

## บทที่ 2

### แนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่องการจัดการด้านสุขภาพ ความปลอดภัย และอาชีวอนามัยอย่างยั่งยืนในโรงงานอุตสาหกรรมต้นแบบ กรณีศึกษาโรงงานปีสไฟฟ์ฟิตติ้งอินดัสตรีจำกัด จังหวัดสมุทรสาครมีแนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

1. อาชีวอนามัยและความปลอดภัย
  2. การสร้างเสริมสุขภาพ
  3. การมีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชน
  4. การประชุมเชิงปฏิบัติการ เอ ไอ ซี (Appreciation - Influenced - Control, A.I.C.)
  5. การพัฒนาศักยภาพแกนนำ
  6. การประเมินรูปแบบชิปปี้ (CIPP Model)
  7. โรงงานปีสไฟฟ์ ฟิตติ้งอินดัสตรี จำกัด
  8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- โดยมีรายละเอียดของแต่ละหัวข้อดังนี้

#### อาชีวอนามัยและความปลอดภัย

##### ความหมายของอาชีวอนามัย

อาชีวอนามัย หมายถึง การดำเนินการของสถานประกอบการเพื่อการควบคุมดูแล ป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพอนามัยและการดำรงไว้ซึ่งสภาพร่างกาย จิตใจที่สมบูรณ์ของผู้ประกอบอาชีพในสถานประกอบการ (ชูชีพ เบียดนอกและคณะ, 2549)

อาชีวอนามัย (Occupational Health) หมายถึง ศาสตร์และศิลป์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอนามัยและความปลอดภัยของผู้ประกอบอาชีพ รวมถึงการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสมรรถภาพและการจัดการเพื่อให้ผู้ประกอบอาชีพทุกอาชีพสามารถที่จะประกอบอาชีพได้อย่างปลอดภัยปลอดภัยมีสภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกายจิตใจ และสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ณรงค์ อังคะสุวพลา, 2552)

อาชีวอนามัยตรงกับภาษาอังกฤษว่า Occupational Health โดยมีรากฐานมาจากคำสองคำผสมผสานกัน คืออาชีพหรืออาชีพ (Occupational) หมายถึง บุคคลที่ประกอบอาชีพการงาน และอนามัย (Health) หรือสุขภาพอนามัยซึ่งองค์การอนามัยโลก ให้ความหมายว่า สภาวะที่สมบูรณ์ทั้งร่างกาย

(Physical Health) ทางจิตใจ (Mental Health) และสามารถดำรงชีพอยู่ในสังคมได้ด้วยดี (Social well – being) ไม่เพียงแต่ปราศจากโรค ไม่แข็งแรงหรือทุพพลภาพเท่านั้น (WHO,1986)

อาชีวอนามัย (Occupational Health) หมายถึง สุขภาพอนามัยที่สุขสมบูรณ์ของผู้ประกอบอาชีพ (สำนักพัฒนาสมรรถนะครูและบุคลากรอาชีวศึกษา, 2552)

### **ความหมายของความปลอดภัย**

ความปลอดภัยหมายถึง การจัดสภาพแวดล้อมเพื่อการดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความสุขไม่เสี่ยงภัย มีระบบการป้องกัน และแก้ไขปัญหาจากอุบัติเหตุของสถานประกอบการ (ชูชีพ เบียดนอก และคณะ, 2549)

ความปลอดภัย (Safety) หมายถึงสภาพที่ปราศจากภัยคุกคาม (Hazard) ไม่มีอันตราย (Danger) และความเสียหายใดๆ (Risk) (WHO,1998)

ความปลอดภัย หมายถึงการสร้างสภาพแวดล้อมในการทำงานให้มีความปลอดภัย ไม่เป็นอันตรายกับพนักงานซึ่งส่งเสริมให้มีความมั่นใจในการปฏิบัติงาน (สถาบันพัฒนาวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม, 2552)

โดยสรุป อาชีวอนามัยและความปลอดภัย หมายถึง การควบคุมดูแลสุขภาพอนามัยของผู้ประกอบอาชีพให้มีสภาวะสมบูรณ์ดีทั้งทางร่างกายทางจิตใจ และสามารถดำรงชีพอยู่ในสังคมได้ด้วยดี รวมทั้งมีความปลอดภัยจากสิ่งคุกคาม (Health hazards) และความเสี่ยงต่างๆที่จะเกิดขึ้นจากการประกอบอาชีพ

### **ลักษณะงานอาชีวอนามัยและความปลอดภัย**

คณะกรรมการร่วมระหว่างองค์การแรงงานระหว่างประเทศ (International Labour Organization, IKO) และองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) ได้กำหนดวัตถุประสงค์ของงานอาชีวอนามัยและความปลอดภัยไว้ดังนี้คือ

1. การส่งเสริมและดำรงไว้ซึ่งความสมบูรณ์ของร่างกายจิตใจและความเป็นอยู่ที่ดีของผู้ประกอบอาชีพ (Promotion and maintenance)
  2. การป้องกันความผิดปกติทางสุขภาพจากสภาวะในการทำงาน (Prevention)
  3. การป้องกันคุ้มครองผู้ประกอบอาชีพไม่ให้ทำงานที่จะทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ (Protection)
  4. การจัดให้ผู้ประกอบอาชีพได้ทำงานในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับความสามารถของร่างกายและจิตใจ (Placing)
  5. การปรับงานให้เหมาะสมกับคนและการปรับคนให้เหมาะสมกับสภาพการทำงาน (adaptation)
- (สำนักพัฒนาสมรรถนะครูและบุคลากรอาชีวศึกษา, 2552)

## สิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพ

สภาพแวดล้อมในการทำงานที่มีผลต่อสุขภาพ ความปลอดภัย และอาชีวอนามัย ในกระบวนการผลิต และเป็นสิ่งคุกคามต่อสุขภาพในสถานประกอบการ สำหรับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพในโรงงานปัสไพ์ พิตตั้งอินดัสตรี จำกัดได้แก่

### 1. เสียงเสียงที่ดังเกินกว่าที่ประสาทหูจะทนได้มีผลเสียต่อสุขภาพดังนี้

1.1 ผลต่อจิตใจ ทำให้ตกใจ รำคาญ กระทบการทำงาน ลดประสิทธิภาพของงานและอาจทำให้เกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน

1.2 ผลต่อร่างกาย เช่นปวดแก้วหู สูญเสียการได้ยิน

2. อุณหภูมิ อุณหภูมิในสถานประกอบการที่เป็นปัญหาต่อสุขภาพของพนักงานและลูกจ้าง คืออุณหภูมิที่สูงกว่าปกติ ซึ่งพบมากกว่าอุณหภูมิต่ำ มีผลเสียต่อสุขภาพดังนี้

2.1 ผลต่อจิตใจ ทำให้ เกิดความเครียด

2.2 ผลต่อร่างกาย ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น เส้นเลือดฝอยที่ผิวหนังขยายตัวมากขึ้น และอาจตามมาด้วย

2.2.1 Heat stroke เป็นอาการที่เกิดจากการได้รับความร้อนสูงเมื่อใช้กำลังมากเกินไป หรือทำงานหนักปานกลางในสภาวะที่ร้อนมาก ที่ทำให้อุณหภูมิในร่างกายมีอุณหภูมิสูงขึ้นอย่างมาก แล้วร่างกายไม่สามารถลดอุณหภูมิได้ด้วยตนเอง เหงื่อจะหยุดไหล อุณหภูมิร่างกายเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และอาจเสียชีวิตได้

2.2.2 Heat exhaustion เกิด จากร่างกายใช้กำลังมากในที่ที่มีความร้อนสูง ทำให้อุณหภูมิในร่างกายมีอุณหภูมิสูงขึ้น ซึ่พบเบา มึนงง เหงื่อออกมาก และ หดแรงแง

2.2.3 Heat cramps เกิดจากขึ้นเมื่อร่างกายสัมผัสหรือ อยู่ในที่มีอุณหภูมิสูงเป็นเวลานาน ทำให้อุณหภูมิในร่างกายสูงเกินไปและเกลือแร่ ส่งผลให้กล้ามเนื้อเป็นตะคริว

3. สารเคมี ช่องทางที่สารเคมีจะเข้าสู่ร่างกายได้มี 3 ช่องทาง คือการสูดดม การดูดซึมผ่านผิวหนัง และดวงตาและการกลืนกิน อันตรายจากสารเคมีสามารถส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์ได้โดยผ่านทางมารดาที่สัมผัสกับสารเคมีนั้น ๆ สารเคมีหลายชนิดก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพอย่างมากและรวดเร็วเมื่อสารนั้นดูดซึมตรงเข้าสู่การไหลเวียนเลือดและเข้าสู่อวัยวะของร่างกายที่เป็นเป้าหมายสำคัญ ระดับความรุนแรงในการทำลายของสารเคมีที่ส่งผลกระทบต่อร่างกายในแต่ละส่วนของอวัยวะจะไม่เท่ากัน ระบบประสาทส่วนกลางจัดเป็นอวัยวะเป้าหมายของสารเคมีที่เป็นพิษได้ง่ายและมากที่สุด รองลงมาคือ ระบบการไหลเวียนเลือด ตับ ปอด และผิวหนัง ในขณะที่ระบบกล้ามเนื้อและกระดูกและระบบสืบพันธุ์ทั้งเพศชายและเพศหญิงจะเป็นอวัยวะเป้าหมายสำหรับสารเคมีเพียง 2-3 ชนิด อันตรายจากสารเคมี มีดังนี้

3.1 พิษต่อระบบประสาท (Neurotoxins) ระบบประสาทจะมีส่วนสำคัญโดยตรงต่อหลายๆ กิจกรรมของร่างกาย ดังนั้นเมื่อระบบประสาทมีการเปลี่ยนแปลงจะปรากฏผลกระทบทั่วร่างกาย หน่วยประสาทจะส่งกระแสประสาทไปทั่วร่างกายซึ่งความเป็นพิษจะทำความเสียหายต่อเซลล์ของระบบประสาทส่วนกลาง (สมองและไขสันหลัง) หรือระบบประสาทส่วนปลาย (ประสาทที่อยู่ นอกเหนือจากระบบประสาทส่วนกลาง) ทำให้เกิดความเสียหายต่อเส้นประสาท เซลล์ประสาท ไชมันท์ ส่วนกลางของเซลล์ประสาท และรบกวนการส่งผ่านกระแสประสาท สัญญาณและอาการที่แสดงถึงความ เป็นพิษต่อระบบประสาทได้แก่ การง่วงซึม พฤติกรรมเปลี่ยนไป การทำงานของศูนย์กลางการบังคับหรือ การสั่งการเคลื่อนไหวช้าลงหรือเสียหาย สารเคมีในกลุ่มนี้ได้แก่ ตะกั่วและปรอท เป็นต้น ระบบประสาทจะ ไวต่อตัวทำละลายอินทรีย์โลหะบางชนิดโดยเฉพาะโลหะหนัก เช่น ตะกั่ว ปรอท และแมงกานีส ส่วนยาฆ่าแมลงจำพวกสารฟอสฟอรัสอินทรีย์ เช่น Malathion และ Parathion จะก่อให้เกิดผลกระทบรุนแรงต่อการส่งผ่านข้อมูลในระบบประสาท เป็นเหตุนำไปสู่การอ่อนแรง อัมพาตและถึงตายได้

3.2 พิษต่อเลือดและการสร้างเม็ดเลือด (Blood & Hematopoietic Toxin) การเป็นพิษต่อไขกระดูกหรือการไหลเวียนเลือด เกิดจากการลดหน้าที่และการทำงานของเซลล์เม็ดเลือดแดง ทำให้ขัดขวางการส่งผ่านออกซิเจนของเนื้อเยื่อ สารเคมีในกลุ่มนี้ได้แก่ Carbon monoxide, Sodium nitrite และ Hydrogen sulfide ส่วนสารหนู เบนซิน และ Chlordane สามารถที่จะก่อให้เกิดการลดการสร้างองค์ประกอบของเลือดทั้งหมด นอกจากนั้น Benzene, Chloramphenicol และ Phenylbutazone อาจก่อให้เกิดมะเร็งต่อเนื้อเยื่อของเม็ดเลือด ระบบการไหลเวียนเลือดจัดเป็นอวัยวะเป้าหมายของการถูกทำลาย ส่วนสารตะกั่วที่อยู่ในรูปโลหะหรือสารประกอบในโลหะเป็นสารเคมีที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อเลือด โดยตะกั่วที่อยู่ในเลือดจะยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ที่เกี่ยวข้องกับการสร้างฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดง ความเป็นพิษเรื้อรังของตะกั่วส่งผลให้ความสามารถของเลือดในการนำออกซิเจนไปยังส่วนต่างๆ ของร่างกายลดลง เรียกว่าภาวะโลหิตจาง (anemia)

3.3 พิษต่อดับ (Hepatic Toxin) ดับจัดว่าเป็นอวัยวะเป้าหมายสำคัญสำหรับสารเคมีหลายชนิดเนื่องจากเป็นบริเวณที่มีเลือดมาหล่อเลี้ยงมากและมีบทบาทสำคัญในกระบวนการเผาผลาญ (Metabolism) ของร่างกาย อาการแสดงของการเป็นพิษต่อดับคือ ดีซ่าน และตับโตผิดปกติ นอกจากนั้นยังมีผลกระทบถึงน้ำดีและท่อน้ำดีด้วย บางรายอาจพบอาการของตับอักเสบ โรคต่อมไขมันเสื่อม เนื้อตับตาย การมีบิลิรูบินมากผิดปกติและจับที่ผิวหนัง โรคตับแข็ง และมะเร็งตับ สารเคมีในกลุ่มนี้ได้แก่ Carbon tetrachloride, Ethyl alcohol, Halothane, Vinyl chloride และสารหนู เป็นต้น

3.4 พิษต่อไต (Nephrotoxin) สารเคมีที่อันตรายที่สุดต่อไตคือ Carbon tetrachloride รวมถึงน้ำมันสนในปริมาณมากๆ ก็ทำอันตรายต่อไตได้เช่นกันหรือที่เรียกกันว่า "Painter's Kidney" ส่วนสารอื่นๆ ที่ทำอันตรายต่อไต เช่น โลหะหนักประเภท โครเมียม ตะกั่ว ปรอท แคดเมียมและยูเรเนียมรวมถึง Halogenated hydrocarbon ปฏิกริยาต่อสารเหล่านี้อาจเฉียบพลันหรือสะสมเป็นอาการเรื้อรังได้

3.5 พิษต่อระบบหายใจ (Respiratory Toxin) ปอดจัดว่าเป็นเส้นทางหลักที่สารพิษจะเข้าสู่ร่างกาย เป็นอวัยวะแรกๆที่ได้รับผลกระทบจากฝุ่น หมอกควันของโลหะ ไอของตัวทำละลายและก๊าซที่กัดกร่อน เมื่ออนุภาคฝุ่นของสารบางชนิดถูกสูดดมเข้าสู่ปอดจะไม่สามารถขจัดออก และจะเกาะติดแน่นในปอด ก่อให้เกิดสภาวะที่เรียกว่าโรคปอดแข็ง (Pneumoconiosis) ซึ่งเป็นปัญหาของผู้ปฏิบัติงานที่ต้องสัมผัสกับฝุ่นของซิลิกา (ควอตซ์) และแร่ใยหิน (Asbestos) ผลกระทบจากความเป็นพิษต่อระบบหายใจ เช่น การระคายเคืองปอด โรคหืด โรคหลอดลมอักเสบ การพองลมของเนื้อเยื่อต่างๆ โรคปอดแข็ง มะเร็งปอดทำให้เกิดเส้นใยหรือพังผืดจำนวนมากที่ปอดสารเคมีในกลุ่มนี้แก่ แร่ใยหิน ซิลิกา Formaldehyde, Nitrogen dioxide เป็นต้น

3.6 พิษต่อระบบสืบพันธุ์ (Reproductive Toxin) พิษของสารเคมีทำให้เป็นหมัน ทั้งคลอดผิดปกติ ทารกตายในครรภ์ และมะเร็งมดลูก สารเคมีจะส่งผลกระทบต่อโครโมโซม ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและมีผลกระทบกับทารกในครรภ์ (ผิดปกติ-วิรูป) และเซลล์กำเนิด (สเปิร์มและไข่) รวมถึงการเป็นมะเร็งด้วย สารเคมีในกลุ่มนี้ได้แก่ ตะกั่ว 1,2-Dibromo-3-chloropropane (DBCP) เป็นต้น

3.7 พิษต่อผิวหนัง (Dermatotoxin) พิษของสารเคมีทำให้ระคายเคือง เกิดผื่นแพ้ เม็ดสีเปลี่ยนแปลง และมะเร็งผิวหนัง อาการที่พบคือ ร้อนแดง ผิวหนังบวมแข็ง ตกสะเก็ด เม็ดตุ่มพอง หรือมีเนื้อตาย สารเคมีในกลุ่มนี้ได้แก่ Oil และ Halogenated aromatic hydrocarbon ที่สามารถทำให้เกิดสิ่ว ตะกั่ว และปรอททำให้จำนวนเม็ดสีที่ผิวหนังเพิ่มขึ้น และ Hydroquinone ทำให้จำนวนเม็ดสีลดลง

3.8 พิษต่อดวงตา (Eye hazard) พิษของสารเคมีที่สัมผัสกับเยื่อตาขาวหรือกระจกตา หรือจากการส่งผ่านของสารเคมีที่เข้าสู่กระแสเลือดไปยังประสาทตาและจอตา ทำให้มีอาการแสดงที่เกิดขึ้นก็คือ เยื่อตาขาวอักเสบหรือกระจกตาเป็นแผล และเกิดอาการบวม สารเคมีที่กระเด็นเข้าหน้าอาจมีบางส่วนที่เข้าตา กรดและเบสแก่ก่อก่อให้เกิดการกัดกร่อนกระจกตาอย่างรุนแรงและอาจทำให้ตาบอดอย่างถาวร

3.9 พิษต่อระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย (Toxicity to the Immune System) พิษของสารเคมีทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายบกพร่อง เสื่อม เกิดการเปลี่ยนแปลง หรือเพิ่มขึ้นผิดปกติ เช่น ภูมิแพ้ อาการไวต่อแสงปฏิกิริยาคุ้มกันโรคผิดปกติต่ออวัยวะต่างๆ สารเคมีในกลุ่มนี้ได้แก่ Toluene disocyanate, Formaldehyde, Silicone, Benzene, Heavy metal, Halogenated aromatic hydrocarbons และ ยาฆ่าแมลง เป็นต้น ส่วนปฏิกิริยาภูมิแพ้หรือความไวต่อการกระตุ้นจะปรากฏเมื่อสัมผัสซ้ำๆกับสารนั้น แม้จะเป็นปริมาณน้อยก็ทำให้เกิดอาการได้ ซึ่งความรุนแรงจาก การระคายเคืองผิวหนังอาจทำให้เสียชีวิตได้ถ้ามีอาการแพ้มาก

3.10 พิษต่อหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular Toxicity) พิษของสารเคมีเช่น Ethanol และ Cobalt จะทำให้ระบบกล้ามเนื้อหัวใจทำงานผิดปกติได้ สารหนูและปรอททำให้หลอดเลือด

แดงกระด้างและเกิดรอยโรคที่หลอดเลือด ส่วน Toluene และ Halogenated alkanes จะทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะ

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับความเสี่ยงด้านสุขภาพเหล่านี้ควรนำมาใช้ประกอบการพัฒนาแนวทางการจัดการด้านสุขภาพ ความปลอดภัยและอาชีวอนามัย ทั้งนี้ การจัดการเป็นการทำงานกับคนหรือการร่วมมือกันระหว่างบุคลากรเพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้ ซึ่งจะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อทั้งองค์กร และสมาชิกภายในองค์กรเพื่อควมมีสุขภาพดี (Montana & Charnov, 2000 หน้า 240)

