

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กระบวนการมีส่วนร่วมด้านการป้องกันโรคในการประกอบอาชีพของช่างแกะสลักไม้บ้านก๊วแลน้อยและก๊วแลหลวง อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าแนวคิดทฤษฎีจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

1. แนวคิดกระบวนการส่งเสริมสุขภาพ
2. แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม
3. การส่งเสริมสุขภาพในชุมชน
4. แนวคิดเรื่องกระบวนการทัศนสุขภาพ
5. แนวคิดและความหมายของชุมชน
6. ความหมายและความสำคัญของโรคจากการประกอบอาชีพ
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดกระบวนการส่งเสริมสุขภาพ

ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพ

องค์การอนามัยโลกให้คำจำกัดความว่าการส่งเสริมสุขภาพหมายถึงกระบวนการเพิ่มความสามารถของคนในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพของตนเองในการที่จะบรรลุสุขภาพที่ดี สมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม ปัจเจกบุคคลหรือกลุ่มคนจะต้องมีความสามารถที่จะบ่งบอกและตระหนักถึงความมุ่งมาดปรารถนาของตนเองที่จะตอบสนองความต้องการต่าง ๆ ของตนเอง และสามารถที่จะปรับเปลี่ยนหรือปรับตนให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม (ปัดพงษ์ เกษสมบูรณ์, 2555)

ประเวศ วะสี (2554) กล่าวว่า การส่งเสริมสุขภาพเป็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญที่สุดในการปฏิรูประบบสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย การที่สังคมมีจิตสำนึกหรือจินตนาการใหม่ในเรื่องสุขภาพและเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัว ชุมชน โรงเรียน สถานที่ทำงาน ระบบบริการสังคม สื่อมวลชน ตลอดจนนโยบายอาจเรียกกระบวนการนี้ว่า

การส่งเสริมสุขภาพสำหรับคนทั้งมวล (Health Promotion for All) คนทั้งมวลส่งเสริมสุขภาพ (All for Health Promotion) หรือคนทั้งมวลมีสุขภาพดี (Good Health for All)

วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ (2547) กล่าวว่า การส่งเสริมสุขภาพ คือ กระบวนการในการเพิ่มสมรรถนะให้ประชาชนมีความสามารถควบคุมและเสริมสร้างสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น สถานะพื้นฐานและทรัพยากรสำหรับสุขภาพ ได้แก่ สันติภาพ ที่อยู่อาศัย การศึกษา อาหาร รายได้ ระบบสิ่งแวดล้อมที่มั่นคง ทรัพยากรที่ยั่งยืนและความเป็นธรรมของสังคม

ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์ (2547) กล่าวว่า การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) ถือว่าเป็นการสาธารณสุขแนวใหม่ (New Public Health) เป็นการพัฒนาที่สอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช 2540 ที่เน้นการกระจายอำนาจและการมีส่วนร่วมของประชาชน ซึ่งเป็นกระบวนการทางสังคมและการเมืองที่ครอบคลุมกิจกรรมต่างๆ ทั้งในระดับที่มุ่งเพิ่มทักษะความสามารถในด้านต่างๆ ของแต่ละบุคคลไปถึงกิจกรรมระดับชุมชนและระดับการรวมพลังทางสังคม เพื่อเปลี่ยนแปลงสถานะแวดล้อมทางสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมที่เป็นปัจจัยในการกำหนดสุขภาพของคนในสังคม โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน และการเพิ่มความเข้มแข็งของชุมชน อาจกล่าวได้ว่าการส่งเสริมสุขภาพ มีแนวคิดที่สอดคล้องกับปรัชญาของประชาธิปไตยและแนวโน้มของโลกปัจจุบันที่มุ่งสร้างเสริมความเข้มแข็งของปัจเจกบุคคล และการกระจายอำนาจการมีส่วนร่วมรับผิดชอบในชะตาชีวิตของตนเองไปสู่องค์กรชุมชนและพัฒนาแบบแผนความร่วมมือในการดำเนินงานด้านต่าง ๆ ในลักษณะของหุ้นส่วนหรือภาคีที่มีส่วนร่วมรับผิดชอบอย่างเสมอภาคและสมานฉันท์

เพนเดอร์ (Pender, 2006) กล่าวว่า การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) หมายถึง กิจกรรมต่าง ๆ ที่ยกระดับและเพิ่มความสามารถในการดูแลสุขภาพของบุคคลให้มีสุขภาพดี (well-being) และมีผลกระทบโดยตรงต่อการเพิ่มระดับความผาสุกเพื่อนำไปสู่สุขภาพดีของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม (Healthy People) เน้นพฤติกรรมของบุคคลที่ปฏิบัติเพื่อส่งเสริมสุขภาพดี

การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) หมายถึงกระบวนการทางสังคมและการเมืองแบบเบ็ดเสร็จไม่เพียงแต่ครอบคลุมกิจการต่างๆ ที่มุ่งเร่งรัดการเพิ่มทักษะและความสามารถของปัจเจกบุคคลหากรวมถึงกิจกรรมที่มุ่งไปสู่การเปลี่ยนแปลงสถานะทางสังคมสิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจอันที่จะบรรเทาผลกระทบที่มีต่อสุขภาพของสาธารณชนและปัจเจกบุคคลการส่งเสริมสุขภาพจึงเป็นกระบวนการปลูกฝังให้คนเรามีความสามารถที่จะควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพเพื่อช่วยให้สุขภาพดีขึ้นการมีส่วนร่วมมีความจำเป็นในการสร้างความยั่งยืนของกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ (ชัยรัตน์ ต.เจริญ, 2546)

การส่งเสริมสุขภาพหมายถึงกระบวนการระดมทรัพยากรและทรัพยากรอื่นๆเพื่อเอื้อในการสร้างขีดความสามารถให้แก่ประชาชนในการควบคุมปัจจัยที่จะก่อให้เกิดโรคภัยไข้เจ็บและพัฒนาให้มีสุขภาพที่ดีทั้งกายใจและสังคมเพื่อใช้ความมีสุขภาพดีเป็นต้นทุนในการดำเนินชีวิตที่ดีตลอดไป การส่งเสริมสุขภาพจึงไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะในงานด้านสาธารณสุขเพียงภาคเดียว (เดชรัตน์ สุขกำเนิด และ คณะ, 2546) ส่วนองค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพคือ กระบวนการเพิ่มสมรรถนะให้คนเรามีความสามารถเพิ่มขึ้นในการควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพและเป็นผลให้คนมีสุขภาพที่ดีขึ้น (เดชรัตน์ สุขกำเนิดและคณะ, 2546)

การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) หมายถึง กระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการควบคุม และพัฒนาสุขภาพของตนเอง ในการบรรลุซึ่งสุขภาพอันสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม บุคคลและกลุ่มบุคคลจะต้องสามารถบ่งบอกและตระหนักถึงความมุ่งมาดปรารถนาของตนเองสามารถตอบสนองต่อปัญหาของตนเองและสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมหรือปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ ดังนั้นสุขภาพจึงถูกมองเป็นทรัพยากรสำหรับชีวิตประจำวัน มิใช่เป้าหมายของการดำรงชีวิต สุขภาพเป็นค่าที่มีความหมายในเชิงบวก ซึ่งเน้นในเรื่องทรัพยากรสังคมและบุคคลรวมทั้งสมรรถนะของร่างกาย ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพจึงมิใช่อยู่ในความรับผิดชอบของภาคสาธารณสุขเท่านั้น หากแต่ขยายออกไปสู่เรื่องของการมีวิถีชีวิตเพื่อสุขภาพจนไปถึงเรื่องของสุขภาวะโดยรวม จากการประชุมนานาชาติ ครั้งที่ 1 เรื่อง “การส่งเสริมสุขภาพ : การเคลื่อนสู่การสาธารณสุขแนวใหม่” ที่กรุงออตตาวา ประเทศแคนาดา (นริรัตน์ ธรรมโรจน์, 2556) การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อป้องกันโรค (Changing Lifestyles for Disease Prevention) มีเป้าหมายมุ่งไปที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลเพื่อหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่ทำให้เกิดโรค การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อป้องกันโรค เป็นการแก้ปัญหาสุขภาพเชิงรุกที่สามารถหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงจากภายนอก เช่น มลพิษ สารเคมีต่างๆ และปัจจัยเสี่ยงภายในที่เกิดจากจิตสำนึกของบุคคลรวมทั้งความเชื่อ ทัศนคติต่อเรื่องใดๆ ที่บุคคลยึดถือนอกจากนี้ในสังคมไทยยังมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการออกกำลังกาย รวมทั้งนักวิชาการไม่ให้ความสำคัญด้วยซ้ำที่สูดมกเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจล้มเหลว ส่วนอีกความหมายหนึ่ง หมายถึงการปรับปรุงมาตรฐานการดำเนินชีวิต (Improvement of Living Standards) เป็นการยกมาตรฐานชีวิตของบุคคลมุ่งพัฒนาส่งเสริมให้บุคคลมีความเป็นอยู่ที่สันติสุข มีที่อยู่อาศัย มีการศึกษา มีอาหารที่เพียงพอ มีรายได้ และมีความมั่นคงทางเศรษฐกิจ มีแหล่งทรัพยากรอย่างเพียงพอ มีความยุติธรรมในสังคม และมีความสุขจากความหมายนี้จึงมีความสำคัญต่อชีวิตทั้งระบบโดยการที่ดำรงชีวิตอย่างผาสุกนั้นต้องมียุทธศาสตร์ประกอบสำคัญหลายประการ การที่มีแต่ร่างกายที่สมบูรณ์ปราศจากโรคเท่านั้นยังไม่เพียงพอ กระบวนการส่งเสริมสุขภาพในแนวนี้นี้จึงมุ่งไปที่การจัดการชีวิตเป็นยุทธวิธีที่ต้องบูรณา

การจากแหล่งทรัพยากรต่างๆ องค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ในฐานะผู้ดูแลรับผิดชอบภารกิจ แต่ละด้านของสังคม ร่วมกำหนดนโยบาย มาตรการ ตลอดจนการตรวจสอบให้กิจกรรมที่กำหนด ขึ้นไปปฏิบัติและส่งผลให้มีการยกระดับมาตรฐานชีวิตของประชาชนอย่างเป็นรูปธรรมให้ได้ (ปัตตพงษ์ เกษสมบูรณ์, 2555)

กลยุทธ์และการดำเนินงานเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ

จาก Ottawa Charter for Health Promotion ได้กำหนดกลยุทธ์และการดำเนินงานเพื่อ การส่งเสริมสุขภาพไว้ดังนี้ (ปัตตพงษ์ เกษสมบูรณ์, 2555)

1. ชี้นำ (Advocate) สุขภาพดีเป็นทรัพยากรสำคัญประการหนึ่งของการพัฒนาทาง เศรษฐกิจ สังคมและส่วนบุคคล รวมทั้งเป็นมิติที่สำคัญประการหนึ่งของคุณภาพชีวิต ปัจจัยต่างๆ ทั้งทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม พฤติกรรม และชีววิทยา สามารถมี ผลกระทบทั้งทางสนับสนุน และทางบั่นทอนต่อสุขภาพ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพมุ่งที่จะช่วยให้ เงื่อนไขเหล่านี้เป็นไปในทางสนับสนุน การชี้นำเป็นให้ข้อมูลข่าวสารแก่สาธารณชน เพื่อสร้าง กระแสทางสังคมและสร้างแรงกดดันให้แก่ผู้มีอำนาจในการตัดสินใจ ได้กำหนดนโยบายในเรื่อง การส่งเสริมสุขภาพ

2. เพิ่มความสามารถ (Enable) การส่งเสริมสุขภาพมุ่งไปที่การบรรลุความเสมอภาคทาง สุขภาพ การกระทำเพื่อส่งเสริมสุขภาพ มีจุดมุ่งหมายเพื่อลดข้อแตกต่างทางสภาพสุขภาพใน ปัจจุบันและสร้างความมั่นใจว่าทุกคนจะมีโอกาสและทรัพยากรต่างๆ ที่เท่าเทียมกัน เพื่อเพิ่ม ความสามารถของทุกคนให้มีสุขภาพดีที่เขาจะทำได้ ซึ่งรวมถึงการมีรากฐานที่มั่นคงภายใต้ สิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวย การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ทักษะการดำรงชีวิต และโอกาสต่างๆ ในการ ตัดสินใจเลือกทางเลือกที่ถูกสุขลักษณะ การเพิ่มความสามารถจึงเป็นการดำเนินการเพื่อให้ ประชาชนได้ใช้ศักยภาพของตนเองอย่างเต็มที่เพื่อให้มีสุขภาพที่ดี โดยกำหนดให้มีสิ่งแวดล้อมที่ ส่งเสริมสุขภาพ ประชาชนได้รับข้อมูลอย่างทั่วถึง มีทักษะในการดำเนินชีวิต และมีโอกาสที่จะ เลือกทางเลือกที่มีคุณภาพเพื่อสุขภาพ ทั้งนี้ประชาชนจะต้องสามารถควบคุมสิ่งต่างๆ เหล่านี้ได้

3. ไกล่เกลี่ย (Mediate) ปัจจัยกำหนด และความคาดหวังเกี่ยวกับสุขภาพไม่อาจให้ความ มั่นใจได้โดยองค์กรในภาคสุขภาพเท่านั้น สิ่งสำคัญกิจกรรมอันเกิดจากความร่วมมืออย่างใกล้ชิด ของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็นรัฐบาล องค์กรภาคสุขภาพ องค์กรภาคสังคมเศรษฐกิจอื่นๆ องค์กรเอกชน องค์กรภาคอาสาสมัคร องค์กรภาคท้องถิ่น ภาคอุตสาหกรรม และสื่อมวลชน คนทุก เพศทุกวัยและทุกสาขาอาชีพ จะต้องมีส่วนเกี่ยวข้องทั้งในระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัว และชุมชน กลุ่มวิชาชีพและกลุ่มสังคมอื่นๆ รวมทั้งบุคลากรด้านสุขภาพมีหน้าที่หลักเป็นตัวกลางไกล่เกลี่ย กลุ่มผลประโยชน์ที่แตกต่างกันในสังคมเพื่อจุดมุ่งหมายด้านสุขภาพ การไกล่เกลี่ยจึงเป็นสื่อกลางใน

การประสานงานระหว่างกลุ่ม / หน่วยงานต่างๆ ในสังคม ทั้งภาครัฐและเอกชน ที่เกี่ยวข้องกับ การแพทย์/ สาธารณสุข หน่วยงานด้านเศรษฐกิจสังคมและสื่อมวลชน ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการมีสุขภาพ ที่ดีของประชาชน

นอกจากนี้ในกฎบัตรรอดตายยังได้เสนอแนะว่าการดำเนินการเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Actions) ควรจะต้องมีกิจกรรมที่สำคัญดังนี้

1. การสร้างนโยบายที่เอื้อต่อสุขภาพ (Build Healthy Public Policy) เป็นจุดหมายหลัก เพราะการมีนโยบายที่เอื้อต่อสุขภาพนั้นเป็นการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยให้ประชาชนสามารถ ดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาพที่ดีจะต้องเป็นนโยบายที่ทุกส่วนที่เกี่ยวข้องงานรับและมีการปฏิบัติตาม

2. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Create Supportive Environment) จาก ผลกระทบด้านสุขภาพในสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วจึงจำเป็นต้องมีการอนุรักษ์ ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมทุกระดับเพื่อสร้างความสมดุลทางธรรมชาติให้เอื้อต่อการมี สุขภาพดีมีการจัดการสิ่งแวดล้อมให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตการทำงานจัดที่ ทำงานที่เอื้อต่อสุขภาพ (Healthy Workplace) และการทำให้เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Hospital) เป็นต้น

3. การเสริมสร้างชุมชนให้เข้มแข็ง (Strengthen Community Action) เป็นหัวใจสำคัญ ของกระบวนการเพิ่มความสามารถของชุมชนคือการสร้างพลังอำนาจให้กับชุมชนสามารถควบคุม การปฏิบัติงานและกำหนดเป้าหมายของชุมชนได้เองศาสตราจารย์นายแพทย์ประเวศวชิรศักดิ์กล่าวว่ การรวมตัวกันให้เกิดชุมชนเข้มแข็งในรูปแบบต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นกลุ่มชมรมสมาคมมูลนิธิสหกรณ์ชุมชน ประชาคมเรียกว่ามีความเป็นประชาสังคม (Civil Society) ความเข้มแข็งของชุมชนหรือประชาคม ทำให้มีศักยภาพในการแก้ปัญหาทั้งทางเศรษฐกิจจิตใจสังคมวัฒนธรรมสิ่งแวดล้อมการเมืองและ สุขภาพพร้อมกันไป “ยุทธศาสตร์ส่งเสริมความเข้มแข็งของชุมชนหรือประชาคมเป็นยุทธศาสตร์ที่ สำคัญที่สุดในการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต” (ประเวศ วะสี, 2550)

4. การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Develop Personal Skills) การส่งเสริมสุขภาพควรช่วย สนับสนุนให้บุคคลและสังคมเกิดการพัฒนาความรู้และทักษะส่วนบุคคลในการดำรงชีวิตเป็นการ เพิ่มทางเลือกให้แก่ประชาชนในการที่จะสามารถควบคุมภาวะสุขภาพและสิ่งแวดล้อมด้วยตนเอง มากขึ้นกระบวนการนี้ต้องจัดให้มีตั้งแต่ในโรงเรียนบ้านที่ทำงานและภายในชุมชนเอง

5. การปรับเปลี่ยนบริการสาธารณสุข (Reorient Health services) บทบาทขององค์กร สุขภาพจะต้องเคลื่อนไหวในการส่งเสริมนอกเหนือจากการให้บริการด้านการรักษาพยาบาลแล้ว จะต้องให้ความสนใจเกี่ยวกับการวิจัยด้านสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนระบบการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ให้ เกิดแนวความคิดกับการส่งเสริมสุขภาพ

