

บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตและปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาร์ที่ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และสรุปสาระสำคัญเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยโดยนำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

- 2.1 แรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาร์
- 2.2 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาร์
- 2.3 ปัจจัยการเข้าถึงการบริการสุขภาพของแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาร์
- 2.4 บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนกับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาร์
- 2.5 กรอบแนวคิดในการวิจัย

2.1. แรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาร์

2.1.1 ความหมาย

แรงงานต่างด้าว หมายถึง กลุ่มผู้ใช้แรงงานที่ไม่มีสัญชาติไทยทั้งที่ถูกกฎหมายและไม่ถูกกฎหมาย เมื่อกล่าวเฉพาะแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาร์ จึงหมายถึง แรงงานสัญชาติเมียนมาร์ ซึ่งอาจมีชาติพันธุ์เมียนมาร์ที่เป็นชาติพันธุ์กลุ่มใหญ่ที่สุดของประเทศ หรือชาติพันธุ์อื่น ๆ ที่รองลงมา คือ ฉาน หรือไทใหญ่ กะเหรี่ยง มอญ คะฉิ่น และชนกลุ่มน้อยอื่น ๆ ที่เข้ามาในประเทศไทยทั้งที่ถูกกฎหมายและไม่ถูกกฎหมาย เพื่อมาใช้แรงงาน (อีเลน เพียร์สัน. 2549 ; พิมพันธ์ โภคา. 2550 ; ปราโมทย์ แก้วยอด และคณะ. 2551)

2.1.2 ลักษณะแรงงานต่างด้าว

นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 คณะรัฐมนตรี มีมติผ่อนผันให้แรงงานต่างด้าวมีสถานีอยู่อาศัยและขออนุญาตทำงานในประเทศไทยได้ โดยแบ่งเป็นแรงงานทั้งหมด 4 กลุ่ม ดังนี้

- 1) แรงงานต่างด้าวที่จดทะเบียน เรียกว่า “กลุ่มผ่อนผัน” หมายถึง แรงงานที่จดทะเบียนเพื่อได้สิทธิอยู่อาศัยชั่วคราว (ทร.38/1) และได้รับหมายเลขบัตรประชาชน 13 หลัก ขึ้นต้นด้วยเลข 00 โดยแรงงานกลุ่มนี้ต้องผ่านการตรวจสอบสุขภาพร่างกายก่อนแล้วจึงขออนุญาตทำงานจากกระทรวงแรงงานได้ ซึ่งจะประกอบด้วยหลักฐานจากหน่วยงานของรัฐ 3 ฉบับ ได้แก่ ใบอนุญาตให้พำนักอาศัยชั่วคราว (ทร.38/1) บัตรประกันสุขภาพ และใบอนุญาตทำงาน

2) แรงงานต่างด้าวที่ผ่านการพิสูจน์สัญชาติ เรียกว่า “กลุ่มพิสูจน์สัญชาติ” จากปี 2547 รัฐบาลได้วางมาตรการปรับสถานะของแรงงานต่างด้าวเข้าเมืองผิดกฎหมายที่จดทะเบียน (กลุ่มผ่อนผัน) ผ่านกระบวนการพิสูจน์สัญชาติ เพื่อให้มีสถานะถูกกฎหมาย และเข้าสู่ระบบประกันสังคม แต่กลุ่มที่ทำงานในกิจการที่ได้รับยกเว้นจากประกันสังคม จะต้องใช้ระบบประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว ซึ่งต้องซื้อจากกระทรวงสาธารณสุขเป็นรายปีแทน

3) แรงงานนำเข้ามาจากประเทศเพื่อนบ้าน เรียกว่า “กลุ่มนำเข้า” เป็นไปตามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือระหว่างรัฐบาลไทย-เมียนมาร์ ไทย-กัมพูชา และไทย-ลาว ในปี พ.ศ. 2545-2546 ตามลำดับ มีการจัดทำกรอบการจ้างงานสำหรับแรงงานข้ามชาติไร้ฝีมือที่จะนำเข้ามาทำงานในประเทศไทยอย่างถูกกฎหมายภายใต้บันทึกข้อตกลงนี้ แรงงานจะได้รับสวัสดิการสังคม สิทธิในการได้รับการรักษาพยาบาลและสิทธิประโยชน์อื่น ๆ เช่นเดียวกับแรงงานไทยและแรงงานต่างด้าวที่ผ่านการพิสูจน์สัญชาติ

4) แรงงานต่างด้าวที่ไม่ได้จดทะเบียน หมายถึง แรงงานต่างด้าวที่ทำงานโดยไม่มีใบอนุญาต เรียกว่า “กลุ่มใต้ดิน” หรือ “แรงงานเถื่อน” ซึ่งจะไม่ได้รับการคุ้มครองในระบบบริการสุขภาพ

2.1.3 สิทธิทางสุขภาพของแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาร์

พระราชบัญญัติระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ระบุว่า รัฐพึงมีหลักประกันให้กับปัจเจกบุคคล ไม่ว่าจะเป็นคนชาติหรือคนต่างชาติ และทั้งในฐานะบุคคลทั่วไปหรือฐานะคนงานที่รัฐพึงมีหลักกฎหมายในการคุ้มครองความปลอดภัยในสถานที่ทำงาน และในฐานะผู้ป่วยที่พึงมีสิทธิขั้นพื้นฐาน 2 ประการ คือ สิทธิทางเลือกต่าง ๆ ในการรับบริการ และการได้รับข้อมูลภาวะความเจ็บป่วยครบถ้วน โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติ และสิทธิในความเป็นส่วนตัวที่แพทย์และเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการไม่สามารถละเมิดได้ (อุบลพันธุ์ วัฒนา. 2547) องค์การสหประชาชาติ (อิทธิพร บุญประคอง และคณะ. 2551) ระบุว่ารัฐมีหน้าที่ในการทำให้บุคคลเข้าถึงมาตรฐานในการดูแลสุขภาพอนามัยในสิ่งอำนวยความสะดวก บริการ ตลอดจนเงื่อนไขที่จำเป็น สิทธิดังกล่าวรวมถึงสิทธิในการดูแลสุขภาพอนามัย (Health Care) และสิทธิในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขโดยเป็นประโยชน์ที่กฎหมายรับรองบุคคลให้สามารถอุปโภค ความมีสุขภาพดีไม่ว่าจะเกิดจากความเจ็บป่วยหรือไม่ ทั้งเพื่อป้องกันและเพื่อเยียวยารักษาภายหลังเกิดโรค โดยรัฐมีหน้าที่ในการจัดสิ่งอำนวยความสะดวกและบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานให้บุคคลสามารถเข้าใช้บริการดังกล่าวได้โดยสะดวกเพื่อสุขภาพอนามัยที่ดี เมื่อเป็นเช่นนั้นแรงงานต่างด้าวจึงมีสิทธิในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขไม่แตกต่างจากประชาชนโดยทั่วไป โดยสิทธิทางสุขภาพของแรงงานต่างด้าวนั้น ประกอบด้วย บัตรประกันสุขภาพ และบัตรประกันสังคม ซึ่งแรงงานต่างด้าวในระบบจะต้องทำบัตรประกันสังคม ส่วนแรงงานภาคการเกษตร ประมง ไร่ใช้ตามบ้านเรือน ครอบครัว ผู้ใช้แรงงาน ต้องทำบัตรประกันสุขภาพ

สิทธิทางสุขภาพของแรงงานต่างด้าวเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่แรงงานต่างด้าวทุกเชื้อชาติควรได้รับเท่าเทียมกับชนชาติอื่น ๆ หากขึ้นทะเบียนอย่างถูกต้อง กระทรวงแรงงาน (2556) กำหนดสิทธิทางสุขภาพโดยจำแนกตามลักษณะแรงงานต่างด้าวไว้ ดังนี้

1) กลุ่มแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองที่ได้รับการผ่อนผันให้อยู่ในราชอาณาจักรเป็นการชั่วคราวเพื่อรอการส่งกลับต้องเข้ารับการตรวจสุขภาพและทำประกันสุขภาพกับสถานพยาบาลที่กระทรวงสาธารณสุขประกาศกำหนดเพื่อเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าเช่นเดียวกับคนไทย ซึ่งจะสามารถใช้สิทธิเข้ารับการรักษายาบาลได้ตามสถานพยาบาลที่แจ้งไว้ โดยมีเงื่อนไขในการใช้สิทธิประกันสุขภาพ ดังนี้

1.1) แจ้งสิทธิกับสถานพยาบาล (ที่แจ้งไว้) ทุกครั้งที่มาใช้บริการพร้อมแสดงบัตรใบอนุญาตทำงาน

1.2) กรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน สามารถใช้บริการในสถานพยาบาลทุกแห่งที่ใกล้จุดเกิดเหตุ โดยต้นสังกัดจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายตามเงื่อนไขที่กำหนด

1.3) เมื่อใช้สิทธิกับสถานพยาบาล ต้องชำระค่ารักษายาบาลในแต่ละครั้ง ๆ ละ 30 บาท

1.4) การประกันสุขภาพจะครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ การรักษายาบาล การควบคุมและป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสภาพ เป็นต้น

นอกจากนี้การใช้สิทธิประกันสุขภาพจะครอบคลุมถึงบริการต่าง ๆ ดังนี้

1.1) การตรวจ วินิจฉัย บำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพทางการแพทย์จนถึงสิ้นสุดการรักษา รวมแพทย์ทางเลือกที่ผ่านการรับรองของคณะกรรมการประกอบโรคศิลป์

1.2) การถอนฟัน การอุดฟัน การขูดหินปูน

1.3) บริการอาหารและห้องผู้ป่วยสามัญ

1.4) ยาและเวชภัณฑ์ตามบัญชียาหลักแห่งชาติ

1.5) การจัดส่งต่อเพื่อการรักษายาบาล แต่จะไม่ครอบคลุมการรักษายาบาลต่อไปนี้

(1) โรคจิต

(2) การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาและสารเสพติดตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติด

(3) ผู้ประสบภัยจากรถที่สามารถใช้สิทธิตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัย

จากรถ

(4) ผู้ประสบภัยอันตรายหรือเจ็บป่วยจากการทำงานที่สามารถใช้สิทธิตามพระราชบัญญัติ เงินทดแทน พ.ศ. 2537

