

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาถึงการส่งเสริมสุขภาพในโรงงานอุตสาหกรรมปิโตรเคมี เขตนิคมอุตสาหกรรมมาบตาพุด จังหวัดระยอง มีเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังหัวข้อต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ
2. หลักการส่งเสริมสุขภาพในที่ทำงาน
3. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต
4. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### แนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ

กฎบัตรออกตาวาได้ให้คำนิยามว่า “การส่งเสริมสุขภาพคือกระบวนการซึ่งทำให้ประชาชนสามารถเพิ่มการควบคุมสุขภาพและทำให้สุขภาพดีขึ้น” การจะบรรลุถึงสภาวะสุขภาพทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคมได้ ปัจเจกชนหรือกลุ่มจะต้องสามารถที่จะพอใจในสิ่งที่ตนปรารถนา และที่จะปรับเปลี่ยนให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม ดังนั้นสุขภาพจึงเป็นทรัพยากรสำหรับชีวิตประจำวัน สุขภาพเป็นแนวคิดด้านบวกซึ่งเน้นที่ทรัพยากรส่วนบุคคลของสังคม และเป็นความสามารถทางกายภาพ เพราะฉะนั้น การส่งเสริมสุขภาพจึงไม่ใช่ความรับผิดชอบเฉพาะแต่ภาคสุขภาพเท่านั้น แต่ยังคงมาจากวิถีชีวิตอันเปี่ยมด้วยสุขภาพไปจนถึงความกินดีอยู่ดีอีกด้วย

สุขภาพเป็นชุมพลังของชีวิต (A resource for every life) แนวคิดสุขภาพเชิงบวก เน้นชุมพลังทางสังคมเท่ากับชุมพลังของบุคคล การส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ เป็นกระบวนการที่มุ่งสู่การเพิ่มสมรรถนะ (Capability) ของบุคคลและชุมชนในการควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพอันเป็นเงื่อนไขและชุมของสาธารณสุขที่แท้จริง นั่นคือ ที่พักอาศัย สันติภาพ การศึกษา ความสัมพันธ์ทางสังคม ความมั่นคงทางสังคม อาหาร รายได้ การเพิ่มพลังให้กับกลุ่มผู้หญิง ระบบนิเวศน์ที่สมดุล ทรัพยากรที่ยั่งยืน ความยุติธรรมทางสังคม การเคารพสิทธิมนุษยชน และความเป็นธรรม อันจะเป็น

ผลต่อสุขภาพที่สมบูรณ์ทางกาย ทางจิตใจและทางสังคม รวมทั้งยังเป็นกระบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมที่ต้องอาศัยการประสานพลังของภาคต่าง ๆ ในสังคม เพื่อให้เกิดความร่วมมือของทุกฝ่าย และทุกระดับในการผลักดันและดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพให้ประสบผลสำเร็จ และขยายเครือข่ายพันธมิตรให้กว้างขวางขึ้นอีกด้วย

ความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ ในทางสังคมวิทยา การดูแลสุขภาพของประชาชนด้วยตนเองมีความสำคัญ (มัลลิกา มัตติโก, 2530, หน้า 5) เนื่องจาก

ก. สุขภาพและความเจ็บป่วยเกิดมาพร้อมกับสังคม ประชาชนครอบครัวและชุมชนจึงต้องมีหน้าที่ดูแลจัดการ

ข. แต่ละบุคคลมีวิธีการแก้ไขปัญหาสุขภาพแตกต่างกัน เนื่องจากประสบการณ์ ค่านิยม และความเชื่อที่แตกต่างกัน

ค. การแก้ปัญหาสุขภาพสุขภาพของแต่ละชุมชนถูกกำหนดโดยกฎเกณฑ์ของสังคมนั้น ๆ

ง. การส่งเสริมสุขภาพตนเองเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาศักยภาพเพื่อการพึ่งตนเอง ควบคุมตนเองและรับผิดชอบตนเอง

การประชุมองค์การอนามัยโลก เมื่อปี พ.ศ.2521 ได้มีการประกาศหลักการ "อัลมา อตา" ให้มีความสำคัญกับ "การสาธารณสุขมูลฐาน" เพื่อบรรลุเป้าหมาย "สุขภาพดีถ้วนหน้า" ในปี 2543 ซึ่งหลักการนี้มุ่งเน้นให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองและช่วยเหลือกันและกัน นำไปสู่การพึ่งตนเองได้ในระยะยาว

ประเทศไทยได้ประกาศใช้หลักการสาธารณสุขมาตั้งแต่กลางแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4 แต่ในการดำเนินงานก็ยังประสบปัญหาหลายประการ เช่น

ก. การใช้รูปแบบการทำงานแบบเดียวกันทั้งประเทศซึ่งไม่สอดคล้องกับความจริงและทำให้เกิดการไม่ยอมรับ

ข. เป็นการทำงานตามแผนและโครงการที่กำหนดโดยเจ้าหน้าที่ภาครัฐ มิได้เริ่มต้นจากความต้องการของประชาชนแต่ละท้องถิ่นอย่างแท้จริง

ค. ความสัมพันธ์ระหว่างรัฐกับชุมชนมีแนวโน้มไปทางเนวติงเป็นการรับคำสั่งมากกว่าการกล้าคิด กล้าได้แย้ง กล้าเสนอความคิดเห็น ทำให้การทำงานอยู่เฉพาะในกรอบที่รัฐวางไว้

ง. การให้ความรู้แก่ประชาชน ซึ่งเป็นวิธีการหลักมีทรัพยากรเพียงพอ และมีปัญหา การบริการจัดการ ทำให้ไม่สามารถขยายกลุ่มเป้าหมายออกไปสู่ชุมชนได้

อย่างไรก็ตามการทำงานตามแนวทางสาธารณสุขมูลฐาน เป็นส่วนหนึ่งที่กระตุ้น ทรัพยากรบุคคลองค์กรชุมชนในท้องถิ่น รวมทั้งองค์กรภาคเอกชนให้เกิดความสนใจในการทำงาน กับประชาชนมากยิ่งขึ้น ขณะเดียวกันก็นำไปสู่การเคลื่อนไหวทางความคิดในการพัฒนางาน สาธารณสุขแนวใหม่ ที่กว้างขวางและครอบคลุมกว่าเดิม

จนกระทั่งในปี พ.ศ.2529 มีการประชุมนานาชาติเรื่องการส่งเสริมสุขภาพระดับนานาชาติ ครั้งที่ 1 ณ กรุงออตตาวา แคนาดา ได้มีการประกาศ “กฎบัตรออตตาวา” ซึ่งกำหนดยุทธศาสตร์ การส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ ที่สำคัญดังนี้

1. การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อการดูแลทางสุขภาพ (Build healthy public policy) ด้วยวิธีการที่หลากหลายแต่สอดคล้องสนับสนุนกัน โดยผู้กำหนดนโยบายทั้งในและนอกภาค สาธารณสุขจะต้องคำนึงถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นต่อสุขภาพเป็นสำคัญ และแสดงความรับผิดชอบ ต่อผลกระทบที่เกิดขึ้น

2. การสร้างสรรค สิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อสุขภาพ (Create supportive environments) ส่งเสริมให้คนและสิ่งแวดล้อมอยู่ร่วมกันอย่างเกื้อกูลและสมดุล ถือว่าการอนุรักษ์ ทรัพยากรธรรมชาติทั่วโลกเป็นภารกิจร่วมกันของประชาคมโลก เปลี่ยนแปลงรูปแบบการดำเนินชีวิต การทำงาน การพักผ่อน ให้มีสุขภาพที่ดีและปลอดภัยโดยไม่ทำลายสิ่งแวดล้อม

3. การเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง (Strengthen community action) เป็นการ สนับสนุนให้ชุมชนพึ่งตนเองได้โดยชุมชนเป็นผู้ตัดสินใจและจัดการรวมทั้งระดมทรัพยากรต่าง ๆ ภายในชุมชนให้ชุมชนได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องสุขภาพ และงบประมาณสนับสนุน การพัฒนาทักษะ ส่วนบุคคล (Develop personal skills) เพื่อให้ประชาชนสามารถควบคุมสถานะสุขภาพและ สิ่งแวดล้อมได้ด้วยตนเองมากขึ้น มีทางเลือกมากขึ้น ด้วยการให้ข้อมูลข่าวสาร ส่งเสริมการเรียนรู้ เพื่อสุขภาพ และการฝึกฝนทักษะในการจัดการที่ดีเพื่อป้องกันและควบคุมสุขภาพของตน

4. การปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ (Reorient health services) ผู้ให้บริการสุขภาพ ต้องหันมาทำงานด้านการส่งเสริมสุขภาพให้มากขึ้นต้องให้ความสำคัญในงานด้านอื่น ๆ ร่วมกันด้วย เช่น การวิจัยบริการ การฝึกอบรม เพื่อปรับเปลี่ยนเจตคติรวมถึงการจัดระบบบริการสาธารณสุขที่

เปลี่ยนแปลงจากการมองปัญหาเชิงปัจเจกบุคคลไปสู่การมองปัญหาในองค์รวม ขณะเดียวกันภาคสาธารณสุขจะต้องเปิดกว้างและร่วมมือกับภาคอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น สังคม เศรษฐกิจ การเมือง สิ่งแวดล้อม เป็นต้น

นอกเหนือจากกลยุทธ์หลักทั้ง 5 แล้ว บทบาทของบุคลากรทางด้านสาธารณสุขในทิศทางใหม่ อีก 3 ประการ ตามหลักการรอดตาย ได้แก่

1. การส่งเสริมให้ประชาชนมีความสามารถ (Enable) ในการควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ สามารถดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเต็มศักยภาพ
2. การเป็นตัวกลางประสานไกล่เกลี่ย (Mediate) ระหว่างกลุ่มผลประโยชน์เพื่อเป้าหมายด้านสุขภาพ
3. การให้คำชี้แนะ (Advocate) เรื่องสุขภาพและสิทธิเรื่องสุขภาพการส่งเสริมสุขภาพ เป็นกลยุทธ์ที่เหมาะสม

#### หลักการส่งเสริมสุขภาพในที่ทำงาน

1. โรงงานมีการเขียนนโยบายทางด้านการส่งเสริมสุขภาพ และนำนโยบายด้านสุขภาพไปปฏิบัติอย่างแท้จริง เช่น การกำหนดนโยบายความปลอดภัยและสุขภาพในการทำงาน นโยบายการงดสูบบุหรี่ นโยบายการปกป้องสิ่งแวดล้อม และนโยบายการจัดการอันตรายจากความเสี่ยง
2. สร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและสนับสนุนให้มีสุขภาพดี เช่น การสร้างวัฒนธรรมที่ให้ความใส่ใจซึ่งกันและกัน การจัดสร้างโรงอาหารที่ถูกสุขลักษณะ ให้ความช่วยเหลือหรือการจัดหาด้านการเดินทางและที่อยู่อาศัย การจัดหาสถานที่สำหรับนันทนาการและการติดต่อกันทางสังคม
3. ส่งเสริมให้พนักงานได้ปฏิบัติตนในทางที่ส่งเสริมสุขภาพของตน เช่น ให้พนักงานเข้ามามีส่วนร่วมในคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และความปลอดภัย การประเมินความต้องการและการวางแผนโครงการต่าง ๆ เพื่อให้พนักงานมีส่วนร่วมในการระบุและแก้ไขปัญหา ซึ่งเกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพของเขา การสื่อสารสองทาง และการให้พนักงานเข้ามามีส่วนร่วมในการประเมินโครงการ

4. พัฒนาทักษะของพนักงานในการส่งเสริมสุขภาพของตนเอง เช่น การจัดฝึกอบรมด้าน สุขศึกษา การอำนวยความสะดวกให้กับพนักงานโดยการหาข้อมูลด้านสุขภาพ การจัดปฐมนิเทศ พนักงานใหม่เพื่อให้ความรู้ด้านสุขภาพ และการฝึกอบรม สัมมนาเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ

5. การจัดให้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพที่เน้นการป้องกันแทนที่จะเน้น การแก้ไขปัญหา เช่น การทดสอบการได้ยิน การตรวจหามะเร็งตั้งแต่ระยะเริ่มแรกในพนักงานหญิง การส่งต่อพนักงาน เพื่อไปหาผู้เชี่ยวชาญ

#### สถานการณ์และแนวโน้มของปัญหาอาชีวอนามัยในประเทศไทย

จากข้อมูลทางด้านโครงสร้างประชากรและกำลังแรงงานของประเทศไทยในปี 2540 ในประเทศไทยมีประชากรประมาณ 60.6 ล้านคน เป็นผู้ที่อยู่ในวัยแรงงาน ประมาณ 33.6 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นผู้ที่มิ้งานทำทั้งสิ้นประมาณ 31.5 ล้านคน โดยเป็นผู้ที่ทำงานในภาคเกษตรกรรม ประมาณ 15.2 ล้านคน หรือร้อยละ 48.40 ของผู้มิ้งานทำทั้งหมด และเป็นผู้ทำงานนอกภาค เกษตรกรรมทั้งสิ้นประมาณ 16.3 ล้านคน หรือร้อยละ 51.5 ประชากรมิ้งานทำเหล่านี้ มีโอกาส ได้รับผลกระทบจากสิ่งคุกคามสุขภาพต่าง ๆ เช่น ทางกายภาพ (แสง เสียง ความร้อน ฯลฯ) ทางชีวภาพ (เชื้อโรค) จากสภาวะการทำงานไม่ถูกสุขลักษณะ จากการจัดระบบได้เหมาะสม เนื่องจากทิศทางการพัฒนาประเทศที่เน้นการเพิ่มผลผลิตเพื่อตอบสนองความต้องการทั้งภายในและ ภายนอกประเทศ ทำให้การผลิตมีการใช้เทคโนโลยีต่าง ๆ เข้ามาเพื่อเร่งและเพิ่มปริมาณผลผลิต เช่น การใช้สารเคมีและเครื่องจักรกลทางการเกษตร ในภาคอุตสาหกรรมก็มีการเจริญเติบโตและ ขยายตัวของโรงงานอุตสาหกรรมจำนวนมาก และมีความหลากหลายมากขึ้น ทำให้เกิดปัญหาทาง ด้านสุขภาพอนามัยและความปลอดภัยของผู้ที่อยู่ในวัยทำงานในทั้งสองภาคการผลิตหลักดังกล่าว โดยอาจแบ่งได้เป็น 2 ส่วน คือ ปัญหาโรคจากการประกอบอาชีพ และปัญหาการประสบอันตราย หรือบาดเจ็บจากการประกอบอาชีพ ปัญหาอาชีวอนามัยในภาคอุตสาหกรรม

