใหญ่มีค่านิยมความเชื่อและข้อปฏิบัติเฉพาะเพศที่เป็นสนับสนุนต่อพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้ชาย (สามี) ในงานบ้าน เช่น การช่วยเตรียมและทำอาหาร (87%) การช่วยทำความสะอาดบ้าน (82%) และการช่วยซักรีดเสื้อผ้า (70%) และการช่วยดูแลสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ การดูแลบุตร (92%) และดูแลสมาชิกอื่นที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย (เช่น ผู้ป่วย หรือผู้สูงอายุ) (95%) และสตรีส่วนใหญ่ไม่มีค่านิยม ความเชื่อ และข้อปฏิบัติเฉพาะเพศที่เป็นอุปสรรคต่อพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม โดยคิดว่าการที่ผู้หญิงต้องทำงานทั้งหารายได้ งานบ้าน และการเลี้ยงดูบุตร เป็นไม่อุปสรรคต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในเรื่องการบริโภคอาหาร (64-48%) การออกกำลังกาย (60%) การพักผ่อนหลับนอน (55%) การดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย (53%) การเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน (74%)

อย่างไรก็ตามค่านิยมความเชื่อและข้อปฏิบัติเฉพาะเพศบางอย่างเกี่ยวกับความไม่เสมอภาคระหว่างหญิง-ชายที่เป็นอุปสรรคต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีหลายประการ ได้แก่ การคุมกำเนิดเป็นหน้าที่ของภรรยา (70%) ภรรยาที่ดีต้องตื่นก่อนและเข้านอนทีหลังสามี (55%) การที่ผู้หญิงได้รับค่าจ้างต่ำกว่าผู้ชาย จึงทำให้ต้องใช้เวลาทำงานยาวนาน มีเวลาพักน้อยกว่าผู้ชาย (51%) การศึกษานี้ยังพบว่าสตรีที่ทำงานไม้แกะสลักมีค่านิยม ความเชื่อ และการปฏิบัติที่เอื้ออำนาจการตัดสินใจและข้อปฏิบัติของบุรุษเหนือกว่าสตรี ทำให้เป็นอุปสรรคต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดี ได้แก่ การตัดสินใจในครอบครัวควรเป็นของผู้ชาย (32%) เมื่อเจ็บป่วย ผู้หญิงต้องรอให้สามีพาไปรับการรักษา (45%) และการที่ผู้หญิงจะขอให้ผู้ชายใส่ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องยุ่งยาก แม้ว่าจะทราบว่าผู้ชายเสี่ยงต่อการเป็นโรคทางเพศสัมพันธ์ (41%) ซึ่งสนับสนุนการศึกษาของพิมพัลย์ บุญมงคล (2543) และคำกล่าวของ กัจจร หลุยยะพงษ์ (2543) ที่ว่า สังคมวัฒนธรรมดั้งเดิมที่มองว่าเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องของบุรุษเพศ บุรุษเป็นผู้เริ่มเมื่อมีความต้องการทางเพศ ขณะที่ฝ่ายสตรีมักเป็นผู้ตอบสนองโดยไม่สามารถปฏิเสธหรือต่อรองได้ และคำกล่าวของกาญจนา แก้วเทพ (2543) ที่ว่า สตรีที่แต่งงานแล้วต้องจำกดอยู่ในบริเวณบ้านมากขึ้นและโอกาสที่จะไปสังสรรค์กับเพื่อนๆ น้อยลง ดังคำว่า “ผู้หญิงดีๆ ควรจะอยู่กับเหย้าเฝ้ากับเรือน ไม่สมควรออกไปเที่ยวเตร่นอกบ้าน”

การศึกษานี้ได้สะท้อนให้เห็นว่าสตรีที่ทำงานไม้แกะสลักส่วนใหญ่ยังมีความคิดเห็น认为自己มีความด้อยโอกาสทางเพศและอำนาจในการตัดสินใจจากระดับการศึกษาที่น้อยกว่า การทำงานที่อยู่ในเศรษฐกิจนอกระบบ และการยอมรับทางสังคมน้อยกว่า ยึดมั่นตามสังคมดั้งเดิมที่สนับสนุนชายเป็นใหญ่มากกว่า ทำให้สตรีมีค่านิยม ความเชื่อ และข้อปฏิบัติเฉพาะเพศที่อุปสรรคจากความไม่เสมอภาคทางเพศในการทำงาน ขณะที่สตรีต้องมีภาระที่ต้องรับผิดชอบทั้งผู้หารายได้และทำงานบ้านอย่างเต็มที่ ยังต้องทำงานบ้านอย่างเต็มที่ ซึ่งกอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล (2538) ได้กล่าวว่า เป็นภาระที่ต้องรับผิดชอบที่ต้องใช้เวลาอันยาวนานกว่าจะเสร็จทั้งงานหารายได้นอกบ้านและงานดูแลสุขภาพเรียบร้อยภายในบ้าน ทั้งนี้เพราะสังคมมักคาดหวังว่าสตรีต้องเป็นผู้ที่ทำงานบ้านตั้งแต่การดูแลรักษาความสะอาดบ้านดูแลให้สมาชิกในครอบครัวได้รับประทาน