(5) การรักษาภาวะมีบุตรยาก

(6) การผสมเทียม

(7) การผ่าตัดแปลงเพศ

- (8) การกระทำใด ๆ เพื่อความสวยงาม โดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
- (9) การตรวจ วินิจฉัย และรักษาใด ๆ ที่เกินความจำเป็นและข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
- (10) โรคเดียวกันที่ต้องใช้ระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาลประเภทผู้ป่วยในเกิน 180 วัน ยกเว้นหากมีความจำเป็นต้องรักษาต่อเนื่องจากมีภาวะแทรกซ้อนหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
- (11) การรักษาที่ยังอยู่ในระหว่างการค้นคว้าทดลอง
- (12) การรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ด้วยการล้างไตและการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
- (13) ยาต้านไวรัสเอดส์ ยกเว้น กรณีเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากแม่สู่ลูก
- (14) การเปลี่ยนอวัยวะ
- (15) การทำฟันปลอม

2) กลุ่มแรงงานต่างด้าวที่ได้รับการพิสูจน์สัญชาติแล้ว และกลุ่มแรงงานต่างด้าวนำเข้าอย่างถูกกฎหมายตามบันทึกความเข้าใจว่าด้วยความร่วมมือด้านการจ้างแรงงานระหว่างรัฐ (Memorandum of Understanding : MOU) กลุ่มนี้จะได้รับสิทธิด้านการรักษาพยาบาลตามระบบประกันสังคม โดยแรงงานต่างด้าวต้องขึ้นทะเบียนและจ่ายเงินสมทบเข้าสู่ระบบประกันสังคมตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 และได้รับการคุ้มครองตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 และพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 ดังนี้

2.1) กองทุนประกันสังคม แรงงานต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียนกับสำนักงานประกันสังคมและจ่ายเงินสมทบกองทุนประกันสังคมในอัตราร้อยละ 5 ของค่าจ้าง นายจ้างจ่ายสมทบร้อยละ 5 รัฐบาลร้อยละ 2.75 ได้รับสิทธิประโยชน์ 7 กรณี คือ กรณีเจ็บป่วยหรือประสบอันตรายทุพพลภาพ ตายอันไม่เนื่องจากการทำงาน คลอดบุตร สงเคราะห์บุตร ชราภาพ และว่างงาน

2.2) กองทุนเงินทดแทน นายจ้างของแรงงานต่างด้าวเป็นผู้จ่ายสมทบฝ่ายเดียวในอัตราร้อยละ 0.2 – 1 ของค่าจ้างตามความเสี่ยงของประเภทกิจการโดยได้รับสิทธิประโยชน์ในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ทุพพลภาพ สูญหาย หรือตายเนื่องจากการทำงาน

หมายเหตุ ยกเว้นสำหรับกลุ่มแรงงานต่างด้าวที่พิสูจน์สัญชาติแล้วและกลุ่มแรงงานต่างด้าวที่นำเข้ามาตาม MOU ที่ทำงานในประเภทงานรับใช้ในบ้าน เกษตร ปศุสัตว์ ประมง ค่าขายที่มีใช้ธุรกิจไม่ต้องเข้าสู่ระบบประกันสังคม แต่สามารถเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขโดยการซื้อประกันสุขภาพ 1,300 บาท

2.2 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาร์

2.2.1 ความหมายของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

องค์การอนามัยโลก (WHO. 1996) แยกอธิบายระหว่างความหมายของ “คุณภาพชีวิต” และ “สุขภาพ” โดยให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่าเป็นมิโนทัศน์หลายมิติที่ประสานการรับรู้ของบุคคล ในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านระดับความเป็นอิสระไม่ต้องพึ่งพา ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านความเชื่อส่วนบุคคลภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายในชีวิตของแต่ละบุคคล ส่วนสุขภาพ หมายถึง การปราศจากโรค ความสมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เมื่อนำนิยามของคำว่าคุณภาพชีวิตและสุขภาพมารวมกันเป็นคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Health-related Quality of Life : HQOL) จะมีความหมายว่า เป็นระดับของความสมบูรณ์และความพึงพอใจ ที่ผูกพันกับชีวิตแต่ละบุคคล และผลกระทบที่จะเกิดขึ้นเมื่อเจ็บป่วย หรือได้รับการรักษา (The level of total well-being and treatment)

คุณภาพชีวิตแตกต่างกันไปตามมุมมองของแต่ละคน ตามการรับรู้ ความต้องการหรือความคาดหวัง และประสบการณ์ของบุคคล (WHO. 1996) คุณภาพชีวิตจึงความสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐาน และความหวังในชีวิต (พรหมทิพา ศักดิ์ทอง. 2550) ภายใต้บริบททางวัฒนธรรมและระบบคุณค่าต่อสภาวะชีวิตของบุคคลที่ที่คนนั้นอาศัยอยู่

2.2.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแสดงถึงลักษณะต่าง ๆ ในการดำรงชีวิตของกลุ่มบุคคล ซึ่งแตกต่างกันไปตามพื้นฐานของบุคคล วัฒนธรรม ความเชื่อ ค่านิยม ภาวะสุขภาพ และสิ่งแวดล้อม ซึ่ง Fallowfield (Fallowfield. 1990 ; อ้างใน สุวัฒน์ มหัตถินันตร์กุล. 2540) แบ่งคุณภาพชีวิต ออกเป็น 6 ด้าน ดังนี้

1) ด้านร่างกาย (Physical domain) หมายถึง การรับรู้ทางด้านร่างกายของบุคคลที่มีผลต่อชีวิตประจำวัน ได้แก่ ความเจ็บปวดและความไม่สุขสบายของบุคคล (Pain and discomfort) การมีกำลังและความเมื่อยล้าในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Energy and fatigue) การหลับนอนและการพักผ่อน (Sleep and rest)

2) ด้านจิตใจ (Psychological domain) หมายถึง การรับรู้สภาพจิตใจของตนเอง ได้แก่ ความรู้สึกที่ดีที่มีต่อตนเอง (Positive feelings) และความรู้สึกที่ไม่ดีที่มีต่อตนเอง (Negative feelings) ความคิดการเรียนรู้ ความจำและสมาธิ (Thinking, learning, memory, and concentration) ความภาคภูมิใจในตนเอง (Self-esteem) รวมทั้งการรับรู้ถึงภาพลักษณ์และรูปร่างของตนเอง (Bodily image and appearance)

3) ด้านระดับความเป็นอิสระ (Level of independence) หมายถึง การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น ได้แก่ ความสามารถในการเคลื่อนไหวของร่างกาย (Mobility) ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Activity of daily living) การพึ่งพาหรือการรักษาทางการแพทย์

(Dependence on medical substances and medical aids) และความสามารถในการทำงาน (Working capacity)

4) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships) หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับบุคคลอื่น ได้แก่ ความสัมพันธ์ส่วนบุคคล (Personal relationship) การสนับสนุนทางสังคม (Social support) และกิจกรรมทางเพศ (Sexual activity)

5) ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต ได้แก่ สิ่งแวดล้อมภายในบ้าน (Home environment) แหล่งการเงิน (Financial resource)สวัสดิการด้านสุขภาพและสังคม (Health and social care) โอกาสในการได้รับข่าวสารหรือฝึกทักษะ (Opportunities for acquiring information and skills) การเข้าร่วมกิจกรรมนันทนาการ และการใช้เวลาว่าง (Participation in and opportunities for recreations and leisure) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (Physical environment) และการคมนาคม (Transport)

6) ด้านความเชื่อส่วนบุคคล (Spiritual/religion/personal beliefs) หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่าง ๆ ของตนที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น ความเชื่อทางจิตวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายชีวิต และความเชื่ออื่น ๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค

2.2.3 การวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

องค์การอนามัยโลกได้จัดตั้งกลุ่มพัฒนาเครื่องมือในการประเมินคุณภาพชีวิต ชื่อว่า World Health Organization Quality of Life assessment instrument (WHOQOL) เพื่อใช้วัดคุณภาพชีวิตของประชากรโลกที่เชื้อชาติและวัฒนธรรมแตกต่างกันภายใต้แนวความคิดที่ว่า คุณภาพชีวิต คือ การรับรู้ของบุคคลภายใต้บริบทของวัฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายในชีวิต ความคาดหวังมาตรฐาน และสิ่งที่บุคคลเกี่ยวข้องอยู่ อันเป็นผลสืบเนื่องมาจากสุขภาพร่างกาย จิตใจ ระดับความเป็นอิสระ ความสัมพันธ์ทางสังคม สิ่งแวดล้อม และความเชื่อส่วนบุคคล (World Health Organization (WHO. 1996)

เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก มีข้อคำถาม 100 ข้อ (WHOQOL-100) ใช้ประเมินคุณภาพชีวิต 6 ด้าน แต่ละด้านอธิบายพฤติกรรม สภาพความเป็นอยู่ สมรรถภาพหรือศักยภาพ การรับรู้ หรือประสบการณ์ที่ผ่านมาของบุคคล แต่เนื่องจากจำนวนข้อที่มากทำให้เสียเวลาในการเก็บข้อมูลและไม่สะดวกในการใช้ องค์การอนามัยโลกจึงได้พัฒนาเครื่องมือให้กะทัดรัด ถูกต้อง และง่ายต่อการนำไปใช้ เรียกว่า WHOQOL-BREF ซึ่งมีคำถามเพียง 26 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม สามารถประเมินคุณภาพชีวิตโดยรวมของประชากรโลกทั่วไปได้ องค์ประกอบของ WHOQOL-BREF แต่ละด้านมีรายละเอียดดังนี้

หมวดที่ 1 ด้านร่างกาย (Physical domain) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคลซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน แบ่งเป็น 7 หมวดย่อย ประกอบด้วย

1) ความเจ็บปวดและไม่สุขสบายของบุคคล (Pain and discomfort) ประกอบด้วย การรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการ ความกลัว ความกังวล และความเครียดที่เกิดจากความเจ็บปวดทางด้านร่างกาย รวมถึงการใช้ยาเป็นประจำเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด สำหรับการรู้สึกไม่สุขสบายทางด้านร่างกายอาจเกิดจาก อาการข้อติด อาการปวด อาการคัน อาการดังก่อว่าจะทรบจากอาการแสดงหรือคำบอกเล่าของผู้ป่วยถึงแม้ว่าจะไม่มีการบันทึกการใช้ยากก็ตาม

