

กระบวนการทัศน์ใหม่ของการสื่อสารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของประชาสังคม



นางสาวรังสิมา นิโบล

สถาบันวิทยบริการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโทสาขาสถาปัตยกรรมศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาสถาปัตยกรรมศาสตร์ ภาควิชาสถาปัตยกรรมศาสตร์และสื่อสารการแสดงผล


คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2547

ISBN 974-53-1020-4

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

NEW COMMUNICATION PARADIGM FOR HEALTH PROMOTION OF CIVIC SOCIETY



MISS RANGSIMA NILOBOL

สถาบันวิทยบริการ

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Arts (Communication Arts) Program in Speech Communication

Department of Speech Communication and Performing Arts

Faculty of Communication Arts

Chulalongkorn University

Academic Year 2004

ISBN 974-53-1020-4

หัวข้อวิทยานิพนธ์ กระบวนทัศน์ใหม่ของการสื่อสารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของประชาสังคม
โดย นางสาวรังสิมา นิโบล
สาขาวิชา วาทยวิทยา
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ถิรนนท์ อนวัชศิริวงศ์

คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์เล่มนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโทบริหารธุรกิจ

.....คณะบดีคณะนิเทศศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร. พีระ จิรโสภณ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ อวยพร พานิช)

.....อาจารย์ที่ปรึกษา
(รองศาสตราจารย์ ถิรนนท์ อนวัชศิริวงศ์)

.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ เมตตา วิวัฒนานุกูล)

สถาบันวิทยุและโทรทัศน์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รังสิมา นิโบล : กระบวนทัศน์ใหม่ของการสื่อสารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของประชาสังคม.

(NEW COMMUNICATION PARADIGM FOR HEALTH PROMOTION OF CIVIC

SOCIETY) อ.ที่ปรึกษา : รศ. ถิรนนท์ อนวัชศิริวงศ์, 250หน้า. ISBN 974-53-1020-4.

งานวิจัยเรื่อง “กระบวนทัศน์ใหม่ของการสื่อสารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของประชาสังคม” เป็นงานวิจัยที่เน้นระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการวิจัยเอกสารเป็นหลัก (Documentary Research) ซึ่งข้อมูลหลักในการวิเคราะห์ได้จากงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ตั้งแต่ปี พ.ศ.2539-2546 ที่อยู่ในขอบเขตงานวิจัยครั้งนี้ทั้งสิ้น 28 เรื่อง และข้อมูลระดับรองได้จากบทคัดย่อวิทยานิพนธ์ปริญญาโทศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตั้งแต่ปี พ.ศ.2524-2545 ที่อยู่ในขอบเขตงานวิจัยครั้งนี้ทั้งสิ้น 28 เรื่อง นำมาวิเคราะห์ตามวัตถุประสงค์ในการวิจัย 4 ประการคือ (1) เพื่อศึกษาภาพรวมของกระบวนทัศน์ใหม่ของการสื่อสารเพื่อสุขภาพ (2) เพื่อศึกษาพัฒนาการของการใช้แนวทางประชาสังคมในการสร้างเสริมสุขภาพ (3) เพื่อค้นหาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสื่อสารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของประชาสังคม (4) เพื่อแสวงหาแนวทางในการสื่อสารของประชาสังคมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ

ผลการวิจัยมีดังต่อไปนี้

การสื่อสารของประชาสังคมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพในกระบวนทัศน์ใหม่มีเป้าหมายเพื่อการเรียนรู้ร่วมกัน และพัฒนากระบวนการสื่อสารของประชาคมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ โดยการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างกันในกลุ่มชนประชาสังคม และระหว่างเครือข่าย ซึ่งก่อให้เกิดความร่วมมือและกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันในการปรับเปลี่ยนแนวคิด ทักษะ และพฤติกรรมสุขภาพเพื่อสร้างสุขภาพะ เน้นการมองปัญหาสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม การมีส่วนร่วมในกระบวนการสื่อสารเพื่อการเรียนรู้และพัฒนาศักยภาพของสมาชิกในกลุ่มชนให้เป็นผู้ที่มีความสามารถในการสื่อสาร ผ่านประเด็นปัญหา ความทุกข์ยาก หรือความสำเร็จที่เป็นรูปธรรมของกิจกรรมที่เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ ด้วยกลไกการสื่อสารที่ชุมชนมีอยู่หรือพัฒนาขึ้นมาเอง ใช้สื่อต่างๆ เป็นกลไกในการกระตุ้นเตือน ให้เกิดความตระหนัก เรียนรู้ และสร้างการเปลี่ยนแปลง ตลอดจนเชื่อมโยงและเสริมสร้างศักยภาพของสมาชิกในกลุ่มชน ให้เป็นศักยภาพของประชาสังคมโดยรวมในการจัดการกับปัญหาสุขภาพ และทำให้ประเด็นเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพเป็นวิถีชีวิตของคนในกลุ่มชนประชาสังคมที่ได้รับความสนใจ ตระหนักถึง และมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพะของตนเองและชุมชนประชาสังคม

แนวทางการสื่อสารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของประชาสังคมในกระบวนทัศน์ใหม่เป็นการสื่อสารที่มีลักษณะของการสื่อสารสองทาง และมีกรรมผสมผสานกันอย่างลงตัวระหว่างการสื่อสารในแนวราบและแนวตั้ง โดยเปิดโอกาสให้ชุมชนประชาสังคมได้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการสื่อสารอย่างอิสระ และส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างสมาชิกในกลุ่มชน และระหว่างเครือข่ายประชาสังคม ซึ่งในการผลิตเนื้อหา การเลือกใช้สื่อและกลยุทธ์ต่างๆในกระบวนการสื่อสารนั้น ต้องมีการวิเคราะห์ผู้รับสาร รวมถึงบริบททางสังคม วัฒนธรรม และวิถีชีวิตของผู้รับสาร พิจารณาเลือกใช้สื่อต่างๆที่มีอยู่ในชุมชนประชาสังคมอย่างผสมผสาน เพื่อเสริมข้อเด่นและลดข้อด้อยของสื่อแต่ละประเภทที่มีแตกต่างกันไป อันจะทำให้กระบวนการสื่อสารที่เกิดขึ้นนั้นเป็นที่ยอมรับ สามารถตอบสนองความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย และส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพของชุมชนประชาสังคมได้

ภาควิชาวาริชิตวิทยาและสื่อสารมวลชนแสดง ลายมือชื่อนิติ.....
สาขาวิชาวาริชิตวิทยา ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....
ปีการศึกษา...2547.

4685108928 : MAJOR SPEECH COMMUNICATION

KEY WORD: COMMUNICATION PARADIGM / HEALTH PROMOTION / HEALTH COMMUNICATION / CIVIC SOCIETY

RANGSIMA NILOBOL : NEW COMMUNICATION PARADIGM FOR HEALTH PROMOTION OF CIVIC SOCIETY. THESIS ADVISOR : ASSOC. PROF. TIRANUN ANAWASHSIRIWONGSE , 250 pp. ISBN 974-53-1020-4.

This research is qualitative, conducted by documentary research from 28 Health Systems Research Institute's studies during 1996-2003 and 178 theses of Faculty of Communication Arts, Chulalongkorn University, during 1981-2002. The purposes of this research are: to study the new communication paradigm, evolution of civic society concept, factors influencing communication of civic society and tendency of communication of civic society in promoting health. The findings of research are as follows:

The objectives of the communication for health promotion of civic society in the new paradigm are to develop and shared learning by action, to improve community relationship through civic society process, and to strengthen the ties between civic society network to produce cooperation and learning process that brings about changes in health concept and health behavior of people in civic society. In the process of civic society's health communication promotion, the issue of "holistic approach" is exercised and focused. The powerful communication to promote health agenda needs participation from all of social parts in communication process, which should start from their common health problems and interested public issues.

The tendency of effective communication is 2-way communication with balanced combination of horizontal, and vertical, with upward and downward communication, including more open opportunities for people to participate in health communication process. The civic society under study tended to improve their experience in helping individuals, families, and communities affected by health problems through their own community relationship and civic society mechanism.

Resulting from civic society's communication for health promotion, this process led to great benefit for people in civic society as it increased the opportunity for people to participate more during the developmental stage, broadened their understanding towards health problems, motivated people to help one another in determining their own appropriate means to solve their health problems and found their own ways for health promotion as well. Accordingly, what were witnessed are their learning process, increased knowledge, and changed attitude and behavior towards health promotion.

Department ~~Speech Communication and Performing Arts~~. Student's signature.....

Field of study ~~Speech Communication~~.... Advisor's signature.....

Academic year 2004

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์เรื่อง “กระบวนการทัศน์ใหม่ของการสื่อสารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของประชาสังคม” เล่มนี้ สำเร็จได้ด้วยความช่วยเหลือจากบุคคลและหน่วยงานต่างๆ ซึ่งผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ รศ. อวยพร พานิช (ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์) รศ. ถิรนนท์ อนุวัชศิริวงศ์ (อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์) รศ. เมตตา วิวัฒน์านุกุล (กรรมการสอบวิทยานิพนธ์) ที่กรุณาให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะ และตรวจแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ในการวิจัยด้วยความเอาใจใส่ในศิษย์เป็นอย่างยิ่ง รวมถึงคณะครูอาจารย์จากภาควิชาวาทยวิทยาและสื่อสารการแสดง คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทุกๆท่าน ที่ได้ให้ความรู้และคำแนะนำในการศึกษาตลอดระยะเวลา 2 ปีที่ผู้วิจัยได้ศึกษาในระดับปริญญาโท อันเป็นพื้นฐานความรู้สำคัญในการทำวิทยานิพนธ์เล่มนี้ และคณะครูอาจารย์จากคณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ให้วิชาความรู้ในระดับปริญญาตรี ซึ่งช่วยให้ผู้วิจัยสามารถนำประเด็นด้านสุขภาพที่ได้เรียนรู้มาใช้ในงานวิทยานิพนธ์เล่มนี้ได้

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ที่เอื้อเพื่อการผลิตและเผยแพร่ผลงานวิจัยที่เปี่ยมด้วยคุณภาพสำหรับสังคมไทย ซึ่งผู้วิจัยได้ดาวน์โหลดงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ของ สวรส. มาใช้ในงานวิจัยเล่มนี้ทั้งสิ้น 28 เรื่อง

คณะนิสิตระดับปริญญาโทนิเทศศาสตรมหาบัณฑิตที่ได้ศึกษาทำวิทยานิพนธ์ด้านการสื่อสารเพื่อสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยได้นำบทคัดย่อมาใช้ในงานวิจัยเล่มนี้ทั้งสิ้น 178 เรื่อง

ห้องสมุดคณะนิเทศศาสตร์และสถาบันวิทยบริการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่เอื้อเพื่อสถานที่และให้บริการข้อมูลความรู้ทางวิชาการต่างๆ ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้เป็นสถานที่ในการสืบค้นบทคัดย่อวิทยานิพนธ์และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่างๆ มากมายสำหรับงานวิจัยเล่มนี้

คุณแม่อร่ามศรี เตี้ยประเวศ คุณปิยวรรณพี่สาว คุณวัชรระนองชาย เพื่อนๆ พี่ๆ น้องๆ จากโรงพยาบาลรามาริบัติและโรงพยาบาลพญาไท2 เพื่อนๆ จากโรงเรียนสตรีศรีรัตนางบางเขน เพื่อนๆ จากโรงเรียนกุนนที่รัฐธรรมวิทยาคม เพื่อนๆ จากคณะเภสัชศาสตร์ จุฬาฯ และเพื่อนพี่น้องนิสิตภาควาทยวิทยาทุกคนที่เอื้อเพื่อเกื้อหนุนกำลังใจให้กับผู้วิจัยในการต่อสู้กับความเหน็ดเหนื่อยย่อท้อ ระหว่างการทำวิทยานิพนธ์เล่มนี้จนงานสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช

บทที่

1. บทนำ.....	1
1.1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	9
1.3. ขอบเขตของการวิจัย.....	10
1.4. คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	10
1.5. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	12
2. แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	14
2.1. แนวคิดเกี่ยวกับเครือข่ายการสื่อสาร.....	14
2.2. กระบวนทัศน์เรื่องของการสื่อสารเพื่อการพัฒนา.....	24
2.3. แนวคิดเรื่องของการสื่อสารชุมชน และการสื่อสารแบบมีส่วนร่วม.....	34
2.4. แนวคิดเรื่องกลยุทธ์การสื่อสาร.....	40
2.5. แนวคิดเกี่ยวกับประชาสังคมร่วมสมัย.....	42
2.6. แนวคิดเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพ.....	53
2.7. แนวคิดเรื่องของการสื่อสารเพื่อสุขภาพ.....	64
2.8. แนวคิดเกี่ยวกับกลุ่ม.....	72
2.9. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	81
3. ระเบียบวิธีวิจัย.....	87
3.1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	88
3.2. เครื่องมือในการวิจัย.....	89

3.3. การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	90
3.4. การวิเคราะห์ข้อมูล.....	90
4. ผลการวิจัย.....	91
4.1. วัตถุประสงค์การวิจัยข้อ1.....	92
4.1.1. ส่วนที่1 ผลจากวิทยานิพนธ์.....	92
4.1.2. ส่วนที่2 ผลจากงานวิจัย สวรรส.	131
4.2. วัตถุประสงค์การวิจัยข้อ2.....	160
4.3. วัตถุประสงค์การวิจัยข้อ3.....	198
4.3.1. ส่วนที่1 ผลจากวิทยานิพนธ์.....	198
4.3.2. ส่วนที่2 ผลจากงานวิจัย สวรรส.	206
4.4. วัตถุประสงค์การวิจัยข้อ4.....	214
5. สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	227
5.1. สรุปและอภิปรายผลวัตถุประสงค์ข้อ1.....	227
5.2. สรุปและอภิปรายผลวัตถุประสงค์ข้อ2.....	231
5.3. สรุปและอภิปรายผลวัตถุประสงค์ข้อ3.....	237
5.4. สรุปและอภิปรายผลวัตถุประสงค์ข้อ4.....	239
5.5. ข้อเสนอแนะ.....	244
6. รายการอ้างอิง.....	246
7. ภาคผนวก.....	252

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1. ตารางแสดงคุณลักษณะที่ต่างกันระหว่างกระบวนทัศน์ Dominant และ Alternative Paradigm.....	32
2. ตารางแสดงการเปรียบเทียบองค์ประกอบของการพัฒนาและ การสื่อสารระหว่าง Dominant และ Alternative Paradigm.....	33
3. ตารางแสดงวิวัฒนาการของกระบวนทัศน์การพัฒนาในประเทศไทย.....	33
4. ตารางแสดงความแตกต่างระหว่างกระบวนทัศน์ ด้านสุขภาพแบบดั้งเดิม กับกระบวนทัศน์สุขภาพแบบใหม่.....	53
5. ตารางแสดงความแตกต่างระหว่างทฤษฎีเก่าและทฤษฎีใหม่ทางการแพทย์.....	54
6. ตารางแสดงความแตกต่างระหว่างการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่กับแบบดั้งเดิม.....	61
7. ตารางแสดงปริมาณคิดเป็นร้อยละของวิทยานิพนธ์ โดยเปรียบเทียบงานที่ศึกษาด้วยวิธีวิจัยเชิงปริมาณกับวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ.....	106
8. ตารางแสดงปริมาณคิดเป็นร้อยละของวิทยานิพนธ์ที่ศึกษาในประเด็นการเปิดรับสื่อ.....	109
9. ตารางแสดงปริมาณคิดเป็นร้อยละของวิทยานิพนธ์ที่ศึกษาในประเด็นประสิทธิผลของสื่อ..	111
10. ตารางแสดงปริมาณคิดเป็นร้อยละของวิทยานิพนธ์ที่ศึกษาในประเด็น พฤติกรรมการแสวงหาข่าวสารและพฤติกรรมการสื่อสารของกลุ่มเป้าหมาย.....	113
11. ตารางสรุปแสดงปริมาณคิดเป็นร้อยละของวิทยานิพนธ์ที่ศึกษา ในประเด็นที่พบมาก 3 ประเด็น.....	114
12. ตารางแสดงปริมาณคิดเป็นร้อยละของวิทยานิพนธ์ โดยเปรียบเทียบระหว่างการศึกษากลุ่มตัวอย่างประเภทต่างๆ.....	115
13. ตารางแสดงปริมาณคิดเป็นร้อยละของวิทยานิพนธ์ โดยเปรียบเทียบระหว่างการศึกษาในลักษณะตัวแปรต่างๆ.....	116
14. ตารางแสดงปริมาณคิดเป็นร้อยละของวิทยานิพนธ์ โดยเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่ที่ใช้ในการศึกษา.....	117
15. ตารางแสดงปริมาณคิดเป็นร้อยละของวิทยานิพนธ์ที่ศึกษาสื่อมวลชน.....	118
16. ตารางแสดงปริมาณคิดเป็นร้อยละของวิทยานิพนธ์ที่ศึกษาสื่อเฉพาะกิจ.....	120
17. ตารางแสดงปริมาณคิดเป็นร้อยละของวิทยานิพนธ์ที่ผ่านเกณฑ์ ที่ศึกษาสื่อพื้นบ้าน.....	121

18. ตารางแสดงปริมาณคิดเป็นร้อยละของวิทยานิพนธ์ โดยเปรียบเทียบงานที่ศึกษาสื่อบุคคลประเภทต่างๆ.....	125
19. ตารางแสดงปริมาณคิดเป็นร้อยละของวิทยานิพนธ์ที่ศึกษาสื่อผสม.....	125
20. ตารางสรุปปริมาณคิดเป็นร้อยละของวิทยานิพนธ์ที่ศึกษาสื่อประเภทต่างๆ.....	126
21. ตารางแสดงปริมาณคิดเป็นร้อยละของวิทยานิพนธ์ เปรียบเทียบระหว่างทิศทางการสื่อสารแบบต่างๆ.....	127
22. ตารางแสดงปริมาณคิดเป็นร้อยละของวิทยานิพนธ์ เปรียบเทียบระหว่าง เนื้อหาเรื่องสุขภาพในมิติทางกายและเนื้อหาสุขภาพแบบองค์รวม.....	127
23. ตารางแสดงประชาสังคมที่มีเป้าหมายเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม.....	170
24. ตารางแสดงประชาสังคมที่มีเป้าหมายเพื่อการเปลี่ยนแปลง สิ่งแวดล้อมทางสังคมและกายภาพ.....	173
25. ตารางแสดงประชาคมที่มีเป้าหมายเพื่อการรวมกลุ่มช่วยเหลือกันเอง (กลุ่มผู้ที่มีปัญหาสุขภาพร่วมกัน).....	178
26. ตารางแสดงประชาคมที่มีเป้าหมายเพื่อการดูแลส่งเสริมสุขภาพ.....	184
27. ตารางแสดงรูปแบบประชาคมที่มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาองค์กร ประชาคมวิชาชีพด้านสุขภาพ.....	186
28. ตารางแสดงประชาสังคมที่มีเป้าหมายเพื่อการพึ่งพาตนเอง และพัฒนาเครือข่าย ในระดับตำบล อำเภอ และจังหวัด.....	189
29. ตารางสรุปแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของการศึกษาการสื่อสาร ในประเด็นสุขภาพตามกระบวนทัศน์ใหม่.....	228

สารบัญภาพ

ภาพประกอบ

หน้า

1. ภาพแสดงกรอบแนวคิดของภาพรวมการก่อตัวของประชาสังคมไทย.....47
2. ภาพแสดงความสัมพันธ์ของการส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม.....55
3. ภาพแสดงแบบจำลองการสื่อสารเพื่อสุขภาพ (HCM).....67
4. ภาพแสดงการสื่อสารเพื่อรับข้อมูลข่าวสารของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว.....152



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การพัฒนาประเทศในระยะที่ผ่านมาทำให้เกิดการขยายตัวทางเศรษฐกิจอย่างต่อเนื่อง มีการติดต่อสื่อสาร และการคมนาคมที่รวดเร็ว ตั้งแต่ปี 2540 เป็นต้นมา ประเทศได้ประสบกับภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจอย่างรุนแรง ซึ่งส่งผลกระทบต่อชีวิต การดำรงชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งต่อ สถานะสุขภาพ พฤติกรรมอนามัย และรูปแบบความต้องการบริการสาธารณสุขของประชาชน โดยรวม ซึ่งแนวโน้มของปัญหาสาธารณสุขของคนไทย สรุปได้ดังนี้

- a) คนไทยจะมีอายุยืนยาวขึ้น จึงทำให้โรคที่เป็นในผู้สูงอายุพบได้มากขึ้น เช่น โรคข้อเสื่อม กระดูกเสื่อม โรคเบาหวาน โรคของระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น ซึ่งหากผู้ป่วยเหล่านี้ ไม่มีการป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพอย่างเหมาะสมแล้ว ประชาชนก็จะมีชีวิตอยู่อย่างไม่มีคุณภาพเท่าที่ควร
- b) ปัญหาสุขภาพบางอย่างมีแนวโน้มลดลง เช่น โรคขาดสารอาหารในเด็กวัยก่อนเรียน โรคขาดสารไอโอดีน โรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน เช่น คอตีบ ไอกรน โปลิโอ เป็นต้น
- c) ปัญหาสุขภาพบางอย่างยังคงเป็นปัญหาต่อไป เช่น โรคอุจจาระร่วง ไข้เลือดออก โรคติดเชื้อ โรคของระบบทางเดินหายใจ เป็นต้น
- d) ปัญหาสุขภาพบางอย่างมีแนวโน้มสูงขึ้น ได้แก่ อุบัติเหตุและความรุนแรงต่างๆ เช่น การฆ่ากันตาย การฆ่าตัวตาย อุบัติเหตุยานยนต์ โรคเอดส์ แม้ว่าอุบัติการณ์ในการเกิดโรคจะลดลง เพราะประชาชนตื่นตัวมากขึ้น แต่ผลกระทบต่อสตรีและเด็กยังคงเป็นปัญหาอยู่ เช่น เด็กป่วยเป็นเอดส์ เด็กกำพร้าเมื่อพ่อแม่เสียชีวิต ผู้สูงอายุไม่มีผู้ดูแล ซึ่งปัญหาเหล่านี้จะเป็นปัญหาสำคัญของสังคม
- e) ปัญหาการอพยพ ย้ายถิ่น การไปมาหาสู่กันระหว่างประเทศ ทำให้เกิดโรคระบาดทั้ง