สรุปได้ว่าการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพนั้นเน้นที่การให้ข้อมูลข่าวสารแก่สาธารณชน การใช้ศักยภาพของปัจเจกบุคคลในการดำเนินวิถีชีวิตเลือกทางเลือกที่มีคุณภาพเพื่อสุขภาพและการประสานงานระหว่างกลุ่ม / หน่วยงานต่างๆทั้งภาครัฐและเอกชนเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีมีความสามารถในการกระบวนการศึกษาที่สอดคล้องกันกับท้องถิ่นเช่นการพัฒนาทักษะและความสามารถในการตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและเพื่อให้ท้องถิ่นมีส่วนร่วมโดยมีภาคีด้านสุขภาพและการพัฒนาสังคมเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนโดยมีกิจกรรมที่สำคัญ 5 ประการดังนี้

1. การสร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ
2. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ
3. การเพิ่มขีดความสามารถของชุมชน
4. การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล
5. การปรับระบบการบริการสุขภาพ

ในหนังสือวิวัฒนาการการส่งเสริมสุขภาพระดับนานาชาติ (ประเวศ วะสี, 2550) ได้กล่าวถึงเจตจำนงในการส่งเสริมสุขภาพไว้ดังนี้คือ

1. หันมาดำเนินการในเรื่อง “นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ” และมีการรณรงค์ให้ทุกภาคของสังคมเกิดพันธะผูกพันทางการเมืองในเรื่องของ “สุขภาพและความเสมอภาค”
2. การต่อต้านภัยคุกคามจากผลิตภัณฑ์อันตราย, การขาดแคลนทรัพยากร, สภาพความเป็นอยู่และสิ่งแวดล้อมที่บั่นทอนสุขภาพและโภชนาการที่ไม่เหมาะสมรวมทั้งควรใส่ใจปัญหาสาธารณสุขเช่นมลภาวะอันตรายจากการประกอบอาชีพปัญหาเรื่องที่อยู่อาศัยเป็นต้น
3. หาทางลดช่องว่างทางสุขภาพในสังคมหนึ่งๆและระหว่างสังคมต่างๆรวมทั้งจัดการกับปัญหาความไม่เท่าเทียมกันทางสุขภาพซึ่งเป็นผลจากกฎเกณฑ์และการปฏิบัติภายในสังคมเหล่านี้
4. คำนึงว่าประชาชนเป็นทรัพยากรหลักของการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพควรสนับสนุนและทำให้พวกเขามีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองครอบครัวและเพื่อนฝูงโดยการช่วยเหลือด้านเงินทุนและอื่นๆรวมทั้งยอมรับว่าชุมชนเป็นเสียงสำคัญที่มีต่อเรื่องสุขภาพสภาพความเป็นอยู่และสุขภาพของพวกเขา
5. ปรับเปลี่ยนบริการสาธารณสุขและทรัพยากรไปสู่ทิศทางของการส่งเสริมสุขภาพและกระจายอำนาจไปสู่ภาคอื่นๆและสาขาวิชาอื่นๆที่สำคัญที่สุดคือไปสู่ประชาชน
6. ตระหนักว่าสุขภาพและการดูแลสุขภาพเป็นการลงทุนทางสังคมที่สำคัญยิ่งและเป็นเรื่องที่น่าทำทนายอีกทั้งยังต้องคำนึงถึงแง่มุมทางนิเวศวิทยาโดยรวมที่เกี่ยวข้องกับวิถีการดำเนินชีวิตของเรา

กลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพยุคโลกาภิวัตน์

การทำให้ประชากรโลกมีสุขภาพดีขึ้นต้องอาศัยการดำเนินการทางการเมืองที่เข้มแข็งการมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวางและการขึ้นอย่างต่อเนื่องการส่งเสริมสุขภาพมีมาตรการต่างๆ ที่ได้พิสูจน์มาแล้วว่ามีประสิทธิผลจำนวนมากแต่สิ่งที่สำคัญคือต้องนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์เต็มที่อย่างเป็นรูปธรรม

จากกฎบัตรกรุงเทพ (Bangkok Charter) ได้กำหนดกลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพยุคโลกาภิวัตน์โดยกำหนดกิจกรรมที่จำเป็นเพื่อความคืบหน้าในการดำเนินงานตามกลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพทุกภาคส่วนของสังคมและทุกพื้นที่ที่ต้องร่วมมือกันดังนี้ (วัลลภา เียนระยับ, 2546)

1. การขึ้นเพื่อสุขภาพโดยตั้งบนพื้นฐานของสิทธิมนุษยชนและภราดรภาพ
2. การลงทุนเพื่อการพัฒนา นโยบายที่ยั่งยืนและการดำเนินงานตลอดจนการจัดโครงสร้างพื้นฐานที่จะจัดการกับปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดด้านสุขภาพ
3. การสร้างศักยภาพเพื่อการพัฒนา นโยบายสร้างภาวะผู้นำพัฒนาทักษะส่งเสริมสุขภาพ การถ่ายทอดความรู้และศึกษาวิจัยตลอดจนมีความแตกฉานด้านสุขภาพ
4. การสร้างภาคีเครือข่ายและพันธมิตรทั้งภาครัฐเอกชนประชาสังคมและองค์กรระหว่างประเทศเพื่อดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ยั่งยืน
5. การออกระเบียบกฎและกฎหมายเพื่อให้ประชาชนได้รับการคุ้มครองจากภัยอันตรายและมีโอกาสที่จะมีสุขภาพดีเท่าเทียมกัน

การดำเนินงานสู่การเป็นองค์กรส่งเสริมสุขภาพ

นักวิชาการได้ศึกษากระบวนการในการดำเนินงานสู่การเป็นองค์กรส่งเสริมสุขภาพไว้ดังนี้ (กาญจนา นาละพินธุ, 2546) ได้สังเคราะห์ “กระบวนการ” ในการดำเนินงานสู่การเป็นองค์กรส่งเสริมสุขภาพได้เป็น 3 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 กระบวนการทางปัญญา (Advocacy & Empowerment)

ขั้นตอนที่ 2 กระบวนการบริหาร (Administration)

ขั้นตอนที่ 3 กระบวนการจัดการ (Management)

ขั้นตอนที่ 1 กระบวนการทางปัญญา (Advocacy & Empowerment) กระบวนการที่มุ่งเสริมสร้างพลังปัญญา (Empowerment) ให้แก่บุคคลทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในองค์กรหรือในชุมชนเพื่อให้ทำความเข้าใจใหม่เกี่ยวกับสุขภาพนั่นคือให้ปรับความคิดเรื่องสุขภาพไปสู่ความเห็น (วิทัศน์) ว่าสุขภาพคือ “สุขภาพะ” หรือภาวะที่เป็นสุขมิใช่ “การรักษาโรค” เพียงเพื่อให้หลุดพ้นจากภาวะที่

เป็นทุกข์เท่านั้นเหตุที่ต้องปรับเปลี่ยนความคิดเช่นนี้เพราะปัจจุบันบุคคลถูกระบบบริการทางสุขภาพสอนให้เรียนรู้ว่าสุขภาพคือการกลับสู่ภาวะปกติหลังจากที่ได้รับการรับเยียวยาจนโรคร้ายไข้เจ็บหายไปแต่บุคคลไม่ได้เรียนรู้ว่าสุขภาพที่แท้จริงคือภาวะความเป็นอยู่ที่ดี (Well-being) ไม่เสี่ยงต่อการเป็นโรคร้ายไข้เจ็บด้วยประการทั้งปวงและตนเองสามารถควบคุมให้ตนดำรงอยู่ในภาวะดังกล่าวได้อย่างเข้มแข็งไม่ต้องพึ่งพิงบุคคลภายนอกโดยไม่จำเป็นฉะนั้นกระบวนการสร้างเสริมพลังปัญญาในที่นี้เรียกว่า “กระบวนการทางปัญญา” จึงเป็นขั้นตอนแรกที่ต้องดำเนินการก่อนซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนย่อยๆดังนี้

1. วิเคราะห์บริบท (Context Analysis) คือการศึกษาบริบทของsettingเพื่อวิเคราะห์สภาพปัญหาความต้องการทรัพยากรและศักยภาพในการก้าวไปสู่องค์กรเพื่อการส่งเสริมสุขภาพของ Stakeholder ตลอดจนการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาหรือประเด็นที่จะต้องนำมาสู่การพิจารณาเพื่อดำเนินการ

2. การปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์โดยใช้ยุทธศาสตร์การชี้แนะชี้นำ(Advocacy) คือการนำ Stakeholder แต่ละกลุ่มมาร่วมในเวทีเพื่อปรับแนวคิดด้านสุขภาพและกระบวนการดำเนินงานเพื่อการส่งเสริมสุขภาพโดยจัดเวทีให้ทีละกลุ่มแยกกันเพราะแต่ละกลุ่มมีพื้นฐานธรรมชาติและความสามารถในการรับรู้ที่แตกต่างกันไปในขั้นนี้อาจต้องจัดหลายเวทีขึ้นอยู่กับการจำแนกกลุ่มเป้าหมายเช่นกลุ่มผู้บริหารองค์กรกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกลุ่มผู้นำชุมชนหรือกลุ่มเป้าหมายเฉพาะเช่นผู้สูงอายุเยาวชนวัยแรงงาน ฯลฯ

3. การตรวจสอบแนวคิดเป็นขั้นตอนเพื่อตรวจสอบว่าทุกฝ่ายที่เข้าร่วมเวทีเพื่อปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์โดยเฉพาะผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ในองค์กรผู้นำชุมชนและกลุ่มประชากรเป้าหมายมีความเข้าใจตรงกันในด้านความหมายและความสำคัญของกระบวนการส่งเสริมสุขภาพ การตรวจสอบอาจทำได้โดยใช้แบบสัมภาษณ์ในขั้นนี้ถ้าพบว่าความเข้าใจในแนวคิดใหม่ด้านสุขภาพและกระบวนการส่งเสริมสุขภาพยังไม่ตรงกันหรือไม่ชัดเจนในบางกลุ่มต้องย้อนกลับไปจัดเวทีเพื่อ Advocate ใหม่

4. การมองอนาคตเป็นขั้นตอนที่จัดให้ Stakeholder ร่วมกันระดมสมองเพื่อทำความเข้าใจอดีตและปัจจุบันของ Setting พร้อมทั้งร่วมกันกำหนดวิสัยทัศน์ในอนาคตของ Setting ว่าต้องการให้เป็นอย่างไรในขั้นนี้อาจใช้เทคนิคกระบวนการกลุ่ม AIC (Appreciation – Influence – Control), FSC. (Future SearchConference) หรือการมองปัญหาแบบอริยสัจสี่คือทุกข์สมุทัยนิโรธมรรค

ขั้นตอนที่ 2 กระบวนการบริหาร (Administration)

คือขั้นตอนที่จะนำข้อมูลที่ได้จากการระดมสมองเพื่อกำหนดวิสัยทัศน์ของ Setting มาเป็นข้อมูลนำเข้า (Input) ในการตัดสินใจเพื่อดำเนินการในขั้นตอนย่อยๆ ต่อไปนี้

1. การกำหนดนโยบายในขั้นตอนจะมีการจัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงานพร้อมทั้งกรรมการที่ปรึกษาขึ้นและคณะกรรมการทั้งสองชุดจะร่วมกันกำหนดนโยบายของ Setting ที่เอื้อต่อการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพโดยนำข้อมูลที่เกิดจากการระดมสมองเพื่อกำหนดวิสัยทัศน์ก่อนหน้านี้มาเป็นฐานของการกำหนดนโยบายดังกล่าว

2. การกำหนดแผนงานคณะกรรมการดำเนินงานกำหนดแผนงานเพื่อการส่งเสริมสุขภาพของ Setting ขึ้นโดยยึดยุทธศาสตร์ 5 ประการตามกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) ได้แก่

2.1 แผนงานด้านนโยบายการส่งเสริมสุขภาพของ Stakeholder

2.2 แผนงานจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพทั้งสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ

และทางสังคม

2.3 แผนงานเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนเพื่อการสร้างประชาคมส่งเสริมสุขภาพ

2.4 แผนงานสร้างเสริมทักษะในการแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2.5 แผนงานปรับเปลี่ยนบริการสุขภาพจากการเป็นบริการ “ซ่อมสุขภาพ” มาเป็นบริการเพื่อ “สร้างสุขภาพ” ให้แก่บุคคลและกลุ่มบุคคลใน setting

3. การจัดทำโครงการคณะกรรมการดำเนินงานจัดทำโครงการเพื่อการส่งเสริมสุขภาพโดยให้สอดคล้องกับแผนงานที่กำหนดขึ้นตามยุทธศาสตร์ 5 ประการตามกฎบัตรออตตาวาดังกล่าวแต่ละแผนงานตามลำดับดังนี้

3.1 โครงการประชาสัมพันธ์นโยบายและแผนงานส่งเสริมสุขภาพของ setting

3.2 โครงการจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพใน setting ให้สะอาดสวยงาม

3.3 โครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในกระบวนการทำงานเพื่อส่งเสริมสุขภาพของ Stakeholder

3.4 โครงการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ

3.5 โครงการบริการสุขภาพเชิงรุก ฯลฯ

4. การดำเนินกิจกรรมขั้นตอนนี้มีการมอบหมายให้ผู้รับผิดชอบในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ที่กำหนดภายใต้โครงการดังกล่าวรวมทั้งมีการจัดสรรงบประมาณที่เหมาะสมต่อการดำเนินกิจกรรมตัวอย่างกิจกรรมภายใต้โครงการข้างต้นตามลำดับได้แก่

4.1 เวทีประชาคมประชาสัมพันธ์นโยบายและแผนงานฯ

4.2 กิจกรรมปลูกผักปลอดสารพิษฯลฯ

4.3 กิจกรรมตรวจสอบการดำเนินงานฯโดยชุมชนฯลฯ

4.4 กิจกรรมออกกำลังกายฯลฯ

4.5 กิจกรรมถ่ายทอดความรู้โดยใช้ภูมิปัญญาพื้นบ้านเพื่อป้องกันโรค

ขั้นตอนที่ 3 กระบวนการจัดการ (Management)

ขั้นตอนนี้คือการนำเอาแผนงานและโครงการที่กำหนดขึ้นลงสู่การปฏิบัติ (Implementation) ซึ่งแท้จริงกระบวนการจัดการก็คือการจัดดำเนินการตามวงจรต่อไปนี้คือ

1. การกำหนดแผน (Plan) ซึ่งเป็นการดำเนินการในขั้นตอนที่ 2.2 คือการกำหนดแผนงานส่งเสริมสุขภาพภายใต้ยุทธศาสตร์ 5 ประการ

2. การนำแผนงานลงสู่การปฏิบัติ (Do) ซึ่งปรากฏออกมาเป็นกิจกรรมเฉพาะต่างๆ ดังกล่าวแล้วในขั้นตอนที่ 2.4

3. การติดตามตรวจสอบ (Check) เพื่อตรวจสอบว่าผลของการจัดกิจกรรมส่งผลอย่างไร บ้างต่อผู้เข้าร่วมกิจกรรมและต่อ Setting ในภาพรวมทั้งนี้จะทำการตรวจสอบเพื่อดูผลลัพธ์รวม (Outcome) ผลลัพธ์ตามวัตถุประสงค์ของโครงการ (Output) ผลที่เกิดต่อกลุ่มเป้าหมาย (Effect) และผลกระทบต่อองค์กรหรือชุมชน (Impact)

4. การปรับปรุงแก้ไข (Action) เมื่อตรวจสอบพบว่ากิจกรรมที่ดำเนินการใน Setting นั้นๆ ไม่ส่งผลน่าพอใจหรือล้มเหลวจนไม่สามารถก่อให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพแก่ Stakeholder ได้ จะต้องทำการตรวจสอบย้อนกลับไปที่โครงการแผนงานฯ และทำการปรับปรุงแผนงานฯ เสียใหม่ แล้วจึงทำไปสู่การจัดทำโครงการและออกแบบกิจกรรมใหม่แล้วนำกิจกรรมลงสู่การปฏิบัติใหม่ เป็นวงจรเช่นนี้เรื่อยไป

กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Action) ประกอบด้วย 5 ประการ คือ

1. การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Build Health Public Policy) การส่งเสริมสุขภาพมีแนวคิดขอบเขตกว้างขวางมากกว่าการรักษารับบาลเรื่องของสุขภาพจึงเป็นเรื่องที่พึงอยู่ในหัวข้อการพิจารณาของผู้กำหนดนโยบายในทุกสาขาทุกระดับที่เกี่ยวข้องเพื่อให้บุคคลเหล่านั้นตระหนักถึงผลที่เกิดขึ้นต่อสุขภาพที่จะเกิดขึ้นจากการตัดสินใจของเขาและให้เขายอมรับในความรับผิดชอบของเขาต่อสุขภาพด้วย นโยบายส่งเสริมสุขภาพต้องกำหนดวิธีการที่หลากหลายแต่สอดคล้องและสนับสนุนกันโดยอาศัยวิธีทางนิติบัญญัติ การเงิน การคลัง การภาษีอากรและการเปลี่ยนแปลงการจัดรูปองค์กร การประสานกิจกรรมที่จะนำไปสู่สุขภาพ รายได้และนโยบายต่างๆ ทางสังคมที่เสริมสร้างความเสมอภาคให้มากยิ่งขึ้นกว่าเดิม กิจกรรมร่วมเหล่านี้จะทำให้เกิดบริการและสินค้าต่างๆ ที่ปลอดภัย และเสริมสร้างสุขภาพมากขึ้น บริการสาธารณสุขที่ถูก สุขลักษณะมาก

ขึ้นกว่าเดิม รวมทั้งสิ่งแวดล้อมที่สะอาดและร่มรื่นกว่าเดิม นโยบายส่งเสริม สุขภาพจำเป็นต้องมีการ ค้นหาอุปสรรคที่กีดขวางการยอมรับนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในองค์กรภาคอื่นๆ ที่ไม่ใช่ องค์กรภาคสุขภาพและการตัดสินใจยอมรับทางเลือกเพื่อสุขภาพได้ง่ายขึ้นกว่าเดิม

2. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Create Supportive Environment) สังคมต่าง ๆ ของเรามีความสลับซับซ้อนและเชื่อมโยงกัน ด้านสุขภาพจึงมีอาจแยกออกจากเป้าหมายด้านอื่นๆ โยงใยที่ตัดขาดไม่ได้ระหว่างมนุษย์เราและสิ่งแวดล้อมจึงเป็นรากฐานสำคัญในการคิดค้นหาวิถีทาง สังคมและนิเวศวิทยาเพื่อพัฒนาสุขภาพ หลักการที่จะชี้นำในภาพรวมต่อโลก ประเทศต่างๆ ภูมิภาค ทั้งหลาย ตลอดจนชุมชนต่างๆ ในแนวทางเดียวกันคือความจำเป็นในการส่งเสริมงานอนุรักษ์ ระหว่างกันและกัน ทั้งชุมชนและธรรมชาติของเราควรจะต้องย้ำว่าการอนุรักษ์ธรรมชาติทั่วโลก เป็นภาระหน้าที่ของประชาคมโลก การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดำรงชีวิต การทำงาน และการ พักผ่อน มีผลกระทบอันสำคัญต่อสุขภาพ การทำงานและการพักผ่อนควรจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะ ส่งไปถึงสุขภาพของมวลมนุษย์ วิธีที่สังคมจัดระบบการงานอาจช่วยเสริมสร้างสังคมสุขภาพดีได้ งานส่งเสริมสุขภาพช่วยเสริมสร้างเงื่อนไขต่างๆ ทางด้านการดำรงชีวิตและการทำงานที่มีความ ปลอดภัย ไร้ใจ ฟังพอใจ และสนุกสนาน

3. การเสริมสร้างชุมชนให้เข้มแข็ง (Strengthen Community Action) การส่งเสริม สุขภาพ จะต้องดำเนินการโดยอาศัยกิจกรรมชุมชนที่มีประสิทธิภาพ และเป็นรูปธรรมทั้งในด้านการ จัดลำดับความสำคัญ การตัดสินใจ การวางแผน กำหนดกลวิธีต่างๆ และการดำเนินการตามกลวิธี เหล่านั้นเพื่อบรรลุสุขภาพที่ดีขึ้นกว่าเดิม หัวใจของการดำเนินการตามกระบวนการ ดังกล่าวแล้ว ได้แก่ การทำให้ชุมชนมีอำนาจ ให้เกิดความเป็นเจ้าของ และควบคุมงานที่ริเริ่มรวมทั้ง อนาคตของชุมชนเอง การพัฒนาชุมชนจำเป็นต้องระดมทรัพยากรต่าง ๆ ทั้งวัตถุและบุคคลภายใน ชุมชนเพื่อยกระดับการพึ่งตนเองได้และการสนับสนุนจากสังคมรวมทั้งพัฒนาระบบที่ยืดหยุ่นได้ใน การเสริมสร้างความเข้มแข็งแก่การมีส่วนร่วมของสาธารณะและการชี้นำในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพ ทั้งนี้ชุมชนจะต้องเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร โอกาสต่างๆ ในการเรียนรู้เรื่องสุขภาพและงบประมาณ สนับสนุนอย่างต่อเนื่อง

4. พัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Develop Person Skills) การส่งเสริมสุขภาพช่วยในการ พัฒนาบุคคลและสังคม โดยการให้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ และเพิ่มทักษะต่างๆ ในการดำรงชีวิต ในการกระทำเช่นนี้จำเป็นต้องเพิ่มทางเลือกต่างๆ ให้แก่ประชาชน ในการที่จะสามารถควบคุมสภาวะ สุขภาพและสิ่งแวดล้อมได้ด้วยตนเองมากขึ้นและสามารถเลือกทางเลือกที่เกื้อหนุนต่อ สุขภาพ การให้ประชาชนได้สามารถเรียนรู้ตลอดชีวิตเพื่อให้ตนเองมีความพร้อมที่จะเข้าสู่วัยต่างๆ รวมทั้ง การเตรียมความพร้อมที่จะเผชิญกับโรคเรื้อรังและบาดเจ็บต่างๆ ที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ กระบวนการ

จะต้องจัดให้มีตั้งแต่ใน โรงเรียน บ้าน ที่ทำงาน และภายในชุมชนเองทั้งนี้โดยเรียกร้องให้องค์กรต่างๆ ทางด้านการศึกษา วิชาชีพ ธุรกิจ องค์กรอาสาสมัครมีส่วนร่วมในการดำรงกิจกรรมและจัดกิจกรรมในองค์กรด้วยกัน

5. การปรับเปลี่ยนบริการสาธารณสุข (Reorient Health Services) ความรับผิดชอบในการส่งเสริมสุขภาพในการจัดการบริการสาธารณสุขเป็นภาระร่วมระหว่างปัจเจกบุคคล ชุมชน ผู้ประกอบการด้านวิชาชีพ หน่วยสุขภาพ และรัฐบาล บุคคลและองค์กรดังกล่าวจะต้องร่วมกันคิดหาระบบรักษาพยาบาลที่สอดคล้องกับจุดหมายด้านสุขภาพบทบาทขององค์กรด้านสุขภาพจะต้องเคลื่อนไปในทิศทางของการส่งเสริมสุขภาพเพิ่มมากขึ้นนอกเหนือจากความรับผิดชอบในการให้บริการทางด้านตรวจรักษาผู้ป่วย บริการสาธารณสุขจะต้องเพิ่มงานในหน้าที่ให้กว้างขวางขึ้นโดยคำนึงถึงงานที่ไวต่อการตอบสนองความต้องการของปัจเจกบุคคลและชุมชนต้องการไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดีขึ้น และเปิดช่องทางความร่วมมือระหว่างองค์กรภาคสุขภาพกับองค์กรอื่นๆ ทางด้านสังคม การเมือง เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพให้กว้างขึ้น การปรับบริการสาธารณสุขจำต้องมีรากฐานความใส่ใจในเรื่องการวิจัยด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นรวมทั้งการเปลี่ยนแปลงการศึกษาและฝึกอบรมในวิชาชีพที่เกี่ยวข้องการดำเนินงานดังกล่าวนี้จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงเจตคติและการจัดบริการสาธารณสุขซึ่งจะเน้นหนักความต้องการเบ็ดเสร็จของปัจเจกบุคคลในฐานะเป็นคนทั้งคนโดยสมบูรณ์

จากแนวคิดดังกล่าว ปัจจัยที่สำคัญในการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพทุกกิจกรรมให้ประสบผลสำเร็จและเกิดการพัฒนายั่งยืน (Sustainable development) คือ ความเข้มแข็งและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการคิด วิเคราะห์ ตัดสินใจเลือกและกำหนดแนวทางตามศักยภาพของตนเอง ทั้งนี้คนทุกคนและชุมชนจะต้องได้รับการพัฒนาให้เป็นคนสามารถคิด วิเคราะห์ เลือก ตัดสินใจ และลงมือทำเอง โดยการสนับสนุนชี้แนะ (Advocate) และการสนับสนุนทางสังคมเสริมสร้างพลัง (Empower) เพิ่มความสามารถ (Enable) และการไกล่เกลี่ย (Mediate) ผลประโยชน์ทางสังคมที่เอื้อต่อสุขภาพโดยบุคลากรที่รับผิดชอบด้านสุขภาพ การเพิ่มพูนความสามารถของปัจเจกบุคคลและชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพต้องอาศัยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของชุมชน

การวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม (PAR) มีความเกี่ยวข้องกับการศึกษาผู้ใหญ่ที่มองเห็นการต่อสู้ของมนุษยชาติเพื่ออิสรภาพและเสรีภาพว่าเป็นกระแงที่สะท้อนถึงการที่บุคคลและกลุ่มมีความพยายามจะทำความรู้ให้เป็นและประชาธิปไตยซึ่งการต่อสู้นี้รวมถึงการที่บุคคลและกลุ่มมีความพยายามจะทำความรู้ให้เป็นประชาธิปไตยซึ่งการต่อสู้นี้รวมถึงการที่บุคคลร่วมกันกับนักวิจัย PAR ที่จะสร้างรอยเชื่อมระหว่างความรู้ที่เป็นทางการซึ่งเป็นตัวแทนของรัฐความรู้ของผู้เชี่ยวชาญที่เป็นตัวแทนของวิชาชีพกับความรู้พื้นบ้านที่เป็นตัวแทนของเขาเองด้วย

นิยามของการวิจัยปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม (PAR)

PAR อาจนิยามว่าเป็นวิธีที่ช่วยประชาชนให้สามารถควบคุมชีวิตของตนเองผ่านกระบวนการของสหวิชาการโดยสร้างความรู้ใหม่ขึ้นจากการผสมผสานความรู้ที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการเข้าด้วยกันแล้วใช้ความรู้ใหม่นั้นเปลี่ยนแปลงหรือปฏิรูปความเป็นจริงในสังคม (Realities) ของเขา (ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ และเทอดศักดิ์ เดชคง, 2555)

นิยามคำจำกัดความและการตีความมีความเกี่ยวข้องกัน ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ และเทอดศักดิ์ เดชคง (2555) เห็นว่า PAR เป็นวิถีชีวิต (Pyich) แนวคิดของ PAR มีหลายทัศนะซึ่งบางอย่างใกล้เคียงกันมากเช่น Participatory Research Action Research และ People Oriented Training เป็นต้น ในการศึกษาผู้ใหญ่ก็มีแนวคิดคล้ายๆกันเช่นการพัฒนาชุมชนการศึกษา มุ่งแก้ปัญหาการศึกษาเน้นแต่แม้ว่า Terms ต่างๆ ที่กล่าวมาจะมีแนวคิดคล้ายคลึงกับ PAR ก็ตามแต่ผลลัพธ์ที่ออกมานั้นแตกต่างกันอย่างมากเช่นทางด้านการศึกษา Knowles จะสนใจเกี่ยวกับการบรรลุจุดสุดยอดของบุคคล (Self-actualization) Lindeman สนใจการปรับปรุงบุคคลและสังคมและ Freire สนใจการปฏิรูปสังคมแต่สำหรับ PAR มุ่งหวังให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือปฏิรูปบุคคล สังคมกล่าวคือ PAR พยายามเปลี่ยนรูปจากสังคมที่แข่งขันทำลายและขัดแย้งกันไปเป็นสังคมที่ร่วมมือสร้างสรรค์และสันติ

ความสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม

ในกระบวนการวิจัยแบบที่เราคุ้นเคยไม่จะเป็นการวิจัยทางวิทยาศาสตร์หรือทางสังคมศาสตร์ก็ตามนักวิจัยจะเป็นผู้แสดงบทบาทนำในการริเริ่มการทำวิจัยและเป็นผู้มีอำนาจรับผิดชอบในกระบวนการวิจัยทั้งหมดตั้งแต่การตัดสินใจเลือกและกำหนดปัญหาที่จะวิจัยวางแผนการวิจัยดำเนินการวิจัยจนกระทั่งนำผลการวิจัยที่ได้ไปใช้ตามที่ผู้วิจัยเห็นสมควรตลอดกระบวนการดังกล่าวประชาชนหรือชุมชนที่ตกเป็นประชากรหรือตัวอย่างของการวิจัยนั้นๆ ไม่เคยมีโอกาสหรือมีส่วนร่วมในการออกความคิดเห็นหรือร่วมรับรู้ในการวิจัยนั้นๆ เลย (นอกจากเป็นผู้ให้ข้อมูลหรือเป็นสิ่งทดแทนของการวิจัย) หากแต่เป็นการสนองความอยากรู้ของผู้วิจัยเพียงฝ่ายเดียว ดังนั้นจึงพบอยู่เสมอว่าผลการวิจัยมักจะอยู่บนหิ้งเมื่อทำเสร็จแล้วสำหรับเป็นเอกสารทบทวนของผู้จะทำวิจัยต่อไปเท่านั้นหรือหากจะถูกนำไปใช้ในการกำหนดนโยบายวางแผนหรือเพื่อแก้ปัญหาบ้างก็จะเป็นไปตามความคิดและวินิจฉัยของผู้วิจัยหรือผู้ใช้ผลการวิจัยที่ไม่เคยได้นำเอาความคิดความต้องการและความสนใจของประชาชนผู้ถูกวิจัยไปร่วมพิจารณาเลย (ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ และเทอดศักดิ์ เดชคง, 2555)

วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมจึงได้ถือกำเนิดขึ้นจากแนวความคิดที่ว่าการศึกษาเป็นกิจกรรมทางสังคมที่ใช้ทรัพยากรของสังคมในการศึกษาจึงเป็นสมบัติของสังคมซึ่งกระทำโดยมีความมุ่งหมายที่จะรับใช้สังคมด้วยเหตุนี้จึงควรคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดที่สังคมจะได้รับโดยเฉพาะสังคมที่เป็นหน่วยของการศึกษาวิจัยนั้นๆและการที่จะให้ชุมชนได้รับประโยชน์สูงสุดจากการวิจัยก็จะต้องทำให้การวิจัยนั้นเป็นการวิจัยเพื่อพัฒนาหรือการวิจัยพัฒนา (Research for Development) (Research and Development (R & D) โดยที่การพัฒนาและการเป็นหุ้นส่วนจะต้องเดินทางร่วมกันเพราะการพัฒนาจะต้องเป็นประโยชน์แก่ทุกคนและแต่ละคนในสังคมดังนั้นทุกคนและแต่ละคนในสังคมจึงต้องมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนานั้นทุกขั้นตอนอย่างมีเสรีและเป็นประชาธิปไตย (ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ และเทอดศักดิ์ เดชคง, 2555)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม (PAR) ซึ่งเริ่มก่อขึ้นเมื่อประมาณกลางปีค.ศ.1970 จึงมีแนวคิดใกล้เคียงกับการวิจัยปฏิบัติการ (Action Research) ซึ่งเริ่มมาตั้งแต่ ปีค.ศ.1940 และมีส่วนคล้ายกับการพัฒนาชุมชนที่มีมาตั้งแต่ปีค.ศ.1920การวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม (PAR) มีชื่อเรียกแตกต่างกันไปในแต่ละแห่งเช่น “Investigation Action Participation” (IAP) “Research Participative” หรือ “Research Action” เป็นต้น บางทีก็เรียก “Collaborative Action Research” แต่ไม่ว่าจะเรียกชื่ออย่างไรนี้แห่งความหมายก็คล้ายกันคือเป็นการทำวิจัยทางสังคมศาสตร์ เพื่อทางเลือกที่ดีกว่าการวิจัยในรูปแบบเดิมที่เคยทำมาหรือในแนวเก่า (ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ และเทอดศักดิ์ เดชคง, 2555)

หลักการการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม

ประพนธ์ ปิยรัตน์ (2543) กล่าวว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง การกระทำร่วมกันของบุคคลในการพัฒนามี 2 ลักษณะคือ

1. การมีส่วนร่วมเป็นมรรค (Participation as a mean) หมายถึง การมีส่วนร่วมเป็นมรรควิธีของการนำทรัพยากรทางเศรษฐกิจและสังคมของประชาชนไปสู่เป้าหมายของการพัฒนาที่วางไว้ก่อนแล้ว
2. การมีส่วนร่วมเป็นเป้าประสงค์ (Participation as a end) หมายถึง เป้าประสงค์ที่ทำให้ประชาชนทำกิจกรรมร่วมกัน เกิดความเชื่อมั่นในตนเองและมีความสามัคคีเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันทำให้เกิดการพึ่งตนเองได้ในที่สุด เป็นการรวมกลุ่มของบุคคลที่มีความสามารถและมีศักยภาพในกระบวนการแก้ปัญหาและร่วมทำกิจกรรม ซึ่งมีความสำคัญยิ่งกว่าผลลัพธ์ที่ได้จากการกระทำนั้น แม้โครงการจะสิ้นสุดแล้วก็ตาม แต่การมีส่วนร่วมก็ยังคงอยู่ต่อไป ทำให้ประชาชนได้รับประโยชน์อย่างถาวรและยั่งยืน

ประพนธ์ ปิยะรัตน์ (2543) ระบุว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนของชุมชนเป็นกระบวนการสำคัญ ซึ่งองค์การสหประชาชาติได้มีมติประกาศวิถีทศวรรษที่สามของการพัฒนา ระหว่างประเทศในปี 2543 ว่าเป้าหมายของการพัฒนาอยู่ที่ความผาสุกของประชาชนทั้งมวลถ้วนหน้าโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของประชาชนในกระบวนการกระจายผลประโยชน์ของการพัฒนาอย่างยุติธรรม

อสิสรา ชูชาติ (2538) กล่าวว่า การมีส่วนร่วม ถือว่าเป็นสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานของประชาชนที่จะเข้ามาแสดงความคิดเห็นในการกำหนดรูปแบบการพัฒนา ที่จะพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเอง

จากแนวคิดต่าง ๆ สรุปได้ว่าการมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการสำคัญในการพัฒนาที่ก่อให้เกิดความยั่งยืนและมีเป้าหมายสุดท้าย คือ ประชาชนสามารถพึ่งตนเองได้ดังนั้นในการพัฒนาจึงมุ่งเน้นส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยการให้อำนาจและพัฒนาศักยภาพในการคิดค้น วิเคราะห์ปัญหา หาสาเหตุและตัดสินใจเลือกแนวทางในการแก้ไขและพัฒนาด้วยตนเอง การมีส่วนร่วมเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชน ที่จะเข้ามาแสดงความคิดเห็นในการกำหนดรูปแบบการพัฒนาตนเอง ชุมชนและท้องถิ่น

หลักการพัฒนาการทำงานแบบมีส่วนร่วมของชุมชน ๆ จะต้องได้รับการพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการทำงานแบบมีส่วนร่วม คือ

1. ทักษะในการแก้ปัญหา (Problem Solving Skill)
2. ทักษะในการสื่อสารข้อมูลข่าวสาร (Communication Skill)
3. ทักษะในการทำงานเป็นทีม (Team Building Skill)

ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้เรียนได้เรียนรู้และค้นหาศักยภาพของตนเองก่อให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืนจึงจำเป็นต้องอาศัยกระบวนการเทคนิคการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมที่มีพื้นฐานการศึกษาเพื่อปวงชน (Popular Education)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมยึดหลักการสำคัญดังนี้ (ขงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ และเทอดศักดิ์ เดชคง, 2555)

