

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้หลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning: PL) เพื่อพัฒนาอาสาสมัครอาชีวอนามัย (อสอช.) ในการส่งเสริมสุขภาพแรงงานนอกระบบในพื้นที่ ตำบลประจวบ อำเภอมือง จังหวัดลำพูน ผู้ศึกษาได้รวบรวมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา โดยมีเนื้อหาครอบคลุมในเรื่องต่อไปนี้

1. แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ
2. แนวความคิดเกี่ยวกับแรงงานนอกระบบ
3. งานอาชีวอนามัยและความปลอดภัย
4. แนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning: PL)
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. กรอบแนวคิดการวิจัย

แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ

ความเป็นมาของการส่งเสริมสุขภาพ

แนวโน้มหลายประการในสังคมโลกมานานกว่า 2 ทศวรรษ ที่ได้จุดประกายความสนใจของสาธารณชนในกิจกรรมของการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค จากรายงานชื่อ Lalonde' Report ซึ่งเป็นเอกสารงานวิจัยของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขและสังคมสงเคราะห์ของแคนาดาได้เริ่มต้นแนวคิดที่ว่า สุขภาพไม่ได้หมายถึงการไม่มีโรคหรือไม่เพียงแต่ทุพพลภาพและไม่ใช้ผลการของการให้หรือรับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขเท่านั้น แต่เป็นผลมาจากองค์ประกอบอื่นๆ เช่น วิธีการดำรงชีวิต สิ่งแวดล้อม ร่วมกับบริการทางสาธารณสุข แนวคิดดังกล่าวได้มีผลนำไปสู่แนวทางที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพครั้งสำคัญ ในการประชุมระหว่างประเทศที่จัดขึ้น โดยองค์การอนามัยโลก ที่กรุงออกตาวา ในอีก 2 ปีต่อมา และผลการประชุมได้ปรากฏเป็นเอกสารที่เรียกว่า กฎบัตรออกตาวาเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ (WHO, 1986) ข้อความได้ระบุว่า การส่งเสริมสุขภาพ คือ กระบวนการในการเพิ่มสมรรถนะให้ประชาชนมีความสามารถ

ควบคุมและเสริมสร้างสุขภาพของตนให้ดีขึ้น สภาวะพื้นฐานและทรัพยากรสำหรับสุขภาพ ได้แก่ สันติภาพ ที่อยู่อาศัย การศึกษา รายได้ ระบบสิ่งแวดล้อมที่มั่นคง ทรัพยากรที่ยั่งยืนและความเป็นธรรมในสังคม นับว่ามีส่วนช่วยอย่างมากต่อการเปลี่ยนแปลงจุดเน้นการดูแลสุขภาพจาก ยุทธวิธีเชิงรับที่มุ่งเน้นการรักษาโรคจากปฏิกิริยาเชิงรุกการป้องกันรักษาและการส่งเสริมสุขภาพ โดยมีการกำหนดในแผนระดับชาติให้ประชากรแต่ละกลุ่มอายุซึ่งมีความเสี่ยงได้เปลี่ยนไปสู่การมีสุขภาพดี มีการกำหนดแผนงาน โครงการต่างๆ ที่จะลดจำนวนปัจจัยเสี่ยงเพื่อนำไปสู่การลดอุบัติการณ์ของการเกิดโรค แนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพระดับมหภาค ซึ่งมีลักษณะเป็น พหุมติได้เริ่มมีในหลายประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา แคนาดา ออสเตรเลีย อังกฤษ เป็นต้น

หลังจากกฎบัตรอตตาวา การขานรับกระแสการส่งเสริมสุขภาพจากประชาคมโลกก็มีอย่างต่อเนื่อง มีการประชุมนานาชาติเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ ครั้งที่ 2 ที่กรุงเอติเลด ออสเตรเลีย ภายใต้อาณัติของ WHO ครั้งที่ 3 ที่เมืองซุนด์สวาลด์ สวีเดน เมื่อเดือนมิถุนายน 2534 มีการประชุมและประกาศ Budapest Declaration on Health Promoting Hospital และมีการจัดตั้ง WHO-Collaborating Center for Hospital and Health Promotion จนมาถึงครั้งที่ 4 การประชุมนานาชาติว่าด้วยเรื่องการส่งเสริมสุขภาพที่เมืองจาการ์ตา ประเทศอินโดนีเซีย ในเรื่อง New Player for a New Era : Leading Promotion into the 21st Century ทำให้หลังจากนั้นได้มีการกำหนดร่วมกันถึงกลยุทธ์สำคัญในการส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วย

1. ส่งเสริมความรับผิดชอบทางสังคมต่อสุขภาพ โดยผู้มีอำนาจในการตัดสินใจทั้งใน ภาครัฐและภาคเอกชน ต้องมีพันธะสัญญาต่อความรับผิดชอบทางสังคม ติดตามนโยบายและ การดำเนินงานตามนโยบายเพื่อส่งเสริมให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้
2. การเพิ่มการลงทุนเพื่อพัฒนาสุขภาพ การลงทุนด้านสุขภาพเท่าที่เป็นอยู่ยังไม่เพียงพอ และไม่มีประสิทธิภาพ การเพิ่มการลงทุนต้องอาศัยการลงทุนด้านต่างๆอย่างกว้างขวาง เช่น เพิ่ม ทรัพยากรเพื่อการศึกษา ที่พักอาศัย เช่นเดียวกับการเพิ่มทรัพยากรในภาคสุขภาพและการลงทุนด้าน สุขภาพให้มากขึ้น การปรับทิศทางของการลงทุนที่มีอยู่เดิมทั้งภายในและระหว่างประเทศ ทำให้มี ศักยภาพที่จะทำให้บรรลุผลตามความก้าวหน้าในการพัฒนามนุษย์ สุขภาพ และคุณภาพชีวิต อย่างมี นัยสำคัญ
3. ความเป็นภาคี จะนำมาซึ่งผลประโยชน์ร่วมด้านสุขภาพ โดยการแบ่งปันความ เชี่ยวชาญด้านทักษะและทรัพยากร สมาชิกภาคีต้องมีความโปร่งใสและสามารถตรวจสอบได้ และ ต้องอยู่บนพื้นฐานของจริยธรรมที่ยอมรับร่วมกัน มีความเข้าใจ และเคารพซึ่งกันและกัน ตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก

4. เพิ่มความสามารถของชุมชนและเพิ่มอำนาจของปัจเจกบุคคล กระตุ้นเสริมสุขภาพเป็นการดำเนินการโดยประชาชนร่วมกับประชาชน ผู้การพัฒนาความสามารถของปัจเจกบุคคลในการดำเนินกิจกรรม และกลุ่มองค์กรหรือชุมชนที่จะมีอิทธิพลต่อตัวกำหนดสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพของชุมชนด้านการส่งเสริมสุขภาพต้องอาศัยการศึกษาในภาคปฏิบัติ การอบรมผู้นำ การเข้าถึงทรัพยากร ส่วนการเพิ่มอำนาจของปัจเจกบุคคลต้องการเข้าถึงกระบวนการตัดสินใจ ความรู้ และทักษะที่จำเป็นที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง

5. จัดโครงสร้างพื้นฐานเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้โครงสร้างพื้นฐานด้านการส่งเสริมสุขภาพมีความมั่นคง จะต้องสร้างกลไกใหม่สำหรับการสนับสนุนด้านการเงินทั้งในระดับท้องถิ่น ระดับชาติ และระดับโลก ควรพัฒนาการสร้างความเข้าใจให้รัฐบาล องค์กรพัฒนาเอกชน สถาบันการศึกษาและภาคเอกชน จัดสรรทรัพยากรเพื่อการส่งเสริมสุขภาพให้ได้มากที่สุด

จนถึงการประชุมครั้งที่ 5 ณ กรุงเม็กซิโกซิตี ประเทศเม็กซิโก การประชุมมุ่งรวบรวมประสบการณ์และทำความเข้าใจในรายละเอียดของยุทธศาสตร์ของการส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออกดาดา โดยมุ่งให้เกิดแนวทางที่ประเทศต่างๆ จะนำไปสู่การจัดทำแผนเพื่อการดำเนินการในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพมีเป้าหมายที่ควบคู่กันคือ การลดช่องว่างของความไม่เท่าเทียมกันทางด้านสุขภาพ ซึ่งมีชื่อของการประชุมว่า การส่งเสริมสุขภาพ : ลดช่องว่างความไม่เสมอภาคทางด้านสุขภาพ (Health Promotion : Bridging the Equity Gap) และในการประชุมครั้งนี้ได้มีการลงนามในแถลงการณ์เม็กซิโกว่าด้วยเรื่อง การส่งเสริมสุขภาพ : จากแนวคิดสู่การปฏิบัติ (Mexico Ministerial Statement for The Promotion of Health : From Ideals to Action) ซึ่งมีสาระสำคัญเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับความพยายามในการปฏิรูประบบสุขภาพมากยิ่งขึ้น

ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพ

คำนิยามที่ได้จากการประชุมระหว่างประเทศเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ ครั้งที่ 1 ณ กรุงออกดาดา ประเทศแคนาดา (WHO, 1986) ได้สรุปว่า การส่งเสริมสุขภาพของกระบวนการทำให้ประชาชนมีความสามารถเพิ่มพลังอำนาจในการควบคุมและปรับปรุงภาวะสุขภาพของตนเองได้อย่างแท้จริง

เมอร์เรย์และเซนเนอร์ (Murry & Zentner, 1993) ให้ความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพว่าเป็นกลุ่มกิจกรรมเพื่อช่วยยกระดับสุขภาพและความเป็นอยู่ให้ดีขึ้น รวมถึงการที่แต่ละบุคคล ครอบครัว ชุมชน สิ่งแวดล้อม และสังคม ได้ประจักษ์ในศักยภาพสูงสุดทางด้านสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ มีลักษณะแบบธรรมชาติเป็นแบบพหุมิติ บุคคล ครอบครัว ชุมชน จะพาตนเองไปสู่สภาวะการมีค่านิยมทางบวกกับการมีสุขภาพดี

แคปแลน แซลลิส และแพทเทอร์สัน (Kapland, Sallis & Patheson, 1993) ได้ให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพคือ ประชากรมีสุขภาพดี ต้องมีการป้องกันโรคและได้รับการส่งเสริมสุขภาพดีในแบบแผนของการดำเนินชีวิต และอีกแนวหนึ่งคิดว่า การส่งเสริมสุขภาพเป็นผลรวมของการจัดการศึกษาสุขภาพ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับองค์กรทางการเมือง กฎหมายและนโยบายรวมถึงการออกแบบการดำเนินการด้านเศรษฐกิจให้เอื้ออำนวยต่อการปรับสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมของบุคคล เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงหรือป้องกัน

การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการเพิ่มสมรรถนะให้คนมีความสามารถมากขึ้นในการควบคุมและส่งเสริมให้สุขภาพของตนเองดีขึ้น ที่จะบรรลุสุขภาพที่สมบูรณ์ ทั้งร่างกายจิตใจและสังคม ปึงเจกบุคคลหรือกลุ่มบุคคลควรมีความสามารถที่จะบ่งบอก และตระหนักถึงความมุ่งมาดปรารถนาของตนเองและสนองความต้องการต่างๆของตนเอง ทำให้เปลี่ยนแปลงหรือปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อม เรื่องสุขภาพจึงถูกมองในลักษณะของความจำเป็นสำหรับชีวิตประจำวัน มิใช่เป็นจุดมุ่งหมายของการดำรงชีวิตเท่านั้น สุขภาพเป็นคำที่มีความหมายในทางบวก เน้นหนักที่ทรัพยากรสังคมและบุคคล เช่นเดียวกับสมรรถนะต่างๆของร่างกาย ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพจึงมิใช่เป็นความรับผิดชอบขององค์กรในภาคสาธารณสุขเท่านั้น หากมีความหมายนอกเหนือจากการมีชีวิตอยู่อย่างมีสุขภาพดีไปสู่สภาวะโดยรวม อันประกอบด้วยสภาวะทางสังคม สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ (หทัย ตานนท์, 2539)

สรุปว่าจากความหมายของการส่งเสริมสุขภาพทั้งหมด สะท้อนให้เห็นความเชื่อ ค่านิยม ความเข้าใจของแต่ละบุคคลและบุคลากรในวิชาชีพที่มีต่อแนวคิดในการส่งเสริมสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นนักวิจัยด้านจิตวิทยา นักพฤติกรรมนิยมหรือผู้เชี่ยวชาญ ที่มีความสนใจร่วมกันในการค้นคว้าเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองและประชาชน เพื่อร่วมกันแสวงหาแนวทางเพื่อให้คนมีสุขภาพดีภายใต้ระบบนิเวศสังคมและสอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิต การส่งเสริมสุขภาพจะขยายจุดเน้นของกระบวนการสร้างกรอบแนวคิด และความหมายในมุมมองด้านปรัชญารวมถึงยุทธวิธีที่ใช้ดำเนินงาน ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพจึงได้องค์ประกอบและโครงสร้างในเชิงระบบที่ผสมผสานกัน ได้แก่ วิทยาการทางด้านชีวการแพทย์ (Biomedical Sciences) วิทยาการจัดการ (Management Sciences) พฤติกรรมศาสตร์ (Behavioral Sciences) และการศึกษา ตลอดจนวิทยาการจิตวิทยาสังคมเข้ากันได้ด้วย เพื่อประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพให้มีสุขภาพดีทั้งในบุคคล ครอบครัว และสังคม ซึ่งจะเห็นได้ว่า การส่งเสริมสุขภาพเป็นสิ่งที่มีความสลับซับซ้อน มีหลายมิติที่เกี่ยวข้องทั้งทางตรงและทางอ้อม ขอบเขตของการส่งเสริมสุขภาพไม่จำกัดเฉพาะบุคคลเท่านั้น แต่จะเกี่ยวเนื่องกับวิถีการดำเนินชีวิต (Life Style) ของสังคมด้วย

กลยุทธ์แห่งการส่งเสริมสุขภาพ 5 ประการ

ในการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ จะต้องอาศัยกลยุทธ์ที่สำคัญในการส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรอตตาวา (WHO, 1986) 5 ประการ ได้แก่

1. การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Build Healthy Public Policy) แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพมีขอบเขตกว้างขวางไปนอกกรอบของการรักษาพยาบาล เรื่องของสุขภาพจึงอยู่ในหัวข้อเรื่องพิจารณาของผู้กำหนดนโยบายในทุกสาขาและทุกระดับที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้บุคคลนั้นตระหนักถึงผลที่เกิดต่อสุขภาพ ที่จะเกิดการตัดสินใจและยอมรับในความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองด้วย นโยบายการส่งเสริมสุขภาพจะต้องกำหนดนโยบายที่หลากหลาย แต่สอดคล้องและสนับสนุนกันโดยอาศัยวิธีการนิติบัญญัติ การเงินการคลัง ภาษีอากร และการเปลี่ยนแปลงการจรรโลงองค์กร การประสานกิจกรรมที่จะนำไปสู่สุขภาพ รายได้ นโยบายต่างๆ ทางสังคมที่เสริมสร้างความเสมอภาคให้มากยิ่งขึ้นกว่าเดิม และจะส่งผลให้เกิดการบริการสินค้าที่ปลอดภัยและเสริมสุขภาพ บริการสาธารณะที่ถูกสุขลักษณะ รวมทั้งสิ่งแวดล้อมที่สะอาดมากขึ้นกว่าเดิมด้วย นโยบายสาธารณะสุขภาพต้องมีการค้นหาอุปสรรคที่กั้นขวางการยอมรับนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในองค์กรภาคอื่นๆ ในการตัดสินใจยอมรับทางเลือกเพื่อสุขภาพง่ายด้ายขึ้นกว่าเดิมด้วย โดยนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพจะต้องมุ่งไปที่ประเด็นสำคัญ 4 ประการดังนี้

1.1 สนับสนุนสุขภาพสตรี (Supporting the Health of Women) ซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาสุขภาพของครอบครัวและชุมชน

1.2 อาหารและโภชนาการ (Food and Nutrition) จะต้องให้หลักประกันแก่ทุกคนในการได้รับอาหารที่เอื้อต่อสุขภาพในปริมาณที่เพียงพอและสอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรม

1.3 บุหรี่และแอลกอฮอล์ (Tobacco and Alcohol) การสูบบุหรี่และการใช้แอลกอฮอล์เป็นภาวะเสี่ยงทางสุขภาพที่สำคัญควรได้รับการแก้ไขในทันทีด้วยนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

1.4 สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อสุขภาพ (Creating Supportive Environments) โดยที่ประชาชนจำนวนมากต้องอาศัยอยู่และทำงาน ในสภาพแวดล้อมที่เสี่ยงภัยสุขภาพและอยู่ในสภาพที่ป้องกันตนเองไม่ได้จากผลิตภัณฑ์หรือสารพิษ ดังนั้นในเรื่องการสรรค์สร้างสิ่งแวดล้อมมีความจำเป็นที่ต้องประสานให้เกิดความพยายามร่วมกันขององค์กรต่างๆ เพื่อเป็นหลักประกันว่า สภาพแวดล้อมทางสุขภาพเป็นเรื่องที่ต้องคำนึงถึงก่อนการพัฒนาอุตสาหกรรมและเกษตรกรรม และองค์การอนามัยโลกสมควรจะมีบทบาทสำคัญในการยอมรับหลักการและส่งเสริมแนวคิดการพัฒนาแบบยั่งยืนมากขึ้น

2. สร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Create Supportive Environments)

ระบบสังคมที่มีความสลับซับซ้อนและเชื่อมโยงกัน ดังนั้นเป้าหมายทางด้านสุขภาพจึงแยกออกจากเป้าหมายด้านอื่นไม่ได้ ความเชื่อมโยงระหว่างมนุษย์และสิ่งแวดล้อมจึงเป็นเป้าหมายสำคัญในการคิดค้นหาวิถีทางด้านสังคมและนิเวศวิทยาเพื่อพัฒนาสุขภาพ ก่อเกิดความจำเป็นในการส่งเสริมการอนุรักษ์ ช่วยเหลือดูแลทั้งชุมชนและสิ่งแวดล้อมตามธรรมชาติ การอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติจึงเป็นหน้าที่ของประชาคมโลก การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดำรงชีวิต การทำงานและการพักผ่อนมีผลกระทบที่สำคัญต่อสุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของคน วิธีการที่สำคัญคือ สังคมจะต้องจัดระบบการทำงานที่จะเสริมสร้างสังคมสุขภาพดีให้ได้ การส่งเสริมสุขภาพช่วยสร้างเงื่อนไขทางด้านการดำรงชีวิตและการทำงานที่มีความปลอดภัย การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบในสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านสิ่งแวดล้อมอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านของเทคโนโลยี การปฏิบัติงาน พลังงาน การผลิต และการเติบโตของเขตเมืองเป็นมาตรการที่จำเป็น การจัดกิจกรรมที่ก่อให้เกิดผลบวกต่อสุขภาพอนามัยของสาธารณชน รวมถึงการปกป้องรักษาสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติที่สร้างขึ้นและการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติ ควรจะรวมอยู่ในกลวิธีการส่งเสริมสุขภาพทุกกรณี จนถึงมิติต่างๆ ของกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Dimensions of Action on Supportive Environment for Health) ภายใต้บริบทแห่งสุขภาพ สิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวย จึงหมายถึง ทางกายภาพและสังคมที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมที่อาศัยอยู่ซึ่งครอบคลุมทั้งที่อยู่อาศัย บ้าน ชุมชน สถานที่ทำงาน และสถานที่พักผ่อน นอกจากนี้ยังรวมถึงการเข้าถึงทรัพยากรที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตและโอกาสได้รับอำนาจในการตัดสินใจ ดังนั้นกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ จึงมีหลายมิติทั้งทางกายภาพ สังคม จิตวิญญาณ เศรษฐกิจ และการเมือง แต่ละมิติจะเคลื่อนไหวเชื่อมโยงแน่นแฟ้นอย่างมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันตลอดเวลา ดังนั้นจึงต้องประสานกิจกรรมต่างๆ ในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับท้องถิ่น ระดับภาค ระดับชาติ และระดับสากล เพื่อบรรลุถึงทางออกของปัญหาแบบยั่งยืนอย่างแท้จริง

3. การสร้างความเข้มแข็งให้กับกิจกรรมในชุมชนเพื่อสุขภาพ (Strengthen Community Action)

การส่งเสริมสุขภาพจะต้องดำเนินการโดยอาศัยกิจกรรมชุมชนที่มีประสิทธิภาพและเป็นรูปธรรม ทั้งในการจัดลำดับความสำคัญ การตัดสินใจ การวางแผน กำหนดกลวิธีต่างๆ และการดำเนินการตามกลวิธีเหล่านั้น เพื่อบรรลุสภาวะสุขภาพที่ดีกว่าเดิม หัวใจของการดำเนินงานตามกลวิธีดังกล่าว ได้แก่ การทำให้ชุมชนมีอำนาจ ให้เกิดความเป็นเจ้าของและควบคุมงานที่ตนเองริเริ่มดำเนินการ รวมทั้งอนาคตของชุมชนเอง เช่น ชมรมกิจกรรมนักเรียน ผู้สูงอายุ กลุ่มแม่บ้าน องค์การบริหารส่วนตำบล การพัฒนาชุมชนต้องระดมทรัพยากรต่างๆ ทั้งวัตถุ

และบุคคลภายในชุมชน เพื่อยกระดับการพึ่งพาตนเองและได้รับการสนับสนุนจากสังคม รวมทั้งพัฒนาระบบที่ยืดหยุ่นได้ในการเสริมสร้างความเข้มแข็งต่อการมีส่วนร่วมของสาธารณชน และการขึ้นำในเรืองการส่งเสริมสุขภาพ ทั้งนี้โดยชุมชนจะต้องเข้าถึงข้อมูล ข่าวสาร โอกาสต่างๆในการเรียนรู้เรืองสุขภาพ และสนับสนุนงบประมาณอย่างต่อเนื่อง

4. การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Develop Personal Skills) การส่งเสริมสุขภาพช่วยในการพัฒนาทั้งบุคคลและสังคม โดยการให้ข้อมูลข่าวสารด้านการศึกษาเพื่อสุขภาพ และเพิ่มทักษะต่างๆ ในการดำรงชีวิต การกระทำดังกล่าวจำเป็นต้องเพิ่มทางเลือกให้แก่ประชาชนในการที่จะสามารถควบคุมสภาวะทางสิ่งแวดล้อมได้ด้วยตนเองมากขึ้น และสามารถเลือกทางเลือกที่เกื้อหนุนต่อสุขภาพให้ประชาชนได้สามารถเรียนรู้ตลอดชีวิต เพื่อให้ตนเองมีความพร้อมที่จะเข้าสู่วัยต่างๆ รวมทั้งการเตรียมความพร้อมที่จะเผชิญกับโรคเรื้อรังและบาดเจ็บต่างๆ ที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ กระบวนการนี้จะต้องจัดให้มีตั้งแต่ในโรงเรียน บ้าน สถานที่ทำงาน และภายในชุมชนเอง ทั้งนี้ต้องเรียกร้องให้องค์กรต่างๆ ทางด้านการศึกษา ธุรกิจ และองค์กรอาสาสมัคร มีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมในองค์กรเองด้วย

5. การปรับเปลี่ยนการจัดบริการสาธารณสุข (Reorient Health Services) ความรับผิดชอบในการจัดบริการสาธารณสุขเป็นภาระร่วมระหว่างปัจเจกบุคคล ชุมชน ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ หน่วยบริการสุขภาพ และรัฐบาล ดังนั้น บุคคลและองค์กรจะต้องร่วมกันคิดหาวิธีการรักษาพยาบาลที่สอดคล้องกับจุดหมายด้านสุขภาพ บทบาทขององค์กรภาคสุขภาพจะต้องเคลื่อนไปในทิศทางของการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น นอกเหนือจากความรับผิดชอบในการให้บริการในการตรวจรักษาผู้ป่วย บริการสาธารณสุขจะต้องเพิ่มงานในหน้าที่ให้กว้างขวางขึ้น โดยคำนึงถึงงานที่ต้องไวต่อการตอบสนองความต้องการและสอดคล้องกับวัฒนธรรมท้องถิ่น ซึ่งเป็นการความต้องการที่จะใช้ชีวิตให้มีสุขภาพดีขึ้น และเปิดช่องทางความร่วมมือระหว่างองค์กรภาคสุขภาพและองค์กรอื่นๆ ทางด้านสังคม การเมือง เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมทางกายภาพให้กว้างขวางขึ้น

นอกเหนือจากกลยุทธ์ทั้ง 5 ประการแล้ว บทบาทบุคลากรด้านสาธารณสุขในทิศทางของการส่งเสริมสุขภาพ (สุรเกียรติ์ อชานานุภาพ, 2541) ควรเริ่มจากการชี้แนะ (Advocate) เพื่อเป็นการให้ข้อมูลข่าวสารแก่สาธารณชนในการสร้างกระแสทางสังคม และสร้างแรงกดดันให้แก่ผู้มีอำนาจในการตัดสินใจได้กำหนดนโยบายในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ ตามด้วยส่งเสริมให้ประชาชนมีความสามารถ (Enable) ที่จะดำเนินการเพื่อให้ได้ใช้ศักยภาพของตนเองอย่างเต็มที่ในการมีสุขภาพที่ดี โดยกำหนดให้มีสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ ประชาชนจะได้รับข้อมูลอย่างทั่วถึง มีทักษะในการดำรงชีวิตและมีโอกาสที่จะเลือกทางเลือกที่มีคุณภาพเพื่อสุขภาพ ทั้งนี้

ประชาชนต้องมีความสามารถควบคุมสิ่งต่างๆ เหล่านั้นได้ สุดท้ายคือ การไกล่เกลี่ย (Mediate) เพื่อเป็นสื่อกลางในการประสานงานระหว่างกลุ่ม/หน่วยงานต่างๆ ในสังคม ทั้งภาครัฐและเอกชน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับทางการแพทย์และสาธารณสุข หน่วยงานด้านเศรษฐกิจและสังคม ดังภาพโดยรวมของการส่งเสริมสุขภาพ ที่เกิดจากวิวัฒนาการแนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่กำหนดสุขภาพ ซึ่งขยายจากปัจจัยทางการแพทย์แบบชีวภาพ มาสู่ปัจจัยด้านพฤติกรรมจนมาถึงปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม และด้วยแรงผลักดันของการปฏิรูประบบสุขภาพและการเคลื่อนไหวทางสังคม การส่งเสริมสุขภาพจึงมีลักษณะแตกต่างจากการส่งเสริมสุขภาพแบบดั้งเดิมโดยสิ้นเชิง ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ข้อแตกต่างระหว่างการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่กับการส่งเสริมสุขภาพแบบดั้งเดิม

การส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่	การส่งเสริมสุขภาพแบบดั้งเดิม
เป็นกระบวนการเคลื่อนไหวทางสังคม มุ่งที่สุขภาพของประชากร/สังคม เป็นความรับผิดชอบร่วมกันของสังคม ใช้กลยุทธ์ 5 ประการตามกฎบัตรออกดคาว่า 1.สร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ 2.สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ 3.เสริมสร้างกิจกรรมของชุมชนให้เข้มแข็ง 4.พัฒนาทักษะส่วนบุคคล 5.ปรับเปลี่ยนการจัดบริการสุขภาพ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน ความร่วมมือ ระหว่างภาค และการเสริมสร้างอำนาจ/ศักยภาพ ของปัจเจกบุคคลและชุมชน	เป็นบริการที่จัดโดยองค์กรสุขภาพ มุ่งที่สุขภาพส่วนบุคคล เป็นความรับผิดชอบของส่วนบุคคล ใช้กลยุทธ์การตลาดเชิงสังคม การให้ข้อมูล ข่าวสารและการให้สุศึกษา ส่งเสริมความรู้ เจตคติ และทักษะของปัจเจก บุคคล

ที่มา : สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ: วิวัฒนาการการส่งเสริมสุขภาพพระศับนานาชาติ, 2541