2) กำลังและความเมื่อยล้า (Energy and fatigue) ประกอบด้วย กำลังวังชา ความกระตือรือร้น และความอดทนของแต่ละบุคคล ซึ่งถือว่าเป็นสิ่งจำเป็นต่อการทำงานหรืองานอดิเรกต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน ความรู้สึกกระปรี้กระเปร่า มีกำลังที่เพียงพอต่อการจัดการกับความเหน็ดเหนื่อยที่อาจมีผลมาจากปัญหาอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น ความเจ็บป่วย อาการซึมเศร้า การออกแรงมากเกินไป มีผลทำให้เกิดความเมื่อยล้าและการเพิ่มภาระฟุ้งฟิงผู้อื่นเนื่องจากความเมื่อยล้าอย่างเรื้อรัง

3) การนอนหลับและการพักผ่อน (Sleep and rest) ประกอบด้วย การรับรู้เกี่ยวกับการนอนหลับและการพักผ่อนที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ได้แก่ ความเพียงพอในการนอนหลับและการพักผ่อน ปัญหาในการนอนหลับ เช่น การหลับยาก การตื่นกลางดึก การตื่นนอนเร็ว การตื่นแล้วไม่สามารถหลับต่อได้อีก การไม่สดชื่นเมื่อตื่นนอน รวมถึงการใช้ยานอนหลับหรือสารอื่น ๆ เพื่อให้หลับ โดยสิ่งที่รบกวนการนอนหลับหรือการพักผ่อนอาจเกิดจากบุคคลหรือสิ่งแวดล้อม

4) การเคลื่อนไหว (Mobility) ประกอบด้วย ความสามารถในการเคลื่อนไหวของบุคคลจากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่งโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ซึ่งการพึ่งพาผู้อื่นในเรื่องการเคลื่อนไหว ย่อมมีผลต่อคุณภาพชีวิต แต่ในบางคนความพิการไม่อาจมีผลกระทบต่อการเคลื่อนไหว เช่น ผู้ที่ใช้รถเข็นบางคนอาจรู้สึกพึงพอใจกับการเคลื่อนไหวได้ทั้งที่บ้านและที่ทำงาน เป็นต้น

5) กิจวัตรประจำวัน (Activities of daily living) ประกอบด้วย ความสามารถของบุคคลในการประกอบกิจวัตรประจำวัน การดูแลตนเองและทรัพย์สิน การทำกิจกรรมที่จำเป็นต่าง ๆ ในแต่ละวันอย่างเหมาะสม

6) การพึ่งพาหรือการรักษาทางการแพทย์ (Dependence on medication of treatment) ประกอบด้วย การรับรู้ของบุคคลว่าต้องพึ่งพายาต่าง ๆ หรือการรักษาทางการแพทย์อื่น ๆ เช่น การฝังเข็ม การใช้ยาสมุนไพร เพื่อให้เกิดความสบายทั้งทางร่างกายและจิตใจ ในบางคนวิธีการรักษาทางการแพทย์อาจส่งผลทางลบต่อคุณภาพชีวิตได้ เช่น ผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยเคมีบำบัดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ในขณะที่บางคนอาจส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น เช่น การใช้ยาแก้ปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง รวมถึงวิธีการรักษาต่าง ๆ ทางกายภาพที่ไม่ใช่ยาแต่บุคคลยังต้องพึ่งพา เช่น การใช้เครื่องกระตุ้นจังหวะการเต้นของหัวใจ การใช้แขนขาเทียม เป็นต้น

7) ความสามารถในการทำงาน (Working capacity) ประกอบด้วย ความสามารถในการใช้พลังกำลังของบุคคลในการทำงาน ซึ่งงานในที่นี้ หมายถึง กิจกรรมหลักของบุคคลโดยอาจจะได้รับหรือไม่ได้รับค่าจ้างก็ได้ เช่น อาสาสมัครในชุมชน การศึกษาเล่าเรียน การทำงานบ้าน โดยเน้นลักษณะของกิจกรรมหลักที่บุคคลนั้นปฏิบัติอยู่เป็นประจำ โดยไม่คำนึงถึงประเภทของงาน และความรู้สึกเกี่ยวกับงานที่ทำหรือคุณภาพของสิ่งแวดล้อมในการทำงาน

หมวดที่ 2 ด้านจิตใจ (Psychological domain) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง ประกอบด้วยหมวดย่อย 6 หมวด ดังนี้

1) ความรู้สึกทางบวก (Positive feeling) เป็นประสบการณ์เกี่ยวกับความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง เช่น ความพอดี ความสงบ ความสุข ความหวัง และความสนุกสนานในชีวิต ซึ่งเป็นมุมมองและความรู้สึกเกี่ยวกับชีวิตในอนาคต เป็นต้น

2) ความคิด การเรียนรู้ ความจำ และสมาธิ (Thinking learning memory and concentration) เป็นมุมมองของบุคคลเกี่ยวกับความคิด ความจำ การตัดสินใจ สมาธิ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่าง ๆ ของตนเอง รวมไปถึงความเร็วและความชัดเจนของความคิด

3) ความภาคภูมิใจในตนเอง (Self-esteem) เป็นการรับรู้ถึงความรู้สึกที่มีต่อตนเองอาจเป็นความรู้สึกทางบวกหรือทางลบ เช่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความพึงพอใจในตนเอง การควบคุมตนเอง การประสบความสำเร็จในเรื่องการศึกษา หน้าที่การทำงานและครอบครัว ความรู้สึกมีเกียรติ การเป็นที่ยอมรับของคนอื่น เป็นต้น

4) ภาพลักษณ์และลักษณะทั่วไป (Body image and appearance) เป็นมุมมองของบุคคลเกี่ยวกับรูปร่างหน้าตาของตนเองที่ปรากฏให้เห็นทั้งด้านบวกและด้านลบ ขึ้นอยู่กับความพึงพอใจตามอัตมโนทัศน์ของบุคคล รวมถึงการรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเองที่เกิดจากการเสริมแต่ง เช่น การเสริมสวย การใช้แขนขาเทียม เป็นต้น

5) ความรู้สึกทางลบ (Negative feelings) เป็นความรู้สึกที่ไม่ดีของบุคคลต่อตนเอง ได้แก่ หมดหวัง เศร้าใจ เสียใจ หมดอาลัย กลัว วิดกกังวล และขาดความพึงพอใจในชีวิต

6) จิตวิญญาณ ศาสนา ความเชื่อส่วนบุคคล (Spirituality / Religion / Personal beliefs) เป็นความเชื่อด้านต่าง ๆ ของบุคคลที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านจิตวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่น ๆ ที่มีผลในทางที่ติดต่อการดำเนินชีวิตมีผลต่อการเอาชนะอุปสรรคต่าง ๆ ช่วยให้ชีวิตมีความสุข

หมวดที่ 3 ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships domain) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม รวมทั้งการรับรู้ว่าเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมประกอบด้วย 3 หมวดย่อย ดังนี้

1) สัมพันธภาพส่วนบุคคล (Personal relationships) เป็นการแสดงความรู้สึกทั้งด้านร่างกายและอารมณ์ที่เป็นมิตร ความปรารถนาดี ความรักและความผูกพัน เช่น การกอด การสัมผัสจากคนใกล้ชิด การให้และรับความรัก การร่วมทุกข์ร่วมสุข นอกจากนี้ยังรวมถึงความรักระหว่างเพื่อน รักคู่ครอง รักต่างเพศและรักร่วมเพศ

2) การสนับสนุนทางสังคม (Social support) เป็นการแสดงความรู้สึกของบุคคลที่ได้รับ ความช่วยเหลือหรือสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน ญาติ ในการแก้ปัญหาทั้งเรื่องส่วนตัวครอบครัว การทำงาน ตลอดจนความรู้สึกที่ไม่ดีที่ได้รับจากครอบครัวและเพื่อน เช่น การพูดจาไม่ดี การทำร้ายร่างกาย เป็นต้น

3) กิจกรรมทางเพศ (Sexual activity) เป็นการแสดงความรู้สึกเกี่ยวกับการกระตุ้นและความต้องการทางเพศของบุคคลที่สามารถแสดงออกได้อย่างเหมาะสม โดยเกี่ยวกับแรงขับทางเพศ การแสดงออกทางเพศ ความสำเร็จทางเพศ ซึ่งบางสังคมมองว่าเป็นเรื่องไม่ควรเปิดเผย หรือในบุคคลที่อายุหรือเพศต่างกันก็จะให้คำตอบที่แตกต่างกันไป

หมวดที่ 4 ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment domain) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต ประกอบด้วย 8 หมวดย่อย

1) ความมั่นคงและปลอดภัยทางกายภาพ (Physical safety and security) โดยพิจารณาถึงความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อความมั่นคงและความปลอดภัยในชีวิตจากสิ่งคุกคามทางด้านกายภาพ เช่น การถูกกดขี่จากผู้อื่นหรือจากการเมือง โดยความมั่นคงและปลอดภัยในชีวิตจะมีความหมายในลักษณะของความรู้สึกมีอิสระ ตั้งแต่การดำรงชีวิตอยู่อย่างอิสระจนถึงการถูกกดขี่หรือถูกกักขัง นอกจากนี้ยังครอบคลุมถึงสถานที่พักอาศัยที่จะให้ความมั่นคงและปลอดภัย

2) สิ่งแวดล้อมของที่อยู่อาศัย (Home environment) พิจารณาถึงสถานที่หลักที่บุคคลอาศัยอยู่เพื่อการหลับนอนหรือเก็บทรัพย์สิน คุณภาพของสถานที่อยู่อาศัยโดยทั่วไปจะประเมินจากความเป็นส่วนตัว สิ่งอำนวยความสะดวก และคุณภาพของโครงสร้างตัวอาคาร นอกจากนี้ที่อยู่อาศัยจะรวมถึงสิ่งที่มีความหมายเช่นเดียวกับที่อยู่อาศัยด้วย เช่น สถานอพยพ เป็นต้น

3) แหล่งด้านการเงิน (Financial resource) พิจารณาจากความรู้สึกพึงพอใจของบุคคลเกี่ยวกับการเงินและความเพียงพอของรายได้ตนเองที่จะทำให้มีชีวิตและสุขภาพที่ดี โดยไม่คำนึงถึงการมีงานทำ