1. ให้ความสำคัญและเคารพต่อภูมิความรู้ของชาวบ้าน โดยยอมรับว่าความรู้พื้นบ้านตลอดจนระบบการสร้างความรู้และกำเนิดความรู้ในวิธีอื่นที่แตกต่างไปจากของนักวิชาการยังเป็นสิ่งที่ปฏิบัติและยอมรับกันแพร่หลายในหมู่คนชาวบ้านคนยากจนเพื่อเป็นหนทางแก้ปัญหาในการดำรงชีวิตของเขา

2. ปรับปรุงความสามารถและศักยภาพของชาวบ้านด้วยการส่งเสริมยกระดับและพัฒนาความเชื่อมั่นในตนเองของเขาให้สามารถวิเคราะห์และสังเคราะห์สถานการณ์ปัญหาของเขาเองซึ่งเป็นการนำเอาศักยภาพเหล่านี้มาใช้ประโยชน์แทนที่จะเมินเฉยละเลยหรือเหยียดหยามว่าเป็นสิ่งไร้คุณค่าเช่นที่เคยปฏิบัติมา

3. ให้ความรู้ที่เหมาะสมแก่ชาวบ้านและคนยากจน โดยให้สามารถได้รับความรู้ที่เกิดขึ้นในระบบสังคมของเขาและสามารถที่จะทำความเข้าใจแปลความหมายตลอดจนนำไปใช้ได้เหมาะสม

4. สนใจในปริทัศน์ของชาวบ้านโดยการวิจัยปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมจะช่วยเปิดเผยให้เห็นคำถามที่ตรงกับปัญหาของชาวบ้านเช่นการถูกกีดกันหรือแปลกแยก (Alienated) จากผืนดินและทรัพยากรธรรมชาติอื่น ๆ การต้องการดิ้นรนต่อสู้กับแรงบีบคั้นจากผู้มีอิทธิพลซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นคำถามที่นักวิจัยรูปแบบเก่าไม่ใคร่นึกถึงและไม่เคยเป็นจุดเน้นในการค้นหาความรู้มาก่อน

5. ปลดปล่อยความคิดการวิจัยปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมจะช่วยทำให้ชาวบ้านและคนยากจนสามารถใช้ความคิดความเห็นของตนอย่างเสรีในการมองสภาพการณ์และปัญหาของตนเองสามารถใช้วิจารณ์ในการวิเคราะห์วิจารณ์ตรวจสอบสภาพเท็จจริงต่างๆสามารถยืนหยัดต่อต้านพลังอิทธิพลจากภายนอกหรือจากอำนาจกดขี่ของผู้มีอำนาจ

ขงยุทธ วังศักรวิสุทธิ์ และเทอดศักดิ์ เดชคง (2555) ได้กล่าวถึงการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมว่าเป็นรูปแบบของการวิจัยที่ประกอบด้วยกระบวนการค้นคว้าทางสังคม (Social Investigation) การให้การศึกษา (Education) และการกระทำ (Action) เพื่อจะให้กลุ่มผู้ถูกกดขี่หรือผู้ด้อยโอกาสในสังคมได้มีส่วนร่วมในการสร้างความรู้ของสังคมซึ่งกระบวนการทั้ง 3 ส่วนของการสร้างความรู้นี้ไม่ได้เป็นเพียงแต่กระบวนการชุดใหม่ของวิธีการวิจัยเท่านั้นหากยังเป็นแนวทางที่จะแปลงสภาพของบุคคลและสังคมอย่างเป็นระบบโดยที่การวิจัยปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมมุ่งเน้นการพัฒนาความสำนึกอย่างมีวิจารณญาณของชาวบ้านในอันที่จะปรับปรุงสถานะความเป็นอยู่และคุณภาพชีวิตของเขาตลอดจนการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างพื้นฐานและความสัมพันธ์ในสังคมด้วย

กล่าวได้ว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมสามารถหยั่งรากลึกลงไปถึงประสบการณ์ทางสังคมอย่างเป็นรูปธรรมเช่นมีความมุ่งหมายที่จะเอาชนะหรือแก้ปัญหาที่ชาวบ้านมีความคับข้องใจอยู่โดยความพยายามด้วยวิธีของการวิจัยปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมจะทำให้สามารถกำหนดกลุ่มเป้าหมายได้ตรงตามความต้องการที่จะแก้ปัญหานั้นสามารถให้แนวทางแก่ชาวบ้านว่าจะอะไรคือสิ่งจำเป็นหรือเป็นความต้องการที่แท้จริงของเขาและชี้ให้เห็นจุดบกพร่องหรือจุดผิดพลาดในความคิดของชาวบ้านเกี่ยวกับปัญหาของเขาเองซึ่งจะบ่งบอกถึงสถานะสังคมที่ขัดแย้งกันระหว่างความต้องการกับวิธีการสนองความต้องการและเปิดเผยให้เห็นกลไกที่ควบคุม

ขบวนการกดขี่เอารัดเอาเปรียบอยู่ด้วยนอกจากที่กล่าวมาแล้วการวิจัยปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมจะช่วยชี้แนะถึงกิจกรรมที่สามารถจะแทรกแซงและเปลี่ยนแปลงกระบวนการทางสังคมที่เป็นอุปสรรคขัดขวางต่างๆได้

โดยสรุปเป้าหมายหลักของการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมประกอบด้วย

1. ค้นหาความรู้พื้นบ้านที่เป็นที่ยอมรับและใช้กันแพร่หลาย
2. ส่งเสริมความเข้าใจอันดีระหว่างวัฒนธรรม
3. สร้างดุลยภาพระหว่างวิทยาศาสตร์ความรู้ทางวิชาการกับความรู้พื้นบ้าน
4. ยอมรับในความไม่เท่าเทียมกันของภาวะสังคมเศรษฐกิจ

ลักษณะเด่น 10 ประการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม (PAR) (ยังอุทิศวงศ์ภิรมย์สถานดี และเทอดศักดิ์ เดชคง, 2555)

1. เป็นการสร้างความรู้ (Produce Knowledge) โดยการผสมผสานระหว่างความรู้จากนักวิชาการกับความรู้พื้นบ้านอุปมาดังแม่น้ำจาก 2 สายไหลมาบรรจบกันเป็นสายเดียวตรงที่บรรจบกันจะเกิดฟองซึ่งเป็นดังความรู้ใหม่เป็นการเรียนรู้ร่วม (Co-generative Learning) ซึ่งค่อยๆ ขยายจากการมีส่วนร่วมเพียงบางส่วนจนเป็นการมีส่วนร่วมเต็มรูปแบบระหว่างชาวบ้านกับนักวิจัย และสร้างความรู้สึกร่วมกันผสมผสานทฤษฎีกับการปฏิบัติให้เกิดความรู้ใหม่

2. รูปแบบของความรู้ที่ได้จาก PAR เป็นลักษณะปฏิสัมพันธ์ (Interactive) และสหวิทยาการ (Interdisciplinary) ซึ่งเป็นวิถีชีวิตเป็นปริทัศน์ทางจิตที่รวมเอาความอยากรู้อยากเห็นเข้ากับความเปิดใจกว้างความผจญเข้ากับการค้นพบสิ่งใหม่เป็นความต้องการที่จะเสริมความรู้แก่ตนเองโดยผ่านวิธีการใหม่เป็นความมุ่งมั่นว่าการค้นพบสิ่งใหม่หมายถึงการเปิดหนทางใหม่การเป็นสหวิทยาการ (Interdisciplinary) ไม่ใช่จากการเรียนแต่จากการปฏิบัติเป็นผลของการฝึกฝนอย่างต่อเนื่องและทำงานอย่างเป็นระบบที่นำไปถึงรูปแบบความคิดที่ยืดหยุ่นมากขึ้น ดังนั้นสหวิทยาการ (Interdisciplinary) จึงเป็นการฝึกปฏิบัติทั้งโดยส่วนตัวและร่วมกันกับผู้อื่นเป็นวิธีการที่ฝึกฝนให้เกิดทักษะที่จะพัฒนาจิตมากกว่าจดจำทฤษฎียิ่งกว่านั้น PAR ไม่เป็นเพียงแค่สหวิทยาการเท่านั้นแต่ยังเป็นการเรียนรู้ข้ามสาขาวิชา (Trans disciplinary) คือเป็นความพยายามที่จะสร้างความเข้าใจที่ข้ามพ้นเขตแดนของวิชาชีพซึ่งมีลักษณะเฉพาะเจาะจงออกไปสู่ความหลากหลายกว้างขวางเป็นการขยายปริทัศน์จากเฉพาะสาขามากกว่าสหวิทยาการ (Interdisciplinary) ที่มีความเกี่ยวพันกันเพียง 1 - 2 สาขาเท่านั้น

3. แค่ความเข้าใจกันเท่านั้นยังไม่พอเราจะต้องลงมือกระทำให้ความเข้าใจกันนั้นออกมาเป็นรูปธรรมเป็นความจริง (Act to Transform Reality) ดังนั้นจังหวะของ PAR จึงเป็นการสะท้อนความคิดลงมือปฏิบัติและสะท้อนความคิดแล้วลงมือปฏิบัติไปเช่นนั้น (Reflection – Action –

reflection Action) จึงเท่ากับการทบทวนความคิดหรือสะท้อนความคิดของตนเองแล้วนำไปลงมือปฏิบัติ (Direct Act) เป็นการชี้นำการปฏิบัติที่มักจะได้อินในฐานะที่เป็นคำพูดของนักการเมืองแต่ก็มีความหมายทางจิตวิทยาที่ทำให้บุคคลตระหนักถึงการที่ตนเองเป็นที่พึ่งแห่งตนขึ้นมาตนเอง

4. การลงมือปฏิบัติความรู้หรือใช้ความรู้ลงสู่การปฏิบัติ (Practical) เป็นลักษณะเด่นของ PAR อีกประการหนึ่งที่เน้นการชูประเด็นปัญหาที่สำคัญและเป็นจริงของท้องถิ่นซึ่งเท่ากับการให้การศึกษแก่ผู้ใหญ่ในท้องถิ่นโดยวิธีการเรียนที่ไม่เน้นความรู้ที่เป็นทฤษฎีและเน้นการวิเคราะห์วิจารณ์ซึ่งเป็นลักษณะที่แบ่งแยกคนแยกความแตกต่างของเพศเช่นที่กล่าวกันว่า การเรียนรู้ทางทฤษฎีหรือการวิเคราะห์เป็นบทบาทของเพศชายในขณะที่ลักษณะบทบาทเพศหญิงจะเน้นที่ Intuitive มากกว่าความรู้ทางทฤษฎีหรือทางวิทยาศาสตร์และจะมีลักษณะของการคิดค้นและลงมือปฏิบัติได้จริงกว่าซึ่งเกี่ยวกับความคิดนี้ Wignaraja ได้ชี้ให้เห็นว่าขณะที่สถาบันที่เป็นทางการเริ่มอ่อนด้อยและลดความสำคัญลงและโครงสร้างของคนชั้นสูงได้สูญเสียหรือตัดขาดความเกี่ยวข้องกับคนยากจนส่วนใหญ่ PAR จะเป็นองค์กรขึ้นพื้นฐานระดับติดดิน (Grass Root) ที่ให้ออกาสแก่คนชายขอบของกระบวนการพัฒนาได้สามารถดำรงอยู่และพัฒนามาบทบาทของตนเองได้

5. PAR เป็นกระบวนการเปิดเสรี (Inclusive) ที่ใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลโดยการสร้างความรู้จากวิธีการและความรู้ที่มีอยู่โดยไม่พยายามหรือจำกัดขอบเขตสิ่งใดทุกความคิดเห็นจะได้รับการฟังและยอมรับเป็นการให้ออกาสทุกคนได้เรียนรู้ (Learning for All) ซึ่งเป็นลักษณะพิเศษของ PAR

Schumaker กล่าวไว้ในเรื่องของการแสวงหาความสมดุลและความเท่าเทียมว่าในคู่ที่ตรงข้ามกันนั้นคู่ที่เป็นพื้นฐานคืออิสรภาพกับวินัยและความเจริญกับความเสื่อมซึ่งเป็นสิ่งที่นำโลกไปสู่ความกดดันคนมีความหวาดระแวงซึ่งกันและมีความรู้สึกเป็นตัวกูของกูหรือมีอัตตามากขึ้นและมันจะแทรกซึมเข้าไปในทุกกิจกรรมของชีวิตคนซึ่งหากเราไม่ระมัดระวังในเรื่องนี้จะทำให้รอยร้าวระหว่างคนในสังคมยิ่งกว้างขวางขึ้นและมีพลังยิ่งใหญ่อันเดียวที่จะทำให้คู่ตรงข้ามทั้งสองลงรอยกันได้ นั่นคือปัญญา (Wisdom)

ปัญหาอาจจะแก้ไม่ได้แต่ปัญญาทำให้มันลดลงได้บรรเทาได้เช่นเดียวกับคู่ตรงข้ามอื่นๆที่เกี่ยวข้องกันอยู่ในสังคมมนุษย์ทุกหนแห่งเช่นความมั่นคงกับความเปลี่ยนแปลงประเพณีกับนวัตกรรมความสนใจของประชาชนกับความสนใจของธุรกิจ (หรือส่วนตัว) การวางแผนกับการปล่อยตามบุญกรรมวินัยกับอิสรภาพความเจริญกับความเสื่อมเป็นต้นในทุกระบบสังคมควรจะต้องมีความสำนึกในความยึดเหนี่ยวผูกพันกัน (Achievement of Coherence) กล่าวคือมีความยึดเหนี่ยวภายในตัวเอง (Coherence) ซึ่งหมายถึงว่าไม่ใช่เป็นเพียงภาพลวงของระบบอื่นเท่านั้นแต่คนที่มีความยึดเหนี่ยวผูกพันกันจะมีความเชื่อว่าตนเองสามารถจะควบคุมสถานการณ์ได้โดยการมีปฏิสัมพันธ์

กับสิ่งแวดล้อมของตนอย่างดีและอย่างเกื้อกูลกันเชื่อว่าโลกของเขาเป็นโลกที่มีความหมายที่สามารถเข้าใจได้จัดการได้ด้วยทรัพยากรที่มีอยู่และไม่ขัดกับวัฒนธรรมหรือกฎเกณฑ์ของสังคมซึ่งเป็นแนวคิดที่เกี่ยวกับความสำนึกต่อชุมชน (Sense of Community) ที่จะขับเคลื่อนทิศทางวัฒนธรรมเพื่อที่จะกระตุ้นบุคคลให้ตัดสินใจเพื่อประโยชน์ของกลุ่ม

6. กระบวนการทาง PAR เป็นสิ่งมีชีวิตตนมีชีวิตรูปร่าง (Organic) เป็นกระบวนการต่อเนื่องที่ไม่มีเวลาจำกัดเป็นรูปแบบเปิดที่ไม่สามารถกำหนดแผนการล่วงหน้าไม่สามารถทำนายผลล่วงหน้าได้อย่างเป็นวิทยาศาสตร์การเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลาตามกระแสที่นักวิจัยเข้าไปมีส่วนร่วมในชุมชนและเลื่อนไหลไปตามความขึ้นลงของสถานการณ์โดยไม่มีทฤษฎีตายตัวไม่มีกฎเกณฑ์ทางวิทยาศาสตร์หรืออุดมการณ์เป็นกรอบกำหนด

การไหลขึ้นลงตามกระแสนี้ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง (Authentic) ซึ่ง Authentic Participation นี้ยังรากลึกในแนวคิดของวัฒนธรรมประเพณีของคนทั่วไปนับแต่ในประวัติศาสตร์ของเขาที่มีความสำนึกของความรักถิ่นรักชาติความร่วมมือและความรวมกลุ่มที่เป็นประชาธิปไตยอย่างแท้จริงสิ่งนี้เป็นแกนของคุณค่าของชุมชนที่คงอยู่ดำรงนับแต่ดั้งเดิมเรื่อยมาแม้ว่าจะถูกผลกระทบทางทำลายจากสงครามจากการรุกรานและความกดดันจากภายนอกอย่างไรก็ตามคุณค่าที่คงทนและทนทานนั้นเกิดจากการช่วยเหลือซึ่งกันและกันการดูแลเกื้อกูลระหว่างกัน การเอื้อเฟื้อจุนเจือแก่กันและการแบ่งปันกันของชาวบ้านของวงศาณาญาติและของเพื่อนร่วมชาติตลอดจนประเพณีปฏิบัติของสังคมที่ถ่ายทอดกันมาอันเป็นรากเหง้าของ “การมีส่วนร่วม” การที่มีความรู้เรื่องประเพณีปฏิบัติพื้นบ้านเหล่านี้จะเป็นสิ่งที่นำการพัฒนาของเราการรู้เท่าทันของเราช่วยให้เราสามารถแก้ปัญหาปัจจุบันได้ถูกทิศทางดังนั้นเราจึงทำเป็นต้องสร้างความสัมพันธ์กับสำนักที่ฝังรากในตัวเราทุกคน (ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ และเทอดศักดิ์ เดชคง, 2555)

PAR เป็นการนำเสนอการเปลี่ยนจุดเน้นจากข้อสรุปและผลของการวิจัยมาเป็นการเน้นที่กระบวนการและบริบทแทนนักวิจัยภายนอกจำเป็นต้องมีความรู้และมีความผูกพันต่อกลุ่มชาวบ้านรวมทั้งความสนใจของเราหาไม่แล้วจะไม่สามารถสร้างความเชื่อถือไว้วางใจให้เกิดขึ้นได้ใน PAR นักวิจัยภายนอกจึงเป็นแค่ผู้บริการผู้ช่วยเหลือ (Facilitator) มากกว่าเป็นผู้ควบคุมหรือผู้กำหนดโครงการวิจัย (ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ และเทอดศักดิ์ เดชคง, 2555)

7. สร้างความตระหนักถึงความเป็นตัวของตัวเอง (Self - awareness) การสร้างความตระหนักในตนให้เกิดขึ้นกับประชาชนนั้นจะต้องเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นในกระบวนการวิจัยอย่างมีส่วนร่วม (ประทุมมา ฤทธิ์โพธิ์, 2546) โดยที่ PAR จะช่วยประชาชนให้เกิดความเชื่อมั่นในตัวเองพัฒนาอัตมโนทัศน์ (Self - concept) ของประชาชนแม้คนที่ยากจนก็สามารถมีสิทธิมีเสียงได้เป้าหมายของ PAR ที่จะปรับปรุงความเป็นมนุษย์ของคน (Dehumanizing) ซึ่งหมายถึงการที่บุคคล