จากความหมายและลักษณะของงานอาชีวอนามัยและความปลอดภัยสรุปได้ว่า วัตถุประสงค์ของการจัดการด้านสุขภาพ ความปลอดภัยและอาชีวอนามัยคือการมีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจของผู้ประกอบอาชีพ รวมทั้งมีความปลอดภัยจากอันตรายและความเสี่ยงจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพซึ่งแนวคิดของการสร้างเสริมสุขภาพจะเป็นแนวคิดพื้นฐานในการจัดการดังกล่าว

## การสร้างเสริมสุขภาพ

### ความหมายของสุขภาพ

สุขภาพ หมายถึง ภาวะที่ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ (ราชบัณฑิตยสถาน, 2542)

สุขภาพ หมายถึง สุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ สุขภาวะในมิติทั้ง 4 เชื่อมโยงสัมพันธ์และเป็นปัจจัยต่อกัน (ประเวศ วะสี, 2545 อ้างถึงใน เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขามและคณะ, 2548 หน้า 24)

สุขภาพดีหมายถึง สุขภาวะที่สมบูรณ์พร้อมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ ไม่เจ็บป่วยด้วยโรค หรือสภาวะที่สามารถป้องกันได้ มีศักยภาพในการพัฒนาสังคม ที่ตนเองเป็นสมาชิกอยู่ให้มีความสุข เจริญก้าวหน้า และมีความพร้อมที่จะเจริญเติบโตอย่างมีสุขภาวะไปเรื่อยๆ ในทุกช่วงชีวิต (เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และคณะ, 2548 หน้า 25)

สุขภาพ หมายถึง สภาวะที่บุคคลมีความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และไม่เพียงแต่การปราศจากโรคแต่ครอบคลุมไปถึงความสามารถในการใช้ชีวิตที่ทำให้เกิดความงอกงามทางสังคมและทางเศรษฐศาสตร์ได้อัจฉการอนามัยโลก (WHO, 1998)

โดยสรุป สุขภาพ หมายถึง ความสมบูรณ์ทั้งทางกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณโดยทั้ง 4 มิติ มีความเชื่อมโยงเป็นปัจจัยต่อกันและกัน และส่งผลให้เกิดความงอกงามทั้งทางสังคมและเศรษฐศาสตร์ ซึ่งความสมบรูณ์ดังกล่าวจะเกิดขึ้นได้โดยการกระทำที่แสดงถึงพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ

### ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพ

การส่งเสริมสุขภาพหมายถึงกระบวนการของการช่วยเพิ่มความสามารถของบุคคล หรือกลุ่มบุคคลในการควบคุมภาวะสุขภาพให้ดี และส่งเสริมสุขภาพของตนเอง เพื่อให้บรรลุสุขภาพะ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม (WHO, 1986)

การส่งเสริมสุขภาพหมายถึงการประเมินที่มุ่งเน้นปัจจัยในระดับบุคคลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดแนวทางในการปฏิบัติของแต่ละบุคคลในการป้องกันและลดความเจ็บป่วย และส่งเสริมสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้นโดยมีความหมายกว้างกว่าการให้สุศึกษา หรือการป้องกันโรค โดยสามารถนิยามความหมายตามความหมายที่องค์การอนามัยโลกได้ระบุไว้ในกฎบัตรอตตาวาไว้ว่า การส่งเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการของการเพิ่มความสามารถของบุคคลในการควบคุมโรคและช่วยให้สุขภาพดียิ่งขึ้น (Groene & Garcia-Barbero, 2004)

การส่งเสริมสุขภาพหมายถึงกระบวนการของการช่วยส่งเสริมสุขภาพของประชาชนให้มีสุขภาพดีสูงสุดตามศักยภาพของแต่ละบุคคลโดยมีวัตถุประสงค์หลักอยู่ที่การเปลี่ยนแปลงรูปแบบของพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ โดยตั้งเอาองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการให้ความรู้ การจัดการกับองค์กร การจัดการด้านเศรษฐกิจ และด้านการเมืองมาใช้เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพในระดับบุคคล และกลุ่มคน (O'Donnell, 1986 as cited in Maurer & Smith, 2005 หน้า 417)

การส่งเสริมสุขภาพหมายถึงการแสดงพฤติกรรมที่เกิดจากความพึงพอใจเพื่อจุดมุ่งหมาย คือการเพิ่มระดับของสุขภาพและการบรรลุถึงเป้าหมายสูงสุดตามศักยภาพของตนและสังคม ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่กระทำเพื่อส่งเสริมสุขภาพที่บุคคลกระทำในสภาพแวดล้อมนั้นๆ (Pender, Murdaugh, & Parson, 2006) และเป็นพฤติกรรมที่มีรูปแบบเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิต (life style) ในการทำกิจวัตรในแต่ละวัน (Walker, Sechrist, & Pender, 1987)

โดยสรุป การส่งเสริมสุขภาพหมายถึงกระบวนการเพิ่มศักยภาพให้บุคคลมีความสามารถในการควบคุมดูแลให้สุขภาพตนเองดีขึ้น ทำให้บุคคลมีอำนาจในการตัดสินใจและดำเนินกิจกรรมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ ซึ่งกิจกรรมนั้นมุ่งไปสู่การปรับตามภาวะการณ์เปลี่ยนแปลงทางสังคม สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ รวมถึงการจัดระบบการนำประโยชน์จากแหล่งประโยชน์ ทั้งด้านการศึกษา สังคม สิ่งแวดล้อมมาใช้เพื่อเกื้อกูลให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

### ความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนับเป็นกุญแจสำคัญที่จะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีที่พึงปรารถนาของประชาชนซึ่งเพ็นเดอร์ (Pender, 2006 หน้า 7) ได้กล่าวถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไว้ว่าเป็นพฤติกรรมที่ต้องกระทำอย่างต่อเนื่องและต้องเป็นกิจกรรมที่กลมกลืนไปกับวิถีชีวิตของบุคคลเป็นพฤติกรรมที่มีทิศทางที่มุ่งให้บุคคลเกิดการกระตุ้นตนเองอย่างเต็มที่ ที่จะทำให้เกิดการตระหนักรู้ในตนเอง (Self awareness) และความพึงพอใจ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพหมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลที่ทำให้ตนเองแข็งแรง โดยเน้นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้านตามแนวคิดของเพ็นเดอร์ (นันทา อ่วมกุลและต้องจิตต์ กาญจนรัมย์, 2541)

จากการประมวลความหมายของ สุขภาพ พฤติกรรมและการส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจึงหมายถึง ปฏิบัติการ หรือกิจกรรมทุกอย่างที่บุคคลแสดงออกทั้งทางกายและจิตใจอาจสังเกตได้ หรือโดยการอนุมาน ในการเพิ่มศักยภาพในการควบคุมดูแลให้สุขภาพตนเองดีขึ้น ทำให้บุคคลมีอำนาจในการตัดสินใจและดำเนินกิจกรรมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ และยังผลให้เกิดความสมบูรณ์ทั้งทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณโดยทั้ง 4 มิติมีความเชื่อมโยงเป็นปัจจัยต่อกันและกันและส่งผลให้เกิดความงอกงามทั้งทางสังคมและเศรษฐศาสตร์ มุ่งไปสู่การปรับตามภาวะการเปลี่ยนแปลงทางสังคม สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ รวมถึงการจัดระบบการนำประโยชน์จากแหล่งประโยชน์ ทั้งด้านการศึกษา สังคม สิ่งแวดล้อมมาใช้เพื่อเกื้อกูลให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

### รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ (The Health Promotion Model) พัฒนาโดยเพ็นเดอร์ซึ่งเป็นศาสตราจารย์ด้านการพยาบาลมาตั้งแต่ช่วงต้นทศวรรษที่ 19 (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2002 หน้า 15) รูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพ็นเดอร์เป็นแนวคิดในการส่งเสริมสุขภาพ ที่ให้ความสำคัญกับแบบแผนการดำเนินชีวิต ซึ่งเป็นกิจวัตรประจำวันซึ่งแสดงให้เห็นถึงพฤติกรรมสุขภาพได้ และบุคลิกภาพส่วนบุคคล และประสบการณ์ของแต่ละบุคคลเป็นทั้งปัจจัยทางตรงและปัจจัยทางอ้อมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ เพ็นเดอร์เชื่อว่า มนุษย์มีพลังอำนาจในตัวเองที่จะกำหนดทิศทางและควบคุมพฤติกรรมที่แสดงออกซึ่งปัจจัยสำคัญที่สุดที่มีผลต่อความมีศักยภาพของบุคคลคือความเชื่อในศักยภาพแห่งตนดังนั้นจึงสามารถนำมาใช้เป็นแนวปฏิบัติในการค้นหากระบวนการทางจิตสังคมที่ซับซ้อนและเป็นแรงผลักดันให้บุคคลแสดงพฤติกรรมที่เป็นผลดีต่อสุขภาพ (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006 หน้า 51)

โดยพื้นฐานของทฤษฎีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพนี้มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการประเมินคุณค่า (Expectancy- Value Theory) และทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Cognitive Theory) ของแบนดูรา (Bandura, 1997 as cited in Srof & Velsor-Friedrich, 2006; Pender, et al., 2006 หน้า 50)

ทฤษฎีการประเมินคุณค่าเป็นกรอบแนวคิดพื้นฐานของพฤติกรรมที่กระทำตามเป้าประสงค์ รวมถึงทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมด้วย โดยกรอบแนวคิดของทฤษฎีการประเมินคุณค่าได้กล่าวถึงพฤติกรรมของบุคคลที่แสดงออกอย่างมีเหตุผล และมีการคำนึงถึงประโยชน์ หรือจุดคุ้มทุนเมื่อจะแสดงพฤติกรรมนั้นๆ โดยเฉพาะเมื่อบุคคลได้กระทำพฤติกรรมที่ได้รับมอบหมายและจะยังคงแสดงพฤติกรรมนั้นอย่างต่อเนื่องเมื่อพบว่าพฤติกรรมนั้นมีผลลัพธ์ที่เพิ่มคุณค่าต่อตัวบุคคลนั้น หรือเมื่อระดับของการได้รับข้อมูลที่คาดว่า การกระทำพฤติกรรมนั้นจะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่น่าพอใจ ดังนั้นบุคคลจะแสดงพฤติกรรมนั้นหากคาดว่า การแสดงพฤติกรรมที่มีเป้าประสงค์นั้นจะให้ผลตอบแทนหรือให้ประโยชน์น้อยหรือไม่ให้ประโยชน์ใดๆเลย (Pender, et al., 2006 หน้า 52) ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม อธิบายถึงธรรมชาติของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายใต้บริบทของโครงสร้างต่างๆของสังคมใหญ่ อธิบายถึงธรรมชาติของคน หรือความสามารถของบุคคลในการควบคุมเหตุการณ์ในชีวิต เป็นความสัมพันธ์ที่มีผลต่อกันและกันระหว่าง ปัจจัย 3 ปัจจัย คือ พฤติกรรม ปัจจัยระหว่างบุคคล (การเรียนรู้ด้วยสติปัญญา อารมณ์ และปัจจัยด้านชีวภาพ) และ ปัจจัยภายนอกอื่นๆ โดยให้ความสำคัญกับการเรียนรู้ด้วยสติปัญญาว่าเป็นปัจจัยที่ควบคุมทิศทาง การแสดงพฤติกรรมของบุคคล และโดยโครงสร้างของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพนี้สร้างขึ้นคล้ายโครงสร้างของรูปแบบความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ (The Health Belief Model) (Pender, et al., 2006 หน้า 38) และ ปัจจัยสำคัญที่สุดที่มีผลต่อความมีศักยภาพของบุคคลคือ ความเชื่อในศักยภาพของตน นั่นคือเมื่อบุคคลมีความเชื่อในความสามารถของตนเอง ก็จะแสดงพฤติกรรมนั้นออกมา (Pender, et al., 2006 หน้า 52)

### องค์ประกอบที่สำคัญตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ

ในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพ็นเดอร์ แบ่งออกเป็น 3 องค์ประกอบหลัก ดังนี้ (Pender, et al., 2006 หน้า 50-51; Tomey & Alligood, 2006 หน้า 454-459)

#### 1. คุณลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ส่วนบุคคลดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1 ประสบการณ์ส่วนบุคคล หรือประสบการณ์เดิมของบุคคล เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกเป็นประจำในอดีต เป็นตัวทำนายพฤติกรรมสุขภาพที่แสดงออกในปัจจุบันได้เป็นอย่างดีซึ่งอาจมีผลทางตรง หรือทางอ้อมต่อการแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเนื่องจากประสบการณ์ในการทำพฤติกรรมในอดีตที่ทำบ่อยๆจนกลายเป็นความเคยชิน จะมีผลต่อการแสดงพฤติกรรมในปัจจุบันโดยอัตโนมัติโดยไม่ทันได้คิดไตร่ตรอง หากพิจารณาตามทฤษฎี การเรียนรู้ด้วยสติปัญญาทางสังคมของแบนดูว์รา (Social Cognitive Theory) พฤติกรรมในอดีตมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพคือ พฤติกรรมในอดีตมีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์และ กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ ความรู้สึก และการรับรู้และอารมณ์ความรู้สึกเหล่านี้ก็มีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นคือบุคคลจะมีการเรียนรู้ผลของการแสดงพฤติกรรมนั้น โดยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่ได้จากผลของการกระทำและรับรู้ทั้งประโยชน์และอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างทำพฤติกรรม เมื่อเสร็จสิ้นพฤติกรรม จากนั้นบุคคลจะจดจำข้อมูลเหล่านี้ไว้ เมื่อเผชิญกับเหตุการณ์ที่จะต้องแสดงพฤติกรรมที่ได้รับมอบหมายให้กระทำ

บุคคลก็จะตั้งประสบการณ์จากการรับรู้เหล่านี้มาใช้ควบคู่กับ อารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นในช่วงก่อน ระหว่างและหลังทำพฤติกรรม ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าประสบการณ์ในอดีตเป็นตัวกำหนดทิศทางการเรียนรู้ด้วยสติปัญญาและอารมณ์ต่อพฤติกรรมเฉพาะนั้น หากต้องการให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่คาดหวัง จะต้องมึประสบการณ์พฤติกรรมส่งเสริมในอดีตที่ดีเพื่อการแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีในอนาคต

1.2 ปัจจัยส่วนบุคคล บุคคลแต่ละคนต่างมีคุณลักษณะส่วนบุคคลของแต่ละคนที่แตกต่างกันไปและเป็นสิ่งที่ติดตัวมาแต่กำเนิด เช่น อายุ เพศ ลักษณะทางพันธุกรรม หรือเป็นสถานะของบุคคล เช่น ระดับการศึกษา รายได้ สถานทางสังคม สถานภาพการทำงาน ส่วนใหญ่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมที่แสดงออกแตกต่างกันไปตามสถานการณ์ โดยปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคลอาจมีผลต่อพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งอย่างมากแต่อาจไม่มีผล หรือมีผลน้อยต่ออีกพฤติกรรมหนึ่ง แม้ว่าปัจจัยด้านนี้บางปัจจัยจะมีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ด้วยสติปัญญาแต่เนื่องจากเป็นปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้หรือยากต่อการเปลี่ยนแปลง ดังนั้นจึงไม่สามารถศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยปรับเปลี่ยนปัจจัยเหล่านี้ได้

2. พฤติกรรมเฉพาะที่เกิดในระดับสติปัญญาและด้านอารมณ์ความรู้สึก เป็นตัวแปรหลักที่มีความสำคัญต่อพฤติกรรมเฉพาะที่ต้องการให้เกิด และเป็นสาระสำคัญที่ใช้ในการปฏิบัติการ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงคือพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย

2.1 การรับรู้ต่อประโยชน์ของการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ เป็นการคาดการณ์ถึงผลลัพธ์ของการกระทำในด้านบวก ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งพบว่าปัจจัยนี้มีอิทธิพลโดยตรงต่อการแสดงพฤติกรรมสุขภาพ และมีผลโดยอ้อมต่อการตัดสินใจวางแผนที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น โดยคาดหวังถึงผลประโยชน์ที่จะได้รับ โดยผลประโยชน์ที่ได้รับอาจเป็นผลที่เกิดขึ้นภายในตนเองหรือภายนอกผลที่เกิดขึ้นภายในเช่น เมื่อตนเองได้แสดงพฤติกรรมสุขภาพนั้นแล้วเกิดความรู้สึกกระปรี้กระเปร่า หายเหนื่อยล้า ซึ่งจะเป็นแรงจูงใจที่มีพลังอย่างมาก ทำให้บุคคลยังคงแสดงพฤติกรรมสุขภาพนั้นต่อไป และผลที่ได้รับภายนอก เช่น การได้รับผลตอบแทนเป็นตัวเงิน หรือ การได้รับผลตอบแทนทางสังคม ซึ่งมีความสำคัญเป็นอย่างมาก แต่มีผลต่อแรงจูงใจน้อยกว่าผลประโยชน์ภายในตัวบุคคล

2.2 การรับรู้ต่ออุปสรรคของการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ เป็นการคาดเดาถึงอุปสรรคที่จะเกิดขึ้นหรือเป็นอุปสรรคที่แท้จริง และเป็นการเสียสละเวลา กำลัง หรือค่าใช้จ่ายในการลงมือกระทำพฤติกรรมสุขภาพนั้นๆ จากการทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพพบว่า ร้อยละ 79 ของงานวิจัยมีผลการวิจัยที่สนับสนุนว่าการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยหนึ่งที่ชี้้นำ การตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อุปสรรคเหล่านั้น เช่น ไม่สะดวก แพง ยุ่งยาก เสียเวลาหรือไม่มีสิ่งที่จะเอื้อต่อการแสดงพฤติกรรมสุขภาพ หรืออาจแบ่งอุปสรรคเป็น อุปสรรคทางจิตใจ การเอาชนะ หรืออุปสรรคด้านทรัพยากรที่จะต้องสูญเสียเพื่อกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นๆ การรับรู้อุปสรรคมีอิทธิพลโดยตรงต่อการแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อการตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรม

2.3 การรับรู้ต่อสมรรถนะแห่งตนเป็นการตัดสินของบุคคลว่าตนเองมีความสามารถที่จะจัดการและปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพให้สำเร็จลุล่วงซึ่งไม่เกี่ยวกับทักษะที่ตนเองมีความชำนาญ แต่เป็นการตัดสินใจของบุคคลว่าสามารถกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ได้โดยทักษะใดก็ตาม โดยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีอิทธิพลต่อ การรับรู้อุปสรรคในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้นหากบุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงก็จะทำให้เกิดการรับรู้อุปสรรคในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพต่ำ จากการทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพนี้กับงานวิจัยสรุปได้ว่า ปัจจัยด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีอิทธิพลมากที่สุดต่อการแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และข้อมูลที่บุคคลรับรู้ถึงสมรรถนะแห่งตนนั้นได้รับข้อมูลมาจาก 4 แหล่งคือ

2.3.1 จากความตั้งใจกระทำพฤติกรรม และการประเมินผลของการกระทำกับมาตรฐานที่ตนเองตั้งไว้ หรือการประเมินจากภายนอก

2.3.2 จากประสบการณ์ร่วมในการสังเกตพฤติกรรมของบุคคลอื่น บุคคลอื่นประเมินพฤติกรรมของคนอื่น และการสังเกตหรือประเมินตนเอง

2.3.3 จากการได้รับแรงจูงใจเพื่อให้บุคคลกระทำพฤติกรรมนั้นๆ

2.3.4 สภาวะทางสรีระ เช่น ความวิตกกังวล กลัว หรือ สภาวะสงบตามปกติของบุคคล ซึ่งเป็นสภาพที่บุคคลตัดสินสมรรถนะแห่งตน