แนวคิดเกี่ยวกับแรงงานนอกระบบ

ความหมายของแรงงานนอกระบบ

องค์การแรงงานระหว่างประเทศ (ILO, 1972) ได้ให้ความหมาย *แรงงานนอกระบบ* ในฐานะแรงงานที่อยู่ในการจ้างงานในภาคเศรษฐกิจที่ไม่เป็นทางการ (Informal Sector) ซึ่งมีลักษณะเป็นกิจการขนาดเล็ก ตั้งได้ง่าย มีลักษณะเป็นธุรกิจชั่วคราว เรือ่น มักใช้วัตถุดิบภายในประเทศ เน้นการใช้แรงงานเป็นหลัก มีการดัดแปลงเทคโนโลยีง่าย ๆ มาใช้ ความเชี่ยวชาญเกิดจากประสบการณ์หรือการเรียนรู้ในระบบโรงเรียน เป็นตลาดที่มีการแข่งขัน และไม่อยู่ภายใต้กฎเกณฑ์ของรัฐบาล

วิจิตร ระวังวิงศ์ และคณะ (2537) ได้ให้ความหมายไว้ในนโยบายและแผนงานหลักสตรีระยะยาว (พ.ศ. 2535-2554) ว่า *การประกอบอาชีพในภาคเศรษฐกิจนอกระบบ* หมายถึง การทำงานที่ไม่อยู่ในข่ายความคุ้มครองของกฎหมายแรงงานในอันที่จะได้รับสิทธิหรือสวัสดิการต่างๆ โดยทั่วไปรายได้จากการทำงานต่ำกว่างานในภาคเศรษฐกิจในระบบ หรือเป็นการทำงานในสถานประกอบการขนาดเล็กที่มีคนงานต่ำกว่า 10 คน มีการลงทุนน้อยและการบริหารงานเป็นแบบครอบครัว ไม่ได้ใช้เทคโนโลยีหรือเครื่องมือการผลิตที่มีราคาแพง หรือการประกอบอาชีพอิสระของตนเอง เช่น รับของมาทำที่บ้าน เป็นต้น

กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน (2538) ได้ให้ความหมายว่า *แรงงานนอกระบบ* เป็นผู้ที่ทำงานในสาขาเศรษฐกิจที่ไม่เป็นทางการหรือในสาขานอกระบบซึ่งเป็นการทำงานที่ไม่เป็นระเบียบแบบแผนและไม่ได้มีการรวมตัวจัดตั้งเป็นองค์กรแรงงานนอกระบบ คณะทำงานเฉพาะกิจเพื่อการคุ้มครองผู้รับงานไปทำที่บ้าน ได้จำแนกแรงงานนอกระบบเป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆ ได้แก่ ผู้รับงานไปทำที่บ้าน (Home Workers) ผู้ประกอบอาชีพอิสระ (Self-employed) ขนาดเล็ก เช่น หาบเร่แผงลอย เป็นต้น และผู้ประกอบการขนาดย่อม (Small Enterprise)

สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2543) ได้ให้ความหมายว่า *แรงงานนอกระบบ* เป็นแรงงานที่ไม่มีรูปแบบและกฎเกณฑ์ที่แน่นอนในการจ้างงาน ไม่มีกฎระเบียบทางกฎหมายและสังคมคอยคุ้มครอง ซึ่งต่างจากแรงงานในระบบที่มีโครงสร้างองค์กรที่ชัดเจน มีระบบการจ้างงาน การคัดเลือกบุคคลเข้าทำงาน มีสัญญาหรือระยะเวลาการจ้างงานที่แน่นอน มีสวัสดิการและการประกันสังคม ลักษณะขององค์กรหรือหน่วยงานธุรกิจมีการจัดสายงานบริหารและการจัดการที่เป็นระบบ มีการกำหนดตำแหน่งและขอบเขต หน้าที่ความรับผิดชอบของงานแต่ละประเภทไว้อย่างชัดเจนและสามารถยึดหยุ่นได้

จำนวนแรงงานนอกระบบ

การทำงานในภาคเศรษฐกิจนอกระบบเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในภูมิภาคต่างๆของโลก ในช่วงสองสามทศวรรษที่ผ่านมา สัดส่วนของการทำงานภาคเศรษฐกิจนอกระบบ (ซึ่งไม่รวมภาคเกษตรกรรม) มีค่อนข้างสูงเกือบทุกภูมิภาค กล่าวคือ ในลาตินอเมริกามีร้อยละ 50 และในส่วนต่างๆของทวีปเอเชียมีร้อยละ 40-60 ในแอฟริกา มีร้อยละ 75 โดยทั่วไปการมีส่วนร่วมในภาคเศรษฐกิจนอกระบบ ในแง่ การสร้างรายได้มีความสำคัญมากในทุกภูมิภาค เช่น ในแอฟริกา มีประมาณ ร้อยละ 25 ของรายได้นอกภาคเกษตรกรรม และเกือบร้อยละ 30 ของรายได้ทั้งหมด และมากกว่าร้อยละ 40 ในภาคเมือง (อ้างใน เอกสารประกอบการสัมมนาสถานการณ์ผู้รับงานไปทำที่บ้าน: แนวทางการสร้างความมั่นคงสู่ปี 2000, 2542)

ในประเทศไทยการที่บอกจำนวนของแรงงานนอกระบบเป็นเรื่องค่อนข้างยาก ยังไม่อาจประมาณได้ (วิจิตร ระวังค์ และคณะ, 2537) ทั้งนี้เนื่องจากความไม่ชัดเจนในความหมายของแรงงานนอกระบบและความเป็นพลวัตร (Dynamic) ของแรงงานนอกระบบที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา โดยเฉพาะเมื่อมีความแปรผันทางเศรษฐกิจ นอกจากนี้การสำรวจและการจัดทำสถิติแรงงานนอกระบบยังขาดความต่อเนื่องและครอบคลุม

กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคมได้ทำการประเมินตัวเลขแรงงานนอกระบบ โดยคิดจากจำนวนของผู้ประกอบอาชีพอิสระและผู้ที่ทำการผลิตในครัวเรือนโดยไม่ได้รับค่าจ้าง พบว่าแรงงานนอกระบบมีจำนวนทั้งสิ้น 16,224,600 คน แต่จากการสำรวจภาวะ การทำงานของประชากรในเดือนกุมภาพันธ์ 2542 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2543) พบว่าแรงงานส่วนใหญ่ของประเทศเป็นแรงงานนอกระบบ และมีผู้ที่ทำงานอยู่ในตลาดแรงงานนอกระบบถึง 20,887,400 คน คิดเป็นร้อยละ 69.6 หรือ 2 ใน 3 ส่วนของแรงงานทั้งหมดจำนวน 30,420,500 คน จะเห็นได้ว่าค่าสถิติของแรงงานนอกระบบนั้นมีความแปรผันมาก แม้แต่ผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติทั้งสองครั้งใน ปี พ.ศ. 2537 และ ปี พ.ศ. 2542 ซึ่งแม้ว่าไม่ใช่ปีสำรวจเดียวกัน แต่แสดงผลลัพธ์ที่ไม่ค่อยสอดคล้องกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการให้ความหมายและความสำคัญของกลุ่มบุคคลเหล่านี้แตกต่างกัน ดูเหมือนว่าในการสำรวจของปี พ.ศ. 2537 ได้ให้ความสำคัญของแรงงานที่เป็นทางการหรือแรงงานในระบบมากกว่า ดังนั้นค่าสถิติของแรงงานนอกระบบจึงเป็นผลลัพธ์ที่เหลือจากการแรงงานทั้งหมดลบด้วยแรงงานในระบบ ซึ่งอาจเป็นตัวเลขที่ไม่ถูกต้องนัก ขณะที่การสำรวจในปี พ.ศ. 2542 นั้นได้มีการแยกประเภทของแรงงานในระบบและนอกระบบไว้แล้วก่อนการสำรวจ อย่างไรก็ตามคำว่า แรงงานนอกระบบ ยังเป็นความหมายที่คลุมเครือไม่ค่อยชัดเจน ดังนั้นอาจเป็นไปได้ที่ผู้สำรวจและผู้ถูกสำรวจจะรับรู้ว่าเป็นการทำงานนอกระบบ

สภาพทั่วไปของแรงงานนอกระบบ

1. ลักษณะของกลุ่มประชากรที่เป็นแรงงานนอกระบบ

ประเทศไทย ได้มีการเปลี่ยนแปลงจากประเทศเกษตรกรรมไปสู่ภาคอุตสาหกรรมมากขึ้น ทำให้สัดส่วนผู้ทำงานในภาคเกษตรกรรม (เกษตรกรรม ประมง ลำสัตว์ และป่าไม้) ลดลงจากร้อยละ 56 ใน ปี พ.ศ.2537 เป็นร้อยละ 51.3 ใน ปี พ.ศ. 2541 โดยมีเกษตรกรหญิงมากกว่าเกษตรกรชาย แนวโน้มที่ลดลงนี้เป็นเช่นเดียวกันทุกภาค ยกเว้นภาคเหนือซึ่งภาคเกษตรกรรมเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 62 ใน ปี พ.ศ. 2537 เป็นร้อยละ 65.3 ใน ปี พ.ศ. 2541 (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ , 2543)

จากการสำรวจภาวะการทำงานของประชากรของสำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานนายกรัฐมนตรี ในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2542 พบว่า โดยทั่วไปผู้รับงานไปทำที่บ้านส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง (ประมาณ 80%) มากกว่าผู้ชาย (ประมาณ 20%) และเมื่อพิจารณาถึงประเภทผู้รับงานไปทำที่บ้าน พบว่า ผู้รับงานด้วยตนเองและผู้รับงานส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย ขณะที่ผู้รับช่วงงานส่วนใหญ่เป็นผู้ชายมากกว่าผู้หญิง ทั้งนี้เนื่องจากลักษณะงานของผู้รับงานด้วยตนเองและผู้ช่วยรับงานเป็นการทำงานที่อยู่ในบริเวณบ้านหรือสถานที่ใกล้เคียงที่สามารถกระทำการร่วมกับการดูแลครอบครัวและรับผิดชอบงานบ้านได้สอดคล้องกับภาระรับผิดชอบของผู้หญิงในสังคมไทย ขณะที่งานของผู้รับช่วงงานมักเป็นงานที่ต้องการความคล่องตัวในการทำหน้าที่เป็นคนกลางติดต่อประสานงานระหว่างผู้ว่าจ้างกับผู้รับงาน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2543) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของประดิษฐ์ ฆาสมบัติ (2542) ที่พบว่าผู้รับงานส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง (ประมาณ 89%) โดยเฉพาะในอุตสาหกรรมการบรรจุผลิตภัณฑ์ สิ่งทอและผลิตภัณฑ์จากผ้า การตัดเย็บเสื้อผ้าสำเร็จรูปและอุตสาหกรรมทอเสื้อ และทำผลิตภัณฑ์พลาสติกในการรับงานส่วนใหญ่ (ประมาณ 67%) เป็นผู้รับงานและทำการผลิตหรือประกอบการเอง รองลงมาเป็นผู้ช่วยงาน นอกนั้นเป็นลูกจ้าง เจ้าของกิจการ นายหน้า และอื่นๆ

การรับงานไปทำที่บ้านมีเกือบทุกวัย มากที่สุดในช่วงอายุ 20-49 ปี ส่วนใหญ่มีครอบครัวแล้ว (80%) มีการศึกษาต่ำอยู่ในระดับประถมศึกษา (80%) (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2543) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อมรา พงศาพิชญ์ (Pongsapich, 1992) ที่พบว่าผู้รับงานไปทำที่บ้านส่วนใหญ่เป็นแรงงานครัวเรือน เป็นผู้หญิงในวัยกลางคน และประมาณ 1 ใน 3 ของแรงงานหญิงที่ทำงานนี้แต่งงานมีครอบครัวแล้ว แรงงานในอุตสาหกรรม การเย็บระโนอัญมณี ดอกไม้ประดิษฐ์ ผลิตภัณฑ์ทองเหลือง แกะสลัก มักเป็นแรงงานวัยกลางคนที่มีอายุไม่เกิน 35 ปี แต่ในหัตถกรรมอุตสาหกรรมพื้นบ้านที่ทำกันมานาน เช่น การทำเครื่องเงิน การทอผ้า การจักสาน สัดส่วนของ

แรงงานจะอยู่ในวัยสูงอายุก่อนข้างสูง ส่วนแรงงานเด็กที่มีอายุ 10-17 ปี พบในอุตสาหกรรม การทำอาหาร เจียรในพลอยเทียม ตัดเย็บเสื้อผ้า และจักสานเป็นต้น

2. สภาพการจ้างงาน

ประเทศไทยมีการจ้างงานนอกระบบโดยผู้รับจ้างเองงานไปทำที่บ้าน กำลังขยายตัวอย่างรวดเร็วและสามารถดึงดูดแรงงานหญิงเข้าสู่การจ้างงานแรงงานนอกระบบนี้จำนวนมาก โดยเฉพาะ การผลิตในภาคอุตสาหกรรมเพื่อการส่งออก เช่น การตัดเย็บเสื้อผ้า เครื่องหนัง แหวน อุปกรณ์ไฟฟ้า และการทำดอกไม้ประดิษฐ์ เป็นต้น ทั้งนี้เพราะการจ้างงานนอกระบบไม่ได้อยู่ภายใต้ การคุ้มครองของกฎหมายแรงงาน จึงเป็นช่องทางที่ผู้ประกอบการใช้มาเป็นกลยุทธ์ในการลดต้นทุน การผลิตและการแข่งขันเชิงธุรกิจ (วิยุทธ์ จำรัสพันธ์ และคณะ, 2540) โดยผู้รับงานส่วนใหญ่รับงานผ่านกลุ่มหรือองค์กรชุมชน ผ่านนายจ้างและคนกลางในท้องถิ่น และผ่านเจ้าของกิจการโดยตรง อุตสาหกรรมที่มีการรับงานผ่านกลุ่มมากที่สุด คือ อุตสาหกรรมการตัดเย็บเสื้อผ้าสำเร็จรูป การทำดอกไม้ประดิษฐ์ และผลิตภัณฑ์กระดาษ (ประดิษฐ์ ชาสมบัติ, 2542)

การสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2543) ในเดือนกุมภาพันธ์ 2542 พบว่าการรับงานมาทำที่บ้านนิยมทำกันเป็นอาชีพหลักมากกว่าอาชีพเสริม ประเภทของงานที่รับมาทำที่บ้านมากที่สุด ได้แก่ อุตสาหกรรมหัตถกรรม (95.4%) รองลงมา ได้แก่ พาณิชยกรรม (3.30%) การบริการ (1.13%) เกษตรกรรม (0.08%) การขนส่ง (0.04%) และการก่อสร้าง (0.01%)

3. ค่าจ้างและรายได้

รายได้หรือรายรับของทั้งผู้ชายและผู้หญิงในภาคเศรษฐกิจนอกระบบมีอัตราต่ำกว่าในภาคเศรษฐกิจที่เป็นระบบมาก นอกจากนี้ความแตกต่างรายได้ของแรงงานหญิงและชายในเศรษฐกิจนอกระบบนั้นมีสูงกว่าในภาคเศรษฐกิจในระบบ แม้แต่ในกลุ่มของผู้ที่เป็นผู้ประกอบการอาชีพอิสระด้วย ช่องว่างของรายได้ในเศรษฐกิจนอกระบบนี้เกิดจากปัจจัยสำคัญ 2 ประการคือ (ศูนย์การศึกษาและพัฒนาผู้รับงานไปทำที่บ้าน, 2542)

1. รายได้ในภาคเศรษฐกิจนอกระบบมีแนวโน้มลดลงเนื่องจากสถานภาพที่เปลี่ยน นายจ้างเป็นผู้ประกอบอาชีพอิสระ และกลายเป็นแรงงานที่มีค่าจ้างชั่วคราวและเป็นแรงงานรับเหมาช่วง

2. สัดส่วนของผู้หญิงทั่วโลกที่อยู่ในภาคเศรษฐกิจที่มีรายได้สูงมีน้อยเกินไป ในขณะที่สัดส่วนของผู้หญิงในภาคเศรษฐกิจที่มีรายได้ต่ำมีสูงมาก เช่น ในกิจการรับเหมาช่วง เป็นต้น

ในประเทศไทยค่าตอบแทนส่วนใหญ่เป็นตามผลงาน ที่จ่ายเป็นรายชิ้น งานเหมาจากการสำรวจการทำงานของคนงานหญิงทำตามผลงานในประเทศไทยทั้งคนงานหญิงที่ทำงานในงานอุตสาหกรรมและโรงงานหญิงที่ทำงานที่บ้านของจิตร พรหมพันธุ์ และ ชัยวัฒน์ เกิดผล

(2538) พบว่าคนงานหญิงมีสภาพการจ้างงานและการทำงานคล้ายกัน โดยลักษณะการจ้างงานแบ่งออกเป็น 3 ลักษณะ คือ การจ้างงานรายวัน การจ้างงานรายเดือน และการจ้างงานรายเหมา และคนงานหญิงทำตามผลงานในอุตสาหกรรมร้อยละ 2.6 และที่เหลือเป็นการรับจ้างรายเหมา

นอกจากนี้จากการศึกษาของประดิษฐ์ ชาติสมบัติ (2542) พบว่าผู้รับงานมาทำที่บ้านส่วนใหญ่ได้ค่าตอบแทนตามผลงานในอัตราค่าจ้างรายชิ้น ซึ่งแตกต่างกันตามประเภทอุตสาหกรรมหรือลักษณะงาน ตามขนาดและคุณภาพของชิ้นงาน ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อวันอยู่ระหว่าง 50-149 บาทต่อคน หรือโดยเฉลี่ยประมาณ 109 บาทต่อคน ซึ่งค่าจ้างเฉลี่ยแตกต่างกันตามประเภทอุตสาหกรรม นอกจากรายได้ของผู้รับงานส่วนใหญ่มาจากค่าจ้างแล้ว ผู้รับงานบางคนอาจมีรายได้ค่านายหน้าหรือการจัดการกลุ่มด้วย โดยเฉลี่ยทุกประเภทอุตสาหกรรมครัวเรือนผู้รับงานไปทำที่บ้านมีรายได้รวมจากการรับงานไปทำที่บ้านประมาณ 3,733 บาทต่อเดือน โดยการตัดเย็บเสื้อผ้ากางเกง การทำผลิตภัณฑ์ท่อโลหะและผลิตภัณฑ์โลหะ และการเจียรไนพลอย มีรายได้สุทธิต่อครัวเรือนสูงประมาณ 4,000 บาทต่อเดือน เพราะมีการใช้ทักษะฝีมือสูง ขณะที่การทำบรรจุภัณฑ์มีรายได้สุทธิเฉลี่ยประมาณ 625 บาทต่อเดือน

งานอาชีวอนามัยและความปลอดภัย

ประเทศไทยได้ตระหนักถึงความสำคัญและมีการพัฒนางานอาชีวอนามัยและความปลอดภัยมานานหลายทศวรรษแล้ว โดยมีการพัฒนาคู่เคียงกับประเทศอุตสาหกรรมทั้งหลายก็เกิดขึ้นหลังจากการพัฒนาอุตสาหกรรมในประเทศไทย

การพัฒนาอุตสาหกรรมในประเทศไทย ก่อให้เกิดผลกระทบทั้งทางด้านบวกและลบต่อสุขภาพอนามัย ผลกระทบทางบวกคือ ประชาชนมีรายได้สูงขึ้น มีการศึกษาสูง มีความรู้ ความสนใจในการดูแลสุขภาพมากขึ้น แต่ขณะเดียวกันก็ก่อให้เกิดผลกระทบในทางลบควบคู่กันไปด้วยการขยายตัวทางเศรษฐกิจ ทำให้มีการตั้งโรงงานอุตสาหกรรมและสถานประกอบการเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้มีการเคลื่อนย้ายแรงงานขนาดใหญ่จากภาคเกษตรกรรมสู่ภาคอุตสาหกรรมและภาคบริการ มีการสร้างแรงจูงใจให้นักลงทุนต่างชาติเข้ามาลงทุนโดยมีการผ่อนปรนเงื่อนไขต่าง ๆ ซึ่งนอกเหนือจากการทำลายทรัพยากรธรรมชาติและก่อปัญหาทางสิ่งแวดล้อมต่างๆ มากมายแล้วยังก่อให้เกิดปัญหาความไม่ปลอดภัยแก่แรงงานในโรงงานอุตสาหกรรมตามอีกด้วย นั่นคือ ปัญหาอุบัติเหตุและโรคเนื่องจากการประกอบอาชีพ

ความหมายของอาชีวอนามัยและความปลอดภัย

อาชีพ, อาชีวะ (Occupation) หมายถึง อาชีพ การเลี้ยงชีพ การทำมาหากิน งานที่ทำเป็นประจำเพื่อการเลี้ยงชีพ

อนามัย (Health) หมายถึง ความไม่มีโรค สภาวะที่สมบูรณ์ดีทั้งร่างกาย ทางจิตใจ ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ

ความปลอดภัย (Safety) หมายถึง สภาพที่ปราศจากภัยคุกคาม ไม่มีอันตราย (Danger) และความเสี่ยง (Risk) ใดๆ

เมื่อเอาคำเหล่านี้มารวมกัน เป็นคำว่า “อาชีวอนามัยและความปลอดภัย” (Occupation Health and Safety) จึงหมายถึง การดูแลสุขภาพอนามัยและความปลอดภัยของผู้ประกอบอาชีพ ซึ่งรวมถึง การป้องกันอันตรายและส่งเสริมสุขภาพอนามัย เพื่อคงไว้ซึ่งสภาพร่างกายและจิตใจที่สมบูรณ์ ตลอดจนสถานะความเป็นอยู่ที่ดีของผู้ประกอบอาชีพทั้งหมด

เป้าหมายของงานอาชีวอนามัยและความปลอดภัย

งานอาชีวอนามัยเป็นงานสาธารณสุขแขนงหนึ่ง ซึ่งมีการดำเนินงานให้บริการดูแลสุขภาพอนามัยของผู้ประกอบอาชีพทุกสาขาอาชีพ ทั้งด้านอุตสาหกรรม พาณิชยกรรม เกษตรกรรมเหมืองแร่ ป่าไม้ ประมง ก่อสร้าง การขนส่ง การบริการ ฯลฯ โดยมีเป้าหมายเพื่อ

1. ป้องกันและควบคุมการบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุเนื่องจากการประกอบอาชีพ
2. ป้องกันและควบคุมโรคอันเนื่องจากการประกอบอาชีพ
3. ส่งเสริมสุขภาพอนามัยของผู้ประกอบอาชีพให้มีความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ

และสังคม

ในทางปฏิบัตินั้นอาจไม่สามารถควบคุมอันตรายจากการทำงานที่เสี่ยงต่ออุบัติเหตุหรือความเจ็บป่วยด้วยโรคจากการประกอบอาชีพได้ทั้งหมด แต่ต้องมีการดำเนินงานและการกำหนดกิจกรรมด้านความปลอดภัยเพื่อลดอันตรายหรือความเสี่ยงให้น้อยที่สุดเท่าที่จะทำได้

ขอบเขตของงานอาชีวอนามัยและความปลอดภัย

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) และองค์การแรงงานระหว่างประเทศ (International Labor Organization : ILO) ได้กำหนดขอบเขตอาชีวอนามัยไว้ว่าประกอบด้วยลักษณะงาน 5 ประการ คือ

1. การส่งเสริม (Promotion) และธำรงรักษาไว้ (Maintenance) ซึ่งสุขภาพร่างกายและจิตใจ ตลอดจนความเป็นอยู่ที่ดีในสังคมของผู้ใช้แรงงานทุกคนในกลุ่มอาชีพให้สมบูรณ์ที่สุดตามสถานะที่พึงมีได้
2. การป้องกัน (Prevention) ไม่ให้ผู้ประกอบอาชีพมีสุขภาพอนามัยที่เสื่อมโทรม หรือเกิดความผิดปกติอันเนื่องมาจากสภาพหรือสภาวะการทำงานต่างๆ

3. การปกป้องคุ้มครอง (Protection) ผู้ประกอบอาชีพไม่ให้ทำงานในสภาพการทำงานที่เสี่ยงอันตรายต่อสุขภาพ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดปัญหาอุบัติเหตุ และการเจ็บป่วยจากการทำงานได้

4. การจัด (Placing) ให้ผู้ประกอบอาชีพได้ทำงานในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับความสามารถทางด้านร่างกายและจิตใจของแต่ละคนให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ โดยคำนึงถึงความเหมาะสมในด้านต่างๆ รวมทั้งการนำเอาปัจจัยด้านการลงทุนมาประกอบการพิจารณาถึงความเป็นไปได้ด้วย

5. การจัดหรือปรับปรุงสภาพการทำงานให้เหมาะสมกับลักษณะของงานและผู้ปฏิบัติงาน (Adaptation of Work) โดยคำนึงถึงความแตกต่างทางด้านสรีระร่างกายและจิตใจของผู้ประกอบอาชีพแต่ละคนเพื่อให้สามารถทำงานได้ประสิทธิผลสูงสุด

ความสำคัญของงานอาชีวอนามัยและความปลอดภัย

ในประเทศไทย จากสถิติที่รวบรวมโดยกองทุนเงินทดแทน พบว่ามีผู้ประสบอันตรายจากการทำงานเป็นจำนวนมาก อุบัติเหตุและความเจ็บป่วยจากการทำงานดังกล่าวนี้ ทำให้ประเทศชาติต้องสูญเสียทรัพยากรบุคคลและสูญเสียประโยชน์ไปคิดมูลค่ามหาศาล ซึ่งหมายถึงการสูญเสีย ทั้งทางด้านกำลังงานและเศรษฐกิจไปอย่างน่าเสียดาย งานอาชีวอนามัยและความปลอดภัยจึงมีความจำเป็นและสำคัญอย่างยิ่งในแง่มนุษยธรรมและประโยชน์ของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย ไม่ว่าจะเป็นฝ่ายนายจ้าง ฝ่ายลูกจ้างหรือภาคีรัฐบาล ดังนี้

1. ช่วยป้องกันและควบคุมให้เกิดสภาพความปลอดภัยในการทำงาน เพื่อให้ลูกจ้างได้ทำงานด้วยเครื่องมือและวิธีการทำงานที่ปลอดภัยในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม ซึ่งส่งผลให้อัตราการเกิดอุบัติเหตุและการเจ็บป่วยเนื่องจากการประกอบอาชีพลดลง ลูกจ้างมีความปลอดภัยในการทำงาน และมีสุขภาพอนามัยที่ดีทั้งทางร่างกายและจิตใจ

2. ช่วยลดความสูญเสียที่ต้นทุนกิจการของนายจ้างอันเนื่องมาจากการเกิดอุบัติเหตุ เช่น ความสูญเสียจากกระบวนการผลิตที่ต้องหยุดชะงัก ผลผลิตลดลง อุปกรณ์ เครื่องมือและวัตถุดิบ หรือผลิตภัณฑ์เสียหาย ต้องเพิ่มอัตราเงินสมทบและค่าประกันภัย สูญเสียเวลาในการผลิต และเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสมรรถภาพ คนงานเสียขวัญกำลังใจ ต้องฝึกพนักงานใหม่ มาทดแทนคนเก่า เสียชื่อเสียง และเสียภาพพจน์ของสถานประกอบการ เป็นต้น

3. ช่วยลดผลกระทบทางสังคมที่อาจตามมาภายหลังการประสบอันตรายจากการทำงาน เช่น เมื่อหัวหน้าครอบครัวต้องประสบอันตรายจนถึงแก่ความตาย ทุพพลภาพ หรือป่วยด้วยโรคจากการประกอบอาชีพ ภรรยาหรือบุตรหรือผู้ที่อยู่ในความปกครองก็จะได้รับความเดือดร้อน ขาดผู้นำที่จะเลี้ยงดูอุปการะ สูญเสียโอกาสที่จะศึกษาเล่าเรียน เป็นพลเมืองที่ดีในภายหน้า