เก่าและใหม่ เช่น โรคเท้าช้าง โรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน โรคอหิวาต์ อีโบลา กาฬโรค ไข้หวัดนก เป็นต้น

- f) ปัญหามลพิษจากสิ่งแวดล้อม เช่น ควันพิษ น้ำเสีย อากาศเป็นพิษ ฝุ่นละออง สารเคมีปนเปื้อนในอากาศ น้ำ พืชผัก ผลไม้ เป็นต้น ก่อให้เกิดโรคต่างๆ ได้แก่ โรคภูมิแพ้ โรคหอบหืด โรคหลอดเลือดอักเสบเรื้อรัง และมะเร็งบางชนิดเพิ่มมากขึ้น
- g) ชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนเกิดความตึงเครียดมากขึ้น วิถีชีวิตที่ต้องต่อสู้ดิ้นรนเพื่อทำมาหากินภายใต้ภาวะวิกฤติทางเศรษฐกิจ และทำให้คุณภาพชีวิตด้อยลง เกิดปัญหาสุขภาพจิต การแพร่ระบาดของยาเสพติด การติดสุราและบุหรี่ การใช้ความรุนแรง เป็นต้น
- h) นอกจากนี้ในปัจจุบันลักษณะของโรคที่เป็นปัญหาของประเทศ ได้เปลี่ยนไปจากโรคที่เกิดจากความยากจน เช่น โรคระบบทางเดินอาหาร ภาวะโภชนาการ มาเป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรม สิ่งแวดล้อม เช่น โรคหัวใจ โรคมะเร็ง อุบัติเหตุ และโรคเอดส์มากยิ่งขึ้น ซึ่งโรคต่างๆ เหล่านี้ล้วนต้องใช้เวลาและเงินจำนวนมากในการรักษา และมีการลงทุนทั้งทางด้านบุคลากรและเครื่องมือสูง แต่มีผลต่อผู้ป่วยน้อย หรือบางรายก็รักษาไม่ได้ เช่น โรคเอดส์ เป็นต้น

จากการศึกษาของธนาคารโลก พบว่า การใช้จ่ายด้านสาธารณสุขที่มีผลตอบแทนต่อการลงทุนสูง ได้แก่ การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ แต่การจัดสรรงบประมาณประเทศไทยส่วนใหญ่ มักจะเน้นในเรื่องการรักษาพยาบาลที่มีผลตอบแทนต่อการลงทุนต่ำ ส่วนการลงทุนด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมีสัดส่วนที่น้อยกว่า ดังจะเห็นได้จากการจัดสรรงบประมาณด้านสาธารณสุขของรัฐในปี พ.ศ.2536-2539 ได้ให้กับการรักษาพยาบาลเป็น 2 เท่าของการส่งเสริมและป้องกันโรค และยังพบว่าประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับสุขภาพสูงกว่าประเทศมาเลเซีย อินโดนีเซีย ฟิลิปปินส์ และศรีลังกา แต่กลับได้รับผลตอบแทนทางสุขภาพต่ำกว่า ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การใช้จ่ายด้านสาธารณสุขของประเทศไทยยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร (เยาวลักษณ์ และคณะ, 2543: อ้างถึงใน พลเดช ปิ่นประทีป และคณะ, 2545)

จะเห็นได้ว่า นโยบายด้านสุขภาพของรัฐที่ผ่านมาในอดีต เป็นนโยบายที่มุ่งเน้นการรักษาเป็นหลัก ใช้ยุทธศาสตร์เชิงตั้งรับ คือรอให้เจ็บป่วยก่อนแล้วจึงไปรักษาที่โรงพยาบาล ยังขาดการใช้ยุทธศาสตร์ในเชิงรุก คือ ทำอย่างไรจึงจะไม่ให้คนเจ็บป่วย ดังนั้นการแก้ไขปัญหาคือ จะต้องมีการปรับยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพของประเทศ จากยุทธศาสตร์ตั้งรับ เป็นยุทธศาสตร์เชิงรุกอันจะนำไปสู่การสร้างสุขภาพดี ซึ่งการสร้างสุขภาพที่ดี ถือเป็นบทบาทของประชาชนทุกคน และต้องมีการส่งเสริมให้ประชาชนทุกคนมีทักษะในการสร้างเสริมสุขภาพ

การสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion) ในท่ามกลางกระแสของการปฏิรูปสุขภาพนั้น ถือว่าเป็นยุทธศาสตร์หนึ่งของระบบสุขภาพเชิงรุก เพื่อสามารถจัดการ หลีกเลี่ยงหรือป้องกันปัญหาสุขภาพที่มีความหลากหลายและซับซ้อนมากยิ่งขึ้นทุกขณะได้ ตลอดจนการพยายามมุ่งเน้นการจัดการระบบสุขภาพในด้านการเสริมสร้างสมรรถนะการพึ่งพาตนเองในระดับบุคคล ชุมชน และสังคม ไปพร้อมๆ กันด้วย

อย่างไรก็ตาม คำว่า “สุขภาพ” ในความหมายที่สมบูรณ์จะไม่จำกัดเฉพาะการ “ไม่ป่วย” เท่านั้น แต่ยังครอบคลุมถึงมิติต่างๆ ในการดำรงชีวิตที่นำไปสู่การอยู่ดีมีสุข ทั้งทางกาย ใจ และสังคมของประชาชนในประเทศนั้นๆ สุขภาพจึงถือเป็นระบบหนึ่งของทั้งประเทศที่มีความสำคัญพอๆ กับระบบการเมือง การปกครอง ระบบการเงินการคลัง ระบบการศึกษา และอีกหลายๆ ระบบ ที่รวมประกอบกันเป็นประเทศ โดยระบบสุขภาพจะเป็นตัวชี้วัดตัวหนึ่งที่สามารถแสดงให้เห็นถึงศักยภาพความเข้มแข็งและความเจริญของชาตินั้นๆ

ในด้านการรณรงค์นั้น คำว่า “การสร้างเสริมสุขภาพ” เป็นคำศัพท์ที่มีรากฐานมาจากคำว่า การส่งเสริมสุขภาพ ที่มักจะมุ่งเน้นบทบาทของภาครัฐในการส่งเสริมกิจกรรมการรณรงค์ด้านสุขภาพในฐานะที่เป็นกิจกรรมหลัก ในขณะที่การสร้างเสริมสุขภาพจะสะท้อนให้เห็นถึงระบบการส่งเสริมสุขภาพในลักษณะที่มุ่งเน้นการก่อตัวของ **ประชาคมสุขภาพ (Health Community)** ในฐานะกลไกหลักเพื่อผลักดันให้เกิดกระแสการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน หรือสังคมขึ้น ดังนั้นการสร้างเสริมสุขภาพจึงถือเป็นยุทธศาสตร์เชิงรุก เพื่อการสร้างสุขภาพดี โดยอาศัยพลังการขับเคลื่อนทางสังคมจากทุกส่วนทุกระดับของสังคม เพื่อการมีส่วนร่วมในการสร้างสุขภาพ ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน ประชาสังคม เครือข่าย องค์กรและนโยบาย

ปัจจุบัน กิจกรรมเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ ถือได้ว่าเป็นกิจกรรมด้านหนึ่งที่พยายามจะใช้สื่อมวลชนเป็นเครื่องมือในการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของประชาชน ในเชิงป้องกัน บำบัด รักษา และฟื้นฟู ตลอดจนพยายามโน้มนำประชาชนให้เกิดความตระหนักถึงประเด็นปัญหาด้านสุขภาพ ใส่ใจดูแลสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ ดังที่เราจะเห็นได้จากข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยปรากฏในสื่อมวลชนแขนงต่างๆ ในรูปของข่าว สารคดี บทความ โฆษณา รายการบันเทิง กิจกรรมรณรงค์ต่างๆ เป็นต้น แต่ในขณะเดียวกันก็มีนักวิชาการและนักปฏิบัติการบางกลุ่มอาจมองบทบาทของสื่อมวลชนในด้านลบโดยไม่เชื่อว่าสื่อมวลชนจะสามารถเป็นพลังที่สำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพได้อย่างแท้จริง แต่กลับมองว่า สื่อมวลชนทำหน้าที่ได้เพียงในระดับการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารในวงกว้าง การกระตุ้นการรับรู้ ความตระหนักต่อเนื้อหาสาระด้านสุขภาพที่น่าเสนอ และบรรยากาศแห่งการเปลี่ยนแปลงเท่านั้น สื่อมวลชนมีข้อจำกัดจำนวนมากในการสร้างเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะการกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงพฤติกรรมของบุคคลหรือสมาชิกในสังคม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเป็นกระบวนการที่จำเป็นต้องอาศัยการสื่อสารแบบสองทาง ผ่านช่องทางอื่นๆ เช่น บุคคล กิจกรรม ตลอดจนอาศัยมาตรการเชิงระบบต่างๆร่วมด้วย

การสื่อสาร นับได้ว่าเป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ ที่ใช้เป็นเครื่องมือ และเป็นกลยุทธ์สำคัญในวิถีชีวิตของมนุษย์ทุกคน ไม่ว่าจะในสังคมใดก็ตามจำเป็นอย่างยิ่งที่สมาชิกในสังคมนั้นๆจะต้องมีการติดต่อสื่อสาร ถ่ายทอด แลกเปลี่ยนความรู้ ความเชื่อ ทักษะคิด วัฒนธรรมประเพณี และประสบการณ์ต่างๆ ผ่านการสื่อสารที่มีอยู่หลายระดับ หลายรูปแบบ หลายมิติทิศทาง ไม่ว่าจะเป็นการสื่อสารระหว่างบุคคลที่มีมนุษย์เป็นสื่อกลาง หรือการสื่อสารที่มีสื่อกลางรูปแบบต่างๆ เช่น สื่ออิเล็กทรอนิกส์ สื่อสิ่งพิมพ์ สื่อมวลชน สื่อกิจกรรม สื่อเฉพาะกิจ สื่อประเพณี เป็นต้น มนุษย์จึงจำเป็นต้องมีการเรียนรู้และฝึกฝนทักษะด้านการสื่อสารอยู่ตลอดเวลา ทั้งนี้เพื่อที่จะสามารถดำรงตนอยู่ในสังคมนั้นๆได้อย่างมีความสุข สามารถที่จะเท่าทันกระแสการเจริญเติบโตของเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารต่างๆที่ต่างส่งผลกระทบต่อกระบวนการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตของมนุษย์แทบจะทุกระดับ และทุกๆด้านในปัจจุบัน

ท่ามกลางการอยู่ร่วมกันของผู้คนในยุคที่เทคโนโลยีสารสนเทศมีความเจริญก้าวหน้าเป็นอย่างมากในปัจจุบัน การมีข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่ดี ก็มีแนวโน้มที่จะส่งผลการมีสุขภาพที่ดีของผู้คนในยุคนี้ด้วยถ้าการสื่อสารเพื่อสุขภาพสามารถที่จะทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งในระดับปัจเจกบุคคลและในระดับสังคมโดยรวม ดังนั้นจึงนับว่าเป็นเรื่องที่ทำทนายและส่งผลต่อ

การเร่งสร้างความร่วมมือกันทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ผู้การพัฒนาศาสตร์ด้านการสื่อสารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพร่วมกันเพื่อช่วยให้เกิดการสร้างกระบวนการถ่ายทอดข้อมูลด้านสุขภาพสู่ชุมชนและสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

การสื่อสารเพื่อสุขภาพ (Health Communication) เป็นประเด็นที่เริ่มมีวิวัฒนาการตั้งแต่เริ่มมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง “การสื่อสาร” (Communication) และ “สุขภาพ” (Health) เมื่อประมาณ 35 ปีที่ผ่านมา (Costello, 1977; Pantell et al., 1982; Rogers, 1994) โดยเริ่มจากความสนใจของกลุ่มนักวิชาการที่สนใจร่วมกันเกี่ยวกับเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการสื่อสารเพื่อนำไปใช้ในกระบวนการซ่อมแซมสุขภาพ หรือการป้องกันโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ ต่อจากนั้นในช่วงประมาณปี ค.ศ. 1970s ได้มีการผลักดันให้มีการจัดตั้ง The International Communication Association’s Division of Health Communication ขึ้นพร้อมกับเริ่มมีผลงานศึกษาวิจัยชุดแรกเผยแพร่ออกมาในรูปของ The Communication Yearbook I ในช่วงปี ค.ศ. 1977 ตามด้วยผลงานศึกษาวิจัยเกี่ยวกับเรื่อง Doctor-Patient Communication (Pettegrew & Logan), 1987) จากนั้น The Speech Communication Association ได้ริเริ่มให้มีการจัดตั้ง The Health Communication Commission ขึ้นในปี ค.ศ. 1986 และในปีนั้นเองได้เริ่มมีการตีพิมพ์เผยแพร่ผลการศึกษาวิจัยในสาขา “การสื่อสารเพื่อสุขภาพ” เป็นเล่มแรก จากนั้นในปี ค.ศ. 1993 The Centers for Disease Control and Prevention (CDC) ได้ประกาศจัดตั้ง The Office of Health Communication ขึ้น นับจากนั้นมาผลงานต่างๆที่เกี่ยวข้องกับสาขาการสื่อสารเพื่อสุขภาพก็มีการตีพิมพ์เผยแพร่สู่สังคมอย่างต่อเนื่อง ดังเช่น Treatises on the Theory and Practice of Communication and Health care (Kreps & Thornton, 1992); Communicating with Medical Patients (Stewart & Roter, 1989); Case Studies in Health Communication (Ray, 1993); Perspectives on Health Communication (Thornton & Kreps, 1993); Effective Communication in Health Care (Munn & Metzger, 1981); Communication for Health Behavior Change: A Development Country Perspective (Graeff et al., 1993) Communication Effectively in Multicultural Health Care Settings (Kreps & Kumimoto, 1944); และ Communication and Health Outcomes (Kreps & O’Hair, 1995)

การรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่าง “การสื่อสาร” (Communication) และ “สุขภาพ” (Health) ในปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันว่า ยังไม่เป็นที่ลงตัวนัก ทั้งนี้เป็นเพราะยังไม่มี ความหมายหรือคำนิยามใดที่ลงตัวหรือที่เป็นมาตรฐานที่เป็นที่ยอมรับร่วมกันเกี่ยวกับ

ความสัมพันธ์ของศาสตร์ทั้งสองดังกล่าว โดยพอจะยกตัวอย่างความหมาย หรือคำนิยามที่มักได้รับการอ้างถึงหลักในปัจจุบัน ดังเช่น

- WHO Washington, (1996) ให้ความหมาย “การสื่อสารเพื่อสุขภาพ” ว่า “เป็นการใช้กลยุทธ์หลักๆ ในการบอกกล่าวหรือการแจ้ง (inform) ให้สาธารณชนทราบเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ ด้วยการสื่อสารมวลชน (Mass Communication) และการใช้สื่อประสมประเภทต่างๆ (Multimedia) รวมทั้งนวัตกรรมด้านเทคโนโลยีสารสนเทศต่างๆ โดยมีมุ่งเผยแพร่เนื้อหา ข้อมูลด้านสุขภาพที่เป็นประโยชน์ต่อสาธารณชน เพื่อให้เกิดความตระหนักในประเด็นดังกล่าว ทั้งในระดับปัจเจกบุคคลและในระดับสังคม อีกทั้งยังรวมถึงการให้ความสำคัญเกี่ยวกับการพัฒนาสุขภาพ (Health Development) ด้วย การสื่อสารเพื่อสุขภาพจึงเป็นกระบวนการที่ส่งผลโดยตรงต่อการปรับปรุงสุขภาพทั้งในระดับปัจเจกบุคคลและระดับสังคมโดยรวม โดยมีการผสมผสานวัฒนธรรมใหม่ๆ (Modern Cultures) ผ่านสื่อประเภทต่างๆตามความเหมาะสมเพื่อให้สามารถที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายตามที่ต้องการได้ การสื่อสารเพื่อสุขภาพจะประกอบด้วยศาสตร์หลายๆสาขา ดังเช่น สารบันเทิง (Edutainment) การสื่อสารระหว่างบุคคล (Interpersonal Communication) การชี้นำด้านสื่อ (Media Advocacy) การสื่อสารในองค์กร (Organization Communication) การสื่อสารเพื่อสังคม (Social Communication and Social Marketing) ฯลฯ ซึ่งประเด็นเนื้อหาด้านสุขภาพต่างๆจะถูกนำเสนอโดยใช้สื่อที่มีความหลากหลายรูปแบบ เช่น การเล่าเรื่อง การแสดงละครหุ่นเชิด การนำเสนอด้วยเพลง รวมทั้งการใช้สื่อประสมที่ประกอบด้วยเทคโนโลยีสารสนเทศที่ทันสมัยต่างๆในปัจจุบัน เพื่อให้สามารถเพิ่มการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพแก่กลุ่มเป้าหมายให้ได้มากขึ้น และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น” มิงานศึกษาวิจัยหลายเล่มที่แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่าการใช้ทฤษฎีการสื่อสารในการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion) จะสามารถช่วยสร้างพลังให้การนำเสนอประเด็นเกี่ยวกับสุขภาพต่อสังคมได้ อีกทั้งยังสามารถเสริมแรงให้คนในสังคมสามารถค้นหา หรือเรียนรู้ข้อมูลด้านสุขภาพเพิ่มเติม เพื่อการพัฒนาสุขภาพหรือสร้างวิถีชีวิต (lifestyle) สู่อารมณ์สุขภาพที่ดีให้กับตนเองได้
- Ratzan, et al. (1994) กล่าวว่า “การสื่อสารเพื่อสุขภาพ คือ การใช้ศิลปะและเทคนิคในการบอกกล่าว หรือการแจ้งให้ทราบ (inform) รวมทั้งการสร้างอิทธิพล (influence) และ

การจูงใจ (motivation) แก่กลุ่มเป้าหมายทั้งในระดับปัจเจกบุคคล ระดับองค์กร และ สาธารณชน เกี่ยวกับประเด็นด้านสุขภาพ ส่วนขอบเขตของการสื่อสารเพื่อสุขภาพนั้น จะ รวมถึงการป้องกันโรค (Disease Prevention) การสร้างเสริมสุขภาพ(Health Promotion) นโยบายและธุรกิจเกี่ยวกับการบริการสุขภาพ (Health Care Policy and Business) อีก ทั้งยังรวมถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งในระดับปัจเจกบุคคล และในระดับสังคมโดยรวม ด้วย”

- Fremuth, et al. (1998) กล่าวว่า “การสื่อสารเพื่อสุขภาพ คือ การให้ศึกษาหรือการให้ เรียนรู้ โดยการใช้กลยุทธ์ต่างๆ ในการบอกกล่าว หรือการแจ้งให้ทราบ (inform) เพื่อ ก่อให้เกิดอิทธิพล (influence) ต่อปัจเจกบุคคลและต่อสังคมต่อการสร้างเสริมสุขภาพ ตามที่ต้องการ”
- The Centers for Disease Control and Prevention (CDC) ได้ให้นิยาม “การสื่อสาร เพื่อสุขภาพ” ว่า “เป็นการใช้ทักษะและกลยุทธ์ในการส่งสารที่ได้จากการศึกษาและการ วิเคราะห์วิจัยผู้รับสาร เพื่อที่จะให้สามารถนำสารนั้นๆ ไปสู่การส่งเสริมสุขภาพทั้งในระดับ ปัจเจกบุคคล และระดับสังคมโดยรวมได้อย่างมีประสิทธิภาพ”
- Cassata, (1980) ให้นิยามการสื่อสารเพื่อสุขภาพว่า “เป็นการศึกษาองค์ประกอบของการ สื่อสาร เช่น ระดับการสื่อสาร(levels) หน้าที่(functions) และวิธีการในการสื่อสาร (methodologies) เพื่อให้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ให้เข้ากับสถานการณ์หรือบริบทด้าน สุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ”

นอกจากนี้ยังมีนิยามอื่นๆอีกมากมายที่ต่างกำหนดกันขึ้นมา ขึ้นอยู่กับประเด็นและบริบท ของการศึกษาวิจัยของแต่ละคน หรือแต่ละองค์กร

ประชาสังคม หรือ ประชาคม คือ เครือข่ายหรือขบวนการทางสังคม อันเกิดจากการ สร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล กลุ่ม องค์กร สถาบัน โดยมีเป้าหมาย วัตถุประสงค์ และความ ต้องการบางอย่างร่วมกัน ร่วมกันดำเนินกิจกรรมบางอย่าง โดยที่สมาชิกของประชาคมนั้นยังคง ความเป็นเอกเทศ ไม่ขึ้นต่อกัน อีกประการหนึ่งอาจหมายถึงกระบวนการพัฒนาของวัฒนธรรม องค์กรที่มีการจัดความสัมพันธ์ภายในองค์กร ระหว่างคนในองค์กรและระหว่างองค์กรนั้นกับ

องค์กรอื่นๆที่เกี่ยวข้องโดยการเปลี่ยนจากการจัดการแบบลำดับขั้น (Hierarchy) มาเป็นการสร้างสร้างเครือข่าย(network) ที่ไม่เน้นการใช้อำนาจในการบริหารจัดการ แต่เน้นการจัดความสัมพันธ์ใหม่ การสร้างบรรยากาศการทำงานที่ดี สร้างแรงบันดาลใจให้ทุกคนอยากทำงาน ทลายกำแพงกันระหว่างฝ่ายต่างๆในองค์กรนั้น เกิดเป็นความร่วมมือร่วมใจเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี และทำงานแบบเชื่อมประสานกัน (Synergy)

สำหรับประเทศไทย ในภาคธุรกิจนั้นการเปลี่ยนแปลงในลักษณะนี้มีมานานนับตั้งแต่ปลายทศวรรษ 2513 เป็นต้นมา ในขณะที่ภาคสังคมโดยเฉพาะการพัฒนาชนบทค่อยๆ ปรับเปลี่ยนมาตั้งแต่ต้นทศวรรษ 2530 เมื่อมีการดำเนินงานส่งเสริมเครือข่ายองค์กรชุมชนโดยใช้กระบวนการทัศน์ที่เกิดขึ้นในภาคธุรกิจ