4) การบริการด้านสุขภาพและสังคม (Health and social care) โดยพิจารณาจากความคิดเห็นของบุคคลเกี่ยวกับคุณภาพของบริการด้านสุขภาพและสังคม รวมถึงบริการที่ให้โดยอาสาสมัครในชุมชนที่ตนได้รับหรือคาดหวังจะได้รับ ว่าเป็นไปตามความต้องการอย่างสมบูรณ์และมีคุณภาพหรือไม่ นอกจากนี้ยังรวมไปถึงความยากง่ายและความเป็นกันเองของการบริการ

5) โอกาสที่จะได้รับข้อมูลข่าวสาร การเรียนรู้ และการฝึกฝนทักษะใหม่ (Opportunities for acquiring information and skills) พิจารณาถึงโอกาสและความต้องการของบุคคลที่จะเรียนรู้ ทักษะหรือความรู้ใหม่ ๆ หรือสิ่งที่ทันสมัย โดยอาจจะเป็นโครงการการศึกษาในระบบหรือการศึกษานอกระบบ

6) การมีโอกาสหรือมีส่วนร่วมในการใช้เวลาว่าง และการพักผ่อนหย่อนใจ (Participation in and opportunities for recreation and leisure) พิจารณาจากความสามารถ โอกาส และความสนใจของบุคคลที่จะมีส่วนร่วมในการใช้เวลาว่าง ทำงานอดิเรก และการพักผ่อนหย่อนใจ ซึ่งสามารถทำกิจกรรมได้ตั้งแต่การพบปะเพื่อนฝูง การเล่นเกม การอ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์ ใช้เวลาอยู่กับครอบครัว จนถึงการทำกิจกรรมอะไรเลย

7) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (Physical environment) พิจารณาจากความคิดเห็นของบุคคลต่อสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัว เช่น เสียง มลภาวะต่าง ๆ อากาศ และความสวยงามของสิ่งแวดล้อม

8) การคมนาคมขนส่ง (Transport) พิจารณาจากความสะดวกในการเดินทางของบุคคลชนิดของพาหนะที่ใช้ในการเดินทางแต่จะไม่เกี่ยวกับประเภทของการขนส่ง เพื่อให้สามารถประกอบกิจธุระได้ตามความต้องการ

2.2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาร์มีมากมาย เมื่อพิจารณาเฉพาะการเข้าถึงบริการสุขภาพจะเห็นว่า ประกอบด้วย สวัสดิการสุขภาพ ความเชื่อสุขภาพและการรับรู้ การเข้าถึงบริการสุขภาพ ดังนี้

การมีสวัสดิการสุขภาพ เฉลิมพล แจ่มจันทร์ (2555) ศึกษาพบว่า แรงงานต่างด้าวที่มีบัตรประกันสุขภาพจะมีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายดีขึ้น สอดคล้องกับ ปราโมทย์ ยอดแก้ว และคณะ (2551) ที่พบว่าแรงงานต่างด้าวที่ไม่มีสวัสดิการสุขภาพจะมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ เช่นเดียวกับ ปานชนก วงษ์พัฒน์ (2557) ที่พบว่าแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาร์ที่มีสิทธิบัตรประกันสังคมส่งผลต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ จำรัส อังศรีวงษ์ และคณะ (2557) พบว่า การได้รับความคุ้มครองมาตรฐานแรงงานตามสิทธิขั้นพื้นฐานสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานเชิงบวก

ความเชื่อสุขภาพ ความเชื่อที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพ อิทธิพลความคิดความเชื่อของบุคคลในครอบครัว ค่านิยมและวิถีชีวิตเชิงวัฒนธรรม งานวิจัยระบุว่าเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาร์มักซื้อยากินเองจากร้านขายยา แต่เมื่อเจ็บป่วยรุนแรง หรือเป็นโรคเรื้อรังที่แพทย์แผนปัจจุบันรักษาไม่หายจะไปรับการรักษาที่ร้านทรงหรือหมอพระ หมอพื้นบ้าน หมอไสยศาสตร์ตามความเชื่อเดิม ยกย่องสามีให้เป็นผู้ตัดสินใจในครอบครัว เชื่อญาติและพี่น้อง (ขวัญจิต ศศิวงศาโรจน์. 2549 ; ศราวุฒิ เหล่าสาย. 2551 ; ปิยะธิดา นาคะเกษียร และคณะ. 2556 ; อภิชาติ จำรัสสุทธิรงค์ และคณะ. 2555 ; สุสัณหา ยิ้มแย้ม 2555) มรุรีย์ ทองประเสริฐ

(2552) ศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ คือ การรับรู้ความเจ็บป่วยสุขภาพในปัจจุบันและอนาคต ขณะที่ กมลฉัตร ประทุมศรี และคณะ (Pathumsri and other. 2015) ศึกษาพบว่า แรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาร์มีความเชื่ออย่างเหนียวแน่นในการดูแลสุขภาพตามแนวทางศาสนาและวัฒนธรรมเดิม เมื่อเจ็บป่วยเลือกที่จะกลับไปเมียนมาร์เพื่อหาพระหรือหมอดูรักษา มากกว่าที่รับการรักษาในสถานบริการสุขภาพของไทย

การรับรู้การเข้าถึงบริการสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้สิทธิบริการสุขภาพ การสื่อสารข้อมูลสุขภาพและประสบการณ์การใช้บริการสุขภาพในการจัดการตนเอง งานวิจัยระบุว่า แรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาร์พอใจบริการด้านสุขภาพและสวัสดิการสุขภาพในปัจจุบัน แต่มีปัญหาในการขาดลาม (ขวัญจิต ศศิวงศาโรจน์. 2549 ; ศราวุฒิ เหล่าสาย. 2551) สอดคล้องกับ มรุรีย์ ทองประเสริฐ (2552) พบว่าการไม่มีลาม การร้องเรียนและแบบฟอร์มที่ไม่คุ้นเคย ซึ่งหมายถึง การสื่อสารข้อมูลสุขภาพไม่เพียงพอส่งผลกระทบต่อระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในระดับปานกลาง ทุน ลิน เดน (2551) ศึกษาพบว่าแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาร์ที่ประสบความยาก ความลำบาก ในการไปสถานบริการและความหนาแน่นของผู้ใช้บริการสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และปิยะธิดา นาคะเกษีย และคณะ (2556) พบว่าแรงงานต่างด้าวที่มีประสบการณ์การใช้บริการสุขภาพตามสิทธิจะแนะนำเพื่อนแรงงานต่างด้าวด้วยตนเอง แม้งานวิจัยไม่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเชิงนัยสำคัญ แต่ประมวลได้ว่าความพึงพอใจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพได้

2.3 ปัจจัยการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาร์

2.3.1 ความหมายของการเข้าถึงบริการสุขภาพ

นักวิชาการหลายท่านให้ความหมายของการเข้าถึงบริการสุขภาพแตกต่างกัน ดังนี้

เพสซิงเกอร์ (Persinger. 2000) กล่าวว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพ หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยที่ไปถึงการดูแลทางการแพทย์ โดยประกอบด้วย ความพอเพียงของบริการทางการแพทย์ที่ตั้งของแหล่งบริการสุขภาพ การเดินทางและความสามารถในการจ่ายการดูแล

กัลลิฟอร์ด (Gulliford. 2001 : 13-25) ให้ความหมายการเข้าถึงบริการสุขภาพ หมายถึง ความสะดวกในการที่ช่วยให้ประชาชนสมควรได้รับการบริการด้านสุขภาพอย่างเหมาะสม ได้แก่ 1) มีบริการที่เพียงพอต่อการให้บริการสุขภาพ 2) มีบริเวณที่ประชาชนเข้าถึงอย่างกว้างขวาง โดยอาศัยระบบการเงิน การคลัง คำนึงถึงความแตกต่างทางสังคม วัฒนธรรม และทางด้านกายภาพ 3) การบริการที่ให้ตรงกับปัญหา มีประสิทธิภาพ ประชาชนมีความพึงพอใจ 4) การให้บริการสุขภาพที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ มีการยอมรับคุณภาพ

อุบลพันธุ์ วัฒนา (2547 : 17) ให้ความหมายว่า หมายถึง เป็นวิถีทางหนทางที่ผู้ใช้บริการจะได้รับความสะดวกในการเข้าถึงประโยชน์ตามสิทธิประโยชน์ที่ควรได้รับ เช่น การเข้าถึงบริการด้านข่าวสาร ด้านอาคารสถานที่ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข ด้านสาธารณูปโภค เพื่อให้ผู้ใช้บริการได้รับบริการที่มีคุณภาพ มาตรฐาน ทัวถึงและเท่าเทียม

สุวิมล ศรีรุ่งกาญจน์ (2554 : 19) ให้ความหมายว่า คือ วิถีทาง หนทาง ช่องทางที่ผู้ใช้บริการเข้าถึงบริการด้วยความสะดวก ได้รับการต้อนรับที่ดี เป็นบริการที่ไม่มีขั้นตอนยุ่งยากและซับซ้อน มีข้อมูลข่าวสารที่เพียงพอต่อการตัดสินใจ และมีสิ่งอำนวยความสะดวกที่ดีที่เอื้ออำนวยต่อผู้ใช้บริการทุกกลุ่ม ตามสิทธิความเป็นพลเมืองด้วยความเท่าเทียมกันเสมอภาคและเป็นธรรม

สรุปได้ว่า การเข้าถึงบริการทางสุขภาพ หมายถึง วิถีทาง ช่องทางที่ผู้ใช้บริการเข้าถึงบริการด้วยความสะดวกและตามศักยภาพและความสามารถในการแสวงหาวิธีการรักษา ซึ่งความพยายามของผู้ใช้บริการขึ้นอยู่กับเจตคติและความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ

2.3.2 แนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพ

ประเทศไทยมีหลักประกันสุขภาพที่ทำให้ประชาชนคนไทยเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลและส่งเสริมสุขภาพได้ทุกระดับ ครอบคลุมและทั่วถึง พันธุ์ทิพย์ กาญจนะจิตรา สายสุนทร (2551 : 3 - 5) กล่าวว่า การบริการและการจัดระบบบริการสุขภาพต้องอยู่ในหลักที่สำคัญ คือ ค่าบริการควรอยู่ในระดับที่ทุกคนพอจ่ายได้และอยู่บนหลักความยุติธรรม ตลอดทั้งสถานที่ตั้งของสถานบริการสุขภาพควรตั้งอยู่ในที่คนเข้าถึงได้และมีบริการที่คำนึงถึงกลุ่มที่มีความอ่อนแอ บุคคลบนพื้นที่สูง แรงงานต่างด้าว และบุตรที่เกิดในประเทศไทยรวมถึงผู้ลี้ภัยทางการเมือง

