

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาใช้เป็นกรอบของการศึกษา ดังต่อไปนี้

1. แนวคิดด้านสุขภาพ
2. แนวคิดการพัฒนาท้องถิ่น (Community Development)
3. แนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชน (People Participation)
4. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research)
5. นโยบายการดำเนินงานของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในชุมชน

1. แนวคิดด้านสุขภาพ

แนวคิดการป้องกันโรค (Disease Prevention)

นับตั้งแต่ปี ค.ศ. 1910 ที่นักวิทยาศาสตร์สามารถพิสูจน์ได้ว่าแบคทีเรียทำให้เกิดการติดต่อของโรค ตลอดจนพิสูจน์ให้เห็นจริงว่าตัวเชื้อโรค หรือ จุลินทรีย์ เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคแอนแทรกซ์ อีสุกอีใส และอหิวาตกโรค ทำให้ทฤษฎีเชื้อโรค (Germ theory) มีฐานะเป็นทฤษฎีหลักที่ครอบงำความคิดและปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข (ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, 2537) ส่งผลให้ระบบการแพทย์มีความผูกพันกับวิทยาศาสตร์มากกว่าสังคมศาสตร์ เน้นการป้องกันและรักษาโดยมุ่งมูลเหตุทางชีวภาพมากกว่าพฤติกรรมของคน หรือ ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม มีการมองปัญหาสุขภาพอย่างแยกส่วน ลดทอน (Reductionism)

ต่อมาภายหลัง พบว่าการแพทย์แบบชีวภาพ (Biomedicine) ไม่ใช่คำตอบทั้งหมดของปัญหาสุขภาพ ความล้มเหลวของการแก้ไขปัญหาสุขภาพเนื่องจากการเกิดอาการแทรกซ้อน การดื้อยา และผลข้างเคียงที่เกิดจากยาซึ่งเป็นอันตรายถึงชีวิตมีมากขึ้น ทำให้แนวคิดสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic health) เริ่มกลับมาได้รับการยอมรับมากขึ้น อีกครั้งในช่วงปลายทศวรรษที่ 1970 (สุวรรณดี ดวงรัตน์พันธ์, 2543)

แนวคิดการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care)

ภายหลังการขานรับคำประกาศอัลมา-ออตตา (The Declaration of Alma-Ata) ในการประชุมระดับนานาชาติเรื่องสาธารณสุขมูลฐาน (ศศิธร ไชยประสิทธิ์, 2544) โดยการจัดการขององค์การอนามัยโลกและองค์การยูนิเซฟ (UNICEF) ณ เมืองอัลมา-ออตตา สหภาพโซเวียต ในปี พ.ศ. 2521 (ค.ศ. 1978) แสดงถึงการยอมรับว่า การบรรลุการมีสุขภาพที่ดีจะเป็นไปไม่ได้ หากไม่มีการปรับปรุงเงื่อนไขทางเศรษฐกิจ สังคม การศึกษา และการเมือง โดยที่ประชุมได้กำหนดให้การสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) เป็นกุญแจสู่การบรรลุสุขภาพดีและกำหนดเป้าหมาย “สุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2543” ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ให้ความสำคัญของการสาธารณสุขมูลฐานในฐานะปรัชญาที่จะแทรกซึมไปทั่วทุกระบบของสุขภาพ โดยมียุทธศาสตร์ที่จะพัฒนาระบบสุขภาพที่มีอยู่ให้เกิดดุลยภาพระหว่างการรักษา การให้บริการ อย่างผสมผสาน และ สอดคล้องกับความเป็นอยู่จริงของชีวิตในชุมชน และเปิดโอกาสให้ทุกกลุ่มองค์กรที่มีใช้ภาครัฐได้เข้ามามีส่วนสำคัญในบริการดังกล่าว โดยคำนึงถึงความเป็นธรรมและความยุติธรรมในสังคม

ปรัชญาแนวคิดภายใต้ยุทธศาสตร์งานสาธารณสุขมูลฐาน มี 2 แนวคิด ที่แตกต่างกันอย่างสิ้นเชิง คือ (ศศิธร ไชยประสิทธิ์, 2544)

- การสาธารณสุขมูลฐานแบบประสม (Comprehensive Primary Health Care)

ปรัชญาแนวคิดการสาธารณสุขมูลฐานแบบประสม มุ่งเน้นในการเปลี่ยนแปลงสังคมซึ่งมีผลกระทบต่อระบบสุขภาพ ด้วยการควบคุมของคนในชุมชน ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์จะมีบทบาทน้อย ให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment) และศักยภาพของประชาชนในการควบคุมสิ่งที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพ

- การสาธารณสุขมูลฐานแบบคัดเลือกเฉพาะกิจกรรม (Selective Primary Health Care)

ปรัชญาแนวคิดการสาธารณสุขมูลฐานแบบคัดเลือกเฉพาะกิจกรรม ให้ความสำคัญกับการค้นหาและปฏิบัติการทางด้านการแพทย์ ที่มุ่งสู่การพัฒนาสถานะสุขภาพของปัจเจกบุคคลภายใต้ต้นทุนน้อยที่สุด เป็นการควบคุมชุมชน ให้อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของบุคลากรทางการแพทย์ การทำงานภายใต้แนวคิดนี้จะเห็นผลในระยะสั้น เช่น โรคระบาดลดลง แต่ไม่สามารถขจัดสาเหตุที่เป็นรากเหง้าปัญหาทางสุขภาพในระยะยาวได้

ยุทธศาสตร์การทำงานภายใต้แนวคิดการสาธารณสุขมูลฐาน พบอุปสรรคสำคัญในการทำงานด้านสาธารณสุขที่มีจุดเน้นที่การรักษาและป้องกันโรค (Disease Prevention) การถูกตีกรอบด้วยแนวคิดเรื่องโรค (Disease Oriented) มีผลทำให้การแก้ไขเน้นไปที่การแพทย์ สถาบัน สำนักงาน

ผู้เชี่ยวชาญ หรือนักวิชาชีพเป็นหลัก โดยไม่เปิดโอกาสการเข้ามามีส่วนร่วมของบุคคลภายนอกในเวทีสุขภาพอย่างแท้จริง

ประเวศ วะสี (2543) ได้แสดงทัศนะต่อระบบสุขภาพของไทยว่า “ระบบสุขภาพของเราในปัจจุบันเป็นระบบตั้งรับ คือ รอให้เจ็บป่วยแล้วค่อยมารักษา ซึ่งสิ้นเปลือง ลำบากลำบาก ช่วยไม่ทันได้ไม่คุ้มเสีย และสูญเสียเหลือคณานับ สูญเสียคุณค่าชีวิต สูญเสียชีวิต สูญเสียเศรษฐกิจ และสูญเสียจิตใจ ควรจะปฏิรูประบบจากตั้งรับเป็นระบบรุก รุกออกไปสร้างสุขภาพดี โดยมีระบบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันควบคุมโรคที่ดีที่สุด ให้ประชาชนมีสุขภาพดี อย่าเจ็บป่วยโดยไม่จำเป็น” เช่นเดียวกับ โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (2545) ที่มีความเห็นว่า “ระบบวิธีคิดแบบชีวกลไกทางการแพทย์ (bio-medicine) มีความเป็นมาและพลังผลักดันที่กำหนดวิธีคิดของการแพทย์สมัยใหม่ และสังคมโดยรวม ทัศนะแม่บทนี้กลายเป็นกระแสหลักที่ทำให้เราชินและลืมนิติอื่นๆ ของชีวิตและสุขภาพ และที่ลืมนมากที่สุดดูเหมือนจะเป็นมิติของความเป็นมนุษย์ จนทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยเป็นความสัมพันธ์บนพื้นฐานของชีววิทยา ไม่ใช่บนพื้นฐานของการเคารพในศักดิ์ศรีและคุณค่าของความเป็นมนุษย์ จึงมักมีการพูดกันว่าเมื่อคนไข้มาหาหมอ หมอเห็นแต่ไข้ไม่เห็นคน ”

แนวคิดสุขภาพองค์รวม (Holistic health)

คำว่า “องค์รวม” หรือ Holistic มาจากคำว่า Holos หรือ Whole ในภาษากรีก หมายความว่า ความเป็นจริงทั้งหมด หรือความสมบูรณ์ทั้งหมดของสรรพสิ่ง (Wholeness) มีเอกลักษณะและเป็นเอกภาพ (Unity) ที่ไม่อาจแบ่งแยกได้ สุขภาพองค์รวม เน้นการมอง “สุขภาพ” ที่นอกจากจะหมายถึง สุขภาวะทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณแล้ว ยังมีความหมายถึงสุขภาพที่เชื่อมโยงกับเงื่อนไขและบริบทต่างๆ ที่แวดล้อมโดยมีการพึ่งพิงซึ่งกันและกันในระหว่างสุขภาพระดับปัจเจกบุคคล ระดับสังคม และระบบนิเวศวิทยา โดยเห็นว่าสิ่งที่ไม่เอื้อต่อสุขภาพของบุคคลทั่วไปย่อมไม่เป็นคุณต่อสังคมและระบบนิเวศวิทยาด้วยเช่นกัน (ศศิธร ไชยประสิทธิ์, 2544)

หัวใจสำคัญของสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic health) คือ การที่บุคคลสามารถดูแลสุขภาพของตนเอง โดยพัฒนาทัศนะและแบบแผนการมีสุขภาพดี (Healthy lifestyle) และมีตนเองเป็นผู้กำหนด เป็นผู้รับผล และเป็นผู้ประเมินสุขภาพตนเอง (รุจิณา อรรถสิทธิ์, 2541)

หลักการพื้นฐานของการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม มีดังต่อไปนี้ (เสงี่ยม กองธรรม, 2544)

1. สุขภาพ คือ “สุขภาวะของชีวิต(wellness) แบบต่อเนื่อง” และสุขภาพแบบองค์รวม คือ ความสมดุลและความกลมกลืนแบบต่อเนื่อง ในมิติทางกาย ทางจิตใจ จิตวิญญาณและสิ่งแวดล้อมรอบตัว

2. บุคคลเป็นผู้รับผิดชอบสุขภาพตนเอง และ/หรือผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและเป็นปัจจัยสำคัญในกระบวนการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม
3. กระบวนการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมจะมีลักษณะต่อเนื่องและเป็นแบบองค์รวม การดูแลความสมดุลภายในบุคคล และระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมรอบตัวอย่างต่อเนื่อง

แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion)

แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ ยึดหลักปรัชญาของสุขภาพองค์รวม (Holistic health) โดยเน้นการมองสุขภาพอย่างเชื่อมโยงกับเงื่อนไขและบริบทต่างๆ ที่แวดล้อม รวมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มองค์กรนอกวิชาชีพ (รวมทั้งประชาชน) ได้มีโอกาสในการเข้ามานิยามความหมายของสุขภาพ และความเจ็บป่วยให้กว้างขวางกว่าเรื่องเชื้อโรค ตลอดจนมีโอกาสในการร่วมปฏิบัติการเพื่อให้บรรลุถึงสุขภาพภายใต้ความหมายที่ให้ไว้ (ศศิธร ไชยประสิทธิ์, 2544)

ภายใต้กฎบัตรออกตาวา (Ottawa Charter of Health Promotion) ได้ให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพ ว่าหมายถึง กระบวนการเพื่อให้ประชาชนเพิ่มความสามารถในการควบคุมและสร้างเสริมสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น เพื่อให้มีสุขภาพที่ดีทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม ดังนั้น การทำงานส่งเสริมสุขภาพผู้ทำงานจะต้องคำนึงถึงองค์ประกอบของงานที่สำคัญ 3 ส่วน คือ

- 1) การมองสุขภาพเป็นองค์รวม (Holistic Health) ของร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ที่เชื่อมโยงกับเหตุปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม การเมืองและสิ่งแวดล้อม
- 2) การมีส่วนร่วมของชุมชน (Communities Participation) โดยเข้าร่วมทำงานกับภาคส่วนต่างๆ และสนับสนุนช่วยเหลือให้มีการรวมกลุ่มทำกิจกรรมและเรียนรู้ร่วมกัน โดยจะต้องเป็นประเด็นที่ชุมชนมีส่วนร่วม และเป็นเจ้าของ
- 3) การเสริมอำนาจของประชาชน/ชุมชน (Communities Empowerment) ให้บุคคลและสังคม เกิดการพัฒนา มีความรู้ มีทักษะ (Life Skills) มีความสามารถ ที่จะควบคุมตนเอง ควบคุมสิ่งแวดล้อมซึ่งส่งผลต่อสุขภาพได้

ประเทศไทยได้รับเอากระแสของแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพดังกล่าว และนำมาสู่การปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ โดยในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) ได้ให้แนวคิดหลักของการพัฒนาสุขภาพไว้ 2 ประการ คือ (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ, 2544)

แนวคิดหลักที่ 1: สุขภาพคือสุขภาวะ

ทิศทางการพัฒนาที่ถูกต้องจะต้องมีแนวคิดที่ถูกต้องเป็นพื้นฐาน การปรับกระบวนการทัศนเกี่ยวกับสุขภาพโดยไม่เพียงแต่มองสุขภาพทั้งในมิติของกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ แล้วยังคงมองให้เชื่อมโยงกับเหตุปัจจัยทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม การเมืองและสิ่งแวดล้อม ซึ่งแนวคิดที่ถือว่า “สุขภาพ คือ สุขภาวะ” หมายความว่า สุขภาพ คือ สุขภาวะที่สมบูรณ์และมีคุณภาพทั้งทางกาย ทางใจ ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ สุขภาพจึงแยกไม่ได้จากวิถีชีวิตที่จะต้องดำเนินไปบนพื้นฐานของความถูกต้องพอดีโดยดำรงอยู่ในครอบครัว ชุมชน และสังคม ที่พัฒนาอย่างสมดุลทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และสิ่งแวดล้อม

แนวคิดหลักที่ 2: พัฒนาระบบสุขภาพทั้งระบบ

จากแนวคิดหลักที่ถือว่าสุขภาพดี คือ สุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ ที่สัมพันธ์เชื่อมโยงอย่างเป็นบูรณาการ การพัฒนาสุขภาพจึงต้องดำเนินการพัฒนาระบบสุขภาพทั้งระบบ เพราะสุขภาพที่สมบูรณ์เกิดจากระบบสุขภาพที่สมบูรณ์ การจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ จึงเป็นแผนยุทธศาสตร์ที่เชื่อมโยงไปถึงเหตุปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม เข้าเป็นองค์ประกอบและกลไกสำคัญของการสร้างสุขภาวะที่สมบูรณ์ของสังคมอย่างเป็นบูรณาการ โดยต้องสร้างการมีส่วนร่วมที่แท้จริงของภาคส่วนต่างๆ ในการพัฒนาสุขภาพ