การสร้างเครือข่ายประชาคมนั้นเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืน เนื่องจากสมาชิกของประชาคมสามารถมีบทบาทในการดำเนินงานร่วมกัน ตั้งแต่การกำหนดวัตถุประสงค์ กำหนดกฎเกณฑ์ ทำให้ทุกฝ่ายมีส่วนร่วม มีการแบ่งบทบาทหน้าที่กันทำ และทำบางอย่างร่วมกัน เงื่อนไขสำคัญของประชาคม คือ ต้องมีการติดต่อสื่อสาร สัมพันธ์กันอย่างต่อเนื่อง สม่่าเสมอระหว่างสมาชิก

กิจกรรมที่สำคัญที่สุดที่ทุกประชาคมทำร่วมกัน คือ การสื่อสารแลกเปลี่ยนความรู้ ข้อมูลข่าวสารประสบการณ์ต่างๆ ซึ่งจะพัฒนาไปสู่การวางแผนร่วมกัน ดำเนินกิจกรรมบางอย่างร่วมกัน ทำให้สามารถหลีกเลี่ยงการทำงานซ้ำซ้อน และทำให้กิจกรรมนั้นมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น เพราะเป็นการทำงานแบบเชื่อมประสานกัน ใช้ทรัพยากรต่างๆอย่างประหยัดและมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการรณรงค์ในเรื่องต่างๆ หากทำเป็นเครือข่ายประชาคมจะได้ผลมากกว่า

ประชาคมที่เกิดขึ้นนั้นอาจเป็นลักษณะผสมผสานกันระหว่างสมาชิกที่แตกต่างกันในสถานภาพ เช่น เป็นผู้นำชุมชน ข้าราชการ นักธุรกิจ นักวิชาการ แต่เมื่อสมาชิกทุกคนมีเป้าหมายร่วมกันก็จะสามารถเป็นประชาคมได้ อีกลักษณะหนึ่งคือ ประชาคมที่มีสมาชิกซึ่งอยู่ในสถานภาพเดียวกัน อาชีพเดียวกัน ระดับเดียวกัน เช่น เกษตรกร เภสัชกร นักวิจัย องค์กรพัฒนาเอกชน เป็นต้น

จากประเด็นดังที่ได้กล่าวมาข้างต้นนั้น ทำให้การศึกษาวิจัยในเรื่อง “กระบวนการทัศนียภาพใหม่ของการสื่อสารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของประชาสังคม” เป็นเรื่องที่น่าสนใจ และทำทนายอย่างยิ่ง โดยเฉพาะในยุคที่เรื่องของสุขภาพไม่ใช่เพียงแค่โรงพยาบาล หมอ หรือยา และไม่ใช่เพียงการปราศจากโรคภัยไข้เจ็บทางกาย แต่เป็นสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางปัญญา (ประเวศ วะสี, 2541: อ้างถึงในปาริชาติ สถาปิตานนท์, กิตติ กัญภัย, พัฒนพงษ์ จาติเกตุ และ ปิยะนารถ จาติเกตุ, 2546: 5) ระบบสุขภาพเป็นระบบที่ไม่หยุดนิ่ง เป็นพลวัตเปลี่ยนแปลงไปตามสภาพของสังคม เศรษฐกิจ การเมืองและเทคโนโลยี ดังนั้นการศึกษาค้นคว้า วิจัย เกี่ยวกับระบบสุขภาพจึงเป็นสิ่งที่ต้องไม่หยุดนิ่งเช่นกัน เพื่อสร้างองค์ความรู้ที่จะนำมาใช้เป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนระบบสุขภาพของชุมชน และสังคม ให้สอดคล้องและตอบสนองทันต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆที่เกิดขึ้น ซึ่งการดำเนินการเพื่อสร้างเสริมสุขภาพในลักษณะแยกส่วน และขาดการมีส่วนร่วมจากสมาชิกในประชาคมหรือชุมชนเท่าที่ผ่านมาในอดีตยังไม่อาจนำไปสู่เป้าหมายของการให้ประชาชนมีสุขภาพดีถ้วนหน้าได้ ดังย่นยุทธศาสตร์สำคัญในการสร้างสุขภาพนั้นต้องให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคกับความเป็นประชาคมให้มากที่สุด เพราะความเป็นประชาคมและความเข้มแข็งของประชาคมนั้นจะก่อให้เกิดศักยภาพในการแก้ไขปัญหาต่างๆได้ไม่ว่าจะเป็นปัญหาทางสุขภาพกาย สุขภาพจิต เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม เป็นต้น (ประเวศ วะสี, 2541). ในขณะเดียวกันการสื่อสารของประชาคมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพก็จะเป็นกระบวนการหนึ่งที่จะช่วยส่งเสริมให้สมาชิกในประชาคมมีสุขภาพที่ดีและช่วยสร้างพลังให้ประชาคมเกิดความเข้มแข็งขึ้นได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาพรวมของกระบวนการทัศนียภาพเก่าและกระบวนการทัศนียภาพใหม่ของการสื่อสารในประเด็นสุขภาพ
2. เพื่อศึกษาพัฒนาการของการใช้แนวทางประชาสังคมในการสร้างเสริมสุขภาพ
3. เพื่อค้นหาปัญหา อุปสรรค และปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสื่อสารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของประชาสังคม

4. เพื่อแสวงหาแนวทาง วิธีการในการสื่อสารของประชาสังคมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

ขอบเขตของการวิจัย

1. รวบรวมข้อมูลหลักจากงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข(สวรส.) ที่อยู่ในขั้นสิ้นสุดการวิจัยแล้ว โดยเป็นงานวิจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับสุขภาพและประชาสังคม หรือการมีส่วนร่วมในการสื่อสารของชุมชนประชาสังคม เพื่อสร้างเสริมสุขภาพของสมาชิกในชุมชน หรือเพื่อเผยแพร่ แลกเปลี่ยน ข้อมูล ข่าวสาร ความรู้ ประสบการณ์ เกี่ยวกับเรื่องของสุขภาพระหว่างสมาชิกในชุมชนประชาสังคมหนึ่งๆ หรือระหว่างเครือข่ายประชาสังคม กับบุคคล ชุมชน ประชาสังคม กลุ่มองค์กรภายนอกประชาสังคม
2. ข้อมูลระดับรองได้จากการรวบรวมวิทยานิพนธ์ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องของการสื่อสารเพื่อสุขภาพ หรือเกี่ยวข้องเกี่ยวกับเรื่องของชุมชนประชาสังคม จากวิทยานิพนธ์ปริญญาโท ศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2524 ถึง พ.ศ. 2545 โดยผู้วิจัยได้ศึกษาในส่วนขอบทคัดย่อของวิทยานิพนธ์เท่านั้น

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

การสื่อสาร หมายถึง กระบวนการติดต่อสื่อสารสร้างความสัมพันธ์ การแลกเปลี่ยน ข้อมูล ข่าวสาร ความคิด ความเชื่อ ทศนคติ ประสบการณ์ ความรู้ ความเข้าใจระหว่างกัน ซึ่งอาจจะใช้สื่อประเภทใดก็ได้ ไม่ว่าจะเป็นสื่อบุคคล สื่อเฉพาะกิจ สื่อพื้นบ้าน หรือสื่อมวลชน ที่มีอยู่ในชุมชนประชาสังคม เพื่อเป้าหมายในการสร้างเสริมสุขภาพเป็นหลัก

สื่อบุคคล หมายถึง ตัวบุคคลที่ทำหน้าเป็นผู้ส่งสาร อยู่ในระบบการสื่อสารระหว่างบุคคล หรือการสื่อสารระดับกลุ่ม ซึ่งในงานวิจัยนี้จะหมายถึงเฉพาะตัวบุคคลที่เข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพของคนในชุมชนประชาสังคมหนึ่งๆ หรือระหว่างเครือข่ายชุมชนประชาสังคม

สื่อเฉพาะกิจ หมายถึง สื่อที่ถูกผลิตขึ้นโดยมีเนื้อหาที่เฉพาะเจาะจงและมีจุดมุ่งหมายหลักอยู่ที่ผู้รับสารเฉพาะกลุ่ม สื่อเฉพาะกิจในงานวิจัยนี้หมายถึง สื่อสิ่งพิมพ์ (เช่น ใบปลิว โปสเตอร์ ภาพพลิก แผ่นพับ หนังสือเผยแพร่เล่มเล็กๆ เอกสารแนะนำประกอบ จดหมายข่าว จุลสาร วารสาร เป็นต้น) สื่ออิเล็กทรอนิกส์ (เช่น เทปบันทึกเสียง สไลด์ ภาพยนตร์สั้นๆ วีดิทัศน์ วิทยุชุมชน เสียงตามสาย หอกระจายข่าว หนังสือพิมพ์ท้องถิ่น เป็นต้น) สื่อกิจกรรม (เช่น การจัดแสดงนิทรรศการ การจัดประกวด การจัดรถเคลื่อนที่ การจัดสนทนากลุ่ม การจัดประชุมสัมมนา เป็นต้น) ซึ่งในงานวิจัยนี้จะมุ่งเน้นสื่อที่ผลิตขึ้นจากประเด็นทางสุขภาพเป็นหลัก

ประชาสังคม หรือ ประชาคม หมายถึง เครือข่ายหรือขบวนการทางสังคม อันเกิดจากการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลภายในหรือระหว่างกลุ่ม ชุมชน องค์กร หรือเครือข่ายต่างๆ โดยมีเป้าหมาย วัตถุประสงค์ และความต้องการบางอย่างร่วมกัน ร่วมกันดำเนินกิจกรรมบางอย่าง โดยที่สมาชิกของประชาคมนั้นยังคงความเป็นเอกเทศ อิสระ ไม่ขึ้นต่อกัน ซึ่งจุดเริ่มของประชาสังคมอาจเกิดจากการริเริ่มของสมาชิกในชุมชนเอง หรืออาจเกิดจากการได้รับการแนะนำสนับสนุน ส่งเสริมจากบุคคลหรือองค์กรภายนอกชุมชนก็ได้ สำหรับในงานวิจัยนี้จะเน้นศึกษาเฉพาะประชาสังคมที่สมาชิกรวมตัวกันเพื่อต้องการที่จะพัฒนา ปรับปรุง เปลี่ยนแปลงตนเอง และชุมชนประชาสังคม เพื่อสุขภาพที่ดีเป็นหลัก

สุขภาพ หมายถึง สภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม สติปัญญา และมีความสัมพันธ์อย่างสมดุลกับสภาพแวดล้อม สามารถปฏิบัติภารกิจและดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ

การสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมใดๆก็ตาม ที่ดำเนินการเพื่อส่งเสริมให้บุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคมมีความตระหนัก เกิดการเรียนรู้ มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในการควบคุม ป้องกันโรค และดูแลสุขภาพของตนและชุมชนให้ปราศจากโรคภัย ตลอดจนความพยายามที่จะกระตุ้นเตือนให้บุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม เกิดความตระหนักถึงประเด็นปัญหาด้านสุขภาพ ใส่ใจดูแลสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ

การควบคุมโรค หมายถึง การใช้มาตรการเพื่อควบคุมพาหะของโรค เชื้อโรค และสิ่งแวดล้อม ไม่ให้โรคแพร่กระจายหรือติดต่อไปยังบุคคล ครอบครัว ชุมชนได้ และรวมถึงมาตรการเพื่อลดความรุนแรงของโรค และลดอัตราการเกิดโรคให้น้อยลงด้วย

การป้องกันโรค หมายถึง การใช้มาตรการต่างๆ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรค ครอบคลุมชุมชนเกิดความเจ็บป่วยหรือมีสุขภาพที่ไม่ดี

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมของบุคคลใดๆก็ตามที่มีผลต่อสุขภาพของตนเอง ครอบคลุม หรือชุมชน พฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องจะนำไปสู่สภาวะการมีสุขภาพดี ป้องกันการแพร่ระบาดของโรค ส่วนพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องจะทำให้เกิดความเจ็บป่วยและนำไปสู่การแพร่ระบาดของโรคได้

กระบวนทัศน์ หมายถึง มุมมอง โลกทัศน์ (Worldview) ที่ชุมชนหรือสังคมหนึ่งๆมีความเชื่อและยึดถือร่วมกัน เป็นโลกทัศน์ของมนุษย์เกี่ยวกับ"ความจริง"ในการดำรงอยู่ของมนุษย์ และสรรพสิ่งต่าง ๆ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้เห็นถึงแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงและการพัฒนาของกระบวนทัศน์ในการสื่อสารเพื่อสุขภาพจากอดีตถึงปัจจุบัน
2. ได้รูปแบบ แนวทางในการสื่อสารของประชาสังคมหรือชุมชนเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ
3. กระตุ้นให้เกิดความสนใจและตระหนักถึงความสำคัญของการเป็นประชาสังคมหรือชุมชนเข้มแข็ง จากการสื่อสารของประชาคมในประเด็นสุขภาพ
4. กระตุ้นให้มีการพัฒนาการสื่อสารของเครือข่ายประชาสังคมมากยิ่งขึ้นและนำไปประยุกต์ใช้กับการสื่อสารในประเด็นอื่นๆต่อไป
5. ได้แนวทางในการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่มีผลต่อการสื่อสารของประชาสังคม
6. สมาชิกของประชาสังคมหรือชุมชนตระหนักได้ว่าเรื่องสุขภาพไม่ใช่เรื่องเฉพาะบุคคลแต่เป็นเรื่องของส่วนรวมที่ทุกคนต้องเรียนรู้ร่วมกัน และร่วมมือกันอย่างสมานฉันท์

วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยเรื่อง “กระบวนการตัดสินใจของการสื่อสารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของประชาสังคม”
ฉบับนี้เน้นการวิจัยโดยใช้วิธีการศึกษาเอกสารเป็นหลัก (Documentary Research)



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดและทฤษฎี

แนวคิดทฤษฎีที่นำมาใช้ในงานวิจัยเรื่อง “กระบวนการทัศน์ใหม่ของการสื่อสารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของประชาสังคม” ได้แก่

1. แนวคิดเกี่ยวกับเครือข่ายการสื่อสาร
2. กระบวนทัศน์เรื่องการสื่อสารเพื่อการพัฒนา
3. แนวคิดเรื่องการสื่อสารชุมชนและการสื่อสารแบบมีส่วนร่วม
4. แนวคิดเกี่ยวกับประชาสังคมร่วมสมัย
5. แนวคิดเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ
6. แนวคิดเรื่องการสื่อสารเพื่อสุขภาพ
7. แนวคิดเกี่ยวกับกลุ่ม

● แนวคิดเกี่ยวกับเครือข่ายการสื่อสาร

การที่มนุษย์มาอยู่รวมกันเป็นกลุ่มนั้นจำเป็นที่จะต้องใช้ “การสื่อสาร” มาเป็นเครื่องมือในการเชื่อมโยงบุคคลในกลุ่มเข้าด้วยกัน ซึ่งมีผู้ให้ความหมายของ “เครือข่ายการสื่อสาร” ไว้หลากหลาย ดังต่อไปนี้

ถิรนนท์ อนวัชศิริวงศ์ (2526 อ้างถึงใน จารุณี พัทธพิมานสกุล, 2542) กล่าวว่า “เครือข่ายการสื่อสาร หมายถึง ระบบการแพร่กระจายข้อมูลข่าวสารในบรรดาสมาชิกของกลุ่ม ซึ่งมีทั้งเครือข่ายแบบเป็นทางการและแบบไม่เป็นทางการ”

วินิจ เกตุขำ (2522 อ้างถึงใน จารุณี พัทธพิมานสกุล, 2542) ได้ให้ความหมายไว้ว่า “เครือข่ายการสื่อสาร หมายถึง แบบแผนการติดต่อเกี่ยวข้อง และประสานกันภายในกลุ่ม โดยสมาชิกภายในกลุ่มจะมีการรับการถ่ายทอด เพื่อให้งานบรรลุเป้าหมายตามที่ตั้งไว้”

Roger (1986 อ้างถึงใน จารุณี พัทธพิมานสกุล, 2542) กล่าวว่า “เครือข่ายการสื่อสาร เกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งเชื่อมโยงกันโดยรูปแบบการไหลของข่าวสาร”

นอกจากนั้น Roger และ Kincaid (1981 อ้างถึงใน รุ่งนภา มุกดาอนันต์, 2544) ได้ให้ความเห็นเกี่ยวกับการวิเคราะห์เครือข่ายทางการสื่อสารว่า “คือ วิธีการศึกษาเพื่อระบุถึงโครงสร้างการสื่อสารในระบบ โดยการวิเคราะห์การไหลของข้อมูลข่าวสาร ซึ่งอาศัยความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเป็นหน่วยในการวิเคราะห์ ดังนั้นการไหลของข้อมูลข่าวสารระหว่างบุคคลจึงกลายเป็นแบบอย่างของโครงสร้างทางการสื่อสาร หรือเครือข่าย ที่ก่อให้เกิดความสัมพันธ์ที่มั่นคงและสามารถทำนายพฤติกรรมได้”

รูปแบบการสื่อสาร หมายถึง การสื่อสารในลักษณะต่างๆซึ่งสามารถจำแนกได้หลายรูปแบบ ขึ้นอยู่กับเกณฑ์ที่ใช้ในการพิจารณา ดังนี้

a) ทิศทางการสื่อสาร แบ่งออกเป็น 2 รูปแบบ คือ

- การสื่อสารแบบทางเดียว (One-way Communication)

คือ การสื่อสารที่ผู้ส่งสารถ่ายทอดข่าวสารหรือคำสั่งไปยังผู้รับสาร มีลักษณะเป็นเส้นตรง ไม่มีการย้อนกลับหรือดูปฏิกิริยาของผู้รับสาร โดยทั่วไปการติดต่อสื่อสารในรูปแบบนี้จะเป็นรูปของนโยบาย คำสั่ง ของผู้บริหารระดับสูงขององค์กรไปสู่ผู้ใต้บังคับบัญชา และอาจผ่านสื่อมวลชนในการเสนอข่าว หรือรายงานขององค์กรต่างๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ เป็นต้น โดยเป็นการสื่อสารที่มุ่งเน้นในแง่ของการให้ข้อมูล ความรู้ เพื่อให้เกิดความเข้าใจและนำไปปฏิบัติให้สัมฤทธิ์ผล

- การสื่อสารแบบสองทาง (Two-way Communication)

คือ การติดต่อสื่อสารที่ผู้ส่งสารและผู้รับสารสามารถตอบสนองต่อกัน มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างกันและกัน เพื่อสร้างความเข้าใจให้ทั่วถึงและลึกซึ้ง การ

สื่อสารสองทางนี้ผู้ส่งสารจะให้ความสนใจกับปฏิกริยาโต้กลับ (Feedback) ของผู้รับสาร ซึ่งนับเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญมากในการติดต่อสื่อสาร เป็นการเปิดโอกาสให้บุคคลได้แสดงออกซึ่งความคิดเห็นในเรื่องต่างๆ และเป็นการลดช่องว่างในการตีความ เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน นอกจากนี้การสื่อสารแบบสองทางยังแบ่งออกเป็น

- การสื่อสารแบบเผชิญหน้า (Face to Face Communication) เป็นการพบปะพูดคุย ติดต่อสื่อสารแบบที่ผู้รับสารและผู้ส่งสารได้เห็นหน้ากัน
- การสื่อสารระหว่างบุคคลแบบมีสื่อกลาง (Interposed Communication) เป็นการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคลโดยใช้สื่อ ซึ่งอาจเป็นทางจดหมาย โทรศัพท์ วิทยุติดต่อ เป็นต้น

b) ลักษณะของการสื่อสาร แบ่งออกเป็น 2 รูปแบบ คือ

- การสื่อสารแบบเป็นทางการ (Formal Communication)

เป็นการสื่อสารระหว่างบุคคลซึ่งเกิดปฏิสัมพันธ์กันในโครงสร้างที่มีแบบแผนกำหนดไว้อย่างแน่นอน สารจะถูกส่งออกไปตามลำดับขั้นหรือตามลักษณะหน้าที่ของภารกิจ โดยจะไหลผ่านสายใยความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการ ดังนั้นในเรื่องของบทบาทและสถานภาพของบุคคลหรือสมาชิกจึงเป็นสิ่งที่ต้องพิจารณาอย่างมาก

- การสื่อสารแบบไม่เป็นทางการ (Informal Communication)

เป็นการสื่อสารที่เกิดขึ้นเอง และเกิดขึ้นจากการสื่อสารระหว่างบุคคลซึ่งไม่มีใครได้รับมอบหมายหรือถูกบังคับให้ใช้การติดต่อผ่านช่องทางใดช่องทางหนึ่งอย่างตั้งใจ แต่การสื่อสารรูปแบบนี้จะเกิดขึ้นเมื่อสมาชิกมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอย่างอิสระ ในอัตราความถี่และความเข้มข้นของการสื่อสารแตกต่างกัน และจะมีความรวดเร็วในการสื่อสาร แต่อย่างไรก็ตามข้อมูลข่าวสารอาจผิดจากความเป็นจริงได้ง่าย นอกจากนี้มีผู้เสนอไว้ว่า ในการปฏิบัติงานควรเริ่มจากการสื่อสารแบบไม่เป็นทางการในระยะแรกเพื่อสร้างความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก แล้วจึงตามด้วยการสื่อสารแบบเป็นทางการในภายหลัง หรือใช้ควบคู่กันไป (กรชวัล, 2540 อ้างถึงใน รุ่งนภา มุกดาอนันต์, 2544)

c) การไหลของข่าวสาร แบ่งออกเป็น 3 รูปแบบคือ

- การสื่อสารจากบนลงล่าง (Downward Communication)