ปัจจุบันมีโรงงานอุตสาหกรรมหรือสถานประกอบการทั่วประเทศ จำนวน 289,678 แห่ง มีลูกจ้างทั้งสิ้น 4,911,787 คน ส่วนใหญ่เป็นสถานประกอบการต่ำกว่า 50 คน ประเภทของ อุตสาหกรรมในประเทศไทยมีสัดส่วนของอุตสาหกรรมที่เกี่ยวข้องกับสารเคมีมีมากขึ้น โดยเฉพาะ หลังจากมีการค้นพบแหล่งก๊าซธรรมชาติในอ่าวไทย ทำให้ประเทศไทยเริ่มพัฒนาอุตสาหกรรมหนัก มากขึ้น เช่น อุตสาหกรรมปิโตรเคมี อุตสาหกรรมพลาสติก และอุตสาหกรรมต่อเนื่องอื่น ๆ รวมทั้ง

อุตสาหกรรมสิ่งทอ อุตสาหกรรมเคมี ฯลฯ ทำให้มีการนำเข้าสารเคมีและวัตถุมีพิษมากขึ้นเป็นเงาตามตัว ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา ได้มีการนำสารอันตรายที่อยู่ในรูปสารเคมีต่าง ๆ จาก 1.3 ล้านตัน ในปี 2531 เป็น 1.7 ล้านตัน และ 5.21 ล้านตัน ในปี 2534 และปี 2535 ตามลำดับ

หากพิจารณาในเชิงพื้นที่แล้ว โรงงานส่วนใหญ่กระจุกตัวอยู่ในบริเวณกรุงเทพฯ และปริมณฑลเนื่องจากความไม่พร้อมในด้านปัจจัยพื้นฐาน แต่ก็เป็นการกระจุกที่มีลักษณะการกระจายกระจาย ทำให้การดำเนินการควบคุมเป็นไปได้ยาก ก่อให้เกิดปัญหาตามมาอย่างมากมาย ทั้งปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อม การใช้ที่ดินผิดประเภทในระยะหลังจึงมีการผลักดันให้เกิดการจัดตั้งโรงงานลักษณะ เป็นนิคมอุตสาหกรรมที่กระจายออกไปสู่ภูมิภาคมากขึ้นเพื่ออำนวยความสะดวกดูแลปัจจุบันประเทศไทยมีนิคมอุตสาหกรรม 4 แห่ง รวมพื้นที่ 89,598.66 ไร่ ทำให้อุตสาหกรรมที่เสี่ยงเริ่มไปปรากฏและเพิ่มจำนวนในบางจังหวัด โดยเฉพาะในเขตนิคมอุตสาหกรรมต่างจังหวัด

ปัจจุบันการเติบโตของโรงงานที่มีความเสี่ยงจากการใช้สารเคมีต่าง ๆ ยังคงมีอยู่อย่างต่อเนื่อง ซึ่งสารเคมีเหล่านี้เป็นสิ่งจำเป็นต่อการผลิต แต่ขณะเดียวกันพิษภัยก็เป็นอันตรายต่อมนุษย์และการก่อให้เกิดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม แต่ความก้าวหน้าของขั้นตอนในการกักเก็บ การผลิต การใช้งาน การขนส่ง ตลอดจนการทำลายกากสารเคมีกลับไม่ได้รับการพัฒนาเท่าที่ควร จากการประเมินโรงงานอุตสาหกรรมขนาดใหญ่ 3 ราย พบว่าจะมีปริมาณกากอันตรายประมาณ 500 ตัน/ปี (ชมภูศักดิ์ พูลเกษ, 2536) ความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ จึงเป็นไปได้สูง ในระยะหลัง ๆ นี้ อุบัติภัยจากสารเคมีมีเกิดขึ้นบ่อยครั้ง แสดงให้เห็นถึงการบริหารจัดการสารเคมีที่ไม่รัดกุมและครบวงจร การขาดการป้องกันปัญหา ตลอดจนมาตรการตรวจสอบและเฝ้าระวังจากประชาชนเนื่องจากความรู้ หรือรู้เท่าไม่ถึงการณ์ก่อให้เกิดความสูญเสียต่อชีวิต ทรัพย์สิน และความเสียหายต่อสิ่งแวดล้อม

#### ผลกระทบของอุตสาหกรรม

1. ผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพ กระบวนการทำงานในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลง วัตถุประสงค์ เครื่องมือในการทำงานมีการสร้างมูลค่าส่วนเกินในกระบวนการให้แรงงาน เช่น การขยายเวลาทำงาน การใช้เทคโนโลยีหรือไม่จัดสวัสดิการขั้นพื้นฐานเพื่อเป็นการลดค่าใช้จ่ายในการผลิต การกำหนดและควบคุมปริมาณงานหรือใช้ระบบการจ้างแบบเหมืองานหรือแบบชิ้นงาน (Piece rate) การใช้ระบบการทำงานแบบกะ (Shift work) การเพิ่มความเข้มในการทำงานหรือ

ทำให้ทำงานเร็วขึ้น การเปลี่ยนแปลงเครื่องมือในการผลิต การแบ่งงาน สิ่งเหล่านี้มีผลต่อจังหวะ และวิธีการทำงาน ท่าทาง การเคลื่อนไหว ความซ้ำซาก การตัดสินใจ ซึ่งมีผลต่อสุขภาพของคนงาน ได้แก่ ความเครียด ความอ่อนเพลีย อาการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุมี ผู้ศึกษาระบบกะในโรงงาน อุตสาหกรรมในเขตกรุงเทพฯ จำนวน 500 แห่ง พบว่าในจำนวนนี้ 93 แห่ง มีการทำงานเป็นระบบ กะและพบว่าคนงานกะกลางคืนส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงร้อยละ 59.1 คนงานดังกล่าวมีปัญหาหลัก ในขณะทำงานสูงถึง 37.6 อัตราป่วยเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 15 อัตราการเกิดอุบัติเหตุสูงร้อยละ 8.6 และทำให้ผลผลิตลดลงถึงร้อยละ 17.2 (เฉลิมชัย ชัยกิตติภรณ์ และ ประมุข ไชศิริ, 2536)

จากการเปลี่ยนแปลงกระบวนการทำงานดังกล่าว ทำให้เกิดปัญหาการประสบ อันตรายจากการทำงานมากขึ้น กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคมระบุว่า การประสบอันตราย เนื่องจากการทำงานมีสาเหตุมาจากไม่มีการพัฒนามาตรการความปลอดภัยควบคู่ไปกับการพัฒนา อุตสาหกรรม และเมื่อมีการนำเทคโนโลยีใหม่มาใช้ อาทิ เครื่องจักร อุปกรณ์ สารเคมีชนิดต่าง ๆ ก็ขาดการพัฒนาความรู้ความเข้าใจในการใช้เทคโนโลยีอย่างเหมาะสม ซึ่งความเสี่ยงนั้นมีอยู่มากมาย หลายลักษณะ เช่น เสี่ยงต่อการเกี่ยวข้อสัมผัสกับสารเคมีอันตราย เสี่ยงต่ออันตรายรั่วไหลและ การระเบิดของสารเคมีในอุตสาหกรรมเคมีและปิโตรเคมี เสี่ยงอันตรายต่อการเกิดอัคคีภัยในสถาน ประกอบการ เสี่ยงต่อการสูญเสียอวัยวะจากการทำงานกับเครื่องจักร เป็นต้น

ปี พ.ศ.2539 สถิติการประสบอันตรายจากการทำงานของลูกจ้างในสถานประกอบการ ซึ่งรวบรวมขึ้นโดย สำนักงานกองทุนเงินทดแทนมีจำนวนทั้งสิ้น 246,616 และจากการวิเคราะห์สถิติ การประสบอันตรายดังกล่าวพบว่า ตั้งแต่ปี 2531 - 2536 ที่ให้เห็นว่าการประสบอันตรายของ ลูกจ้างมีอัตราเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 4 ต่อปี หรือมีจำนวนลูกจ้างที่ประสบอันตราย 41 คน จากจำนวน ลูกจ้าง 1,000 คน ส่วนลูกจ้างที่เสียชีวิตจากการทำงานนั้นในรอบ 6 ปี มีจำนวนถึง 3,528 คน คิดเป็นอัตราการเสียชีวิตประมาณ 25 คนต่อลูกจ้าง 100,000 คน และลูกจ้างที่เป็นโรคซึ่งเกี่ยวกับการ ทำงานนั้นมีการวินิจฉัยพบเพียง 358 ราย คิดเป็นอัตราร้อยละ 0.066 ของการประสบอันตราย ทั้งหมดเท่านั้น เมื่อพิจารณาลักษณะการเจ็บป่วยด้วยโรคเนื่องจากการทำงานของช่วงระยะเวลา ดังกล่าวพบว่ากลุ่มโรคที่มีมาก 3 อันดับแรก คือ

1. โรคหรืออาการซึ่งเกิดจากฝุ่นละอองต่าง ๆ จำนวน 87 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.19 ของผู้ป่วยด้วยโรคจากการทำงาน

2. โรคหรืออาการซึ่งเกิดจากฝุ่นฝ้าย จำนวน 74 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.88 ของผู้ป่วยด้วยโรคจากการทำงาน

3. โรคหรืออาการซึ่งเกิดจากการได้รับเชื้อมาลาเรีย จำนวน 62 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.82 ของผู้ป่วยด้วยโรคจากการทำงาน

ในขณะที่ข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยโรคจากการประกอบอาชีพของหน่วยงานกระทรวงสาธารณสุข เช่น กองอาชีวอนามัย กองระบาดวิทยา ได้แบ่งการเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพไว้ 7 กลุ่มโรค โดยมีสถิติข้อมูลพอสรุปได้ดังนี้คือ

โรคพิษตะกั่ว ในระยะระหว่างปี 2529 - 2530 จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคพิษตะกั่วได้เพิ่มขึ้นสูงสุดและมีแนวโน้มลดต่ำลง ในปี 2535 มีอัตราป่วย 0.02 ต่อประชากรแสนคน และในปี 2539 มีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคพิษตะกั่ว 32 ราย

โรคพิษสารโลหะหนักตัวอื่น ๆ เช่น แมงกานีส พรอท สารหนู ในปี 2530 จำนวนผู้ป่วยได้เพิ่มสูงสุดต่อมามีแนวโน้มต่ำลงและค่อนข้างคงที่ ในปี 2535 มีอัตราป่วย 0.01 ต่อประชากรแสนคน และในปี 2539 มีจำนวนผู้ป่วย 55 ราย

โรคพิษจากแก๊สและไอระเหย ตลอดช่วงเวลาที่ปี 2528 - 2530 จำนวนผู้ป่วยลดลงมาตลอด และกลับเพิ่มขึ้นในปี 2531 แนวโน้มของอัตราการป่วยลดลงในปี 2532 - 2533 สำหรับปี 2534 กลับเพิ่มขึ้นอีก และในปี 2535 มีอัตราป่วย 0.09 ต่อประชากรแสนคน และในปี 2539 มีจำนวนผู้ป่วย 44 ราย

โรคพิษจากสารปิโตรเลียมและผลิตภัณฑ์น้ำมัน ตลอดช่วงเวลาที่ปี 2528 - 2534 มีอัตราป่วยคงที่อยู่ในช่วง 0.01 - 0.04 สำหรับในปี 2535 มีอัตราป่วยเพิ่มขึ้นเป็น 0.08 ต่อประชากรแสนคน และในปี พ.ศ.2539 มีจำนวนผู้ป่วย 75 ราย

โรค Caisson's discoses กระทั่งตั้งแต่ปี 2528 จำนวนผู้ป่วยลดลงตลอดจนปี 2531 และช่วงปี 2539 มีรายงานผู้ป่วยด้วยโรคนี้มีจำนวน 42 ราย

โรคซิลิโคสิส จากรายงานของกองระบาดวิทยาพบว่ามีแนวโน้มผู้ป่วยด้วยโรคซิลิโคสิสสูงขึ้น กล่าวคือในปี พ.ศ.2535 จำนวนผู้ป่วย 3 ราย ปี พ.ศ.2536 มีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็น 24 ราย และในปี พ.ศ.2539 มีจำนวนผู้ป่วยถึง 33 ราย

## 2. ผลกระทบของอุตสาหกรรมต่อคุณภาพชีวิต

ผลกระทบต่อการประกอบอาชีพในภาคอุตสาหกรรม มีทั้งในระดับบุคคลและครอบครัว ซึ่งอาจมีทั้งข้อดีและข้อเสียควบคู่กันไป เช่น การเปลี่ยนแปลงในด้านรายได้ที่ได้มาเพิ่มขึ้น การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัวที่ทำให้ความผูกพันในครอบครัวน้อยลง ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงสุขภาพอนามัยของบุคคล เช่น ความเครียด เป็นต้น การพัฒนาทักษะด้านอุตสาหกรรมของคนในชนบททำให้คนในชนบทมีทักษะเชิงอุตสาหกรรมมากขึ้นซึ่งอาจเป็นผลดี มีการย้ายการเคลื่อนย้ายแรงงานจากชนบทเข้าสู่เมือง หากมีอุตสาหกรรมขยายตัวเข้าไปในชนบท ผลกระทบต่อการจ้างงานอาจทำให้เกิดการจ้างงานผิดประเภทมากขึ้น หรือการจ่ายค่าตอบแทนไม่เป็นธรรม เช่น แรงงานเด็ก แรงงานสตรี ผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม และระบบนิเวศในชนบท การเปลี่ยนแปลงการให้ประโยชน์ที่ดิน การพึ่งพาตนเองในด้านต่าง ๆ ลดลง ความสัมพันธ์ของคนในชนบทที่เปลี่ยนรูปไป ตลอดจนผลกระทบจากการรุกรานของ วัฒนธรรมเมืองเข้าไปในชนบท (สัมพันธ์ เตชะอธิก และเอื้อมพร ทองกระจาย, 2535)

หากพิจารณาในกลุ่มเสี่ยง เช่น สตรี และเด็ก พบว่าปัจจุบันการพัฒนาอุตสาหกรรมได้ถึงเอาแรงงานหญิงที่อยู่ในชนบทเข้าสู่ประตูโรงงานมากขึ้น อุตสาหกรรมที่แรงงานหญิงเข้าไปมีบทบาทในการผลิต ได้แก่ อุตสาหกรรมสิ่งทอ ตัดเย็บเสื้อผ้า อัญมณีและเครื่องประดับอิเล็กทรอนิกส์ รองเท้า และการผลิตอาหารกระป๋อง ซึ่งอุตสาหกรรมต่าง ๆ เหล่านี้จะมีจำนวนมากประมาณร้อยละ 90 (จะเด็จ เชาววิไล, 2537)