ชูสซ์ และจอห์นสัน (Schulz and Johnson. 1990 : 22) กล่าวว่า การเข้าถึงบริการ ประกอบด้วย 5 เอ (Five A'S) ได้แก่

- 1) ความพอเพียงของบริการ (Availability) หมายถึง ความเพียงพอของจำนวนผู้ให้บริการและสถานที่ให้บริการ
- 2) ความสามารถในการเข้าถึงบริการ (Accessibility) หมายถึง สถานที่ตั้งซึ่งสามารถใช้บริการโดยสะดวก การคมนาคมสะดวก
- 3) ความสะดวกเมื่อใช้บริการ (Accommodation) หมายถึง การได้รับบริการอย่างรวดเร็วไม่มีขั้นตอนยุ่งยาก
- 4) ความสามารถในการจ่ายค่าบริการ (Affordability) หมายถึง ความสามารถในการจ่าย อันเนื่องจากการใช้บริการ
- 5) การยอมรับในบริการ (Acceptability) หมายถึง การยอมรับความสามารถในการบริการ

การเข้าถึงบริการเกี่ยวข้องกับสาเหตุบางประการที่สำคัญ คือ ความเพียงพอของบริการว่ามีความมากน้อยเพียงใด ทั้งจำนวนความเพียงพอของบุคลากรทางสุขภาพ และจำนวนของบริการที่มีต่อผู้รับบริการ

มิเลทท์ (Millett. 1954 : 43) กล่าวว่า ความสำคัญของการเข้าถึงบริการ (Access) ประกอบด้วย

- 1) ผู้ใช้บริการเข้าใช้หรือรับบริการได้สะดวก ระเบียบขั้นตอนไม่มากและไม่ซับซ้อนจนเกินไป
- 2) ผู้ใช้บริการใช้เวลารอคอยน้อย
- 3) เวลาให้บริการเป็นเวลาที่เหมาะสมสำหรับผู้ใช้บริการ
- 4) อยู่ในสถานที่ที่ผู้ให้บริการติดต่อสะดวก สิ่งที่เป็นตัวกำหนดในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ได้แก่ ค่านิยม ทศนคติ ความเชื่อ การปฏิบัติตนเกี่ยวกับการรักษาสุขภาพอนามัย และลักษณะทางด้านเศรษฐกิจประชากร รวมทั้งการบริการที่มีให้ในสังคมนั้น ๆ ผู้รับบริการจะเลือกใช้ตัดสินใจไปรับบริการทางการแพทย์จากสถานบริการใด จะมีปัจจัยหลายประการเข้ามาเกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกใช้บริการ

สำหรับแรงงานต่างด้าวที่มีแนวโน้มเข้ามาอยู่ในสังคมไทยมากขึ้นมีสิทธิได้รับบริการสุขภาพตามหลักสิทธิมนุษยชนเช่นเดียวกับประชาชนชาวไทย โดยแรงงานต่างด้าวที่จะใช้บริการสุขภาพได้นั้นจะต้องมีใบอนุญาตทำงานอย่างถูกต้องตามกฎหมาย และบัตรประกันสุขภาพ

การเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาร์ หมายถึง วิธีทาง ช่องทางที่แรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาร์ได้รับบริการสุขภาพ ด้วยความสะดวกตามสิทธิบริการสุขภาพ การมีเอกสารที่ดีเข้าถึงการได้รับข้อมูลข่าวสาร ประสบการณ์การใช้บริการสุขภาพมีความสามารถในการแสวงหาวิธีการรักษา การเข้าถึงบริการสุขภาพ ไม่มีข้อจำกัดด้านภูมิศาสตร์ เศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม หรือกีดกันด้านภาษา และความสามารถในการเข้าถึงบริการสุขภาพมี องค์ประกอบ 4 ประการ คือ 1) การปลอดจากการเลือกปฏิบัติ 2) การเข้าถึงทางกายภาพ 3) การเข้าถึงทางเศรษฐกิจ และ 4) การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร

2.3.3 ปัจจัยการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาร์

จากการทบทวนงานวิจัย พบว่าปัจจัยการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาร์นั้น ประกอบด้วย 3 ส่วนหลัก ๆ ดังนี้ (กระทรวงแรงงาน. 2552)

- 1) สวัสดิการสุขภาพ คือ สิ่งที่สถานประกอบการหรือนายจ้างของแรงงานต่างด้าวจัดให้ไปรับการรักษาจากสถานพยาบาลโดยสถานประกอบการหรือนายจ้างรับผิดชอบค่าใช้จ่ายโดยอาจจะซื้อบัตรประกันสุขภาพ หรือนำแรงงานต่างด้าวขึ้นทะเบียนสิทธิประกันสังคมหรือชำระค่ารักษาพยาบาลเป็นเงินตามจำนวนที่สถานพยาบาลเรียกเก็บ ขณะที่ทำงานในประเทศไทยแบ่งเป็นหลักประกันสุขภาพและประกันสังคม

หลักประกันสุขภาพ

แรงงานต่างด้าวที่จดทะเบียนและได้สิทธิอาศัยอยู่ชั่วคราว มีหมายเลขประชาชน 13 หลัก ขึ้นต้นด้วย 00 ผ่านการตรวจร่างกาย ขึ้นทะเบียนขอใบอนุญาตทำงานได้จากอธิบดีกรมแรงงาน และซื้อบัตรจากโรงพยาบาลหรือสถานบริการสุขภาพ จะได้รับบริการสุขภาพทั้งด้านส่งเสริม ป้องกัน และรักษาเช่นเดียวกับคนไทย

ประกันสังคม

แรงงานต่างด้าวที่ได้รับการพิสูจน์สัญชาติ เปลี่ยนสถานะอย่างถูกกฎหมาย ทำบัตรประกันสังคมจะได้สิทธิเช่นเดียวกับแรงงานไทย คือ ได้รับการบริการทางสุขภาพจนถึงสิ้นสุดการรักษา เมื่อเกิดทุพพลภาพจากการทำงานจะได้รับค่ารักษาพยาบาลและเงินทดแทนรายได้ หากเสียชีวิตได้รับค่าทำศพและเงินสงเคราะห์ ในกรณีคลอดบุตรได้รับค่าคลอด 13,000 บาท เงินสงเคราะห์บุตร อายุไม่เกิน 6 ปี และเงินเกษียณอายุ ในกรณีว่างงานจากการลาออกหรือเลิกจ้างจะได้รับเงินทดแทนตามที่กำหนดไว้จากสำนักงานประกันสังคม (2555)

สวัสดิการสุขภาพจึงมีผลต่อคุณภาพชีวิตเพราะสวัสดิการสุขภาพแสดงถึงการได้รับความคุ้มครองขั้นพื้นฐาน แสวงหาการรักษาที่เหมาะสม ซึ่งให้เกิดการเข้ารับบริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยรวมทั้งส่งเสริมให้เกิดการดูแลตนเองที่เหมาะสม ปานชนก วงษ์พัฒน์ (2557) ศึกษาพบว่าแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาร์ที่มีสวัสดิการด้านประกันสังคม จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาของ ทุน ลิน เตน (2551) พบว่า แรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาร์ที่มีใบอนุญาตทำงานจะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี วีระกุล อรัณยนาค และคณะ (2552) ศึกษาพบว่าแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาร์ที่มีบัตรประกันสุขภาพสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ ศราวุฒิ เหล่าสาย (2555) พบว่า แรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาร์ที่มีบัตรประกันสุขภาพจะเข้าถึงบริการสุขภาพมากกว่า ถึงแม้จะไม่มีการวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ที่พิสูจน์นัยสำคัญทางสถิติ แต่ผลจากงานวิจัยต่าง ๆ ชี้ให้เห็นว่าสวัสดิการสุขภาพแสดงถึงสิทธิขั้นพื้นฐานที่ทำให้เข้าถึงการรักษาพยาบาลอย่างเท่าเทียมกัน และนำมาซึ่งเกิดสุขภาวะที่ดี ดังนั้น แรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาร์ที่มีสวัสดิการสุขภาพย่อมจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาร์ที่ไม่มีสวัสดิการสุขภาพ

2) ความเชื่อสุขภาพ เป็นการรับรู้ การให้คุณค่า และการปฏิบัติ หรือการแสดงพฤติกรรมของบุคคลที่จะกระทำหรืองดเว้นที่จะกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพตามวิถีชีวิตที่สืบทอดกันมา (Pender. 1996) ความเชื่อสุขภาพมีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพเพราะหากรับรู้ให้คุณค่าแล้วนำไปปฏิบัติอย่างเหมาะสมก็จะทำให้บุคคลแสวงหาแหล่งบริการที่จะทำให้ตนเองปลอดภัยจากโรค หรือหายจากการเจ็บป่วยโดยเร็วและช่วยเพิ่มระดับความสมบูรณ์ของสุขภาพได้ ความเชื่อที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพ การให้ความสำคัญกับความคิดความเชื่อ อิทธิพลของสมาชิกในครอบครัวและค่านิยมและวิถีชีวิตเชิงวัฒนธรรม ซึ่งแต่ละส่วนมีรายละเอียด ดังนี้