ค้นพบอิสรภาพภายในของตนเองเรียนรู้ที่จะฟังและแลกเปลี่ยนความคิดเรียนรู้ที่จะปลดปล่อยของตนเองจากความกลัวปลดปล่อยจากข้อสรุปที่กำหนดไว้ล่วงหน้าและปลดปล่อยจากกฎเกณฑ์ข้อตัดสินพิพากษาล่วงหน้าต่างๆซึ่งไม่ใช่เพียงเสรีภาพเท่านั้นที่เกิดขึ้นแต่มันยังจะช่วยให้คนสามารถมีพลังที่จะให้ความชุ่มชื้นแก่ชีวิตของตนเองและแก่ผู้อื่นพลังนี้จะทำให้ทุกคนที่ต่อสู้ดิ้นรนเพื่อชีวิตที่ดีกว่าประสบความสำเร็จหากประชาชนเรียนรู้ที่จะไตร่ตรองคุณค่าประสบการณ์ของตนเองแล้วเขาจะมีความเชื่อมั่นและกล้าที่จะให้คุณค่าแก่ประสบการณ์ของผู้อื่นการให้เกียรตินับถือซึ่งกันและกันจะเกิดขึ้นผ่านกระบวนการร่วมมือผ่านความใส่ใจที่มีให้แก่กันและผ่านความรักความอาทร (ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์, 2555) ดังนั้นนักวิจัย PAR จึงต้องเล็งพ่วงถึงกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ที่จะให้ได้มาซึ่งคำตอบเพียงอย่างเดียวสะท้อนตัวเองออกมาโดยการยอมรับการวิจารณ์อย่างตรงไปตรงมา เพราะการที่เราค้นหาตัวเองพบจะทำให้เราสามารถยอมรับผู้อื่นได้และทำและคิดสิ่งต่างๆในลักษณะกลุ่มของพวกมากกว่าตัวคนเดียวนั้นก็คือบุคคลและกลุ่มจะเกื้อหนุนกันในการเรียนรู้และการร่วมมือกันเปลี่ยนแปลงสังคมของเขา

8. ชุมชน (Community) เป็นแหล่งที่สำคัญที่สุดที่บุคคลจะสามารถโยงอดีตปัจจุบันและอนาคตของตนเข้าด้วยกันในการวางแผนที่จะควบคุมเป้าหมายชีวิตของตน โดย PAR จะช่วยสร้างสังคมนิเวศน์ (Ecological Society) ที่คนในชุมชนมีการพึ่งพาอาศัยกันล้มเลิกระบบเจ้านายสร้างความผสมผสานกลมกลืนระหว่างมนุษยชาติกับธรรมชาติและมนุษย์กับมนุษย์ให้เกิดขึ้นใหม่สังคมนิเวศน์จะเกิดขึ้นได้จะต้องมีความสัมพันธ์ระหว่างกันของสมาชิกสังคมในลักษณะของคนเป็นประชาธิปไตยที่เท่าเทียมกันเท่านั้น

9. PAR เป็นการมองอนาคต (Future Oriented) ดังนั้นการวิจัย PAR จะต้องรู้วิธีการสร้างฉากสำหรับการเรียนรู้ในชุมชนการจัดการในลักษณะที่ไม่มีการจัดทำโปรแกรมล่วงหน้าสำเร็จรูปหรือตายตัวการทำให้เกิดการช่วยตนเองของชุมชนการสร้างแนวทางสำหรับการกระทำแนวทางปฏิบัติที่ไม่เคยมีอยู่ก่อนการทบทวนการปรับเปลี่ยนการปรับปรุงระบบที่เขาเป็นสมาชิกอยู่การพัฒนาตัวอย่างโครงสร้างหรือภาพลักษณ์ที่จะปะติดปะต่อให้เกิดอนาคตที่ต้องการเหล่านี้เป็นต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งความสามารถที่จะฝันของบุคคลเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับการพัฒนาการพัฒนาบุคคลก็คือการฟื้นฟูความสามารถที่จะฝันของเขา (Revitalized Capacity to Dream)

10. PAR มองโลกในแง่ดี (Optimistic) ตามหลักการพื้นฐานของแนวคิดปลดปล่อยที่เชื่อว่ามนุษย์ทุกคนสามารถที่จะจัดการเรื่องต่างๆในสังคมของเขาได้ซึ่ง PAR เป็นวิธีการที่จะส่งเสริมศักยภาพด้านนี้ของบุคคล PAR เชื่อว่าอิสรภาพของมนุษย์มีความสำคัญที่สุดและมนุษย์มีสิทธิและอำนาจที่จะแสวงหาอิสรภาพแก่ตัวเองด้วยการปลดปล่อยตนเอง (Self-Emancipation) และการ

ปลดปล่อยที่แท้จริงจะได้มาจากการที่ทุกคนมีส่วนร่วมซึ่งจะนำไปถึงการสร้างสังคมใหม่ที่ประชาชนทุกคนเป็นผู้กระทำโดยอาศัยความรู้ที่เขาสร้างขึ้นเอง

วิวัฒนาการแนวคิดเรื่อง PAR (ยงยุทธ์ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ และเทอดศักดิ์ เดชคง, 2555)

การพัฒนาชุมชนในอดีตที่ผ่านมาจนปัจจุบันอาจแบ่งได้ออกเป็น 2 ยุคคือแบบดั้งเดิมแบบก้าวหน้าแนวใหม่แบบปลดปล่อยแบบที่เกิดขึ้นเนื่องจากแบบแรกไม่ประสบความสำเร็จหรืออาจประสบผลสำเร็จบ้างแต่ไม่มั่นคงและยั่งยืนจนกระทั่งกลายเป็นวิถีชีวิตของชาวบ้านได้เนื่องจากเป็นลักษณะคำสั่งจากบนสู่ล่าง (Top Down) หรือจากส่วนกลาง (Centralized) ต่อมาพยายามจะเน้นการกระจายสู่ท้องถิ่น (Decentralized) และเป็นการให้ข้อมูลจากส่วนล่าง (Bottom Up) โดยให้เป็นการริเริ่มการพัฒนาจากประชาชนในท้องถิ่นให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนแต่จุดอ่อนของการพัฒนาในแบบใหม่แม้ว่าจะเน้นบทบาทของชุมชนยังอ่อนแออยู่มากและในทางปฏิบัติยังถูกควบคุมโดยระบบราชการชุมชนจึงเป็นผู้ตามและผู้รับในการพัฒนามากกว่ามีบทบาทเป็นผู้พัฒนาเอง

PAR จึงเป็นแนวทางเลือกใหม่ที่เน้นการพัฒนาคนและองค์กรชุมชนให้มีศักยภาพพอที่จะตระหนักและเข้าใจปัญหาของตนเองสามารถแก้ปัญหาของตนเองด้วยทักษะ

แนวคิดระยะที่ 1 เรียกว่าแบบดั้งเดิม (Conventional) ซึ่งมีเจตนาที่จะทำให้ประชาชนปฏิบัติตามคำสั่งสอน (To Conform) โดยมุ่งหวังที่จะให้เกิดความเป็นระเบียบของสังคมโดยการต่อต้านการเปลี่ยนแปลงทุกอย่าง (Resist Change) กลวิธีที่ใช้จึงเป็นการสอนให้ยอมรับตามสถานการณ์ในสังคมที่เป็นอยู่โดยไม่เปลี่ยนสถานะสังคมในแง่ใดๆเลยความตั้งใจหรือเจตนาจึงเป็นไปเพื่อที่สามารถควบคุมประชาชนให้อยู่ในระเบียบวิธีการมักจะเป็นรูปของเผด็จการอำนาจ (Authoritarian) ที่ควบคุมจากเบื้องบน (Rigid Top Down) ผลที่เกิดกับประชาชนและชุมชนจึงออกมาในลักษณะของความกดขี่ (Oppressive) ให้ทำตามโดยมิชอบให้ประชาชนมีส่วนร่วมโดยเพียงนิดหน่อยหรือไม่มีเลยประชาชนจะถูกมองเป็นคนที่ไม่มีบทบาทและเป็นภาระที่ว่างเปล่าสำหรับจะเติมความรู้และประชาชนควรทำตัวให้ว่าง่ายเชื่อฟังไม่ขัดขึ้นในความสัมพันธ์ลักษณะนี้ประชาชนจะมีความรู้สึกเกรงกลัวเจ้าหน้าที่เห็นว่าเจ้าหน้าที่เป็นเจ้านายผู้อยู่แยกห่างจากเขาเป็นผู้รู้ดีในทุกเรื่องสำหรับเขาประชาชนจะเรียนรู้สิ่งต่างๆโดยการรับคำสั่งและจดจำทำตามตามที่เจ้าหน้าที่บัญชาเท่านั้น

แนวคิดระยะที่ 2 ในยุคถัดมาการพัฒนาจะออกมาในรูปแบบก้าวหน้าขึ้น (Progressive) โดยทำหน้าที่ปฏิรูป (Reform) ให้ประชาชนปรับตัวหรือมุ่งจะเปลี่ยนประชาชนให้เข้ากับความต้องการของสังคมโดยกลวิธีที่ปรับปรุงสถานะสังคมในระดับหนึ่งแต่ไม่เปลี่ยนสถานะสังคมไปจากที่เคยเป็นอยู่ซึ่งมีเจตนาที่จะทำให้ประชาชนโดยเฉพาะกลุ่มที่เล็ดร่อนปกครองยาก คือร้อนให้สงบลงไม่ต่อต้าน (Pacify) เป็นการเปลี่ยนพฤติกรรมโดยวิธีของพ่อปกครองลูก (Paternalistic) หรือควบคุมด้วยความเมตตาจากเบื้องบน (Kindly Top Down Control) แต่ผลที่เกิดแก่ประชาชนหรือชุมชนจะ

ออกมาในรูปของการหลอกลวงหรืออุบายเสแสร้งทำประหนึ่งว่าจะสนับสนุนแต่ความจริงเป็นการต่อต้านการเปลี่ยนแปลงอย่างแท้จริงโดยที่มองเห็นว่าประชาชนนั้นไม่สามารถรับผิดชอบตนเองได้ ต้องคอยดูแลต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดวิธีการเรียนรู้ของประชาชน ก็อาจมีส่วนร่วมได้บางในกิจกรรมแต่ต้องคอยป้อนคอยสั่งตลอดเวลาประชาชนอาจรู้สึกสำนึก ในบุญคุณที่เจ้าหน้าที่เป็น ประจุพ่อแม่ผู้ดูแลผู้รู้ว่าจะอะไรดีอะไรไม่ดีสำหรับเขาประชาชนจึงเรียนรู้ด้วยความร่วมมือกับ เจ้าหน้าที่และจดจำทำตามหน้าที่บอกให้ทำ

เทคนิคพื้นฐานกระบวนการมีส่วนร่วม

การกระตุ้นส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วม จะต้องอาศัยกระบวนการกลุ่มเป็นเทคนิคพื้นฐานเพื่อก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมสูงสุดและบรรลุเป้าหมายในการพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วม มีเทคนิคหลากหลาย ซึ่งแต่ทุกเทคนิคมีเป้าประสงค์อันเดียวกันคือการพัฒนาศักยภาพและสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการพัฒนาตนเอง กรอบคร่าว ๆ ชุมชนและสังคมโดยรวมในที่นี้จะกล่าว เฉพาะ 3 กระบวนการ คือ

1. กระบวนการวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม (Participatory Rural Appraisal, PRA)
2. กระบวนการประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (Appreciation Influence Control, AIC)
3. กระบวนการสร้างอนาคตร่วมกัน (Future Search Conference)

กระบวนการวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม (Participatory Rural Appraisal , PRA)

กล่าวว่า กระบวนการ Participatory Rural Appraisal, PRA เป็นกระบวนการที่ให้ชาวบ้านได้มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สภาพของชุมชนและชี้วัดปัญหาของชุมชนด้วยตนเอง โดยเน้นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ตรวจสอบข้อมูล รับฟังเหตุผลของกันและกันและหาข้อสรุปร่วมกัน ทั้งนี้ โดยผู้ทำ PRA เป็นผู้กระตุ้นให้เกิดการพูดคุยและแลกเปลี่ยน บนพื้นฐานของความเคารพและความเสมอภาค การทำ PRA ที่ดีจะช่วยให้ชาวบ้านตระหนักถึงปัญหาของตนเอง ซึ่งจะนำไปสู่การวางแผนและการลงมือกระทำเพื่อแก้ไขปัญหาของตนเองด้วยตนเองต่อไป กระบวนการ PRA จึงเป็นกระบวนการที่นอกจากจะช่วยให้ได้รับข้อมูลที่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงในชุมชนและความต้องการของชาวบ้านแล้ว ยังช่วยเสริมสร้างสัมพันธภาพและศักยภาพของชาวบ้าน สร้างจิตสำนึกความเป็นเจ้าของและเปิดโอกาสให้เกิดการแก้ปัญหาอย่างยั่งยืนในพื้นที่อีกด้วย

หลักการทำให้ PRA ต้องอยู่บนพื้นฐานดังต่อไปนี้

1. เชื่อมมั่นในศักยภาพของชาวบ้าน
2. ให้ความสำคัญกับความคิดที่มาจากประสบการณ์จริงและสถานการณ์จริงในชีวิตประจำวัน

3. เน้นการระดมพลังในชุมชนเพื่อแก้ปัญหา
4. สนับสนุนให้ชาวบ้านเป็นผู้กระทำและมีบทบาทหลักในการดำเนินการ

วีระ นิยมวัน (2542) เสนอแนวคิดว่ายุคพัฒนาคนต้องพัฒนาให้เป็นคนพัฒนาซึ่งจะเป็นคนพัฒนา ได้ต้องจัดการให้คนที่มีความรู้ประสบการณ์ที่แตกต่างกัน มีความคิดเห็นของตนเอง (Human Centered) มาร่วมกันคิดสร้างสรรค์ เปลี่ยนจากคนที่เรียนรู้จากการสอนให้จำทำให้รู้เป็นแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิด และประสบการณ์เพื่อวิเคราะห์และร่วมกันเลือกเองตัดสินใจเองมีวิถีภาวะทุกคนมีส่วนร่วมในการสร้างระบบและทำเอง

การส่งเสริมสุขภาพในชุมชน

ชุมชนจะมีกลุ่มบุคคลซึ่งส่วนหนึ่งอยู่ภายใต้ระบบนิเวศอิทธิพลของวัฒนธรรมซึ่งแบ่งปันถ่ายทอดทั้งภายในและรับจากกระแสภายนอกดังนั้นการอธิบายพฤติกรรมส่วนเสริมสุขภาพในระดับบุคคลสิ่งหนึ่งที่รูปแบบจำลองได้อ้างถึงคือบรรทัดฐานของพฤติกรรมของกลุ่มบุคคลในสังคม ดังนั้นถ้ามีโครงสร้างหรือยุทธวิธีที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของคนกลุ่มใหญ่ ย่อมส่งผลให้พฤติกรรมในระดับบุคคลได้ปรับปรุงไปด้วยทั้งนี้เนื่องจากกระบวนการโครงสร้างทางสังคมได้มีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อพฤติกรรมสุขภาพทั้งระดับบุคคลและกลุ่มคนในสังคม

ขงยุทธ์ วงศ์ภิรมย์ศานต์ และเทอดศักดิ์ เดชคง (2555) ได้นำเสนอการเปลี่ยนแปลงทางสังคมขึ้นอยู่กับปัจจัยที่สำคัญ 4 ประการได้แก่

1. โครงสร้างทางสังคมจำเป็นต้องมีอยู่เพื่อช่วยให้บุคคลประยุกต์ใช้หรือสร้างแนวทางแก้ปัญหาอันจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่างๆตามมาหากเช่นถ้าต้องการให้บุคคลได้มีน้ำดื่มและอาหารที่เหมาะสมสังคมต้องจัดเตรียมน้ำสะอาดให้ดื่มและบริโภคอีกทั้งเป็นน้ำซึ่งมีปริมาณและคุณภาพดีเพียงพอเป็นต้น

2. จุดเน้นของชุมชนชุมชนต้องมีส่วนร่วมสนับสนุน โดยผ่านทางกลไกสื่อสารประชาสัมพันธ์ ในลักษณะมวลชนเป็นการกระตุ้นส่งเสริมผลักดันก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงปัจจุบันอาจอยู่ในรูปของการสร้างกระแสการชี้แนะ (Advocacy) แนวคิดให้มีกลุ่มบุคคลเห็นด้วยกับอุดมการณ์เข้าร่วมด้วยช่วยกันผลักดันให้เป็นรูปธรรมเช่นการรณรงค์ต่อต้านการสูบบุหรี่

3. แรงผลักดันเพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงนั้นจำเป็นต้องมีผู้นำสำคัญซึ่งทำหน้าที่จูงใจนำกลุ่มคนก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปยังเป้าประสงค์

4. จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมียุทธศาสตร์อันเข้มแข็งมีทิศทางชัดเจนได้จัดเตรียมเพื่อต่อสู้อุปสรรคและปัญหาข้อขัดแย้งในกระบวนการเปลี่ยนแปลง

การเปลี่ยนแปลงในสังคมทำได้หลายระดับมีทั้งลักษณะเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไปและเปลี่ยนอย่างฉับพลันทั้งที่ ขงยุทธ์ วงศ์ภิรมย์ศานต์ และเทอดศักดิ์ เดชคง (2555) ได้จัดลำดับการเปลี่ยนแปลงในชุมชนที่ได้รับการต่อต้านเรียงตามความสำคัญจากน้อยไปหามากดังนี้

1. การเผยแพร่และการยอมรับวิธีการนี้ขึ้นอยู่กับ การสื่อสารประชาสัมพันธ์และความคิดเห็นของผู้นำทฤษฎีกลุ่มนี้ได้อธิบายนำเสนอแนวคิดใหม่เข้าสู่สังคมหรือชุมชนได้อย่างไรรวมถึงการปฏิบัติในสังคมเพื่อเผยแพร่จากสังคมหนึ่งไปสู่สังคมอื่นๆได้อย่างไรบ้าง