2.4 ด้านความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นอารมณ์ ความรู้สึกทั้งในด้านบวก และด้านลบที่เกิดขึ้น ในระยะก่อน ระหว่าง หรือ หลังกระทำพฤติกรรมสุขภาพอันเป็นผลมาจากลักษณะการกระตุ้นของพฤติกรรมนั้น อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพมีอิทธิพลต่อ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน หมายความว่ายิ่งมีความรู้สึกในด้านบวกมากเท่าใดก็จะทำให้เกิดการรับรู้ถึงสมรรถนะแห่งตนมากขึ้น ในทางกลับกัน การเพิ่มสมรรถนะแห่งตนก็ช่วยเพิ่มความรู้สึกในด้านบวกเช่นกัน

2.5 อิทธิพลของสถานการณ์และอิทธิพลระหว่างบุคคล เป็นปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เป็นปัจจัยเอื้อซึ่งมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม

2.5.1 อิทธิพลของสถานการณ์เป็นการรับรู้ และการเรียนรู้ด้วยสติปัญญาของบุคคลต่อสถานการณ์นั้น หรือสถานการณ์แวดล้อมที่สามารถช่วยส่งเสริม หรือขัดขวางการแสดงพฤติกรรมซึ่งอิทธิพลของสถานการณ์ อาจมีผลโดยตรง หรือ โดยอ้อมต่อการแสดงพฤติกรรมสุขภาพก็ได้ เช่น การรับรู้ถึงทางเลือกที่มีอยู่ ลักษณะนิสัยที่ต้องการ และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2.5.2 อิทธิพลของสัมพันธภาพระหว่างบุคคล สัมพันธภาพระหว่างบุคคล ที่สำคัญ คือสัมพันธภาพระหว่าง ครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์ เป็นพฤติกรรมในระดับสติปัญญา ความเชื่อ หรือทัศนคติต่อสิ่งอื่นๆ ทั้งนี้รวมถึง

(1) บรรทัดฐานต่างๆ เช่น การคาดหวังของบุคคลสำคัญในชีวิต

(2) การสนับสนุนทางสังคม เช่น การได้รับการสนับสนุนทั้งด้านวัตถุ และ

ด้านอารมณ์ และ

(3) การมีต้นแบบ เช่น การเรียนรู้ผ่านการสังเกตบุคคลอื่นกระทำพฤติกรรมนั้นๆ

ซึ่งกระบวนการทางด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลทั้ง 3 ด้านนี้มีผลกระทบต่อบุคคลในการตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

3. ผลลัพธ์ของพฤติกรรม เป็นขั้นตอนที่มีการวางแผนตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรม และกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพออกมา ดังรายละเอียดต่อไปนี้

3.1 การให้คำสัญญาวางแผนที่จะกระทำพฤติกรรม เป็นจุดเริ่มต้นของการแสดงพฤติกรรมสุขภาพซึ่งจะเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพขึ้นได้หากไม่มีเหตุการณ์ที่ดึงดูดความสนใจมากกว่า หรือ มีความต้องการอื่นใดที่จำเป็นมากกว่ามาขัดขวาง ขั้นตอนนี้ถือเป็นกระบวนการ ของการเรียนรู้ในระดับสติปัญญา คือ

3.1.1 การที่บุคคลนั้นให้คำสัญญาวางแผนที่จะกระทำพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งโดยเฉพาะในระยะเวลาและสถานที่ที่ถูกกำหนดให้ ของบุคคลใดบุคคลหนึ่งโดยเฉพาะ โดยไม่ให้ความสำคัญกับเหตุการณ์ที่ดึงดูดความสนใจมากกว่า

3.1.2 การระบุถึงกลยุทธ์ที่ชัดเจนในการพูดถึงการแสดงพฤติกรรม และ การส่งเสริมให้มีการแสดงพฤติกรรมนั้น สรุปแล้วการวางแผนที่จะกระทำเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จะต้องประกอบด้วยกลยุทธ์อื่นๆที่จะช่วยเสริมให้มีการแสดงพฤติกรรมนั้น

3.2 ความต้องการอื่นหรือความสนใจอื่นที่มากกว่าในขณะนั้น เป็นการกล่าวถึงการแสดงพฤติกรรมอื่นใดแทนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ตั้งใจจะกระทำแต่ถูกเบี่ยงเบนหรือขัดขวางด้วยความต้องการหรือความสนใจอื่นในขณะนั้น โดยความต้องการอื่นที่มากกว่าในขณะนั้นถูกมองว่าเป็นการแสดงพฤติกรรมอื่นแทนการแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ตั้งใจจะกระทำ อันเนื่องมาจากบุคคลควบคุมตนเองได้น้อยเนื่องจากสิ่งแวดล้อมที่มีแนวโน้มว่าจะเกิดปัญหาในอนาคตเช่น ความรับผิดชอบในงาน หรือ ครอบครัว เป็นต้น ส่วนความสนใจอื่นที่มากกว่าในขณะนั้นถูกมองว่าเป็นพฤติกรรมอื่นที่มีพลังอำนาจในการชักจูงให้บุคคลแสดงพฤติกรรมอื่น ซึ่งบุคคลสามารถควบคุมความรู้สึกสนใจนี้ได้มากกว่า ทั้งความต้องการ และความสนใจอื่นที่จะทำให้บุคคลเล็งที่จะแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นมีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล เนื่องจากแต่ละบุคคลแต่ละคนมีความตั้งใจที่แน่วแน่ และความพยายามที่จะหลีกเลี่ยงสิ่งที่จะมารบกวน การแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน สรุปแล้วความต้องการและความสนใจอื่นในขณะนั้นมีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมส่งเสริมในระดับปานกลาง และแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล

3.3 พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เป็นจุดหมายปลายทางของการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งมีจุดหมายสูงสุดอยู่ที่การบรรลุถึงภาวะสุขภาพที่ดีของผู้รับบริการ การนำรูปแบบการส่งเสริม

สุขภาพผสมผสานเข้ากับแบบแผนการใช้ชีวิตอย่างมีสุขภาพ (Healthy Lifestyle) ซึ่งจะทำให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น ช่วยให้ความสามารถในการหน้าที่และคุณภาพชีวิตในทุกช่วงวัยดีขึ้น

สรุปได้ว่าความเชื่อสำคัญที่เป็นหัวใจของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพคือ ความเชื่อในศักยภาพในตัวบุคคลว่า บุคคลมีพื้นฐานของการค้นหาศักยภาพในตนเอง ประเมินตนเอง และส่งเสริมศักยภาพในตนเองเพื่อให้ตนเองคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี และส่งเสริมสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งๆขึ้นไป โดยมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ปรับเปลี่ยนตนเองและสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพะของตน โดยมีหน่วยงานวิชาชีพด้านสุขภาพเป็นสิ่งแวดล้อมหนึ่งที่เข้ามามีบทบาทในการส่งเสริมให้บุคคลเข้าถึงสุขภาพะในทุกช่วงชีวิตโดยปัจจัยด้านชีวภาพและประสบการณ์เดิมของบุคคลเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อปัจจัยด้านสติปัญญา เช่นการรับรู้ต่อประโยชน์ อุปสรรค และต่อสมรรถนะแห่งตน ปัจจัยด้านการหยั่งรู้ด้วยสติปัญญาเป็นปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ โดยมีปัจจัยเอื้อคือ สัมพันธภาพระหว่าง ครอบครัว เพื่อน และบุคลากรด้านสุขภาพที่เป็นปัจจัยเสริมให้บุคคลแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพออกมาซึ่งรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพได้แสดงให้เห็นรายละเอียดดังแสดงในภาพที่ 2.1

คุณลักษณะและ  
ประสบการณ์ส่วนบุคคล

อารมณ์ความรู้สึก และ  
การเรียนรู้ด้วยสติปัญญา  
ต่อพฤติกรรมเฉพาะ

ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม



ภาพที่ 2.1 รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพ็นเดอร์

ที่มา: <http://www.nursing.umich.edu/faculty/pender/chart.gif>

เมาเรอร์และสมิท (Maurer & Smith, 2005 หน้า 418) ระบุปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพไว้ดังนี้

1. อิทธิพลด้านชีวภาพ เช่น พันธุกรรม ซึ่งประวัติการเจ็บป่วยภายในครอบครัวบางโรคสามารถบอกแนวโน้มการเจ็บป่วยได้ เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ แม้พันธุกรรมจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคบางอย่าง แต่ในขณะเดียวกันสิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรมอาจมีอิทธิพลต่อพันธุกรรมและการเกิดโรคหรือมีอิทธิพลต่อกันและกันได้ด้วย จึงไม่อาจสรุปได้ว่าอิทธิพลด้านชีวภาพเพียงด้านเดียวจะเกี่ยวข้องกับการเกิดโรค

2. อิทธิพลด้านสิ่งแวดล้อม สิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลต่อบุคคลในการจูงใจให้เกิดการพัฒนา ตนเองไปยังจุดสูงสุด หรือทำให้บุคคลท้อแท้ไม่มีแรงจูงใจที่จะพัฒนาตนเองก็ได้ ซึ่งสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อการแสดงถึงพฤติกรรมทางสุขภาพได้แก่

2.1 สิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ เช่น สภาพภูมิอากาศ อากาศ เสียงรบกวน แสงสว่าง ลม อาหาร น้ำ และการสัมผัสกับสารพิษ

2.2 สิ่งแวดล้อมด้านสังคมวัฒนธรรม เช่น ยุคสมัยที่บุคคลมีชีวิตรอยู่ ค่านิยมในครอบครัวหรือค่านิยมของบุคคลสำคัญ หน่วยงานทางสังคม (เช่น รัฐบาล โรงเรียน ชุมชน) สถานะทางสังคม อาชีพ และบทบาททางสังคมที่ส่งเสริมหรือขัดขวางพฤติกรรมในการส่งเสริมและป้องกันโรค

เพนเดอร์และคณะ (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2002 as cited in Srof & Velsor-Friedrich, 2006) ระบุปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพไว้ดังนี้

1. ปัจจัยด้านประชากร เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ วัฒนธรรม ซึ่ง อติญาน์ ศรเกษตริน และคณะ (2547) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชนภายใต้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพมีปัจจัยด้านประชากร คือ อายุ ค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพ

2. ปัจจัยด้านจิตสังคม เช่น ชื่นชมในสังคม ทักษะคิดและแรงผลักดันจากคนรอบข้าง เช่น เฮิร์ทที่ แม็คคาร์ที แคนนี่ และกิบเนย์ (Hearty, McCarthy, Kearney, & Gibney, 2006) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อพฤติกรรมบริการที่ดี ต่อวิถีชีวิต และต่อปัจจัยด้านประชากร โดยสุ่มตัวอย่างจากประชากรในวัยผู้ใหญ่ชาวไอริชจำนวน 1,256 คนโดยให้ตอบแบบสอบถามการจัดการกับตนเอง ผลการศึกษาพบว่า ทัศนคติต่อพฤติกรรมบริการที่ดีต่อสุขภาพมีความสัมพันธ์กับมาตรการในการควบคุมอาหาร และวิถีชีวิตที่ดีต่อสุขภาพต่อมา คณะผู้วิจัยดังกล่าวได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อการรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพและพฤติกรรมรับประทานอาหารที่มีเส้นใยอาหารและวิถีชีวิต พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติที่ดีต่อการรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพจะมีพฤติกรรมรับประทานอาหารที่มีเส้นใยและมีการใช้ชีวิตที่คำนึงถึงสุขภาพ

3. ปัจจัยด้านโครงสร้าง เช่น ประสบการณ์การเจ็บป่วยของบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคและการเจ็บป่วย โอกาสของการได้รับบริการสุขภาพ การจัดบริการสุขภาพ เป็นต้น

4. การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น การรับรู้ว่าข้อจำกัดเกี่ยวกับศักยภาพในตนเองของผู้สูงอายุ เป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรม การส่งเสริมสุขภาพ (Easom, 2003 as cited in Maurer & Smith, 2005 หน้า 420; Morowatisharifabad, Ghofranipour, Heidarnia, & Ruchi, 2006)

5. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นการตัดสินใจของบุคคลว่าตนเองมีความสามารถ ที่จะจัดการและปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพให้สำเร็จลุล่วง โดยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีอิทธิพลต่อ การรับรู้อุปสรรคในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ (Pender, 1996 as cited in Srof & Velsor-Friedrich, 2006)

6. การรับรู้ที่ไวต่อภาวะสุขภาพ เป็นการรับรู้ต่อการเปลี่ยนแปลงต่อภาวะสุขภาพ หรือรู้ภาวะสุขภาพที่แท้จริงของตนเองในขณะนั้น

#### 7. ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม

7.1 การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ หมายถึงความสามารถในการเข้าถึงแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพและการนำข้อมูลด้านสุขภาพไปใช้ในการประกอบกิจวัตรประจำวันซึ่ง อติญาณ์ ศรเกษตรริน และคณะ (2547) พบว่าปัจจัยด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพสอดคล้องกับการศึกษาของจริยาวัตร คมพยัคฆ์และคณะ (2545) ที่ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัว ในชุมชนแขวงคลองมหานาค เขตป้อมปราบศัตรูพ่าย กรุงเทพมหานคร พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้แก่ ปัจจัยด้านความรู้ และปัจจัยด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ

7.2 เวลาและแหล่งทรัพยากร หมายถึง โอกาสในการเข้าถึงแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพและการนำข้อมูลด้านสุขภาพไปใช้ในการประกอบกิจวัตรประจำวันซึ่งหากเวลาและแหล่งทรัพยากรเอื้อต่อบุคคล ปัจจัยนี้จะป็นอีกปัจจัยหนึ่งเ็นไปมีผลต่อการแสดงพฤติกรรมสุขภาพ เช่นการศึกษาของป็อปกััน ,ดีอพีพี และกอร์ดอน-ลาเซ็น (2005) ที่ได้ศึกษาสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อการเลือกรับประทานอาหาร ต่อการออกกำลังกาย และต่อความสมดุลของการใช้พลังงาน พบว่าสิ่งแวดล้อมในการศึกษานี้ซึ่งหมายถึงสิ่งแวดล้อมของสังคม ชุมชนที่อาศัยอยู่ที่ประกอบด้วย สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ทางกฎหมายและด้านนโยบายต่างๆมีผลต่อการตัดสินใจในการเลือกรับประทานอาหาร หรือการออกกำลังกาย

7.3 พฤติกรรมเพื่อสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนร่วมงาน หมายถึง การปฏิบัติของสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนร่วมงาน ที่กระตุ้นและเป็นตัวอย่างให้มีพฤติกรรมเพื่อสุขภาพพฤติกรรมเพื่อสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนร่วมงาน โดยเพ็นเดอร์ ได้ระบุถึงความสำคัญของปัจจัยนี้ว่าครอบครัว เพื่อนและบุคลากรด้านสุขภาพเป็นอิทธิพลที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคลที่สำคัญในการทำให้มีความ

ตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้นหรือลดลงก็ได้ (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2002 as cited in Srof & Velsor-Friedrich, 2006)

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐและ พินิจ ฟ้าอำนวนยผล (2549) กล่าวว่า โดยทั่วไปการเกิดปัญหาสุขภาพนั้นมีหลายปัจจัยที่เข้ามาเกี่ยวข้องซึ่งสามารถจำแนกตามปัจจัยหลักได้ 3 ปัจจัย คือ

1. ปัจจัยด้านปัจเจกบุคคลเป็นปัจจัยเฉพาะส่วนบุคคล เช่น กรรมพันธุ์ ความเชื่อ จิตวิญญาณ วิถีชีวิต พฤติกรรม เป็นต้น

2. ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมซึ่งประกอบด้วยสิ่งแวดล้อมในกระบวนการผลิตของพนักงาน คือ สิ่งแวดล้อมทั้ง 5 ด้านดังนี้ (พรพิมล กองทิพย์, 2543 หน้า 6)

2.1 ด้านกายภาพ เช่น การทำงานในสภาพแวดล้อมที่มีความร้อน การสัมผัสเสียงดัง

2.2 ด้านเคมี เช่น หายใจหรือการสัมผัส สารเคมีที่ใช้ในกระบวนการผลิต ซึ่งอาจอยู่ในรูปฝุ่น ฟุ้ง ละออง ไอ ก๊าซ

2.3 ด้านชีวภาพเป็นสิ่งแวดล้อมที่มีชีวิตที่มีผลทำให้เกิดการติดเชื้อในร่างกายมนุษย์

2.4 ด้านการยศาสตร์ เป็นสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวกับลักษณะทางชีวภาพของคนสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมในการทำงาน โดยการประยุกต์ศาสตร์ทางด้านชีวภาพกับศาสตร์ทางด้านวิศวกรรมมาใช้ปรับปรุงให้การทำงานมีประสิทธิภาพ

2.5 ด้านจิตสังคม เป็นสภาพการทำงานที่มีผลต่อจิตใจ เช่น ความเครียดจากการทำงาน

3. ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพที่ประกอบด้วย บริการสุขภาพที่ครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระดับขีดความสามารถของสถานบริการทางสุขภาพนั้นๆ

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพ็นเดอร์ (Pender, Murdaugh & Parsons, 2006; Pender, 1996 as cited in Srof & Velsor-Friedrich, 2006; Tomey & Alligood, 2006 หน้า 457-458) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพ(Maurer & Smith, 2005) และ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2002 as cited in Srof & Velsor-Friedrich, 2006) สรุปได้ว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมสุขภาพซึ่งเป็นจุดหมายสูงสุดของการส่งเสริมสุขภาพคือปัจจัยต่อไปนี้

1. ปัจจัยด้านปัจเจกบุคคลเป็นปัจจัยที่เกิดขึ้นในระดับสติปัญญา อารมณ์และความรู้สึกคือการรับรู้ประโยชน์ของสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ซึ่งการรับรู้ดังกล่าวโดยเฉพาะการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลมากต่อการแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและเป็นเป้าหมายใหญ่ของการศึกษาวิจัยในด้านการส่งเสริมสุขภาพ (Pender, 2006 หน้า 52) การรับรู้สมรรถนะ

แห่งตนเป็นตัวกลางสำคัญในการเชื่อมโยงไปถึงการแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่พึงประสงค์ โดยหลักสำคัญทางทฤษฎีพื้นฐานของการส่งเสริมสุขภาพเชื่อว่า ความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนของบุคคลเป็นแรงจูงใจที่ตีความความสามารถที่บุคคลมีอยู่จริงประกอบกับมีงานวิจัยจำนวนมากที่แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่าทัศนคติ และความเชื่อเป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของบุคคลได้เป็นอย่างดี (Maurer & Smith, 2005 หน้า 418)

2. ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสังคมและวัฒนธรรม เช่น การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ การมีเวลาและแหล่งทรัพยากรที่จะนำข้อมูลด้านสุขภาพไปปฏิบัติ และการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันของคนรอบข้าง เช่นคนในครอบครัว หรือเพื่อนร่วมงาน เป็นปัจจัยเสริมต่อการแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยพบว่า ครอบครัว เพื่อนและบุคลากรด้านสุขภาพมีอิทธิพลระหว่างบุคคลที่จะเพิ่มหรือลดความตั้งใจและปรับเข้าสู่พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้

3. ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านโครงสร้างเช่น ความรู้เกี่ยวกับโรคและการเจ็บป่วย โอกาสของการได้รับบริการสุขภาพ การจัดบริการสุขภาพ รวมทั้ง การใช้สวัสดิการด้านสุขภาพจากหน่วยบริการต่างๆ เป็นต้น