วัตถุประสงค์ของการทำงานเพื่อส่งเสริมสุขภาพ มีความแตกต่างจากการทำงานเพื่อป้องกันโรค ถึงแม้ว่าการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในระดับปฐมภูมิ จะมุ่งที่การขจัดปัจจัยเสี่ยงเช่นเดียวกัน แต่ภายใต้การให้ความหมายของ “ปัจจัยเสี่ยง” ที่ต่างกัน ทำให้มีวิธีการทำงานที่แตกต่างกันไปด้วย โดยที่แนวคิดของการส่งเสริมสุขภาพนั้นให้ความสำคัญกับสุขภาพองค์รวม การขจัดปัจจัยเสี่ยงจึงพิจารณาอย่างสัมพันธ์กับเงื่อนไขชีวิต และเงื่อนไขทางสังคมแวดล้อม การกำหนดแนวทางการปฏิบัติเพื่อการขจัดปัจจัยเสี่ยงไม่ได้เป็นบทบาทของบุคลากรทางการแพทย์เท่านั้น แต่ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียจะเป็นผู้เข้ามามีบทบาทสำคัญในการกำหนดแนวทางดังกล่าว

บราวน์ (Brown, 1985 อ้างถึงใน ศศิธร 2544) ได้แสดงกรอบแนวคิดความสัมพันธ์ระหว่างการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ ไว้ดังรูปที่ 2.1

OPTIMAL HEALTH



รูปที่ 2.1 ความสัมพันธ์ของการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค

การทำงานส่งเสริมสุขภาพให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพของประชาชน ในการควบคุมและจัดการกับปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่คุกคามสุขภาพ เพื่อให้ตนเองสามารถที่จะดำรงสภาวะสุขภาพที่เหมาะสม (Optimal Health) โดยบุคลากรทางการแพทย์ต้องทำการปรับเปลี่ยนบทบาทและวิธีการทำงานของตนไปเป็นผู้กระตุ้น ผู้สนับสนุน และผู้จุดประกายความคิด เพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจ(Empowerment) แก่ประชาชน โดยการใช้กลยุทธ์ที่สำคัญ 3 ประการ คือ

1. การก่อกระแสกลุ่มพลังทางสังคม (Advocate) โดยการให้ข้อมูลข่าวสารแก่สาธารณชน เพื่อสร้างกระแสสังคม และสร้างแรงกดดันให้ผู้มีอำนาจตัดสินใจกำหนดนโยบายเพื่อสุขภาพ การจุดประกายความคิด ชักชวนให้เห็นผลประโยชน์ที่จะได้รับหากลงมือทำในลักษณะร่วมคิด ร่วมทำ หรือชี้ให้เห็นผลเสียหากเพิกเฉย ซึ่งกระบวนการนี้หมายถึงการสร้างจิตสำนึกของประชาชนร่วมกัน โดยหวังว่าจะทำให้เกิดปฏิบัติการทางสังคมขึ้น (A Call for Social Action)

2. เอื้ออำนวยให้ประชาชนได้ใช้ศักยภาพของตนเองอย่างเต็มที่ (Enable) โดยกำหนดให้มีสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยให้มีการส่งเสริมสุขภาพ มีทักษะในการดำเนินชีวิต มีโอกาสที่จะเลือกทางเลือกที่มีคุณภาพแทนที่จะถูกขัดเยียดให้คิดและทำอย่างไม่มีทางเลือกได้ นั่นคือมีความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Self-Efficacy)

3. เป็นสื่อกลางในการประสานงานระหว่างกลุ่มองค์กรต่างๆ (Mediate) ทำให้เกิดความเข้าใจในโครงการที่เกิดขึ้นในชุมชนอย่างถ่องแท้ หรือช่วยไกล่เกลี่ยปัญหา ความขัดแย้งในหน่วยงานต่างๆ ในภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน

จากกลยุทธ์ทั้ง 3 ประการดังกล่าว จะนำไปสู่กิจกรรมหลัก 5 ประการ คือ ประการที่หนึ่ง การสร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี (Build Health Public Policy) การทำให้เป็นสาธารณะในความหมายคือ การทำให้คนที่มีอำนาจในการตัดสินใจไม่เฉพาะหน่วยงานสาธารณสุขเท่านั้นมาสร้างมาตรการใหม่ นโยบายส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วยมาตรการต่างๆ เช่น มาตรการทางกฎหมาย การเงินการคลัง มาตรการทางภาษี หรือการปรับองค์กร ปรับโครงสร้างใหม่ เป็นต้น มาตรการเหล่านี้จะต้องประสานกันเพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพ รายได้ และความเสมอภาค รวมถึงการคุ้มครองผู้บริโภค การเอาใจใส่หมู่มวลชนสมาชิกในฐานะที่เป็นมนุษย์และเป็นเจ้าของสิทธิพื้นฐาน

ประการที่สอง การสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Create Supportive Environment) โดยไม่เห็นว่าสามารถแยกสุขภาพออกจากสิ่งแวดล้อมอื่นๆ เนื่องจากสังคมมีความสลับซับซ้อนและเชื่อมโยงส่งผลกระทบต่อกัน จึงมีความจำเป็นที่จะต้องกระตุ้น (Encourage) ประชาชนให้ดูแลรักษาสิ่งแวดล้อมในท้องถิ่น ในภูมิภาค และเชื่อมโยงเห็นความเกี่ยวเนื่องในโลก นอกจากนี้ยังหมายถึงการปรับเปลี่ยนรูปแบบการใช้ชีวิต การทำงาน การพักผ่อน การปรับเปลี่ยนสังคมในที่ทำงานที่จะส่งผลต่อสุขภาพ หรือจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปฏิบัติ เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองโดยหวังจะไปถึงซึ่งการสร้างสรรค์สังคมที่มีสุขภาพดี (Healthy Society) สร้างสรรค์เมืองที่มีสุขภาพดี (Healthy City) สถานที่ทำงานที่เอื้อต่อสุขภาพดี (Healthy Workplace) สร้างสรรค์ครอบครัวที่มีสุขภาพดี (Healthy Family) และโรงเรียนที่เอื้อต่อสุขภาพที่ดีของทั้งครูและนักเรียน (Healthy School)

ประการที่สาม การเสริมสร้างความเข้มแข็งของการทำงานในชุมชน (Strengthen Community Action) การที่จะสามารถสร้างกระแสให้ชุมชนมีความเข้มแข็ง มีชีวิตชีวา มีสุขภาพจิตที่ดีได้นั้น ผู้ที่เข้าไปทำงานจะต้องไม่ล้อมกรอบตัวเองเฉพาะหน้าที่ เฉพาะส่วน แต่จะต้องมองเห็นภาพกว้าง เห็นความเชื่อมโยงและเข้าร่วมทำงานกับคนอื่น ทั้งนี้เพราะกิจกรรมของสังคมที่เข้มแข็งเป็นเรื่องเดียวกับการพัฒนาชุมชน การหนุนช่วยให้ชุมชนได้รวมกลุ่ม หรือรวมตัวทำกิจกรรมและเรียนรู้ร่วมกัน โดยจะต้องเป็นประเด็นที่ชุมชนเป็นเจ้าของ ประชาชนมีส่วนร่วมและที่สำคัญโครงการส่งเสริมทั้งหลาย ประชาชนเป็นคนทำ ส่วนบุคลากรภายนอกเป็นเพียงไปเอื้อให้ชุมชนทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งกระบวนการเรียนรู้เช่นนี้จะทำให้ชุมชนเห็นค่าและเชื่อมั่นในความสามารถของตน กล่าวได้ว่าหัวใจของยุทธศาสตร์นี้คือ กระบวนการสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน สร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของ สร้างพลังที่จะบากบั่นสู่จุดหมายปลายทางที่เป็นความฝัน/ความหวังของชุมชน

ประการที่สี่ การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Development Personal Skills) ที่ไม่ได้มีความหมายเกี่ยวกับทักษะทางกาย แต่มีความหมายที่กว้างไปกว่านั้นมาก การส่งเสริมสุขภาพควรช่วยให้บุคคลและสังคมเกิดการพัฒนามีความรู้ มีทักษะ (Life Skills) มีความสามารถที่จะควบคุมตนเอง ควบคุมสิ่งแวดล้อมซึ่งส่งผลต่อสุขภาพได้ การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลนี้จึงหมายถึง การเสริมอำนาจให้กับตนเองของฝ่ายประชาชน (Self-Empowerment) โดยเป็นกิจกรรมหรือโครงการที่มีคนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา

ประการที่ห้า การปรับระบบบริการสาธารณสุข (Reorient Health Services) ซึ่งระบบบริการสาธารณสุขในปัจจุบัน เน้นในเรื่องการรักษาและป้องกันโรค จึงต้องปรับระบบให้มีการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น รวมทั้งปรับกระบวนการทัศนคติ ปรับความคิดของบุคลากรทั้งหลายให้มีแนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ หรือปรับบทบาทของตนสู่การเป็นผู้กระตุ้น ผู้อำนวยการความสะดวก หรือเป็นผู้สนับสนุนให้บุคคล/องค์กรชุมชนได้ริเริ่ม พัฒนาศักยภาพที่ตนเองมี ส่งเสริมให้ตนเองและสังคมสิ่งแวดล้อมให้มุ่งสู่สุขภาพที่ดี

แนวคิดการพัฒนาท้องถิ่น (Community Development)

1. ความหมายของการพัฒนา

จากอดีตจนถึงปัจจุบัน ได้มีนักวิชาการสาขาต่างๆพยายามให้คำจำกัดความของ “การพัฒนา” ไว้มากมาย อาทิ

Rogers and Shoemaker (1971): การพัฒนา เป็นการเปลี่ยนแปลงทางสังคมอย่างหนึ่งที่มีความคิดใหม่ถูกนำเข้าสู่ระบบสังคม ทั้งนี้เพื่อเพิ่มรายได้ต่อหัวให้สูงขึ้น และปรับปรุงระดับการดำรงชีวิตให้ดีขึ้น โดยผ่านกรรมวิธีการผลิตที่ทันสมัยกว่า และการจัดองค์การทางสังคมที่มีสมรรถภาพดีกว่า การพัฒนาเป็นการปรับปรุงให้ทันสมัยในระบบสังคม

เสถียร เศษประทับ (2538): การพัฒนา คือ การเปลี่ยนแปลงจากสภาพที่ไม่น่าพอใจ ไปสู่สภาพที่น่าพอใจอย่างมีแบบแผน

เกศินี จุฑาวิจิตร (2540): การพัฒนา เป็นการกระทำที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง หรือมีการเคลื่อนไหวไปในทางที่ดี หรือน่าพอใจ

2. แนวคิดการพัฒนาจากอดีต ถึงปัจจุบัน

แนวคิดในการพัฒนาได้เริ่มมีขึ้นหลังสิ้นสุดสงครามโลกครั้งที่ 2 ซึ่งประเทศต่างๆ ในโลกถูกแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มหนึ่งคือกลุ่มที่เสียหายจากสงครามทั้งประเทศผู้แพ้และผู้ชนะ อีกกลุ่มหนึ่งเป็นกลุ่มของประเทศที่ล่าหลังต้องการการพัฒนา ซึ่งองค์การสหประชาชาติได้ให้ความสำคัญและกำหนดให้เป็นทศวรรษแห่งการพัฒนา (Development Decade) ขึ้นในปี พ.ศ. 2503-2513 และมีผลทำให้ประเทศไทยเริ่มมีแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 1 ในปี พ.ศ. 2504-2509 โดยในช่วงแรกของการพัฒนาประเทศ ได้มุ่งเน้นความสำคัญของการพัฒนาด้านเศรษฐกิจและสาธารณสุขไปโลก ดังมีคำกล่าวที่ว่า “น้ำไหล ไฟสว่าง ทางดี มีงานทำ” เน้นด้านวัตถุและบริโภคนิยม เช่น “งานคือเงิน เงินคืองาน บันดาลสุข” ทั้งนี้เพราะต้องการกระตุ้นให้ประชาชนมีความอยาก อยากมีกิน อยากมีใช้ อยากร่ำรวย และเชื่อว่าความอยากเหล่านี้ จะทำให้คนขยันทำงานมากขึ้น คนจนในประเทศจะลดลง ทำให้ประเทศชาติพัฒนา และปัญหาสังคมต่างๆ จะลดน้อยและหมดไป

แนวคิดและทฤษฎีการพัฒนาที่มีอิทธิพลมากที่สุด จนถือว่าเป็นกระแสหลักของการพัฒนาทั่วโลก รวมทั้งสังคมไทย ได้แก่ แนวคิดจากทฤษฎี 3 ทฤษฎี ต่อไปนี้ (อรศรี งามวิทย์พงศ์, 2530)

2.1 ทฤษฎีการทำให้ทันสมัย (Modernization)

เป็นทฤษฎีที่ว่าด้วยการพัฒนาเพื่อให้เกิดภาวะ “ทันสมัย” เพื่อนำมาแทนที่สังคมดั้งเดิมของประเทศโลกที่สาม ซึ่งถูกสรุปว่าเป็นความล้าหลังและด้อยพัฒนา เครื่องชี้วัดความทันสมัยตามแนวคิดนี้ ได้แก่ ปริมาณผลผลิต รายได้ประชาชาติ ระดับความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี อัตราการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ เป็นต้น

2.2 ทฤษฎีกระจายการพัฒนา (Development Diffusion Theory)

ทฤษฎีนี้ นำเสนอแนวคิดที่ว่า ภาวะความทันสมัยนั้น จะเกิดขึ้นเองไม่ได้ หรือเกิดได้ยากมาก ในประเทศด้อยพัฒนา ทางออกที่จะนำไปสู่ภาวะทันสมัยได้ ต้องอาศัยการกระจายความทันสมัยจาก แหล่งที่ทันสมัยไปสู่แหล่งที่ล้าหลัง รูปธรรมของการกระจายดังกล่าวนี้ คือการลงทุนจากบริษัท ข้ามชาติ การให้เงินกู้เพื่อการพัฒนา การอบรมนักวิชาการ การแลกเปลี่ยนทางวัฒนธรรม ฯลฯ แนวคิดนี้เชื่อว่า ความทันสมัยที่กระจายมาจากต่างประเทศจะได้รับการกระจายต่อไปสู่ส่วนที่ ล้าหลังที่สุดภายในประเทศ โดยอาศัยการสร้างชุมชนแบบเมืองให้ขึ้นมาเป็นศูนย์กลางสำหรับกระจาย ความเจริญ

2.3 ทฤษฎีลำดับขั้นของความเจริญเติบโต (Stages of Growth)

ทฤษฎีนี้ เสนอแนวคิดสำเร็จรูปที่ว่า ทุกประเทศในโลก จะต้องมีลำดับขั้นของการพัฒนา เหมือนกันหมด เพียงแต่ช้าหรือเร็วต่างกัน โดยเริ่มจากสังคมที่ล้าหลัง ไปสู่ขั้นสร้างเงื่อนไขเพื่อ เตรียมตัวสำหรับการพุ่งทะยานไปจากความด้อยพัฒนา ได้แก่ การสร้างโครงสร้างพื้นฐานประเภท ไฟฟ้า ถนน เขื่อน สนามบิน ฯลฯ จากนั้นก็จะพุ่งทะยานไปสู่ความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ และ รักษาความเจริญนั้นให้อยู่ตัว และขั้นสุดท้าย คือ การที่สังคมจะเติบโตเข้าสู่ยุคการกินดี-อยู่ดี หรือ การเสวยสุขโดยทั่วหน้า