2. การบริหารจัดการสำรวจความเห็นพ้องต้องกันของคนส่วนใหญ่ในชุมชนสิ่งเหล่านี้ได้มาพร้อมกันกับการแบ่งปันความสนใจร่วมกันหรือใช้วิธีการสำรวจความคิดเห็นของประชาชน (Polling) หรือการสำรวจสาธารณมติของประชาชนแนวคิดทฤษฎีกลุ่มนี้จะเน้นเรื่องเครือข่ายและการสนับสนุนทางสังคม

3. การวางแผนทางสังคมยุทธวิธีนี้เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาสังคมมีการประเมินผลและแก้ปัญหาทางสุขภาพและสังคมร่วมกันไป

4. การดำเนินนโยบายทางการเมืองกระบวนการนี้มีหลายยุทธวิธีอาทิเช่นออกกฎหมายการรณรงค์การหาเสียงสนับสนุนเพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและยอมรับอย่างเป็นทางการ

5. การเผชิญหน้าเพื่อหาข้อตกลงร่วมกันเป็นปฏิกริยาคุกคามและข่มขู่มีกลุ่มทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงองค์กรซึ่งให้ความสำคัญกระบวนการและยุทธวิธีที่จะเพิ่มความต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเช่นนโยบายสุขภาพ

6. การสร้างความแตกแยกโดยไม่ใช้ความรุนแรงเช่นการหยุดงานประท้วงการต่อต้านการเดินขบวน การไม่ยอมปฏิบัติตามคำสั่ง

7. การสร้างความแตกหักโดยใช้ความรุนแรงเช่นปฏิวัติการปะทะรุนแรงและอื่นๆการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพเป็นสิ่งที่ต้องการใช้ยุทธวิธีจูงใจให้เปลี่ยนโดยความสมัครใจยินดีทำด้วยความกระจำใจด้วยเหตุผลของตนเองเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแบบยั่งยืนดังนั้นยุทธวิธีจึงนิยมการสร้างแรงจูงใจควบคู่ไปกับการเปลี่ยนความไม่รู้ไม่เข้าใจให้รู้และเข้าใจได้ด้วยตนเองบ่อยครั้งทฤษฎีเพียงอย่างเดียวอาจจะไม่สามารถนำเสนอแนวคิดหรือรูปแบบการจัดโครงการได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุดอีกทั้งไม่มีรายละเอียดมากพอที่จะระบุแนวทางที่จะนำเสนอขั้นตอนการดำเนินงานองค์กรของกลุ่มกิจกรรมรวมถึงขั้นตอนการควบคุมกำกับและ

ประเมินผลได้อย่างชัดเจนจึงต้องใช้แบบจำลองแบบผสมผสานเพื่อใช้วางแผนและจัดดำเนินโครงการอย่างเหมาะสม

การดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนประชาชนไทยให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพน้อยและมีพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพหลายด้านอีกทั้งเงื่อนไขสิ่งแวดล้อมยังไม่เอื้ออำนวยให้ประชาชนมีสุขภาพดีไม่ทำให้ประชาชนไทยสนใจสุขภาพและมีทักษะในการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสมถูกต้องบางครั้งมีความผิดพลาดและส่งผลเสียต่อชีวิตและสุขภาพนับเป็นสิ่งที่สำคัญที่ต้องเพิ่มศักยภาพในการดูแลสุขภาพของตนเองของประชาชนทำให้เรียนรู้ได้ง่ายถูกต้องเหมาะสมและสอดคล้องกับชีวิตประจำวัน ทั้งนี้หากพิจารณาจำนวนผู้ป่วยดังแสดงไว้ในตารางที่ 1 จะพบว่า จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคจากการประกอบอาชีพ ของอำเภอสันป่าตอง ปี พ.ศ. 2546-2552 มีแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้นในทุก ๆ โรค โดยเฉพาะ โรคปอดและทางเดินหายใจ เพิ่มจาก 54 รายในปี 2546 เป็น 172 ราย ในปี 2552 โรคผิวหนัง เพิ่มจาก 225 ราย ในปี 2546 เป็น 1,130 ราย ในปี 2552 โรคพิษจากโลหะหนัก เพิ่มจาก 2 รายในปี 2546 เป็น 36 รายในปี 2552 โรคพิษสาเหตุจากสารระเหย หรือสารทำลายลาย เพิ่มจาก 6 รายในปี 2546 เป็น 9 รายในปี 2552 และ โรคพิษจากก๊าซ เพิ่มจาก 1 รายในปี 2546 เป็น 62 รายในปี 2552 (สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค, 2556)

แม้ว่าองค์กรภาครัฐบางส่วนและองค์กรพัฒนาภาคเอกชนหลายองค์กรได้ส่งเสริมให้ชุมชนมีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่แต่ในรูปแบบงานสาธารณสุขมูลฐานก็ยังมีข้อจำกัดในการตัดสินใจการมีส่วนร่วมและการเป็นเจ้าของสุขภาพที่แท้จริงจากประชาชนและชุมชน อย่างไรก็ตามในชุมชนทั้งเขตเมืองและเขตชนบทยังคงมีองค์กรกลุ่มและชมรมจำนวนหนึ่งที่ยังให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพมีการรวมตัวกันมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้สามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ (วัลลภา เย็นระยับ, 2546)

วิธีการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนโดยอาศัยชุมชนเป็นฐาน (Community Based Health Promotion) หมายถึงการทำกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยชุมชนเป็นผู้ตัดสินใจและควบคุมนักวิชาชีพเป็นเพียงผู้ให้ข้อมูลหรือคำแนะนำองค์กรอนามัยโลกเสนอความคิดเห็นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคของประชาชนมี 3 ด้านคือความมุ่งมั่งที่การเปลี่ยนวิถีชีวิตและเงื่อนไขสิ่งแวดล้อมของชุมชนการป้องกันโรคในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงและการเฝ้าระวังโรคที่มีความเสี่ยงสูงในชุมชน

วิธีการทำงาน (Approach) ของการส่งเสริมสุขภาพในระดับชุมชน (วัลลภา เย็นระยับ, 2546) จำแนกเป็น 2 ด้านคือ

1. การทำงานที่มุ่งเปลี่ยนพฤติกรรม (Behavioral approach) ซึ่งมีเป้าหมายคือการเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพเป็นกลยุทธ์ที่ใช้กันอย่างกว้างขวางขั้นตอนการทำงานประกอบด้วย

1.1 กำหนดปัญหาพิจารณาและจำแนกพฤติกรรมเสี่ยงที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพเช่น บริโภคนิสัยการสูบบุหรี่หรือการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นต้น

1.2 กำหนดกลุ่มเป้าหมายประชาชนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงหรือประชาชนที่ต้องการให้ เปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อสุขภาพดี (Healthy Lifestyle)

1.3 กลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพมี สุขศึกษาและการตลาดเพื่อสังคม (Social Marketing) นโยบายที่สนับสนุนวิถีชีวิตที่ดี

1.4 การพัฒนาชุดโครงการนักวิชาชีพหรือองค์กรภาครัฐที่เกี่ยวข้องร่วมกันปรึกษา กำหนดปัญหาสุขภาพของชุมชนคัดเลือกสมาชิกในชุมชนเพื่อร่วมกันแก้ปัญหาสุขภาพจัดทำชุด โครงการด้านส่งเสริมสุขภาพของชุมชน

1.5 ตัวอย่างของความสำเร็จคือการพัฒนาวิถีชีวิตของคนในชุมชนการเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพการประกาศใช้กฎหมายสาธารณสุขนโยบายเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ในภัตตาคาร

2. การทำงานที่มุ่งเปลี่ยนทางด้านสังคมและทางด้านสิ่งแวดล้อม (Social – Environment Approach) วิธีการทำงานแบบนี้จะเชื่อมโยงไปสู่การพัฒนาชุมชนการปรับเปลี่ยนเงื่อนไขความ เป็นอยู่และสังคมสิ่งแวดล้อมรอบตัวขึ้นตอนการทำงานประกอบด้วย

2.1 กำหนดปัญหาพิจารณาปัจจัยเสี่ยงด้านสังคมจิตวิทยาสิ่งแวดล้อมเช่นขาด การสนับสนุนทางสังคมการอยู่แบบโดดเดี่ยวความเชื่อมั่นในตนเองต่ำ (Low Self Esteem) เงื่อนไข ที่นำไปสู่ความเจ็บป่วย (ความยากจนอันตรายจากการทำงานและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ)เป็นต้น

2.2 กลุ่มประชากรเป้าหมายประชาชนที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงสูง

2.3 กลยุทธ์หลักคือการเพิ่มพลังให้กับบุคคลหรือชุมชน (Personal & Community Empowerment) การพัฒนากลุ่มขนาดเล็กการพัฒนาชุมชนให้มีกิจกรรมที่มุ่งต่อตัวกำหนดของ สุขภาพการตลาดเพื่อสังคมการสนับสนุนพันธมิตรในการพัฒนานโยบายด้านสาธารณสุขเพื่อ สุขภาพดี

2.4 พัฒนาชุดโครงการกระบวนการที่ทำให้ชุมชนมีความสามารถในการตัดสินใจ วางแผนกำหนดกลยุทธ์ปฏิบัติการและประเมินผลโดยชุมชนเอง

2.5 ตัวอย่างของความสำเร็จคือการเพิ่มเครือข่ายทางสังคมคุณภาพการสนับสนุน ทางสังคมกิจกรรมชุมชนที่ทำให้การเข้าถึงการบริการสาธารณะหรือชุมพลังในชุมชนอันจะนำไปสู่ สุขภาพดีแบบยั่งยืน

วิธีการส่งเสริมสุขภาพ 2 แบบดังกล่าวไม่จำเป็นต้องแยกกันอย่างเด็ดขาดแต่หาวิธีการ ทำงานแบบหลังจะส่งผลในระยะยาวมากกว่าภายหลังที่ประชาชนมีประสบการณ์ในการปฏิบัติการ เพื่อส่งเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการของชุมชน

บทบาทของชุมชนในระดับต่างๆชุมชนหรือสมาชิกของชุมชนสามารถมีบทบาทต่อการส่งเสริมสุขภาพได้คือดังนี้ (วัลลภา เย็นระยับ, 2546)

1. บทบาทต่อบุคคล (The Individual Health Approach) มุ่งพัฒนาศักยภาพของบุคคลเพื่อให้มีความเข้มแข็งสามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพและเผชิญกับสถานการณ์ชีวิตและสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยมีกลยุทธ์การทำงานที่หลากหลายเช่นการเพิ่มความเข้มแข็งของร่างกายและระบบภูมิคุ้มกันเพิ่มแรงจูงใจในการที่จะดูแลสุขภาพเพิ่มพูนความรู้ด้านสุขภาพโดยการให้สุขศึกษา/คำปรึกษา/ข้อมูลและการสนับสนุนผ่านกิจกรรมทางสังคมวัฒนธรรมการฝึกอบรมและการมีสถานที่ออกกำลังกาย

2. บทบาทต่อชุมชน (The Community Health Approach) มุ่งสร้างและเพิ่มศักยภาพของระบบนิเวศสังคมให้ดีขึ้นอันจะทำให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพโดยใช้กลยุทธ์ที่กว้างขวางเช่นการผสมผสานนโยบายทางด้านสังคม / เศรษฐกิจ / การศึกษา / สาธารณสุข / การจ้างงาน / อาชีวอนามัยโครงการ / ชุดโครงการด้านชุมชนเช่นระบบบริการสาธารณสุขสุขศึกษาหรือการสื่อสารข้อมูลทางด้านสุขภาพเงื่อนไขการทำงานที่ส่งผลดีต่อสุขภาพเครือข่ายข้อมูลเครือข่ายทางสังคมสาธารณสุขชุมชนเป็นต้นกล่าวได้ว่ารูปแบบนี้เป็นการพัฒนาศักยภาพทางด้านสุขภาพของชุมชนพร้อมไปกับการลดอันตรายและลดความเสี่ยงด้านสุขภาพของชุมชนการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนประชาชนต้องเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดำเนินงานโดยอาศัยชุมชนเป็นฐานคือประชาชนต้องเป็นผู้ตัดสินใจและควบคุมการทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพมีวิธีการทำงานคือการทำงานที่มุ่งเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพและการทำงานที่มุ่งเปลี่ยนด้านสังคมสิ่งแวดล้อมการดำเนินงานที่ยั่งยืนต้องเกิดจากประชาชนในชุมชนเอง

แนวคิดเรื่องกระบวนทัศน์สุขภาพ (Paradigm)

ความหมายของกระบวนทัศน์

ความหมายของกระบวนทัศน์ มีนักวิชาการได้ให้ความหมายไว้หลากหลายดังนี้ จูเลีย อบเบลสัน (Julia Abelson, 2003) โทมัส คูณส์ ได้นำเสนอเป็นครั้งแรก ในปี ค.ศ.1962 ใน The Structure of Scientific Revolutions งานความคิดที่มีอิทธิพลมากที่สุดชิ้นหนึ่งในครึ่งหลังของศตวรรษที่ 20 กล่าวว่ากระบวนทัศน์ (New Paradigm) และการเปลี่ยนย้ายกระบวนทัศน์ (Paradigm Shift) ของเขาก็ได้รับความสนใจ และมีอิทธิพลอย่างสูงต่อการเปลี่ยนแปลงความคิด ความเชื่อ วิธีวิทยา (Methodology) ของศาสตร์ต่างๆ ทั้งวิทยาศาสตร์และสังคมศาสตร์ ในช่วงคริสต์ศตวรรษที่ 1970 เป็นต้นมา โทมัส คูณส์ ให้ความหมายของกระบวนทัศน์ว่า หมายถึง ความสำเร็จทางวิทยาศาสตร์ซึ่งเป็นที่ยอมรับอย่างเป็นสากล กระทั่งเป็นต้นแบบ (แนวคิด ค่านิยม ความเชื่อ) ในการมองปัญหาและ

วิธีการแก้ไขปัญหของชุมชน ซึ่งตามบริบทของหนังสือของโทมัส คูนส์ หมายถึง ชุมชน นักวิทยาศาสตร์และเรียกความสำเร็จทางวิทยาศาสตร์ดังกล่าวว่า Normal Science คือเป็นกระแสหลักหรือเป็นปฏิบัติทางวิทยาศาสตร์ (Scientific Revolution) เมื่อความรู้เดิมดังกล่าวไม่สามารถอธิบายปรากฏการณ์ใหม่ๆ ได้หรือมีการค้นพบใหม่ขึ้น การปฏิวัติดังกล่าวทำให้เกิดการเปลี่ยนย้าย (Paradigm Shift) ไปจากเดิมอย่างสิ้นเชิง กลายเป็นกระบวนทัศน์ใหม่ (New Paradigm) ซึ่งคนทั่วไปในชุมชนนั้นเห็นพ้องให้เป็นแนวทางการปฏิบัติใหม่ จูเลีย อเบลสัน (Julia Abelson, 2003) ระดับของกระบวนทัศน์ ที่คูนส์ ได้กล่าวถึง หมายถึง การเปลี่ยนแปลงที่มีความสำคัญในระดับที่นักประวัติศาสตร์เรียกขานทำนองเป็นยุค หรือเป็นเส้นแบ่งช่วงเวลาสำคัญ เช่น ยุคดาราศาสตร์ของปโตเลมี Ptolemaic Astronomy, Copernican, Newtonian นักวิชาการผู้เคยร่วมถกเถียงอย่างมากกับคูนส์ แสดงความเห็นว่ ในทัศนะของคูนส์ กระบวนทัศน์ใหม่ควรหมายถึงการเปลี่ยนแปลงในระดับของ คาร์วิน นิวตัน ฟรอยด์ การเปลี่ยนย้ายกระบวนทัศน์ในประวัติศาสตร์จะเกิดขึ้นไม่เกิน 5 ครั้ง จูเลีย อเบลสัน (Julia Abelson, 2003)

ดังนั้นหากพิจารณา จากจุดเริ่มต้นของคูนส์ ผู้เริ่มใช้คำว่า กระบวนทัศน์แล้ว การเปลี่ยนกระบวนทัศน์ และกระบวนทัศน์ใหม่ที่เกิดขึ้น มิใช่การเปลี่ยนแปลงในระดับแนวคิด ทฤษฎีย่อย หากเป็นการเปลี่ยนแปลงรากฐานความคิดความเชื่อในระดับถอนรากถอนโคน ดังจะเห็นได้ว่าเขาใช้คำว่า “ปฏิวัติ” (Revolution) คือเป็นการเปลี่ยนแนวคิด ความเชื่อค่านิยม ชุดใหม่ แบบพลิกฟ้าคว่ำแผ่นดินเหมือนการปฏิวัติ

ฟริตซ์ จอห์น คาปรั้า นักคิดยุคใหม่ ผู้เขียน “จุดเปลี่ยนแห่งศตวรรษ” และ “The Web of Life” เห็นว่ แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนทัศน์ใหม่ และการเปลี่ยนย้ายกระบวนทัศน์ซึ่ง โทมัส คูนส์เสนอ กว่า 30 ปีที่แล้ว มีความจำเป็นที่จะต้องให้ค่านิยมใหม่ที่ขยายขอบเขตจากบริบททางวิทยาศาสตร์ บูรณาการมาสู่พื้นที่ทางสังคมอันกว้างใหญ่ เป็นการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมคาปรั้า ได้ให้คำนิยาม กระบวนทัศน์ว่ คือ ชุดแนวคิด (Concepts) ค่านิยม (Values) ความเข้าใจรับรู้ (Perceptions) และการปฏิบัติที่มีร่วมกันของคนกลุ่มหนึ่ง ชุมชนหนึ่ง ที่ก่อตัวเป็นแบบแผนของทัศนอย่างเฉพาะแบบหนึ่ง เกี่ยวกับความจริง (Reality) ซึ่งเป็นฐานของวิถีของการจัดการตนเองของชุมชนนั้น จูเลีย อเบลสัน (Julia Abelson, 2003)