4. ส่งผลต่อการเพิ่มผลผลิตและอำนวยประโยชน์ต่อเศรษฐกิจ ด้วยเหตุที่ว่าในสถานที่ทำงานต่าง ๆ นั้น สภาพแวดล้อมมีอิทธิพลต่อการทำงานของลูกจ้างเป็นอย่างมาก ถ้าลูกจ้างได้ทำงานในสถานที่ทำงานที่มีความปลอดภัย มีมาตรการในการป้องกันอุบัติเหตุ มีสภาพแวดล้อมในการทำงานที่เหมาะสม เช่น ปราศจากมลพิษ มีแสงสว่างเพียงพอ มีการระบายอากาศที่ดี มีความพึงพอใจในการทำงาน และมีทัศนคติที่ดีต่อนายจ้าง สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะส่งผลต่อการเพิ่มผลผลิตทั้งปริมาณและคุณภาพ ช่วยอำนวยประโยชน์ต่อตัวลูกจ้าง นายจ้าง และเศรษฐกิจของประเทศชาติโดยรวม

5. ช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานได้รับการปฏิบัติที่เป็นธรรม ไม่ขัดต่อหลักมนุษยธรรม อันที่จริงแล้ว การดำเนินงานอาชีวอนามัยและความปลอดภัยเป็นเรื่องมนุษยธรรมที่นายจ้างพึงมีให้แก่ลูกจ้าง ซึ่งเป็นผู้ที่ทำงานให้ตน นายจ้างจึงมีหน้าที่ปกป้องคุ้มครองลูกจ้าง โดยการป้องกันอันตรายและควบคุมสถานที่ทำงานของตนให้มีความปลอดภัย รวมทั้งการปฏิบัติต่อลูกจ้างอย่างเป็นธรรม การมุ่งคำนึงถึงแต่ผลผลิตและผลกำไรแต่เพียงอย่างเดียว จะทำให้นายจ้างไม่ได้รับผลประโยชน์อย่างแท้จริง ในทางตรงกันข้าม การบริหารงานด้านความปลอดภัยให้เกิดผลดีนั้น นอกจากจะช่วยลดความสูญเสีย ช่วยเพิ่มผลผลิตและประสิทธิภาพในการทำงานแล้ว ยังช่วยเสริมสร้างภาพลักษณ์ให้สินค้าหรือผลิตภัณฑ์เป็นที่ยอมรับ และลดปัญหาการถูกกีดกันทางการค้าจากนานาประเทศด้วย

ทฤษฎีการเรียนรู้และการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning: PL)

ความหมายของการเรียนรู้

Good (1998) ให้ความหมายของการเรียนรู้ ว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงการตอบสนองหรือพฤติกรรมอันเนื่องมาจากบางส่วน หรือทั้งหมดของมวลประสบการณ์

Klein (1991) ให้ความหมายของการเรียนรู้ว่า เป็นกระบวนการของประสบการณ์ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ค่อนข้างถาวร ซึ่งการเปลี่ยนพฤติกรรมนี้ไม่ได้มาจากภาวะหรือสัญชาตญาณ

กล่าวโดยสรุป การเรียนรู้ หมายถึง กระบวนการที่ซับซ้อนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงค่อนข้างถาวรภายในตัวบุคคล ทั้งด้านร่างกาย สติปัญญา และด้านอารมณ์ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้เป็นผลอันเนื่องมาจากประสบการณ์

ความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการเรียนรู้

Bloom (1984) ได้แบ่งพฤติกรรมการเรียนรู้ออกเป็น 3 องค์ประกอบ ดังนี้

1. ด้านความรู้/พุทธิปัญญา (Cognitive Domain) หมายถึง สิ่งที่แสดงให้รู้ว่าคุณคนนั้นรู้คิดเกี่ยวกับสุขภาพ พฤติกรรมด้านนี้เกี่ยวข้องกับความรู้ ความจำ ข้อเท็จจริง

2. ด้านเจตคติ (Affective Domain) หมายถึง สภาวะทางด้านจิตใจของบุคคลเกี่ยวกับ
 สุขภาพ เกี่ยวข้องกับความสนใจ ความรู้สึก ท่าที ความชอบ ไม่ชอบ การให้คุณค่า

3. ด้านการปฏิบัติ (Psychomotor Domain) หมายถึง สิ่งที่บุคคลปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพ
 เป็นการปฏิบัติที่แสดงออกมา และสังเกตได้ในสถานการณ์หนึ่ง ๆ เช่น การเลือกรับประทานอาหาร
 การพบแพทย์เมื่อเจ็บป่วย เป็นต้น (อ้างใน ถนิมพันธ์ อรุณกิจ, 2544)

Schwartz (1975) กล่าวถึงรูปแบบความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการเรียนรู้ทั้ง 3 ด้าน คือ
 ด้านพุทธิพิสัย เจตพิสัย และทักษะพิสัย (Knowledge-Attitudes-Practices KAP Model) พบว่ามี
 ความสัมพันธ์กันใน 4 ลักษณะ (แผนภูมิ 1)

รูปแบบที่ 1 : ความรู้มีความสัมพันธ์กับเจตคติซึ่งส่งผลให้เกิดการปฏิบัติ

รูปแบบที่ 2 : ความรู้ และเจตคติมีความสัมพันธ์กันและทำให้เกิดการปฏิบัติตามมา

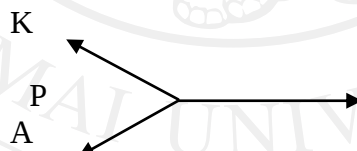
รูปแบบที่ 3 : ความรู้ และเจตคติต่างก็ทำให้เกิดการปฏิบัติได้ โดยที่ความรู้และเจตคติไม่
 จำเป็นต้องมีความสัมพันธ์กัน

รูปแบบที่ 4 : ความรู้มีผลต่อการปฏิบัติทั้งทางตรงและทางอ้อม มีเจตคติเป็นตัวกลางทำ
 ให้เกิดการปฏิบัติตามมา

K-A-P Model 1 K A



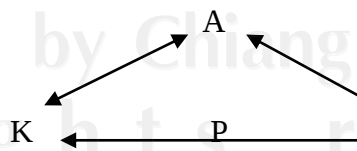
K-A-P Model 2



K-A-P Model 3



K-A-P Model 4



แผนภาพ 1 รูปแบบความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการเรียนรู้

ที่มา : Knowledge-Attitudes-Practices Model จาก Nancy E Schwartz, 1975

รูปแบบความสัมพันธ์เหล่านี้ สามารถนำมาใช้ในงานวิจัยเพื่อที่จะสามารถดูความสัมพันธ์ และค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้นตามกระบวนการทั้ง 4 รูปแบบโดยบางคนอาจเกิดขึ้นเพียงรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง หรือหลายรูปแบบก็ได้

การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning)

กลุ่มนักปรัชญาการศึกษา (1980) ได้เริ่มใช้วิธีการเรียนรู้จากการกระทำ (Learning by Doing) ซึ่งเป็นพื้นฐานการพัฒนากระบวนการเรียนรู้ที่ดึงความสามารถของผู้เรียนออกมาในรูปของการเรียนรู้เชิงปฏิบัติการ (Active Learning) ผู้เรียนจะมีส่วนในกิจกรรมการเรียนการสอน มากขึ้นผู้สอนกระตุ้นให้ผู้เรียนคิดแก้ปัญหามากขึ้นและยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลางในการจัดกิจกรรมการเรียนการสอน

ในทศวรรษที่ 80 ได้มีการพัฒนากระบวนการเรียนรู้ (Learning Process) รูปแบบใหม่ ที่เรียกว่าการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential Learning) David A. Kolb ได้เสนอว่า ประสบการณ์เป็นแหล่งของการเรียนรู้ และการพัฒนาตามรูปแบบของโคลบ (Kolb's Model) เป็นวงจรของการเรียนรู้ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ ประสบการณ์เชิงรูปธรรม การสังเกตอย่างไตร่ตรอง มโนทัศน์เชิงนามธรรม และการทดลองปฏิบัติ จากองค์ประกอบดังกล่าว เขียนเป็น วงจร (แผนภูมิ 2) ตามแนวคิดของโคลบ มุ่งสอนให้ผู้เรียน เรียนเพื่อเรียนรู้ (Learn to Learn) เนื่องจากมีจุดมุ่งหมายของการเรียนรู้คือ ให้นักคได้พัฒนาความสามารถจากองค์ประกอบหลักทั้ง 4 องค์ประกอบ ซึ่งจะพัฒนาให้ผู้เรียนเกิดการคิดที่ซับซ้อน มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ เข้าใจใน เนื้อหาความรู้ มีความสามารถในการแก้ปัญหา และสามารถนำสิ่งที่เรียนรู้ไปใช้ในการทำงานได้ ง่ายขึ้น



แผนภาพ 2 วงจรการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ตามรูปแบบของโคลบ

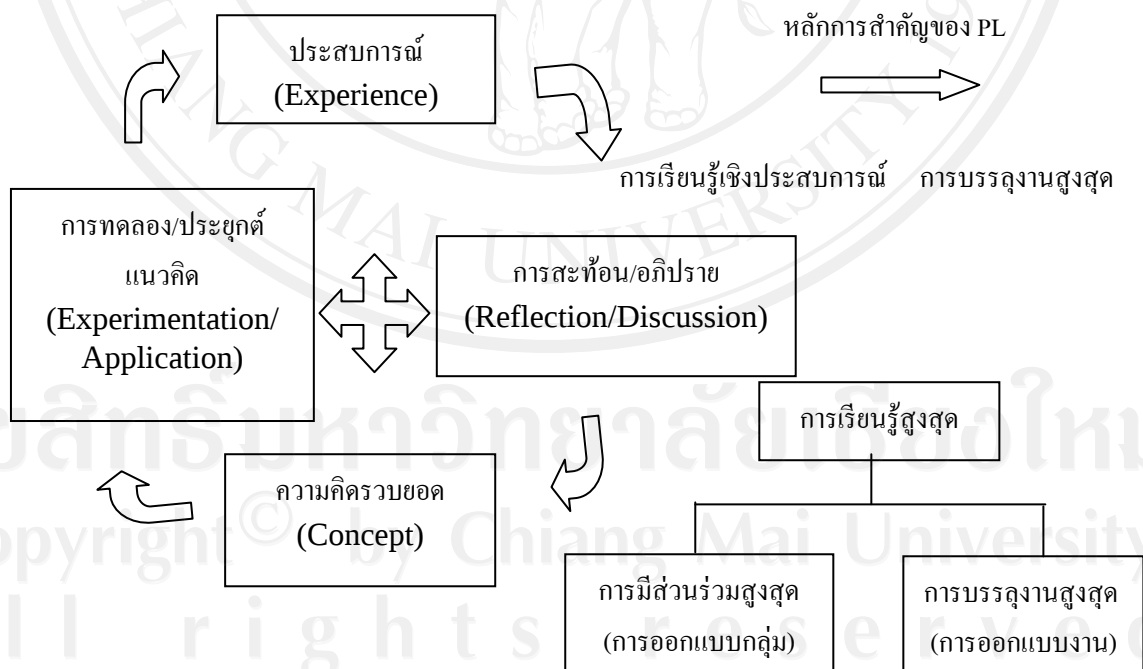
ที่มา : Kolb's Model จาก David A. Kolb, 1991

จากแนวคิดของโคล์บนี้ ต่อมาเมื่อนักการศึกษาและนักฝึกอบรมได้นำรูปแบบนี้ไปใช้ในการสอนและฝึกอบรมต่างๆ ซึ่งการเรียนรู้ที่ให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในกิจกรรมและยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลางนั้น มีหลายชื่อ เช่น การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential Learning) การเรียนรู้จากประสบการณ์เดิม (Prior Learning) และการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning) ประสบการณ์เชิงรูปธรรม (Concrete Experience) การสังเกตอย่างไตร่ตรอง (Concrete Experience) การทดลองปฏิบัติ (Concrete Experience) แนวคิดเชิงนามธรรม (Concrete Experience)

หลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning) เป็นการเรียนรู้ที่ D.J.Nicole นักฝึกอบรมเชื่อว่าเป็นรูปแบบการเรียนการสอนที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาบุคคลทั้งด้านความรู้ทัศนคติ และทักษะได้ดีที่สุด โดยผ่านการสังเคราะห์ จากผลการศึกษาวิจัยรูปแบบการเรียนรู้หลายรูปแบบ (Meta Analysis) จนได้โครงสร้างพื้นฐานของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ซึ่งประกอบด้วย หลักการเรียนรู้พื้นฐาน 2 อย่าง ดังแผนภูมิ 3

1. การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential Learning)
2. กระบวนการกลุ่ม (Group Process)



แผนภาพ 3 หลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

ที่มา : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2545, Kolb DA, Rulin IM, Osland Js, Organizational Behavior: an Experiential Approach. Fifth ed. Englewood : Pretice Hall, 1991

การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential Learning)

ความหมายของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์

Johnson ให้ความหมายของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ว่ามาจากแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้เชิงปฏิบัติการ (Action Theory) อาศัยประสบการณ์เดิมของผู้เรียน และปรับเปลี่ยนให้เกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยมีจุดมุ่งหมายของการเรียนรู้ 3 ประการ คือ 1) ผู้เรียนเกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของความรู้ 2) ผู้เรียนมีการเปลี่ยนแปลงเจตคติ และ 3) ประสบการณ์เดิมของผู้เรียนเกิดการขยายตัวในด้านทักษะอย่างกว้างขวาง

หลักการการเรียนรู้เชิงประสบการณ์

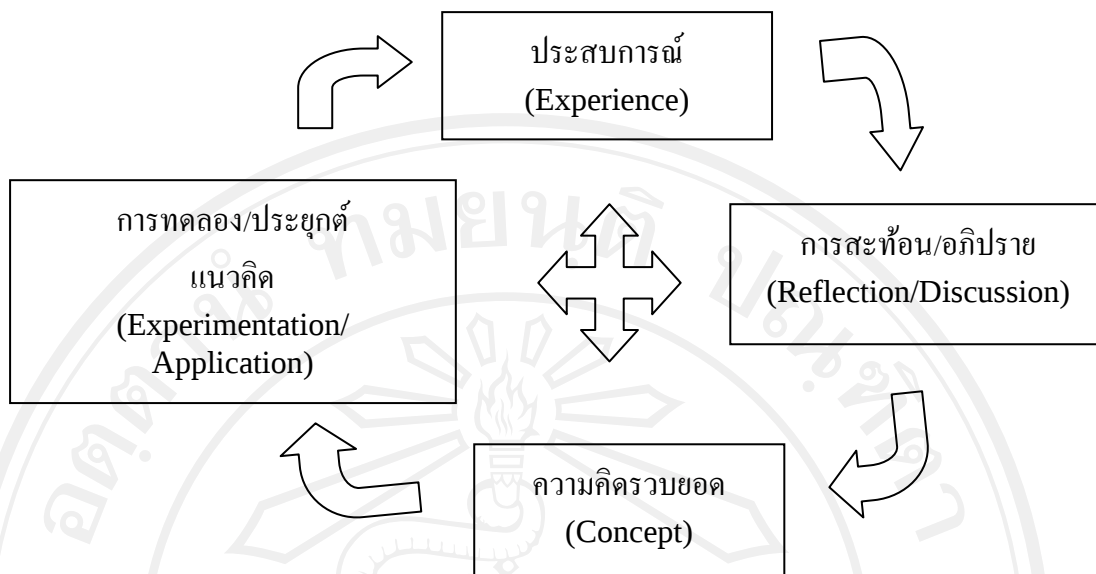
การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมอาศัยหลักการเรียนรู้ที่ยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลางโดยให้ผู้เรียนเป็นผู้สร้างความรู้จากประสบการณ์เดิม โดยมีหลักสำคัญ 5 ประการ คือ