จะเห็นได้ว่า ทฤษฎีทั้งสามนี้ตั้งอยู่บนสมมติฐานเดียวกัน คือ สภาพเศรษฐกิจ การเมือง สังคม และวัฒนธรรม แบบ คั้งเดิมเป็นความด้อยพัฒนาที่ต้องถูกขจัดออกไป โดยมาตรฐานที่ดีที่ถือเป็นแบบอย่างของการพัฒนา คือ รูปแบบทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม ของประเทศ ที่พัฒนาแล้ว ซึ่งจากการศึกษาของสุภาวศ์ จันทวานิช และวรรณิ ไทยนันท์ (อ้างถึงใน เกศินี จุฑา วิจิตร, 2540) ในเรื่องการพัฒนาเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตและคุณภาพสังคมพบว่า องค์การพัฒนาต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนที่ได้ดำเนินการจัดทำเครื่องชี้วัด ตลอดจนนักวิชาการและปราชญ์ชาวบ้านต่าง ให้ความสำคัญกับเรื่องสุขภาพอนามัยของประชาชนเป็นอันดับแรก รองลงมาคือด้านการศึกษา การ ได้รับความรู้ข้อมูลข่าวสาร ด้านการงานอาชีพ ด้านสถาบันครอบครัว ด้านสิ่งแวดล้อม และด้าน วัฒนธรรม

กล่าวโดยสรุปแล้ว การพัฒนาท้องถิ่นเป็นการเปลี่ยนแปลงที่มีทิศทาง และมีวัตถุประสงค์ เพื่อนำไปสู่การยกระดับคุณภาพชีวิตของคนในชนบทหรือในท้องถิ่น แต่อย่างไรก็ตาม จะพบว่า ภาพรวมของการพัฒนาที่ผ่านมาได้มีลักษณะของการลองผิดลองถูก การหลงทาง ตลอดจนการ กำหนดยุทธศาสตร์และยุทธวิธีที่ไม่เหมาะสม ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาสังคมที่เรื้อรังตามมามากมาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาทางด้านสิ่งแวดล้อม ที่เป็นปัญหาร่วมกันของทุกประเทศทั่วโลก และจาก การรายงานสรุปผลการพัฒนาชนบทในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 พบว่า

ภาพรวมในชนบทมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นในหลายๆ ด้าน หมู่บ้านที่จัดว่ายากจนและขาดแคลนมีจำนวนลดลง ชีวิตความเป็นอยู่สะดวกสบายขึ้น เช่น มีไฟฟ้าใช้ในเกือบทุกหมู่บ้าน คุณภาพชีวิตดีขึ้นทั้งด้านการศึกษา การสาธารณสุข และด้านสุขภาพอนามัย อัตรารายได้และค่าจ้างมีสัดส่วนที่สูงขึ้น แต่อย่างไรก็ดียังมีปัญหาต่างๆ ในชุมชนชนบทอีกหลายประการที่ยังไม่สามารถแก้ไขได้ โดยเฉพาะปัญหาความยากจน ปัญหาการกระจายรายได้ ปัญหาทรัพยากรธรรมชาติ และปัญหาสังคม ซึ่งนับวันจะทวีความรุนแรงและซับซ้อนมากยิ่งขึ้น (อรพินท์ สพโชคชัย, 2538)

ในปัจจุบันแนวคิดและแนวทางการพัฒนาแบบเดิมได้ถูกปรับเปลี่ยนไปสู่ “ความยั่งยืน” โดยยุทธศาสตร์ที่สำคัญของการพัฒนาตามแนวทางใหม่นี้ คือ การพึ่งพาตนเองของชุมชน การยึดรากฐานและภูมิปัญญาของท้องถิ่น ที่แต่ละชุมชนไม่จำเป็นต้องมีแบบสำเร็จรูปที่เหมือนกัน แต่น่าจะต้องมีเครื่องชี้วัดบางอย่างที่สามารถบอกได้ว่าชาวบ้านหรือท้องถิ่นนั้นๆ มีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งทุกสังคมต่างมีความต้องการเครื่องชี้วัดที่จะสะท้อนปัญหาหรือสถานภาพความเป็นอยู่ที่แท้จริง อันจะนำไปสู่การปรับปรุงด้านคุณภาพชีวิต และคุณภาพสังคม ให้มีคุณภาพยิ่งขึ้นตามเงื่อนไขของแต่ละท้องถิ่น และเมื่อมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นแล้วก็จะมีความคิดและความร่วมมือร่วมใจในการพัฒนาท้องถิ่นของคนให้เจริญสืบต่อไป โดยที่การพัฒนาจะยั่งยืนอยู่ได้นั้นต้องตั้งอยู่บนรากฐานของประชาธิปไตย เปิดโอกาสให้ประชาชนได้มีโอกาสในการร่วมกันคิด ร่วมกันตัดสินใจ ร่วมสร้าง และพิทักษ์ผลประโยชน์จากการพัฒนา เพราะการพัฒนาเป็นกระบวนการดำเนินงานและการเรียนรู้ร่วมกันของผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมด ทั้งนักพัฒนาจากภาครัฐและภาคเอกชน นักธุรกิจ ผู้เชี่ยวชาญ นักวิชาการ และประชาชน การพัฒนาไม่สามารถดำเนินการในลักษณะที่เป็นการสั่งการหรือดำเนินการโดยนักพัฒนาเพียงฝ่ายเดียวได้ แต่ต้องเกิดจากการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในกระบวนการคิดและตัดสินใจร่วมกัน การที่ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาไม่เพียงแต่เป็นการสร้างความภาคภูมิใจในการมีโอกาสเข้าร่วมงานของปัจเจกบุคคลและเป็นการสร้างความสามัคคีในชุมชนเท่านั้น แต่ยังเป็นส่วนที่ช่วยให้การพัฒนาของภาครัฐนั้นมีความหมายและประสบความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ มีความสอดคล้องกับความต้องการของชุมชน ตลอดจนเป็นกลไกที่ช่วยในการควบคุมการพัฒนาให้เป็นไปตามเป้าหมายที่ชุมชนต้องการอย่างแท้จริงด้วย

ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 ได้มีการริเริ่มรูปแบบการบริหารการพัฒนาชนบทภายใต้ระบบ กชช. (คณะกรรมการพัฒนาชนบทแห่งชาติ) ที่ให้ความสำคัญต่อการสร้างเอกภาพในการวางแผนและการบริหารงานพัฒนาชนบทของกระทรวงหลักที่เกี่ยวข้องในทุกระดับ และเน้นการกระจายอำนาจในการวางแผนและตัดสินใจไปสู่ระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน ในรูปของคณะกรรมการ 5 ระดับ คือ

1. คณะกรรมการพัฒนาชนบทแห่งชาติ (กชช.) ทำหน้าที่ดูแลประสานงานพัฒนาชนบทของกระทรวงต่างๆ ในด้านนโยบาย การวางแผนและประสานแผน การจัดสรรงบประมาณ และการติดตามประเมินผล
2. คณะกรรมการพัฒนาชนบทจังหวัด (ภพจ.) ทำหน้าที่ดูแลประสานแผนการพัฒนาชนบทในระดับจังหวัด
3. คณะกรรมการพัฒนาชนบทอำเภอ (ภพอ.) ทำหน้าที่ดำเนินงานพัฒนาชนบทและประสานแผนในระดับอำเภอ
4. คณะกรรมการสภาตำบล (กสต.) เป็นคณะกรรมการที่ได้รับการเลือกตั้งมาจากประชาชนให้ดำเนินงานพัฒนาในระดับตำบล
5. คณะกรรมการพัฒนาหมู่บ้าน (กม.) มีผู้ใหญ่บ้านเป็นประธาน สมาชิกประกอบด้วยกรรมการที่เป็นโดยตำแหน่ง เช่น ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน และกรรมการที่ชาวบ้านเลือกตั้งเป็นกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ

โดยหลักปรัชญาของระบบการพัฒนาชนบทที่สำคัญ คือ ความพยายามให้มีการวางแผนพัฒนาจากล่างขึ้นบน (Bottom-up-planning Approach) มีการกระจายอำนาจในการตัดสินใจและการบริหารงาน และการเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนและผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียต่างๆ ซึ่งความพยายามในการกระจายอำนาจการบริหารและการตัดสินใจไปสู่ประชาชนนั้น ประสบความสำเร็จอยู่ในระดับหนึ่ง เมื่อรัฐบาลได้มีการตราพระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล ในปี พ.ศ. 2537 กำหนดให้สภาตำบลมีฐานะเป็นนิติบุคคล มีอำนาจหน้าที่ในการพัฒนาตำบลตามแผนงาน โครงการ และงบประมาณของสภาตำบล ปฏิบัติหน้าที่ของคณะกรรมการตำบลตามกฎหมายว่าด้วยลักษณะการปกครองท้องถิ่น และหน้าที่อื่นๆ ตามที่กฎหมายกำหนด (กรมการปกครอง, 2538) ตลอดจนเปิดโอกาสให้ประชาชนในท้องถิ่นมีบทบาทในการตรวจสอบการทำงานของผู้แทนหรือผู้บริหารในระดับตำบล หมู่บ้าน เป็นการคืนอำนาจให้ประชาชนในท้องถิ่นได้มีโอกาสเป็นผู้ปกครองและมีบทบาทในการกำหนดการพัฒนาชุมชนอย่างจริงจังมากขึ้น

3. หลักสำคัญของการมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนา

การพัฒนาแบบมีส่วนร่วม (บัณฑิต อ่อนคำ และสามารถ ศรีจันงค์, 2544) เป็นกระบวนการพัฒนาที่มุ่งไปสู่การระดมความหลากหลายของมนุษย์ทุกคนในสังคมเพื่อมาร่วมกัน กำหนดแนวทาง วิถีทาง ในการพัฒนาสังคมอันจะช่วยประสานความขัดแย้งและช่องว่างที่แตกต่าง เหลื่อมล้ำที่เกิดขึ้น และเป็นการกระจายอำนาจในการพัฒนาไปสู่คนทุกส่วนในสังคมให้เกิดความร่วมมือและร่วมเป็นเจ้าของในสิ่งที่เป็นธรรมและยั่งยืน ในกระบวนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วม

เกิดจากระบวนการเรียนรู้ของนักพัฒนาตนเองและการเรียนรู้ร่วมกับองค์กรชุมชน หลักการสำคัญในการปฏิบัติการร่วมกับประชาชนที่สำคัญๆ มีดังนี้

การจัดความสัมพันธ์ที่เสมอภาค เท่าเทียมกัน

การจัดความสัมพันธ์ด้านบทบาทระหว่างนักพัฒนากับชุมชนที่เท่าเทียมกัน เป็นหลักการสำคัญของกระบวนการมีส่วนร่วม โดยต่างฝ่ายควรมีความตระหนักถึงความต้องการของตนเองและสิ่งที่ตนเองสามารถทำได้ รวมทั้งองค์กรชุมชนควรตระหนักในความเป็นเจ้าของ ต้องการคิดเอง ทำเอง กำหนดเอง ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะเป็นส่วนที่คอยกำกับและกำหนดให้เกิดบทบาทการทำงานที่เหมาะสมตามศักยภาพและเป็นที่ยอมรับร่วมกันทั้งสองฝ่าย

ความสัมพันธ์ที่เท่าเทียมกัน ยังหมายถึงกระบวนการตัดสินใจที่เท่าเทียมกันด้วย บทเรียนในทางปฏิบัติที่ผ่านมาเราพบว่า นักพัฒนามักชี้นำการตัดสินใจขององค์กรชุมชน และหลายกรณีที่องค์กรชุมชนมักมอบอำนาจในการตัดสินใจแก่นักพัฒนา ซึ่งในที่สุดผลการตัดสินใจนั้นอาจไม่เป็นที่พอใจตามความต้องการที่แท้จริงของชุมชน อย่างไรก็ตามความสัมพันธ์ในการแบ่งบทบาทระหว่างนักพัฒนาและองค์กรชุมชนเป็นไปในลักษณะของปฏิสัมพันธ์ที่ไม่หยุดนิ่ง เป็นพลวัต โดยทั่วไปบทบาทของนักพัฒนาไม่ได้เป็นแบบใดแบบหนึ่งแน่นอน แต่มักมีพัฒนาการของบทบาทระหว่างกันที่ปรับเปลี่ยนไปตามเงื่อนไขต่างๆ ขึ้นกับความเข้มแข็งของชุมชนและสถานการณ์ในขณะนั้น ทั้งนี้การเริ่มต้นใหม่ของนักพัฒนาในสถานการณ์ปัจจุบัน นักพัฒนาอาจเริ่มต้นจากการจัดความสัมพันธ์ของตนเองในรูปความสัมพันธ์ที่เท่าเทียมกัน ในลักษณะที่เรียกตนเองว่า “เป็นพันธมิตรกับประชาชน” ที่สำคัญการประเมินเพื่อกำหนดบทบาทและตัดสินใจเรื่องใดเรื่องหนึ่งจะเป็นไปตามกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน การประเมินสถานการณ์และสรุปบทเรียนร่วมกันตั้งอยู่บนพื้นฐานที่ชุมชนจะต้องเป็นผู้ตัดสินใจและดำเนินการได้เองเป็นสำคัญ

การมีอิสระ ไม่ครอบงำ

ความเชื่อมั่นในความเป็นมนุษย์ควรอยู่บนฐานของการไม่ครอบงำ การให้อิสระภาพในการคิดและการแสดงออกโดยไม่มีอคติ และไม่นำความคิด ความเชื่อของตนมาวัดหรือตีคุณค่า หรือชักจูง ครอบงำ ให้เปลี่ยนแปลงโดยเฉพาะความเชื่อมั่นในศักยภาพ ฐานความรู้ ภูมิปัญญาและประวัติศาสตร์ วัฒนธรรมดั้งเดิมของชุมชน ที่จะป็นฐานพลังที่สำคัญในการแก้ไขปัญหาด้วยตนเองต่อไปโดยที่นักพัฒนาต้องมีวิสัยทัศน์ที่เปิดกว้าง พร้อมจะยอมรับฟังความแตกต่าง มีความเคารพในความเป็นคนของทุกคน

การมีส่วนร่วมของทุกกลุ่มในสังคม

ในชุมชนหนึ่งๆ ย่อมประกอบด้วยความแตกต่างหลากหลาย ทั้งด้านฐานะ เพศ วัย สถานะทางสังคม ฯลฯ การสร้างโอกาสเปิดพื้นที่ทางสังคมอย่างเท่าเทียมในการให้ทุกส่วนได้มีส่วนร่วมใน

การแสดงออกทางความคิด ศักยภาพ ความรู้ และร่วมมีบทบาทดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะทำให้ งานที่ดำเนินไปนั้น ไม่กระจุกตัวอยู่ที่กลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง และส่งผลกระทบไปสู่คนทุกส่วนในชุมชน ในสังคมอย่างทั่วถึง และเป็นธรรม