อาหารที่มีประโยชน์อย่างเพียงพอ มีน้ำสะอาดดื่มและใช้ มีการสุขาภิบาลที่ดี ตลอดจนมีหน้าที่ดูแลและเลี้ยงดูบุตร ประณินบัณฑิตามีและญาติทั้งในยามปกติ และยามป่วย ซึ่งต้องใช้เวลานาน จึงทำให้สตรีไม่มีเวลาสนใจดูแลสุขภาพตนเองทั้งในยามปกติเกี่ยวกับการรับประทาน ออกกำลังกาย นอนหลับ รวมทั้งไม่มีโอกาสได้พักผ่อน ก่อให้เกิดความเครียด และเมื่อเจ็บป่วยก็ยากที่จะปลีกตัวไปตรวจรักษา

สรุปและขอเสนอแนะ

การทำงานไม่กะสลับเป็นหัตถอุตสาหกรรมที่จัดอยู่ในภาคเศรษฐกิจนอกระบบที่สร้างชื่อเสียงให้จังหวัดเชียงใหม่เป็นอย่างมาก ส่วนใหญ่เป็นงานรับเหมามาทำที่บ้านซึ่งอาจมีผลกระทบต่อสุขภาพทั้งนี้ขึ้นอยู่กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ บทความนี้ได้สะท้อนให้เห็นสภาพการทำงาน และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ รวมทั้งปัจจัยสังคมวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องของสตรีที่ทำงานไม่กะสลับ จะเห็นได้ว่าสตรีกลุ่มนี้ส่วนใหญ่มีสถานะทางสังคมเศรษฐกิจระดับต่ำ เมื่อเจ็บป่วยที่ไม่สามารถดูแลตนเองนิยมใช้บริการจากสถานอนามัยเป็นอันดับแรก ซึ่งสตรีส่วนใหญ่พึงพอใจต่อคุณภาพและมาตรฐานในการบริการสุขภาพ สตรีส่วนใหญ่ปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีโดยรวมในระดับปานกลาง โดยพฤติกรรมสุขภาพที่ปฏิบัติมากที่สุดได้แก่ การหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด รองลงมาได้แก่ การพักผ่อนนอนหลับ การบริโภคอาหาร และการป้องกันอันตรายจากการทำงาน ส่วนพฤติกรรมสุขภาพที่ปฏิบัติน้อยที่สุดได้แก่ การออกกำลังกาย สตรีส่วนใหญ่มีค่านิยม ความเชื่อ และข้อปฏิบัติตามสังคมวัฒนธรรมที่สนับสนุนและไม่เป็นอุปสรรคต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดี โดยอุปสรรคของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่สำคัญคือ ความไม่เสมอภาคทางเพศ การแบ่งภาระหน้าที่รับผิดชอบระหว่างเพศ และอำนาจในการตัดสินใจ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมของสตรีกลุ่มนี้ ด้านสังคมเศรษฐกิจได้แก่ ระดับการศึกษา และรายได้ครอบครัวต่อเดือน และด้านสังคมวัฒนธรรมค่านิยม ความเชื่อ และข้อปฏิบัติเฉพาะเพศ