2.1) การดูแลสุขภาพ การดูแลสุขภาพเป็นสิ่งที่บุคคลกระทำเพื่อส่งเสริมให้มีสุขภาพดีซึ่งมักหมายถึง การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การใช้สารเสพติด และการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล ซึ่งไม่ปรากฏงานวิจัยเฉพาะเจาะจงไปยังแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาร์ แต่เป็นการศึกษาแรงงานต่างด้าวหลายสัญชาติ แต่ก็มีแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาร์รวมอยู่ด้วย จากการศึกษา ธนาวิทย์ คงคาชนะ และคณะ (2554) แรงงานต่างด้าวมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารไม่เหมาะสม รับประทานอาหารไม่เป็นเวลา ไม่ครบ 3 มื้อ เนื่องจากทำงานไม่เป็นเวลา ดุษฎี อายุวัฒน์ (2555) พบว่า แรงงานต่างด้าวรับประทานอาหารไม่ครบ 3 มื้อ ส่วนมากไม่ได้รับประทานมื้อเช้า เนื่องจากต้องตื่นตั้งแต่ตี 3 เพื่อไปทำงาน อาหารที่รับประทานส่วนใหญ่ผู้ชายเป็นผู้ทำมาให้ และมักผสมผงชูรส ต้มเครื่องต้มชูกำลัง กาแฟกระป๋อง กินขนมหวานที่มีกะทิ ปิยะธิดา นาคะเกษียร และคณะ (2556) พบว่า แรงงานต่างด้าวมักบริโภคอาหารถุงสำเร็จ น้ำพริกใส่ปลาร้าสุก อาหารจำพวกเนื้อสัตว์ และเติมเกลือเพื่อเพิ่มรสชาติ ชอบรับประทานอาหารรสเค็มจัด มันจัด ขนมหวาน แกงกะทิ ต้มยำน้ำอืดลม ขวัญจิต ศศิวงศาโรจน์ (2549) พบว่า แรงงานต่างด้าวไม่เห็นความสำคัญของการออกกำลังกาย โดยเฉพาะแรงงานต่างด้าวเพศหญิงจะการออกกำลังกายน้อยมาก อีกทั้งมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังเพราะสูบบุหรี่เป็นประจำ และดื่มสุราบางครั้งและมักเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อทางหายใจและทางเดินอาหารซึ่งเป็นโรคที่ป้องกันได้ด้วยอนามัยส่วนบุคคล เจริญ เลฮาน (Leigh Lehane . 2012) พบว่า ความเครียดและพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาร์สัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิต สุภา ศรีสวัสดิ์ (2550) เวนิกา คันธี (2555) และดุษฎี อายุวัฒน์ (2555) พบว่า แรงงานต่างด้าวมักดื่มแอลกอฮอล์หรือรวมกลุ่มกันดื่มเบียร์เพื่อคลายความเหนื่อยล้าจากการทำงาน และคลายเครียด ในขณะที่ ศิรดา เกสรศรี และคณะ (2557) พบว่า แรงงานต่างด้าวมีปัญหาสุขภาพจิตซึ่งเกิดจากความเครียด สาเหตุด้านความสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้างและการย้ายถิ่น

จากการศึกษาของ ปราโมทย์ แก้วยอด และคณะ (2551) พบว่า แรงงานต่างด้าวที่ตรวจสุขภาพร่างกายพบเป็นโรคกลาก เกื้อน หิดและหูด ซึ่งเป็นโรคที่เกี่ยวข้องพฤติกรรมอนามัยส่วนบุคคล ในขณะที่ ธนาวิทย์ คงคาชนะ และคณะ (2554) พบว่า แรงงานต่างด้าวมีพฤติกรรมการทำกิจวัตรส่วนตัวในแต่ละวันไม่เหมาะสม จากการทำงานที่ไม่เป็นเวลาที่ไม่แน่นอนพักผ่อนไม่เพียงพอ

ดังนั้น แรงงานต่างด้าวที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องซึ่งบ่งชี้ได้ถึง การเข้าถึงบริการสุขภาพหรือสิทธิสุขภาพขั้นพื้นฐานน่าจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าแรงงานต่างด้าวที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง แม้จากการทบทวนวรรณกรรมจะปรากฏเฉพาะงานวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณที่ศึกษาวิถีชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพ ไม่ปรากฏงานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลสุขภาพกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเชิงนัยสำคัญ แต่กล่าวในเบื้องต้นได้ว่าแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาร์ที่ดูแลสุขภาพดีกว่าน่าจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาร์ที่ขาดการดูแลสุขภาพ

2.2) การให้ความสำคัญกับความคิดความเชื่อ ความคิดความเชื่อ หมายถึง ความเข้าใจ และยอมรับในสิ่งหนึ่งสิ่งใดโดยไม่มีเหตุผล (เทพสงวน กิตติพันธ์. 2557) เพื่อแสดงว่าชอบหรือไม่ชอบ ซึ่งมีผลกระทบหรือจูงใจให้บุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่นำไปสู่การปฏิบัติอย่างจริงจัง (ณัฐพงศ์ ชูทัย. 2558) ซึ่งแสดงถึงการเข้าถึงบริการสุขภาพเพราะจะทำให้แรงงานต่างด้าวคิดและตัดสินใจเลือกสถานบริการสุขภาพที่เหมาะสม เพื่อหาหนทางการรักษาสุขภาพของตนเองและมีผลต่อความพึงพอใจและความสมบูรณ์ในชีวิตของตน จากการศึกษาของ มุลนิธิรักษ์ไทย (2554) พบว่าแรงงานต่างด้าวที่เชื่อว่าถ้าไม่หลังในผู้หญิงจะไม่สมศักดิ์ศรีจึงไม่ใช้ถุงยางอนามัย และจากการศึกษาของ ปิยะธิดา นาคะเกษียร และคณะ (2556) พบว่าแรงงานต่างด้าวที่เชื่อว่าอาการเจ็บป่วยเกิดจากอำนาจเหนือธรรมชาติหรือเรื่องผี โชคชะตาและบุญกรรมมักไปรักษากับหมอร่างทรงทำให้รับการรักษาแผนปัจจุบันไม่ต่อเนื่อง แม้งานวิจัยที่ทบทวนพบเฉพาะวิจัยเชิงคุณภาพที่ศึกษาแรงงานต่างด้าวที่ไม่เฉพาะเจาะจงเป็นแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาร์ ซึ่งไม่มีงานวิจัยประเภทศึกษาความสัมพันธ์ของความคิดความเชื่อต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพแต่อธิบายได้ว่าความคิดความเชื่อสามารถนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้น แรงงานต่างด้าวที่ให้ความสำคัญกับความคิดความเชื่อมากกว่าน่าจะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ต่ำกว่าแรงงานต่างด้าวที่ให้ความสำคัญกับความคิดความเชื่อน้อยกว่า

2.3) อิทธิพลความคิดความเชื่อของสมาชิกในครอบครัว ความคิดความเชื่อของสมาชิกในครอบครัวมีผลต่อการดูแลสุขภาพของแรงงานต่างด้าวเมียนมาร์เพราะการอาศัยอยู่รวมกันเป็นครอบครัวจะถ่ายทอดความรู้สึกนึกคิดก่อให้เกิดการเรียนรู้ การให้คุณค่ากับสิ่งที่เชื่อกลายเป็นค่านิยม และส่งผลให้บุคคลโน้มเอียงสู่การปฏิบัติพฤติกรรม (ณัฐพงศ์ ชูทัย. 2558) การถ่ายทอดความคิดความเชื่อสมาชิกจึงมีผลให้แรงงานต่างด้าวเชื่อและปฏิบัติตามบุคคลในครอบครัวอย่างเคร่งครัดในการดูแลสุขภาพ (Pathumsri and other. 2557) ทำให้มีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพเพราะบุคคลในครอบครัวจะมีส่วนช่วยเหลือสนับสนุน รักษาและฟื้นฟู ด้วยการแนะนำ หรือนำพาแรงงานต่างด้าวที่เจ็บป่วยไปรับบริการสุขภาพ จากการศึกษาของ อภิชาติ จำรัสสุทธิรงค์ และคณะ (2555) พบว่า แรงงานต่างด้าวที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังไปรักษากับหมอไสยศาสตร์ เพราะเชื่อตามญาติพี่น้อง ปิยะธิดา นาคะเกษียร และคณะ (2556) พบว่า แรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาร์เชื้อชาติมอญเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยจะรับประทายยาพื้นบ้านที่นำมาจากบ้านเกิดและจะเข้ารับรักษาในระบบวิชาชีพก็ต่อเมื่อมีญาติที่รับทราบสิทธิการรักษาพาไป สรวุฒิ เหล่าสาย (2555) พบว่า แรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาร์ที่มาทำงานกับเครือญาติช่วยเหลือซึ่งกันและกัน จะมีความคิดเห็นต่อการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพในระดับมาก แม้จะมีเฉพาะงานวิจัยเชิงคุณภาพโดยไม่พบงานวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของความคิดความเชื่อสมาชิกในครอบครัวต่อคุณภาพชีวิต แต่ก็น่าจะประมวลได้ว่าสมาชิกในครอบครัวของแรงงานต่างด้าวมีความสำคัญต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ดังนั้น แรงงาน

ต่างตัวชาวเมียนมาร์ที่เชื่อและปฏิบัติตามคำแนะนำการดูแลสุขภาพในครอบครัว น่าจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าแรงงานต่างตัวชาวเมียนมาร์ที่ไม่มีครอบครัวดูแล แนะนำการปฏิบัติตัว