การมีส่วนร่วมในทุกกระบวนการ ทุกขั้นตอน

การดำเนินงานพัฒนาตามโครงการพัฒนาต่างๆ นั้นมีกระบวนการและขั้นตอน ที่ต่อเนื่อง เชื่อมโยงกัน หลายครั้งที่เราพบว่าโครงการพัฒนาต่างๆ ที่ส่งผลกระทบต่อชุมชน ขาดการมีส่วนร่วม ของชุมชนตั้งแต่ขั้นตอนการศึกษาข้อมูลและการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ซึ่งเมื่อถึงขั้นการดำเนินการแล้ว มักเกิดปัญหาขัดแย้ง และสร้างผลกระทบต่อชุมชนมากมายตามมา รวมทั้งการให้ความหมายของ การมีส่วนร่วมที่ขาดความเข้าใจอย่างแท้จริง ซึ่งหน่วยงานทั้งหลายที่เข้ามาดำเนินงานร่วมกับชุมชน มักอ้างเสมอว่า ได้เปิด โอกาสการมีส่วนร่วมของชุมชนแล้ว โดยการเชิญตัวแทนของชุมชนเข้าร่วม ประชุมและร่วมกิจกรรม ขณะที่โครงการที่ดำเนินการนั้นผ่านการวางแผนและตัดสินใจมาแล้ว โดยที่ชุมชนไม่มีโอกาสรับรู้มาก่อน แต่เป็นเพียงผู้ร่วมในบางส่วนที่กำหนดโดยเจ้าของโครงการ นั้นๆ

การมีส่วนร่วมที่แท้จริงควรเปิดโอกาสให้องค์กรชุมชนมีส่วนร่วมตั้งแต่ การรับรู้ข้อมูล ข่าวสาร การวิเคราะห์ปัญหา การวางแผน กำหนดเป้าหมาย การตัดสินใจ การปฏิบัติ การตรวจสอบ ติดตามประเมินผล การสรุปบทเรียน แก้ไขปรับปรุง รวมทั้งการขยายผล และเผยแพร่สู่สาธารณะ

การทำงานส่งเสริมสุขภาพเมื่อนำมาผนวกรวมกับแนวคิดการพัฒนาอย่างยั่งยืน มีจุดร่วมที่สำคัญ คือ การเปิดโอกาสให้ประชาชนได้มีส่วนร่วม (People Participation) มีโอกาสในการร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมสร้าง และพิทักษ์ผลประโยชน์ที่เกิดจากการพัฒนา โดยเห็นว่าการที่ประชาชนได้ เข้ามามีส่วนร่วมนั้นนอกจากจะเป็นการสร้างความรู้ความภาคภูมิใจและความสามัคคีให้แก่ชุมชนแล้ว ยัง เป็นส่วนที่ช่วยให้การพัฒนาของภาครัฐนั้นมีความหมายและประสบความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ มีความสอดคล้องกับความต้องการของชุมชน และเป็นกลไกที่ช่วยในการควบคุมการพัฒนาให้เป็นไป ตามเป้าหมายที่ชุมชนต้องการอย่างแท้จริงด้วย

3. แนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชน (People Participation)

1. ความหมายของการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมของประชาชน ถือเป็นหลักการพัฒนาชุมชนที่ยั่งยืน เป็นกิจกรรมพื้นฐานในการพัฒนาในด้านต่างๆ เป็นทางเลือกที่จะช่วยให้ชุมชนพึ่งตนเองได้ และแม้จะมีการกล่าวถึงการมีส่วนร่วมของประชาชนและมีการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องนี้อย่างแพร่หลาย แต่ยังไม่สามารถทำให้ประชาชนพึ่งตนเองได้ และชุมชนไม่มีโอกาสมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง อย่างไรก็ตาม นักวิชาการและนักพัฒนาได้ให้ความสำคัญของการมีส่วนร่วมของชุมชนและได้นำเสนอแนวคิดของการมีส่วนร่วมไว้มากมาย ดังต่อไปนี้

Caayupan นิยามการมีส่วนร่วมของประชาชน (Popular Participation) คือ กระบวนการที่ผู้ได้รับผลประโยชน์จากการพัฒนามีโอกาส มีส่วนในการแสดงความรู้สึกรับรองความต้องการ และประสานสิ่งเหล่านี้ทั้งหมด เพื่อวางแผนดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมาย ตามสถานที่ และวิธีที่ผู้รับประโยชน์คิดไว้ โดยได้รับการช่วยเหลือจากหน่วยงานพัฒนาน้อยที่สุด

องค์การสหประชาชาติ (1975) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชนครอบคลุม ดังนี้

- การที่ประชาชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจตลอดกระบวนการพัฒนา
- การที่ประชาชนมีส่วนร่วมปฏิบัติตามโครงการ
- การที่ประชาชนมีส่วนร่วมรับประโยชน์จากโครงการ

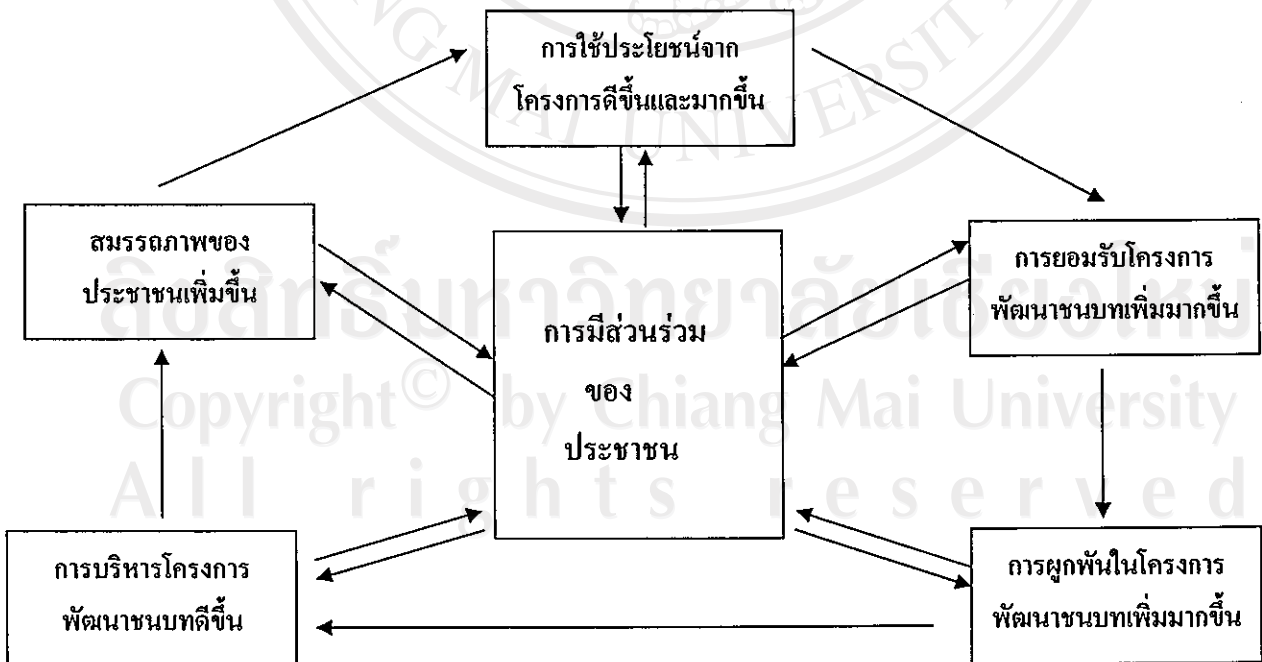
จิฑูรย์ ปัญญากุล (2535) ได้สรุปไว้ว่า การมีส่วนร่วมของประชาชน คือ การที่ประชาชนผู้ที่ได้รับประโยชน์และ/หรือผลกระทบโดยตรงจากการพัฒนา มีสิทธิ์ในการกำหนดทิศทางของการพัฒนาได้ ขณะที่องค์การอนามัยโลกได้ให้คำนิยามของการมีส่วนร่วมในคำประกาศอัลมา-ออตตา (สตีลชโรทซ์, 2544) ว่า “การมีส่วนร่วม คือ กระบวนการที่เกิดขึ้นภายใต้ความคิดที่ว่าปัจเจกบุคคล ครอบครัว และชุมชนจะต้องรับผิดชอบต่อสุขภาพและสวัสดิการสังคมของตน และเป็นกระบวนการที่เพิ่มขีดความสามารถของปัจเจกบุคคล ครอบครัว และชุมชนให้สามารถพัฒนาชุมชนของตน”

ในการศึกษานี้ จะสรุปความหมายของการมีส่วนร่วมว่า เป็นแนวความคิดที่จะให้ประชาชนเป็นผู้คิดค้นหาปัญหาในชุมชน ค้นหาสาเหตุของปัญหา กำหนดวิธีการแก้ไขปัญหา วางแผนการแก้ไขปัญหา และดำเนินการแก้ไขปัญหาด้วยตัวประชาชนเอง ไม่ใช่การกำหนดจากภายนอกหรือหน่วยงานของรัฐแล้วให้ประชาชนเข้ามีส่วนร่วมในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง หรือขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่ง ซึ่งกระบวนการทั้งหมดที่เกิดขึ้นเป็นการสร้างสมรรถภาพ ตลอดจนความเชื่อมั่นในตนเองให้ประชาชนในการที่จะแก้ไขปัญหาของตนเองต่อไปอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

2. ความสำคัญของการมีส่วนร่วม

ประมาณ คัณจิกุล (2538) ทำการศึกษา กระบวนการมีส่วนร่วมในกิจกรรมด้านการศึกษา และพัฒนาของชุมชนชนบท ในจังหวัดลำพูน ด้วยกระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วม ทำให้ได้ข้อสรุปว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นแนวทางหนึ่งในการพัฒนาให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของชุมชน ก่อให้เกิดทางเลือกอันหลากหลายของกิจกรรม เพราะในแต่ละท้องถิ่นมีสภาพปัญหาและความต้องการ ตลอดจนศักยภาพแตกต่างกัน ซึ่งหากประชาชนหรือชุมชนได้มีส่วนร่วมในงานการศึกษาและพัฒนาแล้ว ย่อมจะตอบสนองความต้องการของชุมชน ช่วยพัฒนาคุณภาพของคนในชุมชน ให้มีความพร้อมที่จะพัฒนาท้องถิ่นและชีวิตความเป็นอยู่ให้ดีขึ้นด้วย การทำงานเป็นไปอย่างต่อเนื่อง พัฒนาระบบคิด วิธีการทำงานอยู่ตลอดเวลา ทำให้ท้ายที่สุดประชาชนและชุมชนจะสามารถยืนหยัดอยู่บนพื้นฐานของตนเองได้

การมีส่วนร่วมของประชาชนในระดับพื้นฐานในการพัฒนาชนบทยิ่งมากและเข้มข้นเท่าใด แสดงว่าผลประโยชน์ของการพัฒนาจะตกแก่ประชาชนมากขึ้นเท่านั้น Caayupan (1985) ได้ย้ำว่า ประชาชนต้องมีส่วนร่วมในทุกระยะของกระบวนการพัฒนา ตั้งแต่กำหนดปัญหาและทรัพยากร จนกระทั่งการใช้ประโยชน์จากโครงการ รวมถึงการประเมินผลโครงการ ซึ่งเชื่อว่ากลไกนี้จะทำให้มีการพัฒนาชนบทที่แท้จริงเกิดขึ้นในหมู่บ้านต่างๆ การมีส่วนร่วมของประชาชนจึงมีความสำคัญดังรูปที่ 2.2



รูปที่ 2.2 กลไกการมีส่วนร่วมของประชาชนในกระบวนการพัฒนาของ Caayupan (1985)

3. ลักษณะของการมีส่วนร่วม

ประพนธ์ ปิยรัตน์ (2535) ได้กล่าวถึงแนวคิดการมีส่วนร่วม ใน 2 ลักษณะ คือ

1. การมีส่วนร่วมเป็นมรรค (Participation as A Means) หมายถึง การมีส่วนร่วมเป็นมรรควิธีของการนำเอาทรัพยากรทางเศรษฐกิจ และสังคมของประชาชนไปสู่เป้าหมายการพัฒนาที่วางไว้ก่อนแล้ว
2. การมีส่วนร่วมเป็นเป้าประสงค์ (Participation as An End) หมายถึง เป้าประสงค์ที่ทำให้ประชาชนทำกิจกรรมร่วมกัน เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง และมีความสามัคคีเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันจนทำให้เกิดการพึ่งตนเองได้ในที่สุด เป็นการรวมกลุ่มบุคคลที่มีความสามารถ และมีศักยภาพในกระบวนการแก้ไขปัญหา การร่วมทำกิจกรรม ซึ่งมีความสำคัญยิ่งกว่าผลลัพธ์ที่ได้จากการกระทำแม้โครงการต่างๆ จะสิ้นสุดลงแล้ว แต่การมีส่วนร่วมจะยังคงอยู่ต่อไปทำให้ประชาชนได้รับผลประโยชน์อย่างถาวร และยั่งยืน

โดยสรุปแล้ว ความแตกต่างของแนวคิดทั้งสอง สามารถสรุปเปรียบเทียบได้ ดังตารางที่ 2.1

ตารางที่ 2.1 เปรียบเทียบความแตกต่างของแนวคิด“มรรค” และ“เป้าประสงค์”ของการมีส่วนร่วม

แนวคิด “มรรค”	แนวคิด “เป้าประสงค์”
1. มีการตั้งวัตถุประสงค์ของการพัฒนาไว้ก่อนแล้วทำให้เกิด “การมีส่วนร่วม” เพื่อนำเอาทรัพยากรต่างๆจากชุมชนมาเป็นปัจจัยการบรรลุวัตถุประสงค์ของกิจกรรมพัฒนา	1. “การมีส่วนร่วม” เป็นเป้าประสงค์ของการพัฒนา และสร้างเสริมความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของชุมชน เพื่อให้ชุมชนนั้นมีพลังในการพัฒนาและการกระทำกิจกรรมตามที่ชุมชนเองต้องการ
2. “การมีส่วนร่วม” จะหยุดลงเมื่อกิจกรรมการพัฒนาอันหนึ่งอันใดบรรลุวัตถุประสงค์แล้ว	2. “การมีส่วนร่วม” จะยังคงอยู่ต่อไปแม้ว่ากิจกรรมการพัฒนาอันหนึ่งอันใดจะบรรลุวัตถุประสงค์แล้วก็ตาม
3. “การมีส่วนร่วม” มีความสำคัญน้อยกว่าวัตถุประสงค์ของกิจกรรมการพัฒนา	3. “การมีส่วนร่วม” มีความสำคัญมากกว่าวัตถุประสงค์ของกิจกรรมการพัฒนา
4. “การมีส่วนร่วม” เป็นเสมือนเทคนิคการบริหารจัดการเพื่อประสิทธิภาพของการให้บริการด้านต่างๆ แก่ชุมชน เป็นการร่วมโดยทางอ้อมในการพัฒนา	4. “การมีส่วนร่วม” เป็นการเสริมอิทธิพลที่เริ่มจากชุมชนสู่เบื้องบน ที่มุ่งหวังให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสถาบันที่มีอยู่ ไม่ถือว่าเป็นเทคนิคการบริหารจัดการ และการร่วมเช่นนั้นเป็นการร่วมโดยตรงในการพัฒนา