#### **พฤติกรรมที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ**

พฤติกรรมที่มีผลต่อภาวะสุขภาพมีดังต่อไปนี้

1. การออกกำลังกาย เป็นพฤติกรรมสุขภาพหนึ่งที่มีผลต่อสุขภาพอย่างมาก (Pender, et al., 2006) กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เสนอคำแนะนำในการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพไว้ว่า ควรออกกำลังกายแบบแอโรบิคหรือฝึกความอดทนอย่างต่อเนื่อง เป็นระยะเวลา 20-60 นาทีต่อครั้งด้วยความแรงระดับปานกลางถึงหนัก ซึ่งเท่ากับร้อยละ 60-90 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด หรือร้อยละ 50-85 ของความสามารถในการใช้ออกซิเจนโดยปฏิบัติสัปดาห์ละ 3 วัน หรือมากกว่า(สมชาย ลีทองอิน, 2540) จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการเสียชีวิต และเป็นเครื่องชี้วัดสุขภาพที่ดีในด้านปัจจัยคุ้มครองระดับบุคคล (protective factor) เพราะการออกกำลังกายช่วยเพิ่มพลังงานและความกระปรี้กระเปร่าของร่างกาย เสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ (เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และ คณะ, 2548) สไตรน์และแชปแมน (Strine & Chapman, 2004) ได้ทำการศึกษาผลของการออกกำลังกายในระยะเวลาที่แตกต่างกันต่อความแข็งแรงของระบบหัวใจและหลอดเลือดในหญิงวัยหมดประจำเดือนที่ไม่ค่อยได้เคลื่อนไหวร่างกาย อ้วน และความดันโลหิตสูงโดยมีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มทดลองแบ่งโดยการสุ่มเป็น 3 กลุ่มที่มีระยะเวลาของการออกกำลังกายต่างกัน คือ ออกกำลังกายที่ต้องใช้พลังงาน 4 กิโลแคลอรี/กิโลกรัม , 8 กิโลแคลอรี/กิโลกรัมและ 12 กิโลแคลอรี/กิโลกรัมต่อสัปดาห์ ซึ่งคิดเป็น 50% , 100 % และ 150%ของระดับการออกกำลังกายที่สถาบันด้านการแนะนำการออกกำลังกายแห่งชาติได้แนะนำไว้ จากนั้นจึงวัดความแข็งแรงของร่างกายในการใช้ออกซิเจนด้วยเครื่องวัดเกี่ยวกับกลไกการเคลื่อนไหวร่างกายและวัดคุณภาพการใช้ออกซิเจนทั้งหมด ผลการศึกษาพบว่า การเพิ่มระดับการออกกำลังกายทำให้

ความแข็งแรงของร่างกายเพิ่มขึ้นและระดับของการออกกำลังกายระดับต่ำ 4 กิโลแคลอรี/กิโลกรัมต่อสัปดาห์ (72 นาที /สัปดาห์) มีส่วนสัมพันธ์กับการเพิ่มความแข็งแรงให้ร่างกายเมื่อเทียบกับกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญนอกจากการส่งเสริมสุขภาพโดยการออกกำลังกายแล้วสิ่งสำคัญที่ควรนำมาพิจารณาร่วมด้วยคือการป้องกันอุบัติเหตุ อันตรายอันอาจเกิดจากการออกกำลังกาย

2. การบริโภค หากบุคคลมีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องซึ่งปัญหาที่พบมากในปัจจุบันคือภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน (เยาวยรัตน์ ปรปักษ์ขาม และ คณะ, 2548; Hunt, 2005 หน้า 268-269; Pender, et al., 2006 หน้า 175) ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของโรคที่สามารถป้องกันได้ ตัวชี้วัดที่ช่วยในการวินิจฉัยภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนคือ ดัชนีมวลกาย รอบแขน และเส้นรอบเอว (ศักดิ์ชัย วงศกิตติรักษ์, 2547) ตัวชี้วัดดังกล่าวคำนวณจากสูตรต่อไปนี้

2.1 ดัชนีมวลกาย (BMI) คำนวณจาก น้ำหนัก (กก.) หารด้วยส่วนสูงเป็นเมตรยกกำลังสอง (เมตร<sup>2</sup>) ค่าปกติ ในเพศชาย 20 - 25 กก./เมตร<sup>2</sup>, เพศหญิง 19 - 24 กก./เมตร<sup>2</sup> ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ที่มากกว่าค่าปกติแสดงถึงภาวะน้ำหนักเกิน และค่าที่สูงกว่า 30 กก./เมตร<sup>2</sup> แสดงถึงโรคอ้วน

2.2 การวัดเส้นรอบเอว (Waist circumference) โดยการวัดเส้นรอบเอวบริเวณกระดูกสะโพกส่วนบนและส่วนสันของกระดูกสะโพกตามแนวขวางรอบลำตัว เป็นการประเมินไขมันรอบเอว (Abdominal fat) ซึ่งใยวรรณ ณะมัย (2548) สรุปว่าในคนไทย เพศชาย ควรมีเส้นรอบเอวไม่เกิน 90 เซนติเมตร (36 นิ้ว) และ เพศหญิงควรมีเส้นรอบเอวไม่เกิน 80 เซนติเมตร (32 นิ้ว) หากค่าเกินกว่าค่ามาตรฐานแสดงถึงโรคอ้วน

2.3 สัดส่วนเส้นรอบเอวต่อสะโพกสามารถช่วยชี้แนะภาวะเสี่ยงต่อโรคอ้วนได้ (ใยวรรณ ณะมัย, 2548) โดยพิจารณาค่าสัดส่วน Waist/Hip ratio ในเพศชาย มีค่ามากกว่า 1 และในเพศหญิงมีค่ามากกว่า 0.8 แสดงถึงการอ้วนลงพุง

2.4 การวัดไขมันใต้ผิวหนัง (Skin fold thickness) จะวัดบริเวณ Triceps และ Sub scapular skin-fold หากวัดได้มากกว่า 44 มิลลิเมตรในเพศชาย และ 69 มิลลิเมตรในเพศหญิงถือว่าอ้วน (ใยวรรณ ณะมัย, 2548)

3. การสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ และใช้สารเสพติด (Hunt, 2005 หน้า 285)

4. พฤติกรรมทางเพศ (Hunt, 2005 หน้า 286)

5. สุขภาพจิตและการจัดการกับความเครียด (Hunt, 2005 หน้า 288)

6. การนอนหลับพักผ่อนมีผลต่อสุขภาพเช่นกัน สไตรน์และแช็ปแมน (Strine & Chapman, 2004) ศึกษาความสัมพันธ์ของความถี่ในการนอนหลับไม่เพียงพอกับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปจำนวน 79,625 คน โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับการนอน ผลการศึกษาพบว่า ความถี่ในการนอนหลับไม่เพียงพอมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพและกับปัญหาสุขภาพที่มีอยู่เดิม

7. พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากความเสี่ยงและอุบัติเหตุจากการใช้รถยนต์พาหนะ (เขาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และคณะ, 2548; Hunt, 2005 หน้า 289)

8. คุณภาพของสิ่งแวดล้อม การเจ็บป่วยทั่วโลกประมาณ ร้อยละ 25 ของเป็นผลมาจากอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ไม่ดี (Hunt, 2005 หน้า 291)

9. การสามารถเข้าถึงบริการทางสุขภาพ (Hunt, 2005 หน้า 293)

### การประเมินพฤติกรรมสุขภาพ

การประเมินพฤติกรรมสุขภาพมีเครื่องมือให้เลือกใช้หลายรูปแบบขึ้นอยู่กับประชากรหรือประเด็นที่จะศึกษา เครื่องมือประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญมีดังต่อไปนี้ (Galloway, 2003)

1. Health Risk Appraisal (HRA) เป็นเครื่องมือที่นายแพทย์โรบินและนายแพทย์ฮอลล์สร้างขึ้นโดยผสมผสานการป้องกันโรคกับการปฏิบัติงานในคลินิก เครื่องมือนี้นำมาใช้ใน ค.ศ.1970 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานและรวบรวมข้อมูลระดับวิทยาและสถิติซึ่งรวมทั้งค้นหาภาวะเสี่ยงในระดับบุคคลเพื่อให้คำแนะนำในการลดภาวะเสี่ยงนั้น เช่น ส่งเสริมให้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ เครื่องมือประเมินเป็นแบบสอบถามรูปแบบการใช้ชีวิตประจำวันของบุคคลในช่วงอายุ ตั้งแต่ 18 ถึง 65 ปี ข้อคำถามแบ่งเป็น 3 ตอน คือ แบบประเมินอัตราตายด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด และภาวะเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด แบบประเมินความเครียด และแบบสอบถามเกี่ยวกับการดื่มแอลกอฮอล์ (Galloway, 2003)

2. Health Enrollment Assessment Review (HEAR) เป็นเครื่องมือที่กองทัพอากาศสหรัฐอเมริกาใช้เพื่อพัฒนาการบริหารจัดการและการใช้ประโยชน์จากระบบบริการสุขภาพของกองทัพให้มีประสิทธิภาพ โดยประเมินความเสี่ยงด้านค่าใช้จ่าย การประมาณค่าใช้จ่ายต่อหน่วยและการใช้ประโยชน์ด้านการดูแลรักษา เครื่องมือประเมินเป็นแบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถามข้อมูลประวัติสุขภาพส่วนบุคคลและครอบครัว รูปแบบการใช้ประโยชน์จากระบบบริการสุขภาพและการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง เครื่องมือประเมินดังกล่าวใช้ได้กับวัยผู้ใหญ่เท่านั้น

3. Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการสำรวจข้อมูลด้านสุขภาพในระดับรัฐและระดับประเทศ (The Center for Disease Control: CDC) พัฒนาโดยศูนย์ควบคุมโรคและหน่วยงานด้านสาธารณสุขของแต่ละรัฐในสหรัฐอเมริกา แบบสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมข้อมูลสำหรับประเมินความก้าวหน้าของเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้า ค.ศ.2000 (Healthy People 2000) และเพื่อประเมินประสิทธิภาพของการใช้แหล่งประโยชน์ทางสุขภาพ รวมทั้งมีแบบสอบถาม HRQOL เพิ่มเติมเพื่อประเมินโครงสร้างในหลายมิติเกี่ยวกับ หน้าที่ทางกายภาพ สุขภาวะทางจิตเวช หน้าที่ทางสังคม และบทบาท รวมถึงการรับรู้ทางสุขภาพ

4. Medical Outcomes Study (MOS) เป็นเครื่องมือที่ใช้สำหรับการศึกษาภาคตัดขวางที่ศึกษาไปข้างหน้า 2 ปี (Cross - sectional, 2 year, prospective study) มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลคุณลักษณะ

ของบุคลากรทางสาธารณสุข ทักษะระหว่างบุคคล รูปแบบการปฏิบัติงาน การใช้ประโยชน์จากแหล่งประโยชน์ และแหล่งบริการสุขภาพที่สามารถเข้าถึงได้ รวมทั้งผลลัพธ์ของการบริการ

5. Wellness Evaluation Battery (WEB) เป็นเครื่องมือที่ใช้สำหรับประเมินระดับสุขภาพประกอบด้วยแบบสำรวจ 2 ชุด ชุดแรกเป็นสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลประชากร ข้อมูลประวัติสุขภาพ พฤติกรรมและการปฏิบัติตนด้านสุขภาพและข้อมูลทางสุขภาพที่ได้รับจากนายจ้าง ชุดที่สองรวบรวมข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละบุคคลและรูปแบบการใช้ชีวิตประจำวัน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ในการยืนยันประสิทธิภาพขององค์ประกอบที่ช่วยสนับสนุนให้โปรแกรมสุขภาพต่างๆมีความสมบูรณ์

6. Analytical techniques เป็นการวิเคราะห์ด้วยคณิตศาสตร์ระดับสูง ประกอบด้วยแบบวิเคราะห์ข้อมูล 2 ชุด คือ Data Envelopment Analysis (DEA) และ Stochastic Frontier Estimation (SFE) ที่ใช้ในการค้นหาค่าใช้จ่ายขั้นต่ำด้านสุขภาพโดยรวมของต้นทุนหลายๆด้าน

7. แบบประเมินวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Lifestyle Profile: HLPP II) เป็นเครื่องมือที่มีกรอบแนวคิดมาจากรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเพ็นเดอร์ (Health Promotion Model) ที่เน้นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งบุคคลจะแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้นั้นเกิดจากความพึงพอใจหรือความสุขใจที่จะกระทำ โดยรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพมีกรอบแนวคิดที่เป็นแนวทางชัดเจนในการทำให้เกิดรูปแบบการใช้ชีวิตที่ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ (The health promotion lifestyle) ซึ่งรูปแบบการใช้ชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพนั้นหมายถึงรูปแบบที่มีหลายมิติของการกระทำด้วยตนเองและการรับรู้เพื่อให้สามารถคงไว้หรือส่งเสริมระดับของสุขภาพ ระดับของการกระทำด้วยตนเอง และการบรรลุถึงภาวะสุขภาพที่ดียิ่งขึ้นของแต่ละบุคคล เครื่องมือนี้ใช้ประเมินพฤติกรรมกว้างๆและสามารถนำไปใช้กับประชากรวัยต่างๆได้ เครื่องมือประเมินประกอบด้วย แบบสอบถามที่มีหัวข้อย่อย 6 ด้าน คือ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การสนับสนุนระหว่างบุคคลและโภชนาการ ซึ่งหัวข้อย่อยทั้ง 6 ด้านนี้มาจากรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Model) รวมข้อคำถามทั้งหมด 48 ข้อ

8. เครื่องชี้วัดคนไทยสุขภาพดี เป็นเครื่องมือที่เยาวรัตน์ ปรีกษ์ขาม และคณะ (2548) พัฒนาขึ้นจากข้อมูลและบริบทของคนไทย โดยแบ่งเครื่องชี้วัดคนไทยสุขภาพดีตลอดช่วงอายุคน รวมทั้งรวบรวมปัญหาและปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของคนไทยทุกช่วงอายุ เครื่องมือนี้ใช้ชี้วัดสุขภาพของคนไทยโดยเฉพาะ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เมื่อนำมาเชื่อมโยงกับรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ของเพ็นเดอร์ (Health Promotion Model) และเครื่องมือประเมินพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 8 รูปแบบ สรุปได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพเป็นการแสดงออกบุคคลทั้งทางกายและจิตใจในการดูแลสุขภาพ รวมทั้ง การตัดสินใจและดำเนินกิจกรรมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ

โดยประเมินจากพฤติกรรม 5 ด้าน คือ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร การจัดการความเครียด และ การพัฒนาด้านจิตวิญญาณ

ความปลอดภัยในการทำงาน การป้องกันการเกิดโรคจากการประกอบอาชีพต้องอาศัยกระบวนการที่มีระบบการประสานงาน และการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้ประโยชน์และเพิ่มประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าและครอบคลุม การจัดบริการสุขภาพแบบผสมผสาน (integrated health services strategy) จะช่วยให้บรรลุถึงจุดมุ่งหมายนั้นได้เนื่องจาก การจัดบริการสุขภาพแบบผสมผสานเป็นการพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ในการสร้างสุขภาพอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน (อานาจ จินดาวัฒน์ และสุรณี พิพัฒน์โรจนกมล, 2549 หน้า 11) การใช้กลยุทธ์ของการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง (stakeholder) ร่วมกับการพัฒนาด้านสุขภาพ ความปลอดภัยและอาชีวอนามัยในรูปแบบของการอบรมแบบมีส่วนร่วม (participatory training program) จะทำให้เกิดความรู้สึกการเป็นเจ้าของ การรับผิดชอบต่อร่วมกัน ซึ่งเมื่อบุคคลที่เกี่ยวข้องเกิดความมีส่วนร่วมแล้วย่อมจะส่งผลถึงการดำเนินงานในระยะยาวที่จะมีการพัฒนาต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไปในภาคหน้า (International Labor Office, 2005)

อนึ่ง คำว่า การส่งเสริมสุขภาพ ได้ปรับเปลี่ยนเป็น การสร้างเสริมสุขภาพ ในเวลาต่อมา ซึ่งสำหรับการใช้คำนี้ในประเทศไทยนั้น เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายด้านสาธารณสุขของประเทศที่ระบุให้ “สร้าง นำ ช่อม” ดังนั้น ในการวิจัยนี้ การทบทวนวรรณกรรมใช้คำว่า การส่งเสริมสุขภาพ ตามต้นฉบับเดิม แต่ในการวิจัยใช้คำว่า การสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งมีความหมายเดียวกัน

### การมีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชน

การมีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชนมีความหมายดังนี้

การมีส่วนร่วมหมายถึง การเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เข้ามาร่วมดำเนินกิจกรรมตั้งแต่ การศึกษาปัญหา การวางแผนดำเนินการ การตัดสินใจ การแก้ไขปัญหาและการประเมินร่วมกัน เพื่อขับเคลื่อนให้กิจกรรมนั้นดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพโดยยึดหลักการมีส่วนร่วม คือ หลักร่วมคิดร่วมทำ ร่วมตรวจสอบ ร่วมรับผิดชอบ (ธนสาร บัลลังก์ปัทมา, 2551 หน้า 30)

การมีส่วนร่วมของประชาชนหมายถึงการเปิดโอกาสให้ประชาชนและผู้ที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนของสังคมได้เข้ามามีส่วนร่วมกับภาคราชการนั้น (กรมควบคุมมลพิษ, 2552)

การมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึงกระบวนการที่ประชาชนและผู้ที่เกี่ยวข้องมีโอกาสได้เข้าร่วมในการรับรู้ เรียนรู้ทำความเข้าใจ ร่วมแสดงทัศนะร่วมเสนอปัญหา/ประเด็นที่สำคัญที่เกี่ยวข้องร่วมคิดแนวทาง ร่วมการแก้ไขปัญหา ร่วมในกระบวนการตัดสินใจ และร่วมกระบวนการพัฒนาในฐานะหุ้นส่วนการพัฒนา (คลินิกเทคโนโลยี , 2552)

การมีส่วนร่วมของประชาชนหมายถึงกระบวนการที่ประชาชนและผู้ที่เกี่ยวข้องมีโอกาสได้เข้าร่วมในการรับรู้ เรียนรู้ทำความเข้าใจ ร่วมแสดงทัศนะ ร่วมเสนอปัญหา/ประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้อง ร่วมคิดแนวทางร่วมแก้ไขปัญหา ร่วมในกระบวนการตัดสินใจและร่วมกระบวนการ พัฒนาในฐานะหุ้นส่วนการพัฒนา (อรพินท์ สฟโชคชัย, 2550)

การมีส่วนร่วมหมายถึง การเปิดโอกาสให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ทั้งในการแก้ไขปัญหาและป้องกันปัญหาโดยเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการคิดริเริ่ม ร่วมกำหนดนโยบาย ร่วมวางแผน ตัดสินใจและปฏิบัติตามแผน ร่วมตรวจสอบการใช้อำนาจรัฐทุกระดับ ร่วมติดตามประเมินผลและรับผิดชอบในเรื่องต่าง ๆ อันมีผลกระทบต่อประชาชน ชุมชนและเครือข่ายทุกรูปแบบในพื้นที่ (สถาบันพระปกเกล้า, 2552)

โดยสรุปการมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึงการเปิดโอกาสให้ประชาชนและผู้ที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนของสังคมได้ร่วมคิดริเริ่ม กำหนดนโยบาย วางแผน ตัดสินใจ ปฏิบัติตาม กระบวนการพัฒนาและติดตามประเมินผลในฐานะหุ้นส่วนเพื่อขับเคลื่อนให้กิจกรรมนั้นดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพโดยยึดหลักการมีส่วนร่วม คือ หลักร่วมคิดร่วมทำ ร่วมตรวจสอบและร่วมรับผิดชอบ

