

บทที่ 5

อภิปรายผลการศึกษา

การศึกษาวิจัยนี้ ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อศึกษากระบวนการที่นำไปสู่การพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน รวมทั้งศึกษาเงื่อนไขและปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมของชุมชนที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของสมาชิกในการดำเนินกระบวนการพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่า ชุมชนสามารถมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพได้หลายลักษณะ ทั้งโดยการมีส่วนร่วมในกิจกรรมกลุ่มที่จัดขึ้น 3 กิจกรรม คือ การสนทนากลุ่ม การประชุมประจำปี และการประชุมเชิงปฏิบัติการ ในขั้นตอนของการค้นหาปัญหาและขั้นตอนกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหา นอกจากนี้ชุมชนยังมีส่วนร่วมในขั้นตอนของการปฏิบัติกิจกรรมแก้ไข ปัญหา ขั้นตอนการรับประโยชน์ และขั้นตอนการประเมินผล โดยสมาชิกแต่ละกลุ่มมีบทบาทในการมีส่วนร่วมพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพที่แตกต่างกัน ผู้วิจัยขอเสนอการอภิปรายผลการศึกษาใน 3 ประเด็น คือ

- การดำเนินกระบวนการพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพ
- การมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพ
- เงื่อนไขทางสังคมวัฒนธรรมที่มีผลต่อกระบวนการพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วม

▪ การดำเนินกระบวนการพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพ

เด็กเล็กก่อนวัยเรียนในชุมชน เมื่ออายุได้ประมาณ 2 ขวบ ผู้ปกครองส่วนใหญ่จะนำมาฝากไว้ที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กให้ช่วยดูแลแทนในตอนกลางวัน เด็กส่วนใหญ่จึงใช้เวลาประมาณ 1 ใน 3 ของแต่ละวัน ในการเรียนรู้ร่วมกันในศูนย์พัฒนาเด็ก และนอกจากการฝากเลี้ยงดูแล้วผู้ปกครองยังคาดหวังว่าเด็กๆ จะได้รับการปลูกฝังอบรมในสิ่งที่ดี ตั้งแต่วิธีการอยู่ร่วมกับผู้อื่น การฝึกกิริยามารยาทและระเบียบวินัย ตลอดจนการฝึกฝนด้านสุขนิสัยที่พึงประสงค์แก่เด็กด้วย ความสำคัญของการมีสุขภาพที่ดีในเด็กเล็กนั้น มีความเกี่ยวข้องอย่างมากกับการเรียนรู้และการพัฒนาการของเด็ก แต่พบว่าการจัดการเลี้ยงดูเด็กโดยผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กนั้น ยังไม่มีการพิจารณาในส่วนของการจัดระบบการดูแลสุขภาพที่ชัดเจน ครอบคลุม และมีประสิทธิผลเพียงพอ จึงพบว่าเด็กๆ มีการแสดง

พฤติกรรมที่เสี่ยงต่อสุขภาพ โดยรู้เท่าไม่ถึงการณ์ โดยที่ผู้เกี่ยวข้องต่างๆ ยังไม่ตระหนักถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นตามมาทั้งต่อสุขภาพและการเรียนรู้ของเด็ก ต่อครอบครัว และต่อชุมชน

การศึกษานี้ มีส่วนทำให้ชุมชนเห็นความสำคัญของการจัดระบบการดูแลด้านสุขภาพของเด็กเล็กก่อนวัยเรียนมากขึ้น เกิดการปรับเปลี่ยนวิถีคิดและรูปแบบการทำงานจากแนวคิดสุขภาพแบบเดิมที่เน้นเรื่องโรคและบุคลากรทางการแพทย์ สู่การทำงานที่เปิดกว้างให้สมาชิกจากส่วนอื่นๆ ในสังคมได้เข้ามามีส่วนร่วมในการทำงานเพื่อสุขภาพ ทำให้เกิดการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) ขึ้น 4 ประการ โดยสามารถพิจารณากระบวนการส่งเสริมสุขภาพที่เกิดขึ้นได้ ดังต่อไปนี้

ประเด็นในการพัฒนาด้านส่งเสริมสุขภาพ

การแสวงหาประเด็นเพื่อนำสู่การพัฒนา (Entry point) เริ่มจากการประเมินระบบการให้คุณค่าด้านสุขภาพของชุมชน และพบว่ามีการให้ความหมายของ สุขภาพดี ว่าหมายถึง การไม่เจ็บป่วย รวมทั้งเชื่อว่าเด็กๆ มีสุขภาพที่ดี ทำให้การวิจัยตัดสินใจใช้ “ข้อมูลสุขภาพ” เป็นประเด็นที่นำสู่การพัฒนา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความสนใจร่วมกันและช่วยกันพัฒนาสุขภาพของเด็กเล็กให้ดียิ่งขึ้น

การเริ่มต้นทำงานส่งเสริมสุขภาพด้วยการนำเสนอข้อมูลสุขภาพดังกล่าว แม้ว่าจะมีวัตถุประสงค์เพื่อกระตุ้นให้ชุมชนหันมาให้ความสนใจในการจัดระบบการดูแลสุขภาพ โดยไม่ได้มุ่งหวังที่การ “ลดโรค” แต่นับว่าเป็นจุดอ่อนที่สำคัญของการศึกษานี้ ที่พยายามใช้แนวทางการทำงานที่มุ่งความหมายของสุขภาพเชิงบวก (Positive Health) แต่มีจุดเริ่มต้นที่สุขภาพเชิงลบ (Negative Health) ทำให้การเปิดเวทีเพื่อร่วมกันนิยามความหมายของสุขภาพและร่วมกันกำหนดแนวทางปฏิบัติ ตามวิถีคิดของการส่งเสริมสุขภาพ ถูกจำกัดขอบเขตให้อยู่ภายใต้วิถีคิดการป้องกันและกำจัดโรคแบบเดิม โดยจะเห็นได้ว่าการมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาสุขภาพในขั้นตอนการค้นหาปัญหาและสาเหตุ นั้น ผู้ปกครองมีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพสอดคล้องกับข้อมูลสุขภาพที่ชุมชนได้รับ ซึ่งสะท้อนให้เห็นอิทธิพลของการชักนำความคิดของชุมชนด้วยข้อมูลชุดดังกล่าว และจากข้อถ้อยที่พบในประเด็นการจัดการปัญหาสุขภาพนี้ การวิจัยได้แสวงหาโอกาสและสร้างประเด็นพัฒนาใหม่ที่สามารถเชื่อมต่อกับสิ่งที่ได้ดำเนินการไปแล้ว แต่ขยายขอบเขตให้กว้างขึ้นและก้าวพ้นไปจากวิถีคิดที่เกี่ยวข้องพันอยู่กับเรื่องโรค ซึ่งในที่สุดด้วยเงื่อนไขที่มีการดำเนินโครงการศูนย์เด็กเล็กก่อนอายุ ร่วมกับความต้องการในการแก้ปัญหาด้านโครงสร้างพื้นฐานของผู้ดูแลเด็กและคณะกรรมการพัฒนาเด็ก ทำให้เกิดการพัฒนาในประเด็นการมีส่วนร่วมในการพัฒนาเป็นศูนย์เด็กเล็กก่อนอายุและส่งเสริมสุขภาพ ที่มุ่งเน้นการตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการที่แท้จริง

ของผู้ที่ปฏิบัติงานในศูนย์พัฒนาเด็กมากขึ้น ทั้งในส่วนที่เป็นปัญหาที่มีอยู่เดิมของพื้นที่ซึ่งไม่ได้รับการแก้ไข เช่น ปัญหาหลังคารั่วซึม และปัญหาทางระบายน้ำ และส่วนที่เป็นปัญหาตามเกณฑ์ประเมินของโครงการศูนย์เด็กเล็กนอกระบบ เช่น ปัญหาน้ำคั่ง และปัญหาการกำจัดขยะ ซึ่งทั้งหมดมีผลกระทบต่อคุณภาพในการเลี้ยงดูของศูนย์พัฒนาเด็ก รวมทั้งเชื่อมโยงถึงสภาวะสุขภาพของเด็กในด้านต่างๆ ตามความหมายของสุขภาพที่เป็นองค์รวม (Holistic health) มากขึ้นด้วย

บทบาทของบุคลากรในการทำงานส่งเสริมสุขภาพ

กระบวนการพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมที่เกิดขึ้น เป็นการเรียนรู้ร่วมกันระหว่าง ผู้ที่เกี่ยวข้องในการทำงานของศูนย์พัฒนาเด็ก นักพัฒนา และผู้วิจัย โดยในส่วนของผู้วิจัยได้เรียนรู้วิธีการทำงานในบทบาทใหม่เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ 3 ประการ คือ

1. การก่อกระแสกลุ่มพลังทางสังคม (Advocate)

กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เกิดขึ้น มีจุดเริ่มต้นจากการก่อกระแสทางสังคม เพื่อให้สมาชิกส่วนต่างๆ ในชุมชนเกิดความสนใจต่อการพัฒนาสภาวะสุขภาพของเด็กเล็กในศูนย์พัฒนาเด็ก ด้วยการให้ข้อมูลข่าวสารทั้งในลักษณะที่เป็นลายลักษณ์อักษร และการร่วมสนทนากับบุคคล/กลุ่มต่างๆ การจัดให้มีเวทีที่กระตุ้นให้เกิดการร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและกำหนดแนวทางการแก้ไข รวมถึงมีการสื่อสารให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการรับรู้ผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ บทบาทของการเป็นผู้ก่อกระแสไม่ได้มีอยู่เฉพาะในช่วงเริ่มต้นของการทำงานเท่านั้น แต่เป็นบทบาทที่มีขึ้นอยู่ตลอดระยะเวลาที่ทำการศึกษา และโดยภาพที่ผู้วิจัยเป็นต้นตอบุคลากร ทำให้มีส่วนในการสร้างความสนใจต่อประเด็นการพัฒนางานทันตสาธารณสุขมากกว่าประเด็นพัฒนาด้านอื่น

การก่อกระแสให้เกิดการพัฒนาโดยมีจุดเริ่มจากประเด็น “ปัญหาสุขภาพช่องปาก” ซึ่งเป็นปัญหาที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตไม่เด่นชัด รวมทั้งองค์ความรู้ทางทันตสุขภาพมีลักษณะที่จำกัดอยู่เฉพาะในกลุ่มวิชาชีพ ทำให้ต้องอาศัยการสร้างกระแสแก่กลุ่มพลังต่างๆ ในชุมชนอย่างกว้างขวาง ซึ่งผู้วิจัยได้จัดระดับการก่อกระแสที่เกิดขึ้นในการศึกษานี้เป็น 3 ระดับ คือ

- การก่อกระแสในกลุ่มผู้มีอำนาจของชุมชน ด้วยการนำเสนอข้อมูลเป็นลายลักษณ์อักษร การสัมภาษณ์ และการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ

แก่ นายกอบต. ปลัดกอบต. ประธานกพค. ผู้ใหญ่บ้าน และเจ้าหน้าที่
ภาครัฐ

- การก่อกระแสในกลุ่มตัวแทน ของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียโดยตรงจาก
ผลของการพัฒนา ด้วยการสนทนากลุ่มตัวแทนผู้ปกครองเด็ก
- การก่อกระแสแก่สมาชิกทั้งหมด ที่มีส่วนได้ส่วนเสียจากผลของการ
พัฒนา ด้วยการนำเสนอข้อมูลและการร่วมกิจกรรมในที่ประชุม
ประจำปีของศูนย์พัฒนาเด็ก

นอกจากนี้ การสื่อสารที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันของชุมชน มีส่วนช่วยใน
การขยายกระแสการพัฒนาสู่สมาชิกส่วนต่างๆ ของชุมชน และทำให้ความสนใจ
ต่อการพัฒนาเพิ่มมากขึ้นด้วย

2. การเอื้ออำนวยให้สมาชิกได้ใช้ศักยภาพของตนเองอย่างเต็มที่ (Enable)

การชักชวนให้ชุมชนเห็นประโยชน์ของการแก้ไขปัญหาและการพัฒนา
รวมทั้งชี้ให้เห็นผลเสียที่อาจเกิดขึ้นหากละเลยไม่แก้ไข การให้ข้อมูลข่าวสารทาง
วิชาการเพื่อประกอบการตัดสินใจสร้างทางเลือกของชุมชน ทำให้เกิดมีนโยบาย
ด้านสุขภาพของศูนย์พัฒนาเด็ก และการกำหนดกิจกรรมพัฒนาเพื่อเป็นศูนย์เด็ก
เล็กน่ายุ้ยและส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งทำหน้าที่ช่วยเหลือ ให้คำแนะนำ เพื่อให้เกิด
การปฏิบัติกิจกรรมพัฒนาด้วย

3. เป็นสื่อกลางในการประสานงานระหว่างกลุ่มต่างๆ (Mediate)

การทำงานส่งเสริมสุขภาพ ไม่สามารถเกิดขึ้นได้โดยบุคคลใดบุคคลหนึ่ง
หรือกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง แต่ต้องเกิดจากการทำงานของหลายกลุ่มที่ช่วยเหลือกันตาม
อำนาจหน้าที่และบทบาททางสังคม ภายใต้เป้าหมายการทำงานที่มีการตกลง
ยอมรับร่วมกัน การทำหน้าที่เป็นสื่อกลางที่ช่วยประสานระหว่างภาคีพัฒนาต่างๆ
ของศูนย์พัฒนาเด็กถือเป็นบทบาทสำคัญที่ทำให้เกิดกิจกรรมการพัฒนาเป็นศูนย์
เด็กเล็กน่ายุ้ยและส่งเสริมสุขภาพ การที่ชุมชนได้รับรู้และมีความเข้าใจร่วมกัน
ตั้งแต่จุดเริ่มต้น ไปจนถึงเป้าหมายของการพัฒนา รวมถึงการมีโอกาสได้
แลกเปลี่ยนความคิดเห็น การสอบถามช่องทางในการปฏิบัติที่เป็นไปได้ เป็นการ
สร้างความเข้าใจและช่วยลดช่องว่างระหว่างกลุ่มต่างๆ ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญ
ของการทำงานพัฒนาแบบมีส่วนร่วม

การดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ

จากบทบาทการทำงานที่กล่าวมา มีส่วนสนับสนุนให้ชุมชนเกิดการริเริ่มพัฒนาด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับเหตุปัจจัยต่างๆ ที่แวดล้อม และมีลักษณะที่เป็นกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพตามที่กฎบัตรออกตาวา (Ottawa Charter) กล่าวถึงใน 4 กิจกรรม ดังต่อไปนี้

1. การสร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี (Build Health Public Policy)

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านไร่ฮ้อย เป็นศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในสังกัดขององค์การบริหารส่วนตำบล ซึ่งถ่ายโอนการดำเนินงานจากกรมการพัฒนาชุมชนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 โดยมีวัตถุประสงค์ในการก่อตั้งที่สำคัญ คือ เพื่อให้การเลี้ยงดูเด็กอายุระหว่าง 3-6 ปี ให้มีพัฒนาการทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญา ในสัดส่วนผู้ดูแลเด็ก 1 คนต่อเด็ก 20-25 คน (กรมการพัฒนาชุมชน, 2542) แต่ในสถานการณ์ปัจจุบันพบว่าผู้ปกครองมีแนวโน้มในการนำเด็กมาฝากที่ศูนย์พัฒนาเด็กตั้งแต่อายุเพียง 2 ขวบ ทั้งนี้เพื่อความสะดวกในการประกอบอาชีพของผู้ปกครอง และเชื่อว่าเด็กที่มาเรียนรู้ในศูนย์พัฒนาเด็กตั้งแต่เล็กจะมีความสามารถในด้านต่างๆ ดีกว่าเด็กที่อยู่บ้านกับผู้ปกครอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา เลิศวุฒิ (2545) ที่พบว่าผู้ปกครองมีความพึงพอใจที่เด็กได้รับการส่งเสริมด้านพัฒนาการ สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดีขึ้นในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การล้างหน้า การแปรงฟัน การทานอาหาร การใช้ห้องน้ำ ตลอดจนความมีระเบียบวินัยในด้านต่างๆ ความเชื่อดังกล่าวเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้ผู้ปกครองไม่ได้เริ่มการปลูกฝังสุขนิสัยที่เหมาะสมแก่เด็กตั้งแต่เล็กที่บ้าน โดยหวังว่าเด็กจะมีโอกาสในการเรียนรู้เมื่อมาอยู่ศูนย์พัฒนาเด็ก ทำให้พบว่ามีเด็กจำนวนไม่น้อยเริ่มฝึกหัดการแปรงฟันเมื่ออายุประมาณ 2 ขวบ โดยผู้ดูแลเด็กที่ศูนย์ฯ นอกจากนี้จะพบว่าเด็กได้รับการปลูกฝังสุขนิสัยที่ดีซ้ำเกินไปแล้ว ยังพบว่าการนำเด็กเล็กๆ มาฝากที่ศูนย์ฯ มีการสร้างพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคฟันผุอีกอย่างน้อย 2 ประการ คือ 1. เด็กเล็กๆ มักได้รับขนมเป็นของแลกเปลี่ยนในการจากบ้าน จากครอบครัว มาอยู่ในศูนย์พัฒนาเด็ก และ 2. เด็กเล็กๆ มักจะติดนมขวดและนำขวดนมมาที่ศูนย์ฯ ด้วย อย่างไรก็ตาม พฤติกรรมที่เกิดขึ้นเหล่านี้ล้วนมีสาเหตุมาจากความรัก ความปรารถนาดี ที่ผู้ปกครองมีให้แก่เด็ก ความต้องการให้เด็กเรียนรู้การช่วยเหลือตนเองโดยฝากไว้กับผู้ดูแลเด็กตั้งแต่อายุน้อยๆ และการทดแทนการจากครอบครัวโดยขนม รวมถึงความเป็นห่วงว่าเด็กอาจหิวหรือนอนไม่หลับเมื่อมาอยู่ศูนย์ฯ ย่อมเกิดแก่ผู้ปกครองได้ทั่วไป และสิ่งเหล่านี้คงจะยังคงดำรงอยู่ต่อไป หากชุมชนยังไม่รับรู้ถึงผลกระทบต่างๆ ที่เกิดขึ้น

การนำเสนอข้อมูลสถานะสุขภาพ เป็นการแสดงให้เห็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากรูปแบบการให้การเลี้ยงดูเด็กที่กระทำมาตั้งแต่อดีต การที่ชุมชนมีโอกาสรับรู้ข้อมูลสุขภาพ และความสำคัญของปัญหาสุขภาพที่มีผลกระทบต่อการเจริญเติบโต การเรียนรู้ และพัฒนาการของเด็กอันเป็นที่รักของ

ครอบครัว ทำให้ผู้ปกครองเริ่มให้ความสนใจในการปรับรูปแบบการดูแลเด็กให้เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีมากขึ้น และการที่สมาชิกมีส่วนร่วมกันในขั้นตอนการค้นหาสาเหตุของปัญหามีส่วนทำให้เกิดความตระหนักว่าเด็กๆ มักมีพฤติกรรมการเล่นแบบเมื่อเห็นเพื่อนทานขนม ทำให้เห็นความจำเป็นของการร่วมกันแก้ไขปัญห สุขภาพในแนวทางเดียวกันทั้งหมด

แม้ว่านโยบายสุขภาพที่กำหนดขึ้นจะมีประเด็นค่อนข้างแคบ ที่มุ่งการแก้ไขปัญห สุขภาพช่องปากเป็นส่วนใหญ่และยังไม่อาจสร้างแนวทางการมีสุขภาพดีอย่างครบถ้วน แต่ปฏิบัติการที่เกิดขึ้นถือเป็นแบบฝึกหัดขั้นหนึ่งที่ทำให้สมาชิกมีโอกาสในการเรียนรู้การค้นหาปัญหา และการหาข้อตกลงร่วมกันเพื่อแก้ไขปัญหา ตลอดจนเรียนรู้ถึงวิธีการจัดการต่างๆ ที่นำไปสู่การยอมรับและปฏิบัติตามของกลุ่มสมาชิก ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นที่สามารถขยายผลสู่การสร้างข้อตกลงเพื่อการพัฒนาสุขภาพด้านอื่นๆ ต่อไปได้อีกในอนาคต

2. การสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Create Supportive Environment)

สิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของเด็ก ประกอบด้วยสิ่งแวดล้อมจากทุกระดับ ตั้งแต่สิ่งแวดล้อมภายในสังคม สิ่งแวดล้อมภายในชุมชน สิ่งแวดล้อมภายในครอบครัว และสิ่งแวดล้อมภายในศูนย์พัฒนาเด็ก แต่การสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้นในการศึกษานี้เป็นการเริ่มต้นปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในส่วนของศูนย์พัฒนาเด็กเท่านั้น โดยการพัฒนาที่เกิดขึ้นทำให้มีการเปลี่ยนแปลงแก้ไขปัญหาสิ่งแวดล้อมในศูนย์พัฒนาเด็กหลายประการ เช่น การซ่อมแซมหลังคาโรงครัว และการแก้ปัญหาทางระบายน้ำ ซึ่งช่วยลดอันตรายที่เกิดจากปัญหาน้ำท่วมขังในบริเวณศูนย์ฯ ได้ทันก่อนฤดูฝนที่จะมาถึง ในส่วนของกิจกรรมที่ไม่มีผลกระทบรุนแรง และต้องใช้งบประมาณ เช่น การจัดทำสถานที่แปร่งฟันอยู่ในระหว่างการดำเนินการตามขั้นตอน ซึ่งในที่สุดจะเกิดขึ้นหรือไม่ขึ้นอยู่กับเงื่อนไขต่างๆ อีกหลายประการ

อย่างไรก็ตาม พบว่าการพัฒนาด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพในศูนย์พัฒนาเด็กเป็นกิจกรรมพัฒนาที่มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปรีชญา เวสารัชช์ (2538) ที่พบว่ากิจกรรมการพัฒนาที่ประชาชนมีส่วนร่วมมากที่สุด คือ กิจกรรมการพัฒนาทางกายภาพ รองลงมา คือ การพัฒนาทางเศรษฐกิจและยกระดับรายได้ การพัฒนาทางสังคม การพัฒนาทางการเกษตร และการพัฒนาทางการเมืองและความมั่นคงตามลำดับ นอกจากนั้นความต่อเนื่องของกิจกรรมการพัฒนาด้านสิ่งแวดล้อมนับว่ามีความเป็นไปได้มากกว่าการพัฒนาด้านอื่นๆ เนื่องจากเป็นการพัฒนาที่มีความเป็นรูปธรรม สามารถรับรู้ผลการพัฒนาได้ชัดเจน รวมทั้งสอดคล้องกับค่านิยมด้านการพัฒนาของสมาชิกในชุมชนด้วย

การพัฒนาสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อสุขภาพในระดับอื่น ได้แก่ ระดับครอบครัว และระดับชุมชน เป็นเรื่องที่ต้องใช้เวลาในการพัฒนามากและโอกาสประสบความสำเร็จค่อนข้างน้อย เนื่องจากมีความละเอียดอ่อนสูง และมีเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องมาก ซึ่งในส่วนของศึกษานี้ พบว่า กรรมการพัฒนาเด็กใช้ความสัมพันธ์ส่วนตัวในการขอความร่วมมือจากร้านค้าข้างศูนย์พัฒนาเด็ก เพื่อจดจำหน้าขนมประเภทลูกอมและอมยิ้ม แม้ว่าวิธีการนี้ไม่สามารถจัดการต่อระบบทั้งหมดได้ แต่นับเป็นการจัดการรูปแบบหนึ่งที่มีส่วนช่วยลดปัจจัยคุกคามสุขภาพของศูนย์พัฒนาเด็ก ที่ยังต้องการการสนับสนุนและการจัดการในรูปแบบอื่นๆ ร่วมกัน ซึ่งวิธีการดังกล่าว อาจเป็นจุดเริ่มที่จะจุดประกายให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระดับอื่นตามมาได้

3. การเสริมสร้างความเข้มแข็งของการทำงานในชุมชน (Strengthen Community Action)

การดำเนินงานของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในชุมชน มีความเกี่ยวข้องกับบุคคลและหน่วยงานต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกชุมชน ได้แก่ ผู้ปกครองเด็ก ผู้ดูแลเด็ก คณะกรรมการพัฒนาเด็ก องค์การบริหารส่วนตำบล หน่วยงานพัฒนาชุมชน หน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานด้านการศึกษา ฯลฯ โดยแต่ละกลุ่มต่างทำหน้าที่เฉพาะส่วนที่ตนรับผิดชอบขาดการประสานงานระหว่างกัน มีผลทำให้เป้าหมายและทิศทางการทำงานที่ผ่านมาจากความเป็นเอกภาพและไม่เกิดประสิทธิผลในทางพัฒนาเท่าที่ควร ตัวอย่างที่เห็นได้ชัด เช่น ปัญหาน้ำท่วมขังในศูนย์ฯ ซึ่งผู้ดูแลเด็กและคณะกรรมการพัฒนาเด็กได้ขอสนับสนุนงบประมาณเพื่อทำทางระบายน้ำรอบศูนย์ฯ เสนอ อบต. จำนวน 65,000 บาท แต่ได้รับอนุมัติเงินเพียง 6,900 บาท ทำให้ไม่สามารถทำการแก้ไขปัญหาได้ อีกปัญหาหนึ่งที่สำคัญ คือ ปัญหาหลังคาโรงครัวรั่วซึมเนื่องจากโครงสร้างที่ไม่ได้มาตรฐาน ทำให้พื้นห้องครัวเปียกแฉะ สกปรกเลอะเทอะ เมื่อมีฝนตกหนัก เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นมานานแต่คณะกรรมการพัฒนาเด็กไม่เคยได้รับรู้มาก่อน

การสร้างโอกาสให้ชุมชนได้มีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการพัฒนา ตลอดจนความสำเร็จที่ได้รับจากการดำเนินนโยบายสุขภาพ ที่นอกจากจะทำให้มีการควบคุมการบริโภคขนมในศูนย์พัฒนาเด็กที่เป็นรูปธรรมแล้ว สิ่งสำคัญที่เกิดขึ้นตามมาคือความภาคภูมิใจในผลงานและความเชื่อมั่นของสมาชิก ทำให้เกิดพลังใจ และแรงบันดาลใจที่จะใช้พลังความสามารถที่มีนี้ในการพัฒนา ด้านอื่นๆ ต่อไปอีก ดังนั้น เมื่อมีโอกาสในการแลกเปลี่ยนร่วมกับผู้มีอำนาจในชุมชน กลุ่มของผู้ดูแลเด็กและกรรมการพัฒนาเด็กสามารถนำเสนอปัญหา ความต้องการ และแนวทางที่จะพัฒนาเป็นศูนย์เด็กเล็กนำอยู่และส่งเสริมสุขภาพได้อย่างชัดเจน ทำให้ผู้มีอำนาจได้รับรู้และเข้าใจสภาพการดำเนินงานอย่างชัดเจนมากขึ้น และเกิดการตอบสนองที่ดี โดยพบว่ามีการผนวกการแก้ไขปัญหาน้ำท่วมขังในศูนย์พัฒนาเด็กเข้ากับการสร้างถนนคอนกรีตเสริมเหล็กด้านนอกซึ่งใช้เวลาเพียง 2

สปีดคำ ก็สามารถแก้ปัญหาทางระบายน้ำได้อย่างถาวร ส่วนปัญหาหลังคาโรงครัวที่กรมการพัฒนาเด็กได้รับทราบก็สามารถแก้ไขได้อย่างรวดเร็ว

การที่กลุ่มต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของศูนย์พัฒนาเด็ก มีการปรับวิถีคิดและรูปแบบการทำงาน โดยไม่ล้อมกรอบเฉพาะหน้าที่ที่ตนมีอยู่เท่านั้น แต่ได้ขยายมุมมองให้เห็นภาพรวมของสถานการณ์ที่เป็นอยู่และเชื่อมโยงการทำงานกับกลุ่มอื่นๆ การเกื้อหนุนซึ่งกันและกันทำให้เกิดผลการพัฒนาที่เป็นเอกภาพและตอบสนองต่อปัญหาได้ดียิ่งขึ้นนี้ นับเป็นการเสริมสร้างความเข้มแข็งของการทำงานให้กับชุมชนได้ในระดับหนึ่ง

4. การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Development Personal Skills)

ปัญหาสุขภาพช่องปากที่เกิดขึ้นในเด็กเล็กนั้น นอกจากจะเกิดจากการขาดสมดุลของสิ่งแวดล้อมภายในช่องปากแล้ว ยังถูกกระตุ้นด้วยเหตุปัจจัยภายนอกช่องปากอื่นๆ มากมาย โดยผู้ปกครองแสดงความเห็นว่าสาเหตุสำคัญอันดับหนึ่งของการเกิดโรคฟันผุ คือ การที่เด็กทานขนมมากเกินไป และการมีร้านค้าอยู่ทั่วไปในชุมชนเป็นปัจจัยเอื้อให้เกิดการบริโภคได้อย่างสะดวก การที่ผู้ปกครองอนุญาตให้เด็กได้ทานขนมอย่างเสรีในโอกาสต่างๆ มีเหตุผลดังนี้

- การยอมรับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม และเห็นว่าทานขนมเป็นสิ่งที่มากับความทันสมัย
- เป็นการแสดงออกถึงความรัก ความเอ็นดู ที่ผู้ใหญ่มีต่อเด็ก โดยเฉพาะพ่อแม่ที่อยู่ต่างจังหวัดมักซื้อขนมไว้ให้คราวละมากๆ และซื้อให้ทุกอย่างตามที่เด็กร้องขอเมื่อมีโอกาสกลับมาเยี่ยม
- เป็นการทดแทนที่เด็กต้องจากครอบครัวมาอยู่ในศูนย์พัฒนาเด็ก
- ความกังวลว่าเด็กจะเกิดปมด้อย ถ้าไม่ได้ทานขนมเหมือนเด็กคนอื่น
- ทดแทนทานอาหารมื้อหลักที่เด็กทานได้น้อย
- เป็นการแลกเปลี่ยนกับข้อตกลงบางอย่าง เช่น การซื้อขนมให้แลกกับการที่ผู้ปกครองได้ทำงานบ้าน การซื้อขนมมาให้แลกกับการไม่ไปในเมืองกับแม่ เป็นต้น

การส่งเสริมผู้ปกครองเพื่อให้มีความสามารถในการควบคุมตนเอง และสิ่งแวดล้อม เริ่มจากการสร้างความเข้าใจในความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยการสอดแทรกความรู้ในระหว่างการทำกิจกรรมกลุ่ม และการสนทนาตามธรรมชาติ เป็นการให้ข้อมูลเพื่อประกอบการตัดสินใจในการสร้างทางเลือกและกำหนดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ใหม่ ให้เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีมากขึ้น ประกอบกับชุมชนมีการเรียนรู้จากประสบการณ์ในการควบคุมการทานขนมอย่างเด็ดขาดมาก่อน ทำให้เกิดการสร้างทางเลือกใหม่ในการจัดการกับปัญหาสุขภาพที่มีอยู่

ความสามารถในการพัฒนาทักษะของการจัดการกับปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาพ ใน การศึกษานี้ ถือเป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้งในระดับปัจเจก (Individual Empowerment) และ ระดับองค์กร (Organization Empowerment) และมีส่วนสำคัญที่จะทำให้มีการพัฒนาที่ต่อเนื่องต่อไป

กล่าวโดยสรุปได้ว่า การศึกษานี้ได้บรรลุวัตถุประสงค์ของการทำงานส่งเสริมสุขภาพอยู่ใน ระดับหนึ่ง โดยการเรียนรู้ร่วมกันของชุมชน นักพัฒนา และนักวิจัย แต่การทำงานต่อเนื่อง จำเป็นต้องมีผู้ดำเนินการหลักที่มีแนวคิดของการทำงานสุขภาพแบบองค์รวม และมีความสามารถในการจัดสรรเวลาสำหรับการทำงานภาคสนามได้มากพอสมควรด้วย

■ การมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพ

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านไร่ฮ้อยก่อตั้งขึ้น โดยความคิดริเริ่มของชุมชนที่ต้องการให้มีแหล่ง เรียนรู้ของเด็กที่ใกล้บ้าน ผู้ปกครองสามารถรับ-ส่งได้สะดวก เป็นการเพิ่มโอกาสให้เด็กได้เข้าถึง การบริการได้ทัดเทียมกับชุมชนอื่น แต่เนื่องจากในขณะนั้น ไม่มีงบประมาณในการก่อสร้างจาก ทางการ ชาวบ้านจึงช่วยกันสมทบวัสดุและแรงงาน รวมทั้งช่วยเหลือกันในการพัฒนาการทำงาน ของศูนย์ฯ อย่างต่อเนื่อง เช่น การช่วยเหลือซ่อมแซมเมื่อหลังคาชำรุด แก้ไขปัญหาน้ำท่วมขังเงินทอง ปรังปรุงพื้นผิวจากพื้นดินเป็นพื้น ไม้และเป็นพื้นปูนตามลำดับ ซึ่งการช่วยเหลือมีลักษณะเป็นการ เสียสละร่วมกัน โดยไม่แบ่งการทำงานเป็นประเภทต่างๆ และไม่ได้ถือว่าเงินเป็นปัจจัยสำคัญของ การพัฒนา แต่สิ่งเหล่านี้เริ่มจางหายไปนับตั้งแต่ความเจริญทางสังคมได้แผ่ขยายเข้าสู่ชุมชน การที่มี หน่วยงานต่างๆ เข้าไปทำหน้าที่รับผิดชอบโดยอาศัยองค์ความรู้ที่มีอยู่เฉพาะส่วนในด้านต่างๆ ทำให้ เกิดการแทนที่การ โอบอุ้มช่วยเหลือที่ชุมชนเคยมีให้แก่ศูนย์พัฒนาเด็ก รูปแบบการจัดการที่เคยเป็น ของสมาชิกในชุมชนอย่างแท้จริงได้ถูกกลดทอนลง กลายเป็นการบริหารจัดการในรูปแบบที่เป็น ทางการมากขึ้น ขณะเดียวกันก็เป็นการทำงานที่มีลักษณะแยกย่อยเฉพาะลงในรายละเอียดเป็นอย่างมาก เช่น การสนับสนุนงบประมาณเป็นหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนตำบล การดูแลด้านสุขภาพ เป็นบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานสาธารณสุข องค์ความรู้ในการเลี้ยงดูเด็กและรูปแบบการ ปฏิบัติงานมีหน่วยงานพัฒนาชุมชนเป็นผู้สนับสนุน และมีคณะกรรมการพัฒนาเด็กเป็นผู้บริหาร จัดการ เป็นต้น ปัจจัยเหล่านี้ทำให้ในปัจจุบันศูนย์พัฒนาเด็กมีระบบการทำงานที่ซับซ้อน หน่วยงาน ต่างๆ ทำหน้าที่อย่างแยกส่วน ต่างคนต่างทำงานในหน้าที่ของตน โดยขาดการเชื่อมประสาน ผลลัพธ์ ของการพัฒนาที่ผ่านมาจึงขาดความเป็นเอกภาพที่ชัดเจน

หลักการดำเนินงานประการหนึ่งของกรมการพัฒนาชุมชน ในการก่อตั้งศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ขึ้นในชุมชน คือ การยึดความพร้อมและความต้องการของท้องถิ่น และให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการ

ดำเนินงานให้มากที่สุด (กรมการพัฒนาชุมชน, 2542) การกำหนดให้คณะกรรมการพัฒนาเด็กมาจากสมาชิกในชุมชนที่มีความรู้ความสามารถเป็นผู้ทำหน้าที่บริหารกิจการศูนย์พัฒนาเด็ก โดยมีวาระการปฏิบัติงานคราวละ 2 ปี เป็นแนวทางหนึ่ง ที่จะทำให้ชุมชนเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของและช่วยกันพัฒนาศูนย์ฯ ให้มีรูปแบบการทำงานที่ตอบสนองความต้องการของชุมชนมากที่สุด แต่ในการศึกษานี้ พบว่า คณะกรรมการพัฒนาเด็กของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านไร้อ้อมมีที่มาจากสมาชิกในชุมชน 2 ส่วน คือ การคัดเลือกโดยผู้ปกครอง และการรับหน้าที่กรรมการพัฒนาเด็กโดยตำแหน่งของผู้ใหญ่บ้าน ซึ่งในส่วนที่มาจากคัดเลือกนี้พบว่ามีกรปฏิบัติหน้าที่กรรมการพัฒนาเด็กมากกว่า 2 ปี และทุกคนไม่มีบุตรหลานอยู่ในศูนย์ฯ แห่งนี้แล้ว นอกจากนี้ ผู้ใหญ่บ้านหมู่ 13 ซึ่งดำรงตำแหน่งมา 1 ปีไม่ทราบว่าคนมีหน้าที่เป็นกรรมการพัฒนาเด็กทำให้ขาดการเข้าร่วมในการทำงานดังกล่าว ด้วยเหตุผลของโครงสร้างคณะกรรมการนี้เอง ทำให้คณะกรรมการพัฒนาเด็ก ขาดโอกาสในการรับรู้ปัญหาและสภาพการทำงานของศูนย์พัฒนาเด็กโดยตรง การทำหน้าที่บริหารเป็นไปโดยอาศัยประสบการณ์ และการบอกเล่าจากผู้ดูแลเด็กมากกว่าการรับรู้สถานการณ์ด้วยตนเอง ซึ่งเมื่อพิจารณาในส่วนของการมีส่วนร่วมจะพบว่าผู้ปกครองเด็กขาดโอกาสในการร่วมเป็นเจ้าของและกำหนดแนวทางการทำงานของศูนย์ฯ ให้เป็นไปตามความต้องการ และจากข้อจำกัดนี้ทำให้การมีส่วนร่วมในการพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพที่เกิดขึ้น เป็นการมีส่วนร่วมในระดับของผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจเท่านั้น

ผู้มีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนา

บัณฑูร อ่อนคำ และสามารถ ศรีจันทน์ (2544) กล่าวว่า การพัฒนาแบบมีส่วนร่วมเป็นการสร้างโอกาสเปิดพื้นที่ทางสังคมอย่างเท่าเทียม ในการให้ทุกส่วนได้มีส่วนร่วมในการแสดงออกทางความคิด ศักยภาพ ความรู้ และร่วมมีบทบาทดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการศึกษานี้ ผู้ที่มีส่วนได้รับผลกระทบจากการพัฒนามากที่สุด คือ ผู้ปกครองเด็ก ยังไม่มีบทบาทในการเข้าร่วมกำหนดทิศทางพัฒนาอย่างแท้จริง ด้วยเหตุผลอย่างน้อย 2 ประการ คือ

- ข้อจำกัดของการศึกษาในด้านบุคลากร ทรัพยากร และระยะเวลา
- ข้อจำกัดของโครงสร้างคณะกรรมการพัฒนาเด็ก ที่ขาดองค์ประกอบในส่วนของผู้ปกครองเด็ก

ผู้ที่มีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กประกอบด้วยบุคคลจาก 5 กลุ่ม คือ ผู้ปกครองเด็ก ผู้ดูแลเด็ก คณะกรรมการพัฒนาเด็ก ผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่ภาครัฐ โดยแต่ละกลุ่มมีส่วนร่วมในประเด็นพัฒนาที่แตกต่างกัน กล่าวคือ ผู้ปกครองเด็กมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาสุขภาพเท่านั้น ส่วนผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่ภาครัฐมีส่วนร่วมในการพัฒนา

เป็นศูนย์กลางเด็กเล็กน่ายู่และส่งเสริมสุขภาพ ขณะที่ผู้ดูแลเด็ก และคณะกรรมการพัฒนาเด็กมีส่วนร่วมในทั้ง 2 ประเด็นพัฒนา

อย่างไรก็ตาม กระบวนการมีส่วนร่วมที่เกิดขึ้นนี้ ยังมีข้อค้อยของการสร้างภาคีการพัฒนาที่ไม่สามารถขยายได้กว้างเท่าที่ควร โดยเฉพาะในส่วนของเจ้าหน้าที่ภาครัฐที่มีส่วนในการเข้าร่วมกิจกรรมน้อย เนื่องจากข้อจำกัดด้านภาระกิจ และการจัดสรรเวลา ทั้งนี้ รวมถึงนักพัฒนาในพื้นที่ที่ไม่สามารถเข้ามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการศึกษา ซึ่งผู้วิจัย ได้มีการติดต่อและรายงานข้อมูลความก้าวหน้าตลอดระยะเวลาของการศึกษา เพื่อให้ นักพัฒนาได้รับรู้ความเป็นไปอย่างต่อเนื่องและสามารถดำเนินการได้เมื่อผู้วิจัยออกจากพื้นที่ศึกษา และจากบทเรียนนี้พบว่าเงื่อนไขและรูปแบบการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ไม่เอื้อต่อการทำงานด้านการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมที่ต้องการการอุทิศเวลามาก ดังนั้น จึงควรมีการสร้างทีมงานให้มีความผสมผสานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับผู้ที่ มีลักษณะหน้าที่ที่สอดคล้องกับงานด้านการพัฒนามากกว่า เช่น เจ้าหน้าที่พัฒนาชุมชน เป็นต้น

ลักษณะการมีส่วนร่วมในการพัฒนาของชุมชน

ผลการศึกษาต่างๆ ที่รายงานลักษณะการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการพัฒนาของประชาชน พบว่ามีความหลากหลาย ขึ้นอยู่กับวิธีการจำแนกลักษณะการมีส่วนร่วม และประเด็นของการพัฒนา เช่น การศึกษาของ ฉอฮัน วุฒิกกรมรักษา (2526) เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการสร้างงานในชนบท (กสข.) พบว่าประชาชนมีส่วนร่วมในขั้นตอนการดำเนินงานมากที่สุด รองลงมา คือ ขั้นตอนการติดตามผลงานและขั้นตอนการกำหนดความต้องการ โดยมีส่วนร่วมในรูปแบบการใช้แรงงานมากที่สุด รองลงมาคือร่วมออกเงิน/วัสดุ ร่วมเป็นกรรมการ ร่วมประชุม และร่วมแสดงความคิดเห็น ขณะที่การศึกษาของสุรัสวดี หุ่นยนต์ (2538) พบว่าประชาชนไม่มีส่วนร่วมในการประเมินผลเลยแต่มีส่วนร่วมมากที่สุด ในขั้นตอนการปฏิบัติตามโครงการ และการรับผลประโยชน์จากโครงการ โดยรูปแบบที่มีส่วนร่วมมากที่สุด คือ การมีส่วนร่วมในการออกแรงและวัสดุ เช่นเดียวกัน สำหรับการศึกษานี้ ได้จัดลักษณะของการมีส่วนร่วมตามขั้นตอนของการเข้าร่วมเป็น 5 ขั้นตอน คือ การมีส่วนร่วมค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา การมีส่วนร่วมวางแผนดำเนินกิจกรรมแก้ไขปัญหา การมีส่วนร่วมปฏิบัติงานในกิจกรรม การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมประเมินผลงานกิจกรรม

ในภาพรวมของการศึกษานี้ พบว่าชุมชนได้เข้ามีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ใน 3 ขั้นตอนแรก โดยมีส่วนร่วมในการวางแผนแนวทางแก้ไขปัญหามากที่สุด รองลงมา คือ การร่วมปฏิบัติกิจกรรม และการมีส่วนร่วมค้นหาปัญหาและสาเหตุ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุมาลี ไชยแสนทา (2546) ที่ทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนางานทันตสาธารณสุข และพบว่าชุมชนได้เข้ามีส่วน

ร่วมอย่างเต็มที่ ใน 3 ขั้นตอนแรก คือ การระดมความคิดเพื่อหาสาเหตุของปัญหาสุขภาพ การจัดทำโครงการและกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพ และการปฏิบัติกิจกรรม โดยการศึกษาใน ส่วนของการมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาสุขภาพนั้น สมาชิกมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหามากกว่าการกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหา ขณะที่การมีส่วนร่วมในการพัฒนาเป็นศูนย์เด็กเล็กน่ายู่และส่งเสริมสุขภาพนั้น สมาชิกมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหาน้อยกว่าการกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหา แสดงให้เห็นว่าลักษณะการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการพัฒนาของสมาชิกในชุมชน มีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับบทบาทหน้าที่ทางสังคม และสิ่งที่ประเด็นการพัฒนาด้วย โดยมีข้อสังเกตดังต่อไปนี้

1. กลุ่มผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา สาเหตุของปัญหา คัดเลือกปัญหาและกำหนดแนวทางแก้ไข รวมทั้งมีส่วนร่วมปฏิบัติในกิจกรรมที่มีลักษณะเรียบง่าย ไม่ซับซ้อน ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวัน ไม่ต้องใช้งบประมาณ และสามารถเห็นประโยชน์ชัดเจนในระยะใกล้ เช่น การควบคุมการบริโภคขนมที่เห็นประโยชน์ชัดเจนด้านการประหยัดรายจ่ายของครอบครัว
2. กลุ่มผู้ดูแลเด็กมีส่วนร่วมในลักษณะที่เป็นการนำเสนอปัญหา และการปฏิบัติตามกิจกรรมแก้ไขปัญหามากกว่าการตัดสินใจเอง เช่น การเสนอปัญหาหลังคาร์วีซิม การเสนอให้คนนำขนมมาศูนย์เด็กพัฒนาเด็ก
3. คณะกรรมการพัฒนาเด็กมีส่วนร่วมในขั้นตอนของการตัดสินใจ ได้แก่ การกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหา และการใช้งบประมาณ เช่น การตัดสินใจซ่อมแซมหลังคาชั่วคราวโดยใช้งเงินบำรุงศูนย์ฯ การวางแผนสร้างทางระบายน้ำโดยใช้งเงินอบด.
4. กลุ่มผู้นำชุมชน มีส่วนในการผลักดันการแก้ไขปัญหาเข้าสู่ระดับนโยบายและการจัดสรรงบประมาณของชุมชน เช่น การผนวกปัญหาทางระบายน้ำไปกับการขยายถนนด้านนอกศูนย์ฯ การนำแผนปรับปรุงอาคารสถานที่ของศูนย์ฯ เข้าสู่การจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาท้องถิ่น
5. กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีส่วนร่วมในการนำเสนอข้อมูล ความรู้ทางการแพทย์ ให้คำปรึกษา และให้ความร่วมมือ เช่น การตรวจสุขภาพ การให้คำแนะนำผู้ปกครองที่พาเด็กไปรับบริการ การให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมกลุ่ม

นอกจากนั้น พบว่ารูปแบบการดำเนินกิจกรรมการแก้ไขปัญหาดังกล่าว ในการพัฒนาเป็นศูนย์เด็กเล็กน่ายู่ ไม่ได้มีการกระจายไปสู่กลุ่มของผู้ปกครองให้ได้มีส่วนร่วมในการรับรู้และร่วมพัฒนา แต่การปฏิบัติกิจกรรมเป็นลักษณะของการจ้างแรงงานในท้องถิ่น แทนการระดมความร่วมมือของสมาชิก ได้แก่ การจ้างช่างซ่อมแซมหลังคา การซ่อมแซมเครื่องเล่นกลางแจ้ง เป็นต้น และภายหลังจากที่มีการนำแนวทางสู่การปฏิบัติ ไม่สามารถจัดให้มีเวทีเพื่อการสรุปผลการดำเนินกิจกรรมพัฒนา

ได้ เนื่องจากในชุมชนเริ่มมีการดำเนินกิจกรรมทางการเมือง และกิจกรรมทางการเมือง โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change agents) ที่สำคัญในการศึกษานี้ คือ ประธานกรรมการศูนย์พัฒนาเด็ก และผู้ใหญ่บ้านหมู่ที่ 5 ได้ร่วมเป็นทีมที่ลงสมัครรับเลือกตั้งเป็นนายกองค์การบริหารส่วนตำบลด้วย ทำให้กระบวนการพัฒนาในช่วงหลังต้องสะดุดลงเป็นอย่างมาก การมีส่วนร่วมในขั้นตอนที่ 4 และ 5 การร่วมรับผลประโยชน์ และการร่วมประเมินผล ในช่วงเวลาที่มีอยู่จึงไม่สามารถเกิดขึ้นอย่างเต็มที่เท่าที่ควร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จินตนา ทองรอด (2529) ที่ศึกษาการมีส่วนร่วมในโครงการขุดน้ำฝนในเขตเกษตรล้าหลังของชวนา และพบว่ากิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างมีโอกาสในการมีส่วนร่วมน้อยที่สุด คือ การร่วมติดตามผลการดำเนินงาน และการร่วมรับผิดชอบ หรือควบคุมการดำเนินการ ขณะที่ ประมาณ ตัณฑกุล (2538) ใช้เวลา 2 ปี เพื่อศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมในกิจกรรมด้านการศึกษาและการพัฒนาของชุมชนชนบท และสามารถทำให้เกิดการมีส่วนร่วมใน 5 ขั้นตอน ได้ทั้งหมด

ระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพของชุมชน

ตามที่ Rifkin และคณะ (1988) ได้เสนอวิธีการประเมินการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพอย่างเป็นพลวัตใน 5 มิติดังนั้น เนื่องจากในช่วงท้ายของการศึกษาเป็นช่วงเวลาที่ชุมชนเริ่มเข้าสู่การมีกิจกรรมทางการเมือง และกิจกรรมทางการเมือง ทำให้ไม่สามารถจัดให้มีการรวมกลุ่มเพื่อการประเมินตามวิธีการดังกล่าว แต่เมื่อใช้เกณฑ์การจัดระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชุมชน ของอุทัยวรรณ กาญจนากมล (2544) พบว่าสมาชิกมีส่วนในการควบคุมกิจกรรมพัฒนาอยู่ในระดับของการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง (Degree of Citizen Power) ระหว่างขั้นของการได้เข้าร่วมเป็นภาคีกับรัฐ (Partnership) ที่ประชาชนได้ร่วมคิด ร่วมกำหนดนโยบาย ร่วมตัดสินใจ และร่วมทำงาน กับขั้นของการได้รับมอบอำนาจ (Delegate power) ที่ประชาชนมีอำนาจตัดสินใจในโครงการเป็นส่วนใหญ่ โดยสาเหตุที่ยังไม่บรรลุการมีส่วนร่วมในขั้นสูงที่สุด คือ ประชาชนควบคุม (Citizen Control) เนื่องจากการจัดกระบวนการเรียนรู้เพื่อสร้างเสริมพลังอำนาจให้ชุมชน (Community Empowerment) ให้สามารถควบคุมโครงการพัฒนาอย่างสมบูรณ์ได้นั้นต้องใช้เวลาในการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ซึ่งถือเป็นข้อจำกัดหนึ่งของการศึกษา นอกจากนี้ข้อค้อยที่สำคัญอีกประการ คือ ผู้ที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาไม่ใช่กลุ่มผู้ปกครองทั้งหมดที่เป็นผู้รับประโยชน์และ/หรือ ผลกระทบโดยตรงจากการพัฒนา ตามที่วิฑูรย์ ปัญญากุล (2534) ได้กล่าวไว้

■ **เงื่อนไขทางสังคมวัฒนธรรมที่มีผลต่อกระบวนการพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วม**

การที่ชุมชนจะนำแนวทางการพัฒนาที่ได้ร่วมกันกำหนดไว้แล้วไปสู่การปฏิบัติหรือไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ หลายประการ มีการศึกษามากมายที่รายงานปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม อาทิเช่น การวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของสตรีในงานการศึกษาออกโรงเรียน (ถนัด ม่วงมณี, 2526) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในกิจกรรมศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (อารยา วัฒนกิจ, 2526) การมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่อ่านหนังสือประจำหมู่บ้าน (เก็บศรีสง่า, 2528) รวมทั้งรายงานการวิจัยของกองวิจัยและประเมินผล กรมพัฒนาชุมชน (2529) ผลการวิจัยเหล่านี้ แสดงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนในชนบท ได้แก่ ระดับการศึกษา การเป็นผู้นำหรือเคยเป็นผู้นำ การมีรายได้สูง การติดต่อกับเจ้าหน้าที่ของรัฐมาก ความรู้ความเข้าใจในวัตถุประสงค์ของกิจกรรมที่ทำ การเป็นสมาชิกกลุ่ม และการได้รับฟังข่าวสารมาก เป็นต้น ขณะที่การศึกษาของ ประมาณ ตันจิกุล (2538) รายงานปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมด้านการศึกษาและการพัฒนาของชุมชนชนบท ได้แก่ สภาพแวดล้อม ความสัมพันธ์ภายในชุมชน แรงผลักดันด้านบุคคล โครงสร้างของกลุ่ม ความถี่และระยะเวลาที่มีสัมพันธ์ของกลุ่ม

การศึกษาในครั้งนี้ จะพิจารณาลึกลงไปเฉพาะในส่วนของปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมของชุมชน ที่ผู้วิจัยเห็นว่ามีความสำคัญต่อผลสำเร็จของการมีส่วนร่วมในการพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพของพื้นที่ศึกษา ซึ่งได้แก่ 1.ทุนทางสังคมของชุมชน 2.ทุนทางสังคมของศูนย์พัฒนาเด็ก 3.ฤดูกาล/ช่วงเวลา/ปฏิทินชุมชน 4.ความเชื่อ ทศนคติ ค่านิยม 5.นโยบายภาครัฐ และ 6.ทุนทางสังคม/ภูมิหลังของผู้วิจัย

ปัจจัยทั้ง 6 ข้อนี้ นับเป็นสิ่งสำคัญที่ควรคำนึงถึงในการทำงานด้านการพัฒนาที่ต้องการการมีส่วนร่วมของสมาชิกในชุมชน แต่ปัจจัยใดจะมีอิทธิพลในลักษณะที่เป็นการสนับสนุนหรือการขัดขวางต่อการพัฒนาก็ย่อมขึ้นอยู่กับบริบททางสังคมและสิ่งแวดล้อม ที่แตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่ สำหรับการศึกษารุ่นนี้ สามารถจัดประเภทปัจจัยดังกล่าวได้ ดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยที่เป็นเงื่อนไขสนับสนุนการพัฒนา

เงื่อนไขที่มีส่วนช่วยสนับสนุนให้สมาชิกในชุมชนเข้าร่วมในกระบวนการพัฒนาครั้งนี้ เกิดจากปัจจัยหลายด้านประกอบกัน ได้แก่

- 1.1 ทุนทางสังคมของชุมชน ได้แก่ ความสัมพันธ์ของสมาชิกในชุมชน ความรักใคร่สามัคคี การยึดมั่นในขนบธรรมเนียมประเพณี เป็นความเข้มแข็งที่ชุมชนมีอยู่
- 1.2 ทุนทางสังคมของศูนย์พัฒนาเด็ก ได้แก่ โครงสร้างการบริหารของศูนย์พัฒนาเด็กที่มีการจัดความสัมพันธ์เชิงราบ (Horizontal Relationship) ระหว่างคณะกรรมการพัฒนาศูนย์เด็ก และ

ผู้ดูแลเด็ก การมีเวทีพบปะหรือระหว่างสมาชิกเป็นประจำทุก 6 เดือน การที่ผู้ดูแลเด็กทุกคน เป็นคนในพื้นที่และมีประสบการณ์ด้านการดูแลเด็กมาก มีความสัมพันธ์ที่ดีกับชุมชน ตลอดจน มีความสัมพันธ์ที่ดีในระหว่างผู้ดูแลเด็กเอง นับเป็นตัวแปรที่มีความสำคัญต่อผลของการศึกษา ในอันดับรองลงมาจากปัจจัยด้านฤดูกาล

1.3 ฤดูกาล ช่วงเวลา กิจกรรมด้านต่างๆ ของชุมชน ได้แก่ การอยู่ในช่วงที่ว่างจากการทำนาของ ผู้ปกครอง จึงหวนเวลาที่การเมืองท้องถิ่นอยู่ในช่วงจัดทำแผนยุทธศาสตร์เพื่อการพัฒนา และ การที่ผู้ลงสมัครนายกอบต.มีความต้องการข้อมูลเพื่อประกอบนโยบายในการหาเสียงเลือกตั้งซึ่ง เท่ากับเป็นพันธะสัญญาและโอกาสที่อาจนำไปสู่การพัฒนาศูนย์เด็กฯ เหล่านี้จัดเป็นตัวแปรที่มี ความสำคัญมากที่สุดต่อผลของการศึกษาที่เกิดขึ้น การศึกษาวิเคราะห์ชุมชนมีส่วนช่วยในการ เลือกโอกาสและช่วงเวลาที่เหมาะสมที่จะร่วมทำงานกับชุมชน รวมทั้งการเลือกนำเสนอปัญหา ที่มีความเหมาะสมกับช่วงเวลา มีส่วนทำให้ปัญหาได้รับการแก้ไขด้วย ตัวอย่างเช่น ปัญหา หลังคาโรงครัวรั่วซึมและปัญหาน้ำท่วมขัง ที่ได้รับการแก้ไขอย่างรวดเร็ว ส่วนหนึ่งเป็นเพราะ กำลังจะเข้าสู่ฤดูฝนทำให้ได้รับการแก้ไขอย่างรวดเร็วกว่าปัญหาอื่นๆ โดยปัญหาน้ำท่วมขัง ได้รับการแก้ไขโดยผนวกไปกับการก่อสร้างถนนคอนกรีตเสริมเหล็กด้านทิศเหนือของศูนย์ พัฒนาเด็กฯ ซึ่งมีการก่อสร้างภายหลังการจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการเพียง 10 วัน

1.4 ความเชื่อ ทศนคติ ค่านิยม ของสมาชิกในชุมชนที่มีส่วนสนับสนุนต่อการมีส่วนร่วมในการ พัฒนา ได้แก่

- ความเชื่อ ทศนคติ ค่านิยม เกี่ยวกับการมีส่วนร่วม ของสมาชิกในชุมชนที่เห็นว่าการมี ส่วนร่วมเป็นสิ่งที่ดีและต้องการให้เกิดมีขึ้นในชุมชน
- ความเชื่อ ทศนคติ ค่านิยม เกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็ก ผู้ปกครองให้ความสนใจในการเลี้ยงดู เด็กให้เติบโตเป็นคนที่มีคุณภาพ และต้องการให้เด็กได้รับในสิ่งที่ดี

1.5 โครงการศูนย์เด็กเล็กน่ายู่ ซึ่งเป็นนโยบายระดับชาติที่ต้องการปรับปรุงมาตรฐานการดูแลเด็ก เล็กก่อนวัยเรียนในชุมชน เป็นเงื่อนไขที่ทำให้ภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเกิดความตื่นตัวที่จะมี ส่วนร่วมกันทำให้เกิดการพัฒนา ซึ่งผู้วิจัยมีความเห็นว่าการพัฒนาที่จะสามารถเกิดผลในทาง ปฏิบัติจริงควรประกอบไปด้วยแนวทางการพัฒนาใน 2 ส่วน คือ แนวทางพัฒนาที่กำหนด เป็นนโยบายภาครัฐซึ่งมีหลักเกณฑ์ และวิธีการปฏิบัติไว้แล้ว ขณะเดียวกันก็เปิดโอกาสให้ ท้องถิ่นสามารถปรับเปลี่ยนรูปแบบ และหลักเกณฑ์การดำเนินการได้ในระดับหนึ่งเพื่อให้ เหมาะสมกับความสามารถและความต้องการที่มีอยู่ อันจะก่อให้เกิดประโยชน์ทั้งในเชิงกว้าง และเชิงลึก แก่ชุมชนและสังคม

1.6 ภูมิหลังของผู้วิจัยที่มีความสัมพันธ์กับพื้นที่ศึกษาทั้งโดยทางตรงและทางอ้อม นับเป็นทุนทาง สังคมที่มีค่า เนื่องจากการทำงานเชิงคุณภาพเป็นงานที่ต้องอาศัยเวลาเพื่อทำความรู้จัก เรียนรู้ซึ่ง

กันและกัน เพื่อให้ชุมชนเกิดความไว้วางใจ และยอมรับที่จะปฏิบัติตามได้กรอบของการศึกษาที่มีอยู่ ทูทางสังคมที่ผู้วิจัยมีอยู่ช่วยร่นระยะเวลาในการทำงาน รวมทั้งมีผลต่อความร่วมมือของภาคีต่างๆ และเชื่อว่าผู้ที่ทำงานในพื้นที่ใดก็ตามหากสามารถทำให้ชุมชนยอมรับและไว้วางใจได้แล้ว ก็ย่อมมีโอกาสที่จะทำให้เกิดความร่วมมือในการพัฒนาได้เช่นกัน

2. ปัจจัยที่เป็นเงื่อนไขขัดขวางต่อการพัฒนา

นอกจากปัจจัยที่สนับสนุนให้เกิดการพัฒนาแล้ว ยังมีปัจจัยอีกหลายประการที่เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ขณะที่ปัจจัยบางอย่างเป็นได้ทั้งปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยที่ขัดขวางต่อการพัฒนา ดังนี้

2.1 โครงสร้างการบริหารศูนย์พัฒนาเด็ก มีส่วนสำคัญที่ขัดขวางต่อการพัฒนา คือ การจัดสวัสดิการด้านการเงินแก่สมาชิกโดยการให้กู้ยืมเงิน ซึ่งทั้งหมดเป็นเงินก้อนใหญ่ถึงกว่า ร้อยละ 60 ของเงินบำรุงศูนย์พัฒนาเด็ก ทำให้ขาดโอกาสที่จะนำเงินจำนวนนี้ไปใช้เพื่อการปรับปรุงพัฒนา

2.2 ฤดูกาล ช่วงเวลา การประกอบกิจกรรมของชุมชน ที่เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนา ได้แก่

- กิจกรรมทางศาสนา ชาวบ้านในพื้นที่ศึกษา มีความเชื่อในเรื่องบาปบุญคุณโทษ และผูกติดเรื่องนี้กับการเคารพบูชาในพระพุทธศาสนา โดยพบว่าในงานประเพณีหรืองานบุญต่างๆ ทางศาสนาจะมีผู้เข้าร่วมในกิจกรรมจำนวนมาก เช่น พิธีการยกช่อฟ้า การอุปสมบทสามเณรภาคฤดูร้อน การทอดผ้าป่า เป็นต้น โดยในทัศนะของผู้วิจัยเห็นว่ากิจกรรมการสร้างวิหารที่ต้องใช้ทุนทรัพย์จำนวนมากนี้ ทำให้ชุมชนให้ความสนใจในการพัฒนาศูนย์เด็กลดลง ทำให้ขาดโอกาสในการระดมทุนจากชุมชนเพื่อการพัฒนาศูนย์เด็กในช่วงนี้ แต่ถ้าพิจารณาจากมุมมองของสมาชิกในชุมชน ย่อมเห็นว่ากิจกรรมทางศาสนามีความสำคัญมากกว่ากิจกรรมของศูนย์เด็ก
- กิจกรรมทางการเกษตร แม้จะเป็นช่วงเวลาที่ชุมชนว่างจากการทำนา แต่เนื่องจากสมาชิกส่วนใหญ่มีอาชีพเสริมด้านการเกษตร เช่น การทำสวนลิ้นจี่ การทำไร่แดงโม ทำให้มีผลกระทบต่อการเข้าร่วมกิจกรรมด้วย นอกจากนั้นในช่วงท้ายของการศึกษาที่ชุมชนเริ่มเข้าสู่ฤดูของการทำนา ซึ่งเป็นงานที่ชุมชนให้ความสำคัญมากแม้แต่ผู้ที่ทำงานรับจ้างนอกพื้นที่ยังต้องกลางนากลับมาทำนา ทำให้การดำเนินกิจกรรมที่ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมไม่สามารถทำได้ และในที่สุดแล้วการประเมินผลการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมตามวิธีการของ Rifkin และคณะ (1988) จึงไม่สามารถเกิดขึ้นได้อย่างสมบูรณ์ มีเพียงกลุ่มผู้ดูแลเด็กที่สามารถเข้าร่วมการประเมินได้
- กิจกรรมทางการเมือง แม้ว่ากิจกรรมทางการเมืองจะเป็นปัจจัยเสริมที่สำคัญในช่วงแรกของการศึกษา แต่เมื่อเวลาเปลี่ยนไป สถานการณ์ที่ผู้นำในชุมชนให้ความสนใจมากกว่า

คือการลงสมัครชิงตำแหน่งนายกองค์การบริหารส่วนตำบล ทำให้การเข้าร่วมในการศึกษามีความสำคัญลดลงไป การจัดให้มีการประเมินผลของการพัฒนาจึงไม่สามารถทำได้ในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา

2.3 ความเชื่อ ทศนคติ ค่านิยม ของสมาชิกในชุมชนที่เป็นอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนามีดังนี้

- ความเชื่อ ทศนคติ ค่านิยม เกี่ยวกับสุขภาพ การถูกครอบงำอยู่ภายใต้แนวคิดการป้องกันโรค (Disease Prevention) ที่มีบุคลากรทางการแพทย์เป็นศูนย์กลาง เป็นผู้กุมอำนาจทางความรู้ ความคิด และความเชื่อ เป็นการลดทอนความสามารถในการดูแลตนเองของประชาชนทั้งระบบ การขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องด้านสุขภาพ
 - ความเชื่อ ทศนคติ ค่านิยม เกี่ยวกับการมีส่วนร่วม มีผลต่อลักษณะการมีส่วนร่วมของสมาชิกในชุมชน จากเดิมที่ชาวบ้านมีส่วนร่วมในลักษณะการร่วมมือร่วมแรงเช่น การสร้างอาคารศูนย์พัฒนาเด็ก การพัฒนาหมู่บ้านและสถานที่สำคัญของชุมชน (วัด ลำห้วย ลำเหมือง) ปัจจุบันการมีส่วนร่วมลงแรงดังกล่าวได้ลดน้อยลงเหลือเพียงการมีส่วนร่วมในการออกเงินเพื่อนำไปจ้างแรงงาน โดยมีความเห็นว่า เป็นการเสียเวลาในการประกอบอาชีพ การให้ผู้ที่มีความชำนาญในด้านนั้นๆ โดยตรงทำจะได้ผลงานที่ดีกว่า รวมทั้งประสบการณ์ที่ผ่านมามีผลต่อทัศนคติการทำงานแบบมีส่วนร่วมด้วย
 - ความเชื่อ ทศนคติ ค่านิยม เกี่ยวกับการพัฒนา มีความแตกต่างกันในหลายกลุ่มประชาชนมักคิดว่าการพัฒนาเป็นการเปลี่ยนแปลงสภาพสังคม ชีวิตความเป็นอยู่ ให้ทันสมัย สะดวกสบาย โดยมีสังคมเมืองเป็นตัวอย่าง มีผู้นำชุมชนส่วนน้อยที่ให้ความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพคน คุณภาพชีวิต เช่น การพัฒนารูปแบบการศึกษา การพัฒนาศักยภาพแรงงาน นอกจากนี้ ประสบการณ์ด้านการทำงานพัฒนามีผลต่อทัศนคติในการทำงานพัฒนาของชุมชนด้วย
- นอกจากนั้น การส่งเสริมสุขภาพหรือการพัฒนาด้านสุขภาพถูกให้ความหมายว่าเป็นการออกกำลังกายเพื่อให้ร่างกายแข็งแรงไม่เจ็บป่วยง่ายและไม่เห็นว่ามีปัญหา หรือความจำเป็นอะไรที่จะต้องมีการพัฒนาสุขภาพเด็กเล็ก พัฒนาไปแล้วดีกว่าเดิมหรือไม่อย่างไร การล้มเหลวในผลของการพัฒนาทำให้การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมลดน้อยลง
- ความเชื่อ ทศนคติ ค่านิยม เกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กของผู้ปกครอง ส่วนใหญ่มีวิธีคิดใกล้เคียงกัน คือ การเน้นเด็กเป็นศูนย์กลาง มีความคิดว่าเด็กสมัยนี้ฉลาดเรียนรู้เร็ว มีความเป็นตัวของตัวเองสูง และเชื่อฟังครูบาอาจารย์มากกว่าพ่อแม่ สิ่งเหล่านี้มีผลทำให้ครอบครัวให้การอบรมขัดเกลาและควบคุมพฤติกรรมต่างๆ ลดน้อยลง โดยมุ่งหวังให้

เป็นหน้าที่ของสถาบันการศึกษามากกว่าสถาบันครอบครัว แต่อย่างไรก็ตาม ธรรมชาติของเด็กได้ทำให้เด็กเป็นศูนย์กลางความรักและการดูแลเอาใจใส่ของสมาชิกในครอบครัว และสังคม การปรับเปลี่ยนทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กจึงเป็นสิ่งที่มีโอกาสเป็นไปได้มากกว่าทัศนคติด้านอื่นๆ ที่กล่าวมา และมีผลสำคัญต่อการมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาทั้งหมด

2.4 นโยบาย/ระบบการปฏิบัติงานภาครัฐ มีรูปแบบรวมศูนย์สั่งการ ทำให้ผู้ปฏิบัติงานมุ่งทำงานตามกรอบการปฏิบัติที่กำหนดไว้ การสร้างมาตรฐานการปฏิบัติงาน การประเมินผล มีส่วนทำให้เกิดการติดขัดในรูปแบบ และไม่ยืดหยุ่น และแม้จะมีนโยบายให้ผู้ปฏิบัติทำงานโดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมแต่ด้วยรูปแบบงานเดิมที่มีอยู่ ทำให้ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงวิธีการทำงานได้ในช่วงเวลาสั้นๆ

เงื่อนไขทางสังคมวัฒนธรรมที่มีผลต่อการพัฒนาแบบมีส่วนร่วม สามารถสรุปเป็นตารางได้ดังตารางที่ 5.1

ตารางที่ 5.1 การประเมินเงื่อนไขทางสังคมวัฒนธรรมที่มีผลต่อการพัฒนาแบบมีส่วนร่วม
ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านไร่อ้อย อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา

| เงื่อนไขทางสังคมวัฒนธรรม | ปัจจัยสนับสนุน | ปัจจัยขัดขวาง |
|---|----------------|---------------|
| <ul style="list-style-type: none"> ● ทูทางสังคมของชุมชน | / | |
| <ul style="list-style-type: none"> ● ทูทางสังคมของศูนย์พัฒนาเด็ก <ul style="list-style-type: none"> - คุณสมบัติผู้ดูแลเด็ก - ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลเด็ก - โครงสร้างศูนย์พัฒนาเด็ก | / | / |
| <ul style="list-style-type: none"> ● ฤดูกาล/ช่วงเวลา/ปฏิทินชุมชน <ul style="list-style-type: none"> - กิจกรรมทางการเกษตร - กิจกรรมทางการเมือง - กิจกรรมทางศาสนา | / | / |
| <ul style="list-style-type: none"> ● ความเชื่อ ทัศนคติ ค่านิยม <ul style="list-style-type: none"> - เกี่ยวกับสุขภาพ - เกี่ยวกับการมีส่วนร่วม - เกี่ยวกับการพัฒนา - เกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็ก | / | / |
| <ul style="list-style-type: none"> ● นโยบายภาครัฐ <ul style="list-style-type: none"> - โครงการศูนย์เด็กเล็กนอ้าย - ระบบการปฏิบัติงาน | / | / |
| <ul style="list-style-type: none"> ● ทูทางสังคม/ภูมิหลังของผู้วิจัย | / | |

โดยสรุปแล้ว ผู้วิจัยเห็นว่ากระบวนการทำงานส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมที่เกิดขึ้นในพื้นที่ศึกษา มีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงที่ดี การมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ของชุมชนอยู่ในระดับที่สามารถพัฒนาต่อเนื้อได้ โดยผู้ที่มีส่วนผลักดันการพัฒนาของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่สำคัญ คือ ผู้ดูแลเด็ก และคณะกรรมการพัฒนาเด็ก การทำให้เกิดการมีส่วนร่วมที่แท้จริงของผู้ปกครองสามารถทำได้ หากเลือกช่วงเวลาที่เหมาะสม และเป็นประเด็นพัฒนาที่เปิดกว้างมากขึ้น ซึ่งหากเป็นไปได้ควรเป็นประเด็นที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตที่ชัดเจน จะมีส่วนทำให้เกิดการมีส่วนร่วมที่แท้จริงได้