ปรัชญา เวสารัชช์ (2528) ได้ให้แนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชนครอบคลุมประเด็นสำคัญต่อไปนี้ คือ

1. การมีส่วนร่วมของประชาชน ควรครอบคลุมการสร้างโอกาสที่เอื้อให้สมาชิกทุกคนของชุมชนและสังคมได้ร่วมกิจกรรม ซึ่งนำไปสู่การพัฒนาและมีอิทธิพลต่อกระบวนการพัฒนาและเอื้อให้ได้รับประโยชน์จากการพัฒนาโดยเท่าเทียมกัน
2. การมีส่วนร่วมเป็นความสมัครใจและเป็นประชาธิปไตย ดังต่อไปนี้
 - 2.1. การเอื้อให้เกิดความพยายามพัฒนา
 - 2.2. การแบ่งปันผลประโยชน์ของการพัฒนาโดยเท่าเทียมกัน
 - 2.3. การตัดสินใจเพื่อกำหนดเป้าหมาย กำหนดนโยบาย การวางแผน และดำเนินโครงการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคม
3. การมีส่วนร่วมของประชาชนไม่ว่าจะเป็นระดับท้องถิ่น ภูมิภาค และระดับชาติ จะช่วยก่อให้เกิดความเชื่อมโยงระหว่างสิ่งที่ประชาชนลงทุนลงแรงกับประโยชน์ที่ได้รับ
4. การมีส่วนร่วมมิได้เป็นเพียงเทคนิค วิธีการ แต่เป็นปัจจัยสำคัญในการประกันให้เกิดกระบวนการพัฒนาที่มุ่งเอื้อประโยชน์ต่อประชาชน

อดิน รพีพัฒน์ (2527) กล่าวถึงการพิจารณาการมีส่วนร่วมอย่างน้อยใน 2 ลักษณะ คือ

1. ช่วงจังหวะของการเข้ามีส่วนร่วมในกิจกรรม โดยแบ่งช่วงเวลาของการมีส่วนร่วมในกิจกรรม ดังต่อไปนี้
 - การมีส่วนร่วมในการค้นหาสาเหตุของปัญหา
 - การมีส่วนร่วมในการค้นหาและพิจารณาแนวทางในการแก้ไขปัญหา
 - การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมเพื่อแก้ปัญหา
 - การมีส่วนร่วมในการประเมินผลการพัฒนา
2. รูปแบบของการเข้ามีส่วนร่วม อาทิเช่น เข้าร่วมเพราะความเกรงใจ เข้าร่วมเพราะถูกบีบบังคับ หรือมีสิ่งจูงใจเฉพาะหน้า เข้าร่วมเพราะมีความเข้าใจวัตถุประสงค์ของกิจกรรม หรือเห็นว่ากิจกรรมที่ทำนั้นจะก่อให้เกิดประโยชน์ระยะยาวกับตนและชุมชน

Ramos และ Fletcher (1982) ได้กล่าวว่าการมีส่วนร่วมในการพัฒนาชนบทมี 2 ส่วนคือ

1. มิติของการมีส่วนร่วม (Dimension) แบ่งเป็น

- 1.1 ชนิดของการมีส่วนร่วม (kind) เช่น การตัดสินใจ การดำเนินการ การใช้ประโยชน์ และการประเมินผล
- 1.2 วิธีทางการมีส่วนร่วม (way) เช่น ความสมัครใจ การบังคับ ระยะเวลา ขนาด และระดับการให้ได้รับอำนาจ
- 1.3 บุคคลที่มีส่วนร่วม (who) เช่น ผู้นำชุมชน ผู้อาศัย ข้าราชการ หรือนักการเมือง นักวิชาการ ชาวต่างประเทศ

2. บริบทของการมีส่วนร่วม (Context) แบ่งเป็น

- 2.1 ลักษณะโครงการ เช่น ความต้องการทรัพยากรด้านเทคโนโลยีที่ซับซ้อน
- 2.2 สิ่งแวดล้อมของโครงการ เช่น ปัจจัยด้านสังคม การเมือง วัฒนธรรม เป็นต้น

ปาริชาติ วลัยเสถียร และคณะ (2543) สรุปลักษณะของการมีส่วนร่วมดังนี้

1. การสนับสนุนทรัพยากร คือการสนับสนุนเงิน วัสดุอุปกรณ์ แรงงาน หรือ การช่วยทำกิจกรรม คือการเข้าร่วมในการวางแผน การประชุม แสดงความคิดเห็น การดำเนินการ การติดตามผลและการประเมินผล
2. อำนาจหน้าที่ของผู้เข้าร่วม คือ เป็นผู้นำ เป็นกรรมการ เป็นสมาชิก ซึ่งลักษณะการมีส่วนร่วมนี้แสดงถึงอำนาจของผู้เข้าร่วม จึงมีการโต้แย้งว่าการมีส่วนร่วมโดยการใช้วิธีการหลายกรณีประชาชนไม่มีโอกาสเข้าร่วมในการตัดสินใจ ทางออกที่ควรเป็นคือ การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ให้แก่ประชาชน

อุทัยวรรณ กาญจนกามล (2544) ได้อธิบายถึงบันได 8 ขั้นของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชุมชน (ดัดแปลงจาก Arnstein, 1971) ดังตารางที่ 2.2

Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved

ตารางที่ 2.2 บันได 8 ขั้นของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชุมชน

ระดับการมีส่วนร่วม อย่างแท้จริง (Degree of Citizen Power)	ประชาชนควบคุม (Citizen control)	ประชาชนสามารถควบคุมโครงการ พัฒนาสุขภาพได้อย่างสมบูรณ์
	ได้รับมอบอำนาจ (Delegate power)	ประชาชนมีอำนาจตัดสินใจใน โครงการเป็นส่วนใหญ่
	ได้เข้าร่วมเป็นภาคีกับรัฐ (Partnership)	ประชาชนอยู่ในฐานะหุ้นส่วน และมี ส่วนได้ส่วนเสีย ประชาชนได้ร่วมคิด ร่วมกำหนดนโยบาย ร่วมตัดสินใจ ร่วม ทำงาน
ระดับการมีส่วนร่วม พอเป็นพิธี (Degree of Tokenism)	เป็นตัวแทนไม้ประดับ (Placation)	ผู้นำชุมชนบางคนถูกดึงเข้าร่วม โครงการในฐานะเป็นตัวแทนแต่เพียง ในนาม ไม่มีส่วนร่วมวางแผน ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ
	เป็นผู้ให้คำปรึกษา (Consultation)	รัฐสอบถามความคิดเห็นจากประชาชน เพื่อเป็นข้อมูลในการตัดสินใจของผู้ ดำเนินโครงการ แต่ไม่ให้ร่วม รับผิดชอบ
	ได้ข่าวสาร (Informing)	ประชาชนได้รับข้อมูลข่าวสาร ประชาสัมพันธ์ให้ปฏิบัติตามโครงการ
ระดับการไม่มีส่วนร่วม (Degree of Non- Participation)	ได้รับการเยียวยา (Therapy)	มีการเข้าถึงและสื่อสารทางเดียวเพื่อให้ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่วนบุคคล อาทิ การให้สูขศึกษาเป็นกลุ่ม
	ประชาชนถูกเช็ดถูกจัดแจง (Manipulation)	ประชาชนถูกเกณฑ์แรงงาน ถูกจัดตั้ง ถูกเรียไร ถูกขอร้องให้ทำตามคำสั่งจาก ผู้มีอำนาจ หรือขอความร่วมมือ

4. การวัดระดับการมีส่วนร่วมของประชาชน

ศศิธร ไชยประสิทธิ์ (2544) กล่าวถึงการวัดระดับการเข้าร่วมของชุมชน โดยพิจารณาจาก

- ระดับของการให้โอกาสร่วมตัดสินใจ และให้คำแนะนำ
- ปริมาณและระยะเวลาที่คนในชุมชนอุทิศให้กับกิจกรรมที่จะมุ่งสู่เป้าหมาย
- การเข้าร่วมของบุคคลที่เป็นตัวแทนหรือผู้นำของกลุ่มต่างๆ ที่มีอยู่ในชุมชน
- ระดับของการรับรู้และ/หรือ การบรรลุ ถึงการเป็นเจ้าของชุมชนท้องถิ่น
- ความพึงพอใจในกระบวนการมีส่วนร่วมนั้นๆ
- ความยั่งยืนหรือการประสบความสำเร็จในระยะยาว

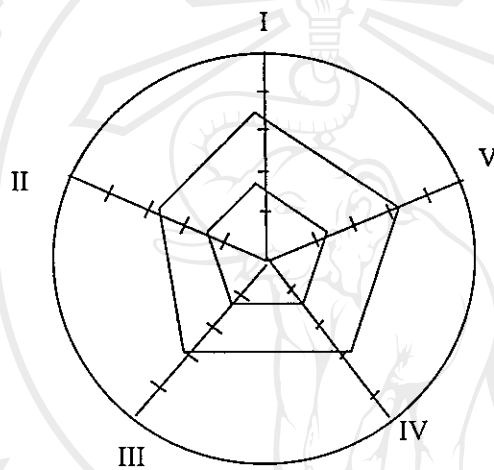
ขณะที่ Rifkin และคณะ (1988) พิจารณาการมีส่วนร่วมอย่างเป็นพลวัต ใน 5 มิติ คือ

1. การประเมินความจำเป็นและความต้องการ (Need Assessment) ต่อการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย
2. ประเมินลักษณะการนำและภาวะผู้นำของชุมชนในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ (Leadership)
3. ประเมินลักษณะองค์กรของชุมชน หรือลักษณะของภาคีท้องถิ่นที่มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ (Organization)
4. ประเมินการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ของชุมชน ในการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพ (Resource mobilization)
5. ประเมินกระบวนการจัดการการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ (Management process)

วิธีการวัดระดับการมีส่วนร่วมนี้ เป็นการร่วมกันประเมินจากผู้ที่เกี่ยวข้องหรือภาคีการมีส่วนร่วมของกระบวนการพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพช่องทางปากในศูนย์เด็กเล็ก โดยจะเป็นการจัดลำดับจากการไม่มีส่วนร่วมจนถึงการมีส่วนร่วมมากที่สุด ดังนี้

- 1 = ไม่มีส่วนร่วม
- 2 = มีส่วนร่วมน้อย
- 3 = มีส่วนร่วมปานกลาง
- 4 = มีส่วนร่วมมาก
- 5 = มีส่วนร่วมมากที่สุด

การวัดระดับของการมีส่วนร่วมนี้ นอกจากจะแสดงให้เห็นความมากน้อยของการมีส่วนร่วมในแต่ละด้านแล้ว ยังแสดงให้เห็นการเปลี่ยนแปลงระดับของการมีส่วนร่วมในแต่ละช่วงเวลาได้ด้วย โดยผู้มีส่วนร่วมในกิจกรรมเป็นผู้ทำการประเมินระดับการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มทั้ง 5 ด้าน ดังกล่าว โดยให้แต่ละมิติมีคะแนนเต็มเท่ากับ 5 จากนั้นนำระดับคะแนนที่ได้มาลงจุดในกราฟ โดยในแต่ละวงแสดงระดับของการมีส่วนร่วมในแต่ละช่วงเวลา วงที่ขยายออกมาแสดงถึงระดับการมีส่วนร่วมที่เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับช่วงเวลาก่อนหน้าที่เป็นวงใน ดังแสดงในรูปที่ 2.3



รูปที่ 2.3 กรอบการคิดวิเคราะห์การมีส่วนร่วมของชุมชนจาก Rifkin และคณะ, 1988

ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยได้แบ่งลักษณะของการมีส่วนร่วม เป็น 5 ขั้นตอน คือ

1. การมีส่วนร่วมค้นหาปัญหา สาเหตุของปัญหา
2. การมีส่วนร่วมวางแผนดำเนินกิจกรรมแก้ไขปัญหา
3. การมีส่วนร่วมปฏิบัติงานในกิจกรรม
4. การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์
5. การมีส่วนร่วมประเมินผลงานกิจกรรม

และประเมินระดับการมีส่วนร่วมโดยใช้บันได 8 ขั้นของอุทัยวรรณ กาญจนกามล ร่วมกับการประเมินแบบมีส่วนร่วมตามวิธีการของ Rifkin และคณะ(1988) โดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการพัฒนา

4. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research)

โดยปกติแล้ว การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) หมายถึง กระบวนการที่ผู้วิจัยได้เลือกกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งที่เห็นว่าดี เหมาะสม ตามความรู้ความเข้าใจของผู้วิจัย มาดำเนินการปฏิบัติเพื่อทดลองว่าใช้ได้หรือไม่ ประเมินความเหมาะสมในความเป็นจริง ควบคุมแนวทางปฏิบัติการ แล้วนำผลมาปรับปรุงปฏิบัติการ เพื่อนำไปทดลองใหม่จนกว่าจะได้ผลเป็นที่พอใจนำไปใช้และเผยแพร่ได้ การวิจัยชนิดนี้เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลงการดำเนินงานเมื่อผู้วิจัยได้ข้อมูลใหม่เพิ่มขึ้น ทำให้รูปแบบการวิจัยยืดหยุ่นได้ การวิจัยเชิงปฏิบัติการอาจเป็นแบบมีส่วนร่วมหรือไม่ก็ได้ (สุภางค์ จันทวานิช, 2539)

1. แนวคิดและความสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

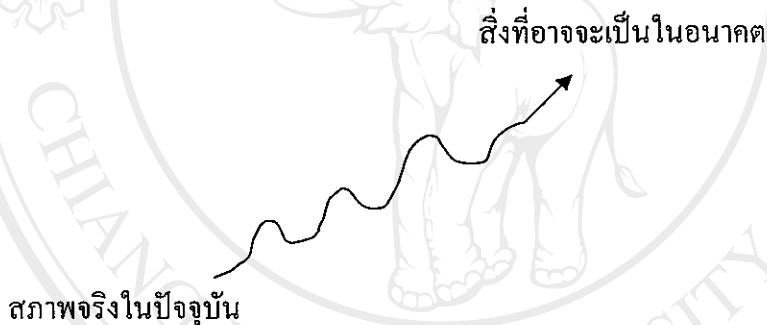
การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นงานวิจัยที่ถูกจัดประเภทให้เป็นการวิจัยและการพัฒนา (กรมการศึกษานอกโรงเรียน กระทรวงศึกษาธิการ, 2538) มาจากภาษาอังกฤษว่า Research and Development การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เป็นผลที่เกิดจากแนวคิดใหม่ของการพัฒนาที่พยายามจะแก้ไขปรับปรุงรูปแบบการพัฒนา รวมทั้งรูปแบบการวิจัยมาเป็นการพัฒนาในลักษณะให้ประชาชน ชาวบ้าน เป็นศูนย์กลางของการวิจัย เป็นลักษณะจากล่างขึ้นบน (Bottom-Up Approach) ซึ่งผู้ถูกวิจัย (ชาวบ้าน) นอกจากจะเป็นผู้ให้ข้อมูลแล้ว ยังมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ข้อมูลและช่วยในการหาวิธีแก้ไขปัญหหรือส่งเสริมกิจกรรมนั้นๆ เป็นวิธีการเรียนรู้จากประสบการณ์โดยอาศัยการมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมวิจัย นับตั้งแต่การระบุปัญหา การดำเนินการ การติดตามผล จนถึงขั้นประเมินผล (สุภางค์ จันทวานิช, 2539, หน้า 67) ในการวิจัยชนิดนี้ คำว่า **ปฏิบัติการ (Action)** หมายถึง กิจกรรมที่โครงการวิจัยต้องการจะดำเนินการ ส่วนคำว่า **การมีส่วนร่วม (Participation)** หมายถึง การมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องของทุกฝ่ายที่ร่วมกิจกรรมวิจัย ในการวิเคราะห์สภาพปัญหา หรือสถานการณ์อันใดอันหนึ่ง แล้วร่วมในกระบวนการตัดสินใจและดำเนินการจนสิ้นสุดวิจัย การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม คือ การนำแนวคิด 2 ประการนี้มาผสมผสานกัน