#### **ระดับของการมีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชน**

การมีส่วนร่วมของประชาชนแบ่งเป็น 5 ระดับ จำแนกได้ดังนี้

1. การให้ข้อมูลข่าวสารถือเป็นการมีส่วนร่วมของประชาชนในระดับต่ำที่สุด แต่เป็นระดับที่สำคัญที่สุดเพราะเป็นก้าวแรกของการที่ภาคราชการจะเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้าสู่กระบวนการมีส่วนร่วมในเรื่องต่าง ๆ วิธีการให้ข้อมูลสามารถใช้ช่องทางต่างๆ เช่น เอกสารสิ่งพิมพ์การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารผ่านทางสื่อต่างๆ การจัดนิทรรศการ จัดหมายข่าวการจัดงานแถลงข่าว การตีพิมพ์ประกาศ และการให้ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ เป็นต้น

2. การรับฟังความคิดเห็นเป็นกระบวนการที่เปิดให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลข้อเท็จจริงและความคิดเห็นเพื่อประกอบการตัดสินใจของหน่วยงานภาครัฐด้วยวิธีต่างๆ เช่น การรับฟังความคิดเห็น การสำรวจความคิดเห็น การจัดเวทีสาธารณะการแสดงความคิดเห็นผ่านเว็บไซต์ เป็นต้น

3. การเกี่ยวข้องเป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานหรือร่วมเสนอแนะแนวทางที่นำไปสู่การตัดสินใจเพื่อสร้างความมั่นใจให้ประชาชนว่าความคิดเห็นข้อมูล และความต้องการของประชาชนจะถูกนำไปพิจารณาเป็นทางเลือกในการบริหารงานของภาครัฐ เช่น การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพิจารณาประเด็นนโยบายสาธารณะ ประชาพิจารณ์การจัดตั้ง คณะทำงานเพื่อเสนอแนะประเด็นนโยบาย เป็นต้น

4. ความร่วมมือเป็นการให้กลุ่มประชาชนผู้แทนภาคสาธารณะมีส่วนร่วมโดยเป็นหุ้นส่วนกับภาครัฐในทุกขั้นตอนของการตัดสินใจและมีการดำเนินกิจกรรมร่วมกันอย่างต่อเนื่อง เช่นคณะกรรมการที่มีฝ่ายประชาชนร่วมเป็นกรรมการ เป็นต้น

5. การเสริมอำนาจแก่ประชาชนเป็นขั้นที่ให้บทบาทประชาชนในระดับสูงที่สุด โดยให้ประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจ เช่นการลงประชามติในประเด็นสาธารณะต่างๆโครงการกองทุนหมู่บ้านที่มอบอำนาจให้ประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจทั้งหมด เป็นต้น (กรมควบคุมมลพิษ, 2552)

การมีส่วนร่วมของประชาชน มี 5 ระดับ ดังนี้ คือ

1. ระดับการให้ข้อมูลเป็นการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารซึ่งเป็นการสื่อสารทางเดียวแต่เป็นระดับที่สำคัญเพราะเป็นการเริ่มต้นที่ส่วนราชการเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมซึ่งจะนำไปสู่กระบวนการอื่นๆต่อไป

2. ระดับการปรึกษาหารือเป็นการรับฟังความคิดเห็น โดยเปิดโอกาสให้ประชาชนแสดงความคิดเห็นบอกข้อปัญหา และข้อเสนอแนะต่างๆ กับส่วนราชการ

3. ระดับการเข้ามาเกี่ยวข้องเป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมหรือเกี่ยวข้องในกระบวนการกำหนดนโยบายการวางแผนงาน/โครงการ การมีส่วนร่วมในระดับนี้ดำเนินการในรูปแบบคณะกรรมการที่มีตัวแทนภาคประชาชนเข้าร่วม

4. ระดับการร่วมมือเป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในบทบาทหรือฐานะหุ้นส่วนหรือภาคีในการดำเนินกิจกรรมของหน่วยงานภาครัฐ

5. ระดับการเสริมอำนาจประชาชนเป็นระดับสูงสุดของการมีส่วนร่วมของประชาชนซึ่งเป็นระดับของการมอบอำนาจการตัดสินใจให้ประชาชนเป็นผู้กำหนด (คลินิกเทคโนโลยี, 2552)

การมีส่วนร่วมของประชาชนที่นำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืนประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ซึ่งถ้าขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่งขาดหายไปจะทำให้การมีส่วนร่วมของประชาชนที่จะนำไปสู่การพัฒนาชุมชนที่ยั่งยืนเกิดขึ้นอย่างไม่สมบูรณ์ขั้นตอน ทั้ง 5 ประกอบด้วย

1. การมีส่วนร่วมในการรับรู้สามารถให้ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ
2. การมีส่วนร่วมในการเลือกและเสนอแนวทางเพื่อตัดสินใจ
3. การมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ
4. การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานติดตามตรวจสอบ
5. การมีส่วนร่วมรับประโยชน์และเป็นเจ้าของนโยบายสาธารณะ (อรพินท์ สฟโชคชัย, 2550)

เมื่อพิจารณาการมีส่วนร่วมของประชาชนกับการส่งเสริมสุขภาพ สุรเกียรติ อชานานภาพ (2541) กล่าวถึง กลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพที่แสดงถึงการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง 5 ประการดังต่อไปนี้

1. สร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Build healthy public policy) เนื่องจากการส่งเสริมสุขภาพเป็นเรื่องกว้างเกินขอบเขตของการสาธารณสุข ที่ทุกคน ทุกระดับมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องรับผิดชอบกับสุขภาพ ซึ่งนโยบายสาธารณะประกอบด้วย กฎหมาย การคลัง ภาษี การปกครอง เป็นต้น มาตรการเหล่านี้จะต้องประสานกันเพื่อนำไปสู่สุขภาพ รายได้ และความเสมอภาคทางสังคม ก่อให้เกิดสินค้าและบริการต่างๆ ที่ปลอดภัยและมีผลดีต่อสุขภาพ รวมทั้งสิ่งแวดล้อมที่สะอาดและน่ารื่นรมย์กว่าเดิม

2. สร้างสิ่งแวดล้อมในการทำงาน การพักผ่อน และสิ่งแวดล้อมในระบบสังคมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Create supportive environment) และสร้างระบบนิเวศที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ

3. เสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง (Strengthen community action) การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจะต้องอาศัยการปฏิบัติของชุมชนที่เป็นรูปธรรมและมีประสิทธิภาพ เริ่มต้นจากการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การตัดสินใจ การวางแผน และการดำเนินการเพื่อบรรลุสุขภาพที่ดีขึ้น โดยหัวใจสำคัญประกอบด้วย การเสริมสร้างอำนาจของชุมชน ความรู้สึกเป็นเจ้าของของชุมชน และการควบคุมความเพียรพยายามและอนาคตของชุมชน ทั้งนี้ชุมชนจะต้องเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร โอกาสของการเรียนรู้ และแหล่งทุนสนับสนุนอย่างเต็มที่และต่อเนื่อง

4. พัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Develop personal skills) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลอยู่ในรูปของการให้ข้อมูลข่าวสาร การศึกษาเพื่อสุขภาพ และการเสริมทักษะชีวิต ส่งเสริมให้ประชาชนเรียนรู้ตลอดชีวิต และเตรียมพร้อมในการดำเนินชีวิตในวัยต่างๆ

5. ปรับเปลี่ยนบริการสาธารณสุข (Reorient health services) โดยปรับเปลี่ยนเจตคติ ปรับทิศทางและจัดระบบบริการสาธารณสุขที่เน้นการมองปัญหาของปัจเจกบุคคลแบบองค์รวม รวมถึง ภาระหน้าที่ในการส่งเสริมสุขภาพเป็นความรับผิดชอบของทุกคน ของชุมชน และของบุคลากรด้านสาธารณสุขในการร่วมมือกันเพื่อมุ่งสู่สุขภาพที่ดีของประชาชน

นอกจากการใช้กลยุทธ์ในการส่งเสริมสุขภาพเป็นเครื่องมือนำไปสู่พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในระดับมหภาคแล้ว สิ่งสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่ากันคือกระบวนการในการส่งเสริมสุขภาพจะต้องมีความชัดเจนในทางปฏิบัติด้วย ซึ่งสุรเกียรติ์ อชานานุกาภ (2541) กล่าวถึง หลักการสำคัญ 5 ประการในกระบวนการส่งเสริมสุขภาพคือ

1. การเสริมสร้างอำนาจ หมายถึงการเพิ่มศักยภาพ หรือความสามารถของปัจเจกบุคคลและชุมชนในการควบคุมปัจจัยที่กำหนดสภาวะสุขภาพของประชาชน

2. การมีส่วนร่วมของสาธารณะ หมายถึงการส่งเสริมให้ปัจเจกบุคคลและชุมชนสามารถมีส่วนร่วมในการกำหนดปัญหา วิเคราะห์สาเหตุของปัญหา วางแผนและดำเนินการแก้ไขปัญหาที่ส่งผลต่อชีวิตความเป็นอยู่และสุขภาพของประชาชน

3. การให้ความสำคัญแก่ปัจจัยทางสังคม และสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพ

4. การลดความไม่เท่าเทียมและความไม่ยุติธรรมทางสังคม

5. การกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือระหว่างกัน ในการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพของปัจเจกบุคคล และชุมชน

สรุปได้ว่า ทั้งกลยุทธ์แห่งการส่งเสริมสุขภาพและหลักสำคัญในกระบวนการส่งเสริมสุขภาพให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง การมีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชน ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ ประชาชนและชุมชน หมายถึงผู้บริหาร หัวหน้างาน และพนักงานของโรงงานบีสโพลีฟิตติ้ง อินดัสตรี จำกัด กระบวนการมีส่วนร่วมในการพัฒนาการจัดการสุขภาพมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 การมีส่วนร่วมในการกำหนดความต้องการโดยผู้บริหาร หัวหน้างาน และพนักงานซึ่งเป็นกลุ่มแกนนำร่วมกันค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพด้วยตนเอง

ขั้นที่ 2 การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ ผู้บริหาร หัวหน้างาน และพนักงานซึ่งเป็นกลุ่มแกนนำมีส่วนร่วมในการดำเนินการตามที่ได้วางแผนเพื่อให้สามารถแก้ปัญหาที่กำหนดไว้ พนักงานได้รับการกระตุ้นให้ใช้ความคิดในการวางแผนการดำเนินการอย่างเป็นระบบ และร่วมแรงร่วมใจในการปฏิบัติตามแผนงานและโครงการที่กำหนดไว้ในแผนงานโดยใช้ศักยภาพของโรงงานเป็นหลัก

ขั้นที่ 3 การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ การดำเนินการในการพัฒนาการจัดการสุขภาพนั้น ผู้ได้รับผลประโยชน์คือพนักงานทั้งหมดในโรงงานบีสโพลีฟิตติ้งอินดัสตรีจำกัด ผู้บริหาร หัวหน้างาน และพนักงานซึ่งเป็นกลุ่มแกนนำจะมีความรู้สึกเป็นเจ้าของโครงการ และเห็นประโยชน์ของการพัฒนามากขึ้น มีความรักและห่วงใยในงานที่ทำ และเห็นประโยชน์ที่เกิดขึ้นซึ่งตกเป็นของผู้บริหาร พนักงานและลูกจ้างของโรงงานเอง

ขั้นที่ 4 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล ผู้บริหารและพนักงานต้องร่วมประเมินผลด้วยจึงจะครบวงจรในการมีส่วนร่วม เพราะผู้บริหาร หัวหน้างาน และพนักงานซึ่งเป็นกลุ่มแกนนำจะได้ทราบว่าสิ่งที่ดำเนินการไปแล้วนั้นส่งผลดีและผลเสียต่อตนเองและโรงงานอย่างไร ซึ่งจะทำให้ผู้บริหาร หัวหน้างาน และพนักงานซึ่งเป็นกลุ่มแกนนำได้มองเห็นคุณค่าของการพัฒนาตามโครงการที่ได้จัดทำขึ้น

การวิจัยครั้งนี้ ได้นำกลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพในส่วนของการสร้างพลังอำนาจมาใช้ในการสร้างจิตสำนึกของสุขภาพและความปลอดภัยด้วย การสร้างเสริมพลังอำนาจแก่บุคคลต้องใช้กระบวนการในการพัฒนาเพื่อสร้างสำนึกของการมีส่วนร่วม ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ใช้เทคนิคของการประชุมเชิงปฏิบัติการ เอ ไอ ซี (Appreciation – Influenced – Control, A.I.C.)

## การประชุมเชิงปฏิบัติการ เอ ไอ ซี (Appreciation – Influenced – Control, A.I.C.)

นางนภัส คู่ขวัญ เทียงกมล (2551 หน้า 252) กล่าวว่า การประชุมเชิงปฏิบัติการ เอ ไอ ซี เป็นเทคนิควิธีการของการประชุมเชิงปฏิบัติการที่สนับสนุนให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (Stakeholders) มาร่วมกันพิจารณาเกี่ยวกับปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรมและการเมืองที่มีอิทธิพลต่อโครงการหรือนโยบายหนึ่งๆ ที่ให้ไว้ การประชุมเชิงปฏิบัติการ เอ ไอ ซี จะช่วยสมาชิกที่เข้าร่วมประชุมในการระบุเป้าหมายร่วมกัน (Common Purpose) และสนับสนุนให้ตระหนักถึงบุคคลทั้งหมดที่เป็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (Range of Stakeholders) กับเป้าหมายดังกล่าว การประชุมผู้มีส่วนเกี่ยวข้องให้ดำเนินการตามจุดมุ่งหมายด้วยการร่วมมือกัน การจัดกิจกรรมต่างๆ เน้นการสร้างการยอมรับความคิดเห็นของสมาชิกในกลุ่มโดยการรับฟังอย่างชื่นชม ก่อให้เกิดความผูกพันระหว่างกัน (Appreciation-A) เกิดการเรียนรู้จากของจริง หรือประสบการณ์ตรง (Influence-I) และก่อให้เกิดการจัดการและการควบคุม (Control-C)

นางนภัส คู่ขวัญ เทียงกมล (2551 หน้า 254) ระบุองค์ประกอบที่สำคัญของกระบวนการ เอ ไอ ซี ไว้ดังนี้

1. การยอมรับและชื่นชม (Appreciation, A) คือ การยอมรับความคิดเห็นของสมาชิก เข้าใจสภาพและข้อจำกัด และชื่นชมในประสบการณ์ ไม่ต่อต้านหรือวิจารณ์เชิงลบในความคิดเห็นของสมาชิกกลุ่มทุกคนมีโอกาสให้ข้อมูล ข้อเท็จจริง เหตุผล ความรู้สึก และการแสดงออกตามที่เป็นจริง ยอมรับซึ่งกันและกัน มีความรู้สึกที่ดีมีเมตตาต่อกัน เกิดพลังร่วมและความรู้สึกเป็นเครือข่าย การประชุมในขั้นตอนนี้เพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับบริบททางสังคม (Social Context) เศรษฐกิจ (Economic Context) ของปัญหาหรือความขัดแย้งในประเด็นต่างๆ ขององค์กรหน่วยงาน สถาบัน หรือชุมชน จึงควรกระตุ้นสมาชิกกลุ่มให้แสดงความคิดเห็นให้มากที่สุด ขั้นตอนการยอมรับและชื่นชมในตอนต่อไปเป็นการมอบหมายให้กลุ่มย่อยกลุ่มเดิมตรวจสอบสภาพความเป็นจริงในปัจจุบันในขั้นตอนนี้จะได้วิสัยทัศน์ร่วม (Shared Vision) ของสมาชิกที่เข้าร่วมประชุมที่จะสร้างภาพในอนาคต เพื่อแก้ปัญหาชุมชน ท้องถิ่น องค์กร หรือสังคมที่ตนเป็นสมาชิกอยู่จากการระดมสมองของสมาชิกทุกคนที่ร่วมประชุมกัน

2. การเรียนรู้จากใช้ประสบการณ์ และความคิดเริ่มสร้างสรรค์ของสมาชิกในกลุ่มแต่ละคน มาร่วมกันกำหนดวิธีการบรรลุวิสัยทัศน์ร่วม หรืออุดมการณ์ร่วมของกลุ่ม (Influence, I) ขั้นตอนนี้ สมาชิกในกลุ่มจะอภิปรายโต้แย้ง และสนับสนุนด้วยเหตุผลจนได้วิธีการที่กลุ่มเห็นร่วมกัน และสรุปข้อคิดเห็นในรูปของแนวทางยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติการ และโครงการ หรือกิจกรรม และรายงานต่อกลุ่มใหญ่ โดยผู้อำนวยการประชุม (Facilitator) ช่วยสังเคราะห์และสรุปประเด็น และยุทธศาสตร์ทางเลือกเพื่อให้สมาชิกกลุ่มย่อยทำความเข้าใจและกำหนดโครงการหรือกิจกรรมที่ต้องดำเนินการ การเรียนรู้จากของจริง หรือประสบการณ์ตรง เป็นพลังอำนาจในการควบคุม (Influence, I) ให้โครงการหรือกิจกรรมดำเนินไปตามวัตถุประสงค์ แต่ยังไม่มีการสรุปผลในขั้นตอนนี้

3. การนำยุทธศาสตร์หรือวิธีการที่นำไปสู่การบรรลุวิสัยทัศน์ร่วมมากำหนดแผนปฏิบัติการโดยละเอียดสมาชิกจะเลือกว่าตนเองสามารถรับผิดชอบในเรื่องใดด้วยความสมัครใจ ทำให้เกิดพันธะสัญญาข้อผูกพันแก่ตนเองเพื่อควบคุมตนเอง (Control, C) ให้ปฏิบัติตามบรรลุตามเป้าหมายร่วมของกลุ่ม ดังนั้นขั้นตอนนี้จึงเป็นการนำยุทธศาสตร์มากำหนดแผนปฏิบัติการโดยละเอียดซึ่งสมาชิกสามารถเลือกที่จะรับผิดชอบแผนการปฏิบัติในเรื่องใดๆด้วยความสมัครใจด้วยตนเอง จึงเป็นพันธะสัญญาหรือข้อผูกพัน (Commitment) ที่จะควบคุมตนเอง (Control) ให้ปฏิบัติงานจนบรรลุเป้าหมายร่วมของกลุ่ม

การประชุมเชิงปฏิบัติการ เอ ไอ ซี มีพื้นฐานที่สำคัญคือ การเปลี่ยนบรรยากาศการทำงาน ผู้ดำเนินการประชุมจะขับเคลื่อนจากสถานการณ์ที่เคยเป็นอยู่เดิมมาสู่การให้คำสัญญาในการปฏิบัติที่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลง นอกจากนี้การประชุมเชิงปฏิบัติการเอ ไอ ซี ยังสามารถเสริมพลังอำนาจให้กับผู้ที่มีหน้าที่ต้องปฏิบัติในการแก้ปัญหาของตนเอง และเพื่ออนาคตของตนเองด้วย รวมทั้งยังเป็นกระบวนการที่จัดองค์กรตนเอง (Self-organizing Process) มีค่าใช้จ่ายต่ำ และสามารถทำซ้ำได้จากการเน้นที่การพัฒนากระบวนการที่ตนเป็นสำคัญ (Development Paradigm Centered) ในการถ่ายทอดความรู้เทคโนโลยี และทักษะ

นางนภัส คำรัญญู เทียงกมล (2551 หน้า 275) กล่าวว่ากระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการ เอ ไอ ซี เป็นเทคนิคการสร้างความสำเร็จในจุดมุ่งหมายใดๆ ด้วยเหตุผล 3 ประการต่อไปนี้

1. เป็นกระบวนการที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเข้าร่วมในการประชุมเชิงปฏิบัติการเดียวกันทั้งหมด จึงสร้างความเข้าใจที่ตรงกันในสถานการณ์ทั้งหมด การอภิปรายทางเลือกในการปฏิบัติภายใต้บรรยากาศที่เป็นมิตร

2. เป็นกระบวนการการสร้างพลังอำนาจ ดังนั้น เมื่อผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเห็นภาพรวมของสถานการณ์ จึงตระหนักถึงความรับผิดชอบสำหรับสถานการณ์ในหน่วยงานของตนและตระหนักถึงความรับผิดชอบของตนเองในการเปลี่ยนแปลง

3. กระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการณ์เวลาน้อย สร้างความรู้สึกของการมีส่วนร่วมได้อย่างลึกซึ้ง และสามารถทำให้ผู้เข้าร่วมประชุม แสดงความรู้สึกที่สนุกสนาน และพร้อมเพรียง ให้พลังในการขับเคลื่อนหน่วยงานไปข้างหน้าร่วมกัน ความรู้สึกนี้เป็นรากฐานที่สำคัญของความรู้สึกเป็นเจ้าของและความสามัคคี

ขั้นตอนวิธีการประชุมเชิงปฏิบัติการ เอ ไอ ซี (Appreciation – Influence – Control, A.I.C.)