เป็นการสื่อสารที่ข้อมูลถูกส่งจากบุคคลที่อยู่ในตำแหน่งสูงกว่ามายังผู้ปฏิบัติงานหรือผู้ที่อยู่ในตำแหน่งต่ำกว่า ซึ่งรูปแบบการสื่อสารอาจเป็นคำสั่งด้วยวาจา เป็นลายลักษณ์อักษร หรือภาพ อาจเป็นข่าวสารเกี่ยวกับวิธีการทำงาน นโยบาย เป้าหมายในการดำเนินงาน ผลการปฏิบัติงาน เป็นต้น การสื่อสารรูปแบบนี้เป็นการสื่อสารในแนวคิดแบบดั้งเดิม ที่ผู้บริหารย่อมมีสิทธิ์ที่จะสั่งการไปยังผู้ใต้บังคับบัญชาได้ และการสื่อสารในลักษณะนี้จะทำให้ตัวสารมีน้ำหนัก มีความน่าเชื่อถือ เนื่องจากเป็นสารที่ถูกส่งมาจากผู้ที่ได้รับการยอมรับ

- การสื่อสารจากล่างขึ้นบน (Upward Communication)

เป็นข้อมูลข่าวสารที่ถูกส่งจากบุคคลที่อยู่ในระดับต่ำกว่าไปยังบุคคลที่มีตำแหน่งหรือระดับสูงกว่า ซึ่งการสื่อสารในรูปแบบนี้จะทำให้ฝ่ายบริหาร หรือผู้ที่มีตำแหน่งสูงกว่านั้นได้รับรู้ข้อมูลต่างๆ ในระดับปฏิบัติงาน และสามารถนำข้อมูลส่วนนี้ไปใช้ประโยชน์ในการการพัฒนา หรือแก้ไขปัญหาได้อย่างตรงประเด็น

- การสื่อสารตามแนวนอน (Horizontal Communication)

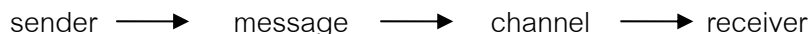
เป็นการสื่อสารที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคลที่อยู่ในระดับเดียวกัน เป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เพราะพื้นฐานของการสื่อสารในรูปแบบนี้ขึ้นอยู่กับบรรยากาศของความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ที่เกิดขึ้นโดยความสมัครใจของแต่ละบุคคล เป็นกิจกรรมทางการสื่อสารที่ช่วยเสริมสัมพันธภาพระหว่างบุคคลให้ดีขึ้นได้

นอกจากนี้ยังมีทฤษฎีการไหลของข่าวสาร ซึ่งแบ่งออกได้เป็น

- การสื่อสารแบบขั้นตอนเดียว (One Step Flow Communication)

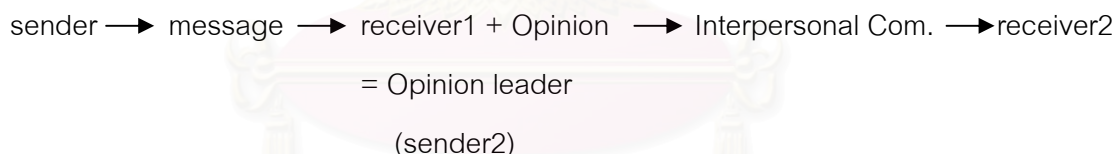
ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ข่าวสารที่ผู้รับสารรับจากสื่อโดยตรงนั้นมีอิทธิพลอย่างมากต่อผู้รับสาร และเชื่อว่าสื่อมวลชนสมัยใหม่มีพลังอำนาจมากที่จะเปลี่ยนแปลง ความรู้ ทัศนคติ และการกระทำของบุคคลและสังคมได้ ยิ่งบุคคลมีการเปิดรับสื่อมากเท่าใด ก็จะมีความคิดและการกระทำเป็นไปในทิศทางเดียวกับที่สื่อได้โน้มน้าวชักนำเอาไว้ แต่ต่อมามีผู้แย้งว่าข่าวสารที่ผู้ส่ง

สารส่งไปยังผู้รับนั้น ไม่ถึงผู้รับส่วนใหญ่ทุกคน และทุกคนที่ได้รับข่าวสารนั้นก็ได้รับข่าวสารที่ไม่เท่ากัน แล้วแต่ภูมิหลังของแต่ละคนและลักษณะการเลือกรับสาร (Selective Process) ที่แตกต่างกัน ดังนั้นอิทธิพลของข่าวสารที่มีต่อผู้รับจึงไม่เท่ากัน



- การสื่อสารแบบสองขั้นตอน (Two Step Flow Communication)

เนื่องจากอิทธิพลของข่าวสารที่มีต่อผู้รับแต่ละคนไม่เท่ากัน ทฤษฎีนี้จึงเสนอว่าสื่อมวลชนมิได้ทรงพลังหรือมีอิทธิพลมากอย่างที่คิด หากแต่มีอิทธิพลอันจำกัด เนื่องจากผู้รับสารมีลักษณะของการเลือกใช้สื่อ (Use & Gratification Approach) และเสนอว่าต้องมีการติดต่อสื่อสารกับผู้นำความคิดซึ่งเป็นผู้รับสารกลุ่มแรกก่อน และผู้รับสารกลุ่มดังกล่าวนี้จะเปลี่ยนสถานะมาเป็นผู้ส่งสารแล้วผ่านข่าวสารนั้นผ่านช่องทางการสื่อสารระหว่างบุคคลไปยังผู้รับสารกลุ่มที่ 2 ซึ่งเป็นบุคคลที่เขามีอิทธิพลและคุ้นเคยด้วยต่อไป จะเห็นได้ว่าการสื่อสารแบบสองขั้นตอนนี้จะเน้นความสำคัญของการสื่อสารแบบตัวต่อตัวมากในกลไกการดำเนินการสื่อสาร



- การสื่อสารแบบหลายขั้นตอน (Multi Step Flow Communication)

ทฤษฎีนี้เป็นการรวมการสื่อสารแบบขั้นตอนเดียว และสองขั้นตอนเข้าด้วยกัน นั่นคือในการที่ข่าวสารจะไปถึงผู้รับสารนั้นอาจจะผ่านสื่อหลายประเภท เช่น ผู้รับสารอาจได้รับข่าวสารจากสื่อมวลชนหลายชนิด ในขณะที่อีกหลายๆคนอาจได้รับข่าวสารโดยผ่านสื่อต่างๆ ทั้งสื่อบุคคล สื่อเฉพาะกิจ และสื่อมวลชน เป็นต้น โดยแต่ละขั้นตอนในการส่งข้อมูลข่าวสารนั้นขึ้นอยู่กับความตั้งใจของผู้ส่งสาร จำนวนผู้รับสาร ลักษณะของข่าวสาร และความสำคัญ of ข่าวสารที่มีต่อผู้รับ

จากลักษณะของการวิเคราะห์เครือข่ายการสื่อสาร ที่ใช้ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมาวิเคราะห์ ดังนั้นสถานภาพของสมาชิกแต่ละคนในกลุ่มก็ต้องสัมพันธ์กับการสื่อสารระหว่างบุคคล ยังมีสถานภาพสูง เช่น เป็นหัวหน้า การสื่อสารมักจะออกมาในรูปการเสนอความคิด และรับเอาความคิดเห็นจากสมาชิกคนอื่น ๆ ความสัมพันธ์ระหว่างการสื่อสาร และสถานภาพของสมาชิก อาจแยกได้เป็น 3 ลักษณะ คือ (วินิจ เกตุขำ, 2522)

1. การสื่อสารมักมีแนวโน้มไปสู่บุคคลที่มีสถานภาพสูงในกลุ่ม เช่น หัวหน้า หรือ ประธาน กลุ่มจะมีการสื่อสารกับคนอื่นในกลุ่มมากกว่าลูกน้องหรือสมาชิก เพราะอย่างน้อยหัวหน้าจะต้องคอยติดต่อประสานงาน รับฟังสมาชิกในกลุ่ม
2. การสื่อสารจะมีแนวโน้มไปสู่บุคคลที่มีสถานภาพเท่าเทียมกัน มากกว่าแตกต่างกัน เช่น กลุ่มที่มีคนหลายฐานะ ต่างวัยวุฒิ คุณวุฒิกันมากๆ จะมีการสื่อสารกันน้อยกว่ากลุ่มที่มีฐานะ วัยวุฒิ คุณวุฒิเท่าเทียมกัน
3. การสื่อสารจะไม่ค่อยเกิดขึ้นในกลุ่มบุคคลที่มีสถานภาพเหลื่อมล้ำต่ำสูงกว่ากัน หรือสถานภาพไม่เป็นที่บังชัดเจน

ในเรื่องของเครือข่ายการสื่อสารนั้น Harold J. Leavitt ได้ทดลองทำการวิจัย โดยใช้แบบของการสื่อสารหลายแบบ พบว่า การสื่อสารจัดแยกออกได้เป็น 2 แบบ คือ

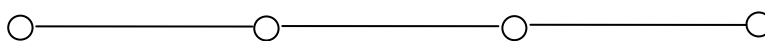
a) การสื่อสารแบบมีศูนย์กลาง (Centralized Communication)

เป็นการสื่อสารที่มีใครคนใดคนหนึ่งเป็นศูนย์กลางหรือทางผ่าน โดยที่สมาชิกคนอื่น ๆ ไม่มีการติดต่อกันโดยตรงแต่ต้องผ่านคนกลาง การสื่อสารแบบมีศูนย์กลาง แบ่งออกเป็น

1. **เครือข่ายการสื่อสารแบบลูกโซ่ (Chain Network)** ได้แก่ เครือข่ายการสื่อสารที่สมาชิกแต่ละคนจะติดต่อไปยังสมาชิกคนอื่นที่อยู่ถัดไปเท่านั้น เนื่องจากมีข้อจำกัดในแง่การประสานงานและการติดต่อระหว่างสมาชิกในกลุ่ม บางครั้งจึงเป็นความยากลำบากที่กลุ่มจะทำงานให้สำเร็จลุล่วงได้ตามต้องการ การขาดความเป็นอิสระในการติดต่อสื่อสาร เพราะสมาชิกจะติดต่อกับบุคคลอื่นได้เพียง 1 คน หรือ 2 คน ที่ต่อจากเขาเท่านั้นจึงทำให้

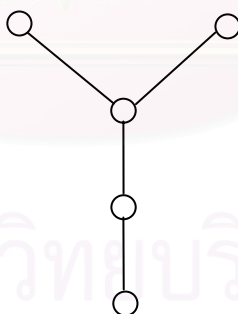
ความพึงพอใจของสมาชิกในกลุ่มค่อนข้างต่ำ

เครือข่ายการสื่อสารแบบลูกโซ่



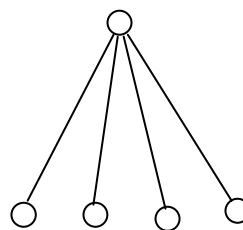
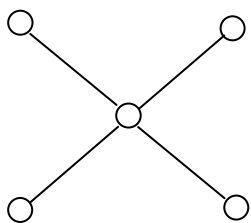
2. **เครือข่ายการสื่อสารแบบตัววาย (Y Network)** ได้แก่ เครือข่ายการสื่อสารที่มีสมาชิกที่อยู่ตรงกลางเพียง 2 คน จะทำหน้าที่ประสานงานและส่งข้อมูลที่ได้รับจากสมาชิกคนอื่นๆ ที่อยู่รอบนอก การสื่อสารแบบนี้มีความเหมาะสมกว่าแบบลูกโซ่ในแง่ที่ทำให้งานสำเร็จได้ดีกว่า เพราะข้อมูลสามารถผ่านทิศทางต่างๆ ได้มากกว่า แทนที่จะอาศัยคนที่อยู่ถัดไปเท่านั้น โดยปกติบุคคลที่อยู่ตรงกลางสักคนหรือ 2 คนเท่านั้นที่มีความพึงพอใจต่อรูปแบบการสื่อสารแบบนี้ แต่ส่วนที่เหลือของกลุ่มหรือผู้ที่อยู่รอบนอกจะมีความพึงพอใจต่ำ รูปแบบของเครือข่ายการสื่อสารแบบตัววายนี้ มักจะเกิดขึ้นในกลุ่มที่มีสมาชิกเพียง 1 คนหรือ 2 คนเท่านั้น เต็มใจที่จะรับทำงาน และรับผิดชอบต่อผลสำเร็จของงาน ในขณะที่ส่วนที่เหลือของกลุ่มไม่ยอมรับผิดชอบ

เครือข่ายการสื่อสารแบบตัววาย



3. **เครือข่ายการสื่อสารแบบวงล้อ (Wheel Network)** ได้แก่ เครือข่ายการสื่อสารที่มีสมาชิกคนหนึ่งเป็นผู้รับข่าวสารจากสมาชิกคนใดคนหนึ่งแล้วส่งข่าวนั้นไปยังสมาชิกคนอื่นๆ บุคคลที่อยู่ตรงกลางของกลุ่มจะเป็นผู้มีอำนาจอย่างแท้จริงและเป็นผู้นำของกลุ่ม เพราะเป็นผู้เดียวที่รับผิดชอบผลสำเร็จของงาน

เครือข่ายการสื่อสารแบบวงล้อ

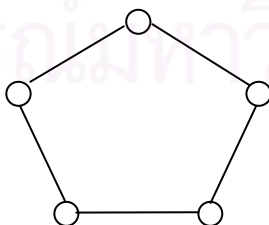


b) การสื่อสารแบบกระจายอำนาจ (Decentralized Communication)

เป็นการสื่อสารที่สมาชิกในกลุ่มติดต่อกันโดยอิสระ ไม่มีใครตัดสินใจคนเดียว แต่ร่วมกันคิดร่วมกันแก้ปัญหา เป็นวิธีที่ใช้ได้ตรงกับกระบวนการกลุ่มอย่างมาก เพราะทุกคนมีปฏิสัมพันธ์กัน (Interaction) ผลที่ออกมาจะได้ทั้งผลผลิต (Product) และกระบวนการ (Process) ของกลุ่ม การสื่อสารแบบนี้คำนึงถึงการเอาใจใส่ผู้ทำงาน สิ่งแวดล้อมในการทำงาน ขวัญและกำลังใจของกลุ่มด้วย การสื่อสารแบบกระจายอำนาจ แบ่งได้เป็น

1. **เครือข่ายการสื่อสารแบบวงกลม (Circle Network)** ได้แก่เครือข่ายการสื่อสารที่มีสมาชิกในกลุ่มทุกคนสามารถติดต่อกับสมาชิกที่อยู่ถัดจากตนทั้ง 2 ข้าง สถานะของทุกคนมีความเท่าเทียมและทุกคนมีความพึงพอใจ อย่างไรก็ตามปัญหาเรื่องความรับผิดชอบจะเกิดขึ้น เพราะจะหาคนรับผิดชอบไม่ได้ เนื่องจากแต่ละคนมีฐานะเท่าเทียมกัน จะหาใครมาเป็นศูนย์รวมของกลุ่มไม่ได้

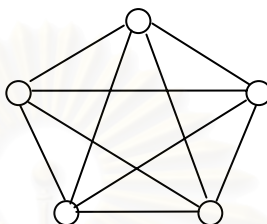
เครือข่ายการสื่อสารแบบวงกลม



2. **เครือข่ายการสื่อสารแบบทุกช่องทาง (All Channel Network)** ได้แก่เครือข่ายการสื่อสารที่สมาชิกทุกคนสามารถติดต่อกับสมาชิกคนอื่นได้โดยตรง ไม่ต้องผ่านสมาชิกคน

อื่นๆทั้งในการรับข่าวและส่งข่าว อาจถือได้ว่าเป็นเครือข่ายการติดต่อสื่อสารที่สมบูรณ์ที่สุด เพราะไม่มีข้อจำกัดการสื่อสารของสมาชิก โดยเครือข่ายนี้จะเปิดโอกาสให้มีปฏิริยาย้อนกลับสูงที่สุด

เครือข่ายการสื่อสารแบบทุกช่องทาง



Shaw (อ้างถึงใน จารุณี พัทธพิมานสกุล, 2542) ทำการสรุปผลงานวิจัยในเรื่องเครือข่ายการสื่อสารไว้ในประเด็นสำคัญ ดังนี้

1. เครือข่ายแบบรวมอำนาจสู่ส่วนกลาง จะก่อให้เกิดผู้นำเพียงคนเดียว และเกิดขึ้นได้ง่ายกว่าแบบกระจายอำนาจ เพราะคนกลางในโครงสร้างจะได้รับข่าวสารเกี่ยวกับปัญหา มากกว่าสมาชิกคนอื่นๆ ทำให้เขาเป็นผู้ควบคุมความสำเร็จในการทำงานของกลุ่ม เพราะเขาจะอยู่ในตำแหน่งตัวเชื่อมการสื่อสารที่สำคัญ
2. โครงสร้างการสื่อสารแบบกระจายอำนาจมีประสิทธิภาพมากกว่าในการแก้ปัญหาที่สลับซับซ้อน แต่โครงสร้างการสื่อสารแบบรวมอำนาจมีประสิทธิภาพมากกว่าในการแก้ปัญหาต่างๆ ในการทำงานง่ายๆ ใช้ข้อมูลข่าวสารจำนวนน้อย ในงานที่ต้องการข้อมูลเพียงประการเดียว เครือข่ายแบบรวมอำนาจจะทำงานโดยก่อให้เกิดข้อผิดพลาดน้อย และสำเร็จเร็วกว่าแบบกระจายอำนาจ เพราะการติดต่อสื่อสารแบบนี้เป็นการติดต่อทางเดียวที่ถูกครอบงำโดยผู้นำเพียงคนเดียว ความเป็นระเบียบถูกกำหนดขึ้นเพื่อไม่ให้มีข่าวสารมาก ส่วนการติดต่อสื่อสารแบบวงกลมสมาชิกของกลุ่มจะติดต่อกับบุคคล 2 คนได้ พวกเขาจึงใช้เวลามากกว่า แต่ในงานที่ต้องใช้ข้อมูลร่วมกันและต้องมีการปฏิบัติด้วยนั้น โครงสร้างการสื่อสารแบบกระจายอำนาจจะทำงานได้รวดเร็วและมีข้อผิดพลาดน้อยกว่าแบบรวมอำนาจ

3. สภาวะข่าวสารท่วมท้นมักจะเกิดขึ้นในเครือข่ายการสื่อสารแบบรวมอำนาจ เพราะข่าวสารและการตัดสินใจจะไปรวมอยู่ที่จุดศูนย์กลางของเครือข่าย ทำให้ผู้นำของโครงสร้างการสื่อสารแบบนั้นอยู่ในสภาวะข่าวสารท่วมท้นได้ ส่วนเครือข่ายการสื่อสารแบบกระจายอำนาจนั้น ทุกคนต้องใช้ข้อมูลร่วมกัน ต้องเป็นผู้ตัดสินใจและเป็นผู้นำ ดังนั้นจึงเป็นการยากที่จะมีใครเกิดสภาวะข่าวสารท่วมท้นได้

จะเห็นได้ว่า โครงสร้างของการติดต่อสื่อสารสามารถมีอิทธิพลต่อความรู้สึกของคนรวมทั้งยังมีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพการทำงานของกลุ่มในด้านความรวดเร็ว ความถูกต้องและการปรับตัวอีกด้วย

นอกเหนือจากรูปแบบของการไหลของข่าวสารภายในกลุ่มแล้ว ยังมีเรื่องของความแตกต่างของบทบาทของบุคคลในเครือข่ายการสื่อสาร ที่เป็นส่วนหนึ่งในการวิเคราะห์เครือข่ายการสื่อสารโดย Monge (1987 อ้างถึงใน จารุณี พัทธพิมานสกุล, 2542) ได้แบ่งบทบาทของคนในกลุ่มดังต่อไปนี้

1. membership role คือ กลุ่มบุคคลที่เป็นสมาชิกในกลุ่มและพวกของเครือข่าย
2. liaison role คือ บัณฑิตบุคคลที่มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงระหว่างกลุ่มหนึ่งไปยังอีกกลุ่มหนึ่ง
3. star role คือ บัณฑิตบุคคลซึ่งมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับคนอื่น ๆ เป็นจำนวนมาก
4. isolate role คือ บัณฑิตบุคคลที่มีการติดต่อสัมพันธ์กับคนอื่น ๆ น้อยมาก จะไม่เผยแพร่ต่อ
5. boundary-spanning role คือ บัณฑิตบุคคลที่ติดต่อระหว่างกลุ่มตัวเองกับกลุ่มภายนอกสังคม เพื่อนำสิ่งต่างๆภายนอกสังคมเข้ามาเผยแพร่ในสังคมของตน

จากการศึกษาวิจัยในประเทศฟิลิปปินส์เรื่อง “การเผยแพร่ข่าวสารทางด้านการวางแผนครอบครัวทางวิทยุ” เมื่อสตรีได้ฟังรายการแล้วจะต้องไปปรึกษาสามี แม่สามี เพื่อนหรือบาทหลวง ก่อนที่จะไปพบแพทย์เพื่อวางแผนครอบครัว บุคคลต่างๆที่ได้ไปปรึกษานี้คือ เครือข่ายทางการสื่อสารนั่นเอง เครือข่ายนี้จะมีผลมากต่อการรับรู้และการตอบสนองของสตรีต่อข่าวสารการวางแผนครอบครัว (อ้างถึงในจารุณี พัทธพิมานสกุล, 2542) เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ Lene Faye (1998) ทำการศึกษาเรื่อง “อิทธิพลของเครือข่ายทางการสื่อสารที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับ

เครื่องตรวจมะเร็งเต้านมของผู้สูงอายุในหมู่เกาะแปซิฟิก” พบว่า เครื่องช่วยการสื่อสารมีผลทางบวกต่อการยอมรับนวัตกรรมในกลุ่มที่กำลังจะไปตรวจมะเร็งและกลุ่มที่เคยไปตรวจมะเร็งเต้านมมาแล้ว

● กระบวนทัศน์เรื่องการสื่อสารเพื่อการพัฒนา

หากเราพิจารณาพัฒนาการของแนวคิดเรื่องการพัฒนาที่เริ่มต้นตั้งแต่ราวทศวรรษ 1960 เป็นต้นมา จนถึงปัจจุบันนี้เราอาจแบ่งยุคสมัยของพัฒนาการดังกล่าวออกได้เป็น 3 ยุคใหญ่ๆ ตามลักษณะของกระบวนทัศน์ (Paradigm) คือ

1. Dominant/Modernistic Paradigm

ได้แก่ ช่วงทศวรรษ 1960-1970 ที่เน้นเรื่องการพัฒนาประเทศโลกที่สามให้มีความทันสมัยแบบตะวันตก ซึ่งมีคุณลักษณะ ดังนี้คือ