ในการวิจัยแบบมีส่วนร่วม ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยทุกขั้นตอนเป็นสิ่งที่ชุมชนหรือชาวบ้านร่วมรับรู้ และใช้ประโยชน์ด้วย ชาวบ้านเป็นผู้ร่วมกำหนดปัญหาของชุมชน และคู่ทางแก้ไขปัญหา ชาวบ้านเป็นผู้ตัดสินใจและยืนยันเจตนารมณ์ที่จะแก้ไขปัญหานั้น กระบวนการวิจัยดำเนินไปในลักษณะการแลกเปลี่ยนความเห็นระหว่างชาวบ้านกับผู้วิจัย เพื่อให้ได้ข้อสรุปเป็นขั้นๆ อาจกล่าวได้ว่า กระบวนการสังเคราะห์ข้อสรุปมีลักษณะเชิงวิภาษวิธี (dialectic) ชาวบ้านจะค่อยๆ พัฒนาศักยภาพในการแก้ไขปัญหของชุมชน และค่อยๆ เรียนรู้ด้วยตัวเอง

ดังนั้น PAR จึงนับเป็นกระบวนการประชาธิปไตยหลังจากที่ประชาชนได้เรียนรู้กระบวนการวิจัยด้วยตนเองและใช้ความรู้ที่ได้จากการวิจัยนั้นไปเพื่อใช้เปลี่ยนแปลงสภาพสังคมของคน โดยผ่านกระบวนการ 3 อย่าง คือ 1. การสำรวจและศึกษาสังคม (Social education) 2. การปฏิบัติ เพื่อให้เกิดการนำความรู้ไปจัดการเปลี่ยนแปลงสังคม (Social action) 3. ปรับปรุงสภาวะ ชีวิต ความ เป็นอยู่ ตลอดจนโครงสร้างและความสัมพันธ์พื้นฐานในสังคมของคน (สุริยา วีรังศ์, 2544)

ในการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนั้นผู้วิจัยจะต้องมีแนวคิดพื้นฐานสำคัญดังนี้ (กรมการศึกษานอกโรงเรียน กระทรวงศึกษาธิการ, 2538)

1. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการพลวัต และมีชีวิต กล่าวคือ เป็นเรื่องที่ไม่ได้หยุดนิ่งอยู่กับที่ การวิจัยจะเริ่มต้นจากสถานการณ์ที่เป็นจริง ทำการค้นหาว่าปัญหาคืออะไร มีสาเหตุมาจากอะไร สืบเนื่องจากสภาพทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง วัฒนธรรม หรือ ความเชื่อ ต่อจากนั้นจึงมุ่งไปยังจุดที่ควรจะเป็นในอนาคตซึ่งไม่สามารถทำนายได้



เมื่อเป็นเช่นนี้แล้ว ในกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมจึงมีลักษณะสำคัญ ดังนี้

- ยืดหยุ่นและปรับเปลี่ยนได้
 - ไม่สามารถกำหนดเวลาที่แน่นอนได้
 - ไม่มีการกำหนดกิจกรรม (โดยเฉพาะปัญหาและแนวทางแก้ไข)
2. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมจะประสบผลสำเร็จได้ เมื่อผู้วิจัยและบุคคลที่เกี่ยวข้องมีความเชื่อว่า
 - 2.1 คนทุกคนมีศักยภาพ มีความสามารถ ในการคิด การทำงานร่วมกัน เพื่อคุณภาพของชีวิตที่ดีขึ้น
 - 2.2 ภูมิปัญญาท้องถิ่นมีความสำคัญเช่นเดียวกับภูมิปัญญาของผู้วิจัย นักวิชาการ หรือนักพัฒนา

2.3 ทุกสิ่งทุกอย่างในชุมชนทั้งเรื่องของความรู้ ความชำนาญทรัพยากร ที่มีอยู่และที่จะหาได้ในอนาคตจะต้องได้รับการจัดสรรอย่างเท่าเทียมกัน

3. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมจะต้องเริ่มจากความรู้สึกรู้สึกของบุคคลที่มีต่อปัญหา หรือความต้องการของชุมชนจากนั้นนำไปสู่การสร้างความเข้าใจ และการกระทำที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งในตนเองและชุมชน ทั้งในมิติแห่งปัญญา จิตใจ และกายภาพ

4. กระบวนการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เป็นกระบวนการที่ดำเนินการอย่างต่อเนื่องและไม่สิ้นสุดใน 1 วงจร แต่เป็นเพียงการเริ่มเพื่อนำไปสู่วงจรใหม่ ซึ่งเป็นวงจรที่ประกอบด้วย การแสวงหาความรู้และการกระทำ วงจรนี้จะคงอยู่และดำเนินต่อไปตราบเท่าที่ประชาชน ชาวบ้าน สมาชิกของชุมชน ยังสามารถรวมกลุ่มกันอยู่ได้

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมีวัตถุประสงค์ดังนี้ (เจลิยว นูริภักดี, 2545)

2.1 เพื่อเปิดโอกาสให้ประชาชนในชุมชน ท้องถิ่นแต่ละแห่งเข้ามาร่วมกันศึกษาค้นคว้าหาข้อมูล ตลอดจนประเด็นปัญหาเชิงพัฒนา และวิธีการพัฒนาเพื่อแก้ปัญหาของชุมชนของตน มิใช่รอคอยนักวิจัยและนักพัฒนาจากภายนอกมาดำเนินงานให้ตน

2.2 เพื่อให้ได้ข้อมูลตามความเป็นจริง และแนวทางพัฒนาที่เหมาะสมและมีความพอดีกับสภาพปัญหาชุมชนนั้นๆ ทั้งนี้เพราะประชาชนในท้องถิ่นซึ่งสัมผัสกับบริบทของท้องถิ่นตนเองมาตลอดย่อมรู้จักสภาพท้องถิ่นของตนเองดีกว่าบุคคลภายนอก

2.3 เพื่อให้มีการขับเคลื่อน (Mobilization) มวลสมาชิกเข้าด้วยกันเป็นกระบวนการของผู้ที่มีความรับผิดชอบร่วมกัน เรียนรู้ได้ด้วยกันและแก้ปัญหาได้ด้วยกัน

3. ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เป็นรูปแบบการวิจัยที่เน้นการเรียนรู้จากการปฏิบัติจริง โดยผู้ที่เกี่ยวข้องในการศึกษาทุกคนได้รับประโยชน์ ซึ่งต่างจากการศึกษาโดยทั่วไปที่ผู้ได้รับประโยชน์จะมีเพียงนักวิจัยและผู้ที่ต้องการใช้ผลของการวิจัยเท่านั้น ในการวิจัยเชิงปฏิบัติการนั้นผู้ที่เกี่ยวข้องแต่ละฝ่ายจะได้รับประโยชน์ดังนี้

นักวิจัย มีโอกาสได้ศึกษาและค้นคว้าข้อมูลที่ต้องการเพื่อตอบคำถามในประเด็นที่ตนสนใจ

นักพัฒนา มีโอกาสเรียนรู้เทคนิคการทำงาน ได้ฝึกปฏิบัติ และสามารถนำไปใช้ในการทำงานอื่นๆต่อไปได้

ประชาชนในพื้นที่ มีโอกาสในการร่วมระดมความคิดและค้นหาโครงการ หรือ กิจกรรมในการพัฒนาชุมชนที่ตรงกับความต้องการของตนเอง มีส่วนร่วมในการดำเนินการ ตลอดจนมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นอย่างเท่าเทียมกัน

4. รูปแบบของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

PAR อาจมีรูปแบบของการมีส่วนร่วมแบบใดแบบหนึ่ง คือ

1. มีนักวิจัยจากภายนอกเป็นนักวิจัยหลัก (Principal Researcher) ในระยะแรกๆ หรือวงรอบแรกๆ ของกระบวนการ PAR โดยมีประชาชนในท้องถิ่นเข้ามาเป็นนักวิจัยร่วม จนกระทั่งถึงระยะหนึ่ง หรือวงรอบหลังๆ จึงค่อยถ่ายโอนความรับผิดชอบของบทบาทผู้นำของนักวิจัยหลักภายนอก ไปยังสมาชิก โดยอาจจะมีนักวิจัยหลักหรือไม่ก็ได้
2. ไม่มีนักวิจัยหลักจากภายนอก แต่อาจมีผู้ให้คำปรึกษาจากภายนอกผู้เดียวหรือเป็นคณะผู้ให้คำปรึกษาก็ได้ และมีสมาชิกผู้ร่วมวิจัยในท้องถิ่นนั้นเองจัดรูปองค์กรคณะผู้วิจัยขึ้นเองตามที่เหมาะสมกับปัญหาเชิงพัฒนา (Development Problem) ที่ต้องการจะแก้ไขของชุมชนท้องถิ่น
3. รูปแบบอื่นๆ ที่ตัดแปลง หรือประยุกต์ไปจากรูปแบบทั้งสองที่กล่าวแล้วข้างต้น เช่น ไม่เรียกว่านักวิจัยหลักจากภายนอก และไม่เรียกว่าผู้ให้คำปรึกษา แต่อาจเรียกว่าผู้อำนวยความสะดวกกระบวนการ (Facilitator)

การศึกษาครั้งนี้ ใช้รูปแบบของการมีส่วนร่วมแบบที่มีผู้วิจัยเป็นนักวิจัยหลักในระยะแรก โดยจะค่อยๆ มีการถ่ายโอนความรับผิดชอบของบทบาทผู้นำแก่นักพัฒนาในพื้นที่ เพื่อให้กระบวนการดำเนินการยังคงอยู่ต่อไปแม้ว่าผู้วิจัยจะออกจากพื้นที่ศึกษาไปแล้ว

5. วิธีดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

วิธีดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม หรือ PAR นั้น มีกิจกรรมที่แตกต่างกันอยู่ 2 จุดคือ (สุคนธ์ เกรื่อน้ำคำ และคณะ, 2543)

1. กิจกรรมการวิจัยเชิงปฏิบัติการ หรือ PAR ของผู้ประสานงาน หรือผู้อำนวยความสะดวก
2. กิจกรรมการวิจัยเชิงปฏิบัติการ หรือ PAR ของชุมชน

กิจกรรมของผู้ประสานงานการวิจัยนั้นก็คือ กิจกรรมการแสวงหาความรู้ของนักวิจัยปฏิบัติการโครงการ PAR แต่ละคน ในชุมชนใดชุมชนหนึ่ง จุดมุ่งหมายที่สำคัญของนักวิจัยคือ การสร้างรูปแบบ PAR ที่มีประสิทธิภาพ เป็นไปตามหลักการวิจัยเชิงวิทยาศาสตร์ และสามารถที่จะเผยแพร่บทบาทต่อสังคมได้ในรูปแบบของ PAR ที่มีประสิทธิภาพนั้น จะต้องเป็นรูปแบบที่สามารถแก้ปัญหาของชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ไม่สิ้นเปลืองเงินทอง กำลังงาน และเวลามากนัก แต่ในเวลาเดียวกันก็ได้รับผลตอบแทนที่สูง

5. นโยบายการดำเนินงานศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในชุมชน

กรมพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย ได้เริ่มดำเนินการพัฒนาเด็กมาตั้งแต่ พ.ศ. 2510 โดยการสนับสนุนให้มีการจัดตั้งศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขึ้นในหมู่บ้าน ตำบล ตามความต้องการและขีดความสามารถของประชาชน เพื่อรับเลี้ยงดูเด็กอายุ 3-6 ปี ให้มีพัฒนาการทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญา การเตรียมความพร้อมแก่เด็กในลักษณะเล่นปนเรียน และจัดประสบการณ์การเรียนรู้สำหรับเด็ก โดยมีผู้ดูแลเด็ก (ผดค.) รับค่าตอบแทนจากกรมการพัฒนาชุมชน ผู้ปกครอง หรือชุมชน อัตราส่วนผู้ดูแลเด็ก 1 คน ต่อเด็ก 20-25 คน ผู้รับผิดชอบในการบริหารศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก หรือคณะกรรมการพัฒนาเด็ก (กพค.) ดำเนินการภายใต้การควบคุมดูแลของคณะกรรมการหมู่บ้าน (กม.) คณะกรรมการสภาตำบล (กสค.) โดยมีวัตถุประสงค์ ดังนี้ (กาญจนา เลิศวุฒิ, 2545)

1. เพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุระหว่าง 0-5 ปี ในชนบท ให้ได้รับการอบรมเลี้ยงดูให้เจริญเติบโตทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญา อย่างถูกต้องตามวัยและมีความพร้อมที่จะเข้าเรียนในชั้นประถมศึกษา
2. เพื่อส่งเสริมให้องค์กรท้องถิ่นช่วยตนเอง และร่วมมือกันพัฒนาเด็ก พัฒนาท้องถิ่นของตน โดยเผยแพร่วิทยาการใหม่ไปสู่ บิดา มารดา ผู้ปกครองเด็ก และชุมชน
3. เพื่อส่งเสริมสนับสนุนการดำเนินงานตามแผนอาหารและโภชนาการแห่งชาติในส่วนที่เป็นเขตพัฒนาชุมชน
4. เพื่อแบ่งเบาภาระการอบรมเลี้ยงดูเด็กแทน พ่อ แม่ ผู้ปกครอง เพื่อให้ใช้เวลาในการประกอบอาชีพได้อย่างเต็มที่

หลักการดำเนินงาน

1. ยึดความต้องการและความพร้อมของประชาชนในท้องถิ่น และให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานให้มากที่สุด
2. พ่อแม่ ผู้ปกครอง ต้องจ่ายเงินค่าเลี้ยงดูเด็กและอื่นๆ ตามความจำเป็น
3. เน้นความพร้อมของเด็กและการฝึกให้เกิดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ โดยสอนแบบเล่นปนเรียน ให้เด็กสามารถช่วยเหลือตนเองและทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ และมีเด็กจำนวนมากพอคุ้มค่าในการดำเนินงานของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
4. กรรมการหมู่บ้าน กรรมการกลางหมู่บ้าน อพป. กรรมการพัฒนาเด็ก กรรมการสภาตำบล และกรรมการอื่นๆ ช่วยเหลือสนับสนุนให้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอยู่ในสภาพที่เหมาะสมสำหรับการเลี้ยงดูเด็ก รวมทั้งการจัดกิจกรรมการพัฒนาเด็กเพื่อส่งเสริมความสัมพันธ์อันดีระหว่าง พ่อ แม่ ผู้ปกครอง และราษฎรทั่วไป

5. ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กให้มีผู้ดูแลเด็กที่มีคุณสมบัติเหมาะสมอย่างน้อยศูนย์ละ 1 คน ต่อเด็ก 20-25 คน
6. ให้องค์กรราชการ หรือองค์กรเอกชนอื่นๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน
7. สมาชิกกลุ่มอาชีพ กลุ่มต่างๆ และผู้ประกอบการ ให้ความร่วมมือกับผู้ดูแลเด็ก โดยใช้เวลาร่วมทำกิจกรรมที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เช่น ปลูกผักสวนครัว ประกอบอาหารเสริม และกิจกรรมอื่นๆ รวมทั้งจัดทำสื่อและของเล่นให้กับเด็ก เพื่อนำไปสอนเด็กและเล่นกับเด็กนอกศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
8. ให้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแต่ละแห่งจัดให้มีกิจกรรมเกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดูเด็ก การจัดอาหารสำหรับเด็ก การจัดเครื่องเล่นและการละเล่นของเด็ก เพื่อให้เด็กมีพัฒนาการทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญา เป็นไปอย่างถูกต้องและเหมาะสมตามวัย

การกำหนดคุณภาพของสถานรับเลี้ยงเด็ก

การกำหนดคุณภาพของสถานรับเลี้ยงเด็ก แบ่งเป็น 4 องค์ประกอบ ดังนี้

1. คุณภาพของผู้ดูแลเด็ก
2. การจัดกิจกรรมประจำวัน
3. ความร่วมมือระหว่างบ้านกับสถานรับเลี้ยงเด็ก
4. ลักษณะทางกายภาพของสถานรับเลี้ยงเด็ก และการดูแลด้านสุขภาพ

1. คุณภาพของผู้ดูแลเด็ก

เด็กในวัยก่อนเรียนเป็นวัยที่เรียนรู้จากประสบการณ์ตรง และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลและสิ่งแวดล้อม ดังนั้นผู้ที่ทำหน้าที่ในการดูแลเด็กซึ่งจะมีปฏิสัมพันธ์โดยตรงกับเด็ก และควบคุมปฏิสัมพันธ์ระหว่างเด็กกับเด็กให้เป็นในทิศทางที่พึงประสงค์ เป็นตัวแบบ (Model) เพื่อให้เด็กได้ลอกเลียนแบบ เป็นผู้ชี้ให้เด็กรู้จักศักยภาพของตน และพัฒนาศักยภาพที่มีอยู่ รวมทั้งเป็นผู้จัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม เพื่อให้เด็กเกิดการเรียนรู้ คุณภาพของผู้ดูแลเด็กจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดในการกำหนดคุณภาพของสถานเลี้ยงเด็ก (Traver & Ruopp, 1978)

1.1 คุณสมบัติของผู้ดูแลเด็ก

- ความรู้และประสบการณ์ เป็นคุณสมบัติพื้นฐานของผู้ดูแลเด็ก โดยเชื่อว่าผู้ดูแลที่มีความรู้ และประสบการณ์จะสามารถทำหน้าที่ได้ดีกว่า
- ทักษะคติและความพึงพอใจในงาน เนื่องจากงานดูแลเด็กเป็นงานหนัก ต้องการความอดทนสูง ต้องเป็นผู้ที่มีวุฒิภาวะ มีอารมณ์มั่นคง ไม่ใช้อารมณ์กับเด็ก มีความเมตตา กรุณา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ผู้ดูแลเด็กจะต้องเป็นผู้ที่เสียสละอย่าง

มาก เพราะงานหนัก วัสดุอุปกรณ์มีจำกัด และได้คำตอบแทนในอัตราที่ต่ำมาก การศึกษาของสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ (2528) พบว่าผู้ดูแลเด็กหรือครูมีความตระหนักว่าตนเองจะต้องเป็นผู้ที่มีเมตตาธรรมสูง และเป็นผู้คอย ปรารถนาประคองให้เด็กทำดี และต้องมีความอดทนมากด้วย

1.2 การจัดกลุ่มเด็ก การที่เด็กมีโอกาสเล่นรวมกันจะทำให้เด็กได้เรียนรู้ และมีพัฒนาการ อย่างเต็มที่ เป็นการฝึกทักษะการอยู่ร่วมกัน เรียนรู้ที่จะแบ่งปันกัน เพื่อนจะทำหน้าที่เป็นทั้งตัวแบบ (Model) ผู้ควบคุมพฤติกรรม (Behavior modifier) เป็นผู้แนะนำ (Tutor) เป็นคู่แข่ง (Competitive) และเป็นผู้ให้ความร่วมมือในการเล่น (Cooperative playmates)

1.2.1 การแบ่งกลุ่ม โดยปกติแล้วมักพิจารณาแบ่งกลุ่มเด็กด้วย 2 ปัจจัยคือ เพศ และอายุ ซึ่ง ส่วนมากมักจะรับเด็กคละกันทั้งสองเพศเพื่อให้เด็กเกิดการเรียนรู้และการปรับตัว โดยเด็กหญิง มักจะมีความเป็นตัวของตัวเองและช่วยเหลือตัวเองได้มากกว่า มีความรับผิดชอบต่อกลุ่มสูงกว่า และ ไม่ค่อยก้าวร้าวเมื่อเทียบกับเด็กชายที่อายุเท่าๆกัน ส่วนปัจจัยด้านอายุ มักกำหนดให้แบ่งกลุ่มเด็กตาม กลุ่มที่มีอายุใกล้เคียงกัน โดยถือว่าเด็กที่วัยใกล้เคียงกันจะมีความพร้อมทางพัฒนาการและความพร้อมด้าน ร่างกายและสติปัญญาใกล้เคียงกัน ทำให้สะดวกต่อการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ นอกจากนี้ยังช่วยป้องกันเด็กเล็กจากเด็กโตกว่าที่อาจจะมีพฤติกรรมก้าวร้าวได้ แต่ก็มีแนวคิดที่ แตกต่างกันกล่าวถึงการเลี้ยงดูเด็กคละอายุซึ่งทำให้มีบรรยากาศคล้ายบ้าน ทำให้เด็กได้รับ ประสบการณ์ในบทบาทที่แตกต่างกัน คือได้เป็นทั้งพี่และน้อง ซึ่งมักจะพบว่าเด็กที่จัดกลุ่มลักษณะ นี้จะมีพัฒนาการทางสังคมเร็ว ปรับตัวเร็ว มีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่นๆ ได้มากกว่า และซับซ้อนกว่า มีความยืดหยุ่นมากกว่า แต่กลุ่มที่คละนั้นไม่ควรจะให้ช่วงอายุกว้างเกินไป คือไม่ควรแตกต่างกันเกิน กว่า 2-3 ปี (Clarke-Stewart, 1982)

1.2.2 ขนาดของกลุ่ม ขนาดของกลุ่มเป็นปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับพัฒนาการของเด็ก ในทุกๆ ด้าน และควรพิจารณาควบคู่ไปกับอัตราส่วนของเด็กต่อผู้ดูแลเด็กด้วยเพราะเป็นตัวชี้บอ กว่าเด็กจะได้รับการดูแลปกป้องเพียงใด ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่ากลุ่มที่มีขนาดเล็กและอัตราส่วนของ ผู้ดูแลเด็กที่เหมาะสมจะเป็นตัวชี้วัดคุณภาพในการเลี้ยงดูเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี ได้ดีที่สุด ดังนั้นในบาง ประเทศจึงมีข้อบังคับในการกำหนดขนาดของกลุ่มเด็กในสถานเลี้ยงเด็กกลางวันไว้อย่างชัดเจน ซึ่ง ส่วนใหญ่จะแบ่งตามกลุ่มอายุ ดังตัวอย่างตารางที่ 2.3 (ปานตา ใช้เทียมวงศ์, 2534)

ตารางที่ 2.3 การจัดจำนวนเด็กในแต่ละกลุ่มอายุของสถานรับเลี้ยงเด็ก

ที่มา/ประเทศ	จำนวนเด็กที่มากที่สุดในแต่ละกลุ่มอายุ		
	ต่ำกว่า 18 ค.	18-36 ค.	3-5 ปี
Child Welfare League of America	12	12-15	15-20
Canadian Council On Social Development	12	15	18-24
ญี่ปุ่น	30	40	
ศูนย์ฟอร์สเบอร์กส์ มินนี ซึ่งเป็นลักษณะ ของศูนย์พัฒนาเด็กที่มีอยู่ทั่วไปในสวีเดน	8	10	12-15
อังกฤษ	(จำนวนเด็กทุกกลุ่มอายุรวมกัน ไม่เกิน 48 คน) แต่ละห้องมีเด็กไม่เกิน 20 คน		

1.2.3 อัตราส่วนเด็กต่อผู้ดูแลเด็ก เป็นตัวชี้คุณภาพของปฏิสัมพันธ์และคุณภาพของการดูแลเด็ก ยิ่งอายุน้อยยิ่งต้องการอัตราส่วนนี้ค่อนข้างต่ำ เพราะต้องการการดูแลเอาใจใส่และการช่วยเหลืออย่างมาก อัตราส่วนนี้ในแต่ละประเทศจะกำหนดแตกต่างกันไป เช่น ในประเทศสหรัฐอเมริกา รัฐบาลกลางได้กำหนดอัตราส่วนของเด็กต่อผู้ดูแลเด็กไว้ดังนี้ เด็กอายุต่ำกว่า 6 สัปดาห์ 1:1 อายุ 6 สัปดาห์-3 ปี 4:1 และอายุ 4-6 ปี 5:1 แต่ในทางปฏิบัติ อัตราส่วนนี้จะสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ประมาณ 2-3 เท่า (Endsley & Bradbard, 1981) ในประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายกำหนดอัตราส่วนนี้สำหรับเด็กวัยต่างๆ ให้ชัดเจน มีเพียงระเบียบของกระทรวงศึกษาธิการที่กำหนดให้เด็กระดับก่อนประถมศึกษา มีนักเรียนห้องละ 25 คน ต่อครู 1 คน ถ้ามีเกิน 25 คนแต่ไม่เกิน 35 คนจะต้องมีพี่เลี้ยงอีก 1 คน

2. การจัดกิจกรรมประจำวันสำหรับเด็ก

โดยทั่วไปแล้วการเลี้ยงดูเด็กในวัยนี้มักจะมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมให้เด็กได้รู้จักเคารพตนเองและเห็นคุณค่าในตนเอง เป็นการวางรากฐานของสุขภาพจิตที่ดี เป้าหมายอื่นๆ ได้แก่ เพื่อให้เด็กได้พัฒนาทักษะในการแก้ไขปัญหา สอนให้รู้จักการอยู่ร่วมกับผู้อื่นและเคารพในสิทธิของผู้อื่น หลักสำคัญในการจัดกิจกรรมประจำวันคือ 1. คำเนิ่งถึงหลักพัฒนาการ และ 2. ความสมดุลของกิจกรรมลักษณะต่างๆ เช่น กิจกรรมในร่มกับกิจกรรมกลางแจ้ง กิจกรรมที่เงียบกับกิจกรรมที่ใช้เสียงหรือพลังมาก เป็นต้น

2.1 ตารางกิจกรรม การมีตารางกำหนดคร่าวๆ ไว้ว่าในวันหนึ่งๆ ควรจะทำอะไรบ้าง ในเวลาใดจะทำให้เด็กรับรู้ว่าเขาจะถูกคาดหวังพฤติกรรมอย่างไร และเอื้อให้เด็กมีความมั่นใจ เกิดความมั่นคงในอารมณ์เป็นพื้นฐานในการพัฒนาขั้นต่อไป (Decker & Decker, 1984)

2.2 เนื้อหาหรือหลักสูตร การกำหนดขอบเขตเนื้อหาหรือหลักสูตรขึ้นกับนโยบายของสถานเลี้ยงดู เพื่อให้เหมาะสมสอดคล้องกับทิศทางของการอบรมเลี้ยงดูที่ตั้งไว้ แล้วแปลเนื้อหาของหลักสูตรเป็นกิจกรรมประจำวัน

2.3 การจัดมุมเล่น เนื่องจากเด็กวัยนี้เรียนรู้โดยการเล่นจึงควรจัดห้องเรียนให้มีลักษณะเป็นห้องเล่น เด็กมีโอกาที่จะเลือกเล่น และอุปกรณ์การเล่นมีจำนวนเหมาะสมในการเล่น ซึ่งโดยปกติสถานเลี้ยงเด็กจะจัดมุมไว้ประมาณ 6-7 มุม ได้แก่ มุมไม้บล็อก มุมดนตรี มุมกิจกรรมเพื่อพัฒนากล้ามเนื้อมัดใหญ่ มุมบ้านหรือมุมเล่นบทบาทสมมุติ มุมภาษา มุมศิลปะหรือมุมเล่นสร้างสรรค์ มุมวิทยาศาสตร์ เป็นต้น

3. ความร่วมมือระหว่างบ้านกับสถานเลี้ยงเด็ก

เนื่องจากผู้ปกครองเป็นบุคคลที่ได้ให้การดูแลเอาใจใส่เด็กอย่างใกล้ชิด ดังนั้นข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความคิดเห็น ความคาดหวัง ทัศนคติ และความพึงพอใจของผู้ปกครอง จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องนำมาพิจารณา ร่วมในการจัดการดำเนินงานของสถานเลี้ยงเด็ก ซึ่งรัฐบาลในหลายประเทศได้ให้ความสำคัญ โดยระบุเป็นระเบียบข้อบังคับที่สถานเลี้ยงเด็กต้องประสานงานกับผู้ปกครอง และเปิดโอกาสให้ผู้ปกครองเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน (Canadian Council on Social Development, 1973) โดยเชื่อว่าความร่วมมือดังกล่าวจะเป็นผลดีทั้งต่อตัวของเด็ก ต่อผู้ปกครอง และสถานเลี้ยงเด็กเอง ดังนี้

ผลดีต่อเด็ก การที่ทั้งบ้านและสถานเลี้ยงเด็กเข้าใจซึ่งกันและกัน จะทำให้ทิศทางการดูแลเด็กเป็นไปในแนวทางเดียวกัน สนับสนุนและส่งเสริมซึ่งกัน เกิดความต่อเนื่องในการอบรมดูแล เป็นการกระตุ้นเด็กให้มีพัฒนาการอย่างเต็มศักยภาพ เพราะเด็กจะไม่เกิดความรู้สึกสับสนในกระบวนการคิดและการแสดงออก เกิดความมั่นใจ และนับถือตนเอง