A-1 กำหนดประเด็น เป็นการเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันคิดถึงอนาคตที่น่าจะเป็นที่ ทำให้เป็นหน่วยงานที่ดีที่สุด ทุกคนแสดงความคิดด้วยการวาดภาพหรือเขียนสัญลักษณ์แล้วอธิบายความหมายของภาพ หรือสัญลักษณ์หรือข้อความที่เขียนขึ้นให้สมาชิกในกลุ่มฟังจากนั้นวิทยากรกระบวนการ (Facilitator) จะสรุปสถานการณ์ปัญหา แนวทางแก้ไขปัญหา เพื่อให้ทุกคนได้เห็นภาพรวมของประเด็นร่วมกัน

A-2 รวมนำภาพวาด หรือสัญลักษณ์ของสมาชิกทุกคนมารวมเป็นภาพเดียวกัน แล้วร่วมกันให้ความคิดเห็นเพิ่มเติม เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในการสร้างภาพฝันร่วมกัน

I-1 เขียนกิจกรรม สมาชิกทุกคนระบุกิจกรรมที่ต้องการทำเพื่อให้ได้ผลตามภาพอนาคตที่วาดไว้ จากนั้น กลุ่มรวบรวมและจำแนกข้อมูลตามความเหมือนและความต่างเพื่อนำเสนอในกลุ่มใหญ่เพื่อให้ทุกคนได้วิพากษ์วิจารณ์และเสนอแนะ

I-2 ตัวแทนนำเสนอ สมาชิกผู้แทนจากกลุ่มเล็กร่วมกันเลือกข้อเสนอที่ปรับแก้ตามการวิพากษ์วิจารณ์และเสนอแนะจากที่ประชุมเพื่อทำเป็นมติข้อตกลง

C-1 แบ่งประเภท แบ่งกลุ่มสมาชิกตามความสนใจหรือความต้องการที่จะทำงานร่วมกันเลือกข้อเสนอจากขั้นตอน I-2 และจำแนกกิจกรรมออกเป็น 3 ประเภท คือ กิจกรรมที่สมาชิกสามารถดำเนินการเองได้ กิจกรรมที่สมาชิกต้องขอความร่วมมือจากผู้อื่นในการดำเนินการ และกิจกรรมที่สมาชิกดำเนินการเองไม่ได้และต้องขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น

จากนั้นจึงนำเสนอให้ทุกกลุ่มตรวจทานความเป็นไปได้

C-2 สัญญาประชาคม (Commitment) สมาชิกกลุ่มทำงานร่วมกันวางแผนกิจกรรมโดยระบุรายละเอียดว่าต้องทำอะไร ทำที่ไหน ทำเมื่อใด เพื่อให้กลุ่มที่รับผิดชอบแต่ละกลุ่มนำไปทำโครงการขออนุมัติหรือดำเนินการเอง ประเมินผล และปรับปรุงแผนและกิจกรรมจนกว่าจะได้ผล ทุกกระบวนการต้องลงมือปฏิบัติเอง เรียนรู้ด้วยตนเอง และมีการปรับปรุงงาน ก่อให้เกิดการพัฒนาตนเอง ทำให้มีพลังความสามารถและมีความเชื่อมั่นเพิ่มขึ้น มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ได้สิทธิในการแสดงความคิดเห็นที่เป็นลายลักษณ์อักษรโดยไม่ต้องมีการแสดงตน ไม่มีการถกเถียงโต้แย้ง สร้างความเป็นประชาธิปไตยด้วยการยอมรับความคิดเห็นของผู้อื่น เมื่อสิ้นสุดการประชุมใหญ่จะได้สัญญาประชาคมที่ทุกคนมีพันธะสัญญา (Commitment) ที่ต้องดำเนินการร่วมกัน

กระบวนการ เอ ไอ ซี เป็นการสร้างพลังสร้างสรรค์ขึ้นจากการที่ฝ่ายต่างๆ ได้ทำกิจกรรมร่วมกัน Appreciation คือ การรับฟังและยอมรับความคิดเห็นของผู้อื่น เป็นการพัฒนาศักยภาพทางจิตวิญญาณ การเรียนรู้จากการทำงานร่วมกันเป็นการเรียนรู้จากการปฏิบัติ (Interactive Learning through Action) เป็นการเรียนรู้จากทุกฝ่ายที่มีส่วนร่วมในปัญหาเดียวกัน จึงช่วยให้การพัฒนาและแก้ไขปัญหาประสบผลสำเร็จ การที่สมาชิกทุกคนได้เรียนรู้จากผู้อื่นเป็นการฝึกให้ลดความเป็นตัวตน ซึ่งตัวตนหรืออัตตาของมนุษย์นั้นเมื่อมีอำนาจแล้วมีแนวโน้มที่จะไม่ต้องการและไม่ยอมรับความรู้และประสบการณ์ที่จะได้เรียนรู้จากผู้อื่น ดังนั้น Influence จึงเป็นการเรียนรู้ร่วมกันและเป็นการสร้างพลัง สำหรับ Control เป็นการจัดการ (Management) และแผนปฏิบัติการ (Action Plan) เพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์ร่วมกันของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (Shared Vision) (นงนภัศ คุวรัญญู เทียงกมล, 2551 หน้า 277)

สรุปได้ว่าการประชุมเชิงปฏิบัติการ เอ ไอ ซี เป็นการสร้างพลังในการขับเคลื่อนสังคมด้วยการสร้างความชื่นชมในความคิดเห็นของผู้อื่น มีการเรียนรู้ร่วมกันเพื่อสร้างสรรค์สิ่งที่ดีงามให้เกิดขึ้นในองค์กร สนับสนุนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการตัดสินใจ และรับฟังเหตุผลซึ่งกันและกันอย่างเป็นประชาธิปไตย

## การพัฒนาศักยภาพแกนนำ

### ความหมายของการพัฒนาศักยภาพแกนนำ

ศักยภาพ หมายถึงภาวะแฝง อำนาจ หรือคุณสมบัติที่มีแฝงอยู่ในสิ่งต่างๆทำให้พัฒนา หรือปรากฏ เป็นสิ่งประจักษ์ได้ (ราชบัณฑิตยสถาน, 2542)

แกนนำหมายถึง ผู้ทำการฝึกคนอื่น (Merriam- Webster's dictionary) หรือ บุคคลที่ตั้งกฎเกณฑ์ หรือนำผู้อื่น หรือเป็นแรงบันดาลใจให้ผู้อื่นทำตาม

ดังนั้น ศักยภาพแกนนำหมายถึง ภาวะแฝง อำนาจ หรือคุณสมบัติที่มีแฝงอยู่ในบุคคลที่นำผู้อื่น หรือเป็นแรงบันดาลใจให้ผู้อื่นทำตาม ทำให้พัฒนาหรือปรากฏให้เห็น ดังนั้นการจะสร้างศักยภาพแกนนำ จึงเป็นการทำให้คุณสมบัติหรืออำนาจที่แฝงอยู่ในตัวของผู้ที่ทำหน้าที่นำเกิดมีความชัดเจนเป็นที่ประจักษ์ ชัดขึ้น

### แนวทางในการสร้างศักยภาพแกนนำ

แนวทางในการสร้างศักยภาพแกนนำประกอบด้วยการสร้างเครือข่าย การสร้างพลังอำนาจ และการสร้างการมีส่วนร่วม (จารีัย พรหมเกิด, 2548; เยาวดี สุวรรณาคะ, 2543; แสงอรุณ อิศระมาลัย, อรทัย นนทเกศ และธนาวัฒน์ รักกมล, 2550) มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การสร้างเครือข่าย เป็นการสร้างระบบการทำงานของกลุ่มคนหรือองค์กรที่สมัครใจร่วมกันทำ กิจกรรม และแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างกัน (แสงอรุณ อิศระมาลัย, อรทัย นนทเกศ และ ธนาวัฒน์ รักกมล, 2550 หน้า 16) ซึ่งกระบวนการทำงานของเครือข่ายจะทำให้เกิดประโยชน์ต่อองค์กรเนื่องจากมีการแบ่งปันข้อมูลข่าวสารระหว่างกัน สนับสนุนให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างกัน โดยต่างฝ่ายต่างมีความเป็นอิสระต่อกัน และมีความเท่าเทียมกันในระดับของการประสานงานเพื่อการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดได้อย่างคุ้มค่า ดังนั้นผู้ดำเนินการให้เกิดการสร้างเครือข่ายจึงควร ส่งเสริมสนับสนุน อำนวยความสะดวกหรือสร้างบรรยากาศของการติดต่อสื่อสารแบบสองทาง ให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างกันอย่างเป็นอิสระต่อกันระหว่างผู้นำแต่ละคน แต่มีจุดมุ่งหมายร่วมกันคือการสร้างเสริมสุขภาพให้ มีคุณภาพ ชีวิตที่ในหมู่พนักงานของโรงงานบีสโพลี พิตติ้งอินดัสตรี จำกัด

2. การสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการทางสังคมที่สร้างเสริมให้เห็นพลังอำนาจของคนทั้งระดับปัจเจกและระดับกลุ่มคนเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในแนวทางที่ปรารถนา (แสงอรุณ อิศระมาลัย, อรทัย นนทเกศ และธนาวัฒน์ รักกมล, 2550 หน้า 19) หรือเป็นการผลักดันคุณสมบัติที่แฝงอยู่ในตัวบุคคล หรือกลุ่มคนขึ้นมาเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในแนวทางที่ต้องการ โดยการศึกษาในครั้งนี้เป็นการสร้างพลังอำนาจด้าน ทักษะ ความรู้ และความสามารถในการกระทำบทบาทแกนนำเพื่อสร้างสุขภาพ 5 ด้าน คือ การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การจัดการความเครียด และการพัฒนา ด้านจิตวิญญาณ ซึ่งการสร้างพลังงานอำนาจในระดับบุคคล ประกอบด้วยความเชื่อในความสามารถแห่ง

ตนและความสามารถของบุคคล ความรู้สึกในการเป็นผู้ดำเนินการ ผู้จัดการและผู้ควบคุมสิ่งต่างๆ และกระบวนการมีส่วนร่วมที่จะเป็นแรงผลักดันองค์กรและนำไปสู่การตัดสินใจในองค์กร (Wallerstein & Brustein, 1994; Ireal et al., 1994 อ้างถึงในเยาวดี สุวรรณาคะ, 2543 หน้า 50) แรพพอร์ท (Rappaport, 1987 cited in Kathleen, 1997 หน้า 5) กล่าวถึงทฤษฎีการสร้างพลังอำนาจ ที่ระบุว่า การสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการใน การทำงานร่วมกันระหว่าง ผู้สอนหรือผู้เอื้ออำนวยให้เกิดการเรียนรู้ (teacher or facilitator) และผู้มีส่วนร่วมหรือผู้เรียน (participants or learner) ได้สะท้อนประสบการณ์ของตนเองออกมาและเผยให้เห็นว่ากิจกรรมการดำเนินชีวิตใดที่ตนเองมีความสามารถในการควบคุม หรือไม่มีความสามารถในการควบคุมในขอบเขตของสิ่งที่ตนรับผิดชอบในบริบทของสถานการณ์จริงที่เป็นอยู่และให้ความหมายการสร้างพลังอำนาจเพิ่มเติมว่า เป็นกลไกที่ทำให้บุคคล องค์กรหรือชุมชนเพิ่มขีดความสามารถ ความเชี่ยวชาญในงานที่ตนรับผิดชอบ

3. การสร้างการมีส่วนร่วม โดยทั่วไปการมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการต่างๆแบ่งตามระดับของการมีส่วนร่วมตั้งแต่ไม่มีส่วนร่วมเลยจนถึงการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (แสงอรุณ อิศระมาลัย, อรทัย นนทเกศและ ธนาวัฒน์ รักกมล, 2550 หน้า 16) การวิจัยขั้นตอนที่ 2 ได้นำแนวคิดของการมีส่วนร่วมมา ใช้ในการจัดกิจกรรมเพื่อสุขภาพซึ่งคณะกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในองค์กรของโรงงานปัสพาพี พิตตั้งอินดัสตรี จำกัด จังหวัดสมุทรสาครได้มีส่วนร่วมถึงระดับการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจซึ่งถือเป็นระดับสูงสุดของการมีส่วนร่วม

สำหรับการมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาศักยภาพแกนนำ เป็นการเปิดโอกาสให้แกนนำหรือคณะกรรมการสร้างเสริมสุขภาพมีส่วนร่วมในการวางแผนจัดทำรูปแบบการดูแลสุขภาพของพนักงานโรงงานปัสพาพี พิตตั้งอินดัสตรี จำกัด ผ่านกิจกรรมการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเสริมสร้างความรู้และทักษะของแกนนำตามขั้นตอนของกิจกรรมดังต่อไปนี้

1. ประเมินความต้องการด้านสุขภาพในโรงงาน เพื่อนำสู่ประเด็นในการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้กับแกนนำสุขภาพ คือคณะกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในองค์กร
2. จัดกิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมเพื่อให้ความรู้และเพิ่มความสามารถในการกระทำบทบาทแกนนำการสร้างเสริมสุขภาพ

### วิธีการในการสร้างศักยภาพแกนนำ

การสร้างศักยภาพแกนนำโดยการสร้างพลังอำนาจ หรือการพัฒนาศักยภาพแกนนำด้านสุขภาพ ต้องใช้กระบวนการที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวผ่านกิจกรรมต่างๆ เช่น การฝึกอบรม ซึ่งพบว่ามีการใช้การฝึกอบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพแกนนำในด้านความรู้ ทักษะและความสามารถ โดยการฝึกอบรมอย่างมีส่วนร่วมซึ่งเป็นการประชุมปรึกษาหารือและสร้างเป้าประสงค์ร่วมกัน (อัญชลลา พรหมสีใหม่, 2546;

Meneses & Yarbro, 2008) วิธีการในการสร้างศักยภาพแกนนำมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ (นรินทร์ชัย พัฒนพงศา, 2547 หน้า 88)

1. การบรรยาย (Lecture) เป็นการถ่ายทอดข้อมูลจากผู้บรรยายไปยังกลุ่มผู้เรียน โดยการพูดให้ฟัง โดยผู้เรียนไม่มีส่วนร่วม การย้อนกลับของข้อมูลจากผู้เรียนถึงผู้บรรยายมีน้อยมาก วิธีนี้ใช้เมื่อกลุ่มมีขนาดใหญ่ ไม่มีการอภิปราย เมื่อผู้เชี่ยวชาญต้องการให้ข้อมูลใหม่แก่ผู้เรียนซึ่งไม่มีประสบการณ์ในด้านนั้น

2. การบอกเล่าอย่างไม่เป็นทางการ วิธีนี้คล้ายการบรรยาย (Informal Talk) แต่เป็นทางการน้อยกว่า ผู้บรรยายจะได้ข้อมูลย้อนกลับจากผู้เรียนโดยตรง ผู้เรียนมีส่วนร่วมมากกว่า วิธีนี้ใช้เมื่อมีเวลามากในการป้อนคำถาม การตอบคำถามหรือมีการให้ข้อมูลย้อนกลับจากผู้เรียน และช่วยแก้ปัญหาเมื่อข้อมูลที่นำมาบรรยายไม่ครอบคลุมเนื้อหาทั้งหมดที่อยู่นอกเหนือจากประสบการณ์ของผู้เรียน

3. การสาธิต (Demonstration) เป็นวิธีการที่ผู้สอนหรือกลุ่มผู้สอนแสดงให้เห็นวิธีการปฏิบัติว่ามีวิธีการปฏิบัติอย่างไรซึ่งจะมีการปฏิบัติจริงให้เห็นพร้อมการบรรยาย และมีการทดลองปฏิบัติโดยผู้เรียน โดยเฉพาะอย่างยิ่งจะมีประโยชน์ต่อการเสริมสร้างทักษะ ซึ่งจำเป็นต้องมีสัดส่วนของผู้สอนและผู้เรียนต่อกลุ่มในสัดส่วนน้อยๆ

4. การอภิปราย (Discussion) เป็นการพูดที่กำหนดหัวข้อในการพูดมาก่อน วิธีนี้ใช้เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นหรือมุมมองในหัวข้อที่มีการเลือกมานั้นและมีการกำกับทิศทางของการสนทนาโดยผู้นำการอภิปรายที่มีความชำนาญ วิธีนี้ใช้ได้ดีเมื่อต้องการความคิดเห็นหรือมุมมองของกลุ่มเพื่อช่วยค้นหาประเด็นที่กำลังเรียนรู้อยู่ ผู้นำการอภิปรายต้องมีความเชี่ยวชาญ สามารถกำกับทิศทางของการสนทนาไม่ให้หลงประเด็น

5. กรณีศึกษา (Case study) เป็นการนำเสนอ สถานการณ์จริงหรือเหตุการณ์จริงหลายเหตุการณ์ต่อผู้เรียนโดยการบอกเล่าผ่านผู้สอน หรือโดยการแจกเอกสารเพื่อนำไปใช้ในการวิเคราะห์ วิธีการนี้ใช้เมื่อต้องการให้ผู้เรียนได้เรียนรู้จากการจับประเด็นสำคัญของเหตุการณ์จริงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้เรียนได้เห็นหลายมุมมองที่จะช่วยให้เข้าใจแนวคิดในเรื่องนั้นๆ

6. การแสดงบทบาทสมมติ (Role-playing) เป็นการให้ผู้เรียนหรือกลุ่มผู้เรียนแสดงออกถึงบทบาทในสถานการณ์เฉพาะ โดยผู้เรียนจะต้องสร้างบทสนทนาของตนเองภายในบริบทของบทบาทและสถานการณ์ที่ผู้สอนกำหนดให้ วิธีการนี้ใช้เมื่อต้องการการมีส่วนร่วมอย่างมากจากผู้เรียน และเมื่อผู้สอนต้องการสื่อสารแบบตัวต่อตัวกับผู้เรียน

7. แบบจำลองสถานการณ์จริง (Simulations) เป็นรูปแบบของการแสดงบทบาทสมมติและกรณีศึกษาที่ซับซ้อนยิ่งขึ้น ใช้ในการสร้างสภาพแวดล้อมเฉพาะ ที่ผู้เรียนจะสามารถทำงานในสถานการณ์นั้นได้ หากเกิดเหตุการณ์จริง นิยมใช้ในการเตรียมรับสถานการณ์อุบัติภัย หรือสาธารณภัย การปฐมพยาบาลขั้นต้น หรือการฝึกการจัดการในสถานการณ์วิกฤตต่างๆ ถ้าใช้ร่วมกับการแสดงบทบาทสมมติจะช่วยให้เกิดการเรียนรู้ได้ดีที่สุด