ส่วนในด้านแรงงานเด็ก จากรายงานการสำรวจแรงงานเด็กที่วราชอาณาจักรของสำนักงานสถิติแห่งชาติปี 2535 รอบที่ 3 (สิงหาคม) ระบุว่าประเทศไทยมีเด็กอายุระหว่าง 13 - 14 ปี ทั้งหมด 2,491,000 คน เป็นผู้มีงานทำ 709,000 คน และกลุ่มอายุ 15 - 19 ปี ทั้งหมด 6,206,700 คน เป็นผู้มีงานทำ 3,915,900 คน ซึ่งหมายถึงเด็กอายุ 13 - 19 ปี เป็นผู้มีงานทำหรืออาจพูดได้ว่าเด็กอายุ 13 - 14 ปี ทุก ๆ 4 คนเป็นแรงงานเด็ก 1 คน (เข็มพร วิรุณราพันธ์, 2538) จากการสำรวจของสถาบันวิจัยสังคม จุฬาฯ ในระหว่างปี 2532 - 2534 (ฉันทนา บรรพศิริโชติ, 2535) พบว่าในด้านสภาพแรงงานเด็กโดยทั่วไป อายุเริ่มแรกทำงานของเด็กมีแนวโน้มลดลงจากที่เคยมีการสำรวจไว้ ซึ่งหมายถึงเด็กเริ่มเข้าสู่แรงงานเร็วขึ้น ส่วนในด้านลักษณะการทำงานและสภาพการทำงานพบว่า แรงงานเด็กกระจัดกระจายในกิจการต่าง ๆ มากกว่า 70 ประเภท แต่ที่พบ

มากคือ เย็บผ้า ทำรองเท้า ก่อสร้าง ทำกระเป่า เจียรไนพลอย ร้านอาหาร ทำขนม เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบได้บ่อยตามอู่ซ่อมรถและปั้มน้ำมัน กิจกรรมดังกล่าวมักเป็นกิจการขนาดเล็ก สถานประกอบการมักเป็นตึกแถว กิจกรรมส่วนใหญ่อยู่ในภาคเศรษฐกิจนอกระบบ

3. ผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม ปัญหาการสะสมและการตกค้างของของเสียอันตรายจากอุตสาหกรรม อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพของประชาชน และผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม เพราะของเสียจากอุตสาหกรรมมีอันตรายมากกว่าของเสียจากแหล่งอื่น

ในปี 2536 มีของเสียอันตรายที่เกิดขึ้นในประเทศไทยรวม 1.21 ล้านตัน ร้อยละ 73 เป็นของเสียจากอุตสาหกรรม คือ 890,000 ตัน แต่ละปีจะมีของเสียที่ไม่ได้รับการบำบัดอย่างถูกต้องอีกมาก ปัญหาที่มักเกิดขึ้นเสมอ ๆ ก็คือ มีการลักลอบปล่อยหรือกำจัดกากของเสียอันตรายดังกล่าวโดยไม่คำนึงถึงพิษภัยที่จะเกิดกับชุมชนหรือสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานที่ที่มีสาเหตุมาจากมลพิษจากโรงงานอุตสาหกรรมประเภทที่ใช้สารอันตรายเป็นวัตถุดิบ

#### การบริหารความปลอดภัยในโรงงาน

การจัดการความปลอดภัยต้องประกอบด้วย การกำหนดนโยบายและการมอบหมายงานหน้าที่รับผิดชอบ การคัดเลือกลูกจ้างใหม่ การเปลี่ยนงาน การทดสอบและการบรรจุงาน การมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องและให้การสนับสนุนของผู้บริหาร แผนฉุกเฉินและแผนควบคุมความหายนะ กฎระเบียบความปลอดภัย และการจัดองค์กรความปลอดภัย ซึ่งเป็นหน้าที่ของผู้บริหารองค์กรและโดยอาศัยความร่วมมือของพนักงานและใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ (Petersen, 1978, p. 95) นักวิจัยในเรื่องความปลอดภัยมีความเชื่อว่าความปลอดภัยในงานอุตสาหกรรม เริ่มต้นด้วยการมีเครื่องมือที่ปลอดภัย เครื่องจักรที่ปลอดภัยกระบวนการผลิตที่ปลอดภัย และสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย แต่ก็ไม่ควรเพิกเฉยความคิดที่ว่าคนเป็นต้นเหตุของการเกิดอุบัติเหตุ (ชูเวช ชาญสง่าเวช, 2539, หน้า 89 - 94)

ความเป็นมาของการพัฒนางานด้านการส่งเสริมสุขภาพ ข้อมูลต่อไปนี้เป็นประวัติความเป็นมาของการพัฒนางานการส่งเสริมสุขภาพในประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจแนวคิดของ "การส่งเสริมสุขภาพ" มากขึ้น

การฟื้นฟูงานด้านส่งเสริมสุขภาพ (The Renaissance of Health Promotion) ในช่วงศตวรรษที่ 19 อาจจะถูกเรียกว่าเป็นช่วงการพัฒนาด้านวิทยาการระบาดซึ่งจะมุ่งเน้นการประยุกต์ความรู้วิชาการด้านวิทยาการระบาดของโรคกับงานสาธารณสุข แต่การลดลงของอัตราการเกิดโรค

และอัตราการตายของประชากรในช่วงศตวรรษที่ 19 ส่วนใหญ่เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงอย่างมากมายทางด้านวิถีการดำเนินชีวิต (Lifestyles) ของประชาชนโดยเฉพาะในยุโรปและอเมริกาเหนือ (Green & Kreuter, 1991, p. 5) การเปลี่ยนแปลงนี้เป็นผลจากการมีกฎหมาย Poor Laws และการปฏิรูปสังคมเกี่ยวกับที่อยู่อาศัย อาหารสภาวะการทำงาน รวมทั้งการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพผ่านทางเอกสารสิ่งพิมพ์ หน่วยงานเอกชน และกิจกรรมอื่น ๆ ของสังคม ซึ่งถ้าจะเปรียบเทียบกับกิจกรรมที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพในปัจจุบันก็ได้แก่ การริเริ่มของหน่วยงานต่าง ๆ ให้มีการงด/ลดการสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ การจัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อการส่งเสริมสมรรถภาพของร่างกาย (Fitness) ในสถานประกอบการ การให้มีการเขียนคำอธิบายองค์ประกอบของสารอาหารต่าง ๆ ในห่อขนม/อาหาร เพื่อให้ผู้ซื้อได้ทราบถึงส่วนประกอบเหล่านี้ เป็นต้น

แนวคิดเกี่ยวกับ "การส่งเสริมสุขภาพ" นี้ค่อนข้างจะใหม่ถึงแม้ว่าในอดีตจะได้มีผู้กล่าวถึง "การส่งเสริมสุขภาพ" มาบ้างแล้ว เช่น C.E.A. Winslow. ในปี ค.ศ.1920 ได้กล่าวไว้ว่า "การส่งเสริมสุขภาพ" หมายถึง "การจัดชุมชน" (Organized community effort) เพื่อการให้การศึกษาแก่เอกัตบุคคลในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพส่วนบุคคล และการพัฒนาเครื่องมือต่าง ๆ ในสังคม เพื่อให้บุคคลทุกคนได้มีมาตรฐานการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมที่จะคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดีหรือเพื่อการปรับปรุงสุขภาพให้ดีขึ้น ซึ่งแนวคิดของการพัฒนาเครื่องมือต่าง ๆ ในสังคม ก็คือบริการด้านการรักษาพยาบาล ซึ่งได้จัดให้มีขึ้นอย่างมากในช่วงหลังสงครามโลกครั้งที่ 2

### ยุค 3 ยุคที่นำมาสู่นโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพ

#### ยุคที่ 1 ยุคของการพัฒนาทรัพยากร (The Era of Resource Development)

ในช่วงหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 จะเรียกได้ว่า เป็นยุคของการพัฒนาทรัพยากรในประเทศภูมิภาคยุโรปและประเทศญี่ปุ่น ในช่วงนี้เป็นยุคของการก่อสร้างตัวใหม่ (Reconstruction) ในทุก ๆ เรื่อง แต่สำหรับในประเทศสหรัฐอเมริกา ผลผลิตที่สำคัญคือ การออกกฎหมาย/ระเบียบข้อบังคับ เพื่อที่จะสร้างให้มีทรัพยากรทางสุขภาพ 3 อย่างด้วยกัน คือ ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ สิ่งอำนวยความสะดวกทางการแพทย์ (Medical facilities) และการพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ตัวอย่างเช่น การออกพระราชบัญญัติฮิลล์ เบอร์ตัน (Hill-Burton Act) การสร้างสถาบันสุขภาพแห่งชาติ (Nation Institute of Health = NIH) ซึ่งเกี่ยวกับพระราชบัญญัติดังกล่าวได้มีการสร้างโรงพยาบาลและคลินิก ในเกือบจะทุกชุมชน และการออกพระราชบัญญัติกำลังคน

ทางสุขภาพ (Health Manpower Art) ทำให้การพัฒนา - ฝึกอบรมบุคลากรที่จะเข้าทำงานในโรงพยาบาลและคลินิกที่สร้างขึ้น ซึ่งได้แก่ แพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ สัตวแพทย์ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่น ๆ อย่างไรก็ตามคำถามที่ตามมา คือ ทรัพยากรเพื่อการรักษาพยาบาลเหล่านี้ได้แจกจ่ายไปสู่ประชาชนอย่างเป็นธรรมหรือไม่?

ยุคที่ 2 ยุคของการกระจายทรัพยากร (The Era of Redistribution)

ในช่วงของปี ค.ศ.1960 เป็นต้นมา ประเทศสหรัฐอเมริกาเข้าสู่ยุคของการปรับปรุ้การกระจายทรัพยากร อันสืบเนื่องมาจากแนวคิดใหม่ของการปกครอง โดยประธานาธิบดีเคนเนดี และจอห์นสัน ซึ่งเน้นความหวังใหม่ของอเมริกาที่จะเป็นสังคมที่ยิ่งใหญ่ และการสร้างสถานีนามัยใกล้บ้าน (Neighborhood health centers) การจัดให้มีโครงการบริการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุ (Medicare) และโครงการบริการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อย (Medicaid) ในปี ค.ศ.1966 ซึ่งกฎหมายใหม่นี้ให้โอกาสผู้บริโคเข้าถึงบริการด้านการแพทย์มากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุและประชาชนที่ยากจน พบว่ากิจกรรมในช่วงของปี 1960 ได้บรรลุวัตถุประสงค์ด้านการกระจายทรัพยากรอย่างเป็นธรรม ประชาชนที่ยากจนได้ใช้บริการทางการแพทย์/สาธารณสุขมากขึ้น อัตราการใช้บริการเพิ่มขึ้นจนเป็นที่พอใจ (Green and Kreuter, 1996, p.6) ถึงแม้ว่าช่องว่างระหว่าง "คนรวย" และ "คนจน" จะถูกลดให้แคบลงอย่างมีนัยสำคัญในด้านการใช้บริการทางการแพทย์/สาธารณสุขก็ตาม แต่ตัวชี้วัดทางด้านภาวะเจ็บป่วยและการตาย ยังคงชี้ให้เห็นถึงความแตกต่างระหว่างเศรษฐกิจสังคมและผิวซึ่งทำให้รัฐบาลถามตนเองว่า โครงการการบริการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุ (Medicare) และโครงการบริการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อย (Medicaid) ที่ทำอยู่นั้นประสบผลสำเร็จจริงหรือไม่

ยุคที่ 3 ยุคของการจำกัดวงเงิน ค่าใช้จ่าย (The Era of Cost Containment)

คำถามเกี่ยวกับการใช้บริการทางการแพทย์ที่มากเกินไป (Overutilization) เกิดเนื่องจากค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับบริการทางการแพทย์ได้เพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งเป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในหลาย ๆ ประเทศในช่วงตั้งแต่ปี ค.ศ.1970 เป็นต้นมา ซึ่งในประเทศสหรัฐอเมริกาโครงการบริการรักษาพยาบาล (Medical care) ก็ประสบกับปัญหานี้เช่นกัน จำเป็นจะต้องมีการพิจารณาลดค่าใช้จ่ายลง และขณะเดียวกันก็เป็นการเปิดโอกาสให้งานด้านสุขศึกษาและสาธารณสุข นโยบายด้านป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพได้ถูกนำมาใช้ใหม่อีก หลังจากประเทศได้เน้นนโยบายด้านการพัฒนาทรัพยากรเพื่อบริการสุขภาพ

ยุคของการจำกัดวงเงินของค่าใช้จ่ายนี้ได้เริ่มด้วยความพยายามที่จะลดค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการบริการรักษาพยาบาล (Medical care) ได้มีการตั้งคณะกรรมการสุขภาพขึ้น (President's Committee on Health Education) คณะกรรมการได้เสนอกิจกรรมหลายประการสำหรับการบริหารจัดการเพื่อลดค่าใช้จ่ายของหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน กิจกรรมที่ได้เสนอแนะนี้รวมถึงการศึกษาให้กับชุมชนในการดูแลตนเอง และการให้บริการสาธารณสุขบางอย่างเหมาะสม (จุดมุ่งหมายหลักเพื่อลดการใช้บริการสุขภาพ/สาธารณสุข) และการพัฒนาโครงการสุขภาพในโรงเรียน สถานประกอบการโรงงาน (Worksites) และชุมชน

พระราชบัญญัติประกันสุขภาพของผู้มีรายได้ต่ำ เช่น คนงานในโรงงาน (The Health Maintenance Organization Act of 1973) ได้มีส่วนให้ระบบการแพทย์ของประเทศสหรัฐอเมริกาได้เน้นเวชศาสตร์ป้องกันมากขึ้น เพื่อที่จะไม่ให้บริการที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายแพงในโรงพยาบาล จากยุคการจำกัดวงเงินค่าใช้จ่ายสู่การส่งเสริมสุขภาพ

สภาวะการมีข้อจำกัดเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย ทำให้เกิดความเชื่อว่าโครงการดูแลตนเองสามารถที่จะช่วยลดการใช้บริการด้านรักษาพยาบาลที่ได้จำเป็นลงได้ และการให้สุขภาพศึกษาสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลจะช่วยลดจำนวนวันที่ผู้ป่วยต้องอยู่โรงพยาบาลลงได้หลังการผ่าตัด ความพยายามที่จะควบคุมค่าใช้จ่ายของรัฐ โดยลดความต้องการการให้บริการการแพทย์ลง เป็นสิ่งที่ช่วยให้เห็นความสำคัญของนโยบายด้านการส่งเสริมการป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพเด่นชัดขึ้น ขณะเดียวกันความเปลี่ยนแปลงทางวิทยาการระบาดในช่วงที่สอง (Second epidemiological revolution) ได้เกิดขึ้น และได้มีส่วนอย่างมากในการสนับสนุนการพัฒนานโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพ และทำให้นโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพนี้เป็นเอกเทศ แยกจากเหตุผลทางด้านความจำกัดของค่าใช้จ่าย และด้านระบบของบริการการแพทย์อย่างเห็นได้ชัด ซึ่งจะได้กล่าวถึงองค์ประกอบต่าง ๆ ดังนี้

การเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยโรคเรื้อรังประมาณช่วงกลางของศตวรรษที่ 20 ในประเทศพัฒนาแล้ว พบว่า โรคเรื้อรังเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของประชาชนมากกว่าโรคติดเชื้อ และถึงแม้สถิติเกี่ยวกับโรคเรื้อรังจะเพิ่มมากขึ้น แต่ก็ไม่ใช่ว่าความสนใจและการให้ความสำคัญต่องานสาธารณสุขจะเพิ่มขึ้นตามทันทีทันใด ในช่วงปี ค.ศ.1950 เป็นต้นมาถึงปลาย ๆ ปี ค.ศ.1960 กิจกรรมด้านสาธารณสุขได้มีมาเรื่อย ๆ เกี่ยวกับการรณรงค์ การเพิ่มภูมิคุ้มกันโรค โครงการวางแผนครอบครัว