ผลดีต่อผู้ปกครอง คือ เป็นการช่วยให้ผู้ปกครองได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับพัฒนาการ และลักษณะนิสัยของเด็ก ช่วยลดความวิตกกังวลในการดูแลเด็ก นอกจากนี้การได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมจะช่วยสร้างความเข้าใจต่อการดำเนินงานของสถานเลี้ยงเด็ก เกิดทัศนคติที่ดี และสะท้อนทัศนคติของตนเองไปสู่เด็กด้วย และที่สำคัญที่สุดคือการทำผู้ปกครองจะได้ตระหนักถึงศักยภาพ และบทบาทของตนในการอบรมเลี้ยงดูเด็ก ช่วยให้มีความรู้ความเข้าใจต่อหลักการ และวิธีการดูแลเด็กเพิ่มขึ้นด้วย

ผลดีต่อสถานเลี้ยงเด็ก คือ ช่วยให้สถานเลี้ยงเด็กมีการดำเนินงานที่สอดคล้องกับความต้องการและทิศทางการดูแลเด็กที่บ้าน นอกจากนี้อาจจะเป็นผลดีในแง่ของการเพิ่มคุณภาพของการดูแลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายเพิ่ม เช่น กรณีที่ผู้ปกครองบางคนมีความสามารถพิเศษ และยินดีที่จะช่วย

ทำงานตามความสามารถของตน เช่น ช่วยซ่อมของเล่น ช่วยดูแลสนาม จัดสวนหย่อม หรือเป็นอาสาสมัครมาช่วยดูแลเด็ก เป็นต้น

ดังนั้น ผู้ปกครองจึงเป็นแหล่งข้อมูลสำคัญของสถานเลี้ยงเด็กในการที่จะนำมาใช้เพื่อวางแผนการดำเนินงาน รวมถึงการจัดให้มีกิจกรรมเพื่อเปิดโอกาสและสร้างช่องทางการเข้ามีส่วนร่วมของผู้ปกครองก็เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้การดำเนินงานของสถานเลี้ยงเด็กเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

3.1 ความเห็นของผู้ปกครอง ได้แก่ เหตุผลของการเลือกหรือไม่เลือกใช้บริการ รวมถึงทัศนคติ และความคาดหวังต่อบริการของสถานเลี้ยงเด็ก

3.1.1 เหตุผลของการนำเด็กไปอยู่สถานเลี้ยงเด็ก มีการศึกษาจำนวนมากที่รายงานถึงเหตุผลที่ผู้ปกครองตัดสินใจใช้บริการของสถานเลี้ยงเด็ก เช่น ในประเทศแคนาดารายงานว่าเด็กอายุประมาณ 3 ปี ร้อยละ 80 ได้รับการดูแลโดยสถานเลี้ยงเด็ก โดยส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่ามารดาต้องออกไปทำงานนอกบ้าน แต่การศึกษาในอินเดียพบว่าร้อยละ 80 เป็นเหตุผลจากตัวเด็กเอง ได้แก่ เพื่อให้เด็กเตรียมตัวก่อนเข้าเรียน ร้อยละ 38, ช่วยให้เด็กมีระเบียบวินัยและมีเพื่อนเล่นที่ดี ร้อยละ 29, เด็กอยากไปเอง ร้อยละ 7, เพื่อให้เด็กได้รับอาหารที่ดี ร้อยละ 3 และเพราะผู้ดูแลเด็กขอร้องให้ไปเพื่อประโยชน์กับตัวเด็กร้อยละ 2 สำหรับเหตุผลจากมารดา ได้แก่ การทำงานบ้านได้สะดวกขึ้น ร้อยละ 9, มารดาทำงานนอกบ้าน ร้อยละ 9, และมารดาสุขภาพไม่ดี ร้อยละ 2 นอกจากนี้มีการศึกษาเกี่ยวกับการตัดสินใจเลือกสถานเลี้ยงเด็กในเมืองแฮมิลตัน พบว่า เนื่องจากความรู้ความสามารถของเจ้าหน้าที่ ร้อยละ 83, กิจกรรมดี ร้อยละ 6, อุปกรณ์เหมาะสมและพอเพียง ร้อยละ 60, มีรถรับ-ส่ง ร้อยละ 48, และใกล้บ้านร้อยละ 44

3.1.2 ความคาดหวังของผู้ปกครอง ส่วนใหญ่ผู้ปกครองมีความคาดหวังต่อบทบาทของสถานเลี้ยงเด็กในด้านการเตรียมความพร้อมทางสติปัญญาและสังคม เพื่อเข้าโรงเรียนต่อไป (Traver & Ruopp, 1978) ในขณะที่มารดาในประเทศแคนาดาคาดหวังในด้านของการให้ความรักความอบอุ่นมากที่สุด รองลงมาคือความปลอดภัยต่อเด็ก และการดูแลสุขภาพ ตามลำดับ

3.2. กิจกรรมความร่วมมือระหว่างบ้านกับสถานเลี้ยงเด็ก เป็นการเน้นความสำคัญของครอบครัวและความต่อเนื่องในการดูแลเด็ก ทำให้เด็กเกิดความมั่นคงทางจิตใจ สามารถเรียนรู้ได้ดี ขณะเดียวกันก็เป็นการตอบสนองต่อปัญหาของครอบครัวให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้

ลักษณะของกิจกรรมความร่วมมือมีหลายลักษณะ เช่น

- การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกันก่อนเข้าสถานเลี้ยงเด็ก
- การติดต่อประจำวันอย่างไม่เป็นทางการ เช่น ในเวลารับ-ส่งเด็ก การบันทึกข้อความสั้นหรือการโทรศัพท์ เป็นต้น

- จัดหมายข่าว หรือสิ่งพิมพ์ เพื่อช่วยให้ผู้ปกครองได้รับทราบกิจกรรมที่เกิดขึ้นในแต่ละช่วงเวลา
- กิจกรรมอาสาสมัครตามความถนัดของผู้ปกครอง
- การสังเกตการณ์ภายนอกโดยไม่ร่วมกิจกรรม
- การประชุมร่วมเป็นครั้งคราว

ฯลฯ

4. ลักษณะทางกายภาพของสถานรับเลี้ยงเด็ก และการดูแลด้านสุขภาพ

4.1 ลักษณะทางกายภาพ

สภาพแวดล้อมทางกายภาพที่เหมาะสมจะช่วยกระตุ้นการเรียนรู้และพัฒนาการของเด็ก รวมทั้งให้ความปลอดภัยทั้งต่อร่างกายและจิตใจ รวมถึงการมีส่วนร่วมช่วยให้เด็กมีความรู้สึกที่ดีต่อตนเองและต่อสิ่งแวดล้อมรอบตัวได้

4.1.1 สถานที่ตั้งที่เหมาะสม ได้แก่ (มสธ., 2528)

- การตั้งอยู่ใกล้ชุมชน การเดินทางสะดวก
- ทำเลที่สามารถรับ-ส่งเด็กได้อย่างปลอดภัย
- ควรมีสภาพแวดล้อมที่ดี เป็นธรรมชาติ หลีกเลียงมลพิษต่างๆ

4.1.2 ลักษณะอาคารและพื้นที่ภายในอาคาร ควรมีการออกแบบให้เหมาะสมกับเด็ก และกิจกรรมประจำวันของเด็กโดยเฉพาะ เช่น เป็นอาคารชั้นเดียว มีความมั่นคงแข็งแรง มีที่เก็บสิ่งของ เครื่องใช้มิดชิดและหยิบใช้ง่าย มีความกว้างเหมาะสม สีสดใส วัสดุปูพื้นไม่ลื่นและทำความสะอาดง่าย อากาศถ่ายเท แสงสว่างเพียงพอ เป็นต้น

ในประเทศไทยกำหนดให้ห้องเรียนเด็กมีรูปร่างเป็นสี่เหลี่ยมผืนผ้า เด็กอายุ 2-3 ขวบ มีพื้นที่ห้องเฉลี่ย 1.75 ตารางเมตรต่อคน เด็กอายุ 3-4 ขวบมีพื้นที่ห้องเฉลี่ย 2 ตารางเมตรต่อคน โดยการใช้อาคารที่สามารถดัดแปลงเป็นห้องนอนได้ด้วยหากไม่มีห้องนอนแยกต่างหาก (มสธ., 2528)

4.1.3 พื้นที่ภายนอกอาคาร เป็นหัวใจสำคัญของสถานเลี้ยงเด็กเพราะเด็กจะสนุกสนานกับกิจกรรมส่วนนี้มาก เป็นการส่งเสริมพัฒนาการและการมีสุขภาพที่ดีด้วย ขนาดของพื้นที่สนามนอกอาคารสำหรับประเทศไทยกำหนดให้มี 3 ตารางเมตรต่อเด็กหนึ่งคนสำหรับเด็กวัย 2-3 ขวบ และ 4 ตารางเมตรต่อเด็กหนึ่งคนสำหรับเด็กวัย 4-5 ขวบ (มสธ., 2528) นอกจากนั้นแล้วควรมีรั้วรอบขอบชิด ประตูแน่นหนา มีความสะอาดและปลอดภัย มีร่มไม้ให้ร่มเงา ลักษณะของพื้นที่ปลอดภัย อุปกรณ์สนามที่เหมาะสม แข็งแรง และเพียงพอ เป็นต้น

4.2 การดูแลด้านสุขภาพ

การดูแลด้านสุขภาพเด็ก คือ การธำรงซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี ส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันการเกิดโรค เพราะกระบวนการพัฒนาของเด็กจะมีความสัมพันธ์กันทุกด้าน ถ้าสุขภาพร่างกายแข็งแรง พัฒนาการด้านอารมณ์ สังคม และสติปัญญา ก็จะดำเนินไปด้วยดี นอกจากนั้นยังเป็นการปลูกฝังสุขนิสัยพื้นฐานที่ดีต่างๆ ด้วย เช่น การล้างมือ การรับประทานอาหาร การเข้าห้องน้ำ เป็นต้น

นโยบายและแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลด้านสุขภาพของเด็ก ได้แก่

โครงสร้างและความปลอดภัยของอาคาร ตัวอาคารควรมีความมั่นคงแข็งแรง มีประตูเข้า-ออกอย่างน้อยสองประตู ปลั๊กไฟอยู่ในที่ที่เด็กเอื้อมไม่ถึง มีการตรวจตราซ่อมแซมตัวอาคารอยู่เสมอ มีอุปกรณ์ดับเพลิง เป็นต้น

ห้องเล่นลูกสุลักษณะ มีอากาศถ่ายเท มีแสงสว่างเพียงพอ อุณหภูมิพอเหมาะ พื้นห้องสะอาด อุปกรณ์ของใช้แข็งแรงปลอดภัย ได้รับการทำความสะอาดและตรวจตราซ่อมแซมอย่างสม่ำเสมอ

ความปลอดภัยในพื้นที่สนาม มีการติดตั้งอุปกรณ์ที่ถูกต้องเหมาะสม มีการตรวจตราอุปกรณ์ไม่ให้ก่ออันตราย มีการสอนให้เด็กรู้จักวิธีเล่นที่ปลอดภัย และขณะที่เด็กเล่นในสนามต้องอยู่ในสายตาของผู้ดูแลเด็กตลอดเวลา

แบบแผนการรับ-ส่งเด็ก การจัดให้มีผู้ทำหน้าที่รับเด็ก โดยอาจแบ่งเป็นสองผลัด คือ กลุ่มที่มาแต่เช้าและกลับเร็ว กับกลุ่มที่มาทำงานสายแต่กลับเย็นเพื่อให้มีผู้ดูแลเด็กตลอดเวลาเมื่อมาในสถานเลี้ยงเด็ก นอกจากนั้นหากผู้ปกครองมารับเองไม่ได้ผู้ที่มารับเด็กแทนต้องมีหลักฐานแสดงการมารับทุกครั้ง

การฝึกนิสัยในการรับประทานอาหาร สถานเลี้ยงเด็กตลอดวันจะต้องมีการจัดบริการอาหารกลางวันด้วย รวมถึงอาหารว่างมื้อเช้าและบ่ายเพราะเด็กรวยนี้จะใช้พลังงานมากทำให้หิวบ่อย และมีการแสดงเมนูอาหารประจำวันให้ผู้ปกครองรับทราบด้วย เวลาในการรับประทานอาหารเป็นการฝึกมารยาทสังคมอย่างหนึ่ง เช่น ช่วยเสิร์ฟอาหารให้คนอื่นๆ ช่วยเก็บโต๊ะ ช่วยเก็บภาชนะ โดยผู้ดูแลเด็กควรร่วมรับประทานอาหารพร้อมเด็ก และชักชวนให้เด็กทานอาหารที่มีประโยชน์ อาหารชนิดใหม่ๆ แต่ไม่บังคับ

การฝึกขับถ่าย เด็กเล็กควรได้รับการฝึกควบคุมการขับถ่าย โดยสอนให้เด็กขับถ่ายเป็นเวลา สอนให้เด็กเรียนรู้การใช้อุปกรณ์ห้องน้ำ การเข้าห้องน้ำที่ถูกต้อง และให้ความช่วยเหลือเมื่อเด็กต้องการ

การนอนพัก เด็กเล็กจำเป็นต้องได้นอนพักในช่วงกลางวันและควรจัดให้เป็นช่วงเวลาพักผ่อนที่มีความสุข บรรยากาศเงียบสงบ แสงสว่างไม่จ้าเกินไป มีอากาศถ่ายเท ถ้าเด็กนอนไม่หลับ อาจต้องให้นอนเฉยๆ หรือทำอะไรเงียบๆ ไม่บังคับให้นอน แต่ต้องทำให้ยอมรับว่าจะไม่รบกวนคนอื่น เด็กควรมีที่นอนของตนเอง ไม่ปะปนกัน และมีการรักษาความสะอาดอย่างสม่ำเสมอ

แนวปฏิบัติเพื่อการดูแลสุขภาพ ได้แก่ การตรวจร่างกายเด็กก่อนรับเข้าเพื่อให้ทราบสภาวะสุขภาพของเด็กและความต้องการการเอาใจใส่ที่เป็นพิเศษ ประวัติการรับการรักษาเสริมภูมิคุ้มกันโรค มีนโยบายการดูแลเด็กป่วยและการแยกเด็กป่วยออกจากกลุ่มเมื่อเด็กเกิดป่วยที่โรงเรียน โดยปกติแล้วสถานเลี้ยงเด็กมักจะไม่นับเด็กป่วยไว้เพื่อประโยชน์ของตัวเองและเพื่อประโยชน์ของเด็กคนอื่นๆ ด้วย

การตรวจร่างกายเด็กควรจัดให้มีอย่างสม่ำเสมอ การตรวจพื้นฐานที่สุดคือ การชั่งน้ำหนัก การวัดส่วนสูง สำหรับการตรวจร่างกายอื่นๆ อาจทำโดยบุคลากรทางสาธารณสุข และผู้ดูแลเด็กควรต้องรับทราบผลการตรวจทุกครั้งและบันทึกเป็นหลักฐาน เด็กอายุ 3-5 ปี ควรได้รับการตรวจสุขภาพปีละ 2 ครั้ง และอายุมากกว่า 5 ปี ควรตรวจอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เด็กที่มีปัญหาพิเศษอาจต้องได้รับการตรวจที่บ่อยขึ้น

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright © by Chiang Mai University

All rights reserved