8. การระดมสมอง (Brainstorming) เป็นการจัดการให้สมาชิกภายในกลุ่มเสนอแนะแนวทางที่เป็นไปได้ในการแก้ปัญหาโดยยังไม่ต้องมีการเรียงลำดับใดๆ มีทั้งการพูดหรือโดยการเขียนแผ่นการ์ดแล้วนำไปปะติดบนกระดาน ความคิดเห็นทุกความคิดเห็นจะถูกนำมาพิจารณา โดยไม่ต้องมีการวิจารณ์หรือแก้ไขข้อเสนอนั้นที่ถูกเสนอขึ้นมา ใช้เมื่อต้องการให้เกิดการเรียนรู้จากความคิดเห็นของผู้เรียนทั้งกลุ่ม และใช้เพื่อวางแผนโปรแกรมต่างๆ

9. กลุ่มรังผึ้ง (Buzz Groups) เป็นวิธีที่ใช้ในการส่งเสริมการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นอย่างรวดเร็วในหัวข้อเดียวในระยะเวลาอันสั้น จากนั้นจึงนำความคิดเห็นที่ได้นำเสนอต่อกลุ่มใหญ่เพื่ออภิปรายร่วมกัน ใช้เมื่อต้องการอภิปรายทั่วไป หรือการระดมสมองในกลุ่มเป็นกลุ่มใหญ่หลายๆ เมื่อต้องการนำเสนอประสบการณ์ของผู้เรียนมาใช้ในการแก้ปัญหากลุ่ม

10. การตั้งคำถามและตอบคำถาม (Question and Answer Session) ใช้เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้เชี่ยวชาญได้ถ่ายทอดความรู้เฉพาะเรื่องเกี่ยวกับหัวข้อที่ผู้เรียนสงสัยซึ่งจะเป็นการสื่อสารแบบสองทางเพื่อตอบสนองความต้องการของกลุ่มผู้เรียน ในช่วงท้ายของการฝึกอบรม เมื่อมีผู้เชี่ยวชาญซึ่งมีความรู้ในเรื่องนั้นๆ และได้ตอบคำถามที่ถูกต้อง

11. ศูนย์การเรียนรู้ (Learning Centers) เป็นการจัดฐานที่ตั้งหรือมุมที่มีการรวบรวมข้อมูลความรู้หัวข้อเล็กๆ ที่ประกอบเป็นความรู้ในหัวข้อใหญ่ๆ ในประเด็นเดียวกัน ใช้เมื่อต้องการถ่ายทอดข้อมูลจำนวนมากในระยะเวลาอันสั้น เมื่อกลุ่มเป็นกลุ่มใหญ่เกินกว่าที่จะถ่ายทอดความรู้ที่มีประสิทธิภาพผ่านวิธีการฝึกอบรมอื่นๆ ที่กล่าวมาแล้วข้างต้น

สำหรับกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในองค์กร คณะผู้วิจัยเลือกใช้วิธีการพัฒนาศักยภาพแบบผสมผสานเพราะจุดมุ่งหมายของการพัฒนาคือการเพิ่มทั้งทักษะ ความรู้ และความสามารถ รวมทั้งการพิจารณาถึงความเหมาะสมในการสร้างประสบการณ์การเรียนรู้ที่สอดคล้องกับคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มด้วย นอกจากนี้ในกระบวนการเพิ่มพูนศักยภาพยังสอดแทรกแนวคิดของการมีส่วนร่วมและการสร้างเครือข่ายไว้ด้วย เพราะแนวคิดดังกล่าวจะเสริมคุณลักษณะของการนำที่ดีได้แก่ การได้รับความเชื่อถือ ความเสียสละ อดทน ซื่อสัตย์ กล้าแสดงออก และความสามารถในการบริหารจัดการกลุ่ม (แสงอรุณ อิศระมาลัย, อรทัย นนทนาท และ ธนาวัฒน์ รักกมล, 2550 หน้า 6) ซึ่งคณะกรรมการเพื่อสุขภาพในองค์กรจำเป็นต้องนำไปใช้ในการขยายเครือข่ายเพื่อให้ผู้ตามเกิดความศรัทธา ความเชื่อถือและเกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติตาม คุณลักษณะของการนำ

## การประเมินรูปแบบชิปปี้ (CIPP Model)

การประเมินรูปแบบชิปปี้(CIPP Model) ของสตัฟเฟิลบีม (Danial . L. Stufflebeam) เป็นรูปแบบที่ได้รับการยอมรับกันทั่วไปในปัจจุบัน (ภูมิศักดิ์ ราศรี, 2553) ประกอบด้วยการประเมิน 4 ด้าน คือ

1. การประเมินด้านบริบทหรือสภาวะแวดล้อม (Context Evaluation: C) เป็นการประเมินหรือตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างการตอบสนองปัญหาหรือความต้องการจำเป็นกับนโยบาย เป้าหมาย และวัตถุประสงค์ขององค์กร รวมทั้งการได้รับการสนับสนุนจากองค์กร เป็นต้น

2. การประเมินปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation: I) เป็นการประเมินความเหมาะสม พอเพียงของทรัพยากรที่จะใช้ในการดำเนินโครงการ เช่น งบประมาณ บุคลากร วัสดุอุปกรณ์ เวลา รวมทั้งเทคโนโลยี และแผนการดำเนินงาน เป็นต้น

3. การประเมินกระบวนการ (Process Evaluation: P) เป็นการประเมินขั้นตอนต่างๆของโครงการ เพื่อนำข้อบกพร่องของกระบวนการดำเนินโครงการเป็นข้อมูลในการพัฒนา แก้ไข ปรับปรุง ให้การดำเนินการช่วงต่อไปมีประสิทธิภาพมากขึ้นและเป็นการตรวจสอบกิจกรรม เวลา ทรัพยากรที่ใช้ในโครงการ ภาวะผู้นำ การมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการ โดยมีการบันทึกไว้เป็นหลักฐานทุกขั้นตอน การประเมินกระบวนการเป็นประโยชน์อย่างมากต่อการค้นหาจุดเด่น (Strengths) และจุดด้อย (Weakness) ของนโยบาย/แผนงาน/โครงการ การประเมินกระบวนการต้องรวบรวมข้อมูลย้อนกลับเป็นระยะๆ เพื่อ

3.1 วิเคราะห์โอกาสการปรับปรุงโครงการในระหว่างการทำงานตามแผน

3.2 วิเคราะห์ข้อมูลประกอบการตัดสินใจเกี่ยวกับการดำเนินงาน ของโครงการ

3.3 รวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์การทำงานของโครงการ

4. การประเมินผลผลิต (Product Evaluation: P) เป็นการประเมินเพื่อเปรียบเทียบผลผลิตที่เกิดขึ้นกับวัตถุประสงค์ ความต้องการ เป้าหมายที่โครงการ กำหนดไว้ รวมทั้งการพิจารณาเพื่อปรับเปลี่ยนโครงการ รวมถึงการประเมินผลกระทบ (Impact) และผลลัพธ์ (Outcomes) ของนโยบาย แผนงาน โครงการ โดยใช้ข้อมูลจากการประเมินสภาวะแวดล้อม ปัจจัยเบื้องต้นและกระบวนการร่วมด้วย

การประเมินรูปแบบการจัดการด้านสุขภาพ ความปลอดภัย และอาชีวอนามัยอย่างยั่งยืนในโรงงานอุตสาหกรรมต้นแบบกรณีศึกษา โรงงานบีสไพพ์ ฟิตติ้งอินดัสตรี จำกัด จังหวัดสมุทรสาคร คณะผู้วิจัยใช้การประเมินรูปแบบชิปปี้ (CIPP Model) ร่วมกับนิยามของความยั่งยืน ซึ่งมีผู้ให้นิยามไว้ดังต่อไปนี้

ความยั่งยืน (Sustainability) หมายถึงสิทธิของมนุษย์ทั้งในปัจจุบันและอนาคตในการมีโอกาสอย่างเท่าเทียมกันโดยถ้วนหน้าในการมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามการรับรู้ของตนเอง (Ott, 2003)

ความยั่งยืน หมายถึงสภาวะความสมดุลของระบบเศรษฐกิจ ทรัพยากรธรรมชาติ และสิ่งแวดล้อม เพื่อความมีสภาวะของมนุษย์ในปัจจุบันและในรุ่นต่อไป (Bangor, 2004)

ความยั่งยืน หมายถึง การสนับสนุนค้ำจุน การดำเนินการต่อไปอย่างต่อเนื่อง การดำรงชีวิตความเป็นอยู่ การเติมเต็ม หรือการบำรุงรักษาในระดับที่เป็นมาตรฐาน (Harlem, 2010)

ความยั่งยืน หมายถึงความสามารถในการคงไว้ ซึ่งพิจารณาในสองประเด็น คือ ด้านระบบนิเวศ หมายถึง การคงไว้ซึ่งระบบนิเวศตามธรรมชาติ และตามการเปลี่ยนแปลงของการเวลา และด้านมนุษยวิทยาหมายถึงการคงไว้ซึ่งศักยภาพอย่างมีสุขภาพะที่ต่อเนื่องยาวนานซึ่งขึ้นอยู่กับความสมบูรณ์ของธรรมชาติและความรับผิดชอบต่อการใช้ทรัพยากรธรรมชาติ (Wikipedia the free Encyclopedia, 2010)

โดยสรุป ความยั่งยืน หมายถึง การบำรุงรักษา สนับสนุนค้ำจุนให้กิจกรรมต่างๆดำเนินการต่อไปอย่างต่อเนื่องจากปัจจุบันสู่อนาคต จากคนรุ่นหนึ่งสู่รุ่นต่อไป ดังนั้นการประเมินความยั่งยืนจึงหมายถึงการให้คุณค่ากับการดำเนินการใดๆในมุมมองความต่อเนื่องของกิจกรรมและผลที่เกิดขึ้น

การนำรูปแบบการประเมินชิปปี้ (CIPP Model) มาประยุกต์ใช้ในการประเมินรูปแบบการจัดการด้านสุขภาพ ความปลอดภัยและอาชีวอนามัยอย่างยั่งยืนในโรงงานปีสไฟฟ์ ฟิตติ้งอินดัสตรี จำกัด เนื่องจากรูปแบบการประเมินดังกล่าวเป็นการประเมินเชิงระบบ ดังนั้น ผลการประเมินจะช่วยให้โรงงานที่ต้องการนำรูปแบบนี้ไปประยุกต์ใช้สามารถวิเคราะห์ จุดเด่น – จุดด้อย ในองค์กรตนเองตามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการได้

### โรงงานปีสไฟฟ์ ฟิตติ้งอินดัสตรี จำกัด

โรงงานปีสไฟฟ์ ฟิตติ้งอินดัสตรี จำกัด เป็นโรงงานผลิตข้อต่อท่อเหล็ก ตั้งอยู่ที่อำเภออ้อมน้อย จังหวัดสมุทรสาคร มีห้องพยาบาลเป็นหน่วยบริการสุขภาพเบื้องต้น และมีเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยและกิจกรรม 5 ส. เป็นกลไกการควบคุมป้องกันอันตรายและความเสี่ยงจากการประกอบอาชีพ ซึ่งในโรงงานนี้ สิ่งแวดล้อมที่เป็นความเสี่ยงดังกล่าว คือ สิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ ได้แก่ เสียงอุณหภูมิ และสารเคมี เช่น ตะกั่ว ฝุ่น หมอกควันของโลหะ เป็นต้นผลผลิตของโรงงานได้จัดจำหน่ายใน 40 ประเทศทั่วโลก โรงงานได้รับเกียรติบัตรรับรองคุณภาพจากหน่วยงานรับรองคุณภาพการผลิตของสหรัฐอเมริกาและอังกฤษ (<http://www.bisfitting.com/home.htm>)



ภาพที่ 2.2 แสดงอาคารหลักและบางส่วนของอาคารโรงงาน

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### งานวิจัยในประเทศไทย

ปิยะรัตน์ ใจโต (2543) ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพนักงานบริษัทเอกชนในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่ โดยศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ความสามารถแห่งตน การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้อุปสรรคต่อการแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านการส่งเสริมสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมของพนักงานบริษัท

เอกชนในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่อยู่ในระดับดี ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านการรับประทานอาหาร รองลงมาคือ ด้านความเข้าใจตนเองอย่างแท้จริงและด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ

เยาวดี สุวรรณนาคะ (2543) ได้ศึกษาผลของกระบวนการศึกษาเพื่อสร้างพลังที่มีต่อการพัฒนาแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ผลการวิจัยพบว่ากระบวนการศึกษาเพื่อสร้างพลังมีผลให้กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยยะสำคัญทางสถิติในระยะหลังการทดลองแต่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติในระยะติดตามผล คะแนนเฉลี่ยความเชื่อในความสามารถในตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งหลังการทดลองและระยะติดตามผล ผลการประเมินผลโครงการฝึกอบรมพบว่า มีการเพิ่มความสามารถในการทำงานร่วมกัน มีการพัฒนาทักษะการฟัง การพูดการวิเคราะห์ปัญหา ร่วมกัน การนำทรัพยากรมาใช้และเป็นผู้ดำเนินการเปลี่ยนแปลง ประชาชนในหมู่บ้านมีความตระหนักเกี่ยวกับสุขภาพของครอบครัวและชุมชน และมีความรู้สึกเป็นเจ้าของชุมชนเพิ่มมากขึ้น การวิจัยแสดงให้เห็นว่ากระบวนการศึกษาเพื่อสร้างพลังมีผลในการพัฒนาแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งในระดับบุคคลและชุมชน ซึ่งควรนำไปประยุกต์ใช้ในบุคลากรสาธารณสุขในชุมชนต่อไป

ณัฐชัย ชีวะศิริ (2544) ได้ศึกษาเรื่องความเข้มแข็งในการจัดการทรัพยากรธรรมชาติของชุมชน: กรณีศึกษาบ้านท่าโป่ง ตำบลหนองหาร อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ผลการวิจัยพบว่าชุมชนบ้านท่าโป่งมีความเข้มแข็งในการจัดการทรัพยากรธรรมชาติในระดับสูง องค์ประกอบความเข้มแข็ง คือ การพึ่งพาตนเองของชุมชนในเรื่องของการดำเนินการแก้ไขปัญหาทรัพยากรธรรมชาติที่เกิดขึ้นในชุมชน และศักยภาพในการจัดการทรัพยากรธรรมชาติสะท้อนให้เห็นความสามารถในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับทรัพยากรในชุมชนโดยคนในชุมชนเอง ปัจจัยที่มีผลต่อความเข้มแข็งในการจัดการทรัพยากรธรรมชาติของชุมชนเกิดจากการรวมตัวกันของชุมชนในการแก้ปัญหา บทบาทผู้นำชุมชนและจิตสำนึกของชุมชน

จริยาวัตร คมพยัคฆ์และคณะ (2545) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวในชุมชนแขวงคลองมหานาค เขตป้อมปราบศัตรูพ่าย กรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่าการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านการส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีผลต่อการแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

นันทพร บุตรบำรุงและชิงชัย เมธพัฒน์ (2545) ศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงต่ออันตรายจากสารเคมีของคณงานโรงงานผลิตสีในจังหวัดชลบุรีผลการวิจัยพบว่าพนักงานส่วนใหญ่ไม่ใช้อุปกรณ์และจะใช้เฉพาะเมื่อทำกิจกรรมหรืออยู่ในบริเวณที่คิดว่าเสี่ยงมากและเมื่อมีการตรวจ ผู้ประสบอุบัติเหตุจากการทำงานไม่เคย

ได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับความปลอดภัย ปัจจัยด้านร่างกายเช่น ความเหนื่อยล้าอ่อนเพลียจากการทำงาน ปัจจัยด้านจิตใจ เช่น ความเครียด การขาดสมาธิในการทำงาน เป็นต้น

จิราพร พลหงษ์ (2546) ศึกษาเรื่อง การพัฒนาศักยภาพผู้นำชุมชนในการเสริมสร้างพฤติกรรมป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส ตำบลธาตุของอำเภอภูเขียวจังหวัดชัยภูมิโดยใช้โปรแกรมพัฒนาศักยภาพของผู้นำชุมชนในการเสริมสร้างพฤติกรรมป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ผลการวิจัยพบว่าหลังการอบรมผู้นำชุมชนที่ได้รับการอบรมมีความสามารถในการประเมินอันตรายและการประเมินปัญหาสูงขึ้นรวมทั้งได้จัดทำโครงการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสในชุมชนซึ่งผู้นำชุมชนส่วนใหญ่ให้ความร่วมมือในการดำเนินงานและมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสดีขึ้น

นภาพรณ ศรีใจวงศ์(2546) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่ทำงานในห้างสรรพสินค้า ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และอิทธิพลของสถานการณ์มีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างในระดับสูง ปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรคมีอิทธิพลในระดับปานกลาง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการรับรู้อุปสรรคสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้

ภาสินี เข้มทอง (2546) ศึกษาเรื่อง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนวัยทำงานในจังหวัดนครนายก ผลการวิจัยพบว่าประชาชนวัยทำงานที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มีการรับรู้ภาวะสุขภาพดี มีรายได้ ระดับการศึกษาดีมีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมาก

วัลลภาชัยนิตกุล (2546) ศึกษาเรื่อง การพัฒนาศักยภาพผู้นำชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในเขตเทศบาลเมืองชัยภูมิเป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้นำชุมชนในการป้องกัน และแก้ไขปัญหายาเสพติดในเขตเทศบาลเมืองชัยภูมิโดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้นำชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดประกอบด้วย การฝึกอบรมด้วยกระบวนการ A.I.C. และการติดตามนิเทศสนับสนุนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของผู้นำชุมชน ผลการวิจัยพบว่าผู้นำชุมชนในกลุ่มทดลองมีความรู้ทัศนคติและการรับรู้บทบาทในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในระดับสูงขึ้นกว่าก่อนการฝึกอบรม และสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับการฝึกอบรม

สมเกียรติ ศิริรัตนพุกกะ (2546) ศึกษาโครงการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังสิ่งคุกคามทางด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีลักษณะเป็นการวิจัยและพัฒนาที่เน้นการมีส่วนร่วมของหน่วยงานต่างๆ ในพื้นที่ 6 จังหวัด คือ น่าน อุตรดิตถ์ พระนครศรีอยุธยา สระแก้ว อำนาจเจริญ และยะลา ผลการวิจัยพบว่า นอกจากการเฝ้าระวังโรคแล้ว การเฝ้าระวังสิ่งคุกคามสุขภาพถือเป็นความสำคัญของระบบการเฝ้าระวังปัญหาทางด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยซึ่งเป็นการจัดการด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยด้วยเช่นกัน

สมชายจาดศรี (2546) ศึกษาความสัมพันธ์ของการเกิดโรกระบบทางเดินหายใจและโรคผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังกับมลพิษทางอากาศที่เกิดจากโรงงานในนิคมอุตสาหกรรมมาบตาพุด โดยเปรียบเทียบอัตราป่วยในเขตเทศบาลเมืองมาบตาพุดกับพื้นที่ของโรงพยาบาลบ้านฉางและพื้นที่ของโรงพยาบาลวังจันทร์ ผลการวิจัยพบว่า โรกระบบทางเดินหายใจในเขตเทศบาลเมืองมาบตาพุดสูงกว่า 2.8 เท่า และ 1.2 เท่าตามลำดับ โรคผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังสูงเป็น 3 เท่าและ 1.2 เท่าตามลำดับ ผลการศึกษาเปรียบเทียบอัตราป่วยในเขตเทศบาลเมืองมาบตาพุดที่จำแนกโดยระดับการคาดการณ์ของออกไซด์ไนโตรเจน ซัลเฟอร์ไดออกไซด์และฝุ่นสูงจะมีอัตราป่วยด้วยโรกระบบทางเดินหายใจ โรคผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังสูงกว่าพื้นที่ที่มีการคาดการณ์มลพิษต่ำกว่า ผลการศึกษานุกรมเวลาพบว่าอัตราป่วยโรกระบบทางเดินหายใจสัมพันธ์กับค่าคาดการณ์ซัลเฟอร์ไดออกไซด์เมื่อ 3 วันก่อน ( $p < 0.05$ ) และสัมพันธ์กับค่าคาดการณ์ฝุ่นเมื่อ 3 วันก่อนเช่นกัน ( $p < 0.05$ ) สำหรับวันป่วยโรคผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังพบว่าสัมพันธ์กับค่าคาดการณ์ซัลเฟอร์ไดออกไซด์เมื่อ 4 วันที่ผ่านมา ( $p < 0.05$ )