โครงการควบคุมโรคติดต่อ รวมทั้งโครงการวางแผนครอบครัวในประเทศกำลังพัฒนาและโครงการสร้างผู้นำโดยการให้ชุมชนมีส่วนร่วมในงานด้านสาธารณสุขต่าง ๆ ซึ่งได้มีการพัฒนาอย่างมากในช่วงหลังปี ค.ศ.1960 เป็นต้นมา

การเคลื่อนไหว/ตื่นตัวด้าน "การดูแลตนเอง" (Self-care) การให้ประชาชนมีส่วนร่วม (Citizen participation) ถือว่าเป็นแนวคิดใหม่ของการทำสงครามกับความยากจน และการวางแผนสาธารณสุข (War on poverty and health planning initiatives) ขณะเดียวกันแนวคิด "การดูแลตนเอง" (Self care) ก็ได้เริ่มขึ้น ซึ่งถือว่าการเคลื่อนไหวของสังคมครั้งใหญ่และมีความสำคัญ (บางที่ก็ใช้คำว่า Self help หรือ Self-improvement) การเคลื่อนไหวทางการส่งเสริมสุขภาพได้ถูกนำมาใช้เป็นเครื่องมือในการช่วยให้ประชาชนได้มีความสามารถในการควบคุมและดูแลสุขภาพตนเองมากกว่าที่จะเป็นเครื่องมือช่วยควบคุมให้ประชาชนให้บริการทางการแพทย์/สาธารณสุข หรือแม้แต่การให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการบริหารจัดการโครงการสุขภาพที่เจ้าหน้าที่เป็นผู้วางแผน

การมีส่วนร่วมและรับผิดชอบของเอกัตบุคคล (Individual Participation and Responsibility) ถือว่าเป็นขั้นหนึ่งที่สำคัญและควรจะเน้นสำหรับงานสาธารณสุขที่จะเปลี่ยนจุดยืนหรือจุดเน้นจากการวางแผน โครงการสุขภาพโดยเจ้าหน้าที่หรือหน่วยงานส่วนกลางไปสู่การให้ประชาชนได้ช่วยตนเองการเน้นตัวประชาชนเป็นศูนย์กลางและการให้ประชาชนได้มามีบทบาท/มีส่วนร่วมในโครงการสุขภาพ การที่หน่วยงานด้านการแพทย์/สาธารณสุขมีปัญหาเกี่ยวกับงบประมาณผนวกกับความจำเป็นที่จะต้องมีการดำเนินกิจกรรมเพื่อหวังผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อควบคุมโรคเรื้อรังต่าง ๆ ทำให้ความต้องการที่จะให้สังคม/ชุมชนได้มีส่วนร่วม โดยให้เอกัตบุคคลได้มีส่วนร่วมรับผิดชอบมากขึ้นเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง นอกจากคาดว่าจะช่วยแก้ปัญหาเกี่ยวกับงบประมาณแล้วยังช่วยให้บุคคลและครอบครัวมีสุขภาพของตนเองมากขึ้น แทนที่จะให้บุคลากรด้านการแพทย์หรือสาธารณสุขและรัฐบาลเป็นผู้รับผิดชอบ

การขยายตัวของหน่วยงานเอกชน การเน้นความรับผิดชอบส่วนบุคคลต่อสุขภาพของตนได้เริ่มก่อตัวขึ้นโดยถูกระตุ้นของสภาการณต่าง ๆ และกลุ่มบุคคลต่าง ๆ ได้รวมตัวขึ้น เพื่อแสดงความต้องการในการพิทักษ์สุขภาพของตน เช่น ในด้านการบริโภค และหน่วยงานเอกชนก็ได้ให้บริการต่าง ๆ รวมทั้งการขยายผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพใหม่ ๆ เกิดขึ้น หนังสือ/เอกสารเกี่ยวกับการ

ช่วยเหลือตนเอง (self-help) และโภชนาการ มีการพิมพ์และยอดจำหน่ายสูงมากที่สุด เมื่อเทียบกับหนังสือด้านอื่น ๆ ซึ่งไม่รวมหนังสือนวนิยาย หน่วยงานภาคธุรกิจได้มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะเกี่ยวกับการจัดโปรแกรมการอบรมในหัวข้อเกี่ยวกับสุขภาพ ผลิตภัณฑ์ที่ผู้ใช้สามารถใช้ด้วยตนเอง (Self-help products) และรวมทั้งโปรแกรมเพื่อสุขภาพที่จัดไว้เต็มรูปแบบ (Packaged wellness programs) สำหรับบุคลากรของหน่วยงานเอกชนที่มีขนาดใหญ่ การพัฒนาโครงการประกันสุขภาพและโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในโรงงาน เป็นต้น

การเพิ่มขึ้นของหน่วยงานเอกชน มีหน่วยงานเอกชนหลายหน่วยงานได้มีโครงการหรือกิจกรรมด้านการส่งเสริมเพิ่มมากขึ้น กิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพของสมาคมต่าง ๆ ได้มีส่วนที่ผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของหลักสูตรสุขภาพศึกษาในโรงเรียน เช่น สมาคมโรคหัวใจของประเทศสหรัฐอเมริกา (American Heart Association) เป็นสมาคมแรกที่ได้ศึกษาบทบาทการใช้ทฤษฎีแนวคิดทางด้านสังคมศาสตร์เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยนักพฤติกรรมศาสตร์และนักสุขภาพ ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้จะแตกต่างอย่างมากจากวิธีการทางการศึกษาที่ใช้อยู่ในโรงเรียน นับเป็นระยะเวลาที่ยาวนานที่มูลนิธิร็อกเก้เฟลเลอร์และมูลนิธิฟอร์ด (Rockefeller Foundations และ Foundation) ได้สนับสนุนทางการเงินเพื่อกิจกรรมการพัฒนาชุมชนในโครงการสาธารณสุขต่าง ๆ ในประเทศกำลังพัฒนาหลายประเทศ ในช่วงระหว่าง 1960 เป็นต้นมา มูลนิธิฟอร์ดได้ให้การสนับสนุนด้านการเงินแก่สภาประชากร (Population Council) ให้ดำเนินงานด้านสื่อมวลชนและการพัฒนาชุมชน เพื่อการวางแผนครอบครัวในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาหลายประเทศ ในปี ค.ศ.1977 มูลนิธิเคลล็อกก์ (W.K. Kellogg Foundation) ได้จัดให้มีการประชุมใหญ่ของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อพิจารณากลวิธีที่เหมาะสมสำหรับมูลนิธิที่จะให้เงินทุนในการทำโครงการส่งเสริมวิถีการดำเนินชีวิตที่สุขสมบูรณ์กว่าเดิม (Healthier lifestyles) สำหรับคนชาวอเมริกัน ซึ่งในช่วง 10 ปีหลังจากนั้นมูลนิธิก็ได้ให้เงินช่วยเหลือโครงการต่าง ๆ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 81 โครงการในโรงงาน โรงเรียน มหาวิทยาลัย โรงพยาบาล และในชุมชน

ในปี ค.ศ.1985 เป็นต้นมา มูลนิธิครอบครัวเฮนรี เจ ไคเซอร์ (Henry J. Kaiser Family Foundation) ได้มีส่วนให้ทุนในการดำเนินงานโครงการส่งเสริมสุขภาพที่ดำเนินงานในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยการร่วมมือกับมูลนิธิอื่น ๆ อีก 13 มูลนิธิ ในกลางปี ค.ศ.1990 มูลนิธิครอบครัว

โคเซอร์ ได้ให้การสนับสนุนทั้งทางด้านเงินทุนและวิชาการ โครงการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนมากกว่า 100 โครงการที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพในด้านนโยบายการเผยแพร่ ความช่วยเหลือทางเทคนิค และสื่อมวลชนทั้งในระดับประเทศและระดับภูมิภาค พบว่า ในปี ค.ศ.1989 มูลนิธิโรเบิร์ต วูด จอห์น (Robert Wood John Foundation) ได้ให้เงินสนับสนุน จำนวน 27 ล้านดอลลาร์สหรัฐ เพื่อช่วยเหลือการดำเนินโครงการในชุมชนเพื่อป้องกันยาเสพติด

ความเคลื่อนไหวของรัฐบาลกลาง ในปี ค.ศ.1974 สำนักสุขภาพศึกษา (Bureau of Health Education) ปัจจุบันได้ขยายออกเป็น 2 กอง (Divisions) ในศูนย์ป้องกันโรคเรื้อรังและการส่งเสริมสุขภาพ (Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion) ได้ถูกก่อตั้งขึ้นใน ศูนย์ควบคุมโรค (Center for Disease Control) ปี ค.ศ.1976 สืบเนื่องจากการมีกฎหมาย สาธารณะ (Public Law-94-317) สำนักงานสารสนเทศสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา (Office of Health Information and Health Education) ได้จัดตั้งขึ้น ปัจจุบันเปลี่ยนชื่อเป็นสำนักงาน การป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ (Office of Disease Prevention and Health Promotion) ซึ่งอยู่ในสำนักงานรัฐมนตรีช่วยสาธารณสุข (Office of the Assistant Secretary of Health) เป็นหน่วยงานสูงสุดในทางการบริการสาธารณสุขของอเมริกา ซึ่งเป็นหน่วยงานที่มีการกำหนด นโยบายการสาธารณสุขของประเทศ

ได้มีการให้ทุนทำวิจัยหลายเรื่องเกี่ยวกับความสามารถและประสิทธิผลของโครงการ ส่งเสริมสุขภาพ โดยสถาบันสุขภาพแห่งชาติ (National Institute of Health) และศูนย์วิจัยบริการ สุขภาพแห่งชาติ (National for Healthy Services Research) ข้อมูลจากการวิจัยได้แสดงให้เห็นว่า การควบคุมโรคเรื้อรังต่าง ๆ สามารถทำได้โดยการให้ประชาชนมีส่วนร่วมอย่างจริงจังในการดูแล สุขภาพของตน การให้สุขภาพแก่ผู้ป่วย การจัดกลุ่มช่วยตนเอง (Self-care groups) และการให้ ชุมชนได้มีส่วนร่วม โดยวิธีการผ่านสื่อมวลชน การให้สุขภาพเป็นรายบุคคล สามารถเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพและลดปัจจัยเสี่ยงได้ (Green & Kreuter, 1991, p.9) จะเห็นได้ว่าแนวโน้มการ เปลี่ยนแปลงได้เกิดขึ้นโดยเปลี่ยนจากการมีบทบาทส่วนใหญ่ของหน่วยงานที่ให้บริการสาธารณสุข ไปสู่การมีบทบาทเองของเอกัตบุคคล โดยให้เอกัตบุคคล ได้เริ่มต้นละรับผิดชอบสุขภาพของตัวเอง อย่างไรก็ตามปัจจุบันยังต้องการการประเมิน และปรับความสมดุลระหว่างสิ่งเกี่ยวข้องสองด้านนี้ เพื่อที่จะตอบได้ว่าความรับผิดชอบระหว่างเอกัตบุคคลกับความรับผิดชอบของสังคมน่าจะมีมากน้อย เพียงใด และจะผสมกลมกลืนกันอย่างไร

รายงานของปลัดกระทรวงสาธารณสุข (Surgeon General) เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค (Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention) เรื่อง Healthy People (ประชาชนที่มีสุขภาพสมบูรณ์) ได้เป็นจุดสัญญาณที่แสดงให้เห็นว่าประเทศสหรัฐอเมริกา ได้เข้ามาสู่ยุคของการมีนโยบายใหม่ทางสาธารณสุข (ซึ่งมีอีกประเทศหนึ่งที่เกิดสถานการณ์เช่นเดียวกัน คือ ประเทศแคนาดา ซึ่งมีรายงาน Lalonde Report ในปี 1974) ยุคใหม่นี้ได้เน้นเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือ "การปฏิวัติครั้งที่สองของการสาธารณสุข" (Second Public Health Revolution) การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ก็โดยยึดหลักพื้นฐานเชิงวิทยาศาสตร์ อันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางวิทยาการระบาดนั่นเอง กล่าวคือ การเปลี่ยนจากโรคติดต่อ โรคติดเชื้อ มาสู่โรคเรื้อรัง ซึ่งจำเป็นจะต้องมีแนวทางใหม่ในเชิงการปฏิบัติ วิธีการใหม่และแม้กระทั่งอาจจะต้องมีค่านิยมใหม่ของคำว่า "สุขภาพ" (Green and Kreuter, 1991, p.10)

การเคลื่อนไหวในประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก การมีนโยบายของรัฐบาลกลางเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของประเทศสหรัฐอเมริกาเกิดขึ้นพร้อม ๆ กับการเกิดนโยบายใหม่เกี่ยวกับด้านสุขภาพ และการส่งเสริมสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (WHO) และ UNICEF ซึ่งองค์การระหว่างประเทศทั้งสององค์การนี้ได้มีการประชุมที่ Alma-Ata, สหภาพรัสเซีย ในปี ค.ศ.1977 ซึ่งได้วางนโยบายสำหรับงานสาธารณสุขในอนาคต โดยได้เน้นงานด้านสาธารณสุขมูลฐาน การประกาศร่วมกันที่ Alma-Ata ได้เน้นเกี่ยวกับ "การจัดการศึกษาเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพและวิธีการที่จะป้องกันและควบคุมปัญหาเหล่านั้น" โดยได้กำหนดองค์ประกอบที่สำคัญ 8 อย่าง ของงานสาธารณสุขมูลฐาน และได้เน้นการมีส่วนร่วมของบุคคลและชุมชนเป็นหลัก นโยบายใหม่นี้ได้เป็นที่ยอมรับในหลายประเทศทั่วโลก

ปัจจุบันงานด้านการส่งเสริมสุขภาพเป็นนโยบายสำคัญของประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก เป็นต้นว่า แคนาดา ออสเตรเลีย ประเทศในกลุ่มสหราชอาณาจักร สิงคโปร์ เป็นต้น

**แนวคิดหลักในการวางแผนโครงการส่งเสริมสุขภาพ** จากการทบทวนทฤษฎีแนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพว่ามีแนวคิดหนึ่งซึ่งมักจะถูกอ้างอิงเสมอในการอธิบายความหมายและการวางแผนงานด้วยการส่งเสริมสุขภาพโดยแพะตำรางานวิจัยของประเทศสหรัฐอเมริกา คือ PRECEDE-PROCEDE MODEL (W.Green and Kreuter, 1991) ซึ่งจะขอนำมากล่าวในที่นี้พอเป็นสังเขปเพื่อความเข้าใจแนวคิด ขอบเขตของการส่งเสริมสุขภาพ