การปรับค่านิยมของคาปรั้าสู่การเปลี่ยนแปลงทางสังคม นอกจากจะมีได้ทำให้ความหมายและความสำคัญของกระบวนทัศน์กลายเป็นเรื่องเล็กเรื่องน้อย ปลีกย่อยไปตามประเด็นมากมายทางสังคมแล้ว ในทางตรงข้าม กระบวนทัศน์ในความคิดของคาปรั้า นั้น ขยายพื้นที่ครอบคลุมปริภูมิ พลของสังคมทั้งหมด มิใช่เพียงด้านวิทยาศาสตร์หรือเป็นเรื่องของนักวิทยาศาสตร์สาขาต่างๆ เท่านั้น หากเขาได้เชื่อมโยงให้เห็นว่ กระบวนทัศน์ทางวิทยาศาสตร์นั้น

ได้ขยายปริมาณเข้าไปสู่ทุกพื้นที่ทางสังคม จนก่อตัวเป็นวัฒนธรรม มีอิทธิพลต่อวิถีชีวิตระบบคิด วิถีคิดของคนในสังคมทั้งหมด โดยเฉพาะในโลกตะวันตก ซึ่งมีกระบวนการทัศน์แบบนิวตัน เดการ์ต เป็น Normal Science มากกว่า 2-3 ศตวรรษ ดังนั้นกระบวนการทัศน์ใหม่และการเปลี่ยนย้ายกระบวนการ ทัศน์ ในทัศนะของเขา จึงเป็นการปฏิวัติทางวัฒนธรรม กระบวนการทัศน์ในความหมายของคาปร้า จึงมีขอบเขตที่กว้างขวางกว่าของคุนส์มาก จูเลีย อเบลสัน (Julia Abelson, 2003)

กระบวนการทัศน์ มิใช่ความใหม่ หรือระดับการเปลี่ยนแปลงแบบสิ้นเชิงเท่านั้น แต่หัวใจของกระบวนการทัศน์ คือ “ระดับความสำคัญ” กล่าวคือ กระบวนการทัศน์มีฐานะเป็นทัศนะแม่บท หรือเป็นความเชื่อระดับรากหรือฐานคิดที่มีอิทธิพลก่อให้เกิดทัศนะ ความเชื่ออื่น ๆ ตามมาอีกมาก

จากที่กล่าวถึงความหมายของกระบวนการทัศน์ข้างต้น สรุปได้ว่า กระบวนการทัศน์ หมายถึง แนวคิด ค่านิยม ความเข้าใจรับรู้ และการปฏิบัติที่มีร่วมกัน ที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงจาก วัฒนธรรมเดิมอย่างสิ้นเชิง ไปสู่วัฒนธรรมใหม่ที่ตรงกับความเป็นจริงในปัจจุบันมากที่สุด ซึ่งความเป็นจริงในปัจจุบัน คือ ฐานของวิธีการจัดการตนเองของชุมชน

แนวคิดและความหมายของชุมชน

เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์ (2544) กล่าวว่าชุมชน (Community) เป็นการจัดองค์กรทาง สังคมรูปแบบหนึ่ง โดยทั่วไปจะให้ความหมายไว้ 2 ลักษณะ ลักษณะแรก หมายถึง กลุ่มคนที่อยู่ ร่วมกันตามพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ เช่น ชุมชนหมู่บ้าน ชุมชนแออัด เป็นต้น ลักษณะที่สองหมายถึง กลุ่มคนที่รวมตัวกัน ณ ที่แห่งใดแห่งหนึ่งเพื่อทำกิจกรรมบางอย่างร่วมกัน โดยมีโครงสร้างและ วัตถุประสงค์การดำเนินงานของสมาชิกที่ชัดเจนและต่อเนื่อง เช่น ชุมชน นักวิชาการ ชุมชนศาสนา เป็นต้น โดยสมาชิกในชุมชนทั้งสองจะมีความตระหนักในเอกลักษณ์ของชุมชนและมีความรู้สึก เป็นเจ้าของร่วมกัน

พิสมัย จันทวิมล (2541) กล่าวว่าชุมชน (Community) เป็นกลุ่มจำเพาะของประชากร ซึ่งส่วนมากอาศัยอยู่ภายใต้พื้นที่ภูมิศาสตร์ที่มีขอบเขตแน่ชัด มีวัฒนธรรม มีค่านิยมและธรรมเนียม ปฏิบัติร่วมกัน โดยถูกจัดเข้าอยู่ในโครงสร้างของสังคมบนพื้นฐานของสัมพันธภาพที่ชุมชนได้ พัฒาร่วมกันมาในช่วงเวลาหนึ่ง สมาชิกของชุมชนได้รับการรับรองเอกลักษณ์ของตนทั้งใน ส่วนตัวและสังคม ในเรื่องความเชื่อถือ ค่านิยมและธรรมเนียมปฏิบัติ ทั้งที่พัฒนามาโดยชุมชนตั้งแต่ อดีตกาลและที่อาจจะได้รับการปรับเปลี่ยนในอนาคต พวกเขาได้แสดงให้เห็นถึงความรับรู้ใน เอกลักษณ์ร่วมของกลุ่มและความต้องการพื้นฐานที่มีร่วมกัน รวมทั้งเจตจำนงในการได้มาซึ่งความ ต้องการนั้นในสังคมต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศที่พัฒนาแล้วปัจเจกบุคคลอาจจะไม่ได้เป็น สมาชิกของชุมชนเดียวหรือชุมชนใดชุมชนหนึ่งอย่างเด่นชัด หากอาจจะรักษาความเป็นสมาชิกภาพ

ของหลายชุมชนบนพื้นฐานการจำแนกอันหลากหลาย เช่น ภูมิศาสตร์ อาชีพ ความสนใจทางสังคม และการพักผ่อนหย่อนใจ

ประเวศ วะสี (2550) ได้ให้นิยามความหมายของชุมชนไว้ว่า เป็นการที่คนจำนวนหนึ่งมีวัตถุประสงค์ร่วมกันมีความเชื่ออาทรต่อกันมีความพยายามทำอะไรร่วมกันมีการเรียนรู้ร่วมกันในการกระทำรวมถึงการติดต่อสื่อสารกันด้วยชุมชนควรมีลักษณะ 4 ประการ

1. มีวัตถุประสงค์ร่วมกัน
2. มีความเชื่ออาทรต่อกัน
3. มีการกระทำร่วมกัน
4. มีการเรียนรู้ในการกระทำร่วมกัน

และสิ่งที่จะเกิดตามมาจากองค์ประกอบดังกล่าว 2 ประการ คือ ความมีจิตวิญญาณ ความเป็นผู้นำตามธรรมชาติและการจัดการซึ่งเป็นผลพวงจากกระบวนการร่วมคิดร่วมทำ

โดยสรุปชุมชน หมายถึง กลุ่มคนที่อยู่ร่วมกันภายใต้พื้นที่ที่มีขอบเขตชัดเจน มีวัฒนธรรม มีค่านิยม ธรรมเนียมปฏิบัติร่วมกันมีความสัมพันธ์มีวัตถุประสงค์มีความเชื่ออาทรและเรียนรู้ร่วมกัน และพัฒนาการสืบเนื่องสืบต่อกันมา

ความหมายและความสำคัญของโรคจากการประกอบอาชีพ

โรคที่เกิดจากการประกอบอาชีพหรือเนื่องจากการทำงานตามกฎหมายแรงงานเกี่ยวกับเงินทดแทน ให้ความหมายไว้ว่าหมายถึงโรคหรือความเจ็บป่วยต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น กับผู้ปฏิบัติงานที่สัมผัสกับงานหรืออยู่ในบรรยากาศของการทำงานที่เป็นพิษภัยจนเป็นสาเหตุทำให้สุขภาพอนามัยเสื่อมโทรมจนเจ็บป่วยเป็นโรคหรือพิการ (ประเวศ วะสี, 2550)

การเจ็บป่วย หมายถึง การที่ลูกจ้างคนงานผู้ที่อยู่ในบรรยากาศของการทำงาน เกิดอาการเจ็บป่วยหรือถึงแก่ความตายเนื่องจากการทำงานให้แก่นายจ้างด้วยโรคซึ่งเกิดขึ้นตามลักษณะหรือสภาพงาน หรือเรียกว่าการเจ็บป่วยเป็นโรคจากการประกอบอาชีพ

นับตั้งแต่มนุษย์ได้มีวิวัฒนาการเรื่อยมาจนกระทั่งรู้จักคิดค้นประดิษฐ์เพื่อการผลิตสิ่งของเครื่องใช้และมีการพัฒนาที่สูงขึ้นตลอดเวลาสิ่งที่พบควบคู่กันมาก็คือความเจ็บป่วยหรือโรคที่มีสาเหตุมาจากการทำงานการผลิตต่าง ๆ เช่น สมัยก่อนคริสต์ศักราชมีการพบว่าคนงานที่ทำงานเกี่ยวกับการแยกสกัดโลหะเกิดการเจ็บป่วยซึ่งจากการสันนิษฐานเชื่อว่าคนงานหายใจเอาฝุ่นแร่จากการสกัดโลหะเข้าสู่ร่างกายเกิดการสะสมของสารตะกั่วทำให้ป่วยเป็นโรคแพ้พิษตะกั่วจนกระทั่งปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงและความเจริญก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยี การผลิตที่ก้าวไกลของโลหะได้มีการนำสารเคมีต่าง ๆ เข้ามาใช้ในขั้นตอนกระบวนการผลิตมากมาย ดังนั้นจึงควรมีการ

สร้างเสริมความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับวิธีการใช้วัตถุสิ่งของและอันตรายอันอาจเกิดขึ้นกับผู้ที่เกี่ยวข้องสัมผัสในการทำงานเพื่อเป็นการป้องกันทั้งตนเองและผู้อื่นให้เกิดความปลอดภัย

โรคจากการประกอบอาชีพอาจเกิดขึ้นได้กับทุกระบบของร่างกาย เช่น การบาดเจ็บอย่างเฉียบพลันจากการที่อวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งถูกตัดโดยอุปกรณ์เครื่องจักร เครื่องมือ การบาดเจ็บอย่างเรื้อรังของร่างกายทั้งภายในและภายนอกร่างกาย จากการทำงานซ้ำซากหรือการปฏิบัติตัวผิดท่า ปฏิบัติงานผิดวิธีจากบรรยากาศในการทำงาน โรคปอดชนิดต่าง ๆ จากฝุ่นหรือวัตถุอันตรายที่ได้สัมผัส พิษจากวัตถุอันตรายต่าง ๆ สารเคมีจากการป้องกันกำจัดศัตรูพืชและสัตว์ สารทาลอะลาย การกลายพันธุ์มะเร็ง และอื่น ๆ

สถานการณ์โรคจากการประกอบอาชีพ

โรคจากการประกอบอาชีพเกิดขึ้นทุกวันในทุกมุมโลก เมื่อเกิดกับบุคคลซึ่งอยู่ในวัยทำงานและมีบทบาทความรับผิดชอบสำคัญของครอบครัวย่อมส่งผลกระทบต่อครอบครัวและสังคม ทั้งในทางเศรษฐกิจ คุณภาพชีวิต ดังเหตุการณ์ที่เคยเกิดขึ้นมาแล้ว (ชินกมล สุขดี, 2553)

สถานการณ์ในต่างประเทศ

เหตุการณ์ความรุนแรงและความเสียหายที่เกิดขึ้นและเป็นเรื่องที่รู้จักกันดีทั่วโลก ได้แก่ โรค “มินามาตะ” ที่ประเทศญี่ปุ่น เนื่องจากการปล่อยน้ำทิ้งของโรงงานพลาสติกที่มีสาร methyl mercury ลงสู่อ่าวมินามาตะเป็นเวลาหลายปี ทำให้ประชาชนที่รับประทานสัตว์น้ำที่มีสารปรอทสะสมอยู่ป่วยและเสียชีวิตจำนวนมาก อีก 10 ปีต่อมา ประชาชนป่วยเป็นโรค “อิไต อิไต” ที่มีอาการปวดตามข้อและกระดูก เนื่องจากโรงงานอุตสาหกรรมปล่อยสารแคดเมียมเข้าไปปนเปื้อนในน้ำและพื้นดินทำให้ประชาชนที่ใช้น้ำและพื้นดินบริเวณนั้นทำมาหากิน เจ็บป่วยและเสียชีวิตจำนวนมากเช่นกัน นอกจากนั้น ยังมีกรณีการเจ็บป่วยและเสียชีวิตต้องเคลื่อนย้ายถิ่นที่อาศัยอีกจำนวนมากในประเทศอิตาลี ที่ประชาชนรับประทานขนมปังจากข้าวสาลีที่มีสารป้องกันกำจัดเชื้อรา alkyl mercury เจือปน และการมีพิษของสารปรอทเกิดขึ้น ในยุโรป สหรัฐอเมริกา แคนาดา และแอฟริกาเกิดโรคพิษจากแอสเบสตอสและโรคมะเร็งปอดกับผู้ที่ทำงานและอาศัยอยู่ใกล้เคียงโรงงานและเหมืองแร่ที่มีการใช้แอสเบสตอสชนิดโรซิโดไลซ์ การเกิดผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดจากเบนซีนที่ใช้มากในโรงงานอุตสาหกรรมในยุโรป จีน และสหรัฐอเมริกา การเกิดโรคพิษ ฝนเหลืองในประเทศเวียดนาม ที่มีสาเหตุมาจากพิษของสารป้องกันกำจัดวัชพืชที่ทหารอเมริกันนำไปใช้ฉีดพ่น ทำให้ประชาชนเวียดนามตอนใต้เจ็บป่วย พิการ รวมทั้งทารกในครรภ์ที่คลอดออกมา ต่อมายังมีเหตุการณ์รุนแรงที่เกิดขึ้นในลักษณะใกล้เคียงกันนั้นอีกนับครั้งไม่ถ้วน ทั้งในประเทศอังกฤษที่เกิดการระเบิดในโรงงานอุตสาหกรรม ที่ใช้สาร cyclohexane ในกระบวนการผลิต การเกิดการรั่วไหลของสารพิษ dioxin จากโรงงานผลิตสารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืชที่เมืองเซาท์โฮ การเกิดการรั่วไหลของ

แอมโมเนียจากโรงงาน เมืองแมนแฟรคโอเนียของประเทศอิตาลี และในปี พ.ศ.2522 ที่ประเทศรัสเซียเกิดอุบัติเหตุในโรงงานเคมีภัณฑ์ทำให้ประชาชนเสียชีวิต 300 คน พ.ศ.2527 เกิดการรั่วไหลของสาร methyl isocyanate ของโรงงานผลิตสารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืชในประเทศอินเดียทำให้มีผู้เสียชีวิตทั้งสิ้น 3,000 คน เจ็บป่วยกว่า 10,000 คน ต้องเคลื่อนย้ายออกจากพื้นที่กว่า 200,000 คน ในปี พ.ศ.2529 เกิดเพลิงไหม้โรงงานผลิตสารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืชที่เมืองบาเซล ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ ทำให้แม่น้ำไรน์เกิดการปนเปื้อนสารเคมีอย่างรุนแรง (ชื่นกมล สุขดี, 2553)

นอกจากที่ได้กล่าวมาแล้วนั้นก็ยังคงมีเหตุการณ์อุบัติเหตุร้ายแรงที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องส่งผลกระทบต่อชีวิต สุขภาพ และทรัพย์สินของประชาชนอย่างเนืองแน่นและเรื้อรังตลอดมา

สถานการณ์ในประเทศไทย

โรคจากการทำงาน อุบัติเหตุ อุบัติภัย จากวัตถุอันตรายที่เกิดขึ้นในประเทศไทยนั้นมักจะไม่ค่อยได้รับความสนใจในการรับรู้ถึงอันตรายและความรุนแรงของความเสียหาย หรือผลกระทบมากกว่าที่ควร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเกษตรกรรม อุตสาหกรรม และเขตชนบทห่างไกล ดังจะเห็นได้จากการใช้สารเคมีในการป้องกันกำจัดศัตรูพืชอย่างไม่ถูกต้องและปลอดภัยในภาคเกษตรกรรม ทำให้เกิดการเจ็บป่วยและเสียชีวิตปีละมาก ๆ การเกิดโรคและอุบัติเหตุจากวัตถุอันตรายหลายครั้ง เช่น การป่วยจากโรคพิษของแมงกานีสของผู้ที่ทำงานผลิตถ่านไฟฉาย การเกิดโรคพิษของแอสเบสตอสกับคนงานในอุตสาหกรรมเกี่ยวกับแร่หินในปี พ.ศ.2529 ที่ทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคมะเร็งปอดจนถึงเสียชีวิต ต่อมาปี พ.ศ.2530 พบว่ามีความผิดปกติในระดับโคโมโซมในคนงานที่ทำงานเกี่ยวข้องกับอุตสาหกรรมการผลิตรองเท้าซึ่งใช้สารเบนซิน การป่วยเป็นโรคพิษแคดเมียมเรื้อรัง เนื่องจากโรงงานอุตสาหกรรมปล่อยสารแคดเมียมออกสู่สิ่งแวดล้อม ปี พ.ศ.2532 เกิดเพลิงไหม้โกดังสินค้าเผาผลาญสารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืช dimethoate ทำให้ประชาชนในบริเวณใกล้เคียงเจ็บป่วยจำนวนมาก และยังมีการรายงานการเจ็บป่วยด้วยโรคพิษปรอทเรื้อรังกับผู้ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมที่จังหวัดปทุมธานี เหตุการณ์รถชนก๊าซของบริษัทสยามก๊าซพลิกคว่ำ บนถนนเพชรบุรีตัดใหม่ ซึ่งมีถังบรรจุก๊าซที่ไม่ได้มาตรฐาน ทำให้เกิดการระเบิดไฟลุกไหม้เป็นบริเวณกว้าง มีผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตทันทีจำนวนมาก ทรัพย์สินบ้านเรือนและรถยนต์เสียหาย รวมมูลค่ากว่า 258 ล้านบาท ปี พ.ศ.2534 เกิดเหตุการณ์รถบรรทุกก๊าซ ที เอ็น ทีพลิกคว่ำเกิดระเบิดและเพลิงไหม้ที่อำเภอท้ายเหมือง จังหวัดพังงา ทำให้ประชาชนเสียชีวิต 207 ราย และบาดเจ็บอีกจำนวนมาก เหตุการณ์ร้ายแรงไฟไหม้โกดังสินค้าอันตราย เกิดสารพิษฟุ้งกระจายรัศมีหลายกิโลเมตร ทำให้มีผู้เสียชีวิต บาดเจ็บ ผู้ป่วยเนืองแน่น และเรื้อรังจำนวนมาก บ้านเรือนที่อยู่อาศัยถูกเผาผลาญเสียหายจำนวน 642 หลังคาเรือนและเหตุการณ์โรคพิษของสารทาลอะลาย โรคพิษตะกั่วเรื้อรังในโรงงานผลิตชิ้นส่วนคอมพิวเตอร์ ทำให้มีผู้ป่วยหลายร้อยราย ปี พ.ศ.2535 เกิดโรคพิษซัลเฟอร์-