ศทาวุธ ดีปรีชา (2547) ศึกษาเกี่ยวกับอัตราความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของภาวะโรกระบบทางเดินหายใจที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการประกอบอาชีพในผู้ผลิตสินค้าประเภทสินค้าไม้ในกลุ่มสหกรณ์วังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว ผลการวิจัยพบว่า ฝุ่นและสารเคมีจากขั้นตอนการผลิตสินค้าเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคหอบหืด และภูมิแพ้

จรรย์ พรหมเกิด (2548) ศึกษาเรื่อง การพัฒนาศักยภาพผู้นำชุมชนในการทำแผนชุมชนเพื่อแก้ปัญหาความยากจนบ้านพันสิงห์หมู่ที่ 1 ตำบลท่าเรือ อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราชโดยใช้การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพผู้นำชุมชน ผลการวิจัยพบว่าหลังผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการผู้นำชุมชนสามารถจัดทำแผนชุมชนเพื่อแก้ปัญหาความยากจนในชุมชนได้

ปัญจภรณ์ ไกรวิลาส (2548) ศึกษาเรื่อง การพัฒนาการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพจังหวัดชุมพร โดยใช้รูปแบบการพัฒนาที่มีส่วนร่วมที่สร้างขึ้นไปทดลองใช้ซึ่งจัดอยู่

ในรูปโครงการที่เน้นรูปแบบ 4 ด้านคือ ภาวะความเป็นผู้นำ ความรู้ความเข้าใจ เจตคติ และทักษะในการบริหารจัดการโครงการ การติดต่อสื่อสาร กระบวนการคิด และการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ เจตคติ และทักษะการมีส่วนร่วมของแกนนำสูงกว่าก่อนทดลองใช้รูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปริศนา เบญจาทิกุล (2548) ได้ทำการศึกษาเรื่อง รูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน ตำบลหนองบัว อำเภอหนองบัวจังหวังนครสวรรค์ผลการวิจัยพบว่าปัญหาการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนตำบลหนองบัวอำเภอหนองบัวจังหวังนครสวรรค์โดยภาพรวมมีปัญหาอยู่ในระดับมากด้านที่มีปัญหามากที่สุดคือการมีส่วนร่วมของสมาชิกในชุมชนรองลงมาได้แก่ด้านการปฏิบัติการด้านการสร้างกลุ่มและด้านการสร้างและขยายเครือข่ายรูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนตำบลหนองบัวอำเภอหนองบัวจังหวังนครสวรรค์คือค้นหาประเด็นหลักและวิเคราะห์ปัญหาอันได้แก่ปัญหาการสร้างกลุ่มปัญหาการปฏิบัติการปัญหาการสร้างและขยายเครือข่ายและการมีส่วนร่วมของสมาชิกในชุมชน นำปัญหาทั้ง 4 ด้านมาวิเคราะห์ปัญหาทำให้ยุทธศาสตร์แก้ไขปรับปรุงปัญหาน้อยใช้ยุทธศาสตร์ดำรงรักษา ดำเนินการกำหนดแผนงานกิจกรรมขั้นตอนในการเสริมสร้างความเข้มแข็งประกอบด้วยการประชุมประชาคมการแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงานการอบรมให้ความรู้ การประชุมเชิงปฏิบัติการและการจัดทำแผนแม่บทชุมชน ประเมินผลการดำเนินงานและรายงานผลความสำเร็จ

สุนิเทศ ไชยกุล (2548) ศึกษาเรื่องศักยภาพของชุมชนกับการดูแลสุขภาพโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น: กรณีศึกษาชุมชนสันป่าเปา อำเภอสันทรายจังหวัดเชียงใหม่ผลการวิจัยพบว่าชุมชนมีบริบททางสังคมที่เป็นปัจจัยส่งเสริมชุมชนให้มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นประกอบด้วยศักยภาพด้านบุคคลด้านกายภาพด้านวัฒนธรรมประเพณีและด้านเครือข่ายชุมชนโดยเฉพาะศักยภาพด้านบุคคลที่เป็นภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านการแพทย์แผนไทยได้มีบทบาทในการดูแลสุขภาพควบคู่กับการแพทย์แผนปัจจุบันมี 9 คนคือหมอยาสมุนไพรหมอนวดแผนไทยหมอเป่าหมอส่งและหมอผสมผสานส่วนรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพนั้นชุมชนได้เน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของสมาชิกในรูปแบบกิจกรรมที่หลากหลายสอดคล้องกับความต้องการของสมาชิกโดยเน้นการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายประกอบด้วยชุมชนโรงเรียนวัดอบต.และสถานีอนามัยในลักษณะเครือข่ายความร่วมมือกันในชุมชนและขยายความร่วมมือไปยังหน่วยงานองค์กรต่างๆนอกชุมชนจนสามารถพัฒนากลุ่มให้เข้มแข็งบนฐานของการพึ่ง ตนเองโดยใช้ศักยภาพของคนในชุมชนภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านการแพทย์แผนไทยจึงมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานของชุมชนได้แต่ต้องมีการพัฒนาและประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมเพื่อการสืบทอดทักษะองค์ความรู้ให้เกิดความยั่งยืนในชุมชน

อนัน โคนสันเทียะ (2548) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนวัยทำงานอำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ คือ ปัจจัยด้านลักษณะบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งสนับสนุน ได้แก่การมีและเข้าถึงสถานที่ที่เอื้อต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลและปัจจัยด้านการได้รับข้อมูลข่าวสาร เป็นต้น

อนิรุจน์ มะโนธรรม (2548) ศึกษาเชิงสำรวจปัญหาด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงานของกลุ่มแรงงานนอกระบบ เพื่อนำผลการศึกษามาวางแผนในการปรับปรุงวิธีการปฏิบัติงานเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีในกลุ่มแรงงานนอกระบบ ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มแรงงานนอกระบบจำนวนมากครั้งที่เคยได้รับการเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บจากการทำงาน และต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับระดับอันตรายของงานที่ทำ และขาดการฝึกอบรมด้านความปลอดภัยในการทำงานและยังพบสิ่งแวดล้อมที่คุกคามต่อสุขภาพ

มนัส สุนทรศุทรวัด (2549) ได้ศึกษาเรื่อง รูปแบบการจัดการระบบสุขภาพภาคประชาชนโดยความร่วมมือของชุมชนบ้านตำหนักธรรม ตำบลตำหนักธรรม อำเภอหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่ ผลการวิจัยพบว่า สภาพและศักยภาพของชุมชนที่เอื้อต่อการจัดการระบบสุขภาพของประชาชนบ้านตำหนักธรรม ซึ่งเป็นชุมชนชนบทความเชื่อและความสัมพันธ์ในสังคมแบบเครือญาติมีผลกระทบต่อ การดูแลรักษาสุขภาพ ปัญหาสาธารณสุขที่พบคือ การเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ โรคมะเร็งตับ โรคเล็ปโตสไปโรซิส และโรคไข้เลือดออก เป็นต้น ผลการวิจัย รูปแบบการจัดการสุขภาพภาคประชาชนพบว่า รูปแบบที่ค้นพบและดำเนินการโดยประชาชนเองเป็นกระบวนการในการจัดการเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดีของประชาชนตามสภาพบริบทและการพัฒนาในปัจจุบัน ตั้งแต่การค้นหาปัญหาสุขภาพของชุมชน เก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล จัดทำแผนชุมชน หาแหล่งงบประมาณ สนับสนุน ปฏิบัติกิจกรรมตามแผนงาน/โครงการ ติดตามประเมินผลและปรับปรุงแก้ไข กระบวนการทั้งหมดขับเคลื่อนและประสานงานกันโดยคณะกรรมการสุขภาพหมู่บ้าน การดำเนินกิจกรรมสุขภาพของชุมชนโดยมีกลุ่มย่อยต่างๆที่มีอยู่ในชุมชนเป็นผู้รับผิดชอบหลักตามกิจกรรมสุขภาพของแต่ละกลุ่ม ซึ่งเชื่อมโยงและหนุนเสริมกันเป็นกิจกรรมสุขภาพของชุมชน ผลการดำเนินงานส่งผลทำให้ประชาชนมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีขึ้น มีการเฝ้าระวังสุขภาพระดับบุคคล มีความรับผิดชอบด้านสุขภาพระดับชุมชน และมีกิจกรรมด้านส่งเสริมสุขภาพของชุมชน เช่น การตรวจสุขภาพขั้นพื้นฐานแก่ประชาชนโดย อาสาสมัครสาธารณสุข ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำสถานีอนามัย การควบคุมป้องกันโรคที่เป็นปัญหาของชุมชน การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์ การพึ่งพากันในสังคมเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพ การแสวงหาความสุขเพื่อคลายความเครียดและความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ พบว่าประชาชนมีความพึงพอใจต่อผลของการดำเนินกิจกรรมพัฒนาสุขภาพของชุมชน ทำให้การมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพของประชาชนมีมากขึ้น

สามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนได้ในระดับหนึ่ง ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพมากขึ้น ตลอดจนชุมชนได้รับการกระตุ้นจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้นำชุมชน อบต. สถานีอนามัย วัด และโรงเรียนทำให้ประชาชนเห็นความสำคัญของสุขภาพมากขึ้น

วันเพ็ญ ตระกูลแก้ว (2549) ได้ศึกษาเรื่องความยั่งยืนในการส่งเสริมสุขภาพของชุมชนบ้านถ้ำตอง อำเภอเมืองน่าน ผลการวิจัยพบว่ากลวิธีและปัจจัยที่ทำให้การสร้างเสริมสุขภาพเกิดความยั่งยืน คือ กลไกการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพภายในชุมชน ความร่วมมือของชุมชนในการร่วมคิด ร่วมทำโดยมีปัจจัยที่ทำให้เกิดการรวมตัว คือปัจจัยภายในชุมชน ได้แก่ จิตสำนึกของบุคคล ความเป็นเครือญาติ สภาพปัญหาทางสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อม ปัจจัยภายนอก ได้แก่ การสนับสนุนเชิงนโยบายจากภาครัฐ ของหน่วยงาน องค์กรต่างๆทั้งนอกและในพื้นที่และกระแสของการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมและการพัฒนาสังคม รวมทั้งความสามารถของผู้นำ การสร้างพลังชุมชนและการสร้างเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพ

แสงอรุณ อิศระมาลัย, อรทัย นนทเกท และ ธนาวัฒน์ รักกมล (2550) ศึกษาเรื่อง บทเรียนการพัฒนาศักยภาพผู้นำและการสร้างความเข้มแข็งของกลุ่มแรงงานนอกระบบ โดยมีขั้นตอนการปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพผู้นำและแรงงานนอกระบบ 3 ขั้นตอนคือ ขั้นตอนที่ 1 การสร้างความรู้ความเข้าใจในสถานการณ์ ขั้นตอนที่ 2 การสนับสนุนการปรับใช้ความรู้ความเข้าใจในเรื่องต่างๆที่เกี่ยวข้องและแหล่งประโยชน์ต่างๆ ขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติการเพื่อการเปลี่ยนแปลง ซึ่งวิธีการที่ใช้ในขั้นตอนการปฏิบัติการ เช่น การจัดอบรมให้ความรู้ การอบรมเทคนิคการถ่ายทอดความรู้เรื่องสุขภาพและความปลอดภัย การใช้สิทธิสวัสดิการในการตรวจสุขภาพร่างกาย การให้ความรู้ในเรื่องข้อมูลของแหล่งทุน การเขียนโครงการและการระดมทุนจากแหล่งทุน รวมถึงการประสานงาน ซึ่งมีแนวคิดหลักของการสร้างศักยภาพแกนนำ คือ การสร้างเครือข่าย การมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้นำกลุ่มแรงงานผ่านปฏิบัติการทั้ง 3 ขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่าผลการพัฒนาศักยภาพผู้นำและการสร้าง ความเข้มแข็งของกลุ่มแรงงานนอกระบบแสดงให้เห็นชัดเจนเป็นรูปธรรมและยั่งยืนทั้งในระดับบุคคล และกลุ่มชุมชน

คมสันต์ ธงชัย (2552) ทำการศึกษาเรื่อง การจัดการด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการบาดเจ็บเนื่องจากการทำงานของคนงานก่อสร้างในเขตเทศบาลเมืองจังหวัดอุบลราชธานีผลการวิจัยพบว่าระดับการศึกษา ลักษณะตำแหน่งงานที่ทำการได้รับข่าวสารความปลอดภัยในการทำงานประสบการณืฝึกอบรมและขนาดของแหล่งก่อสร้างมีความแตกต่างกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการบาดเจ็บจากการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) และปัจจัยที่สามารถทำนายผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการบาดเจ็บจากการทำงานได้แก่ ทักษะคติ การรับรู้ ขนาดของแหล่งก่อสร้างการจัดการด้านอาชีว

นามัยและความปลอดภัยและความรู้ โดยสามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 48.4 ดังนั้นสถานประกอบการก่อสร้างควรนำนโยบายเกี่ยวกับความปลอดภัยในการทำงานมาปรับใช้อย่างจริงจังเช่น การฝึกอบรมความปลอดภัยการจัดให้มีอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลและการจัดให้มีเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย

ภาวิณี ศรีสุขวัฒนานันท์และคณะ (ม.ป.ป) ได้ทำการวิจัยเรื่อง การสังเคราะห์ผลประเมินและวิจัยประสิทธิผลของการฝึกอบรมเป็นผู้ประเมินภายนอกระดับการศึกษาขั้นพื้นฐานผลการวิจัยพบว่ารูปแบบการประเมินโครงการฝึกอบรม ควรประเมิน 3 องค์ประกอบคือ การประเมินปัจจัยนำเข้า(Input Evaluation) ประเมินเกี่ยวกับ ผู้เข้ารับการอบรม วิทยากรหลักสิ่งอำนวยความสะดวกโรงเรียนฝึกอบรม หลักสูตร และเอกสารอบรมการประเมินกระบวนการ (Process Evaluation) ประเมินเกี่ยวกับ การอบรมภาคทฤษฎี การดำเนินการฝึกภาคปฏิบัติและการประสานงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องของการประเมินกระบวนการผลิต (Product Evaluation) ประเมินเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจเชิงทฤษฎี ทักษะการประเมินคุณภาพเจตคติต่อการประเมินคุณภาพและจรรยาบรรณของผู้ประเมินภายนอก

### งานวิจัยในต่างประเทศ

Berrigan, Dadd, Troiano, Krebs-Smith & Barbash (2003) ศึกษาเรื่อง รูปแบบพฤติกรรมสุขภาพของคนวัยผู้ใหญ่ของประเทศอเมริกา ซึ่งทำการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญ 5 พฤติกรรม คือ การออกกำลังกาย การเสพสารเสพติด การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พฤติกรรมการบริโภคผักผลไม้ และอาหารจำพวกไขมัน โดยใช้ข้อมูลจากการสำรวจภาวะโภชนาการและสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3 จำนวน 15,425 คน ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นไปตามเกณฑ์ทั้งหมด 5 ข้อมี 5.9 % และไม่เป็นไปตามเกณฑ์ ทั้งหมด 4.9% ประมาณ 50% ของกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพไปตามเกณฑ์ 2 ข้อ ขึ้นไป

Coups, E.J., Gaba, A.G., & Orleans C.T. (2004) ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ โดยการคัดกรองจากการตรวจร่างกายเพื่อสำรวจปัจจัยเสี่ยงต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยให้กลุ่มตัวอย่างซึ่งผ่านการตรวจร่างกายประจำปี ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อปัญหาทางสุขภาพ 4 พฤติกรรม คือ การไม่ออกกำลังกาย น้ำหนักตัวเกิน การสูบบุหรี่ และการดื่มสุราอย่างหนัก และทำการคัดกรองพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ ผลการวิจัยพบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพตั้งแต่ 2 พฤติกรรมขึ้นไป ดังนั้นบุคลากรทางสุขภาพควรมีการคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงหลายปัจจัย ไม่ควรให้ความสำคัญต่อพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งเท่านั้น

Hirst, Mann, Bain, Pirola-Merlo & Richver (2004) ศึกษาเรื่อง การพัฒนาแบบจำลองการเรียนรู้ภาวะผู้นำซึ่งศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นทีมงานวิจัยและพัฒนาจำนวน 50 ทีม กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีจำนวน 25 ทีมเท่ากัน โดยกลุ่มควบคุมเป็นทีมที่หัวหน้าทีมไม่มีประสบการณ์ของการเป็นผู้นำ และกลุ่มทดลองเป็นทีมที่หัวหน้าทีมมีประสบการณ์ของการเป็นผู้นำ จำนวนสมาชิกในทีมทั้งหมด 313 คน จำนวนโครงการทั้งหมด 22 โครงการ ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการเรียนรู้ภาวะการเป็นผู้นำอย่างมากคือ การมีที่ปรึกษาของผู้นำ ผลงานของทีมที่ดีจะเป็นปัจจัยช่วยทำให้พฤติกรรมของการเป็นผู้นำมีความเข้มแข็งขึ้น

Poortinga (2007) ศึกษาเรื่องรูปแบบการใช้ชีวิตที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของคนอังกฤษในวัยผู้ใหญ่ 4 รูปแบบคือ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การไม่รับประทานผักผลไม้ และการขาดการออกกำลังกาย และศึกษาความแตกต่างของพฤติกรรมสุขภาพเหล่านี้ในกลุ่มประชากรที่สภาพ เศรษฐกิจสังคม และข้อมูลพื้นฐานด้านประชากรแตกต่างกัน ซึ่งได้ข้อมูลจากการสำรวจภาวะสุขภาพของประชากรในประเทศอังกฤษในปี ค.ศ. 2003 ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 11,492 คน ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ ผลการวิจัยพบว่าเมื่อใช้เกณฑ์มาตรฐานด้านสุขภาพของประเทศอังกฤษวัด รูปแบบการใช้ชีวิตของกลุ่มตัวอย่างมีความหลากหลาย แต่พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมีรูปแบบการใช้ชีวิตที่เป็นไปตามเกณฑ์มากกว่าเพศชาย และพบว่ารูปแบบการใช้ชีวิตที่เสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพพบในเพศชายที่มี เศรษฐฐานะต่ำ เป็นคนโสด ส่วนในเพศชายที่มีครอบครัวและอายุมากกว่า มีรูปแบบการใช้ชีวิตเสี่ยงต่อสุขภาพต่ำกว่า

การวิจัยเรื่องการจัดการด้านสุขภาพ ความปลอดภัย และอาชีวอนามัยอย่างยั่งยืนในโรงงานอุตสาหกรรมต้นแบบ กรณีศึกษาโรงงานปัสไพ์ พิตตั้งอินด์สตรี จำกัด จังหวัดสมุทรสาคร ได้นำแนวคิด แนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยเกี่ยวกับอาชีวอนามัยและความปลอดภัย การสร้างเสริมสุขภาพ การมีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชน การประชุมเชิงปฏิบัติการ เอ ไอ ซี (Appreciation - Influenced - Control, A.I.C.) การพัฒนาศักยภาพแกนนำ การประเมินความยั่งยืน รวมทั้งบททวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาพัฒนาวิธีดำเนินการวิจัยต่อไป