จากคำจำกัดความของการส่งเสริมสุขภาพที่ได้กล่าวมาแล้ว จะเห็นว่าการดำเนินกิจกรรม และการจัดให้มีสิ่งสนับสนุนต่าง ๆ เป็นสิ่งที่มีความสำคัญมาก กิจกรรมด้านการศึกษาจะช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลง การทำให้มีพฤติกรรมเพิ่มมากขึ้นทั้งคุณภาพและปริมาณ รวมทั้งการทำให้คงอยู่ หรือขัดขวางพฤติกรรมที่จะนำผลเสียมาสู่สุขภาพ พฤติกรรมที่เราให้ความสำคัญ คือ พฤติกรรมของประชาชน ซึ่งมีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพในปัจจุบันหรือจะมีปัญหาในอนาคต ขณะเดียวกันสิ่งที่มีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนกว่าพฤติกรรมของบุคคลก็คือ พฤติกรรมของกลุ่มบุคคลซึ่งมีอำนาจในการควบคุมทรัพยากรหรือรางวัล เช่น ผู้นำชุมชน บิดามารดา นายจ้าง กลุ่มเพื่อนรุ่นเดียวกัน ครู ตลอดจนบุคลากรสาธารณสุข

แนวคิดหลักของ "การสนับสนุน" (Supports) นั้น เกี่ยวข้องกับสภาพสิ่งแวดล้อมที่จะช่วยให้บุคคลกลุ่มหรือชุมชนสามารถที่จะปฏิบัติหรือมีพฤติกรรมนั้น ๆ ต่อเนื่องไปอีก การมีนโยบายใหม่ การมีระเบียบ/กฎเกณฑ์ใหม่ ตลอดจนการจัดการด้านต่าง ๆ ขององค์การถือว่าล้วนเป็นสิ่งสนับสนุนทั้งสิ้น บุคลากรที่มีความเข้าใจ ผู้มีอำนาจในการออกกฎหมายที่มีความตั้งใจแน่วแน่ที่จะแก้ไขกฎหมาย ครูที่ให้ความสำคัญต่อการส่งเสริมสุขภาพ นายจ้างที่มีความเข้าใจ พ่อ-แม่ ที่มีทักษะด้านสุขภาพ ฯลฯ สิ่งเหล่านี้สามารถจะทำให้เกิดขึ้นได้โดยกระบวนการทางการศึกษา และทางดำเนินนโยบายหรือกิจกรรมทางการเมือง (Political interventions) การที่ประชาชนมีทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมได้นั้น จะต้องมีบุคคลกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งสร้างให้เกิดสภาพแวดล้อมที่สนับสนุนทั้งในลักษณะเป็นปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ตัวอย่างเช่น ใช้สื่อมวลชนสร้างความตระหนักในความจำเป็นที่ลดอาหารไขมันในกลุ่มประชาชนซึ่งจะนำมาสู่การเพิ่มความต้องการผลิตภัณฑ์อาหารที่มีไขมันต่ำในตลาดความต้องการนี้จะช่วยให้ร้านขายอาหารตลอดจนภัตตาคารต่าง ๆ เปลี่ยนแปลงรายการอาหารโดยจัดให้มีอาหารที่มีไขมันต่ำมากขึ้น ซึ่งนำไปสู่สภาพการณ์ที่ช่วยให้ทางเลือกเพื่อการบริโภคอาหารไขมันต่ำมีมากขึ้น และเป็นทางเลือกที่หาได้ง่ายสำหรับบุคคลที่ต้องการจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมรับประทานอาหาร (Make the low fat choice an easier choice)

แบบจำลอง (model) นี้ประกอบด้วยส่วนประกอบ 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นระยะของการวินิจฉัยปัญหา (Diagnostic Phase) เรียกว่า PRECEDE (Predisposing, Reinforcing, and Enabling) และส่วนที่ 2 เป็นระยะของการพัฒนาแผน ซึ่งจะต้องทำส่วนที่ 1 ให้เสร็จก่อนจึงจะวางแผน และนำไปสู่การดำเนินงานและประเมินผล ส่วนนี้เรียก PROCEDE (Policy Regulatory and Organizational Constructs in Educational and Environmental Development)

PRECEDE-PROCEDE MODEL เพื่อการวางแผนและประเมินผลโครงการส่งเสริมสุขภาพ แบ่งเป็นขั้นตอนโดยเริ่มต้นจากเป้าหมายสุดท้ายที่อยากให้เกิดขึ้น (Outputs) ซึ่งตาม model คุณภาพชีวิต การมีสุขภาพที่ดี จะเห็นว่ามีขั้นตอนพื้นฐานในการวางแผนโครงการส่งเสริมสุขภาพ 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 การวินิจฉัยทางสังคม (Social Diagnosis) เป็นการวินิจฉัยปัญหาทางสังคมในกลุ่มประชากรเป้าหมาย (ผู้ป่วย นักเรียน ลูกจ้าง คนงาน ผู้บริโภค) ซึ่งสามารถจะทำได้โดยการศึกษาความต้องการ และความคาดหวังส่วนบุคคล การศึกษาปัญหาของสังคมที่เกิดขึ้น ซึ่งตัวชี้วัดของปัญหาสังคมอาจจะมีหลายตัวชี้วัด

ขั้นที่ 2 วินิจฉัยทางวิทยาการระบาด (Epidemiological Diagnosis) ขั้นนี้เกี่ยวข้องกับ การพิจารณาถึงเป้าหมายทางสุขภาพเฉพาะอย่าง ซึ่งจะมีผลต่อเป้าหมายหรือปัญหาทางสังคม ข้อมูลที่จะใช้ในการวินิจฉัยขั้นนี้ ได้แก่ สถิติชีพ ข้อมูลทางการแพทย์และวิทยาการระบาด ผู้วางแผน จะใช้ข้อมูลเหล่านี้เพื่อเรียงลำดับความสำคัญของปัญหา ตัวอย่างของตัวชี้วัดที่สำคัญและลักษณะของตัวชี้วัด (Dimensions) เมื่อได้วิเคราะห์ขั้นที่ 1 และที่ 2 แล้ว ผู้บริหารส่วนมากมักจะวางแผนโครงการส่งเสริมสุขภาพโดยทันที โดยปราศจากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลที่วิเคราะห์ได้จากขั้นที่ 1 และที่ 2 โดยเฉพาะในแง่สาเหตุ-ผล (Cause-effect) ซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้อง

ขั้นที่ 3 การวินิจฉัยด้านพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม (Behavioral and Environmental Diagnosis) ในขั้นที่ 3 ประกอบด้วย การกำหนดองค์ประกอบทางด้านสิ่งแวดล้อม และองค์ประกอบด้านพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (Environmental & health - related behavioral factors) ที่สัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพที่เลือกในขั้นที่ 2 องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อมเป็นองค์ประกอบที่อยู่ภายนอกตัวบุคคล ซึ่งบุคคลไม่สามารถควบคุมโดยใช้ความสามารถภายในตัวเองได้ แต่เป็นสิ่งที่จะช่วยปรับเปลี่ยนสนับสนุน พฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของบุคคล หรือของบุคคลอื่น อิทธิพลขององค์ประกอบเหล่านี้ต่อพฤติกรรมของบุคคล ชี้ให้เห็นว่างานสุขภาพศึกษาที่เน้นเฉพาะ พฤติกรรมสุขภาพส่วนบุคคลนั้นเป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้องและยังไม่สมบูรณ์ จำเป็นจะต้องพิจารณาสิ่งผลักดันต่อการเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วย ซึ่งสิ่งผลักดันเหล่านี้ อาจจะเป็นระดับประเทศ ระดับภาค ระดับชุมชน หรือระดับองค์กรที่เล็กลงมา

ขั้นที่ 4 การวินิจฉัยด้านการศึกษาและองค์กร (Educational and Organizational Diagnosis) จากความรู้พื้นฐานด้านพฤติกรรมศาสตร์ชี้ให้เห็นว่าองค์ประกอบมากมายที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งในแบบจำลองนี้ได้แบ่งกลุ่มขององค์ประกอบเหล่านี้ออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ ปัจจัยนำ (Predisposing Factors) ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) ในกลุ่มปัจจัยนำประกอบด้วยความรู้ ทักษะคติ ความเชื่อถือ ค่านิยม และการรับรู้ของบุคคลหรือประชาชน ซึ่งมีอิทธิพลในแง่การจูงใจให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors) ในกลุ่มปัจจัยนำจะประกอบด้วยความรู้ ทักษะคติ ความเชื่อ ค่านิยม และการรับรู้ของบุคคลหรือประชาชน ซึ่งจะมีอิทธิพลในแง่การจูงใจให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ปัจจัยเอื้อจะประกอบด้วยทักษะทรัพยากร หรือสิ่งขัดขวางที่จะช่วยให้พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมด้วยองค์ประกอบเหล่านี้อาจจะเป็นได้ทั้งด้านบวก และด้านลบ ซึ่งเกิดจากแรงในสังคมหรือระบบของสังคม สิ่งอำนวยความสะดวกและทรัพยากรส่วนบุคคลหรือทรัพยากรในชุมชนอาจจะมีไม่เพียงพอหรือเกินพอเช่น องค์ประกอบด้านรายได้ กฎหมาย สถานภาพ อาจจะเป็นได้ทั้งปัจจัยส่งเสริมและขัดขวางพฤติกรรม เป็นต้น ทักษะในการปฏิบัติพฤติกรรมก็ถือว่าเป็นปัจจัยเอื้อ ดังนั้นปัจจัยนี้กล่าวโดยสรุปก็คือ องค์ประกอบทั้งหมดที่ช่วยให้พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงหรือสิ่งแวดล้อมเปลี่ยนแปลง องค์ประกอบสุดท้ายคือ ปัจจัยเสริม หมายถึง รางวัลที่บุคคลได้รับหรือข้อมูลป้อนกลับที่มาจากบุคคลอื่น หลังจากบุคคลได้ปฏิบัติพฤติกรรมหนึ่ง ๆ แล้วซึ่งอาจจะช่วย สนับสนุนหรือขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ ต่อไป

PRECEDE - PEOCEDE MODEL นี้ ได้ถูกนำไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนโครงการส่งเสริมสุขภาพของหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนในสหรัฐอเมริกา ทั้งการส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียน สถานที่ทำงาน โรงงานอุตสาหกรรม (Green and Kreutze, 1991, p.25)

กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ที่แล้วมาจนถึงปัจจุบัน งานส่งเสริมสุขภาพเป็นเรื่องต่าง ๆ ที่ต้องการป้องกันโรคไม่ติดต่อและโรคของความยากจน ยังคงเน้นเรื่องน้ำสะอาด การสุขาภิบาล การวางแผนครอบครัว และอื่น ๆ กฎบัตรรอดตายและแนวคิดสาธารณสุขแนวใหม่ ยังมีผู้เข้าใจและไม่ได้นำมาใช้ให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตและแบบแผนของโรคที่เปลี่ยนไปแล้วมากกว่าทศวรรษ

กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ประกอบด้วย การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ การก่อให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อสุขภาพ การทำให้กิจกรรมชุมชนและกิจกรรมร่วมของภาคต่าง ๆ เข้มแข็ง การพัฒนามีทักษะและความรับผิดชอบส่วนบุคคล และการปรับเปลี่ยนบริการสุขภาพ

#### 1. การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

เสาหลักของนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพคือความเข้าใจในความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันระหว่างสุขภาพกับสิ่งแวดล้อม สภาพเศรษฐกิจ และทางเลือกส่วนบุคคล เป็นเรื่องขององค์รวมและนิเวศวิทยา โดยที่ยอมรับว่า ความหมายอย่างกว้างขวางของ "สุขภาพ" ขึ้นอยู่กับทัศนะร่วมกันของมิติทางกายใจ และสังคมของประชาชน รวมทั้งยอมรับว่ามนุษย์มีปฏิริยาต่อและเป็นผู้สร้างสิ่งแวดล้อมรอบตนขึ้นมา

นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพสนับสนุนให้นักการเมืองและผู้กำหนดนโยบายในทุกระดับได้ทราบถึงความจริงที่ว่า การตัดสินใจใด ๆ อาจเกิดผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนได้ เป้าหมายสำคัญหนึ่งของนโยบาย คือ ช่วยสร้างความรู้สาธารณะในเรื่องสุขภาพ กระบวนการต่าง ๆ สามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต

นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพจะเกิดขึ้นได้ต้องได้รับความเห็นดีด้วยจากภาคต่าง ๆ นอกเหนือจากภาคสุขภาพ โดยอาจใช้วิธีการต่าง ๆ เช่น กฎระเบียบหรือกฎหมาย มาตรการทางการเงินการคลัง ภาษี และการเปลี่ยนแปลงองค์กร

2. การสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ สังคมของเรามีความสลับซับซ้อนและมีความสัมพันธ์ระหว่างกัน สุขภาพไม่สามารถแยกออกจากเป้าหมายอื่น ๆ ของสังคมได้ ความเกี่ยวพันอย่างแยกไม่ออกระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อมเป็นพื้นฐานสำหรับการใช้หลักการสังคมนิเวศวิทยาในเรื่องสุขภาพการเปลี่ยนแปลงรูปแบบชีวิต งาน และการพักผ่อน มีผลกระทบต่อสุขภาพงานและการพักผ่อนหย่อนใจจึงควรเน้นแหล่งกำเนิดของสุขภาพสำหรับประชาชน การที่สังคมจัดแบบแผนการทำงาน ควรช่วยสร้างสรรค์สังคมสุขภาพดีขึ้นได้ การส่งเสริมสุขภาพจะช่วยให้เกิดสภาวะการอาศัยอยู่และการทำงานที่ปลอดภัย ไร้ใจ เป็นที่พอใจ และมีความสุข สภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วจะต้องได้รับการประเมินอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในแง่ของเทคโนโลยี งาน การผลิตพลังงานและความเป็นเมือง การประเมินนี้จะต้องตามด้วยปฏิบัติอันจะให้ผลบวกต่อสุขภาพของสาธารณชน

3. การปกป้องรักษาสิ่งแวดล้อมทั้งที่เป็นธรรมชาติและได้สร้างขึ้นและการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติจะต้องเป็นกลยุทธ์ในการส่งเสริมสุขภาพ

สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพมีหลายมิติ คือ

1. มิติทางสังคม ความเป็นปกติ (Norm) ขนบธรรมเนียมประเพณี และกระบวนการทางสังคมต่าง ๆ มีผลต่อสุขภาพในหลายสังคม ความสัมพันธ์แบบสังคมดั้งเดิมกำลังเปลี่ยนแปลงไป อันจะเกิดผลกระทบต่อสุขภาพ

2. มิติทางการเมือง การส่งเสริมสุขภาพจะเกิดขึ้นได้เมื่อรัฐรับประกันให้มีการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจตามกระบวนการประชาธิปไตย และให้มีการกระจายอำนาจในเรื่องทรัพยากรและความรับผิดชอบนอกจากนั้น รัฐจำเป็นต้องยอมในสิทธิมนุษยชนและสันติภาพ