ได้ออกไซด์ และก๊าซพิษอื่น ๆ เนื่องจากโรงไฟฟ้าแม่เมาะใช้ลิกไนต์เป็นแหล่งพลังงานในการผลิตกระแสไฟฟ้าทำให้มีผู้ป่วยเป็นจำนวนมากต่อมาวันที่ 10 พฤษภาคม 2536 เกิดกรณีไฟไหม้โรงงานผลิตตุ๊กตาเคเดอร์ทำให้มีพนักงานวัยหนุ่มสาวเสียชีวิตถึง 188 ราย บาดเจ็บอีกกว่า 400 ราย วันที่ 13 สิงหาคม 2536 กรณี โรงแรมรอยัลพลาซ่าถล่ม ทำให้มีพนักงาน ข้าราชการ นักท่องเที่ยว เสียชีวิต รวม 157 ราย บาดเจ็บกว่า 200 ราย วันที่ 11 กรกฎาคม 2540 เกิดไฟไหม้โรงแรมรอยัลจอมเทียนรีสอร์ท ทำให้พนักงาน นักท่องเที่ยว และพนักงานการไฟฟ้าฝ่ายผลิต เสียชีวิต รวมทั้งสิ้น 91 ราย บาดเจ็บกว่า 50 ราย และวันที่ 19 กันยายน 2542 เกิดการระเบิดของโรงงานอบลำไย บริษัท หงส์ไทยเกษตรพัฒนา จำกัด อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ ทำให้พนักงานเสียชีวิต 36 ราย บาดเจ็บสาหัส 2 ราย ชุมชนรอบบริเวณโรงงานรัศมี 1 เมตร ได้รับความเสียหาย 571 หลังคาเรือน และชาวบ้าน บาดเจ็บ 160 ราย (ชื่นกมล สุขดี, 2553)

นอกจากนั้นข้อมูลสถานการณ์เกี่ยวกับกลุ่มเสี่ยงและจำนวนสถานประกอบการภาคอุตสาหกรรมที่สำนึกโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ที่ได้วิเคราะห์ข้อมูลกิจการที่มีความเสี่ยงในการเกิดโรคจากการประกอบอาชีพที่สำคัญที่มีการเฝ้าระวัง ได้แก่ โรคพิษตะกั่ว โรคประสาทหูเสื่อมจากการประกอบอาชีพ โรคปอดฝุ่นหิน หรือโรคซิลิโคสิส (Silicosis) โรคปอดฝุ่นฝ้ายหรือโรคบิสซิโนสิส (Byssinosis) โรคพิษจากสารทาละลาย และ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ

อุบล สิงห์แก้ว (2547) ศึกษาผลกระทบทางสุขภาพของประชาชนจากการประกอบอาชีพไม้แกะสลัก : กรณีศึกษา บ้านถวาย ตำบลขุนกง อำเภอดง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าผลกระทบทางกายด้านบวก คือการที่ได้ทำงานอยู่ในหมู่บ้านทำให้ลดความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุในการเดินทางไปทำงาน ผลกระทบด้านลบในกลุ่มตัวอย่างผู้ประกอบอาชีพ ไม้แกะสลัก ได้แก่การเจ็บป่วยในระบบกล้ามเนื้อและโครงร่าง รองลงมาได้แก่อาการปวดศีรษะ เวียนศีรษะ การได้รับบาดเจ็บ หรืออุบัติเหตุจากการทำงานจำนวนมากที่สุด ได้แก่สารเคมีกระเด็นเข้าปาก เข้าตา หรือถูกผิวหนัง รองลงมาได้แก่การถูกสัตว์บาดเจ็บ ในกลุ่มประชาชนทั่วไปได้แก่อาการปวดศีรษะ เวียนศีรษะ รองลงมาได้แก่การเจ็บป่วยในระบบทางเดินหายใจ

อรุณี กาพย์ไชย (2549) ศึกษาเบนซินส่วนประกอบหลักในแฉกเกอร์ ทินเนอร์ซึ่งมีการใช้ในขั้นตอนการตกแต่งทำสีของช่างไม้ พบว่าเบนซินถูกดูดซึมได้ดีในปอด เมื่อเข้าสู่ร่างกายจะกระจายตัวอย่างรวดเร็วทางระบบไหลเวียนเลือดเข้าสู่อวัยวะที่มีเลือดและไขมันมาก เช่น สมองตับ ไชกระดูก หัวใจ และกล้ามเนื้อ ประมาณร้อยละ 25 - 50 ของเบนซินที่เข้าสู่ปอดจะถูกกำจัดออกทางลมหายใจ ส่วนที่เข้าสู่ร่างกายจะถูกเปลี่ยนแปลงโครงสร้างที่ตับโดยเอนไซม์ไซโตโครมพีโฟร์พีโอ ดีเพนเดน โมโนออกซิจีเนส และถูกขับออกทางไต เบนซินมีฤทธิ์กดการทำงานของไชกระดูก ออกฤทธิ์ยับยั้งกระบวนการแบ่งเซลล์ทำให้การสร้างเม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาว และเกร็ดเลือดลดลง ก่อให้เกิดภาวะโลหิตจางแบบอะพลาสติก แอนิเมีย การสัมผัสสารนี้ในปริมาณเล็กน้อยจะระคายเคืองระบบหายใจถ้าได้รับในปริมาณ 500 – 3000 พีพีเอ็ม ระยะเวลา 10 – 60 นาที จะทำให้ปวดศีรษะ วิงเวียนศีรษะ มองเห็นไม่ชัด ถ้าได้รับในปริมาณ มากกว่า 7566 พีพีเอ็ม นาน 5 – 60 นาที จะทำให้เหนื่อยง่าย สั่น ชัก หมดสติ

สุพัตร ปรศุพัฒนา (2550) ศึกษาถึงผลของสารพิษที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านชีววิทยาในการใช้สารเคมีของช่างไม้ พบว่าสารพิษสามารถเข้าสู่ร่างกาย ได้ 3 ทางได้แก่ทางการหายใจ การสัมผัส และการรับประทาน ทั้งนี้การเกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นอยู่กับการหมุนเวียนของสารพิษในร่างกายแบ่งออกเป็น 4 กระบวนการใหญ่ๆ คือ กระบวนการดูดซึมเข้าสู่ร่างกาย โดยทางผิวหนัง ทางเดินอาหาร ปอด กระบวนการกระจายสารพิษไปยังอวัยวะต่างๆ โดยกระจายตามกระแสเลือดและน้ำเหลืองทำให้เกิดการสะสมบริเวณไขมัน เนื้อเยื่อ กระดูกและในส่วนของน้ำในร่างกาย จากนั้นจะเกิดกระบวนการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทำให้เกิดพิษ และกระบวนการกำจัดสารพิษออกจากร่างกายทางน้ำดีโดยตับทางปัสสาวะ ทางการหายใจออก ทางต่อมน้ำย่อยบริเวณทางเดินอาหาร

อัครเดช อยู่ผาสุข (2552) ได้ศึกษาเปรียบเทียบการถ่ายทอดงานแกะสลักไม้ ด้วยวิธีการแบบพื้นบ้านในจังหวัดลำปาง และวิธีการสอนงานแกะสลักไม้ วิธีการสอนงานแกะสลักไม้ในวิทยาเขตเพาะช่าง สถาบันเทคโนโลยีราชมงคล ในด้านสถานภาพภูมิหลังวัตถุประสงค์ของการถ่ายทอดและการสอน ขั้นตอนการถ่ายทอดและการสอน วัสดุอุปกรณ์และวัตถุดิบในการปฏิบัติ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความคิดเห็นผู้เรียน 30 คน ใช้แบบสัมภาษณ์ถามผู้สอน 2 คนผู้ถ่ายทอด 10 คนและผู้รับถ่ายทอด 5 คน ใช้แบบสังเกตสำหรับผู้ถ่ายทอด 1 คน 2 ครั้ง แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลหาค่าร้อยละ ความถี่นำเสนอข้อมูลในรูปของความเรียงเปรียบเทียบความเหมือนและความแตกต่างในแต่ละด้าน ผลการวิจัยพบว่า 1) ด้านสถานภาพมีการนับถือศาสนา เชื้อชาติและสัญชาติเหมือนกัน แต่มีความแตกต่างกันในเรื่องของอายุและพื้นฐานการศึกษา ผู้ถ่ายทอดมีรายได้ต่ำกว่าผู้สอน และผู้รับการถ่ายทอดได้รับรายได้จากผลงาน ผู้ถ่ายทอดและผู้สอนมีทักษะและความชำนาญ

เช่นเดียวกัน ผู้รับการถ่ายทอดมีประสบการณ์แกะสลักไม้แต่ผู้เรียนไม่มีประสบการณ์ 2) ด้านวัตถุประสงค์การถ่ายทอดและวิธีสอนแกะสลักไม้ มีความเหมือนกันคือ ต้องการให้มีความสามารถใช้เครื่องมือในงานแกะสลักไม้ได้ 3) ด้านขั้นตอนในการถ่ายทอดและวิธีการสอนแกะสลักไม้ มีขั้นตอนการแกะสลักและการฝึกปฏิบัติเหมือนกัน แต่มีความแตกต่างกันในเรื่อง ขั้นตอนการสอน บางขั้นตอน คือผู้ถ่ายทอดจะเน้นการใช้ทักษะปฏิบัติ ส่วนผู้สอนจะใช้เกณฑ์พุทธิพิสัย จิตพิสัยและ ทักษะพิสัย ของหลักสูตรเป็นกรอบการสอน 4) ด้านวัสดุอุปกรณ์และวัตถุดิบที่ใช้ปฏิบัติพบว่าเป็นประเภท ชื่อ ของเครื่องมือและความสามารถในการใช้มีความเหมือนกัน แต่มีความแตกต่างกันในเรื่องขนาดรูปร่างของเครื่องมือ ไม้ที่ใช้ในการแกะสลักมีความแตกต่างกันทั้งในเรื่องคุณสมบัติ ชนิด ขนาด ปริมาณและวิธีการจัดหาไม้

บุญเรือง สมประจบ (2553) ได้ศึกษาหัตถกรรมไม้แกะสลักภาคกลาง : การศึกษา ภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านการผลิตและการพัฒนาเชิงพาณิชย์ ขั้นตอนในการแกะสลักไม้มีดังนี้ คือ 1) นำกาวลาเท็กซ์ผสมกับน้ำตาลงบนผิวไม้ 2) นำลวดลายบนกระดาษแข็งวางบนไม้ ใช้ดินสอพอง ไล่ถูผ้าตบลงบนไม้ 3) เขียนลายด้วยดินสอ หรือใช้วิธีการถ่ายเอกสารลงบนไม้ 4) ใช้ตัวเดินเส้น ตามแบบจนทั่ว จึงทำการแกะสลัก แลลายหรือปาดลายได้ตามที่ต้องการ

การพัฒนารูปแบบงานหัตถกรรมไม้แกะสลักภาคกลางเพื่อเพิ่มคุณค่าทางวัฒนธรรมและมูลค่าเชิงพาณิชย์พบว่า ด้านรูปแบบของงานหัตถกรรมไม้แกะสลักภาคกลางควรจะใช้รูปแบบดั้งเดิมที่มีมาแต่สมัยโบราณที่เป็นเอกลักษณ์ของท้องถิ่น และสอดคล้องกับความต้องการของผู้บริโภคแต่ช่วงสามารถพัฒนาได้โดยการประยุกต์ขึ้นมาให้ตรงกับความต้องการของตลาด ด้านกระบวนการผลิตใช้การผลิตที่เป็นแบบภูมิปัญญาดั้งเดิมควรได้รับการอนุรักษ์ไว้ โดยเพิ่มการใช้เทคโนโลยีทางด้านเครื่องมือ เครื่องจักรเข้าไปช่วยทำให้งาน เพื่อให้เกิดลวดลายสวยงามและ ประณีตมากขึ้นด้านวัสดุควรมีการใช้วัสดุทดแทนไม้จริง แต่ต้องเป็นวัสดุที่ไม่ทำลายสิ่งแวดล้อม

นันทมล สุขดี (2553) ศึกษาความเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการสัมผัสปัจจัยคุกคามสุขภาพ ด้านกายภาพ ที่สำคัญในกระบวนการทำงานไม้แกะสลักในหมู่บ้านฉวาง ศึกษาพบว่าการสัมผัสเสียงดัง และความสั่นสะเทือน โดยการสัมผัสเสียงดังที่มีระดับความดังของเสียงเกินค่ามาตรฐาน (85 เดซิเบล(เอ)) ในระยะ 8 ชั่วโมงการทำงาน ก่อให้เกิดอันตรายต่อสมรรถภาพการได้ยินโดยเสียงจากแหล่งกำเนิดเสียงวิ่งผ่านตัวกลางในรูปของคลื่นเสียง เกิดความสั่นสะเทือนมากระทบน้ำหล่อเลี้ยงในหูบริเวณปลายประสาทรับเสียง หรือเซลล์ขนภายในหูชั้นในทำให้เซลล์ขนเกิดเสื่อมสภาพ ส่งผลต่อความสามารถในการรับเสียงที่ลดลง ก่อให้เกิดอาการผิดปกติ เช่น อาการหูอื้อ ปวดหู หูติ่ง ชั่วขณะ หรือ การสูญเสียการได้ยินอย่างถาวร

สิริพร คีนมาเมือง (2554) ศึกษาการประยุกต์พระราชดำริเศรษฐกิจพอเพียงเพื่อสืบทอดภูมิปัญญาท้องถิ่น งานหัตถกรรมสาขาไม้แกะสลักของจังหวัดเชียงใหม่ งานหัตถกรรมสาขาไม้แกะสลักมีการถ่ายทอดความรู้ผ่านครอบครัว ซึ่งใช้วิธีการบอกกล่าวและสาธิต สนับสนุนให้ชุมชนโรงเรียน วัด และสถานที่สำคัญต่าง ๆ เป็นแหล่งเรียนรู้งานหัตถกรรมและบรรจุวิชาที่เกี่ยวกับหัตถกรรมไว้เป็นหลักสูตรท้องถิ่นของแต่ละระดับชั้นเรียน เพื่อเป็นการปลูกฝังความรู้ด้านหัตถกรรมให้แก่เยาวชน หน่วยงานของจังหวัดหรือท้องถิ่นช่วยกันฟื้นฟูและส่งเสริมให้มีการจัดงานเกี่ยวกับการส่งเสริมงานหัตถกรรม ภายในงานมีการสาธิตวิธีการทำผลิตภัณฑ์และการเรียนรู้งานหัตถกรรมจากสลาหรือพ่อครูแม่ครู ทั้งนี้ได้มีการจัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ เช่น สื่อสิ่งพิมพ์ ป้ายไว้นิล สื่ออิเล็กทรอนิกส์ เพื่อทำเป็นฐานข้อมูลความรู้ด้านหัตถกรรมไม้แกะสลักสืบต่อไป

ประไพศรี กาบมาลา (2555) ศึกษาปัจจัยคุกคามสุขภาพจากการทำงานและภาวะสุขภาพตามความถี่ของแรงงานนอกระบบแกะสลักไม้ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยคุกคามสุขภาพจากสภาพแวดล้อมการทำงานที่สำคัญตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างได้แก่ ปัจจัยคุกคามสุขภาพด้านการยศาสตร์ คือ ท่าทางก้ม เงยศีรษะ (ร้อยละ 76.87) ท่าทางก้มโค้งลำตัว (ร้อยละ 76.53) ท่าทางบิดเอี้ยวตัว (ร้อยละ 76.19) การนั่งทำงานนานกว่า 4 ชั่วโมง (ร้อยละ 66.33) ปัจจัยคุกคามสุขภาพด้านเคมี คือ ฝุ่นไม้ (ร้อยละ 54.42) ปัจจัยคุกคามสุขภาพด้านกายภาพ คือ เสียงดัง (ร้อยละ 32.31) ส่วนการสังเกตท่าทางการทำงาน พบกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 56.12 มีความเสี่ยงของท่าทางการทำงานในระดับที่ต้องดำเนินการแก้ไขปรับปรุงท่าทางการทำงานทันที ผลการตรวจวัดระดับความดังของเสียงตลอดระยะเวลา 8 ชั่วโมงการทำงาน พบว่าร้อยละ 53.95 ของจุดตรวจวัดมีระดับความดังของเสียงเกินค่ามาตรฐาน (85 เดซิเบล) สภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัย คือ การทำงานกับเครื่องมืออุปกรณ์ของมีคม (ร้อยละ 52.04) สำหรับภาวะสุขภาพตามความเสี่ยงพบว่าความเจ็บป่วยที่อาจเกี่ยวเนื่องจากการสัมผัสปัจจัยคุกคามสุขภาพจากการทำงานที่สำคัญ ได้แก่ ปวดเอว (ร้อยละ 74.49) ปวดมือ ข้อมือ แขน (ร้อยละ 47.62) ปวดหลัง (ร้อยละ 45.92) ชานิ้วมือ หรือมือ (ร้อยละ 44.90) ระคายเคืองตา แสบตา คันตา (ร้อยละ 43.88) และน้ำมูกไหล ไอ จาม แสบจมูก (ร้อยละ 41.84) ส่วนการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา พบร้อยละ 39.80 สำหรับแบบแผนการดำเนินชีวิต พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 51.70 มีแบบแผนการดำเนินชีวิตโดยรวมไม่เหมาะสม โดยแบบแผนการดำเนินชีวิตหลายด้านที่ไม่เหมาะสมคือกิจกรรมทางกาย (ร้อยละ 66.33) และการผ่อนคลายหรือการจัดการกับความเครียด (ร้อยละ 58.84)