จากผลการศึกษานี้มีข้อเสนอแนะว่า สตรีกลุ่มนี้เองควรปรับปรุง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพให้ดียิ่งขึ้น โดยการจัดสภาพการทำงานให้ถูกต้องมากขึ้น และปรับเปลี่ยนค่านิยม ความเชื่อ ข้อปฏิบัติเฉพาะเพศที่เป็นอุปสรรคต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ดี นอกจากนี้ผู้บริหารและผู้กำหนดนโยบายทางสุขภาพ บุคลากรสุขภาพ เจ้าของสถานประกอบการ และเจ้าหน้าที่หรือผู้ที่เกี่ยวข้อง ควรตระหนักและเข้าใจสภาพการทำงานและปัญหาสุขภาพของสตรีที่ทำงานไม่กะสลัก เพื่อนำไปวางแผนเชิงนโยบายเพื่อช่วยให้สตรีกลุ่มนี้มีรูปแบบการทำงานที่เหมาะสม สามารถปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพได้อย่างเหมาะสมยิ่งขึ้น มีการจัดบริการด้านสุขภาพให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของสตรีกลุ่มนี้ เพื่อให้สตรีสามารถเข้าถึงการดูแลสุขภาพที่จัดให้ และควรจัดสวัสดิการทางสุขภาพ ให้ความคุ้มครองและป้องกันปัญหาทางสุขภาพและอันตรายจากการทำงาน อย่างครอบคลุม อันจะนำไปสู่สุขภาพที่ดีของสตรีวัยทำงาน และส่งผลต่อการบรรลุเป้าหมายเมืองไทยแข็งแรง แรงงานไทยแข็งแรงต่อไป

บรรณานุกรม

- กนกศักดิ์ แก้วเทพ. 2543. “ผู้หญิงกับเศรษฐศาสตร์”. ใน กนกศักดิ์ แก้วเทพ (บรรณาธิการ), *สตรีศึกษา 2: ผู้หญิงกับประเด็นต่างๆ* (หน้า 365-416). กรุงเทพฯ: คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี.
- กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล. 2538. *การพัฒนาสุขภาพสตรีวัยเจริญพันธุ์และวัยทำงาน*. สารสมาการพยาบาล, 10(2), 25.
- กระทรวงแรงงาน. 2549. *สภาพการณ์แรงงานปี 2548 (มกราคม – ธันวาคม 2548)*. Retrieved October 24, 2006, from <http://www.mol.or.th/>.
- กาญจนา แก้วเทพ. 2543. *ผู้หญิง/ผู้ชาย: ที่บ้าน/ที่สาธารณะ*. ใน กนกศักดิ์ แก้วเทพ (บรรณาธิการ), *สตรีศึกษา 2: ผู้หญิงกับประเด็นต่างๆ* (หน้า 59-130). กรุงเทพฯ: คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี.
- กฤตยา อาชวนิจกุล และอุษา เลิศศรีสันทัต. 2546. *ด้วยรักและสันติ ร่วมยุติความรุนแรงต่อผู้หญิง*. รายงานการสัมมนาวิชาการและรณรงค์เพื่อร่วมสร้างรักและสันติในชีวิตคู่ร่วมจัดโดยคณะทำงานเพื่อยุติความรุนแรงต่อผู้หญิงและเนรร่วมเพื่อความก้าวหน้าของผู้หญิง. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กำจร หลุยยะพงศ์. 2543. *ครอบครัวกับความสัมพันธ์ที่ไม่มีวันแปรเปลี่ยน?* ใน กนกศักดิ์ แก้วเทพ (บรรณาธิการ), *สตรีศึกษา 2: ผู้หญิงกับประเด็นต่างๆ* (หน้า 131-218). กรุงเทพฯ: คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี.
- คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี. 2538. *รายงานสถานภาพสตรีไทยและแผนที่จะนำไปสู่การปฏิบัติ พ.ศ. 2537*. กรุงเทพฯ: คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี.

คณะอนุกรรมการเฉพาะด้านจัดทำแผนหลักงานสตรี คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติสำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี. 2537. นโยบายและแผนงานหลักสตรีระยะยาว (พ.ศ. 2535 - 2554). กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง.

จะเด็จ เชาวน์วิไล. 2542. “สถานการณ์สุขภาพและความปลอดภัยของผู้ใช้แรงงานหญิงในภาคอุตสาหกรรม”. ในทัศน์ยั แสนคำ สถาปนาชัย และจะเด็จ เชาวน์วิไล, การะเกตุ: หมายเหตุ ชีวิตแรงงานหญิงไทย (หน้า 93-147). กรุงเทพฯ: มูลนิธิเพื่อนหญิง.

ชัยณรงค์ พุกษากกร. 2540. *เครือข่ายความสัมพันธ์ของกลุ่มผู้ผลิตงานหัตถกรรมในชุมชนชนบทภาคเหนือ*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

นาถฤดี เด่นดวง และกนกวรรณ ธรารวรรณ. 2543. *สุขภาพและความปลอดภัยของผู้หญิงในการทำงาน*. ในพิมพ์วัลย์ บุญมงคล นิภรณ์ สัณห์จริยา และคันสนียั เรื่องสอน. (บรรณาธิการ). *รื้อสร้างองค์ความคิดผู้หญิงกับสุขภาพ* (หน้า 315-354). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์เจนเดอร์เพรส.