3. มิติทางเศรษฐกิจ รัฐจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนการกระจายทรัพยากรเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ "สุขภาพดีถ้วนหน้า และการพัฒนาที่ยั่งยืน"

4. การสร้างความเข้มแข็งให้แก่กิจกรรมชุมชน ชุมชนสามารถมีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยการจัดลำดับความสำคัญ ทำการตัดสินใจกำหนดกลยุทธ์ และดำเนินงานตามแผน เพื่อให้ระดับสุขภาพของประชาชนดีขึ้นรัฐอาจให้การสนับสนุนชุมชนโดยการจัดสรรงบประมาณและให้การปรึกษาทางวิชาการชุมชนต้องยืนด้วยตัวเอง โดยมีการจัดการที่ดี มีกลุ่มช่วยเหลือตัวเองและพัฒนาระบบงานอย่างมีประสิทธิภาพ

4. การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล การส่งเสริมสุขภาพสนับสนุนการพัฒนาส่วนบุคคลและสังคมด้วยการให้ข้อมูล ให้การศึกษาในเรื่องสุขภาพ และการแนะนำทักษะชีวิตด้วยกิจกรรมเหล่านี้ ประชาชนจึงมีทางเลือกเพิ่มขึ้นในการที่จะควบคุมสุขภาพของตนเองและสิ่งแวดล้อม ที่สำคัญคือเลือกสรรการปฏิบัติตนให้เอื้อต่อสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพทำให้ประชาชนสามารถเรียนรู้ตลอดชีวิตเพื่อที่จะเตรียมตัวเองให้ผ่านระยะต่าง ๆ ของชีวิตด้วยการมีสุขภาพดี และเพื่อเผชิญโรคเรื้อรังและการบาดเจ็บประเภทต่าง ๆ ได้ เรื่องเหล่านี้ทำได้ในระบบโรงเรียน บ้าน ที่ทำงาน และชุมชน โดยองค์กรทางการศึกษาอาชีพ พานิชย์ และอาสาสมัคร

5. การปรับเปลี่ยนบริการสุขภาพ สถานบริการสุขภาพจะต้องมีความรับผิดชอบต่องานส่งเสริมสุขภาพด้วยการแบ่งภาระร่วมกันของปัจเจกบุคคล กลุ่มชุมชน นักวิชาการสุขภาพ สถาบันบริการสุขภาพ และรัฐบาลทั้งหมดนี้จะต้องทำงานร่วมกันเพื่อให้ระบบบริการสุขภาพมีส่วนสนับสนุนสำคัญ

ในการยกระดับสุขภาพของประชาชน ภาคสุขภาพต้องเคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่องไปในทิศทางของการส่งเสริมสุขภาพ นอกเหนือไปจากความรับผิดชอบในการให้บริการทางคลินิก และการรักษา บริการสุขภาพต้องขยายภารกิจในการสนับสนุนปัจเจกบุคคลและชุมชนเพื่อชีวิตที่มีสุขภาพดีขึ้น และเปิดช่องทางต่าง ๆ เพื่อการติดต่อประสานงานระหว่างภาคสุขภาพกับองค์ประกอบทางสังคม การเมือง เศรษฐกิจและสภาพแวดล้อมทางกายภาพ การปรับเปลี่ยนบริการสุขภาพต้องการงานวิจัยทางสาธารณสุข และการเปลี่ยนแปลงในการศึกษาและการฝึกอบรมทางอาชีพ ทั้งหมดนี้ต้องนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในทัศนคติ

#### กลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพ

กลยุทธ์ที่ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพมี 5 ประการ

1. การให้ข้อมูลข่าวสารเพื่อสุขภาพและชุมชน (Health Communication) ในเรื่องสุขภาพ มีบทบาทที่สำคัญในกระบวนการส่งเสริมสุขภาพ โดยส่งเสริมให้มีการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม สร้างความรับรู้ในลีลาชีวิตของตนเองและสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในความสัมพันธ์กับระบบสุขภาพ และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม

2. การชี้นำสาธารณะ (Advocacy) สุขภาพดีเป็นทรัพยากรหลักสำหรับการพัฒนาทางสังคม เศรษฐกิจ และส่วนบุคคล สุขภาพดีเป็นมิติที่สำคัญของคุณภาพชีวิต ปัจจัยทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม พฤติกรรม และชีววิทยามีส่วนทั้งเชื่อมต่อหรือทำลายสุขภาพปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพมีจุดมุ่งหมาย คือ ทำให้สถานการณ์เหล่านี้เป็นสิ่งที่เอื้อต่อสุขภาพ โดยการชี้นำสาธารณะ

3. การตลาดทางสังคม (Social marketing) ในแต่ละปัญหาและแนวทางการแก้ไข จำเป็นต้องใช้การตลาดทางสังคมมาดำเนินการส่งสื่อไปยังกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งอาจเป็นผู้กำหนดนโยบาย ผู้ตัดสินใจ กลุ่มประชาชน และภาคต่าง ๆ ทั้งนี้เพื่อให้กลุ่มเหล่านี้ได้มีการปรับเปลี่ยนแนวคิด นโยบาย พฤติกรรม และโครงสร้างต่าง ๆ การตลาดทางสังคมจึงจำเป็นต้องใช้สื่อมวลชนเป็นหลัก

4. การช่วยให้มีความสามารถ (Enabling) การส่งเสริมสุขภาพมีเป้าหมายให้เกิดความเท่าเทียมกันในเรื่องสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพมุ่งที่จะลดความแตกต่างในสถานะสุขภาพ ช่วยให้ เกิดโอกาสและมีทรัพยากรเท่าเทียมกันเพื่อช่วยให้ประชาชนสามารถบรรลุถึงศักยภาพทางสุขภาพได้อย่างเต็มที่ได้ วิธีการที่จะทำได้สำเร็จก็คือ รากฐานมั่นคงในการมีสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารทักษะชีวิต และโอกาสที่จะสามารถเลือกสิ่งที่เหมาะสมต่อสุขภาพได้

5. การไกล่เกลี่ยประสาธน์ (Mediate) การมีสุขภาพดีไม่อาจทำให้เกิดได้โดยภาคสุขภาพแต่ฝ่ายเดียว การส่งเสริมสุขภาพจึงต้องมีบทบาทประสานระหว่างภาคต่างๆ ที่เกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็นรัฐบาล ภาคสุขภาพ ภาคสังคม องค์กรพัฒนาเอกชน เจ้าหน้าที่ท้องถิ่น อดุลยากรรรมต่างๆ และสื่อมวลชน นอกจากนั้นกลุ่มต่างๆ ยังมีบทบาทสำคัญอีกด้วย อาทิเช่น บัณฑิตบุคคล ครอบครัว และชุมชน กลุ่มสังคม วิชาชีพและบุคลากรทางสุขภาพมีความรับผิดชอบสำคัญที่จะไกล่เกลี่ยระหว่างกลุ่มผลประโยชน์ต่างๆ ในสังคม เพื่อผลดีทางสุขภาพของส่วนรวม

#### ข้อแตกต่างระหว่างการส่งเสริมสุขภาพใหม่กับการส่งเสริมสุขภาพแบบดั้งเดิม

##### การส่งเสริมสุขภาพแบบใหม่

- เป็นกระบวนการเคลื่อนไหวทางสังคม
  - มุ่งที่สุขภาพของประชากร / ชุมชน
  - เป็นความรับผิดชอบร่วมกันของสังคม
  - เน้นที่ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม
  - ใช้กลยุทธ์ 5 ประการตามกฎบัตร "ออตตาวา"
  - สร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ
  - เสริมสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ
  - เสริมสร้างกิจกรรมของชุมชนให้เข้มแข็ง
  - พัฒนาทักษะส่วนบุคคล
  - ปรับเปลี่ยนบริการสาธารณสุข
  - ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน
- ความร่วมมือระหว่างภาค และการเสริมสร้างอำนาจ/ศักยภาพของปัจเจกบุคคล และชุมชน

##### การส่งเสริมสุขภาพแบบดั้งเดิม

- เป็นบริการที่จัดโดยองค์กรสุขภาพ
- มุ่งที่สุขภาพส่วนบุคคล
- เป็นความรับผิดชอบส่วนบุคคล
- เน้นที่ปัจจัยทางพฤติกรรมส่วนบุคคล
- ใช้กลยุทธ์การตลาดเพื่อสังคมการให้ข้อมูลข่าวสาร และการให้สุขภาพศึกษา
- ส่งเสริมความรู้ เจตคติและทักษะของปัจเจกบุคคล

**แนวทางการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพ** การดำเนินการส่งเสริมสุขภาพสามารถทำได้ 2 ลักษณะ คือ

1. พยายามกำจัดปัจจัยเสี่ยง (Risk factors) ภายนอก เช่น กำจัดมลพิษในสภาพแวดล้อม ปรับปรุงสถานที่ประกอบการให้มีลักษณะที่ปลอดภัย ควบคุมระบบการขนส่งทางบก ทางน้ำ และทางอากาศให้ได้มาตรฐานความปลอดภัย ออกกฎระเบียบควบคุมโรงงานอุตสาหกรรมให้ปล่อยของเสียของโรงงานออกมาให้น้อยที่สุดจนกระทั่งไม่มีเลย รัฐพึงออกกฎหมายควบคุมมาตรฐานสุขภาพสิ่งแวดล้อม และความปลอดภัย และตรวจสอบให้ได้มาตรฐานนั้นเสมอ เป็นต้น

2. พยายามมุ่งเปลี่ยนพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ของบุคคลโดยการจัดโครงการแทรกแซงทางสุขภาพ (Health Promotion Interventions) โดยมุ่งไปที่พฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ ของบุคคล เช่น พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ทำให้อ้วน ระดับโคเลสเตอรอลสูง ไม่ออกกำลังกาย ชอบเที่ยวโสเภณี การใช้ยาเสพติดและแอลกอฮอล์ ตลอดจนพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความเครียดในการทำโครงการแทรกแซงทางสุขภาพนี้ให้มีเป้าหมายชัดเจนคือ "ให้บุคคลเรียนรู้และกระตุ้นให้เกิดการตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมยกเลิกลักษณะนิสัยและเสริมสร้างแนวความคิดทางสุขภาพเสียใหม่" เป้าหมายนี้สามารถจะแยกย่อยออกมาเป็นเป้าหมายในระยะสั้นและระยะยาว เพื่อประสิทธิภาพของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

การส่งเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการในการแก้ปัญหาสุขภาพที่บ่งบอกถึงกลวิธีในการแก้ปัญหาอย่างชัดเจน นั่นคือป้องกันไม่ให้คุณคนต้องตกอยู่ในสภาวะการเจ็บป่วย โดย

กำจัด ปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ โดยทำการควบคุมมิให้ปัจจัยเสี่ยงเหล่านั้นมีผล กระทบต่อสุขภาพของประชากร รวมทั้งทำลายปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เหล่านั้นและมุ่งให้ประชากร

หลีกเลี่ยง ต่อความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพทั้งหลายโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของแต่ละบุคคลจากพฤติกรรมเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพมาสู่พฤติกรรมที่ปลอดภัย จากพฤติกรรมที่ปลอดภัยนี้จะนำไปสู่วิถีการดำเนินชีวิต (Lifestyle) ของแต่ละคนจนกระทั่งกลายเป็นค่านิยมวิถีปฏิบัติในด้านพฤติกรรมสุขภาพของสังคมในที่สุด

### แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิต หมายถึง ลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน, 2525) คุณภาพชีวิตจึงเป็นเรื่องสำคัญในการดำเนินชีวิต เป็นสิ่งที่มนุษย์ปรารถนาและเป็นเป้าหมายหลักของการพัฒนาประชากรของประเทศต่าง ๆ ในปัจจุบันโดยมีความเชื่อว่า ถ้าคนมีคุณภาพชีวิตที่ดี การพัฒนาในด้านต่าง ๆ ก็จะทำให้ดีและรวดเร็วขึ้น คุณภาพชีวิตจึงเป็นแนวคิดที่กำลังได้รับความสนใจอย่างกว้างขวาง คุณภาพชีวิตการทำงานจะเกิดขึ้นต่อเมื่อมีกิจกรรมในองค์กรต่อไปนี้คือการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา การจัดโครงสร้างงานใหม่ การปรับปรุงการให้ผลตอบแทนและการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในการทำงาน (Schermerhorn, Hunt & Osborn, 1991, p.30)

คุณภาพชีวิตการทำงานที่ดีต้องมีลักษณะ คือ มีความปลอดภัย มีความเท่าเทียมกันในเรื่องเงินเดือนและความดีความชอบ มีความยุติธรรมในที่ทำงาน ไม่มีระบบชนชั้นและการบีบบังคับเป็นงานที่มีความหมายและน่าสนใจ มีกิจกรรมและการมอบหมายงานที่หลากหลาย ทำทนายความสามารถ มีโอกาสควบคุมงานที่ตนรับผิดชอบ ได้เรียนรู้และมีความก้าวหน้า มีการสนับสนุนทางสังคมรวมทั้งมีทางเลือกตามความชอบ ความสนใจและความคาดหวังของแต่ละคน (Arnold, 1986, p.491) Walton (1973, pp. 12 - 16) กำหนดว่าบุคคลที่มีคุณภาพชีวิตการทำงานต้องมีข้อบ่งชี้ใน 8 ด้านเป็นเกณฑ์ดังนี้

1. การได้รับค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม (Adequate and Fair Compensation)
2. สภาพการทำงานที่มีความปลอดภัยและส่งเสริมสุขภาพ (Safe and Healthy Working Conditions)
3. ความก้าวหน้าและความมั่นคงในงาน (Future Opportunity for Continued Growth and Security)
4. โอกาสในการพัฒนาขีดความสามารถของตนเอง (Immediate Opportunity to Use and Develop Human Capacities)
5. การทำงานร่วมกันและความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (Social Integration in the Work Organization)
6. สิทธิส่วนบุคคล (Constitutionalism in the Work Organization)
7. จังหวะชีวิต (Work and the Total Life Space)
8. ความเป็นประโยชน์ต่อสังคม (The Social Relevance of the Work Life)

อย่างไรก็ตามการที่จะพิจารณาคูณภาพชีวิตของบุคคลว่าจะดีหรือไม่เพียงใดนั้นก็ สามารถที่จะพิจารณาได้จากองค์ประกอบของการมีคุณภาพชีวิต (Quality of Life) ดังที่ เกอร์นาโด และคูเซค (Girnado and Dusek, 1988, p.20) เสนอไว้ได้เช่นกัน ซึ่งมีดังต่อไปนี้

1. ประสิทธิภาพในการทำงานของร่างกาย (Physical Capabilities)
2. สถานภาพทางอารมณ์ (Emotional Status)
3. การมีส่วนร่วมในสังคม (Social Interactions)
4. ความสามารถทางสติปัญญา (Intelletual Functioning)
5. สถานภาพทางเศรษฐกิจ (Economic Status)
6. ความตระหนักในเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล (Self - Perceived Health Status)