2.4) ค่านิยมและวิถีชีวิตเชิงวัฒนธรรม ค่านิยมและวิถีชีวิตเชิงวัฒนธรรมเป็นสิ่งที่สั่งสมมาจากบรรพบุรุษและมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจและปฏิบัติสืบทอดต่อกัน (นำชัย ศุภกฤษชัยสกุล และคณะ. 2557) ทำให้บุคคลเลือกที่จะนำสิ่งที่ได้เรียนรู้และกระทำจากบรรพบุรุษไปปฏิบัติตามกัน เพราะบรรพบุรุษได้เรียนรู้และเลือกปฏิบัติหรือถ่ายทอดในสิ่งที่ส่งผลดีต่อสุขภาพผ่านปรากฏการณ์ต่าง ๆ หล่อหลอมในสังคมและปฏิบัติสืบทอดกันมา เช่น ในพิธีกรรมทางศาสนาต่าง ๆ เพราะเมื่อบุคคลจะเลือกกระทำตามวิธีที่ตนเองคุ้นเคยมาก่อนในวิถีชีวิตย่อมส่งผลให้เกิดเป็นพฤติกรรมและวิถีของพฤติกรรม อภิชาติ จำรัสฤทธิ์รงค์ และคณะ (2553) พบว่า แรงงานต่างตัวนิยมใช้บริการสุขภาพจากหมอพื้นบ้าน วาสนา แก้วหล้า (2554) พบว่า แรงงานต่างตัวที่นิยมดูแลสุขภาพแบบพึ่งพาภูมิปัญญาผูกโยงสัญลักษณ์ตามวัฒนธรรมเดิม โดยให้ผู้หญิงมีบทบาทในการดูแลสุขภาพ ปิยะธิดา นาคะเกษียร และคณะ (2556) พบว่า โรคที่แพทย์แผนปัจจุบันรักษาไม่หายขาดเกิดจากการที่แรงงานต่างตัวรักษาตนเองด้วยการหาหมอร่างทรงโดยเชื่อว่าเป็นเพราะอำนาจเหนือธรรมชาติ โชคชะตาและบุญกรรมชี้ให้เห็นว่าค่านิยมและวิถีชีวิตเชิงวัฒนธรรมเป็นสิ่งที่แรงงานต่างตัวให้ความสำคัญตามธรรมเนียมสืบทอดกันมาจนกลายเป็นการแสวงหาวิถีและการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพมีผลให้การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้และมีผลต่อคุณภาพชีวิต โดยเมื่อแรงงานต่างตัวแสวงหาวิถีและการปฏิบัติที่เหมาะสมและสอดคล้องกันไม่ขัดแย้งต่อค่านิยมและวัฒนธรรมเดิมทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดีขึ้นด้วยแม้สิ่งที่ทบทวนจะมีแต่งานวิจัยเชิงคุณภาพและไม่มีงานวิจัยที่หาความสัมพันธ์ระหว่างค่านิยมและวิถีชีวิตเชิงวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต แต่พอจะอธิบายได้ว่าวิถีชีวิตเชิงวัฒนธรรมและค่านิยมมีผลต่อคุณภาพชีวิต ดังนั้น แรงงานต่างตัวที่ใช้บริการสุขภาพโดยปฏิบัติตามค่านิยมและวิถีชีวิตเชิงวัฒนธรรมมากกว่าจะมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าแรงงานต่างตัวที่แสวงหาวิถีและปฏิบัติดูแลสุขภาพเชิงวิชาชีพ

3) การรับรู้เข้าถึงบริการสุขภาพ หมายถึง การที่บุคคลสามารถรับรู้ถึงการดูแลทางการแพทย์ที่เหมาะสมตามความจำเป็นเมื่อต้องการ (Gulliford. 2001 : 13-25) ประกอบด้วย

3.1) การรับรู้สิทธิบริการสุขภาพ เป็นการรับรู้ประโยชน์ในการใช้บริการและการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่ทำให้มีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยเป็นอุปสรรคและข้อจำกัดต่อความเข้าใจในการใช้บริการสุขภาพ (ทัตดาว ค่ายอดใจ. 2556) จากการศึกษาของ สำนักบริหารแรงงานต่างตัวกรมการจัดหางาน กระทรวงสาธารณสุข (2557) พบว่า แรงงานต่างตัวที่สับสนในเงื่อนไขรับการรักษาพยาบาล จะไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ เนื่องจากไม่รับรู้ถึงสิทธิบริการสุขภาพ บุบผา อนันต์สุชาติกุล และคณะ (2554) พบว่า แรงงานต่างตัวที่รับรู้สิทธิทางสุขภาพของตนเองเลือกใช้บริการสุขภาพได้ดีกว่าแรงงานต่างตัวที่ไม่ทราบสิทธิทางสุขภาพหรือรับรู้ได้น้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ เกษมณี แคว้นน้อย (2554) พบว่า แรงงานต่างตัวที่ทราบสิทธิการคุ้มครองความเจ็บป่วย

สำหรับผู้มีบัตรประกันสุขภาพจะไปรับบริการที่สถานพยาบาลตามที่ระบุไว้ชี้ให้เห็นว่าการที่แรงงานต่างด้าวรับรู้สิทธิบริการสุขภาพ ย่อมช่วยให้แรงงานต่างด้าวรับรู้และเลือกใช้มากกว่าแรงงานต่างด้าวที่ไม่รับรู้สิทธิบริการสุขภาพ ดังนั้น แรงงานต่างด้าวที่รับรู้สิทธิบริการสุขภาพมากกว่าจึงน่าจะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีกว่าแรงงานต่างด้าวรับรู้สิทธิบริการสุขภาพน้อยกว่า

3.2) การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ การสื่อสารข้อมูลสุขภาพเป็นการรับและส่งเนื้อหาข้อเท็จจริง ข้อมูลซึ่งกันและกันซึ่งระหว่างผู้รับสารและผู้ส่งสาร เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน (น้ำทิพย์ รัตนวงษ์ไชยยา และคณะ. 2557) การสื่อสารที่ทำให้แรงงานต่างด้าวเข้าใจสิทธิการรักษา รับรู้กฎหมายในการใช้สิทธิในส่วนที่พึงมีพึงได้เท่าเทียมกับแรงงานทั่วไป อย่างถูกต้อง และการสื่อสารจะช่วยให้รับรู้และเข้าถึงบริการสุขภาพได้เหมาะสมเพราะแรงงานต่างด้าวจะรู้สึกไม่ถูกเลือกปฏิบัติเสมอภาคและเท่าเทียมกัน เป็นส่วนหนึ่งในสังคมให้ความร่วมมือในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ ขวัญจิต ศศิวงศาโรจน์ (2549) ธนพรรณ จรรยาศิริ และคณะ (2551) และปิยะธิดา นาคะเกษียร และคณะ (2556) พบว่า แรงงานต่างด้าวที่หลีกเลี่ยงไปรักษาในสถานบริการสุขภาพเพราะพูดและฟังภาษาไทยได้น้อย มีปัญหาในการสื่อสาร และสื่อสุขภาพมีภาษาจำกัด ขณะที่ มรรีรีย์ ทองประเสริฐ (2552) พบว่า แรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาร์ต้องการให้มีล่ามอย่างเพียงพอในการเข้ารับบริการสุขภาพในสถานพยาบาลที่ตนเลือก และปัญหาจากการเข้าถึงบริการสุขภาพ และสิทธิของแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาร์เกิดจากไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ (สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ. 2556) วีระกุล อรัณยธนา และคณะ (2557) พบว่า แรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาร์ที่สามารถฟัง พูด อ่าน เขียนภาษาไทย และรับรู้ช่องทางารับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมากขึ้น ชี้ให้เห็นว่าการสื่อสารช่วยให้แรงงานต่างด้าวเกิดความเข้าใจในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ประเมินข้อมูลข่าวสารสุขภาพตามกระบวนการและขั้นตอน ตัดสินใจและเลือกปฏิบัติในการสร้างเสริมและรักษาสุขภาพได้ สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการอย่างเหมาะสมได้แม้งานวิจัยที่ทบทวนจะพบแต่เชิงคุณภาพโดยไม่มีงานวิจัยประเภทศึกษาความสัมพันธ์การสื่อสารสุขภาพมีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ แต่ก็อธิบายได้ว่าการสื่อสารข้อมูลสุขภาพมีผลต่อคุณภาพชีวิต ดังนั้น แรงงานต่างด้าวที่สื่อสารข้อมูลสุขภาพได้ดีกว่าจึงน่าจะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีกว่าแรงงานต่างด้าวสื่อสารข้อมูลสุขภาพได้น้อยกว่า

3.3) ประสพการณ์การใช้บริการสุขภาพในการจัดการตนเอง ประสพการณ์หมายถึง ความชัดเจนที่เกิดจากการกระทำหรือพบเห็นมา (สำนักงานราชบัณฑิตยสภา. 2544) ทำให้บุคคลรู้สึกว่าคุณตนได้รับความเคารพและได้รับความสำคัญจากผู้ให้บริการ ซึ่งมีผลให้เกิดความพึงพอใจและกลับไปรับบริการอีกอย่างเหมาะสม (Sai Han Noom and Vergara. 2011) การศึกษาของ ขวัญจิต ศศิวงศาโรจน์ (2549) พบว่า แรงงานต่างด้าวที่มีประสพการณ์ได้รับการบริการไม่ดี ถูกเลือกปฏิบัติ เมื่อเกิดความเจ็บป่วยจะไปซื้อยากินเอง หรือไม่รักษาทำให้อาการทรุดหนักและเป็นเรื้อรัง

ศราวุฒิ เหล่าสาย (2555) และอภิชาติ จำรัสฤทธิ์รงค์ และคณะ (2555) พบว่า แรงงานต่างด้าวที่พอใจบริการสุขภาพ ได้รับบริการที่ดีจากเจ้าหน้าที่ จะกลับไปรับบริการครั้งต่อ ๆ ไปมากกว่าแรงงานต่างด้าวที่รู้สึกว่าคุณภาพการเลือกปฏิบัติ ชี้ให้เห็นว่าประสบการณ์การใช้บริการสุขภาพที่พอใจช่วยให้แรงงานต่างด้าวเกิดความมั่นใจและมีกำลังใจ รับรู้การเข้าถึงบริการสุขภาพได้ แม้งานวิจัยที่พบทวนจะพบแต่เชิงคุณภาพโดยไม่มีงานวิจัยประเภทศึกษาประสบการณ์การใช้บริการสุขภาพสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพแต่ก็อธิบายได้ว่าประสบการณ์การใช้บริการสุขภาพมีผลต่อคุณภาพชีวิต ดังนั้น แรงงานต่างด้าวที่มีประสบการณ์การใช้บริการสุขภาพมากกว่าน่าจะมียุทธศาสตร์ชีวิตด้านสุขภาพที่ดีกว่าแรงงานต่างด้าวที่มีประสบการณ์การใช้บริการสุขภาพน้อยกว่า

2.4 บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนกับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาร์