1. เป็นการเรียนรู้ที่อาศัยประสบการณ์เดิมของผู้เรียน
2. ทำให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ๆ ที่ทำอย่างต่อเนื่องและการเรียนรู้แบบเข้าร่วมกิจกรรม
3. มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนด้วยกันเอง และระหว่างผู้เรียนกับผู้เรียน
4. ปฏิสัมพันธ์ที่มีทำให้เกิดการขยายตัวของเครือข่ายความรู้ที่มีอยู่ออกไปอย่างกว้างขวาง
5. มีการสื่อสารด้วยการพูดหรือการเขียนเป็นเครื่องมือในการแลกเปลี่ยน การวิเคราะห์ และสังเคราะห์ความรู้

องค์ประกอบของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์

Kolb (1991) กล่าวว่าการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบดังนี้

1. ประสบการณ์ผู้สอนช่วยให้ผู้เรียนนำประสบการณ์เดิมของตนมาพัฒนาเป็นองค์ความรู้
2. การสะท้อนความคิดและอภิปราย ผู้สอนช่วยให้ผู้เรียนได้มีโอกาสแสดงออกเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและการเรียนรู้ซึ่งกันและกันอย่างลึกซึ้ง
3. ความเข้าใจและเกิดความคิดรวบยอด ผู้เรียนเกิดความเข้าใจและนำไปสู่การเกิดความคิดรวบยอด อาจเกิดขึ้นโดยผู้เรียนเป็นฝ่ายริเริ่ม แล้วผู้สอนช่วยเติมแต่งให้สมบูรณ์ หรือในทางกลับกันผู้สอนเป็นผู้นำทางและผู้เรียนประสานต่อจนเกิดความคิดนั้นสมบูรณ์เป็นความคิดรวบยอด
4. การทดลองหรือประยุกต์แนวคิด ผู้เรียนนำเอาสารที่เรียนรู้และเกิดขึ้นใหม่ไปประยุกต์ใช้ในลักษณะ หรือสถานการณ์ต่าง ๆ จนเกิดเป็นแนวทางปฏิบัติของผู้เรียนเอง



แผนภาพ 4 วงจรและทิศทางขององค์ประกอบการเรียนรู้เชิงประสบการณ์

องค์ประกอบของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ ความสัมพันธ์ขององค์ประกอบทั้ง 4 ประการจะเป็นไปอย่างพลวัต (Dynamic) คือ จะอยู่ไม่นิ่ง โดยอาจจะเริ่มต้นจากจุดใดจุดหนึ่ง และเคลื่อนย้ายไปมาระหว่างองค์ประกอบต่างๆ ดังนั้นในแง่ของการเรียนการสอนจึงอาจเริ่มต้นที่จุดใดก่อนก็ได้ แต่ที่สำคัญต้องจัดกิจกรรมการเรียนการสอนให้ครบทุกองค์ประกอบ

กระบวนการกลุ่ม (Group Process)

ชวลิตดา ขวัญเมือง (2541) ได้ให้ความหมายของกระบวนการกลุ่ม หมายถึง กระบวนการที่ช่วยให้แก่นักเรียนได้มีพัฒนาการในด้านทัศนคติ ค่านิยมและพฤติกรรมที่บกพร่องเป็นปัญหาควรแก้ไขโดยกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ จึงเป็นวิธีการเปิดโอกาสให้นักเรียนเข้าใจความต้องการของตนเองและของผู้อื่น จากการสัมผัสด้วยการปฏิบัติจนเกิดการค้นพบสิ่งที่ต้องการเรียนรู้ด้วยตนเอง ซึ่งทำให้เกิดประโยชน์ต่อการปฏิบัติตนในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น

ชญญา อภิบาลกุล (2542) กลุ่มสัมพันธ์ คือ การศึกษาเรื่องเกี่ยวกับกลุ่มคนเพื่อเสริมสร้างความเข้าใจในเรื่องทัศนคติ พฤติกรรม และความสัมพันธ์ของคนและกลุ่มอันจะเป็นประโยชน์ต่อความเป็นอยู่ และการทำงานร่วมกันของกลุ่มคนให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

กระบวนการกลุ่มเป็นกระบวนการที่เน้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในกลุ่ม สมาชิกกลุ่ม ได้ร่วมทำกิจกรรมสิ่งใดสิ่งหนึ่งในกลุ่มโดยกิจกรรมนั้นได้พิจารณาไตร่ตรองแล้วว่าเหมาะสมกับสมาชิกกลุ่ม ก่อให้เกิดการเรียนรู้และสามารถนำสิ่งที่ได้รับภายในกลุ่มมาแก้ไข ประยุกต์ใช้ใน

ชีวิตประจำวันให้ไปในทางที่ถูกต้อง เหมาะสม นอกจากนั้นการรวมกลุ่มเพื่อแก้ไขปัญหานี้จะส่งผลไปสู่การรู้จักตนเอง รู้จักการทำงานร่วมกับผู้อื่นให้เป็นไปได้ด้วยดีอีกด้วย

จุดมุ่งหมายของกระบวนการกลุ่ม อวิล ธาราโกชน์ (2522)

1. เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับลักษณะสำคัญของกระบวนการกลุ่ม
2. เพื่อให้เข้าใจถึงหลักวิธีการในการทำงานของกลุ่ม
3. เพื่อให้รู้จักแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน อันเป็นแนวทางต่างๆของการแก้ปัญหาของกลุ่ม
4. เพื่อให้เกิดความเข้าใจตนเอง เข้าใจผู้อื่น ซึ่งเป็นการสร้างความสัมพันธ์อันดีในการทำงานร่วมกันเป็นกลุ่ม
5. เพื่อให้บุคคลได้เสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพของตนเองให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
6. เพื่อให้ได้นำเอาสิ่งที่ได้จากการเรียนรู้ในกระบวนการกลุ่ม นำมาใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม

ประโยชน์ของกระบวนการกลุ่ม

ในการทำกระบวนการกลุ่มนั้นวินิจ เกตุขำ (2522) ได้สรุปประโยชน์ไว้ดังนี้

1. ผลงานที่กลุ่มสร้างออกมา (Product)
2. กระบวนการทำงานของกลุ่ม (Process) ซึ่งมีดังนี้
 - 2.1 ประโยชน์ในด้านพัฒนาการ (Development Values)
 - 2.2 สนองความต้องการพื้นฐาน เช่น ความต้องการเป็นส่วนหนึ่งของสมาชิกกลุ่ม สร้างความอบอุ่นใจแก่สมาชิก เกิดความมั่นใจ
 - 2.3 ความต้องการความปลอดภัย
 - 2.4 ความต้องการยอมรับจากหมู่คณะ
3. การสร้างพัฒนาการด้านอารมณ์และสังคม ทำให้สมาชิกได้รู้จักปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ในสังคม การควบคุมการแสดงออกทางอารมณ์
4. การพัฒนาด้านทัศนคติ การแก้ไขปัญหามุ่งเน้นที่จะพัฒนา ด้านทัศนคติที่ดีจึงจะทำให้อยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ ช่วยให้บุคคลได้พัฒนาตนเอง

ความแตกต่างของกลุ่มลักษณะต่าง ๆ อูบล นิวัติชัย (2537)

1. กลุ่มผู้ให้ความรู้ ผู้ให้ข้อมูล วัตถุประสงค์ของกลุ่ม เป็นการให้ความรู้ คำแนะนำ หรือผู้ที่เกี่ยวข้อง การดูแลตนเองและสุขภาพมักไม่อาศัยกระบวนการกลุ่ม และหลักทางจิตวิทยามากนัก เพราะผู้บอกมักจะได้รับความเชื่อถืออยู่ และสมาชิกกลุ่ม ก็พร้อมจะปฏิบัติตามอยู่แล้ว ลักษณะของ

กลุ่มนี้จะใช้ประโยชน์เพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้ เมื่อสมาชิกเข้าใจปัญหาของตนเอง อยู่แล้วว่าขาดความรู้ ขาดข้อมูล

2. กลุ่มบำบัดหรือการปรึกษาปัญหาแบบกลุ่ม วัตถุประสงค์ของกลุ่มเป็นการพัฒนาสมาชิกในด้านการคิดแก้ปัญหาต่าง ๆ ด้วยตนเองโดยมีพื้นฐานความเชื่อที่ว่าคนแก้ปัญหาดตนเองได้ แต่เนื่องจากมีอารมณ์ ความกังวลหรือขาดประสบการณ์ ทำให้ดูเหมือนว่าแก้ไขไม่ได้ กระบวนการกลุ่มจะช่วยให้สมาชิกรู้จักตัวเองได้มองเห็นปัญหาและแลกเปลี่ยนวิธีการแก้ไขปัญหของตนกับกลุ่มได้พัฒนาความมั่นใจที่จะกระทำ พฤติกรรมสุขภาพใหม่ ๆ ที่เขาต้องการ ตลอดจน ปรึกษาปรึกษาจิตใจซึ่งกันและกัน กลุ่มลักษณะนี้ผู้นำกลุ่มจะต้องอาศัยความเข้าใจเรื่อง กระบวนการกลุ่ม และทักษะในการเอื้อสมาชิกได้พัฒนาตนเองในการแก้ไขปัญหาดด้วยตนเอง และอาศัยความเต็มใจของสมาชิกที่จะมีส่วนร่วมด้วย

3. กลุ่มจิตบำบัดหรือกลุ่มเพื่อการรักษาบำบัด ผู้ที่มีความบกพร่องทางจิต วัตถุประสงค์ของกลุ่มเป็นการรักษาความเสื่อมหน้าที่ของจิตใจ บุคลิกภาพ และกลุ่มลักษณะนี้อาศัยความชำนาญเฉพาะของผู้นำกลุ่มที่จะวินิจฉัยปัญหา ระบุปัญหาโดยพิจารณาจากประวัติในอดีตที่นำมาสู่ความ ยุ่งยากทางอารมณ์ การเสียน้ำที่ในชีวิตประจำวัน กระบวนการกลุ่มไม่เน้นประสบการณ์ร่วมของ สมาชิก แต่ขึ้นกับผล การวินิจฉัยปัญหา หรือความเจ็บป่วยความผิดปกติต่าง ๆ การเรียนรู้ด้วย กระบวนการกลุ่มเป็นการเรียนรู้พื้นฐานที่สำคัญ ซึ่งกระบวนการกลุ่มจะช่วยทำให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วม สูงสุดและทำให้บรรลุงานสูงสุด (แผนภาพ 5)



ที่มา : จากกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2545

1. การมีส่วนร่วมสูงสุด (Maximum Participation)

การมีส่วนร่วมสูงสุดของผู้เรียนขึ้นอยู่กับการออกแบบกลุ่ม มีตั้งแต่กลุ่มเล็ก 2 คน จนกระทั่งกลุ่มใหญ่ ซึ่งกลุ่มแต่ละประเภทมีข้อดีและข้อจำกัดต่างกัน ผู้เรียนทุกคนควรมีส่วนร่วมในทุกกิจกรรมของแต่ละองค์ประกอบ ดังนั้นผู้สอนควรพิจารณาออกแบบกลุ่มให้เหมาะสมกับผู้เรียนและกิจกรรมในแต่ละองค์ประกอบของการเรียนรู้ กลุ่มแต่ละประเภทมีข้อบ่งชี้และข้อจำกัด

การที่ผู้สอนออกแบบกลุ่มที่หลากหลายให้ผู้เรียนได้ทำกิจกรรมในแต่ละชั่วโมงสอน จะทำให้ผู้เรียนได้เกิดการเรียนรู้ตามลักษณะกลุ่มแต่ละประเภท การทำกิจกรรมกลุ่มช่วยให้ผู้เรียนมีโอกาสแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ได้ดีมาก มีการเคลื่อนไหวในการเรียนรู้ตลอดเวลา ทำให้ผู้เรียนมีความตื่นตัวในการเรียนรู้และมีความสนใจอย่างต่อเนื่อง

2. การบรรลุงานสูงสุด (Maximum Performance)

จากประเภทของกลุ่มชนิดต่างๆ จะเห็นว่า แม้ผู้เรียนจะได้มีส่วนร่วมมาก แต่ยังมีข้อจำกัดอยู่บ้าง เช่น ต้องใช้เวลามาก ขาดความลึกซึ้งหรือความหลากหลายในประเด็นอภิปรายสิ่งเหล่านี้เป็นหัวใจสำคัญของการบรรลุงานสูงสุด ซึ่งเราสามารถกำหนดได้จากการออกแบบงานให้เกิดการบรรลุงานสูงสุด โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญของการกำหนดงาน ดังนี้