- a. การพัฒนาเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นในแต่ละสังคมอย่างเป็นเส้นตรง ก้าวหน้าแบบขั้นบันได (unilinear) เมื่อเกิดแล้วไม่มีกระบวนการย้อนกลับ (irreversible)
- b. การพัฒนาหมายถึงการเปลี่ยนแปลงโครงสร้าง (Structural Differentiation) และการทำหน้าที่ใหม่ๆ ของสถาบันสังคม (Functional Specialization)
- c. การพัฒนาเป็นกระบวนการที่มีเป้าหมายเพื่อสร้างความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ (Economic Growth) ด้วยการใช้นโยบายที่ลงทุนสูง
- d. การวางแผนดำเนินการพัฒนานั้นต้องอาศัยการวางแผนจากส่วนกลาง (Centralized Planning) และกระบวนการพัฒนาทั้งหมดสามารถแบ่งออกได้เป็นขั้นๆ อย่างชัดเจน ประเทศที่กำลังพัฒนาจะมีตัวชี้วัด (Indicators) ที่บ่งบอกขึ้นตอนความก้าวหน้าของการพัฒนา

- e. สาเหตุของความด้อยพัฒนาเกิดจากปัจจัยภายใน (Endogenous Factors) เช่น ทักษะ ความสามารถของแรงงาน การขาดเงินทุนในประเทศ เทคโนโลยีที่ล้าหลัง เป็นต้น ดังนั้น ในการพัฒนาจึงจำเป็นต้องนำเอาปัจจัยจากภายนอกเข้ามาช่วยสนับสนุนส่วนที่ก้าวหน้า ของสังคม และสร้างความทันสมัยให้แก่สังคมส่วนที่ยังล้าหลังอยู่

การสื่อสารในกระบวนทัศน์นี้จะมีบทบาทเป็นตัวบ่งชี้ระดับขั้นตอน ความทันสมัยพัฒนา ของสังคม และเป็นเครื่องมือในการพัฒนา และเนื่องจากแนวคิดเรื่องการพัฒนาจากกระบวนทัศน์ นี้เชื่อว่า ความรู้ความเข้าใจเรื่องการพัฒนาจะมีอยู่ในหมู่ข้าราชการหรือนักวิชาการด้านการพัฒนา เท่านั้น บุคคลเหล่านี้จึงต้องถ่ายทอดเผยแพร่ข้อมูลความรู้ดังกล่าวไปให้กับประชาชนในชนบทที่ ยังขาดความรู้ความเข้าใจดังกล่าว ดังนั้นแบบจำลองของการสื่อสารที่นำมาใช้จึงเป็นแบบจำลองที่ เรียกว่า “Transmission Model” ซึ่งเป็นแบบจำลองที่เน้นการไหลของข่าวสารจากผู้ส่งสารไปยัง ผู้รับสารเพียงทางเดียว (One way Communication) โดยผู้ส่งสารมีความตั้งใจจะก่อให้เกิดการ เปลี่ยนแปลงในฝ่ายผู้รับสาร (Cause-Effect) แต่เพียงฝ่ายเดียว (Linear) ประสิทธิภาพผลของการ สื่อสารแบบนี้ขึ้นอยู่กับปริมาณการเปิดรับข่าวสาร (Media Exposure) ของฝ่ายผู้รับสาร

นอกจากนี้ยังมีแบบจำลองการสื่อสารแบบสองจังหวะ(Two-Step Flow of Information) (Rogers, E.M.,1962 อ้างถึงใน กาญจนา แก้วเทพ และคณะ, 2543) คือ ข่าวสารจะไหลจาก สื่อมวลชนไปยังกลุ่มผู้นำความคิดในชุมชน(Opinion Leaders) เป็นจังหวะแรก จากนั้นจึงไหล จังหวะที่สองจากกลุ่มผู้นำทางความคิดไปยังประชาชนอีกทอดหนึ่ง ซึ่งความจำเป็นที่ต้องใช้แหล่ง ข่าวสาร 2 ชนิดนั้นเนื่องจาก แหล่งข่าวสารแต่ละอย่างต่างทำหน้าที่ได้เฉพาะตัว เช่น สื่อมวลชน จะทำหน้าที่ได้เพียงถ่ายทอดและโน้มน้าวด้วยข้อมูลเท่านั้น แต่ทว่าในขั้นตอนของการตัดสินใจลง มือปฏิบัตินั้นจำเป็นต้องอาศัยคำแนะนำ และการสนับสนุนจากสื่อบุคคลที่เป็นกลุ่มผู้นำในท้องถิ่น เอง อย่างไรก็ตามแม้ว่าแบบจำลองของ Rogers จะผนวกเอาส่วนประกอบของท้องถิ่น เช่น กลุ่ม ผู้นำชุมชนเข้ามาอยู่ในแบบจำลองการสื่อสาร แต่ทว่าลักษณะโดยพื้นฐานของแนวคิดนี้ ยังเน้น การวางแผนการพัฒนาจากเจ้าหน้าที่รัฐที่อยู่เบื้องบน (Top-Down Hierarchy) ที่วางแผนจาก ส่วนกลาง (Centralized Planning) แล้วถ่ายทอดไปยังประชาชนผู้รับสาร

2. Dependency Paradigm

เป็นกระบวนทัศน์ที่ได้แย้งกระบวนทัศน์แรก โดยมีแนวคิดหลักว่า การพัฒนาความ

ทันสมัยนั้นเป็นกระบวนการนำเอาประเทศโลกที่สามไปพึ่งพา ขึ้นต่อประเทศตะวันตกที่พัฒนาแล้ว
ข้อเสนอสำคัญของกระบวนการทัศน์ Dependency คือ

- a. การวิเคราะห์กระบวนการพัฒนาจะต้องแยกดูความสัมพันธ์ระหว่างประเทศที่พัฒนาแล้ว
ที่เรียกว่าประเทศศูนย์กลาง และประเทศด้อยพัฒนาที่เรียกว่า ประเทศรอบนอก
(Peripheral)
- b. อุปสรรคที่ขัดขวางการพัฒนาของประเทศรอบนอกนั้น มิได้เกิดจากปัจจัยภายในสังคม
ของประเทศที่ด้อยพัฒนาเอง แต่เกิดมาจากปัจจัยภายนอก อันได้แก่ ความสัมพันธ์ที่
พึ่งพาและเอาเปรียบของประเทศศูนย์กลาง
- c. เนื่องจากการดูคับความมั่งคั่งจากประเทศรอบนอก ไปหล่อเลี้ยงประเทศศูนย์กลาง
ดังนั้น ความเจริญก้าวหน้าของประเทศที่พัฒนาแล้ว จึงเกิดมาจากความด้อยพัฒนาของ
ประเทศรอบนอกนั่นเอง
- d. หากประเทศรอบนอกต้องการที่จะพัฒนาตนเองอย่างแท้จริง ก็จำเป็นต้องตัดขาดตนเอง
ออกจากประเทศศูนย์กลาง (Dissociation) ออกจากเศรษฐกิจระบบตลาดโลก และต้องมี
นโยบายการพึ่งตนเอง (Self-reliance) แทนการพึ่งพา

บทบาทของการสื่อสารในการพัฒนาในกระบวนการทัศน์นี้จะให้ความสนใจกับเรื่อง “ความ
เสมอภาคเท่าเทียม” ในเรื่องการไหลเวียนของข่าวสารระหว่างประเทศที่พัฒนาแล้วกับประเทศที่
กำลังพัฒนา

3. Alternative/Multiplicity Paradigm

นับตั้งแต่ทศวรรษ 1980 มาจนถึงปัจจุบัน เป็นการนำเสนอทัศนะใหม่ว่า การพัฒนาไม่
จำเป็นต้องมีเพียงกระบวนการทัศน์เดียวที่ใช้กันอย่างเป็นสากลทั่วโลก หากทว่าในแต่ละที่แต่ละแห่ง
อาจจะมีกระบวนการทัศน์เฉพาะของตนเอง พื้นฐานของแนวคิดเรื่องการพัฒนาในกระบวนการทัศน์นี้คือ

- a. ไม่เชื่อว่ามีสูตรสำเร็จเพียงสูตรเดียวในการพัฒนา ที่จะสามารถใช้ได้ผลในทุกสังคม

เป้าหมายของการพัฒนาในแต่ละสังคมจะมีความหลากหลายแตกต่างกันออกไป กล่าวคือ กระบวนทัศน์ใหม่นี้ได้ลดลักษณะที่เป็นสากล (Universalistic) ให้น้อยลง และเพิ่มสัดส่วนของลักษณะที่เป็นเฉพาะท้องถิ่น (Localistic) ให้มากขึ้น

- b. แต่ละสังคมจะมีวิธีการที่จะบรรลุเป้าหมายที่หลากหลายและต่างกันแม้ว่าจะมีเป้าหมายเดียวกันก็ตาม
- c. เน้นวิธีการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมของประชาชน การพัฒนาแบบจากล่างขึ้นบน (Bottom-up Approach) เนื้อหาสาระทางวิชาการของการพัฒนาเปลี่ยนจากการเน้นความทันสมัยก้าวหน้า มาเป็นการย้อนกลับสู่ภูมิปัญญาดั้งเดิม เครื่องมือของการศึกษาเปลี่ยนจากการเน้นวิจัยในเชิงปริมาณมาเป็นการเน้นวิธีการวิจัยในเชิงคุณภาพมากขึ้น เช่น การสังเกตอย่างมีส่วนร่วม การศึกษาวัฒนธรรมชุมชน การศึกษาบทบาทของศาสนา ประเพณี เป็นต้น
- d. ปัจจัยทั้งภายในและภายนอกเป็นสาเหตุร่วมกันในการอธิบายความด้อยพัฒนาของประเทศหนึ่งๆ
- e. การวางแผนการพัฒนาต้องมีลักษณะกระจายอำนาจ (Decentralization) และต้องเน้นการนำเอาทรัพยากรจากท้องถิ่นมาใช้ในกระบวนการพัฒนา และความทันสมัยต้องหมายถึงการผนวกประสานวัฒนธรรม ประเพณี ความคิดแบบดั้งเดิม เข้ากับระบบความคิดใหม่ ซึ่งจะทำให้แต่ละท้องถิ่นที่มีความแตกต่างกันออกไป

มีนักวิชาการหลายท่านได้นำเสนอความหมายและบทบาทใหม่ของการสื่อสารในการพัฒนาซึ่งในที่นี้จะยกตัวอย่างข้อเสนอแนะของนักวิชาการด้านการสื่อสาร 5 ท่าน ดังนี้

1) Singhal & Rogers

Singhal & Rogers (1989) ได้กล่าวไว้ว่า การกำหนดบทบาทของการสื่อสารในการพัฒนานั้นจะเป็นอย่างไร ขึ้นอยู่กับค่านิยมของ “การพัฒนา” นั้นเอง ดังนั้นใน Alternative Paradigm บทบาทของการสื่อสารเพื่อการพัฒนาจึงเป็นการสื่อสารแบบ

ล่างขึ้นบนหรือการสื่อสารในแนวระนาบ เป็นการสื่อสาร 2 ทาง และเป็นการสื่อสารที่วางแผนมาจากท้องถิ่นเพื่อตอบสนองความต้องการของชุมชน

2) D. McQuail

McQuail (1983) ได้ประมวลคุณลักษณะสำคัญของการสื่อสารที่จะเข้ามามีบทบาทในการพัฒนาแนวใหม่ เช่น

- a) มีลักษณะหลากหลาย (Multiciplicity)
- b) เป็นการสื่อสารขนาดเล็ก (Smallness of Scale)
- c) สร้างและใช้อยู่ในท้องถิ่นเอง (Locality)
- d) มีลักษณะที่ยืดหยุ่นได้ ไม่เป็นสถาบัน (Deinstitutionalisation)
- e) มีการแลกเปลี่ยนบทบาทระหว่างผู้ส่งสาร-ผู้รับสาร (Interchange of Sender-Receiver roles)
- f) เน้นการสื่อสารแนวนอนในทุกระดับของสังคม(Horizontality of communication)

3) Somavia

Somavia (1977, 1981) ได้ประมวลคำนิยามใหม่ของการสื่อสารไว้ดังนี้

- a) การสื่อสารเป็นความต้องการอย่างหนึ่งของมนุษย์ (Communication is a human need) เป็นความต้องการที่จำเป็นที่บุคคลและสังคมจะขาดเสียไม่ได้ และประชาชนจะต้องได้รับการตอบสนองความต้องการนี้ สิทธิที่จะได้รับและได้ส่งข้อมูลข่าวสาร จึงเป็นสิทธิพื้นฐานประการหนึ่งของมนุษย์ทุกคน
- b) การสื่อสารเป็นสิทธิอย่างหนึ่งของชุมชน (Communication is a delegated right) สังคมหรือชุมชนแต่ละแห่งต้องมีสิทธิในการจัดการระบบและงานด้านการสื่อสารภายในชุมชนให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมทางวัฒนธรรม การเมือง เศรษฐกิจและประวัติศาสตร์ของชุมชน ดังนั้นการจัดการสื่อสารในแต่ละแห่งจึง

แตกต่างกันไป แต่ทว่าไม่ว่าจะเป็นการสื่อสารที่ถูกจัดการในรูปแบบใดก็ตาม จุดเน้นที่สำคัญที่สุดก็คือ การมีส่วนร่วม (Participation) และโอกาสที่จะเข้าถึง (Accessibility) การสื่อสารของชุมชน

- c) การสื่อสารเป็นโฉมหน้าหนึ่งของกระบวนการศึกษา (Communication is a facet of education process) สื่อมวลชนเป็นสถาบันหนึ่งที่ทำหน้าที่ทั้งให้การศึกษาและอบรมเพาะบ่มประชาชน นอกจากนั้นยังทำหน้าที่ตีความ โน้มน้าว ชี้แนะ และอื่นๆอีกมาก ซึ่งถือเป็นอีกรูปแบบหนึ่งของการศึกษาทั้งสิ้น
- d) งานการสื่อสารต้องเกี่ยวข้องกับเรื่องสิทธิและหน้าที่ที่พึงปฏิบัติ (Communication Task involves rights and obligations) สื่อมีสิทธิในการให้บริการด้านข่าวสารต่างๆทางสังคม แต่อย่างไรก็ตามการปฏิบัติงานของสื่อจะต้องอยู่ภายใต้ขอบเขตความรับผิดชอบด้านกฎหมายและกฎเกณฑ์ของสังคมด้วย

4) Reyes Metta

Reyes Metta (1977, 1981) ได้แปรแนวคิดจากมิติหลายๆด้านของคำนิยามใหม่ของการสื่อสารเพื่อการพัฒนาให้มีลักษณะเป็นรูปธรรมเพื่อนำไปสู่แนวทางการปฏิบัติได้มากขึ้นด้วยการออกแบบในรูปของแบบจำลองที่เรียกว่า Communication Model with Active Social Participation ซึ่งมีองค์ประกอบสำคัญ ดังนี้

- a) การจัดระบบทางสังคมสำหรับการสื่อสาร (Social Organization for Communication) แต่ละชุมชนจะต้องมีการจัดการ วางแผนนโยบายเพื่อการประสานงานและการบริหารจัดการด้านการสื่อสาร ไม่ว่าจะเป็นวางแผนด้านตัวสื่อ(Media) หรือกระบวนการสื่อสารในระดับต่างๆ (Processing of communication)
- b) เนื้อหาสาร (Messages) ต้องเป็นความจริง ไม่บิดเบือน

- c) ผู้รับสาร (Receivers) ซึ่งอาจเป็นผู้รับสารที่มีการรวมกลุ่มกันเพื่อการมีส่วนร่วมในการสื่อสารได้มากขึ้น ผู้รับสารต้องมีการศึกษาอย่างเพียงพอ รู้เท่าทันเนื้อหาข่าวสาร
- d) การศึกษาเพื่อการสื่อสาร (Education for communication) ควรทำการฝึกอบรมให้กับผู้ส่งสาร เพื่อให้มีทักษะในการใช้เครื่องมือสื่อสาร สามารถถ่ายทอดข่าวสารและโน้มน้าวชักชวนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ขณะเดียวกันก็ควรมีการฝึกอบรมให้ผู้รับสารด้วยเพื่อให้มีความรู้ความสามารถในการนำเสนอความคิดเห็นของตนเอง สามารถจำแนกแยกแยะข้อมูลที่ได้มา และสามารถประเมินบทบาทของสื่อที่มีต่อเหตุการณ์ทางสังคมต่างๆได้
- e) กระบวนการเข้าถึง (Access Process) ต้องมีการสร้างหลักประกันว่าประชาชนจะได้เข้าถึงและใช้สิทธิในสื่อ นั้น เช่น สิทธิในการได้รับข่าวสาร สิทธิที่จะเข้าร่วมในกระบวนการสื่อสารทุกขั้นตอน (เช่น เป็นผู้ส่ง สร้างเนื้อหา ประเมินผล) ทั้งนี้เพื่อเป็นพื้นฐานในการเข้าร่วมตัดสินใจอย่างประชาธิปไตยในกิจการสาธารณะของสังคมส่วนรวม
- f) กระบวนการมีส่วนร่วม (Participation Process) คือ ให้ประชาชนมีหลักประกันว่าจะสามารถเข้าถึงโครงสร้างของการวางแผนและการตัดสินใจเกี่ยวกับการดำเนินงานด้านสื่อได้
- g) Instance of Appeal เป็นองค์กรด้านกฎหมายที่ก่อตั้งขึ้นเพื่อสนับสนุนการใช้สิทธิของผู้รับสารที่จะเข้าไปมีส่วนร่วมทั้งในการรับและการส่งข่าวสาร
- h) หน่วยงานประเมินผลและปรับปรุงสื่อ (Evaluative and Propelling Body) เพื่อประสิทธิผลและพัฒนาปรับปรุงการสื่อสารให้มีคุณภาพมากขึ้น

5) F.J. Berrigan

Berrigan (1979) ได้ให้ตัวอย่างบทบาทของการสื่อสารในการพัฒนาชุมชนเอาไว้

เป็นรูปธรรมดังนี้

- a) การสื่อสารจะต้องเล่นบทบาทเป็นช่องทางถ่ายทอดข้อมูลข่าวสารทั้งหมดให้ประชาชนได้รับรู้การวางแผนงานของรัฐ เพื่อให้ประชาชนได้มีโอกาสสำรวจทางเลือกแบบต่างๆที่จะมีโทษน้อยที่สุดและมีประโยชน์มากที่สุดต่อประชาชนจากทัศนะของประชาชนเอง
- b) การสื่อสารจะต้องเล่นบทบาทเป็นตัวสร้างรอยเชื่อมต่อของการสื่อสารในแนวนอน
- c) ต้องมีวิถีทางแห่งการสื่อสารที่จะเปิดรับฟังเสียงสะท้อน(Feedback) ของประชาชนกลุ่มต่างๆ
- d) การสื่อสารจะช่วยทำหน้าที่เป็นตลาดเสรีทางความคิดเห็น ในการเปิดรับฟังทัศนะทางเลือก ข้อคิดเห็นใหม่ๆจากชุมชน
- e) การสื่อสารมีบทบาทในการเป็นกลไกในการเร่งกระบวนการพบปะแสดงความคิดเห็น การรับฟังข้อเสนอแนะและกระบวนการตัดสินใจ
- f) การสื่อสารต้องมีบทบาทในการสร้างรูปแบบการพัฒนาแนวใหม่แบบให้ชาวบ้านมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ สอดรับกับวิธีการดำเนินงานพัฒนาแบบจากล่างขึ้นบน

กล่าวโดยสรุปได้ว่า บทบาทของการสื่อสารใน Alternative Paradigm นี้จะมีลักษณะที่หลากหลายและมีขอบเขตที่กว้างขวาง กล่าวคือ ในแง่ของขอบเขตของการสื่อสารก็มีขยายจากการใช้สื่อมวลชนเพียงอย่างเดียว ออกไปถึงการสื่อสารในทุกระดับ ไม่ว่าจะเป็นการสื่อสารระหว่างบุคคล สื่อประเพณี สื่อเฉพาะกิจ และสื่อบุคคล สื่อทุกประเภทที่กล่าวมานี้จะถูกนำมาใช้ร่วมกันเพื่อตอบสนองความต้องการด้านการสื่อสารของชุมชน ในแง่เป้าหมายของการใช้การสื่อสารก็มีหลากหลายตั้งแต่เพิ่มอำนาจให้แก่ประชาชน (Empower) ในการที่จะคิด ตัดสินใจ และดำเนินงานพัฒนาได้อย่างเป็นอิสระ ส่งเสริมความเสมอภาคในชุมชนซึ่งสำคัญต่อการพัฒนาแบบกระจายอำนาจ(Decentralization) และช่วยประสานแนวคิดต่างๆที่จะนำมาใช้ในการพัฒนา

การสื่อสารไม่ว่าจะเป็นสื่อประเภทใดก็จะแสดงบทบาทเป็นผู้อำนวยความสะดวกด้านข่าวสารทุกประเภท จากทุกแหล่งข่าวให้แก่ชุมชน (Facilitator) (กาญจนา แก้วเทพ และคณะ, 2543)

ตารางที่ 1 แสดงคุณลักษณะที่แตกต่างกันระหว่างกระบวนทัศน์ Dominant และ Alternative Paradigm (กาญจนา แก้วเทพ และคณะ, 2543)

Dominant Paradigm	Alternative Paradigm	ปัจจัยสนับสนุนกระบวนทัศน์ใหม่
ความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ	การกระจายความเจริญอย่างยุติธรรม	1. อัตราความเจริญเติบโตที่เริ่มชะลอตัวลง 2. แนวคิดเรื่อง “การไหลของความเจริญจากบนลงล่าง” ไม่เกิดขึ้นจริง
เน้นการใช้เทคโนโลยีที่ลงทุนสูง	1. ให้ความสนใจกับคุณภาพชีวิต 2. การประสานของใหม่และของเก่าเข้าด้วยกัน 3. เน้นการใช้เทคโนโลยีระดับกลางและเทคโนโลยีที่ใช้แรงงานคน (ลดปัญหาการว่างงาน)	1. ปัญหาสิ่งแวดล้อมในประเทศที่พัฒนาแล้ว 2. ขีดจำกัดของความเจริญเติบโต 3. เกิดวิกฤตการณ์ด้านพลังงาน
การวางแผนจากส่วนกลาง	1. การพึ่งตนเอง 2. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการวางแผนและดำเนินงานพัฒนาแบบกระจายอำนาจ	ความสำเร็จของประเทศจีนในเรื่องการวางแผนแบบกระจายอำนาจและการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา
ถือว่าปัจจัยภายในสังคมเป็นสาเหตุของความด้อยพัฒนา	ทั้งปัจจัยภายในและภายนอกต่างก็เป็นสาเหตุร่วมของความด้อยพัฒนา	1. การรวมตัวของประเทศค้ำน้ำมันที่เพิ่มอำนาจมากขึ้นในสังคมโลก 2. อำนาจของโลกที่สามเพิ่มมากขึ้นในเวทีโลก เช่น สหประชาชาติ 3. การวิจารณ์ Dominant Paradigm อย่างรุนแรงของกระบวนทัศน์ Dependency