แรงงานต่างด้าวเป็นผู้ใช้บริการที่มีความเฉพาะอันเนื่องมาจากความแตกต่างของภาษา วัฒนธรรม ความเชื่อ และความเป็นอยู่ มีปัญหาสุขภาพซับซ้อนเพราะมีความรู้ความต้องการรูปแบบการดูแลสุขภาพและการแสดงออกหรือมีพฤติกรรมที่แตกต่างตามพื้นฐานหรือค่านิยมความเชื่อและวัฒนธรรมที่ทำให้เกิดเป็นแบบแผนและวิถีการดำรงชีวิต ซึ่งแตกต่างจากผู้ให้บริการอื่นทั่วไปโรคที่แรงงานต่างด้าวมักนำเข้ามาในประเทศ คือ โรคระบาด โรคอุบัติใหม่ อุบัติซ้ำ และโรคเรื้อรังต่าง ๆ ซึ่งกระทบต่อสุขภาพของแรงงานต่างด้าวเอง รวมถึงกระทบต่อสังคม เศรษฐกิจ ความมั่นคง และสุขภาพของคนไทย และนำมาซึ่งการสูญเสียทางเศรษฐกิจ พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถด้านวิชาการและศักยภาพในการปฏิบัติงาน มีบทบาทในสร้างเสริม ป้องกัน รักษาโรคเบื้องต้น และฟื้นฟูสุขภาพ พัฒนาศักยภาพชุมชน ตามกระบวนการพัฒนา โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมประสานความร่วมมือภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและประชาคมอาเซียนในการสร้างเสริมสุขภาพที่ดี สามารถบูรณาการศาสตร์ด้านการพยาบาลและการรักษาโรคเบื้องต้นและศาสตร์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาการให้บริการสุขภาพให้ทันกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง โดยคำนึงถึงวัฒนธรรม ประเพณี เป็นผู้นำทางด้านวิชาการ สามารถทำวิจัย และเป็นนักปฏิบัติการด้านเวชปฏิบัติชุมชน (สภากาชาดไทย, 2551) ซึ่งสามารถนำสมรรถนะที่มีมาใช้ส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของแรงงานต่างด้าวได้ดังนี้

สมรรถนะที่ 1 มีความสามารถในการพัฒนา จัดการ และกำกับระบบการดูแลสุขภาพ กลุ่มคน ครอบครัว และชุมชนด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรคเบื้องต้น และการฟื้นฟูสุขภาพ

พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ควรมีความรู้เกี่ยวกับโรคที่พบบ่อยในแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาร์ และความก้าวหน้าในการรักษา สามารถประเมินปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาร์ทั้งรายบุคคล รายครอบครัว รายกลุ่ม และชุมชนที่แรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาร์

อาศัยอยู่เพื่อนำมาวางแผนช่วยเหลือให้แรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาร์เข้าถึงบริการสุขภาพตามสิทธิประโยชน์ที่ควรได้รับ ลดการเจ็บป่วยที่ไม่จำเป็น หลีกเลี่ยงโรคที่เป็นอยู่ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและกลับสู่การมีสุขภาพปกติหรือแข็งแรงอย่างรวดเร็ว โดยไม่เกิดความพิการ หรือเกิดขึ้นน้อยที่สุด

สมรรถนะที่ 2 มีความสามารถในการดูแลและให้การพยาบาลกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้พิการ วัยรุ่น ผู้สูงอายุ มารดาและทารก และกลุ่มอื่นในชุมชนที่มีปัญหาซับซ้อน (Direct care)

พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ต้องสามารถประเมินสุขภาพของแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาร์ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความซับซ้อนเชิงสังคม วัฒนธรรม ค่านิยมและความเชื่อ เพราะสิ่งเหล่านี้มีผลต่อการดูแลสุขภาพของตนเองด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม รวมไปถึงจิตวิญญาณ ต้องเข้าใจความเป็นบุคคลและความเป็นครอบครัวของแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาร์ วินิจฉัยปัญหาโดยใช้หลักฐานทางคลินิก ความรู้ทางพยาธิสรีระและเภสัชวิทยาที่ทันสมัยเพื่อส่งเสริม รักษา และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่เกิดจากพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสม รับและส่งต่อแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาร์ไปยังแหล่งบริการสุขภาพตามสิทธิประโยชน์ เสริมพลังแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาร์ให้ใช้ศักยภาพของตนเองที่มีอยู่ สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจัดให้เกิดกลุ่มช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการลดพฤติกรรมเสี่ยงและพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้

สมรรถนะที่ 3 มีความสามารถในการประสานงาน (Collaboration)

พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ต้องใช้หลักการสร้างหุ้นส่วนกับแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาร์หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง องค์กร และสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล อสม. ในการชี้ให้เห็นบทบาทของแต่ละฝ่ายที่จะปฏิบัติงานร่วมกันโดยมีเป้าหมายเพื่อให้แรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาร์เข้าถึงบริการสุขภาพตามสิทธิประโยชน์และชี้ให้เห็นผลเสียกรณีที่ทุกฝ่าย ขาดการประสานร่วมมือ รับรู้บทบาทไม่ชัดเจน ขาดการประสานที่ทำให้ทุกฝ่ายเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการให้บริการสุขภาพกับกลุ่มแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาร์ ซึ่งจะมีผลให้แรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาร์เข้าไม่ถึงบริการสุขภาพตามที่ควรจะเป็น วิเคราะห์ปัญหาสุขภาพและค้นหาศักยภาพของแต่ละฝ่ายในชุมชน เพื่อนำมาวางแผนและออกแบบการตรวจสุขภาพต่าง ๆ ที่เหมาะสม ติดต่อประสานงานกับสถานบริการสุขภาพเมื่อแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาร์ ครอบครัว หรือผู้เกี่ยวข้องเกิดข้อขัดข้องหรือขอความช่วยเหลือ

สมรรถนะที่ 4 มีความสามารถในการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowering) การสอน (Educating) การฝึก (Coaching) การเป็นที่ปรึกษาในการปฏิบัติ (Mentoring)

พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ต้องค้นหาและเสริมความสามารถของแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาร์ทั้งระดับบุคคล ครอบครัว กลุ่มและในชุมชนที่อาศัยอยู่ เพื่อให้แรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาร์ใช้ศักยภาพของตนเองเข้าถึงสิทธิทางสุขภาพของตนเองอย่างถูกต้อง ให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคความเจ็บป่วย การแพร่กระจาย วิธีป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งเน้นให้เห็นความสำคัญของการเข้าถึงบริการสุขภาพ แก่กลุ่มแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาร์และครอบครัวด้วยการดึงศักยภาพที่มีอยู่ภายในตัว

บุคคล มาใช้ในการดูแลและสร้างเสริมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่องเพื่อให้แรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาร์และผู้เกี่ยวข้องนำไปปฏิบัติและดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมถูกต้อง

สมรรถนะที่ 5 มีความสามารถในการให้คำปรึกษาด้านการดูแลบุคคล ครอบครัว กลุ่มคน และชุมชน (Consultation)

พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ต้องให้ข้อมูลทางเลือกต่างๆให้กับพยาบาลและทีมสุขภาพเกี่ยวกับการคัดกรองโรค เพื่อให้สามารถเลือกและนำข้อมูลที่เหมาะสมไปตัดสินใจจัดการปัญหาสุขภาพของแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาร์ และส่งเสริมพฤติกรรม การเข้าถึงบริการสุขภาพที่ถูกต้องของแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาร์

สมรรถนะที่ 6 มีความสามารถในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change agent)

พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ต้องดำเนินการเชิงรุกเพื่อสร้างการปฏิบัติที่ดีหรือเป็นเลิศในการพัฒนาให้สุขภาพของแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาร์เปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้น สร้างแผนงานหรือโครงการต่าง ๆ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมศักยภาพพฤติกรรม การดูแลตนเอง เข้าถึงบริการสุขภาพอันจะนำมาซึ่งการมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีขึ้น

สมรรถนะที่ 7 มีความสามารถในการให้เหตุผลทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (Ethical reasoning and ethical decision making)

พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ต้องใช้ความรู้ ทฤษฎีและหลักจริยธรรม สิทธิผู้ป่วย สิทธิของพยาบาล และหลักการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการอธิบายสิ่งที่ เป็นเหตุและผลที่จะเกิดตามมาจากการปฏิบัติงาน บริหารจัดการงานโดยมุ่งส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาร์ โดยเน้นพิทักษ์สิทธิให้ได้รับการปฏิบัติพยาบาลอย่างมีจริยธรรม เป็นธรรม และปลอดภัย

สมรรถนะที่ 8 มีความสามารถในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based practice)

พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ต้องสามารถรวบรวมผลการวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ และการส่งเสริมการเข้าถึงบริการของแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาร์ที่เป็นปัจจุบันอย่างต่อเนื่อง โดยประยุกต์ความรู้ที่ได้มาใช้พัฒนาคุณภาพการพยาบาล และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาร์อย่างต่อเนื่อง เช่น พัฒนาแนวปฏิบัติและใช้แนวปฏิบัติในการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาร์ เผยแพร่แนวปฏิบัติ การพยาบาลระหว่างผู้ปฏิบัติหรือผู้เชี่ยวชาญในสาขาการพยาบาล นำความรู้มาใช้ร่วมกับกระบวนการพัฒนาคุณภาพโดยเน้นการมีส่วนร่วมของแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาร์และผู้มีประสบการณ์หรือผู้เชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของแรงงานต่างด้าว

สมรรถนะที่ 9 มีความสามารถในการจัดการและประเมินผลลัพธ์ (Outcome management and evaluation)

พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนต้องกำหนดผลลัพธ์และตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางการพยาบาลได้ตรงและครอบคลุมกับความต้องการด้านสุขภาพของแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาร์ พัฒนาหรือเลือกใช้เครื่องมือวัด พฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้ให้บริการที่มีความต่างทางวัฒนธรรมอย่างเหมาะสม เก็บรวบรวมข้อมูลคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาร์ในชุมชนอย่างต่อเนื่อง เปรียบเทียบผลลัพธ์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงประเมินผลวิเคราะห์ผลลัพธ์ เพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล จัดทำฐานข้อมูลสุขภาพกลุ่มแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาร์ เพื่อใช้ติดตามและเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและเผยแพร่วิธีการปฏิบัติและผลลัพธ์การปฏิบัติที่เป็นเลิศเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ปฏิบัติและผู้เชี่ยวชาญ

2.5 กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้มุ่งศึกษาสิ่งที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของแรงงานต่างด้าว โดยกำหนดที่จะศึกษาคคุณภาพชีวิตใน 4 มิติ คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม โดยสิ่งที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต คือ การเข้าถึงบริการสุขภาพ ประกอบด้วยสวัสดิการสุขภาพ ความเชื่อสุขภาพ และการรับรู้การเข้าถึงบริการสุขภาพ ซึ่งสามารถแสดงความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงระหว่างปัจจัยต่าง ๆ เป็นกรอบแนวคิดการวิจัยได้ดังแผนภูมิที่ 1

แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม

