

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยนี้จะนำเสนอสาระของการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. เด็กวัยเรียน
2. องค์ประกอบ และสุขภาพของเด็กวัยเรียน
3. นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพเด็กวัยเรียน
4. รูปแบบการศึกษาวิจัยเพื่อการพัฒนาชุมชน

ผลการทบทวนวรรณกรรมมีดังนี้

เด็กวัยเรียน

ในการประชุมเกี่ยวกับสิทธิเด็ก (Convention on the Rights of the Child) ของประเทศสหรัฐอเมริกา ได้กำหนดว่า “เด็ก” คือ ผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี ยกเว้นถ้ามีข้อกำหนดทางกฎหมายอื่น เด็กเป็นผู้ที่มีช่วงอายุอยู่ระหว่างวัยทารก (infant) กับผู้ใหญ่ (adulthood) (Child, 2009) สำหรับประเทศไทยกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 19 กำหนดไว้ว่าเด็ก หรือ ผู้ที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ หมายถึง ผู้ที่มีอายุยังไม่ครบยี่สิบปีบริบูรณ์ (ศิลปะ อรรถะกสิกร และคณะ, 2551) จึงเป็นผู้ที่ต้องได้รับการคุ้มครองหรือปกป้อง จากผู้ปกครอง

เด็ก คือ ผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี (Clark, 1999, p 413) ในการศึกษาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพเด็ก หมายถึง ผู้ที่มีอายุอยู่ระหว่าง 1-15¹ ปี หลังจากนั้นจะเข้าสู่เจริญพันธุ์ หรือวัยแรงงาน หรือผู้ใหญ่ คือ อายุ 15-59 ปี และเข้าสู่วัยผู้สูงอายุตามลำดับคืออายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป นอกจากนี้แล้ววัยเด็กยังแบ่งได้เป็น 2 กลุ่มวัย คือ เด็กก่อนวัยเรียน ตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 0 - 4 ปีบริบูรณ์ ซึ่งเป็นเวลาที่ยังไม่สามารถตัดสินใจหรือรับผิดชอบในการดำเนินชีวิตของตนเองได้ และเด็กวัยเรียน 5-14 ปี ซึ่งเป็นวัยที่มีการเรียนรู้ทางสังคม (socialization) มากขึ้น และเริ่มมีการรับผิดชอบต่อการดำเนินชีวิตตนเองบ้างแล้ว (Child, 2009)

เด็กเป็นสมาชิกของสังคมที่มีความสำคัญที่จะพัฒนาเป็นผู้ใหญ่ที่มีประสิทธิภาพ อนาคตของประเทศชาติจึงขึ้นอยู่กับเด็ก และเยาวชน ที่จะต้องสร้างสมสิ่งที่ดีงาม ทั้งในด้าน

¹ อายุ 15 ปี หมายถึง อายุ 14 ปี 12 เดือน สำหรับการศึกษามหาวิทยาลัยประชากร เด็กเป็นผู้มีอายุระหว่าง 0-14 ปี ซึ่งก็คือผู้มีอายุระหว่างแรกเกิดถึง 14 ปี 11 เดือน 29 วัน

การศึกษาหาความรู้ การพัฒนาความคิด จริยธรรม คุณธรรม พฤติกรรม การมีสุขภาพที่ดี พร้อมทั้งจะเป็นผู้ใหญ่และพลเมืองดีของชาติในอนาคต จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ (2543) ประมาณการอัตราส่วนประชากรวัยเด็กมีประมาณร้อยละ 30-40 ของประชากรทั้งหมด โดยในปี พ.ศ. 2541 พบว่ามีเด็กหญิงเกิดรอดจำนวน 435,504 คน คิดเป็นร้อยละ 48.5 ของเด็กเกิดมีชีวิตทั้งหมด กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย (2550, อ้างใน สสส., มปป. หน้า 146) รายงานว่าประเทศไทยมีเด็กและเยาวชน คิดเป็นร้อยละ 37.65 ของประชากรทั้งประเทศ เด็กจึงเป็นประชากรพลเมืองที่มีจำนวนมากประมาณหนึ่งในสามของพลเมืองทั้งหมด

เด็กก่อนวัยเรียนเด็กเป็นผู้ที่ไม่สามารถรับสื่อรบกวนต่อตนเองได้เต็มที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากผู้ใหญ่ การดูแลอย่างใกล้ชิดจากครอบครัว ซึ่งมีพื้นฐานของความรัก ความผูกพันทางสายโลหิตที่จะรับผิดชอบต่อเด็ก และเมื่อเด็กเจริญเติบโตเข้าสู่วัยเรียน เด็กจะออกจากครอบครัวที่สังคมมากขึ้น การดำเนินชีวิตของเด็กวัยเรียนจึงไม่ได้ขึ้นอยู่กับสถาบันครอบครัวเท่านั้น สิ่งแวดล้อมและสภาพสังคม นอกครอบครัวเริ่มมีผลต่อการดำรงชีวิตและคุณภาพชีวิตของเด็กมากขึ้น ค่านิยมและแบบแผนการดำเนินชีวิตในระยะวัยเรียนจะมีผลกระทบคือคุณภาพของเด็กจนเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ ตลอดจนเป็นสาเหตุแห่งการเสียชีวิตต่อไป

เด็กวัยเรียนเป็นวัยที่มีการเจริญเติบโตในอัตราที่มากที่สุดในทุกช่วงของชีวิต ไม่ว่าจะเป็นการเจริญเติบโตทางร่างกาย จิตใจ สติปัญญา และสังคม การเรียนรู้ต่าง ๆ ทั้งที่เป็นระบบที่มีแบบแผนชัดเจนในโรงเรียน และกระบวนการเรียนรู้ทางสังคม (socialization) จากสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมรอบข้างเด็กวัยเรียน ซึ่งมีผลต่อคุณภาพของประชากรต่อไปในอนาคต เด็กที่อยู่ในครอบครัวที่ดี ได้เรียนหนังสือจาก โรงเรียนที่ดี และอยู่ในสังคม สิ่งแวดล้อมที่ดีและปลอดภัยก็จะทำให้เด็กมีพฤติกรรมที่ดี และพัฒนาเป็นผู้ใหญ่ที่ดีต่อไป (Stanhope & Lancaster, 1992)

อย่างไรก็ตามจากการวิเคราะห์สถานการณ์เด็ก เยาวชน และครอบครัวไทย (สสส., มปป., หน้า 146-147) พบว่า ครอบครัว สถาบันการศึกษา สถาบันศาสนา และชุมชน ซึ่งถือเป็นสถาบันที่มีหน้าที่ปกป้องเยาวชน มีความอ่อนแอลง ครอบครัวมีค่านิยมที่จะผลักภาระการดูแลเด็กไปให้สถาบันอื่นให้รับผิดชอบ ครอบครัวขาดการเรียนรู้และใช้เวลาด้วยกันอย่างมีคุณภาพ ภาวะเศรษฐกิจทำให้ผู้อยู่ในวัยแรงงานต้องทำงานหนักมากขึ้น เฉลี่ยสัปดาห์ละ 46-47 ชั่วโมง (อ้างถึงสำนักงานสถิติแห่งชาติ) ทำให้มีเวลาให้แก่เด็กและเยาวชนในครอบครัวน้อยลง ทำให้เด็กและเยาวชนหันไปให้ความสำคัญกับเพื่อนมากกว่าคนในครอบครัว ความแตกแยกของครอบครัวมีแนวโน้มมากขึ้น นำไปสู่ครอบครัวเดี่ยว ซึ่งพ่อหรือแม่ต้องเป็นผู้เลี้ยงดูตามลำพังมีจำนวนมากขึ้น ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งต้องรับภาระเลี้ยงดูลูกหลาน ส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพของสมาชิกใน

ครอบครัว โดยเฉพาะเด็กและเยาวชนทั้งด้านจิตใจและพฤติกรรม เด็กมีความเครียดสูงขึ้น โดยพบว่า เด็กประถมมีความเครียดจกจนนอนไม่หลับ หรือจนมีอาการทางร่างกาย ร้อยละ 28 นอกจากนี้ยังพบว่าเยาวชนเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจากการขับขี่รถมอเตอร์ไซด์เฉลี่ยวันละ 12 คน และมีแนวโน้มพยายามฆ่าตัวตายมากขึ้น²

เด็กวัยเรียนจึงเป็นกลุ่มที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลสภาพอย่างดีที่สุดเต็มศักยภาพที่จะทำได้จากสมาชิกทุกภาคส่วนของชุมชน ทั้งนี้เพราะ 1) สุขภาพของเด็กวัยเรียนจะมีอิทธิพลต่อสุขภาพของชุมชนโดยรวม 2) การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในเด็กวัยเรียนจะเป็นแบบแผนในการดูแลสุขภาพของประชากรผู้ใหญ่ต่อไป 3) เด็กที่มีสุขภาพที่ดีจะมีโอกาสเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ ที่ได้รับมากกว่าเด็กที่มีสุขภาพที่ไม่ดี (Clark, 1999, p. 615) นอกจากนี้แล้วเด็กที่มีสุขภาพที่ดี มีคุณภาพชีวิตที่ดี ก็จะเป็นทรัพยากรบุคคลที่มีค่าของประเทศชาติต่อไป

ในการศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพของเด็กวัยเรียนในการวิจัยนี้ จะหมายถึงเด็กที่อายุอยู่ระหว่าง 5 - 15 ปี ซึ่งเป็นวัยที่มีการเรียนรู้และพัฒนาการต่าง ๆ มากมาย อันสืบเนื่องจากอิทธิพลของการอบรมเลี้ยงดูครอบครัว การส่งสมความรู้จากการเรียนหนังสือใน โรงเรียน การเรียนรู้จากสภาพสิ่งแวดล้อมรอบตัว และชุมชน ตลอดจนหน่วยงานบริการสาธารณสุข และองค์การปกครองท้องถิ่น ในการกำหนดนโยบายและระบบการบริการสุขภาพซึ่งจะมีผลในการพัฒนาให้เป็นผู้ใหญ่ที่แบบแผนพฤติกรรมและภาวะสุขภาพต่าง ๆ ต่อไป

องค์ประกอบ และสุขภาพของเด็กวัยเรียน

สุขภาพ หมายถึง สุขภาวะที่สมบูรณ์และเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล ทั้งมิติทางกาย ทางจิต ทางจิตวิญญาณ และทางสังคม สุขภาพของคนจึงมีความสัมพันธ์เชิงพลวัตกับปัจจัยต่าง ๆ ทั้งทางปัจเจกบุคคล เช่น กรรมพันธุ์ พฤติกรรม จิตวิญญาณ และ สภาพแวดล้อม เช่น ปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม กายภาพ และชีวภาพ รวมทั้งระบบบริการสุขภาพ (ปิดพงษ์ เกษสมบูรณ์ และ อนุพงศ์ สุจริยากุล, 2543; เศษรัตน์ สุขกำเนิด วิชัย เอกพลากร และปิดพงษ์ เกษสมบูรณ์, 2545) สุขภาพที่ดีจึงไม่ได้หมายถึงการมีร่างกายที่สมบูรณ์ และความไม่พิการเท่านั้น

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 กำหนด "สุขภาพ" หมายความว่า ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล โดย "ปัญญา" หมายความว่า ความรู้ทั่ว รู้เท่าทัน และความเข้าใจอย่างแยกได้ในเหตุผล

² อ้างถึง โครงการ child watch ซึ่งสำรวจสภาวะการณ้เด็กและเยาวชน ในรอบปี 2546-2550

แห่งความดี ความชั่ว ความมีประโยชน์ และความมีโทษ ซึ่งนำไปสู่ความมีจิตอันดีงามและ
เอื้อเพื่อเอื้อแผ่ (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2550)

ประเวศ วะสี (2545) กล่าวว่า “สุขภาพ” คือ คุณภาพ เมื่อร่างกายมีความสมดุล ร่างกาย
ก็เป็นปกติมีความยั่งยืน เมื่อเจ็บป่วยไม่สบาย ก็คือการเสียสมดุลสภาพอย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งคุณ
ภาพนี้เกิดขึ้นเมื่อ กาย จิต ปัญญาและสังขม มีความสัมพันธ์ต่อกัน โดยกายประกอบด้วยทั้งส่วนที่
เป็นรูป (หรือ โครงสร้าง (structure)) และส่วนที่เป็นการทำหน้าที่ (function)

คลาร์ก (Clark, 1999, pp. 615-640) ได้เสนอองค์ประกอบในการจัดบริการสุขภาพเด็กวัย
เรียน ควรครอบคลุม การประเมินภาวะสุขภาพ กัดกรงโรค การค้นหาผู้ป่วยในโรงเรียน
การให้คำปรึกษาแก่เด็กวัยเรียน (นักเรียน) การส่งเสริมและป้องกันโรค การให้การรักษา
โรคในเด็กวัยเรียน และการฟื้นฟูสุขภาพเด็ก และการบริการสุขภาพในกรณีฉุกเฉิน
(emergency care) ในการประเมินสุขภาพของผู้รับบริการ คลาร์กได้เสนอสาระของการประเมิน
สุขภาพเด็กวัยเรียน ดังนี้

1) มิติด้านชีวกายภาพ (The Biophysical Dimension) เป็นการประเมินมิติพื้นฐาน
ด้านชีวกายภาพที่เกี่ยวข้องกับคน ได้แก่ อายุ พันธุกรรม สรีระ ในเด็กวัยเรียนปัญหาทางชีว
กายภาพที่สำคัญมักได้แก่ การป่วยด้วยอาการของระบบทางเดินหายใจส่วนต้น ซึ่งพบในเด็กวัย
เรียนมากถึงร้อยละ 10 ถึง 15 นอกจากนี้ยังอาจพบปัญหาสุขภาพเรื้อรังในเด็กวัยเรียน รวม
ประมาณอีก ร้อยละ 10 ได้แก่ โรคหอบหืด ภูมิแพ้ ความพิการ โรคหัวใจ ปวดศีรษะรุนแรง
(migraine) การติดเชื้อ เอช ไอ วี ฯลฯ (Williams & McCarthy, 1995 cited in Clark, 1999, p. 622)

สำหรับประเทศไทยอาจพบปัญหาโรคธาลัสซีเมีย โรคเหงือก ฟันผุ และโรคผิวหนัง
กองทัพสาธารณสุข (2549, อ้างใน โสภณ เมฆชน, 2550, สไลด์) พบว่าเด็กนักเรียนป่วยเป็นโรค
ฟันผุมากถึงร้อยละ 4 และ 57 ในปี พ.ศ. 2537 และ 2544 ตามลำดับ และพบว่าเด็กวัยเรียนไทย
ติดเชื้อ เอช ไอ วี ประมาณ ร้อยละ 1 -2 (กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2549, อ้างใน โสภณ เมฆชน,
2550, สไลด์)

2) มิติด้านจิตวิทยา (The Psychological Dimension) การประเมินมิตินี้อาจ
เป็นปัจจัยสิ่งแวดล้อมด้านจิตวิทยาภายใน และ ภายนอก (internal and external
psychological environments) โดยให้ความสำคัญกับสัมพันธภาพของเด็กกับบุคคลรอบข้าง
ได้แก่ พ่อ แม่ ครอบครัว เพื่อน ครู ฯลฯ ซึ่งจะมีผลต่อการพัฒนาสุขภาพจิตและอารมณ์ของเด็ก
และพฤติกรรมอื่น ๆ ที่ไม่เหมาะสมต่อไป ได้แก่ ความก้าวร้าว การใช้สารเสพติด เป็นต้น

3) มิติด้านกายภาพ (The Physical Dimension) เป็นปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพมีผลต่อสุขภาพของเด็กในโรงเรียนและในชุมชน เช่น สภาพการจราจร ความเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัยจาก น้ำดื่ม น้ำใช้ อากาศ และสัตว์แมลงนำโรคต่าง ๆ ฯลฯ

4) มิติด้านสังคม (The Social Dimension) ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ และสภาพทางสังคม การประกอบอาชีพ กฎหมายเกี่ยวกับบุหรี่ กฎหมายเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดต่าง ๆ ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมของชุมชน เด็กวัยเรียนเป็นวัยแห่งการเรียนรู้การออกเลียนแบบพฤติกรรมจากบุคคลรอบข้าง ดังนั้นสภาพสังคมที่มีการฆ่าตัวตาย การอบบุหรี่ การดื่มเหล้า พฤติกรรมทางเพศ การทะเลาะเบาะแว้งกันในชุมชน จะเป็นปัจจัยแวดล้อมต่อพฤติกรรมของเด็กวัยเรียน

5) มิติด้านพฤติกรรม (The Behavior Dimension) ประกอบด้วย พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การใช้เวลว่าง การออกกำลังกาย การใช้สิ่งเสพติดและความรุนแรง (substance use and abuse) พฤติกรรมทางเพศ และการใช้อุปกรณ์ป้องกันสุขภาพ เช่น การใส่หมวกกันน็อก การคาดเข็มนิรภัย ฯลฯ

พบว่าเด็กไทยมีปัญหาในด้านพฤติกรรมจำนวนมาก ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมร้อยละ 62 ปัญหาด้านการออกกำลังกายร้อยละ 50 ด้านการดูแลสุขภาพอนามัยตนเอง ร้อยละ 35 การแสดงออกทางอารมณ์และความรู้สึกที่ต้องปรับปรุงร้อยละ 17 พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกในเพศชายเฉลี่ยอายุ 15 ปี เพศหญิงเฉลี่ยอายุ 16 ปี และมีการตั้งครภักในเยาวชน ร้อยละ 27 ของวัยเจริญพันธุ์ (โสภณ เมฆธน, 2550, สไลด์)

6) มิติด้านระบบสุขภาพ (The Health System Dimension) หมายถึง ระบบบริการสาธารณสุขที่เด็กวัยเรียนได้รับ โดยคำนึงถึงความสะดวกในการใช้บริการ ความเพียงพอ และเหมาะสมของบริการที่ได้รับ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (2550) ได้ให้ความหมายของการบริการสาธารณสุขว่า หมายถึง บริการต่าง ๆ อันเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ การวินิจฉัยและบำบัดสภาวะความเจ็บป่วย และการฟื้นฟูสมรรถภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน

การดำเนินงานด้านการดูแลสุขภาพเป็นการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ เพื่อให้เด็กและประชาชนไทยทุกคนได้รับสิทธิในการมีสุขภาพที่ดี จึงไม่ใช่จำกัดเฉพาะเรื่องการรักษาพยาบาลเท่านั้น แต่ยังหมายถึงสิทธิและการพัฒนาระบบการเสริมสร้างสุขภาพ ซึ่งหมายถึงระบบที่เน้นการสร้างสภาพแวดล้อมและพฤติกรรมที่ส่งเสริมและสนับสนุนการมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี ได้แก่ การควบคุมป้องกันโรค และปัญหาที่คุกคามต่อสุขภาพ การมีชีวิตใน

สิ่งแวดล้อมที่ดี การเสริมสร้างชีวิตอย่างปลอดภัย การมีวัฒนธรรมในสังคม และการดำรงศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ (เชวรัตน์ สุขกำเนิด วิชัย เอกพลากร และปัดพญ์ เกษสมบุรณ์, 2545. หน้า 10)

องค์การอนามัยโลก ระบุว่า โรคร้ายทุกวันนี้ส่วนใหญ่มีสาเหตุจากพฤติกรรมของมนุษย์เอง ตลอดจนการใช้ชีวิตที่ขาดสมดุลกับสภาพแวดล้อม ปัจจัยที่ก่อโรคและภัยเรียกว่า “ปัจจัยเสี่ยง” ซึ่งหมายถึงพฤติกรรมหรือสิ่งที่หากมีอยู่แล้วจะเพิ่มโอกาสที่มนุษย์จะเจ็บป่วยได้ป่วย เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา ใช้สารเสพติด เพศปฏิบัติสัมพันธ์เสี่ยง กินอาหารที่ขัดกับหลักโภชนาการ เป็นต้น (สุภกร บัวสาย, 2548, หน้า 20) ดังนั้นพฤติกรรมของมนุษย์จึงเป็นปัจจัยสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อสุขภาพ ซึ่งจำเป็นต้องมีการส่งเสริมให้เหมาะสม โดยเฉพาะในเด็กวัยเรียน

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยทั่วไปที่สำคัญ ได้แก่ 1) พฤติกรรมที่แสดงถึงความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 2) พฤติกรรมการบริโภคอาหาร 3) พฤติกรรมการออกกำลังกายและกิจกรรมทางร่างกาย 4) การจัดการกับความเครียด 5) การละเว้นการใช้สารเสพติด 6) การป้องกันและหลีกเลี่ยงต่อปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพและอันตรายทั้งหลาย อย่างไรก็ตามพบว่าพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม ค่านิยมในการออกกำลังกายและการใช้สารเสพติดต่างๆ ที่ไม่ถูกต้อง มักเริ่มต้นมาตั้งแต่วัยเด็ก การมีพฤติกรรมดูแลและส่งเสริมสุขภาพดังกล่าวจะมีผลต่อสุขภาพและการเจ็บป่วยในวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุต่อไป ซึ่งเพนเดอร์ (Pender, 1996) ได้กล่าวว่าการประสมการณ์และคุณลักษณะส่วนบุคคล (individual characteristics and experience) เป็นองค์ประกอบที่สำคัญ 1 ใน 3 องค์ประกอบที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมออกกำลังกายของพยาบาลของมนัสวี เจริญเกษมวิทย์ สุวรรณจันทร์ประเสริฐ และวรรณภา อัสวชัยสุวิกรม (2546) ที่พบว่าประสมการณ์การออกกำลังกายจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมออกกำลังกายของพยาบาล ดังนั้นการบริการสุขภาพในเด็กวัยเรียนจึงเป็นภารกิจที่ผู้ปฏิบัติงานบริการสุขภาพในชุมชนต้องให้ความสำคัญในการสร้างประสมการณ์ และส่งเสริมทักษะในการมีพฤติกรรมที่ดีแก่เด็กวัยเรียน

สำหรับประเทศไทยได้มีการจัดกิจกรรม โครงการต่าง ๆ เพื่อเด็กวัยเรียนทั้งในโรงเรียนและในชุมชน เช่น โครงการ โรงเรียนในฝัน สรรค์สร้างอนามัยดี ปี 2548 (จงจิต เรื่องดำรง และศศิวิมล ปุจฉาการ, 2550) โครงการ “To be Number One” เพื่อการต่อต้านและการป้องกันสารเสพติดในเด็กวัยเรียน โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ (กองส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย, 2550) นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมต่าง ๆ ที่ชุมชนร่วมกันพัฒนาขึ้นเพื่อสุขภาพของเด็กวัยเรียนในชุมชน เช่น การจัดบริการอาหาร การจัดให้มีสนามกีฬาในชุมชน ฯลฯ

การประเมินภาวะสุขภาพ และปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของเด็กวัยเรียน ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นประเมินองค์ประกอบต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันทางภาวะสุขภาพของเด็กวัยเรียน และปัจจัยที่เกี่ยวข้องตามความคิดเห็นของผู้แทนองค์กรที่เกี่ยวข้องกับเด็กวัยเรียนในชุมชน เพื่อเป็นแนวทางให้ผู้แทนองค์กรชุมชนได้ใช้ในการกำหนดปัญหาสุขภาพเด็กวัยเรียนและแนวทางการดำเนินการเพื่อสุขภาพเด็กวัยเรียน

นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพเด็กวัยเรียน

นโยบายสาธารณะ คือ ทิศทางหรือแนวทางที่สั่งสมโดยภาพรวมเห็นว่าหรือเชื่อว่าควรที่จะดำเนินการไปในทางนั้น ซึ่งทิศทางหรือแนวทางนี้อาจเกิดขึ้นจากความริเริ่มของรัฐบาลของภาคเอกชน หรือของภาคประชาชนก็ได้ นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (healthy public policy) เป็นการตัดสินใจ และการทำนโยบาย หรือกิจการใด ๆ ของภาครัฐ เอกชน และประชาสังคม ที่แสดงถึงความห่วงใยและความรับผิดชอบในด้านสุขภาพ ท (เดวิด สุขกำเนิด วิชา เอกพลากร และปัทมย์ เกษสมบูรณ์, 2545)

องค์การอนามัยโลก (อ้างใน ปัดพงษ์ เกษสมบูรณ์ และ อนพงศ์ สุจริยากุล, 2543) กล่าวว่า นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ หมายถึง นโยบายสาธารณะที่แสดงความห่วงใยอย่างชัดเจนต่อสุขภาพ และพร้อมที่รับผิดชอบต่อผลกระทบทางสุขภาพที่เกิดจากนโยบายนั้น เป็นนโยบายที่มุ่งสร้างสิ่งแวดล้อมทางสังคมและทางกายภาพที่เอื้อต่อการมีชีวิตที่มีสุขภาพที่ดี และมุ่งให้พลเมืองมีทางเลือกและสามารถเข้าถึงทางเลือกที่ก่อให้เกิดสุขภาพที่ดีได้

นโยบายสาธารณะท้องถิ่น เป็นกระบวนการกำหนดนโยบายการดำเนินงานจากพื้นที่ เพื่อผลักดันนโยบายจากล่างสู่บน เป็นการมีส่วนร่วมของประชาชนกับการปกครองในพื้นที่ นโยบายสาธารณะด้านสุขภาพจึงมีเป้าหมายสำคัญ คือ การมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการระบบบริการสาธารณสุขที่เชื่อมโยงใกล้ชิดกับภาคประชาชน (นพพันธ์ วรรณเทพสกุล, 2550, หน้า 9) การดำเนินงานเพิ่มสมรรถนะของประชาชนให้มีความสามารถที่จะบรรลุการมีสุขภาพที่ดีสมบูรณ์ได้จะต้องกระทำในสิ่งที่สำคัญ 5 ประการ คือ 1) การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (build healthy public policy) เพื่อให้คนตระหนักถึงความรับผิดชอบและการตัดสินใจที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ 2) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวย (create supportive environments) ด้วยการจัดกิจกรรมที่ก่อให้เกิดผลบวกต่อสุขภาพอนามัย ทั้งในการดำเนินชีวิต การทำงาน การพักผ่อน และการรักษาสิ่งแวดล้อมตามธรรมชาติ 3) การเสริมกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง (strengthen community action) โดยการทำให้ชุมชนมีอำนาจในความเป็นเจ้าของ ควบคุมกิจกรรมที่ตนริเริ่ม และกำหนดอนาคตของตนเอง ด้วยการเข้าถึงซึ่งข้อมูลข่าวสาร และโอกาสการเรียนรู้เรื่องสุขภาพ

การมีงบประมาณสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง 4) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (develop personal skill) คือการให้ข้อมูลข่าวสาร การให้การศึกษา และทักษะต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนสามารถควบคุมสภาวะสุขภาพและสิ่งแวดล้อมได้ด้วยตนเองมากขึ้น 5) การปรับเปลี่ยนบริการสาธารณสุข (reorient health service) ที่ต้องจัดบริการที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการและสอดคล้องกับสังคมวัฒนธรรม ด้วยความร่วมมือกันระหว่างองค์กรภาคีสุขภาพกับองค์กรอื่น ๆ ทางสังคม การเมือง เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพให้มากขึ้น (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2541, อ้างใน วัฒนา โปธา, 2549)

การดำเนินงานด้านสุขภาพในเด็กวัยเรียนองค์ประกอบและปัญหาต่าง ๆ มากมายที่เกี่ยวข้อง การดำเนินงานจึงไม่สามารถสำเร็จได้ด้วยพลังหรือผลชอบของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง การดำเนินชีวิตและสุขภาพของเด็กวัยเรียนจึงขึ้นอยู่กับอิทธิพลขององค์กรหรือสถาบันต่าง ๆ ในชุมชนที่สำคัญ ได้แก่ ครอบครัว โรงเรียน สถานบริการสาธารณสุขในชุมชน และองค์กรปกครองท้องถิ่น ที่จะมีส่วนกำหนดนโยบายและระบบการดำเนินงานบริการสุขภาพของเด็กวัยเรียน การดูแลสุขภาพเด็กวัยเรียนจึงจำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของสถาบันต่าง ๆ ในชุมชน ในการประเมินผลกระทบทางสุขภาพอันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและสิ่งแวดล้อม เพื่อกำหนดนโยบายสาธารณะอันเป็นเป้าหมายร่วมกันในการดำเนินงาน ประเมินผล และรับผลของการดำเนินงาน ซึ่ง เดชรัต สุขกำเนิด วิชัย เอกพลากร และปิณฑงษ์ เกษสมบุรณ์ (2545) ได้กล่าวว่า การมีส่วนร่วมเป็นหัวใจสำคัญในการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ โดยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสียต่าง ๆ ในชุมชนจะส่งผลอย่างยิ่ง ดังนี้

1. คุณภาพของการประเมิน ทำให้เกิดความมั่นใจได้ว่าผลที่ประเมินมีความครอบคลุมสะท้อนถึงประสพการณ์ คุณค่า และข้อห่วงใยของผู้อยู่ในท้องถิ่น และผู้เชี่ยวชาญในแต่ละด้านอย่างแท้จริง
2. คุณภาพการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมทำให้เกิดความมั่นใจว่า ความต้องการ (need) ความห่วงใย และข้อเสนอแนะของชุมชนท้องถิ่นจะได้รับการพิจารณา โดยใช้ข้อมูลหลักฐานเพื่อประกอบการตัดสินใจอย่างชัดเจน
3. คุณภาพของการเรียนรู้ร่วมกัน การมีส่วนร่วมทำให้เกิดความมั่นใจว่า ทุกฝ่ายต่างได้มีโอกาสในการเรียนรู้ สร้างความตระหนัก และพร้อมที่จะดำเนินการร่วมกัน เพื่อให้เกิดการคุ้มครองและสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน

4. คุณค่าต่อการพัฒนาระบบประชาธิปไตย การมีส่วนร่วมทำให้ทุกฝ่ายได้มีโอกาส ร่วมกันในการพัฒนาระบบประชาธิปไตยภายใต้หลักธรรมาภิบาล ผ่านกระบวนการพิทักษ์รักษา สิทธิและสุขภาพของตนเองและผู้อื่น ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมในการเสนอและกำหนดทิศ ทางการพัฒนาและผ่านกระบวนการตัดสินใจที่มีความโปร่งใสสามารถตรวจสอบได้โดย สาธารณะและความพร้อม รับผิดชอบทางด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น

มาร์ติน เบอร์เลย์ (Birley, 2000 อ้างใน เศรษฐ สุขกำเนิด วิชัย เอกพลากร และปัดพงษ์ เกษสมบุรณ์ (2545) ได้เสนอปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพทุนทางสุขภาพ 5 ประการ คือ 1) ทุนธรรมชาติ (natural capital) คือ ปริมาณ และคุณภาพของทรัพยากรที่มนุษย์สามารถนำมาใช้ ประโยชน์ได้ 2) ทุนการเงิน (financial capital) คือทรัพยากรการเงินที่มนุษย์ครอบครองและใช้ ดำเนินชีวิต 3) ทุนกายภาพ (physical capital) คือ โครงสร้างพื้นฐาน เครื่องมืออุปกรณ์ ปัจจัยการ อุปโภค บริโภค ที่จำเป็นในการดำเนินชีวิต 4) ทุนมนุษย์ (human capital) คือ ความรู้ ทักษะ ความสามารถ ความรับผิดชอบ และสภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ในการดำเนินชีวิต 5) ทุนทางสังคม (social capital) คือ ทรัพยากรทางสังคม กลุ่ม เครือข่าย ความสัมพันธ์ทางสังคม ซึ่งจำเป็นต่อการ อยู่ร่วมกันในสังคม ขณะที่ซีเรกเกลดิน (Serageldin, 1996, cited in Uphoff, 2000. p. 217) ได้ กล่าวถึงทุนไว้ 4 ประเภท ได้แก่ ทุนกายภาพ (physical capital) ทุนทรัพยากร (natural capital) ทุน มนุษย์ (human capital) ทุนทางสังคม (social capital) และทุนทางสังคมแบ่งออกเป็น ทุนเชิง โครงสร้าง (structural social capital) และทุนเชิงกระบวนการเรียนรู้ (cognitive social capital) (Uphoff, 2000. p. 217 อ้างใน นพรัตน์ วรรณเทพสกุล, 2550, หน้า 12)

การดูแลให้เด็กวัยเรียนมีประสบการณ์ที่ดี มีสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย มีสภาพสังคม และ ระบบบริการสุขภาพที่สนับสนุน เกื้อกูลต่อการดำรงชีวิตเป็นปัจจัยสำคัญในการปูรากฐานชีวิต ของประชาชนในอนาคต ซึ่งถือเป็นทุนทางกายภาพ ทุนมนุษย์ และ ทุนทางสังคม ข้อเสนอจาก การประชุมสัมมนาเรื่อง “การพัฒนาเพื่อเพิ่มศักยภาพพื้นฐานของเด็กวัยเรียน” (อนุชาติ พวงสำลี, 2541) ได้กล่าวว่า หากจะสร้างศักยภาพของการพัฒนาเด็กไทยอันถือเป็นศูนย์กลางของการ พัฒนาการให้มีความพร้อมทั้งทาง ด้านกายภาพ ความรู้สึนึกคิด อารมณ์ พฤติกรรม สังคม และ จริยธรรม ทุกภาคส่วนของสังคม ทั้งระดับครอบครัว ชุมชน ภาคราชการ องค์กรธุรกิจ องค์กร พัฒนาเอกชน สื่อมวลชน และองค์กรอื่น ๆ จะต้องร่วมมือกันอย่างจริงจัง บนพื้นฐานของ เจตนาารมณ์ที่สังคมต้องให้ความสำคัญสูงสุดต่อการลงทุนกับเด็ก ทั้งนี้ในข้อเสนอดังกล่าวได้ให้ ความสำคัญที่เครื่องชี้วัดสถานภาพเด็ก ไทย เครื่องชี้วัดกระบวนการพัฒนาเด็กไทย และการพัฒนา เครื่องมือชี้วัดเด็กไทยโดยชุมชนท้องถิ่น

กระบวนการเรียนรู้เพื่อได้มาซึ่งองค์ความรู้และข้อมูลหลักฐานซึ่งจำเป็นต่อการผลักดันนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี กระบวนการดังกล่าว เรียกว่า “การประเมินผลกระทบทางสุขภาพ (health impact assessment) หมายถึง กระบวนการเรียนรู้ร่วมกันในสังคม โดยมีการประยุกต์ใช้แนวทางทางสุขภาพที่อาจเกิด หรือเกิดขึ้นแล้วกับประชากรกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง จากข้อเสนอหรือการดำเนินนโยบาย แผนงาน โครงการ หรือกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจอันจะเป็นประโยชน์สำหรับการสร้างเสริมและคุ้มครองสุขภาพสำหรับประชาชนทุกกลุ่ม” การประเมินผลกระทบทางสุขภาพไม่ใช่เป็นเพียงกระบวนการตัดสินใจเท่านั้น ผลลัพธ์ที่สำคัญของการประเมินผลกระทบทางสุขภาพก็คือ ชุดของคำแนะนำหรือข้อเสนอแนะที่มีข้อมูลหลักฐานยืนยันที่สะท้อนให้เห็นถึงแนวทางและคุณค่า หรือความสำคัญของการมีสุขภาพที่ดีร่วมกันของสังคมเพื่อประกอบการตัดสินใจกำหนดนโยบาย (เดวิด สุขกำเนิด, 2547) ดังนั้นการกำหนดหรือการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อการดูแลสุขภาพเด็กวัยเรียน จำเป็นต้องมีการเรียนรู้จากการประเมินผลกระทบทางสุขภาพโดยองค์กรหรือสถาบันต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของเด็กวัยเรียนในชุมชน

การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพควรเริ่มจากมุมมองที่เป็นกระบวนการมากกว่าการเป็นเพียงคำประกาศ กระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะเป็นกระบวนการที่มีผู้เกี่ยวข้องมากมาย ทั้งที่ตั้งใจและไม่ตั้งใจ ผู้ที่เกี่ยวข้องกิจกรรมแต่ละคน (หรือแต่ละกลุ่ม) ต่างต้องพยายามหาจุดเชื่อม โขงความดี และการปฏิบัติกรกับผู้อื่นๆ หรือกลุ่มอื่น ๆ กระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ มีองค์ประกอบที่สำคัญ (เดวิด สุขกำเนิด วิรัช เอกทลากร และปัดพงษ์ เกษสมบูรณ์, 2545) คือ

- 1) การสร้างหรือเพิ่มความตระหนักในคุณค่าของสุขภาพ
- 2) สนับสนุนข้อมูลหลักฐานที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบทางสุขภาพ
- 3) สร้างเครือข่ายการเรียนรู้
- 4) การนำเสนอทางเลือกในการสร้างเสริมสุขภาพผ่านการกำหนดนโยบายสาธารณะ

ดังนั้นการดำเนินงานเพื่อให้ได้มาซึ่งนโยบายสาธารณะด้านการดูแลสุขภาพเด็กวัยเรียนจำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนในทุกขั้นตอน เพื่อเปิดโอกาสให้ประชาชนได้เสนอความคิดเห็นและข้อกังวลต่างๆ ในการดูแลสุขภาพเด็กวัยเรียน ซึ่งเดวิด สุขกำเนิดและคณะ (2545) ได้กล่าวถึงการมีส่วนร่วมของชุมชนในการประเมินผลกระทบต่อทางสุขภาพว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนนี้ ต้องเริ่มตั้งแต่ระยะแรกของนโยบาย แผนงาน หรือโครงการ ตั้งแต่การกลั่นกรองข้อเสนอ การคัดเลือกและแต่งตั้งคณะกรรมการทำงาน การกำหนดขอบเขตและ

แนวทางการประเมิน การวิเคราะห์ผลกระทบทางสุขภาพ การแก้ไขร่างรายงานโดยสาธารณะ การผลักดันเชิงนโยบาย การตัดสินใจ และการติดตามประเมินผล

การประเมินภาวะสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงของเด็กวัยเรียน จึงเป็นกระบวนการที่องค์กร ในชุมชนที่มีส่วนรับผิดชอบต่อสุขภาพเด็กวัยเรียน ได้มีโอกาสได้พิจารณาคุณค่าของสุขภาพเด็ก วัยเรียนและข้อมูลหลักฐานที่แสดงถึงปัญหาและปัจจัยเสี่ยงที่เป็นมูลเหตุแห่งปัญหาดังกล่าว เพื่อ เป็นแนวทางที่องค์กร ในชุมชนจะ ได้มีส่วนในการผลักดันนโยบายสาธารณะ หรือกิจกรรม หรือ แขนงงานต่าง ๆ เพื่อสุขภาพของเด็กวัยเรียนในโอกาสต่อไป

รูปแบบการศึกษาวิจัยเพื่อการพัฒนาชุมชน

การประเมินภาวะสุขภาพของเด็กวัยเรียนและปัจจัยเสี่ยงบนพื้นฐานการมีส่วนร่วมของ สถาบันและผู้มีส่วนได้เสียในชุมชนนั้น จำเป็นต้องใช้กระบวนการศึกษาวิจัยชุมชน ที่ผ่านมา กระบวนการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับชุมชนเน้นวิธีตามหลักการมานุษยวิทยา (ethnography) และวิธีการ ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) อย่างไรก็ตามปัจจุบัน ได้มีกระบวนการวิจัยที่เกี่ยวข้อง กับชุมชนด้วยวิธีการที่หลากหลาย (อมรวิรัช นาคทรพร และคณะ, 2551, หน้า 34 - 35) เช่น

1. การวิจัยเกี่ยวกับชุมชนแบบ “ชาติพันธุ์วรรณา” (Ethnography) เป็นการศึกษาที่ เน้นการบรรยายถึงวิธีการดำเนินชีวิต วัฒนธรรม ความเชื่อ ไปของกลุ่มคน ชุมชน หรือสังคมใด สังคมหนึ่ง โดยผู้วิจัยในลักษณะนี้มักจะ “ฝังตัว” เข้าไปในชุมชน หรือสังคมนั้น ๆ เพื่อให้ได้ เข้าใจ ได้เห็นภาพที่แท้จริงของสังคมนั้นดังกล่าว ลักษณะที่สำคัญของงานวิจัยดังกล่าวนี้จึงเน้น “เล่า เรื่อง”

2. การวิจัยเกี่ยวกับชุมชนแบบ “ปรากฏการณ์นิยม” (Phenomenology) เป็นการศึกษา เพื่อเน้นที่ความเข้าใจเกี่ยวกับอารมณ์ ความรู้สึกของมนุษย์ที่มีต่อปรากฏการณ์ต่าง ๆ งานลักษณะ นี้จึงเน้นถึงความเข้าใจเข้าถึงจิตใจของผู้ที่ถูกศึกษา ซึ่งเหมาะกับการศึกษาคน หรือกลุ่มคนที่มี ลักษณะเฉพาะ โดยใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก เช่น การศึกษาประสบการณ์การเจ็บป่วย หรือ ความทุกข์ทรมานจากโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ

3. การวิจัยเกี่ยวกับชุมชนแบบ “ทฤษฎีจากข้อมูลฐานราก” (Grounded Theory) เป็น การศึกษาเพื่ออธิบายและหาข้อมูลเชิงทฤษฎีเกี่ยวกับกระบวนการทางสังคม ซึ่งเป็นแนวคิดทาง สังคมวิทยา เน้นการเข้าไปสังเกตหรือสัมภาษณ์ผู้คนจำนวนมากในเหตุการณ์เพื่อปะติดปะต่อเป็น กระบวนการสังคมของเหตุการณ์ที่ศึกษาและนำไปสู่ข้อสรุปที่ศึกษา

4. การวิจัยเกี่ยวกับชุมชนแบบอื่น ๆ เช่น

4.1 การวิเคราะห์วาทกรรม (Discourse Analysis) เป็นการศึกษาปฏิสัมพันธ์ทางการภาษาระหว่างบุคคล โดยเชื่อว่า สภาพทางสังคมหรือชุมชนเป็นสิ่งที่สร้างขึ้น และภาษาเป็นระบบหนึ่งที่บ่งบอกถึงสภาพทางสังคม เป็นศูนย์กลางในการสร้างสรรค์สังคม ภาษาจะมีคุณค่าในตัว และ วาทกรรมทางการพัฒนาชุมชนจะแฝงด้วยความจริงที่สร้างขึ้น ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับ อำนาจ การเมือง การต่อสู้ ผลประโยชน์ ฯลฯ

4.2 อัตชีวประวัติ และ เรื่องเล่า (Live narrative & Autoethnography) เป็นการศึกษาที่เน้นการเล่าเรื่องหรือสะท้อนมุมมองความรู้สึกนึกคิดของบุคคลซึ่งมีต่อโลก ซึ่งมักสะท้อนภาพระหว่างคนที่ถูกกดขี่กับคนกดขี่ หรือเน้นการเล่าเรื่องจากชุมชนกลุ่มเฉพาะ (aggregate) เน้นการเล่าเรื่องในระดับแคบ ๆ เรื่องเล่าเล็ก ๆ ในชุมชนหรือบุคคล

4.3 การศึกษาชาติพันธุ์วรรณาเชิงคุณภาพ (Qualitative Ethnology) เป็นการศึกษาเพื่อจำแนกพฤติกรรมมนุษย์ต่าง ๆ ออกมาเป็นรายละเอียด

นอกจากนี้ อมรวิรัช นาคทรพร และคณะ (2551) ยังได้จำแนกงานวิจัยด้านการศึกษากับชุมชนเป็น 3 ลักษณะที่มีความเกี่ยวข้องกัน ดังนี้

1. การวิจัยเชิงประเมินสถานการณ์ ได้แก่ งานวิจัยระยะเริ่มต้นของงานพัฒนาที่เน้นการศึกษาสภาพชุมชน เพื่อการวิเคราะห์สถานการณ์ ประเมินความต้องการ ก่อนที่จะมีการสังเคราะห์ประเด็นการพัฒนาและวางแผน โครงการพัฒนาในระดับปฏิบัติการ (local action program) ที่มีความจำเพาะแต่ละท้องถิ่นต่อไป การวิจัยลักษณะนี้สามารถใช้เป็นแนวคิดเกี่ยวกับสถานะพื้นฐานของชุมชน และ โรงเรียน ตลอดจนศึกษากระบวนการทำงานร่วมกันระหว่างโรงเรียนกับชุมชน เป็นการศึกษาที่เน้นปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ อย่างเป็นองค์รวม (Holistic)
2. การวิจัยเชิงพัฒนาขั้นต้น ได้แก่ งานวิจัยที่ดำเนินการควบคู่ไปหลังจากได้มีการเริ่มโครงการพัฒนาในชุมชนขึ้น เน้นการศึกษาระบวนการทำงานร่วมกันระหว่าง โรงเรียนและชุมชน โดยจะวางกรอบการวิจัยให้ครอบคลุมปัจจัยเกี่ยวกับสถานะและกระบวนการทำงานต่าง ๆ ในชุมชน การวิจัยลักษณะนี้เน้นการศึกษาปัจจัย เงื่อนไขที่ส่งเสริมหรือกีดขวางการดำเนินโครงการพัฒนาที่ริเริ่มขึ้นแล้วนั้น
3. การวิจัยเชิงพัฒนาระยะต่อเนื่อง ได้แก่ งานวิจัยที่เกิดขึ้นหลังมีงานพัฒนาผ่านระยะหนึ่งแล้ว จนถึงระยะที่หวังผลในระดับปฏิบัติการที่เป็นรูปธรรม เน้นการเจาะลึกในกระบวนการ

ทำงาน รวมทั้งการวิจัยในแนวคิดตามประเมินผลเพื่อให้ได้ข้อมูลที่จะเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงงานในโครงการพัฒนาต่อไป

โดยงานวิจัยทั้ง 3 มีจุดมุ่งหมายร่วมกันที่สำคัญ 2 ประการ คือ 1) มุ่งงานพัฒนาชุมชน 2) มุ่งสร้างกระบวนการชุมชนที่มีพลังในการเรียนรู้และแก้ปัญหาด้วยตนเองในระยะยาว จากลักษณะดังกล่าวงานวิจัยทั้ง 3 ลักษณะจะค่อนข้างใช้การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research) โดยเปิดโอกาสให้ชุมชนได้มีส่วนในการเรียนรู้และแก้ปัญหาร่วมกันของคนในชุมชนเอง

ในการศึกษาประเมินภาวะสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงต่อประ โยชน์ในการเสนอนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพของเด็กวัยเรียนนี้เน้นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยสร้างการเรียนรู้ร่วมกันเกี่ยวกับปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อภาวะสุขภาพเด็กวัยเรียน เพื่อเป็นแนวทางให้ชุมชนได้มีการกำหนดนโยบาย หาแนวทางการทำงานเพื่อการแก้ไขปัญหาของชุมชนด้วยตนเองต่อไป ใช้การวิจัยเชิงประเมินสถานการณ์ที่เป็นอยู่โดยศึกษาข้อมูลจากบุคคลที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ หลายคนแล้วหาข้อสรุปของภาวะสุขภาพตามความคิดเห็นของผู้แทนสถาบันต่าง ๆ ในชุมชน และสะท้อนข้อมูลสถานการณ์ที่ได้ เพื่อเป็นข้อเสนอ หรือเป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพของเด็กวัยเรียนในชุมชนนั้น ๆ ต่อไป