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบขององค์ประกอบของการพัฒนาและการสื่อสารระหว่าง Dominant และ Alternative Paradigm (กาญจนา แก้วเทพ และคณะ, 2543)

เกณฑ์	Dominant (Top to bottom)	Alternative (Bottom to top)
แหล่งข่าวสาร	กลุ่มผู้ปกครอง/กลุ่มชนชั้นสูง	คนทุกกลุ่มในสังคม
สื่อ	อยู่ภายใต้การผูกขาดเป็นเจ้าของของกลุ่มเล็กๆ ไม่มีกลุ่ม มีอยู่รูปแบบเดียว	มีรูปแบบหลากหลาย มีลักษณะการเป็นเจ้าของหลายแบบ
โครงสร้าง	มีลำดับชั้น ทำงานแบบข้าราชการ	เป็นการสื่อสารแนวนอน มีลักษณะเสมอภาค
การผลิต	ต้องได้มาตรฐาน ทำเป็นกิจวัตร ถูกควบคุมในทุกขั้นตอนการผลิต	ผู้ผลิตมีเสรีภาพและใช้ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ได้เต็มที่
เนื้อหาและอุดมการณ์	ถูกคัดเลือกและถูกตัดสินจาก “ข้างบน” เป็นไปในลักษณะทางเดียวกันหมด	มีเนื้อหาที่หลากหลาย นานาทัศนะ และถูกตัดสินจาก “ข้างล่าง”
ผู้รับสาร	Passive ต้องพึ่งพาข่าวสาร สามารถถูกทำให้มีทัศนคติต่างๆกันไปหมด	รับสารอย่าง Active และมีปฏิกิริยาตอบโต้ มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มต่างๆ
ผลกระทบ	สื่อสร้างผลกระทบได้อย่างมาก และเป็นไปตามที่ผู้มีอำนาจในสังคมต้องการ	ผลกระทบมีหลายรูปแบบ ไม่แน่นอนไม่อาจคาดเดาผลกระทบที่จะเกิดได้อย่างแน่นอน

ตารางที่ 3 แสดงวิวัฒนาการของกระบวนการพัฒนาในประเทศไทย

	กระบวนการพัฒนา อันดับแรก	กระบวนการ แบบที่ 2	กระบวนการ แบบที่ 3	กระบวนการ แบบที่ 4
บทบาทของนักพัฒนา	นักสงเคราะห์	เป็นผู้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง เป็นผู้จัดการกระบวนการทั้งหมด	เป็นผู้เชื่อมประสานกลุ่มองค์กร ประชาชนเครือข่าย และนำแนวทางไปสู่การปรับเปลี่ยนนโยบาย	บทบาทหลักอยู่ที่องค์กรชุมชนไม่ใช่องค์กรพัฒนา ชุมชนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา การพัฒนาคือการที่ชุมชนสามารถพึ่งพาตนเองได้ พึ่งพากันเองเป็นเครือข่าย รู้จักตนเอง รู้ศักยภาพของตนเองและทุนของชุมชน
กิจกรรมในการพัฒนา	เอาข้าวของไปแจก ไปเยี่ยมเยียน ให้กำลังใจ ให้คำปรึกษาแนะนำ	เข้าไปสอน กระตุ้น ปลุกเร้า ให้ชาวบ้านรวมตัวกันและทำงานด้วยกัน จัดองค์กรชุมชน	ทำงานในแนว NGO ทำขนาดเล็กแล้วขยายผลไปสู่นโยบาย	เน้นกระบวนการเรียนรู้และสร้างเครือข่ายองค์กรชุมชน กระบวนการพัฒนาเป็นกระบวนการเรียนรู้ไปสู่การพึ่งตนเอง กระบวนการค้นหาศักยภาพของตนเอง สืบราชทูตที่

				แท้จริงของตนเอง ทูมทรัพยากร ทูมทางสังคม และพัฒนาทูนนั้นอย่างเป็นระบบ เชื่อมโยงเป็นเครือข่ายกับชุมชนอื่น จัดให้เกิดระบบเศรษฐกิจชุมชน หาทางให้เกิดความพอเพียงภายในชุมชน ไม่จำเป็นต้องมีโครงการจากภายนอก ถ้าจะมีก็ต้องเป็นโครงการที่สอดคล้องกับแผนงานของชุมชนซึ่งเป็นผู้พัฒนาแผนของตนเอง
การมองบทบาทของประชาชนและชุมชน	เป็นผู้รับ ผู้ยากไร้ “โง่ จน เจ็บ”	รอคอยโครงการที่มาพร้อมทุนจากภายนอกชุมชน ต้องการการเรียนรู้แบบให้คนไปสอน ไปฝึกอบรมให้ บางส่วนยังถูกถือว่า “โง่ จน เจ็บ” หรือไม่ก็ถูกครอบงำ	ประชาชนไม่ได้ “โง่ จน เจ็บ” หากแต่ขาดโอกาสในการพัฒนาตนเอง ถือว่าชุมชนและองค์กรภายนอกมีความเท่าเทียมกัน เป็นภาคีความร่วมมือเท่าเทียม	ประชาชนเป็นผู้มีศักยภาพ หากได้เรียนรู้ที่เหมาะสมก็จะพัฒนาได้ โดยที่องค์กรภายนอกเป็นตัวเชื่อมให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ เชื่อมให้เกิดการเปลี่ยนแปลง และเชื่อมให้เกิดเครือข่าย
การเปรียบเทียบกับการช่วยเหลือเมื่อชาวบ้านเจ็บป่วย	นำยา นำเงินไปบริจาค	สอน แนะนำวิธีการรักษาด้วยวิธีทางการแพทย์สมัยใหม่ ด้วยบุคลากรภายนอกชุมชน	ให้โอกาสชาวบ้านได้ดูแลรักษาตนเอง ได้เรียนรู้เอง โดยไม่ต้องไปสอนหรือฝึกอบรมให้	ชาวบ้านในชุมชนร่วมกันหาเทคนิควิธีการดูแลรักษาสุขภาพของชุมชนด้วยตนเอง

● แนวคิดเรื่องการสื่อสารชุมชน (Community Communication)

คุณลักษณะสำคัญของการสื่อสารชุมชนมีดังนี้

1. เป็นการสื่อสารแบบ 2 ทาง (Two-way communication) ที่ผู้ส่งสารและผู้รับสารสามารถมีปฏิริยาโต้ตอบ (interactivity) กันอยู่ตลอดเวลา ในลักษณะที่เป็นทางการหรือไม่เป็นทางการก็ได้
2. ทิศทางการไหลของข่าวสาร (Flow of information) จะมีทิศทางที่หลากหลาย มาจากทุกทิศทุกทาง ทั้งจากบนลงล่าง (Top-down) แบบล่างสู่บน (Bottom-up) และแบบ

แนวนอน (Horizontal)

3. เป้าหมายของการสื่อสารชุมชน มีวิธีการและแง่มุมหลายแง่มุมที่จะกำหนดเป้าหมายของการสื่อสารเพื่อชุมชน เช่น การกำหนดเป้าหมายโดยใช้ระดับผู้ที่เกี่ยวข้องเป็นเกณฑ์ (ได้แก่ ระดับชุมชน ระดับหน่วยงานนอกชุมชน ระดับสังคมส่วนรวม) หรือกำหนดเป้าหมายโดยสอดคล้องกับทิศทางการไหลของข่าวสาร (ได้แก่ เพื่อถ่ายทอดข้อมูลและโน้มน้าวชักจูงใจ, เพื่อเป็นช่องทางแสดงออกซึ่งตัวตนของชุมชน, เพื่อพัฒนาความเป็นตัวเองของบุคคล)
4. เป็นการสื่อสารที่เกิดขึ้นและดำเนินการเพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชน (Need-oriented)
5. หน้าที่ของการสื่อสารชุมชน ประกอบด้วย
 - a) หน้าที่ในการแสดงออก คือ ทั้งบุคคลและกลุ่มสามารถแสดงความเป็นตัวของตัวเองออกมาเพื่อสร้างเอกลักษณ์ของตนได้
 - b) หน้าที่ทางสังคม เพื่อสร้างความรู้สึกร่วมเป็นชุมชนเดียวกัน
 - c) หน้าที่ในการให้ข้อมูลข่าวสาร โดยต้องมีทิศทางการไหลของข้อมูลข่าวสารอย่างรอบด้าน
 - d) หน้าที่ในการควบคุมปฏิบัติการ เพื่อปรับปรุงหรือแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นของบุคคลและชุมชนได้
6. เป็นสื่อที่เหมาะสมสำหรับประโยชน์การใช้งานของชุมชน
7. คนในชุมชนสามารถเข้าถึงได้ตลอดเวลา
8. ชุมชนต้องเข้ามามีส่วนร่วม ในหลายบทบาท
9. เป็นสื่อที่แสดงออกของชุมชน มาจากการกำหนดของชุมชนเอง
10. เป็นเวทีสำหรับแลกเปลี่ยนข่าวสารและทัศนะของทุกคนในชุมชน

11. ระดับความยากง่ายของสื่อต้องเหมาะสมกับระดับและความสามารถในการรับสาร
ของชาวบ้านหรือชุมชน อีกทั้งสื่อต้องมีลักษณะง่ายๆแต่น่าสนใจ
12. ประเภทของเนื้อหาสื่อ ควรเน้นที่ปัญหาเร่งด่วนหรือปัญหาในชีวิตประจำวันของคน
ในสังคมหรือชุมชนนั้นๆ และเนื้อหาของสื่อควรเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์
และชีวิตความเป็นอยู่ของชาวบ้าน
13. วิธีการนำเสนอ ควรเสนอสิ่งที่เป็นปัญหา หรือสภาพที่ก่อให้เกิดปัญหา แล้วเสนอแนะ
หรือกระตุ้นให้ผู้รับสารช่วยกันคิดแก้ไขปัญหาดังกล่าว
14. สื่อควรมีส่วนช่วยให้ผู้รับสารสามารถประเมินตนเองได้ ว่าผู้รับสารเป็นส่วนใดของ
สาเหตุของปัญหา

ในการดำเนินการในภาคปฏิบัติให้มีผลอย่างจริงจังนั้น เงื่อนไขและอุปสรรคที่จะ
เอื้ออำนวยให้บรรลุเป้าหมายของการสื่อสารชุมชนนั้น มีดังนี้

1. การสนับสนุน มีบทบาทสำคัญ 2 ประการคือ ประการแรก เมื่อประชาชนได้มีโอกาส
แสดงความคิดเห็นของตนออกมาต่อสาธารณะแล้ว ต้องมีหลักประกันว่าข้อเสนอแนะ
ข้อวิจารณ์ ข้อข้องใจของพวกเขาจะได้รับฟังอย่างจริงจังจากผู้มีอำนาจ มิฉะนั้น
ประชาชนก็จะไม่เห็นความจำเป็นของการสื่อสารของตน ประการที่ 2 เมื่อมีการเปิด
เวทีให้แสดงทัศนะแล้ว ต้องมีหลักประกันว่าผู้ที่นำข้อมูลมาเปิดเผยจะต้องมีความ
ปลอดภัย
2. แนวคิดในเรื่องของการพัฒนา หากผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย ไม่ว่าจะป็นเจ้าหน้าที่รัฐหรือ
ชาวบ้านเองยังคงทัศนะการพัฒนาแบบเดิมที่เน้นความมั่งคั่งเจริญเติบโตทาง
เศรษฐกิจ การสื่อสารแบบมีส่วนร่วมก็จะเป็นไปไม่ได้
3. ต้องมีการยืดหยุ่นต่อการเปลี่ยนแปลง มิฉะนั้นประชาชนก็จะไม่เห็นประโยชน์ของ
การสื่อสาร เนื่องจากไม่มีผลที่เป็นจริงเป็นจังเกิดขึ้นเพราะโครงการได้ถูกออกแบบมา
อย่างตายตัวจากเจ้าหน้าที่รัฐ ประชาชนไม่สามารถแก้ไขอะไรได้เลย

4. ต้องมีการสนับสนุนจากท้องถิ่นหรือชุมชนนั้นๆ ให้เกิดความคิดริเริ่มของชุมชน การเป็นตัวของตัวเอง และกระตุ้นให้มีการพึ่งตนเอง อย่างไรก็ตามในระยะของการตั้งตัวนั้นเจ้าหน้าที่ของรัฐหรือองค์กรพัฒนาเอกชนควรที่จะให้การสนับสนุนในด้านต่างๆ ทั้งการเงิน อุปกรณ์ ค่าแนะนำ ข้อมูลข่าวสารและกำลังใจ โดยจะต้องรู้จักวิธีการให้เพื่อการพึ่งตนเองของชุมชน
5. มีการฝึกอบรม ให้มีความรู้ในด้านสื่อ ด้านงานพัฒนาชุมชน ทักษะในการทำงาน กลุ่ม ความรู้เรื่องชุมชน เป็นต้น
6. ต้องมีระบบการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ หมายความว่ารวมถึงการมีอุปกรณ์เครื่องมือการสื่อสารในปริมาณมากพอและใช้งานได้จริงและการมีเครือข่ายการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ
7. การมีเทคโนโลยีที่เหมาะสมกับลักษณะของงานพัฒนา ในการเลือกเทคโนโลยีที่เหมาะสมกับการสื่อสารชุมชนนั้นจะหลีกเลี่ยงหลักการ 2 แบบ คือ แบบมืออาชีพที่ต้องใช้สื่อที่ดีที่สุด มีประสิทธิภาพมากที่สุดในทางเทคนิค แม้จะมีราคาแพงมาก หรือในทางตรงกันข้ามคือแบบที่ต้องเลือกสื่อที่เรียบง่ายที่สุด ราคาถูกที่สุด แม้จะไม่มีคุณภาพเลยก็ตาม โดยหลักการเลือกใช้เทคโนโลยีนั้นก็จะต้องพิจารณาให้เหมาะสมกับระดับของงาน และสภาพความเป็นจริงของชุมชน เนื่องจากการวัดประสิทธิภาพของการสื่อสารมีได้อยู่ที่ “ตัวสื่อ” เท่านั้น แต่อยู่ที่ “คุณภาพที่สื่อสามารถกระตุ้น” ให้เกิดการแสดงความคิดเห็นของสมาชิกในชุมชนได้
8. มีความต่อเนื่อง เป้าหมายของการสื่อสารในชุมชนก็เพื่อช่วยให้ประชาชนสามารถเชื่อมโยงความเข้าใจต่างๆ เข้าด้วยกัน ช่วยกระตุ้นให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ กระตุ้นการพึ่งพาตนเองและสร้างความคาดหวังใหม่ๆ โดยการนำเอาการสื่อสารแบบต่างๆ เข้ามาใช้ในชุมชน ซึ่งกระบวนการดังกล่าวเหล่านี้จะต้องมีความต่อเนื่องอยู่ในชุมชน แม้ว่าหน่วยงานพัฒนาจะออกจากหมู่บ้านหรือชุมชนไปแล้ว ระบบการสื่อสารของชุมชนก็จะต้องดำเนินอยู่อย่างสม่ำเสมอ

- แนวคิดเรื่องการสื่อสารแบบมีส่วนร่วม (Participatory Communication)

การสื่อสารแบบมีส่วนร่วมเป็นรูปแบบหนึ่งที่สำคัญของการสื่อสารชุมชน ซึ่งเป้าหมายของการสื่อสารแบบมีส่วนร่วมมีดังต่อไปนี้

1. เพื่อกระตุ้นให้ชุมชนมองเห็นคุณค่าของตนเอง
2. เพื่อสร้างความมั่นใจให้กับชาวบ้านที่เข้ามามีส่วนร่วมและเพื่อให้เห็นคุณค่าความคิดและความเชื่อของเขา
3. เพื่อพิสูจน์ให้ชาวบ้านหรือชุมชนเห็นว่า พวกเขาสามารถจะใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ได้หากมีโอกาส
4. เพื่อสร้างทักษะในการสร้างสื่อให้กับชุมชน เพื่อเป็นช่องทางที่ชุมชนจะส่งข่าวสารออกไปจากจุดยืน มุมมองและทัศนะของตน
5. เพื่อให้ชุมชนได้แสดงความรู้สึก ปัญหา วิธีการวิเคราะห์ปัญหารวมทั้งวิธีการแก้ปัญหาจากทัศนะของชุมชนเอง
6. ช่วยยกระดับความมีสติและความรับผิดชอบให้กับทั้งชุมชนหรือชุมชนอื่นๆเพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาก่ที่เกิดขึ้น
7. ช่วยเพิ่มสัดส่วนของการสร้างสื่อที่มีสาระให้แก่ชุมชนให้มีปริมาณเพิ่มมากขึ้นเพื่อถ่วงดุลกับการสื่อสารที่มุ่งเน้นแต่ความบันเทิงและการหลีกเลี่ยงปัญหาที่สื่อภายนอกอัดฉีดเข้าไปในชุมชน

องค์ประกอบของการสื่อสารแบบมีส่วนร่วม มีดังนี้

1. เป้าหมายของการสื่อสาร ได้กำหนดให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในระดับใด

2. ลักษณะสองทางและ Interactivity ของการสื่อสาร
3. ผู้ส่งสาร ทั้งที่เป็นสมาชิกในชุมชนนั้นๆ และผู้ส่งสารนอกชุมชน
4. ประเภทของเนื้อหาสาร เป็นเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับสภาพความเป็นจริงของชุมชนหรือไม่ นอกจากนั้นหากวิธีการนำเสนอเนื้อหา มีลักษณะของการสนทนาแลกเปลี่ยนทัศนะซึ่งกันและกัน แสวงหาความร่วมมือจากหลายฝ่าย และก่อให้เกิดการตัดสินใจโดยกลุ่ม ก็จะทำให้การมีส่วนร่วมมีโอกาสมากขึ้น
5. ประเภทของช่องทาง / สื่อ โดยหลักการทั่วไปแล้ว สื่อขนาดเล็ก เช่นสื่อเฉพาะกิจจะเปิดโอกาสให้ชุมชนมีส่วนร่วมได้มากกว่าสื่อมวลชน สื่อที่ชาวบ้านคุ้นเคย เช่น สื่อประเพณี ก็จะสามารถให้ชาวบ้านเข้าร่วมได้ง่ายกว่าสื่อสมัยใหม่
6. ผู้รับสารและการมีปฏิกริยาป้อนกลับ (Feedback) กล่าวคือ กระบวนการทัศนียภาพใหม่เกี่ยวกับการสื่อสารเพื่อการพัฒนา นี้จะเชื่อว่า ผู้รับสารมิใช่ผู้ที่ว่างเปล่าและไม่รู้อะไรเลย หากแต่ความรู้ที่ผู้รับสารมีนั้น อาจจะเป็นความรู้คนละชุดที่แตกต่างจากที่ผู้ส่งสารคาดคิดเอาไว้ นอกจากนั้นวิธีการรับสารของประชาชนก็มีได้เป็นอย่าง passive หากทว่าเป็นไปอย่าง active และประชาชนผู้รับสารมักมีปฏิกริยาป้อนกลับทั้งแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ

ระดับของการมีส่วนร่วมของชุมชน แบ่งไว้ 3 ระดับ โดยเรียงจากระดับที่น้อยที่สุดไปจนถึงมากที่สุด ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมในฐานะผู้รับสาร/ผู้ใช้สาร (Audience/Receiver/Users)
2. การมีส่วนร่วมในฐานะผู้ส่ง/ผู้ผลิต/ผู้ร่วมผลิต/ผู้ร่วมแสดง (Sender/Producer/Co-producer/Performance)
3. การมีส่วนร่วมในฐานะผู้วางแผนและกำหนดนโยบาย (Policy Maker/Planner)

จะเห็นได้ว่า ยิ่งระดับของการมีส่วนร่วมสูงขึ้นมากเท่าใด สัดส่วนของชุมชนที่จะเข้ามามีส่วนร่วมได้ก็จะยิ่งเล็กลง กล่าวคือ ในระดับของผู้รับสาร คนในชุมชนทุกคนสามารถมีส่วนร่วมได้

แต่เมื่อขึ้นมาถึงขั้นการผลิต ก็อาจจะมีคนบางกลุ่มในชุมชนเท่านั้นที่จะเข้ามามีส่วนร่วม จนกระทั่งถึงขั้นตอนสุดท้าย คือระดับการวางแผนและนโยบายนี้ ก็คงมีตัวแทนบางคนจากชุมชนเท่านั้นที่จะเข้ามาดำเนินกิจกรรมในระดับนี้

● แนวความคิดเรื่องกลยุทธ์การสื่อสาร

Seven Windah, Benno H. Signitzen และ Jean T. Olson (นิยม ศิริวิวัฒน์, 2541) ได้จำแนกประเภทกลยุทธ์ขั้นพื้นฐานของการสื่อสาร โดยการเอาปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายในของระบบสังคมเป็นตัวกำหนด จะได้กลยุทธ์ของการสื่อสาร 4 ประเภท คือ