ประทุมมา ฤทธิโพธิ์. 2546. *ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมกำป้องกันปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของสตรีที่ทำงานกะสลักไม้*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสตรี, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

พิมพ์วัลย์ บุญมงคล. 2543. *โรคติดต่อระบบเจริญพันธุ์: ปัญหาสุขภาพผู้หญิงที่เป็น “วัฒนธรรมเจ็บ”*. ในพิมพ์วัลย์ บุญมงคล นิภรณ์ สัณห์จริยา คันสนียั เรื่องสอน. (บรรณาธิการ). *รื้อสร้างองค์ความคิดผู้หญิงกับสุขภาพ* (หน้า 163-194). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์เจนเดอร์เพรส.

วันทนียั พันธุ์ประสิทธิ์. 2541. *สุขภาพสตรีอุตสาหกรรม*. ในสมชัย บวรกิติ, โยธิน เบญจวง, และปฐม สวรรค์ปัญญาเลิศ (บรรณาธิการ), *ตำราอาชีพเวชศาสตร์* (หน้า 65-122). กรุงเทพมหานคร: เจ เอส เค การพิมพ์.

วิพุธ พูลเจริญ, สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, และจิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์. 2543. *สู่การปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

วิลาวัดน์ เสนารัตน์, และคณะ. 2544. *รูปแบบการจัดบริการสุขภาพพระดบปฐุมภูมิ กรณีศึกษาในเขตภาคเหนือ*. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สภาร่างรัฐธรรมนูญ. 2550. *ร่างรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย (ฉบับลงประชามติ)*. กรุงเทพฯ: สภาร่างรัฐธรรมนูญ.

ลำลี ทองธิว, มานพ จินะนา, และ พยุง ไชยวงศ์. 2541. *กรณีศึกษาชุมชนเพื่อการพัฒนาหลักสูตรงานไม้แกะสลักและงานไม้ สำหรับนักเรียนในโครงการขยายโอกาสทางการศึกษา โรงเรียนบ้านต้นแก้ว ชุมชนบ้านถวาย จังหวัดเชียงใหม่*. เชียงใหม่: คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุกาญญา กลิ่นถ่อศิล. 2543. *พฤติกรรมสุขภาพของสตรีที่รับงานมาทำที่บ้าน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสตรี, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุนทรี ศรีโกไสย. 2539. *พฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยของผู้ทำงานนอกระบบในหมู่บ้านถวาย อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุสัณหา ยิ้มแย้ม, ชฤทธิ มีสิทธิ์, นงเยาว์ อุดมวงศ์, และ ระกาวิณ ลีชนะวานิชพันธ์. 2544. *การประมวลงค์ความรู้เกี่ยวกับผู้ทำงานนอกระบบ*. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุสัณหา ยิ้มแย้ม. 2545. *ปัจจัยทางด้านสังคมเศรษฐกิจ วัฒนธรรม และนโยบายที่มีผลต่อการปฏิบัติการให้นมมารดาแก่บุตรในมารดาที่ทำงานในเขตจังหวัดเชียงใหม่*.

สุสัณหา ยิ้มแย้ม, สุจิตรา เทียนสวัสดิ์ และอำไพ จารุวัชรพานิชกุล. 2548.

ปัจจัยทางด้านสังคมเศรษฐกิจวัฒนธรรมและการเข้าถึงการดูแลสุขภาพ
ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพสตรีไทยที่ทำงานในภาคเหนือ. เชียงใหม่:
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุสัณหา ยิ้มแย้ม, สุจิตรา เทียนสวัสดิ์, เบญญา จิรภัทรพิมล, จิรพร วิทยศักดิ์-

พันธุ์, และนาฏยา ตนนานนท์. 2547. การพัฒนาศักยภาพการดูแลสุขภาพ
ตนเองของแรงงานนอกระบบ: งานไม้แกะสลัก ระยะที่ 1. เชียงใหม่:
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Acsadi, G.T.F. & Johnson-Acsadi, Gwendolyn. 1993. *Socio-Economic, Cultural, and Legal Factors Affecting Girls' and Women's Health and their Access to and Utilization of Health and Nutrition Services in Developing Countries*. Paper prepared for the World Bank.

Hayami, Y. 1998. *Toward the Rural-Based Development of Commerce and Industry*. Washington, D.C.: EDI, The World Bank.

Mann, J.M., Gruskin, S., Grodin, M.A., & Anna, G.J. 1999. *Health and Human Rights*. New York: Routledge.

Pender, N.J. 1987. *Health promotion in nursing practice* (2nd ed.)
Connecticut: Appleton & Lange.

_____. 1995. "Who are the Tai? reections on the invention of local, ethnic and national identities," *Ethnic Identity: Creation Conict, and Accommodation*. Lola Romanucci-Ross and George A. De Vos, eds. Third Edition. Walnut Creek, CA: Alta Mira Press, 1995. Pp. 136-60.

_____. 1997. "Etnnic groups, ethnicity," In *The Balckwell Dictionary of Anthropology*, ed. Thomas J. Bareld, Oxford: Basil Blackwell.

_____. 2002a. "Weber and anthropology," *Annual Review of Anthropology*, Oct , V.31, Pp.233-255.

- _____. 2002b. “Presidential address: The peoples of Asia”—science and politics in the classification of ethnic groups in Thailand, China, and Vietnam,” *The Journal of Asian Studies*, 61(4) November: 1163-1203.
- Leach, E. R. 1954. *Political System of Highland Burma*, Cambridge: Harvard University Press.
- Lévi-Strauss, Claude. 1953. “Social Structure”, In A. L. Kroeber (ed.) *Anthropology Today*, (Pp.524-553), Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Marcus, George and Fisher. 1986. *Anthropology as Cultural Critique: An Experimental Moment in the Human Sciences*, Chicago and London: The University of Chicago Press.
- Moerman, Michael. 1965. “Ethnic identity in a complex civilization: who are the Lue?” *American Anthropologist*, 67: 1215-1230.
- _____. 1968. “Being Lue: uses and abuses of ethnic identification,” in *Essays on the Problem of Tribe, Proceedings of the 1967 Annual Spring Meeting of the American Ethnological Society*. June Helm, ed. Seattle: University of Washington Press, *Proceedings of the 1967 Annual Spring Meeting of the American Ethnological Society*, Pp.153-69.
- Morgan, Lewis Henry [1878]. 1985. *Ancient Society*, Tuscon: University of Arizona Press.
- Naroll, Raoul. 1964. “On ethnic unit classification,” *Current Anthropology*, 5: 283-291, 306-312.
- _____. “Who the Lue are,” in *Essays on the Problem of Tribe, Proceedings of the 1967 Annual Spring Meeting of the American Ethnological Society*. June Helm, ed. Seattle: University of Washington Press, *Proceedings of the 1967 Annual Spring Meeting of the American Ethnological Society*, Pp.72-82.

- Ravillos, Raymundo. 2006. "Denying UP Baguio's Niche/s," *a paper read during the U.P. Baguio Faculty Conference held on January 30-31, 2006 at the Ridgewood Residence, Pacdal Road, Baguio City.*
- Saldivar-Hull, Sonia. 2000. "Mestiza Consciousness and Politic: Gloria Anzaldúa's Borderlands/La Frontera", *In her Femenism on the Border: Chicana Gender Politics and Literature, Berkerley: University of California Press.*
- Schiller, Nina Glick, Linda Basch, and Cristina Blanc-Szanton (eds.). 1992. *Towards a Transnational Perspective on Migration: Race, Class, Ethnicity, and Nationalism Reconsidered*, New York: New York Academy of Science.
- Shils, Edward. 1957. *Personal, primordial, sacred, and civil ties. British Journal of Sociology* 8: 130-145
- Tönnies, F. [1887]. 1963. *Community and Society*, (translated by C.P. Loomis), New York: Harper and Row.
- Vail, Leroy (ed.). 1989. *The Creation of Tribalism in Southern Africa*, Berkeley: University of California Press.
- van den Berghe, Pierre L. 1978. "Race and ethnicity: a sociobiological perspective," *Ethnic and Racial Studies* 1: 401-11.
- Weber, Max [1922]. 1968. *Economy and Society*, University of California Press, Los Angeles.
- Woollett, Anne, Hariette Marshall, Paula Nicolson, and Neelam Dosanjh. 1994. "Asian Women's Ethnic Identity: The Impact of Gender and Context in the Accounts of Women Bringing Up Children in East London", *Feminism & Psychology*, Vol. 4, No. 1, 119-132.