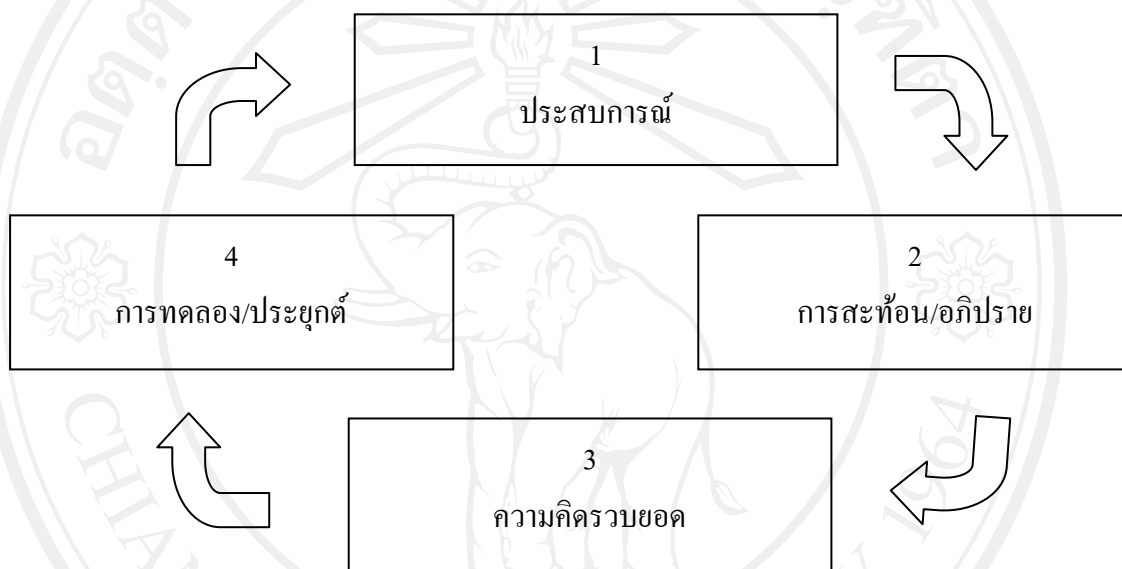
1. กำหนดกิจกรรมให้ชัดเจนว่าจะแบ่งกลุ่มอย่างไร เพื่อทำอะไร ใช้เวลามากน้อยแค่ไหน
2. กำหนดบทบาทของสมาชิกในกลุ่มให้ชัดเจน
3. กำหนดโครงสร้างของงานที่ชัดเจน บอกรายละเอียดของกิจกรรมและบทบาทเป็น กำหนดการที่ผู้สอนแจ้งแก่ผู้เรียนโดยทำเป็นใบงานหรือใบชี้แจง ดังนี้

3.1 ใบงานเป็นข้อความกำหนดงานที่มีรายละเอียด เพื่อให้ผู้เรียนในกลุ่มทำงานได้สำเร็จ ผลงานที่ได้จากการทำงานตามใบงานจะเป็นข้อสรุปที่มีความลึกซึ้ง เป็นไปตามประเด็นที่ผู้สอนต้องการ ใบงานใช้มากในกิจกรรมองค์ประกอบสะท้อน/อภิปราย และการทดลอง/ประยุกต์แนวคิดและมีผลอย่างมากต่อการที่ผู้เรียนจะทำงานได้สำเร็จในเวลาที่กำหนด และตรงตามวัตถุประสงค์

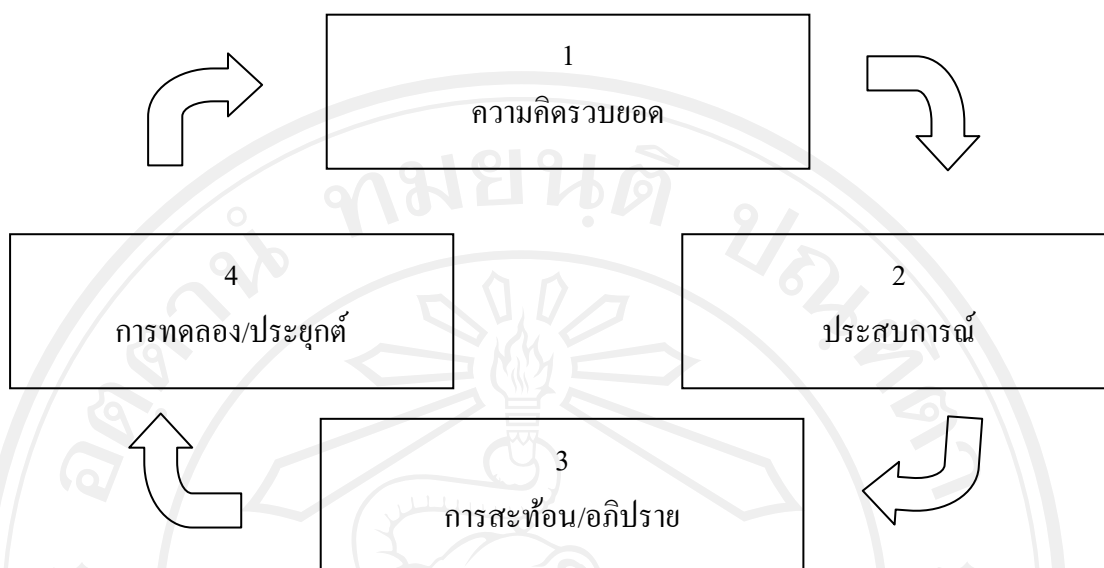
3.2 ใบชี้แจง เป็นคำชี้แจงในการทำกิจกรรมกลุ่ม มีรายละเอียดไม่มากนักจึงไม่ต้องทำเป็นใบงาน ผู้สอนอาจเขียนกระดานให้ผู้เรียนอ่านพร้อมกัน ใช้มากในองค์ประกอบประสบการณ์หรือประยุกต์แนวคิด

หลักการสอนความรู้แบบมีส่วนร่วม

หลักการสอนความรู้ที่ใช้หลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมช่วยสร้างพื้นฐานและเป็นองค์ประกอบทั้งหมด นั่นก็คือความคิดสร้างสรรค์ และความคิดวิเคราะห์วิจารณ์ ลักษณะเฉพาะการสอน ความรู้ที่ยึดหลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ได้เริ่มจากองค์ประกอบ ประสบการณ์ หรือความคิดรวบยอด ดังแผนภาพ



แผนภาพ 6 การอบรมด้านพุทธพิสัยโดยเริ่มจากองค์ประกอบของประสบการณ์



แผนภาพ 7 การอบรมด้านพุทธพิสัยโดยเริ่มจากองค์ประกอบความคิดรวบยอด

การอบรมด้านพุทธพิสัยโดยใช้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมทั้ง 4 องค์ประกอบ สามารถจัดกิจกรรมแต่ละองค์ประกอบดังนี้

ประสบการณ์ ผู้สอนจัดกิจกรรมให้ผู้เรียนได้นำเสนอความรู้ที่แต่ละคนมี อาจใช้การจับคู่พูดคุยกันในระยะเวลาสั้น ๆ แล้วผู้สอนสุ่มถามแต่ละคู่ การให้ผู้เรียนได้นำเสนอความรู้หรือประสบการณ์เกี่ยวกับเนื้อหาที่ผู้สอนจะสอนจะช่วยให้ผู้สอนได้ทราบถึงความรู้ หรือประสบการณ์เดิมของผู้เรียนซึ่งจะเป็นประโยชน์ในองค์ประกอบต่อไป

ความคิดรวบยอด จากประสบการณ์ที่ผู้เรียนนำเสนอผู้สอนสามารถสรุปเป็นแนวคิดรวบยอดและบรรยายเพิ่มเติม แต่ถ้าผู้สอนเริ่มต้นด้วยการบรรยายความคิดรวบยอด อาจจะบรรยายไปบางส่วนแล้วให้ผู้เรียนได้นำเสนอประสบการณ์ แล้วสรุปความคิดรวบยอดทั้งหมด ทุกครั้งที่ให้ผู้เรียนนำเสนอ

ประสบการณ์ ผู้สอนต้องสรุปและเชื่อมโยงประสบการณ์นั้น กับความคิดรวบยอดด้วยการสะท้อน/อภิปราย จากเนื้อหาความรู้ที่ผู้เรียนได้รับไปแล้วผู้สอนสามารถจัดกิจกรรมเพื่อให้ผู้เรียนได้เข้าใจเนื้อหายิ่งขึ้น และเพื่อเป็นการเตรียมความรู้ในการนำไปใช้ ผู้สอนอาจใช้ใบงานกำหนดกลุ่มผู้เรียนและกิจกรรมให้อภิปรายในประเด็นสำคัญของความรู้

ตาราง 2 แผนการอบรมความรู้แบบมีส่วนร่วม

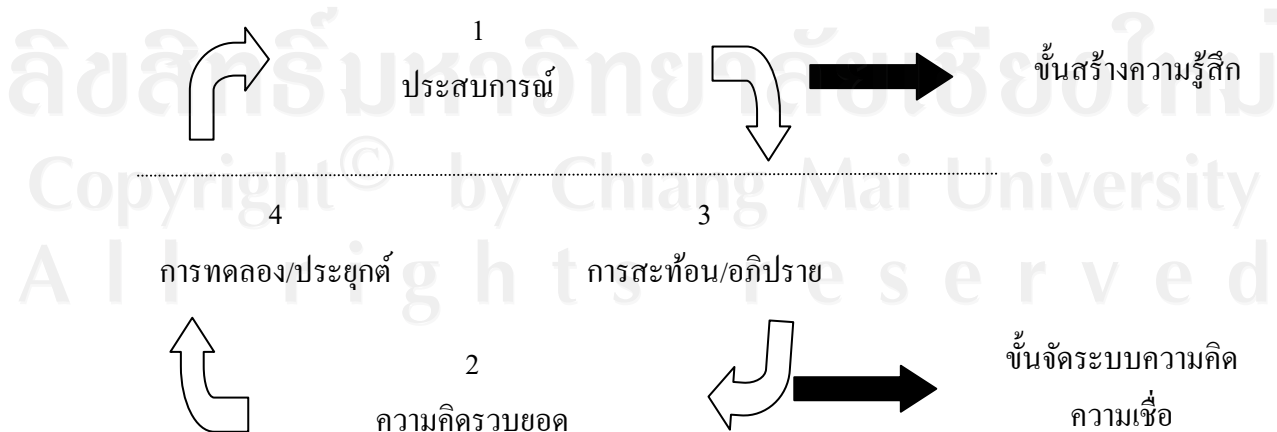
องค์ประกอบของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม	ลักษณะเฉพาะของการสอนความรู้แบบมีส่วนร่วม
ประสบการณ์ จับคู่สะท้อนความคิดและอภิปราย กลุ่มย่อย 5-6 คน	ตั้งคำถามจากประสบการณ์เดิมของผู้เรียน ผู้เรียน ได้แลกเปลี่ยนความรู้ เพื่อสร้างความรู้ตามงานที่ได้รับมอบหมาย
ความคิดรวบยอด กลุ่มใหญ่	การบรรยาย (โดยผู้สอนหรือสื่อ) การรายงานผลงานกลุ่มหรือบูรณาการความรู้ของกลุ่มย่อย
ประยุกต์แนวคิด กลุ่มย่อย 5-6 คน	โดยการอภิปรายในกลุ่มใหญ่ ผู้เรียน ได้ทำกิจกรรมที่ประยุกต์ความรู้ที่เกิดขึ้น เช่น เขียนคำขวัญจัดบอร์ด ทำรายงาน เขียนเรียงความ หรือแนวทางปฏิบัติของตนเอง

ที่มา : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2545

การสอนด้านเจตคติแบบมีส่วนร่วม

การสอนด้านเจตคติ (Attitude) เป็นการปรับเปลี่ยนหรือเสริมสร้างให้ผู้เรียนมีความรู้สึก ความคิด ความเชื่อต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง การฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างเจตคติที่ดีของบุคลากรให้มีต่อองค์กร งานที่ปฏิบัติเป็นสิ่งที่จำเป็น เพราะถ้าบุคลากรมีเจตคติที่ดีต่องานแล้ว แนวโน้มที่จะเกิดพฤติกรรมที่ดี ย่อมเกิดขึ้นได้ไม่ยาก

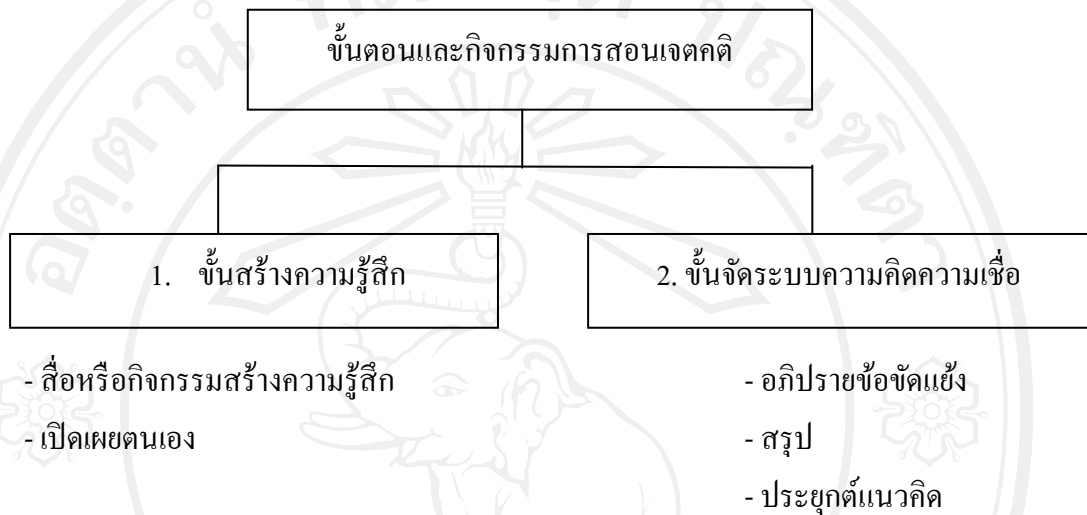
การจัดการฝึกอบรมเจตคติสามารถใช้กระบวนการเรียนรู้ประสบการณ์ทั้ง 4 องค์ประกอบ ตามขั้นตอนตามแผนภาพ 8



แผนภาพ 8 การอบรมด้านจิตพิสัยโดยเริ่มจากองค์ประกอบประสบการณ์

หลักการสอนเจตคติแบบมีส่วนร่วม

การสอนเจตคติจะมุ่งเน้นการสอนด้านเจตคติพิสัย ซึ่งมีองค์ประกอบ 2 ด้าน คือ การสร้างความรู้สึกลึกซึ้งที่สอดคล้องกับเจตคติดังกล่าว และการจัดระบบความคิดความเชื่อ เมื่อนำมาสัมพันธ์กับหลักการทั่วไปของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การสอนจึงต้องมีทั้ง 2 องค์ประกอบ ดังแผนภาพ 9



แผนภาพ 9 หลักการสอนเจตคติแบบมีส่วนร่วม

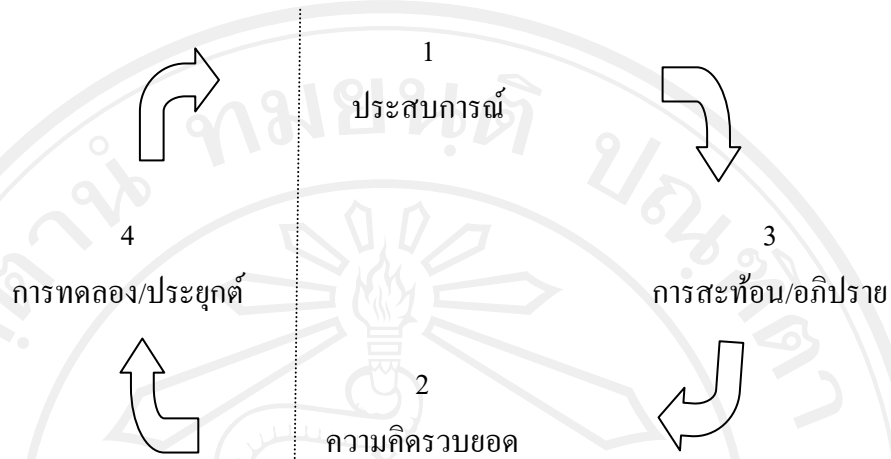
ที่มา : จากกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2541

การอบรมด้านทักษะพิสัยแบบมีส่วนร่วม

ดังที่กล่าวมาแล้วในการสอนหรือการฝึกอบรม ผู้เรียนจะได้รับการพัฒนาทั้งด้านความรู้เจตคติ และทักษะ ผสมผสานกันไปและบางครั้งอาจจะเน้นด้านใดด้านหนึ่งมากกว่าอีก 2 ด้านตามวัตถุประสงค์ของหลักสูตร หรือวัตถุประสงค์เฉพาะของวิชานั้น ๆ ส่วนใหญ่หลักสูตรในการอบรมบุคลากรเพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้มักจะเป็นการสอนให้เกิดทักษะซึ่งเป็นการสอนที่ผู้สอนต้องทำให้ผู้เรียนมีความเข้าใจอย่างชัดเจนในตัวทักษะ โดยทำเป็นขั้นตอนที่ปฏิบัติได้ง่ายและ ผู้เรียนได้มีโอกาสลงมือปฏิบัติในสถานการณ์ใกล้เคียง ซึ่งผู้สอนสามารถจัดกิจกรรมการสอนทักษะแบบมีส่วนร่วมที่ประกอบด้วยกระบวนการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ทั้ง 4 องค์ประกอบ ดังนี้

ชั้นลงมือกระทำ

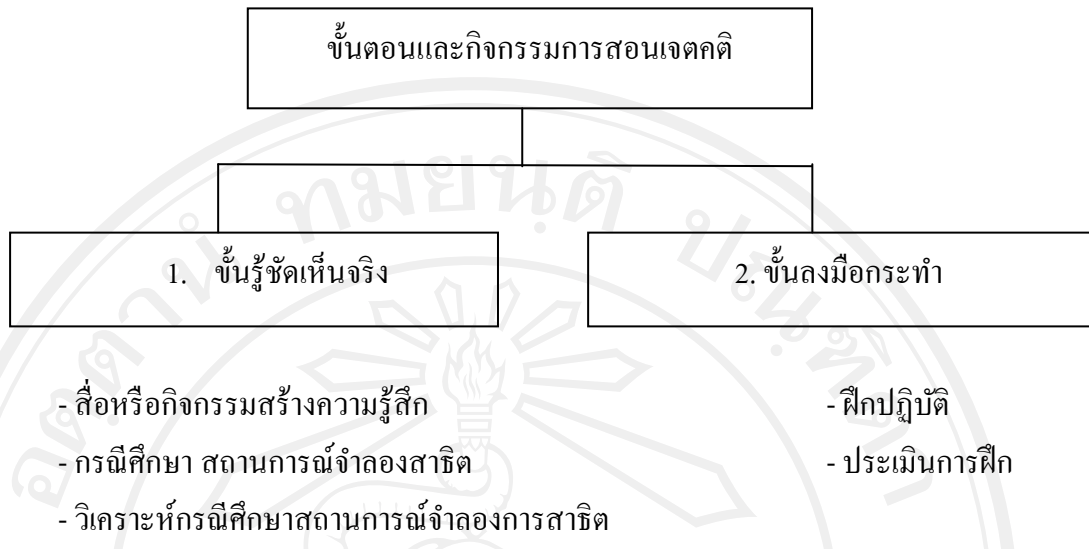
ชั้นรู้ชัดเห็นจริง



แผนภาพ 10 การอบรมด้านทักษะพิสัยโดยเริ่มจากองค์ประกอบความคิดรวบยอด

หลักการสอนทักษะแบบมีส่วนร่วม

การสอนทักษะต่าง ๆ ต้องอาศัยการสร้างให้เกิดความชัดเจนในตัวทักษะให้เห็นเป็นขั้นตอนที่ปฏิบัติได้ง่าย และนักเรียนได้มีโอกาสลงมือปฏิบัติในสถานการณ์ใกล้เคียง ทักษะเป็นความสามารถที่คนเราไม่เคยมีมาก่อน แต่ได้เรียนรู้จนกระทั่งทำได้ชำนาญ ดังนั้นการสอนทักษะจึงต้องมี 2 ขั้นตอน 1) ชั้นรู้ชัดเห็นจริง เป็นขั้นตอนที่เปิดโอกาสให้นักเรียนรู้ว่าทักษะเหล่านั้นมีความสำคัญและฝึกฝนให้ทำเป็นหรือทำได้อย่างไร และ 2) ชั้นลงมือกระทำ เป็นขั้นตอนที่เปิดโอกาสให้นักเรียนได้ลงมือปฏิบัติตามที่ได้เรียนรู้มาจากขั้นตอนแรก ดังแผนภาพ



แผนภาพ 11 หลักการสอนทักษะแบบมีส่วนร่วม

ที่มา : จากกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ทรงศักดิ์ มีชัย (2544) ศึกษาเกี่ยวกับกระบวนการมีส่วนร่วมในชมรมผู้สูงอายุบ้านป่าขาม อำเภอบาง จังหวัดแม่ฮ่องสอน ผลการศึกษาพบว่า ลักษณะการมีส่วนร่วมในด้านพื้นฐาน การเข้าร่วมของผู้สูงอายุในชมรมบ้านป่าขามนั้น ส่วนใหญ่จะเข้าร่วมด้วยความสมัครใจและเต็มใจ มีความกระตือรือร้นในการเข้าร่วมเป็นสมาชิกของชมรมและในกิจกรรมกลุ่มทุกครั้ง ส่วนรูปแบบในการดำเนินงานผู้สูงอายุจะมีส่วนร่วมโดยตรงในการบริหารจัดการและปฏิบัติตามระเบียบ ข้อบังคับของชมรม และมีส่วนร่วมโดยอ้อมในกิจกรรมที่ทางการจัดขึ้น เช่น วันพ่อแห่งชาติ วันแม่แห่งชาติ และวันปิยะมหาราช การดำเนินงานของชมรมเน้นให้เกิดความอิสระในการดำเนินกิจกรรม และในการที่ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมในทุกขั้นตอนทำให้เกิดการเรียนรู้ พัฒนาศักยภาพของตนเองและกลุ่มอันเป็นแนวทางที่จะทำให้ผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมในระยะยาวมากขึ้น

เจริญ อินตะผัด (2545) ได้ศึกษาการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายองค์กรชุมชนในการทำงานด้านเอดส์ระดับตำบล พบว่า ด้านศักยภาพชุมชนมีการรวมตัวกันเป็นกลุ่มองค์กรเพื่อแก้ปัญหาและพัฒนาชุมชนซึ่งเป็นศักยภาพของชุมชนที่มีอยู่ เมื่อชุมชนได้เผชิญกับปัญหาเอดส์ซึ่งเป็นปัญหาใหม่ชุมชนได้แก้ไขโดยใช้ศักยภาพที่มีอยู่ และชุมชนจำเป็นต้องมีการเรียนรู้เรื่องโรคเอดส์อย่างถูกต้องและเหมาะสม ในการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายองค์กรชุมชนในการแก้ปัญหา

5 ขั้นตอน ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้มีการตกลงที่จะดำเนินการแก้ปัญหาเอดส์ในระดับตำบลอย่างเป็นเครือข่าย โดยมีผู้นำชุมชน แกนนำชุมชน กลุ่มองค์กรในชุมชน เป็นผู้ประสานงาน จึงสรุปได้ว่ากระบวนการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม 5 ขั้นตอน สามารถพัฒนาศักยภาพเครือข่าย องค์กรชุมชนในการดำเนินงานด้านเอดส์ให้บรรลุผลได้

จุริรัตน์ ลอยมี (2548) ได้ศึกษาการพัฒนาศักยภาพบ้านแม่กำปอง กิ่งอำเภอแม่ออน จังหวัดเชียงใหม่ ในการเป็นหมู่บ้านสุขภาพดี พบว่า การพัฒนาศักยภาพของชุมชนบ้านแม่กำปอง ในการเป็นหมู่บ้านสุขภาพดี โดยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อการสร้างชุมชนแห่งการเรียนรู้ มีผลทำให้ชุมชนนักปฏิบัติเกิดการเรียนรู้ในการทำงานร่วมกัน มีความสามารถในการวิเคราะห์ ปัญหาความต้องการของชุมชน สามารถวางแผนพัฒนาโครงการเพื่อพัฒนาชุมชนให้เป็นหมู่บ้านสุขภาพดี และมีการเสนอโครงการเข้ารับการสนับสนุนการดำเนินงานจากแหล่งต่างๆ

รัชชัย กันทะวันนา (2550) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของแรงงานนอกระบบ ตำบลริมปิง อำเภอเมืองลำพูน โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ด้วยแบบสอบถามคุณภาพชีวิต 26 ตัวชี้วัด ฉบับภาษาไทย ขององค์การอนามัยโลก โดยมี องค์ประกอบคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสิ่งแวดล้อมและสัมพันธภาพทางสังคม พบว่า ร้อยละ 68.4 ของกลุ่มตัวอย่างแรงงานนอกระบบมีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับกลางๆ ร้อยละ 29.4 อยู่ในระดับดี และร้อยละ 2.2 อยู่ในระดับไม่ดี องค์ประกอบคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน พบว่าร้อยละ 47.7 ของแรงงานนอกระบบมีระดับคุณภาพชีวิตที่ดีด้านจิตใจ ร้อยละ 37.7 ด้านร่างกาย รองลงมาด้านสิ่งแวดล้อมและสัมพันธภาพทางสังคม ร้อยละ 16.1 และ 15.8 ตามลำดับ

บุษราคัม กาบเพชร (2552) ได้ศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้พิการอัมพาตครึ่งซีกโดยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพของผู้พิการอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ด้านการมีส่วนร่วม กลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมเป็นอย่างดีมาเข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้ง มีความกระตือรือร้นและให้ความสนใจ ในการเสนอข้อมูลในส่วนที่ตนเองขาด และบอกถึงความต้องการในการดูแลสุขภาพของตนเอง ด้านพฤติกรรมดูแลสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม 4 สัปดาห์ เพิ่มขึ้นแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ด้านการฟื้นคืนความสามารถ ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม 4 สัปดาห์ เพิ่มขึ้นแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ด้านความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม 4 สัปดาห์หลังเพิ่มขึ้นแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

สิริหญิง ศรีสุพรรณ (2550) ได้ศึกษา การจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่างที่ได้รับการผ่าตัดหลัง พบว่า คะแนนความรู้เรื่องโรค

ปวดหลังส่วนล่าง ของผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่างหลังการเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มีค่าเฉลี่ยคะแนนดีกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 คะแนนความรู้เรื่องการดูแลตนเองหลังผ่าตัดของผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่างหลังการเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มีค่าเฉลี่ยคะแนนดีกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 การติดตามประเมินผลหลังดำเนินกิจกรรมแล้ว 1 เดือน พบว่า ผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่างมีความรู้เรื่องโรคและการดูแลตนเองหลังการผ่าตัดหลังในระดับดีและจากการสัมภาษณ์ญาติพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีการดูแลตนเองหลังการผ่าตัดหลังอย่างถูกต้อง

ทศวรรณ กันทิมา (2549) ได้ศึกษา การสร้างและพัฒนาศักยภาพทีมงานส่งเสริมความปลอดภัยในบริษัทไทยโปรดักอินเตอร์เนชั่นแนล จำกัด เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ด้วยการใช้องค์ความรู้ในการปฏิบัติในกลุ่มเดียว ทดสอบก่อนและหลังการทดลอง เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ พบว่า ทีมงานส่งเสริมสุขภาพทั้ง 12 คน ได้รับการพัฒนาศักยภาพด้วยโปรแกรมพัฒนาศักยภาพความปลอดภัยขั้นพื้นฐาน การวิเคราะห์สาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน การส่งเสริมความปลอดภัยในการทำงาน และการดำเนินโครงการเพื่อแก้ไขปัญหาความปลอดภัยในการทำงาน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ ประกอบด้วยโปรแกรมพัฒนาศักยภาพทีมงานส่งเสริมความปลอดภัย แบบทดสอบความรู้ความเข้าใจความปลอดภัยและการส่งเสริมความปลอดภัย พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาศักยภาพ สมาชิกทีมงานส่งเสริมความปลอดภัยมีค่าเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจความปลอดภัยและการส่งเสริมความปลอดภัยสูงกว่า การเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมด จะพบว่าการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสามารถพัฒนาและส่งเสริมศักยภาพของผู้เข้าร่วมกิจกรรมหลายกลุ่ม หลายอาชีพ ให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ในชุมชนได้เป็นอย่างดี ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพแรงงานนอกระบบโดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เพื่อเป็นแนวทางในการวิจัยครั้งนี้

กรอบแนวคิดการวิจัย