1. การรณรงค์และการสื่อสารแบบดั้งเดิม (Traditional Communication/ Information Campaign Solution) เป็นกลยุทธ์ที่ส่วนกลางหรือองค์การนอกระบบสังคมของผู้รับข่าวสารเป็นผู้กำหนดทั้งเป้าหมายและลักษณะการใช้สื่อทุกอย่าง เช่น กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้กำหนดเป้าหมายและการใช้สื่อสำหรับการรณรงค์เลิกรับประทานปลาดิบในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ข้อดีของกลยุทธ์นี้ก็คือ ส่วนกลางสามารถควบคุมกำกับรายละเอียดต่างๆของการใช้สื่อได้ แต่ข้อเสียก็คือส่วนกลางอาจดำเนินการไม่เหมาะสมและอาจไม่ตรงกับความต้องการที่แท้จริงของประชากรในท้องถิ่น
2. เป้าหมายการรณรงค์ถูกกำหนดจากภายนอก (External Initiative Solution) คือ ส่วนกลางซึ่งเป็นองค์กรนอกชุมชน เป็นผู้กำหนดเป้าหมายของการสื่อสารแต่ให้ชุมชนหรือท้องถิ่นกำหนดลักษณะการใช้สื่อ เพื่อให้บรรลุผลตามเป้าหมายนั้นด้วยตนเอง เช่น กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้ประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือเลิกพฤติกรรมการรับประทานปลาดิบ โดยให้จังหวัดต่างๆในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เป็นผู้กำหนดวิธีการใช้สื่อเพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายนั้นด้วยตนเอง ข้อดีของวิธีการนี้ก็คือ ชุมชนสามารถกำหนดกลยุทธ์ที่เหมาะสมกับสภาพความเป็นจริง แต่ข้อเสียก็คือเป้าหมายที่ได้รับจากส่วนกลางนั้นอาจไม่เหมาะสม อาจง่ายเกินไปหรือยากเกินกว่าที่ชุมชนจะทำได้สำเร็จได้

3. กลวิธีการรณรงค์ถูกกำหนดจากภายนอก (Communication Support Solution) ในลักษณะนี้ ท้องถิ่นหรือชุมชนจะเป็นผู้กำหนดเป้าหมายเอง แต่ลักษณะการใช้สื่อต่าง ๆ นั้น จะถูกกำหนดมาจากส่วนกลาง หรือภายนอกชุมชน เช่น กระทรวงสาธารณสุข สนับสนุนสื่อทุกอย่างให้แก่จังหวัดต่างๆ ในโครงการรณรงค์ให้ประชาชนเลิกรับประทานปลาดิบ โดยจังหวัดเป็นผู้กำหนดเป้าหมายของโครงการเอง ข้อดีคือ จังหวัดสามารถกำหนดเป้าหมายที่เหมาะสมกับความสามารถของตนเองได้ แต่ก็มีข้อเสียคือ สื่อที่ส่วนกลางสนับสนุนนั้นอาจไม่เหมาะสมกับชุมชนและบางครั้งส่วนกลางก็ไม่สามารถสนับสนุนสื่อได้ทันกาล
4. การรณรงค์ริเริ่มจากภายใน (Grass Roots Initiative) เป็นลักษณะที่ทั้งเป้าหมายของการสื่อสารและลักษณะการใช้สื่อได้ถูกกำหนดขึ้นโดยชุมชนหรือท้องถิ่นเอง ซึ่งอาจดำเนินการโดยคนในท้องถิ่นในลักษณะรวมตัวกันเป็นกลุ่มหรือชมรมต่างๆ กลยุทธ์การสื่อสารในลักษณะนี้เป็นรูปแบบที่ดีที่สุด แต่ก็เหมาะสมเฉพาะกับกลุ่มประชาชนในชุมชนที่มีการศึกษาดีและมีความรับผิดชอบสูง

นอกจากนี้ Sven Windah และคณะ (1992) ยังได้สรุปนโยบายทางกลยุทธ์พื้นฐานทางการสื่อสาร ไว้ดังนี้

1. กลยุทธ์เนื้อหาเพื่อการกระจายสาร (Content / Distribution Strategy) เป็นการผลิตเนื้อหาให้ตรงกับประเด็นของเรื่องที่ต้องการแล้วนำออกเผยแพร่ให้ตรงกับกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการ ลักษณะของการสื่อสารแบบนี้จึงอยู่ในรูปแบบจำลองทางการสื่อสารที่ใช้กันอยู่แบบดั้งเดิม คือ ประกอบด้วย ผู้ส่ง-ตัวสาร-ช่องทาง-ผู้รับสาร นั่นคือ ตัวสารถูกทำขึ้นและถูกส่งผ่านไปตามสื่อที่คาดว่ากลุ่มผู้รับสารเป้าหมายใช้อยู่อย่างสม่ำเสมอ กลยุทธ์การสื่อสารในลักษณะดังกล่าวนี้มักจะใช้กันในระยะแรกในการรณรงค์เพื่อเป็นการสร้างวาระให้กับประเด็นของเรื่องที่ต้องการรณรงค์ เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ในระยะเวลาดั้งเดิมและเรื่องที่จะใช้ในการสื่อสารไม่สลับซับซ้อน ไม่มีข้อโต้แย้งมากนัก
2. กลยุทธ์เชิงกระบวนการ (Processing Strategy) กลยุทธ์นี้มักจะไม่แสดงออกซึ่งจุดประสงค์ที่แน่ชัดเมื่อเทียบกับกลยุทธ์เชิงเนื้อหาเพื่อการกระจายสาร กลยุทธ์นี้การสื่อสารเป็นจุดมุ่งหมายในตัวของมันเอง ถูกใช้เป็นเครื่องมือเพื่อลดความตึงเครียดที่

เกิดขึ้นแก่บุคคลหรือกลุ่มคน เพื่อผ่อนคลายความขัดแย้งที่เกิดขึ้น หรือใช้เป็นจุดเริ่มต้นของกระบวนการกลุ่มสัมพันธ์ และใช้เป็นกระบวนการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน กลยุทธ์นี้มักถูกนำมาใช้เพื่อสนองต่อวัตถุประสงค์ที่จะสัมฤทธิ์ผลในระยะยาวและต้องการความช่วยเหลือจากหลายฝ่าย

3. กลยุทธ์การกระจายสาร (Distribution Strategy) ใช้เมื่อนักวางแผนการสื่อสารต้องการให้กลุ่มเป้าหมายได้รับข้อมูลข่าวสารไม่ว่ากลุ่มเป้าหมายจะมีความต้องการหรือไม่ก็ตาม นั่นก็คือนักวางแผนการสื่อสารคิดว่ากลุ่มเป้าหมายมีความจำเป็นที่จะต้องมามีข้อมูลข่าวสารดังกล่าว ดังนั้น นักวางแผนการสื่อสารจะเป็นผู้เลือกเวลาที่เหมาะสม เพื่อการกระจายข้อมูลข่าวสารดังกล่าวไปยังกลุ่มเป้าหมาย
4. กลยุทธ์การจัดหา (Supply Strategy) กลยุทธ์นี้แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ กลยุทธ์การจัดหาเชิงรุกโดยมีลักษณะที่กลุ่มเป้าหมายได้แสดงความต้องการข้อมูลข่าวสารที่ตนเองอยากจะมีไว้ให้กับผู้รับผิดชอบซึ่งก็จะไปแสวงหาแหล่งข้อมูลมาให้ ส่วนอีกประเภทได้แก่กลยุทธ์เชิงรับ ซึ่งมีลักษณะที่ข้อมูลได้ถูกเก็บเอาไว้ และนำเสนอให้กับกลุ่มเป้าหมาย โดยที่ผู้รับผิดชอบข้อมูลดังกล่าวให้ความช่วยเหลือแก่กลุ่มเป้าหมายเพียงเล็กน้อยเท่านั้น

● แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับประชาสังคมร่วมสมัย (Civil Society)

แนวคิดเรื่องประชาสังคม ซึ่งแปลมาจากคำว่า Civil Society นั้นมีรากเหง้าทางความคิดมาจากทฤษฎีทางสังคมของตะวันตก ประชาสังคมร่วมสมัยเป็นสถาบันอันเป็นรากฐานของประชาธิปไตย (Fernandes, 1994: อ้างถึงใน โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2544) จะมองว่าประชาสังคมไม่เพียงแต่ต้องดำรงอยู่เท่านั้น แต่ต้องเสริมสร้างประชาสังคมให้เข้มแข็งเพื่อสร้างสังคมที่มีดุลอำนาจระหว่างรัฐ ทูต และสังคม นอกจากนี้แนวคิดแนวคิดร่วมสมัยนี้ยังแยกประชาสังคมออกจากสังคมการเมืองระดับหนึ่งและเน้นอิสรภาพ

แนวคิดประชาสังคมของ **อันโตนิโอ กรัมซี** นั้นมองว่าประชาสังคมมิใช่สังคมที่มีแต่ผลประโยชน์ส่วนตัวแต่เป็นสังคมที่มีองค์กรต่างๆ มีระเบียบแบบแผนที่มีศักยภาพในการควบคุมตนเองและมีอิสรภาพระดับหนึ่ง ในขณะที่รัฐปกครองบนพื้นฐานของการใช้กำลังอำนาจที่เป็น

ทางการบังคับ ภาคประชาสังคมจะเน้นการสร้างคามยินยอมและการยอมรับผ่านอำนาจนำ (Hegemony) ที่มีใช้การบังคับด้วยกำลังอำนาจหรือการลงโทษด้วยความรุนแรง ให้ความสนใจต่อมิติทางวัฒนธรรมและอุดมการณ์อันเป็นรากฐานของการครอบงำทางอุดมการณ์ในภาคประชาสังคม

ลักษณะอันเป็นสาระสำคัญของประชาสังคมร่วมสมัยในกระแสความคิดปัจจุบันพอจะสรุปได้ 3 ข้อหลักๆ ดังนี้

- a) มีลักษณะเป็นชุมชนอิสระ กล่าวคือ มีอิสรภาพทางความคิดและอุดมคติที่ไม่ถูกบังคับด้วยกำลังอำนาจใดๆ โดยเฉพาะอำนาจทางการเมืองที่เป็นทางการของรัฐ
- b) เป็นอิสระระดับหนึ่งจากอำนาจรัฐและอำนาจทุนหรือตลาด แต่ก็มิได้แยกขาดจากกันอย่างสิ้นเชิง หากแต่ต่างก็เป็นเหตุเป็นปัจจัยแก่กัน มีการแทรกซึมระหว่างกันอย่างเหมาะสม และเน้นการสื่อสารทำความเข้าใจระหว่างกันของทั้ง 3 ภาคอย่างเคารพความคิดเห็นซึ่งกันและกันในโครงสร้างแบบประชาธิปไตย

ผลงานชิ้นสำคัญที่ชี้ให้เห็นว่าภาคประชาสังคมเป็นหลักประกันในระยะยาวและมีบทบาทเสริมกันกับการพัฒนาภาคการเมืองและเศรษฐกิจ คือผลงานของ **โรเบิร์ต พัตนัม** ซึ่งได้ศึกษาเศรษฐกิจ การเมืองและประชาธิปไตยในอิตาลี โดยสืบสาวพัฒนาการทางประวัติศาสตร์การเมืองและวิเคราะห์โครงสร้างความสัมพันธ์ทางสังคมในภูมิภาคต่างๆของอิตาลี โดยการวิเคราะห์เปรียบเทียบความเจริญรุ่งเรืองทางเศรษฐกิจ คุณธรรมทางสังคม ความเป็นประชาธิปไตยและประสิทธิภาพของระบบรัฐเทียบกับปัจจัยทางสังคมต่างๆ พัตนัมพบข้อสรุปว่า การรวมตัวกันเป็นชุมชนในรูปแบบกลุ่ม ชมรม สหกรณ์ สมาคมหรือองค์กรต่างๆในภาคประชาสังคมเป็นตัวกำหนดที่สำคัญที่สุดต่อความมั่งคั่งทางเศรษฐกิจ ความเป็นประชาธิปไตยและความสงบสุขของสังคม

การรวมตัวกันเป็นกลุ่ม ชมรม สมาคม หรือองค์กรต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นกลุ่มกีฬา กลุ่มดนตรี หรือองค์กรชุมชนอื่นๆที่ชักนำให้ผู้คนมาพบปะ คบค้าสมาคมกันโดยสมัครใจกันนี้ เป็นการสร้างความสัมพันธ์ทางสังคมที่ก่อให้เกิดความไว้วางใจกัน ความช่วยเหลือเกื้อกูลกันและความร่วมมือต่อกัน ลักษณะความสัมพันธ์ดังกล่าวนี้เป็นความสัมพันธ์ใน

แนวราบ และเน้นการมีส่วนร่วมของประชาสังคมในกิจการสาธารณะ ซึ่งพัฒน์เห็นว่า เป็นส่วนสำคัญของวัฒนธรรมประชาสังคม (Civil Tradition) ผลการวิเคราะห์ของพัฒน์ ได้ข้อสรุปว่า ความไว้วางใจกัน ความช่วยเหลือเกื้อกูลกันเป็นค่านิยมหรือบรรทัดฐานของชุมชนประชาสังคมและเครือข่ายความร่วมมือกันนั้นเป็น Social Capital หรือทุนทางสังคมที่สามารถแปรเปลี่ยนการสร้างสรรค์ความมั่งคั่งและความเป็นประชาธิปไตยได้ ความมั่งคั่งหาได้เป็นเหตุให้เกิดสังคมที่เข้มแข็งไม่ สังคมที่เข้มแข็งต่างหากที่เป็นเหตุให้เกิดความมั่งคั่งมั่งคั่ง (Putnam, 1993: อ้างถึงใน โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2544)

ข้อคิดในเรื่องการจัตุรูปองค์กรทางสังคมโดยเน้นความสัมพันธ์แนวราบของพัฒน์นี้ สอดคล้องกับข้อเสนอของ พระไพศาล วิสาโล ที่วิเคราะห์ลักษณะของสังคมไทยว่า โครงสร้างและกระบวนการทัศน์หลักในสังคมปัจจุบันได้ทำให้รัฐและตลาดมีอำนาจมากเกินไป ความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างรัฐและตลาดกับบุคคลนั้นเป็นความสัมพันธ์แนวตั้ง กล่าวคือ เป็นความสัมพันธ์ระหว่างรัฐผู้มีอำนาจ กับประชาชนธรรมดาที่ไม่มีอำนาจ ดังนั้นเพื่อปรับดุลแห่งอำนาจนี้ พระไพศาลชี้ว่าสังคมจำเป็นต้องเสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่การจัตุรูปองค์กรทางสังคมที่เน้นความสัมพันธ์ในแนวราบมากขึ้น ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล กลุ่มเพื่อนบ้าน กลุ่มองค์กรเล็กๆ ที่เน้นความไม่เป็นการ ความเท่าเทียมกัน และความสมัครใจ (พระไพศาล, 2537: อ้างถึงใน โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2544) ความสัมพันธ์ในแนวราบดังกล่าวจะก่อให้เกิดเครือข่ายความร่วมมือและจะช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งแก่ภาคสังคมด้วย

- c) เน้นความคิดริเริ่มของปัจเจกบุคคลในการทำประโยชน์แก่ส่วนรวม กล่าวคือกลุ่มองค์กรในภาคประชาสังคมเกิดจากความคิดริเริ่มส่วนบุคคลประกอบกับความเชื่อถือไว้วางใจกัน ซึ่งจะทำให้ปัจเจกบุคคลมีความหมายมากขึ้นและมีประสิทธิภาพทางสังคมมากขึ้น

Bratton (1994: อ้างถึงใน โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2544) ได้นิยามประชาสังคมว่า หมายถึง ปริณทลทางสังคมที่ประชาชนกับรัฐมีปฏิสัมพันธ์กัน ซึ่งแสดงออกในรูปของการมีส่วนร่วมของชุมชน องค์กร อาสาสมัคร และเครือข่ายของสื่อสารมวลชน แปรตตันได้แจกแจงรายละเอียดขององค์ประกอบประชาสังคมทั้ง 3 ดังนี้ คือ

1. ค่านิยมและบรรทัดฐานของชุมชน (Norm of civic community)

ที่สำคัญที่สุดคือ ความไว้วางใจและเชื่อถือกัน(trust) ความช่วยเหลือเกื้อกูลกัน (reciprocity) ความอดทนอดกลั้นต่อความขัดแย้ง(tolerance) และการเปิดกว้างยอมรับในความแตกต่างหลากหลาย (inclusion)

2. โครงสร้างองค์กรประชาสังคม (Structure of associational life)

หมายถึง กลุ่มทางสังคมหรือองค์กรที่รองรับการคบหาสมาคม และเอื้ออำนวยต่อการแสดงออกทางสังคมของบุคคล รูปแบบขององค์กรที่พบบ่อยที่สุด คือ องค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์และองค์กรอาสาสมัครต่างๆ องค์กรเหล่านี้จะเป็นองค์กรระดับใดก็ตามหรือมีความสนใจเฉพาะด้านใดก็ตามล้วนแต่เพิ่มความหลากหลายและเสริมภาคประชาสังคมให้เข้มแข็งขึ้น

3. เครือข่ายการสื่อสารสาธารณะ (Network of public communication)

การสื่อสารสาธารณะจะช่วยให้มีการพูดคุย ถกเถียงและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การผูกขาดสื่อมวลชนไม่ว่าจะโดยรัฐ หรือเอกชนก็ตาม เป็นเงื่อนไขที่ไม่เกื้อกูลต่อการเติบโตของประชาสังคม แบรดตันกล่าวว่า ประชาสังคมที่เข้มแข็งนั้นเป็นเครือข่ายของช่องทางการสื่อสารที่เชื่อมโยงและซบกันอย่างสลับซับซ้อน

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (2539) ได้ให้ความเห็นว่า แม้ข้อเสนอของ Bratton จะครอบคลุมและสามารถใช้เป็นแนวทางในการสร้างเสริมประชาสังคมให้เข้มแข็งได้ แต่ข้อเสนอดังกล่าวยังอาจปรับปรุงให้มีความหมายกว้างและลึกซึ้ง เพื่อให้สามารถพิจารณาถึงข้อเสนอในเชิงปฏิบัติได้ชัดเจนมากขึ้น จึงได้เสนอองค์ประกอบที่สำคัญของประชาสังคมทั้ง 3 ประการ ดังนี้

1. จิตสำนึกประชาสังคม (Civic consciousness)

หมายถึง ความคิดและการยอมรับในเรื่องการรวมตัวกันอย่างอิสระ ด้วยความรัก ความเอื้ออาทร การยอมรับความคิดเห็นของกันและกัน เรียนรู้ร่วมกัน และแก้ไขปัญหาที่เผชิญอยู่ โดยรวมตัวกันในลักษณะของภาคี (partnership) เน้นความสัมพันธ์ในแนวระนาบ (horizontal) และมีการเรียนรู้ร่วมกัน

จิตสำนึกประชาสังคมในที่นี้มีหมายถึงความตื่นตัวของสังคมและการยอมรับใน
 สาธารณชนถึงความสำคัญของคุณธรรมแห่งประชาสังคม โดยการเห็นความสำคัญและ
 เคารพในคุณค่าของความคิดริเริ่มอิสระของปัจเจกบุคคลที่จะทำงานเพื่อสังคมส่วนรวม
 และเน้นการมีส่วนร่วมโดยสมัครใจในการสร้างสรรค์สังคม

2. โครงสร้างองค์กรประชาสังคม (Civic organization)

เป็นกลุ่มการรวมตัวที่อาจเป็นองค์กรที่เป็นทางการ(นิติบุคคล) หรือไม่เป็น
 ทางการก็ได้ เป็นกลุ่มที่รวมตัวกันเฉพาะคราว เฉพาะเรื่อง หรือต่อเนื่องก็ได้ สมาชิกของ
 กลุ่มอาจจะเป็นบุคลากรในภาครัฐ ภาคธุรกิจ หรือประชาชน หรือรวมกันอยู่ก็ได้ จำนวน
 สมาชิกไม่จำกัด มีเพียง 2-3 คนก็ได้ รูปแบบที่เห็นได้มากที่สุด คือ องค์กรเอกชน
 สาธารณประโยชน์ในลักษณะต่างๆ ไม่ว่าจะเป็น มูลนิธิ สมาคม สมาพันธ์ ชมรม สหพันธ์
 ชุมนุม สหกรณ์ กลุ่มออมทรัพย์ หรือกลุ่มอื่นๆ ซึ่งประเด็นสำคัญคือ การรวมกลุ่มนั้นต้อง
 มีจิตสำนึกประชาสังคมครบถ้วน องค์กรการรวมกลุ่มที่มีลักษณะถูกจัดตั้ง ขึ้นมา ขาดการ
 สร้าง partnership ไม่มีการเรียนรู้ร่วมกัน และมีลักษณะความสัมพันธ์ในแนวดิ่ง แม้จะ
 เกิดอยู่ในชุมชน ไม่ว่าจะสนับสนุนโดยภาครัฐหรือองค์กรเอกชน ก็ไม่สามารถนับเป็น
 ประชาสังคมได้เพราะขาดจิตสำนึกประชาสังคม

องค์กรประชาสังคมไม่ได้หมายถึงแต่เฉพาะองค์กรพัฒนาเอกชน เนื่องจาก
 องค์กรพัฒนาเอกชนบางองค์กรอาจมีวิถีคิดวิถีทำงานที่ห่างไกลจากปรัชญาความคิดแบบ
 ประชาสังคม เช่น มีการรวมศูนย์การตัดสินใจ การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็น
 เพียงรูปแบบหรือพิธีกรรม การจัดการความสัมพันธ์กับชุมชนเป็นความสัมพันธ์ตามแนวดิ่ง
 หรือมีวิธีการทำงานที่เน้นการเผชิญหน้ากันอย่างแตกหักอยู่เสมอ เป็นต้น องค์กรประชา
 สังคมมีความหมายครอบคลุมถึงองค์กรหรือชุมชนทุกรูปแบบที่มีการจัดการความสัมพันธ์
 ทางสังคมที่สะท้อนจิตสำนึกประชาสังคม ไม่ว่าจะเป็นครอบครัว ชุมชน เพื่อนบ้าน
 ชมรม สหกรณ์ มูลนิธิ สมาคม องค์กรวิชาชีพต่างๆ เป็นต้น

3. เครือข่ายประชาสังคม (Civic network)

หมายถึง โครงสร้างและกระบวนการที่เชื่อมโยงสมาชิกในกลุ่ม เชื่อมโยงองค์กร
 อิสระสาธารณประโยชน์กับปัจเจกชนอิสระ และเชื่อมโยงองค์กรประชาสังคมต่างๆเข้า
 ด้วยกัน ทำให้เกิดการสื่อสารสนทนาระหว่างองค์กรเหล่านี้กับปัจเจกชนและสาธารณชน