แต่ละองค์ประกอบที่กล่าวข้างต้นนี้ ถือได้ว่าเป็นส่วนสำคัญในความหมายของสุขภาพ เพราะสุขภาพตามความหมายที่กำหนดโดยองค์การอนามัยโลกนั้น คือ "สภาวะความสมบูรณ์ทางร่างกาย จิตใจ สังคม ไม่ใช่เพียงแต่การปราศจากโรคภัยไข้เจ็บและทพพลภาพเท่านั้น" เอฟเวรี และเฟลด์แมน (Everly and Feldman, 1985, p. 6) ดังนั้นการที่จะประเมินสภาวะสุขภาพ จึงสามารถประเมินได้จากแต่ละส่วนขององค์ประกอบของการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนี้ได้กล่าวมาแล้ว

กลับมาพิจารณาถึงความหมายของการส่งเสริมสุขภาพในอีกทัศนะหนึ่ง ซึ่งพัฒนามาจากความหมายที่กว้างขวางขึ้นของคำว่า "สุขภาพ" ยังหมายถึงการที่บุคคลสามารถจะดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ฉะนั้นการส่งเสริมสุขภาพในแนวทางที่จะตอบสนองการดำรงชีวิตที่มีความสุขดังกล่าวนี้จะมุ่งเน้นไปที่ "การปรับปรุงมาตรฐานการดำเนินชีวิต" (Improvement of living standards) ซึ่งแนวทางนี้จะให้ความสำคัญของการยกระดับมาตรฐานชีวิตของบุคคล มิได้มุ่งเฉพาะการที่จะทำให้บุคคลปราศจากโรค การส่งเสริมสุขภาพตามแนวทางนี้มุ่งที่จะพัฒนาและส่งเสริมให้บุคคลมีความเป็นอยู่ที่สันติสุข มีที่อยู่อาศัย มีการศึกษา มีอาหารเพียงพอ มีรายได้และมีความมั่นคงทางเศรษฐกิจ มีแหล่งทรัพยากรอย่างเพียงพอ มีความยุติธรรมในสังคมและมีความเสมอภาค นั้นหมายความว่าหน้าที่รับผิดชอบในการยกระดับมาตรฐานการดำเนินชีวิตของประชาชนมิใช่ตกอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบขององค์กรใดองค์กรหนึ่งเพียงแห่งเดียว ฉะนั้นองค์กรต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนที่ทำหน้าที่ในฐานะผู้ดูแลรับผิดชอบภารกิจแต่ละด้านของสังคม จะต้องถูกนำมาร่วมกันกำหนดนโยบาย มาตรการตลอดจนตรวจสอบให้กิจกรรมที่กำหนดขึ้นให้ปฏิบัตินั้น เป็นกิจกรรมที่ส่งผลให้มีการยกระดับมาตรฐานชีวิตของประชาชนอย่างเป็นรูปธรรมให้ได้

### แนวคิดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ

"ภาวะสุขภาพ" เป็นแนวความคิดที่กว้าง คำจำกัดความและการวัดภาวะสุขภาพนั้นมีรายละเอียดสลับซับซ้อนมากมาย ก่อนที่จะกล่าวถึงความหมายนั้น ควรทำความเข้าใจถึงเหตุผลของการศึกษาภาวะสุขภาพซึ่งเหตุผลเหล่านี้สรุปได้ 5 ประเด็นคือ (Ware et al., 1981, pp.620 - 621)

1. เพื่อประเมินความสามารถ (Efficiency) หรือประสิทธิภาพ (Effectiveness) ของการรักษา
2. เพื่อประเมินคุณภาพของการดูแล
3. เพื่อประเมินถึงความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน
4. เพื่อช่วยตัดสินใจในการปรับปรุงการประเมินภาวะสุขภาพให้เป็นมาตรฐาน
5. เพื่อเข้าใจถึงสาเหตุและลำดับขั้นตอน ความแตกต่างทางสุขภาพของแต่ละคน

ความหมายของ "ภาวะสุขภาพ" นั้นได้มีผู้กล่าวไว้มากมาย พอสรุปได้ดังนี้ คือ องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้นิยามคำว่า "สุขภาพ" ว่าเป็นภาวะที่มีความสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจและสังคม ความเป็นอยู่ ปราศจากความเจ็บป่วยหรือความพิการใด ๆ (WHO, 1947 cited in Kozier & Erb, 1988, p.73) ซึ่งสอดคล้องกับการให้ความหมาย "ภาวะสุขภาพ" ของโอเร็ม (Orem, 1991, p.181) ที่กล่าวว่า "ภาวะสุขภาพ" หมายถึงภาวะที่ร่างกายมีการทำงานสอดคล้องเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน หรือหมายถึงภาวะที่เป็นปกติสุขสมบูรณ์ของร่างกาย (Being whole and sound)

จากนิยามเกี่ยวกับสุขภาพเหล่านี้ ได้แสดงให้เห็นถึงลักษณะพื้นฐานซึ่งเป็นแนวความคิดในทางบวกเกี่ยวกับสุขภาพ ดังนี้คือ (Pender, 1987, p.26)

1. เป็นการสะท้อนให้เห็นถึงความสนใจบุคคลทั้งคน เป็นการมองบุคคลโดยรวมมากกว่าการมองเป็นส่วน ๆ
2. เป็นการมองสุขภาพในลักษณะของสิ่งแวดล้อม ซึ่งมองทั้งสิ่งแวดล้อมภายในและสิ่งแวดล้อมภายนอก
3. เป็นการเปรียบเทียบสุขภาพเท่าเทียมกับการดำเนินชีวิตที่เป็นประโยชน์และสร้างสรรค์

แนวความคิดเกี่ยวกับสุขภาพที่กล่าวมา พบว่าประกอบด้วยองค์ประกอบหลายมิติ และมีนักวิจัยมากมายได้พัฒนารูปแบบหรือลักษณะเพื่ออธิบายภาวะสุขภาพ ซึ่งในการวิจัยเหล่านั้นมักจะโยงความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพกับความเจ็บป่วยเข้าด้วยกัน และสรุปว่ารูปแบบหรือลักษณะของสุขภาพนั้นสามารถแยกได้เป็น 4 กลุ่ม คือ (Smith, 1981 cited in Woods, 1989, pp.5 - 9)

1. อาการทางคลินิก (The role performance model) มีแนวคิดว่าคุณคนจะมองระบบสรีระวิทยาสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของร่างกายและสุขภาพในรูปแบบนี้หมายถึง การปราศจากโรคไม่ปรากฏอาการและอาการแสดงของโรคหรือการบาดเจ็บหรือความรู้สึกที่เลวร้าย และมองภาวะของโรคเป็นสิ่งที่ตรงกันข้ามกับสุขภาพ

2. การปฏิบัติกิจกรรมตามบทบาท (The role performance model) รูปแบบของภาวะสุขภาพในลักษณะนี้ จะรวมกฎเกณฑ์ทางสังคมและจิตวิทยาเข้าไปในแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพด้วย โดยให้คำนิยามเกี่ยวกับภาวะสุขภาพไว้ว่า เป็นการที่บุคคลนั้นสามารถปฏิบัติตามบทบาททางสังคมของตนเอง หรือเป็นความสามารถที่จะเข้าไปปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับที่คาดหวังได้ เช่น การทำงาน เป็นต้น จากคำนิยามนี้แสดงให้เห็นว่าคุณคนมีความสามารถปฏิบัติตามบทบาททางสังคมของตนเองได้แสดงว่าเน้นผู้มีสุขภาพดี ถึงแม้ว่าพวกเขาจะมีอาการเจ็บป่วยอยู่ก็ตาม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของพาร์สัน (Parson, 1972, p.107) ที่ได้นิยามสุขภาพไว้ว่าเป็นภาวะที่บุคคลนั้นที่บุคคลมีศักยภาพสูงสุดที่จะปฏิบัติตามบทบาทของตนอย่างมีประสิทธิภาพ แนวคิดภาวะสุขภาพในรูปแบบนี้เราถือว่าความเจ็บป่วยเป็นภาวะที่บุคคลนั้นไม่สามารถปฏิบัติงานของตนได้ และสุขภาพที่สมบูรณ์แบบก็คือ ความสามารถในการปฏิบัติงานตามบทบาทของตนได้มากที่สุด

3. การปรับตัว (The adaptive model) จุดเน้นของรูปแบบนี้ก็คือการปรับตัว ซึ่งมีโครงสร้างจากแนวคิดของดูโบส (Dubos, 1978) ซึ่งมองสุขภาพเป็นกระบวนการสร้างสรรค์ และกล่าวว่ามนุษย์มีความกระตือรือร้น และมีการปรับตัวตามสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่อง ดูโบส มองบุคคลว่าจะต้องมีความรู้เพียงพอที่จะให้ความหมายเกี่ยวกับ "สุขภาพ" ของตนเอง และรวมถึงประโยชน์ที่จะได้จากการปฏิบัติตามแนวคิดนั้นในรูปแบบการปรับตัวนี้ ภาวะโรคเกิดจากความล้มเหลวในการปรับตัว และมองภาวะสุขภาพดีสูงสุดว่า เป็นความยืดหยุ่นในการปรับตัว และการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ได้ประโยชน์สูงสุด ซึ่งรวมถึงความสามารถในการเผชิญต่อเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดด้วย

4. ความเป็นปกติสุข (The Eudaimonistic model) รูปแบบภาวะสุขภาพนี้ได้รวมความเข้าใจในการมองสุขภาพเอาไว้มากที่สุดโดยมองสุขภาพว่าเป็นสภาวะที่ต้องการอย่างแท้จริงหรือการตระหนักถึงศักยภาพของบุคคล ซึ่งเป็นบุคลิกภาพที่ได้รับการพัฒนาอย่างเต็มที่จนถึงจุดสุดยอด ในรูปแบบภาวะสุขภาพนี้ความปรารถนาสูงสุดของบุคคลก็คือ การบรรลุถึงพัฒนาการที่สมบูรณ์และตรงกับความต้องการอย่างแท้จริง (Actualization) และความผาสุก ส่วนความเจ็บป่วยถือเป็นภาวะที่ป้องกันไม่ให้อบรมถึงความต้องการอย่างแท้จริงนั่นเอง

#### งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพในโรงงานอุตสาหกรรมจากงานวิจัยทั้งภายในประเทศ และต่างประเทศ มีดังนี้

เบลลอค และเบรสโลว์ (1972) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพทางร่างกายและการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพ ในกลุ่มตัวอย่างวัยผู้ใหญ่ที่อาศัยอยู่ในแคลิฟอร์เนีย สหรัฐอเมริกา ในกลุ่มตัวอย่าง 6,928 คน ผลการศึกษาพบว่า การปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพมีผลต่อภาวะสุขภาพทางร่างกายในทางบวก กล่าวคือ ผู้ที่มีการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพที่ดีจะมีภาวะสุขภาพทางร่างกายที่ดี และผู้ที่มีการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพไปในทางลบจะมีภาวะสุขภาพทางร่างกายดีกว่าผู้ที่มีการปฏิบัติตนเองด้านสุขภาพไปในทางลบและยังพบว่า อายุ เพศ และรายได้ไม่มีผลต่อภาวะสุขภาพทางร่างกาย

เบอร์ทีรา (Bertera Robert L., 1990) ได้ศึกษา ถึงการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพในสถานที่ทำงาน บริษัท Du Pont ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความต้องการด้านสุขภาพ ออกแบบโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ และดำเนินการในหน่วยงานพร้อมทั้งวิเคราะห์ผลการดำเนินงานเบื้องต้นในโรงงานย่อยมากกว่า 100 แห่ง และคนงาน 110,000 คน ซึ่งใช้กรอบแนวคิด PRECEDE FRAMEWORK มาใช้ในการวางแผนโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ พร้อมทั้งประเมินส่วนสำคัญประกอบการวางแผน คือ ความรู้ ทักษะ พฤติกรรม ในส่วนของการประเมินความต้องการต่าง ๆ ซึ่งนำมาประกอบการจัดทำโปรแกรม คือ ข้อมูลการเกิดโรค การตายของคนงาน ผลการสำรวจแหล่งบริการสาธารณสุข ข้อมูลเกี่ยวกับคนงาน คู่สมรส และผู้เกษียณ

อายุการทำงาน นอกจากนั้นเครือข่ายประสานของผู้บริหารระดับล่าง บุคลากรด้านการแพทย์ที่อยู่ประจำหน่วยงาน รวมไปถึงผู้มีส่วนที่เกี่ยวข้องในการให้สุขศึกษา โภชนาการ ผู้ชำนาญการ ออกกำลังกาย ซึ่งบุคคลดังกล่าวมีความสำคัญในการทำงานด้านการส่งเสริมสุขภาพสุขภาพ

โครงการแทรกแซงด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การดำเนินการด้านสาธารณสุขพร้อมทั้งประเมินภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพในระดับบุคคลและแบบกลุ่มมีการเสริมสร้างความเชื่อมั่นในการดำเนินกิจกรรม เปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต เพื่อลดภาวะเสี่ยง การให้รางวัล การสร้างบรรยากาศของสุขภาพในที่ทำงาน หนึ่งในโครงการนำร่องที่ได้ดำเนินการเสร็จสิ้นไปแล้ว พบว่าชั่วโมงการขาดงานของคนงานลดลงถึงร้อยละ 47.5 ในรอบ 6 ปี และชั่วโมงการทำงานต่อกิจกรรมหนึ่ง ๆ ลงถึงร้อยละ 12.5

ซูเกียร์ติ ลีสุวรรณ และมนัส สุวรรณ (2534) ได้ศึกษาเรื่อง การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมของประชากรอันเป็นผลมาจากนโยบาย และโครงการพัฒนาของรัฐบาลและเอกชน เฉพาะกรณีของภาคเหนือ ศึกษาในพื้นที่นิคมอุตสาหกรรมภาคเหนือ พบว่าคนงานที่ทำงานในบริษัทไม่ค่อยมีโอกาสได้เข้าร่วมทำบุญ งานประเพณี หรืองานศพที่จัดขึ้นในวันทำงานทำให้ความสัมพันธ์ในระบบเครือญาตินอกครอบครัวลดลงและคนงานเหล่านี้มักจะมีการรวมกลุ่มพูดคุยกันทั้งวันหยุดตามหอพัก และบ้านเพื่อน เป็นการรวมกลุ่มตามธรรมชาติการทำงาน ไม่ได้มีการจัดตั้งเป็นทางการ มีความสัมพันธ์ทั้งภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม รวมทั้งมีการช่วยเหลือกันด้านการทำงาน เช่น ชักชวนเข้าทำงาน และเปลี่ยนงานเพื่อให้งานดีขึ้น

ปัญญา กมลมาลย์ (2535) ได้ศึกษาสภาพความต้องการ และรูปแบบการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลกลุ่มอาชีพต่าง ๆ ในจังหวัดสุโขทัยกลางพัฒนาอุตสาหกรรม พบว่า

1) ข้าราชการและพนักงานธนาคารส่วนใหญ่จะมีสภาวะสุขภาพในทางลบปัญหาที่ดีที่สุด ส่วนพนักงานรัฐวิสาหกิจและคนงานในโรงงานอุตสาหกรรมส่วนใหญ่ มีสภาวะสุขภาพในด้านการมีส่วนร่วมในสังคมดีที่สุดเช่นเดียวกัน

2) บุคคลส่วนใหญ่ในทั้ง 4 กลุ่มอาชีพ มีความต้องการให้จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพทุกกิจกรรมที่เสนอให้เลือก โดยเฉพาะจำนวนมากที่สุดของกลุ่มข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจและคนงานในโรงงานอุตสาหกรรม มีความต้องการให้จัดสภาพแวดล้อมของหน่วยงานให้สวยงามขณะที่จำนวนมากที่สุดของพนักงานธนาคารมีความต้องการให้จัดกิจกรรมการออกกำลังกายและกีฬาเพื่อสุขภาพ

3) รูปแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพทางกายที่กลุ่มข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจและคณงานในโรงงานอุตสาหกรรมจำนวนมากที่สุดเห็นว่าควรจัดคือ วันกีฬา (Sports day) ส่วนพนักงานธนาคารจำนวนมากที่สุดเห็นว่าควรจัดให้มีการเล่นกีฬา หรือออกกำลังกายระหว่างหยุดพักหรือหลังเลิกงาน

4) รูปแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตใจ และอารมณ์ที่กลุ่มพนักงานรัฐวิสาหกิจ พนักงานธนาคารและคณงานในโรงงานอุตสาหกรรมจำนวนมากที่สุดเห็นว่าควรจัดคือ การให้หยุดพักผ่อนประจำปีโดยไม่หักเงินเดือน ส่วนข้าราชการจำนวนมากที่สุดเห็นว่าควรจัดให้มีการไปทัศนศึกษาต่างจังหวัด

5) รูปแบบกิจกรรมส่งเสริมประสิทธิภาพทางสังคมที่กลุ่มข้าราชการและพนักงานธนาคารจำนวนมากที่สุดเห็นว่าควรจัด คือ การฝึกทำงานเป็นทีม ส่วนพนักงานรัฐวิสาหกิจจำนวนมากที่สุดเห็นว่าควรจัดกิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์ สำหรับคณงานในโรงงานอุตสาหกรรมจำนวนมากที่สุดเห็นว่าควรจัดให้มีการประกวดผลงานดีเด่นของหน่วยงาน

6) รูปแบบกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสติปัญญาและความสามารถในการทำงานที่กลุ่มพนักงานรัฐวิสาหกิจและพนักงานธนาคารจำนวนมากที่สุดเห็นว่าควรจัด คือ การจัดอบรมสัมมนา เพื่อเพิ่มความรู้และทักษะในการทำงาน ส่วนคณงานในโรงงานอุตสาหกรรมจำนวนมากที่สุดเห็นว่าควรให้โอกาสลาศึกษาต่อหรือดูงานระยะสั้น สำหรับข้าราชการจำนวนมากที่สุดเห็นว่าควรจัดให้มีการเผยแพร่ข่าวสารข้อมูลที่เป็นความรู้ใหม่เกี่ยวกับการทำงานของบุคลากรอย่างทั่วถึงและต่อเนื่อง

รัศดิน และคณะ (1991) ได้ทำการศึกษาผลกระทบของการจัดกิจกรรมทางกายและกิจกรรมทางสังคมที่มีผลต่อสภาวะทางสุขภาพและการทำงานของคณงานในโรงงานอุตสาหกรรมโดยมุ่งศึกษาผลกระทบที่มีต่อความพึงพอใจและแรงจูงใจในการทำงาน ความต้องการและความปรารถนาจะร่วมในกิจกรรมทางกาย ความเสื่อมโทรมทางร่างกายและปัญหาสุขภาพ ความเสื่อมโทรมทางจิตใจ ความเครียดความวิตกกังวล ความหุดหู่ใจ โดยใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 474 คน เป็นคณงานโรงงานอุตสาหกรรมเตวา (Teva) และอิคาฟาร์ม (Ikapharm) แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 286 คน กลุ่มควบคุม จำนวน 188 คน จัดโปรแกรมกิจกรรมทางกายให้กลุ่มทดลองดังนี้

1. การทดสอบตนเองโดยการจับชีพจร
2. การวิ่งเหยาะในพื้นที่ที่กำหนดให้
3. การบริหารส่วนบนของร่างกาย
4. การบริหารส่วนล่างของร่างกาย

5. การฝึกกล้ามเนื้อ หลัง ขา และท้อง

6. การเสริมสร้างสมรรถภาพของระบบไหลเวียนโลหิตและการหายใจ โดยการวิ่งระยะไกล ก้าวขึ้น-ลงบนม้าต่างระดับและมีกิจกรรมทางสังคมให้กลุ่มควบคุมเลือกเข้าร่วม ดังนี้

1. การเล่นหมากรุก
2. การเล่นไพ่
3. การเล่นโดมิโน
4. การอ่านหนังสือพิมพ์และนิตยสาร
5. การนั่งพักผ่อนและสนทนา

ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจะได้รับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพในด้านกิจกรรมทางกาย ด้านสุขภาพ การควบคุมน้ำหนัก การรับประทานอาหารที่ถูกต้อง โทษของการสูบบุหรี่และดื่มสุรา ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ 7 เดือน โดยการทดสอบก่อนทำการศึกษา (Pre-test) และทดสอบหลังการศึกษา (Post-test) ปราบกฏผลการศึกษาดังนี้ ความพึงพอใจในการทำงาน (Jobs satisfaction) ก่อนทำการศึกษาทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความพึงพอใจใกล้เคียงกัน ภายหลังจากการศึกษาพบว่ากลุ่มควบคุมจะมีความพึงพอใจลดลงมากกว่ากลุ่มทดลอง ความต้องการและความปรารถนาที่จะร่วมในกิจกรรมทางกาย (Needs and willingness for physical activities) ก่อนทำการศึกษาทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความต้องการและความปรารถนาที่จะร่วมในกิจกรรมทางกายใกล้เคียงกัน ภายหลังจากการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีความต้องการแลความปรารถนาเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม

กาญจน์ สีห์โสภณ (2536) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความเครียดของคณงานในโรงงานพบว่า ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว มีผลต่อความเครียดของคณงาน ซึ่งมีความเครียดอยู่ในระดับสูง และการศึกษาของ วารุณี ภูริสันสิทธิ์ และเบญญา จิระพิมล (2537) พบว่า สุขภาพของคณงานสตรีบางส่วนมีอาการเจ็บป่วยเกี่ยวกับปวดศีรษะ ปวดหลัง และโรคกระเพาะอาหาร อาการดังกล่าวเกิดจากการทำงานทั้งสิ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุนทร สุนันท์ชัย (2535) ที่ได้ศึกษาความแตกต่างที่เกิดขึ้นของการทำงานที่ได้รับจากภาคเกษตรและภาคอุตสาหกรรม พบว่า ผู้ที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมประสบปัญหาทางด้านสุขภาพจิตใจที่มีความตึงเครียด การแข่งขันดีชิงเด่น ภายในกลุ่มเดียวกัน ความเจ็บป่วยทางจิตใจและโรคภัยไข้เจ็บที่เกิดจากสภาพแวดล้อม เช่น ระบบทางเดินหายใจ ความดันโลหิตสูง เป็นต้น

สิริพร ลิลิต (2537) ได้ศึกษาความต้องการและโอกาสทางการศึกษาของแรงงานสตรีในโรงงานอุตสาหกรรม เขตนิคมอุตสาหกรรมภาคเหนือ การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลใช้วิธีการสังเกตแบบมีส่วนร่วม และการสัมภาษณ์ ผลการศึกษาพบว่าแรงงานสตรีมีความต้องการที่จะได้รับการศึกษาที่สูงขึ้น และโอกาสทางการศึกษาที่มีอยู่คือ การศึกษานอกระบบ ซึ่งได้รับความสนใจจากแรงงานมากที่สุด ส่วนโอกาสได้รับการศึกษาในโรงงาน ได้แก่ กิจกรรมที่ทางโรงงานจัดขึ้น เช่น การอบรมก่อนการทำงาน การอบรมระหว่างการทำงาน การทดลองฝึกจากผู้ชำนาญงาน การส่งหัวหน้าและผู้คุมงานไปดูงานยังสำนักงานใหญ่ในต่างประเทศ บางโรงจัดกิจกรรมการเรียนรู้ในรูปแบบการจัดฉายวิดีโอ เปิดโทรทัศน์ เปิดวิทยุ บางโรงจัดกิจกรรมทางวิชาการ เช่น การจัดบอร์ด ห้องสมุด มุมหนังสือในโรงอาหาร แต่ในบางโรงงานก็ไม่ได้จัดกิจกรรมเสริมความรู้ใด ๆ เนื่องจากไม่ต้องการให้แรงงานเสียเวลาไปกับกิจกรรมเหล่านี้ในแง่ความก้าวหน้าของการทำงานนั้น

อโณทัย ภูวนวิทย์ (2538) ได้ศึกษาเรื่องค่าใช้จ่ายและการจัดการด้านความปลอดภัย ในฐานะตัวทำนายความสูญเสียจากการเกิดอุบัติเหตุในโรงงานอุตสาหกรรมเขตภาคเหนือตอนบน จำนวน 102 โรงงาน ซึ่งเป็นโรงงานอุตสาหกรรมการผลิตที่มีคนงานตั้งแต่ 100 คนขึ้นไป จากการศึกษาค้นคว้าพบว่ามีโรงงานที่ไม่มีค่าใช้จ่ายด้านความปลอดภัย ร้อยละ 44.2 ถึง 63.6 ค่าใช้จ่ายการซื้ออุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,500 บาทต่อปี ร้อยละ 51.3 ถึง 70.3 และส่วนใหญ่โรงงานมีการกำหนดนโยบายและมอบหมายหน้าที่เป็นลายลักษณ์อักษร ร้อยละ 63.8 ถึง 81.2 โดยมีผู้บริหารร่วมกับเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยเป็นผู้กำหนดนโยบาย ร้อยละ 46.3 ถึง 65.5 มีการแจ้งนโยบายด้านความปลอดภัยโดยการติดประกาศให้ทราบมากที่สุดถึงร้อยละ 54.4 ถึง 73.0 และส่วนใหญ่ไม่มีการตรวจสอบสภาพคนงานก่อนบรรจุงาน ร้อยละ 50.3 ถึง 69.3 ส่วนการเปลี่ยนงานในคนงานจะทำเฉพาะในรายที่บาดเจ็บไม่สามารถทำงานเดิมได้มากที่สุด ร้อยละ 34.5 ถึง 53.7 ด้านการมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องและให้การสนับสนุนของบริหาร พบว่า ส่วนใหญ่ผู้บริหารโรงงานจะให้ความสนใจและความสำคัญต่องานด้านความปลอดภัยเท่ากับงานด้านอื่น ๆ ร้อยละ 39.3 ถึง 58.7 และมีการฝึกอบรมด้านความปลอดภัยสำหรับหัวหน้างานและคนงานทุกปี ส่วนการจัดเอกสารและเผยแพร่ข่าวสารด้านความปลอดภัยจะมีบ้างเล็กน้อย สำหรับการจัดนิทรรศการด้านความปลอดภัยส่วนใหญ่จะมี 1 ครั้ง/ปี ร้อยละ 43.2 ถึง 62.6 ด้านแผนฉุกเฉินและแผนป้องกันความหายนะส่วนใหญ่โรงงานจะมีการวางแผนไว้เป็นลายลักษณ์อักษร มีการกำหนดหน้าที่และการปฏิบัติได้อย่างชัดเจน ด้านกฎระเบียบแห่งความปลอดภัย โรงงานส่วนใหญ่มีการควบคุมบังคับใช้

กฎระเบียบความปลอดภัยโดยการตักเตือนด้วยวาจาในกรณีที่ทำผิดร้อยละ 47.3 ถึง 66.5 ด้านการจัดองค์กรความปลอดภัยส่วนใหญ่โรงงานจะมีการจัดตั้งคณะกรรมการความปลอดภัยร้อยละ 52.4 ถึง 71.2 และจะมีการประชุมคณะกรรมการความปลอดภัย 2 ถึง 3 ครั้ง/ปี

มาซาคิ โอชิยาม่า (2538) ได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ทางสังคมของชุมชนบริเวณนิคมอุตสาหกรรมภาคเหนือซึ่งเป็นพื้นที่ติดกับนิคม โดยเก็บรวบรวมข้อมูลใช้พูดคุยการสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการรวมทั้งการสังเกตแบบมีส่วนร่วม ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มอาชีพรับจ้างในนิคมอุตสาหกรรมภาคเหนือ ความสัมพันธ์กลุ่มเพื่อนของคนงานในนิคม มีความเหนียวแน่นมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และมีการพูดคุยกันหลายด้าน กลุ่มรวมตัวกันเพื่อนที่ทำงาน ที่หอพักเดียวกัน และมาจากหมู่บ้านเดียวกัน หลังเลิกงานของกลุ่มทั้งอยู่ในหอพักและที่บ้านส่วนมากเป็นการพูดคุยดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ อ่านหนังสือ เช่น การ์ตูน นิตยสาร ซึ่งเป็นการเรียนรู้และพักผ่อนหย่อนใจด้วย ส่วนผู้ใช้แรงงานชายหลังเลิกงานจะเล่นกีฬา กินเหล้า ไม่ได้เข้ากิจกรรมของหมู่บ้าน ชิงเดกค์ และคนอื่น ๆ (Zedck, al., 1988) ได้ศึกษาเรื่องผลตอบสนองต่องานและคุณภาพชีวิตในครอบครัวในมุมมองของลูกจ้าง และคู่สามีภรรยาเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ใช้แรงงานหญิง 818 คน และผู้ใช้แรงงานชาย 257 คน ในแผนกบริการสังคม โดยการประเมินคุณภาพชีวิตในครอบครัวจากคู่สามีภรรยา จากการศึกษาพบว่ากลุ่มผู้ใช้แรงงานไม่มีความพึงพอใจและเบื่อหน่ายในการทำงาน นอกจากนี้ผลตอบสนองต่องานมีผลต่อความสัมพันธ์กับปัญหาของครอบครัวของคู่สามีภรรยา สอดคล้องกับการศึกษาของบรูซ (Bruce, 1989) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของเจ้าหน้าที่ของรัฐแห่งหนึ่งในสหรัฐอเมริกาพบว่ามีความคุณภาพชีวิตในการทำงานระดับสูง เนื่องจากชีวิตการทำงานมีความสอดคล้องกับชีวิตครอบครัว ได้รับค่าตอบแทนอย่างเพียงพอ มีสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและส่งเสริมสุขภาพ มีการพัฒนาสมรรถภาพการทำงาน และมีความสัมพันธ์อันดีระหว่างเพื่อนร่วมงานและผู้บริหาร ไม่มีความเครียดมีงานทำที่หลากหลาย