มีการประสาน ถ่ายทอดความคิดเห็น ทศนคติ และประสบการณ์ระหว่างกัน ซึ่งปัจจัยสำคัญ
ของเครือข่ายประชาสังคม คือ ระบบการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และการสัมพันธ์กันด้วย
ความสมานฉันท์ เครือข่ายประชาสังคมจะเป็นสิ่งที่ช่วยรวมพลังแห่งจิตสำนึกของสมาชิก
และองค์กรประชาสังคมต่างๆ ให้เป็น “อำนาจที่สาม” ที่มีความเข้มแข็งในสังคมขึ้นมา

และนอกจากสื่อมวลชนกระแสหลักแล้ว ควรมีการแสวงหาปริณทลสาธารณะที่เป็น
เป็นทางเลือกใหม่ๆ (alternative public sphere) ที่จะถ่วงดุลและต้านทานการครอบงำ
โดยสื่อมวลชนกระแสหลัก เพื่อเป็นการเปิดโอกาสให้แก่การแสดงออกซึ่งความคิดเห็น
อิสระอื่นๆ ที่เดิมอาจถูกกีดกันออกจากการสื่อสารสาธารณะกระแสหลัก ด้วยเหตุนี้ civic
network จะช่วยสร้างความเป็นชุมชนให้เกิดขึ้นในประชาสังคมด้วย

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดของภาพรวมการก่อตัวของประชาสังคมไทย



นอกจากคำว่า “ประชาสังคม” แล้ว ยังมีคำหลายคำที่ให้ความหมายไปในทางเดียวกันกับคำว่า “ประชาสังคม” หรือ civic society เช่น ประชาคม, สังคมเข้มแข็ง, ชุมชนเข้มแข็ง, ความเป็นชุมชน(Community), Civility, Civic Tradition (ชูชัย ศุภวงศ์, 2539) ซึ่งมีนักคิดในสังคมไทยหลายท่านได้ให้ความคิดเห็นไว้ดังนี้

ศ.นพ. ประเวศ วะสี (ชูชัย ศุภวงศ์, 2538) ได้ให้ความหมายของ “ความเป็นชุมชน” ว่า หมายถึง “การที่ประชาชนจำนวนหนึ่งมีวัตถุประสงค์ร่วมกัน มีอุดมคติร่วมกัน หรือมีความเชื่อร่วมกันในบางเรื่อง มีการติดต่อสื่อสารกัน หรือมีการรวมกลุ่มกัน จะอยู่ห่างกันก็ได้ (ทั้งติดพื้นที่และไม่ติดพื้นที่) มีความเอื้ออาทรต่อกัน มีความรัก มีมิตรภาพ มีการเรียนรู้ร่วมกัน ในการกระทำหรือในการปฏิบัติบางสิ่งบางอย่าง และมีการจัดการ” และผลของการเกิด “ความเป็นชุมชน” นั้นมีดังนี้

1. ทำให้เกิดความสุข มีความอบอุ่นเกิดขึ้น เพราะมีความเอื้ออาทรต่อกัน มีการช่วยเหลือกัน สนับสนุนซึ่งกันและกัน
2. มีประสิทธิภาพที่จะทำให้งานประสบความสำเร็จ ซึ่งการที่ระบบจะดำเนินไปได้ดี คือได้สมดุลและยั่งยืนนั้น จะต้องเคลื่อนไปแบบเป็นปีกแผ่น ต้องอาศัยปัญญาของทุกคนที่อยู่ในระบบ เพราะพฤติกรรมของทุกคน ทุกองค์กรที่อยู่ในระบบจะกระทบระบบทั้งนั้น ทุกคนล้วนมีความสำคัญ ฉะนั้นการคิดทั้งระบบจะมีปัญญาพอที่จะทำให้ระบบมีบูรณาการอยู่ได้ต้องอาศัยการเรียนรู้ร่วมกันในลักษณะ Interactive Learning Through Action นอกจากนี้กระบวนการเรียนรู้ร่วมกันจะทำให้เกิดมิตรภาพ และความรัก
3. มีการจัดการ คือ จัดการให้มีการเรียนรู้ร่วมกัน ซึ่งการจัดการเป็นปัญญาชนิดหนึ่งที่ทรงพลังมากเนื่องจากทำให้สิ่งที่เป็นไปไม่ได้เป็นไปได้ (Management makes the impossible possible) การจัดการต้องอาศัยโลกทัศน์เชิงระบบ ต้องเข้าใจสิ่งต่างๆ เป็นระบบ มีองค์ประกอบหลายอย่างเข้ามาเชื่อมโยงกัน ดังนั้น การจัดการคือการใช้ความรู้เข้าไปสร้างความรู้ ณ จุดต่างๆ ให้เข้ามาเชื่อมโยงกันเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์

ในความเป็นชุมชนที่มีศักยภาพสูงนั้น อาศัยองค์ประกอบ 3 ประการ ได้แก่

1. เรื่องทางจิตใจ เรื่องธรรมะ เรื่องจิตวิญญาณ

2. การเรียนรู้ร่วมกัน
3. การจัดการ

ศ.ดร. ชัยอนันต์ สมุทรวณิช (ชูชัย ศุภวงศ์, 2539) กล่าวว่า “ประชาสังคม หมายถึง ทุกๆ ส่วนของสังคม โดยรวมถึงภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชนด้วย ถือว่าทั้งหมดเป็น civic society แต่ถ้าถือตามแบบตะวันตกแยก civic society คือส่วนที่อยู่นอก state นอกภาครัฐ แต่ในที่นี้ หมายถึง ทุกฝ่ายเข้ามาเป็น partnership คือ การร่วมกันทำ ไม่ใช่ leadership เป็นเรื่องของ participation ไม่ใช่เป็นเรื่อง representation”

แนวความคิดของ partnership คือ การร่วมกันทำ แยกไม่ได้ว่าปัญหาเรื่องใดเรื่องหนึ่งเป็นเรื่องของฝ่ายรัฐหรือฝ่ายสังคม และไม่ได้จำกัดว่า ใครเป็นส่วนนำหรือส่วนตาม มีการประสานเชื่อมโยงกันทั้งแนวดิ่งและแนวราบ โดยเอาตัวกิจกรรมเป็นศูนย์กลาง นอกจากนี้ Civic movement ไม่จำเป็นจะต้องเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับคนจำนวนมาก แต่มีเกิดขึ้นได้ทุกวัน ในระดับท้องถิ่น ระดับชุมชน ที่ได้เริ่มมีการจัดตั้งกลุ่มต่างๆ มากขึ้น

กระบวนการของวิถีประชาเพื่อให้เกิดการพัฒนาของประชาชนและโดยประชาชนต้องคำนึงถึง

- a. การเน้นพื้นที่ (ประชาสังคม) เป็นหลัก
- b. คำนึงถึงการพัฒนาที่เน้นคนเป็นศูนย์กลาง
- c. คำนึงถึงการจัดการ การพัฒนาแบบองค์รวม
- d. คำนึงถึงความเดือดร้อน ความต้องการของภาคประชาชนที่เกี่ยวข้องกับสภาพชุมชน
- e. คำนึงถึงความตื่นตัวของประชาชน
- f. เพิ่มช่องทางความร่วมมือในประชาคมและกลุ่มคน
- g. สร้างความเชื่อมโยงระหว่างวิถีประชา ซึ่งเน้นการพัฒนาของประชาชนและโดยประชาชน กับวิถีรัฐ-ราษฎรร่วมซึ่งเน้นการพัฒนาเพื่อประชาชนโดยราชการครอบงำ เพื่อก่อให้เกิดการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน

h. สร้างสมรรถนะของประชาชน

ดร. อเนก เหล่าธรรมทัศน์ (ชูชัย ศุภวงศ์, 2538) ให้ความเห็นว่า “ประชาสังคม เป็นแนวคิดที่ค่อนข้างจะเน้นเรื่องความสมานฉันท์ ความกลมเกลียว ความกลมกลืนมากกว่าจะดูความแตกต่าง หรือความแตกแยกภายใน มีความสัมพันธ์แบบ Relative Equal คือเท่ากันโดยพื้นฐาน ไม่ใช่มีแต่ความสัมพันธ์แบบ Hierarchy หรือมูลนายกับไพร่ เป็นแนวคิดที่รวมเอาชนชั้นกลาง ชนชั้นสูงเข้ามาด้วย ผสมกลมกลืนกันทุกชนชั้น เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา (Participation) ชุมชนมีสิทธิในการบริหารจัดการทรัพยากรธรรมชาติ มีอำนาจในการปกป้องคุ้มครองสิ่งแวดล้อมในชุมชนของตนเอง รู้จักรับฟัง ให้เกียรติผู้อื่น ไม่มองว่าประชาชนเป็นเพียง passive subject”

นอกจากนี้ยังได้ให้ความเห็นว่า “ประชาสังคม”(Civil Society) มีความหมายใกล้เคียงกับ “ความเป็นชุมชน” (Community) แต่แตกต่างกันที่ “ความเป็นชุมชน” มีจุดเน้นไปในเรื่องของชนบทที่เข้มแข็ง ชุมชนมีลักษณะเป็น Face to Face Relationship คือ ใกล้ตัว เป็นเพื่อนฝูง พี่น้อง ญาติ คนในชุมชนเดียวกัน มี Spiritual binding ค่อนข้างสูง ในขณะที่ “ประชาสังคม” จะใช้สื่อความหมายของสังคมขนาดใหญ่กว่า เป็นสังคมที่ Impersonal ไม่ใช่ Face to Face เสมอไป และเป็นพื้นที่ที่ stranger มารวมกัน คือ ไม่ใช่ญาติ ไม่ใช่คนที่เกี่ยวข้องใกล้ชิด ไม่ได้เป็นพวกกันมาก่อน มีความหลากหลายของสมาชิก ดังนั้นจึงต้องพัฒนาและสร้างความผูกพันขึ้นมา ซึ่งความผูกพันนี้หลายครั้งเป็นเรื่อง Imagine และต้องมี Trust เป็น Interpersonal Trust คือ เชื่อในคนแปลกหน้า

เป้าหมายของประชาสังคมจะเน้นการทำเพื่อสังคมส่วนรวมในลักษณะ Obligation คือ เป็นสิ่งที่เราต้องคืนให้กับสังคม ไม่ใช่ลักษณะของ Charity ซึ่งมองมนุษย์ด้วยกันต่อกันดีกว่า นั่นคือถ้าคิดแบบ charity ก็จะไม่เอาเงิน เอาสิ่งของไปให้ แต่ถ้าคิดแบบ obligation ก็จะไม่สอนให้คนทำงาน คนที่ได้รับความช่วยเหลือก็จะรู้สึกภาคภูมิใจตนเอง

ธีรยุทธ บุญมี (2536: อ้างถึงใน โกมาตวร จิ่งเสถียรทรัพย์, 2544) ได้เสนอบทวิเคราะห์และแนวทางการพัฒนาสังคมไทยโดยเน้นการสร้าง “สังคมเข้มแข็ง” หรือ civil society ธีรยุทธได้ชี้ให้เห็นว่า จิตสำนึกทางสังคมได้เริ่มก่อตัวขึ้นและแสดงออกอย่างเด่นชัดในรูปของการเคลื่อนไหวของภาคประชาชน องค์กรเอกชน และองค์กรวิชาชีพอิสระต่างๆ การเคลื่อนไหวของ

ภาคประชาสังคมนี้มีลักษณะที่กระจายตัว (diffuse) มากกว่าการจัดตั้งแบบรวมศูนย์ พลังทางสังคมมีมาจากทุกๆส่วน ทุกวิชาชีพ ทุกระดับรายได้ ทุกภูมิภาคของประเทศ มีกลุ่มองค์กรที่หลากหลาย และยังเน้นการมีส่วนร่วมของทุกส่วนของสังคม และการเสริมบทบาทขององค์กรนอกภาครัฐ ดังนั้นการแก้ปัญหาที่พื้นฐานจึงต้องมองไปที่ พลังที่สาม คือ พลังของสังคมโดยส่วนรวมทั้งหมด หากสังคมมีความเข้มแข็ง โดยมีทุกๆส่วน คือ ภาครัฐ ธุรกิจ วิชาชีพ ปัญญาชน นักวิชาการ ชาวบ้าน ร่วมแรงร่วมใจกัน ก็มีความสามารถที่จะผลักดันให้เกิดการแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้สำเร็จ หรือมิเช่นนั้นก็ทุเลาเบาบางปัญหาลงไปได้อย่างยั่งยืนและมีประสิทธิภาพ ธีรยุทธ ได้เสนอขั้นตอนของการก่อตัวของสังคมเข้มแข็งหรือ civil society โดยแยกแยะออกเป็น 4 ขั้น (ชูชัย ศุภวงศ์, 2539) ดังนี้

ขั้นที่ 1 การเกิดจิตสำนึกทางสังคม (social conscience) หมายถึง จิตสำนึกที่บุคคลรู้สึกรับผิดชอบ หรือผูกพันกับสังคมขนาดกว้างที่เป็นเมืองใหญ่ หรือทั่วประเทศที่กว้างกว่าชุมชน เป็นจิตสำนึกที่ยกระดับจากจิตสำนึกที่ระดับชุมชนให้เป็นระดับสังคมที่ใหญ่ขึ้น

ขั้นที่ 2 การเกิดกลุ่ม องค์กรทางสังคมที่มีจิตสำนึกในการดูแลประโยชน์ซึ่งกันและกัน ได้แก่ กลุ่มลักษณะสังคมสงเคราะห์ กลุ่มวิชาชีพ กลุ่มภาคเอกชน กลุ่มสื่อ กลุ่มองค์กรท้องถิ่น กลุ่มช่วยเหลือกันเองของประชาชนที่ประสบปัญหาบางประการร่วมกัน เป็นต้น

ขั้นที่ 3 การก่อรูปของอุดมการณ์ร่วมของสังคม ที่ยึดเหนี่ยวให้สังคมเป็นสังคมที่เข้มแข็ง และมีคุณธรรม ได้แก่ การเป็นสังคมที่สมาชิกและผู้บริหารประเทศมีคุณธรรม การเป็นสังคมประชาธิปไตย การเป็นสังคมที่เปิด การเป็นสังคมที่มีความมั่งคั่งทางวัฒนธรรมและสภาพแวดล้อม เป็นต้น (ธีรยุทธ เสนอว่า สังคมไทยในปัจจุบันกำลังอยู่ในขั้นตอนนี้)

ขั้นที่ 4 การที่อุดมการณ์แห่งสังคมเข้มแข็งตกผลึกเป็นเสมือนสถาบันที่ทุกคนยอมรับเป็นกฎเกณฑ์แห่งวิถีชีวิต ซึ่งเป็นแรงขับเคลื่อนให้สังคมก้าวหน้าไปพร้อมกับกลุ่มหรือองค์กรสังคมต่างๆ

สุวิทย์ วิบุลย์ผลประเสริฐ (2539) สรุปไว้ว่า “ประชาคม” หมายถึง “การที่คนในสังคมซึ่งมีจิตสำนึก (civic consciousness) ร่วมกัน มารวมตัวกันในลักษณะที่เป็นหุ้นส่วนกัน (partnership) ในการกระทำบางอย่าง ทั้งนี้ด้วยความรักและความเอื้ออาทรต่อกัน ภายใต้ระบบ

การจัดการ ให้เกิดความรู้อื่นๆร่วมกัน”

ประชาสังคมจะก่อให้เกิด “อำนาจที่สาม” นอกเหนือจากอำนาจรัฐ และอำนาจธุรกิจ อำนาจที่สามนี้อาจไม่ต้องการคนจำนวนมาก แต่เป็นกลุ่มเล็กกลุ่มน้อย กระจายกระจายและอาจมีความเชื่อมโยงกันเป็นเครือข่ายย่อย (civic network)

การรวมตัวกันนั้นอาจไม่ต้องอยู่ใกล้ชิดกัน แต่สามารถสื่อสารกันได้ เกิดเป็นองค์กรขึ้น (civic organization) ซึ่งอาจเป็นองค์กรที่เป็นทางการ (นิติบุคคล) หรือไม่เป็นทางการก็ได้

การรวมตัวกันในลักษณะประชาคม จะเป็นการก่อให้เกิดโครงสร้างสังคมแนวใหม่ที่มีความสัมพันธ์กันในแนวราบ ซึ่งหากประสานกับโครงสร้างที่มีความสัมพันธ์ในแนวดิ่งด้วยความสมานฉันท์แล้ว ก็จะทำให้สังคมทั้งสังคมมีความเข้มแข็งเหมือนผืนผ้าที่มีทั้งเส้นใยแนวตั้งและแนวนอน ถักทอกันเป็นผืนผ้าที่มีความงดงามและแข็งแรง

การก่อตัวของแนวคิดประชาคมนั้น เกิดจากหลายเหตุปัจจัยด้วยกัน ได้แก่

- a) วิฤติในสังคม ที่รัฐ และทุนไม่สามารถแก้ไขได้โดยลำพัง
- b) การก่อกำเนิดของชนชั้นกลาง โดยเฉพาะอย่างยิ่งพ่อค้า นักธุรกิจ นักวิชาการ
- c) พัฒนาการของกระบวนการประชาธิปไตย ซึ่งเปิดโอกาสให้ประชาชนสามารถแสดงออกในทางความคิดเห็นได้โดยอิสระ
- d) ระบบการติดต่อสื่อสาร ซึ่งช่วยให้การรวมตัวกันเป็นไปได้สะดวกขึ้น โดยที่ในบางครั้งไม่จำเป็นต้องพบกัน
- e) ปัญหาเรื่องประสิทธิภาพและความโปร่งใสทางภาครัฐ ทำให้รัฐไม่สามารถเป็นผู้แก้ไขปัญหาในสังคมได้แต่เพียงผู้เดียว จึงต้องมีการแสวงหาทางเลือกอื่น

● แนวคิดเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion)

การส่งเสริม (Promotion) และการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) ต่างก็เป็นแนวความคิดมาจากสหรัฐอเมริกา ในขณะที่การส่งเสริมในเชิงธุรกิจมุ่งเน้นการเพิ่มผลผลิตหรือยอดจำหน่ายสินค้าเพื่อให้มีกำไรมากขึ้น แต่การส่งเสริมสุขภาพนั้น เน้นการให้ประชาชน ชุมชน สังคม ช่วยกันทำให้ทุกคนมีสุขภาพดีและเพิ่มพูนศักยภาพในการพัฒนาสุขภาพของแต่ละคนให้ดียิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังทำให้รัฐและบุคคลสามารถลดค่าใช้จ่ายในด้านการแพทย์และการสาธารณสุขลง

ด้วยเหตุที่คำว่า “สุขภาพ” ในกระบวนทัศน์ใหม่นั้นหมายถึง สุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งสุขภาวะในแต่ละด้านต่างก็ส่งผลกระทบต่อซึ่งกันและกัน มิได้แยกขาดจากกัน (ประเวศ วะสี, 2543)

สุขภาวะทางกาย หมายถึง ร่างกายที่สมบูรณ์ แข็งแรง ไม่มีโรค ไม่พิการ

สุขภาวะทางจิต หมายถึง จิตใจที่มีความสุข รื่นเริง มีเมตตา มีสมาธิ มีปัญญา

สุขภาวะทางสังคม หมายถึง การอยู่ร่วมกันด้วยดี มีครอบครัวที่อบอุ่น ชุมชนมีความเอื้ออาทรต่อกัน อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี มีความปลอดภัย

สุขภาวะทางจิตวิญญาณ หมายถึง การเสียสละ ลดความเห็นแก่ตัว มีสติ

ตารางที่ 4 แสดงความแตกต่างระหว่างกระบวนทัศน์ด้านสุขภาพแบบดั้งเดิม กับกระบวนทัศน์สุขภาพแบบใหม่

กระบวนทัศน์สุขภาพแบบดั้งเดิม	กระบวนทัศน์สุขภาพแบบใหม่
1. การดูแลรักษาสุขภาพมุ่งแต่ส่วนกาย ซึ่งดูแลจัดการได้เป็นส่วน ๆ	1. มนุษย์เป็นสิ่งที่ชีวิตที่มีความซับซ้อนหลายมิติ มิได้มีเพียงมิติแห่งสรีระร่างกายเพียงอย่างเดียว แต่อารมณ์ จิตใจ สังคม มีอิทธิพลอย่างสูงต่อสุขภาพ
2. ต้องต่อสู้กับธรรมชาติเพื่อควบคุมและรักษาให้ร่างกายมีสุขภาพดี เนื่องจากร่างกายมนุษย์มีขีด	2. ร่างกายดูแลรักษาตนเองได้ โดยอาศัยสมดุลของร่างกายตามวิถีธรรมชาติ และการใช้ชีวิตอย่างสมดุล

<p>ความสามารถอันจำกัดมากที่จะรักษาตนเอง</p> <p>3.การกำจัดอาการเจ็บป่วย สามารถที่จะใช้สารเคมีและเทคโนโลยีสมัยใหม่ เพื่อจัดการอาการเจ็บป่วยนั้นได้โดยทันทีและมีเวลาในการรักษาที่แน่นอน</p> <p>4.จุดมุ่งหมายของวิทยาศาสตร์การแพทย์คือการค้นหาวิธีการบำบัดความเจ็บป่วยอย่างแยกออกเป็นโรค ๆ โดยค้นหาสาเหตุ หนึ่งสาเหตุต่อหนึ่งโรค.</p> <p>5.ความรู้ทางการแพทย์แบ่งชั้นลงมาเป็นลำดับ แพทย์คือผู้มีอำนาจในการรักษา</p>	<p>สอดคล้องกับธรรมชาติ</p> <p>3.ร่างกายมีกลไกตามธรรมชาติ ที่จะจัดการกับความเจ็บป่วย แต่การฟื้นฟูสุขภาพเป็นกระบวนการที่ต้องใช้เวลาเพื่อสร้างสมดุล และมีความแตกต่างกันในแต่ละคน ไม่สามารถทำนายเวลาได้.</p> <p>4.โดยธรรมชาติแล้ว ร่างกายมีกลไกของการป้องกันโรคและเยียวยาตนเอง การเกิดโรคเป็นผลจากการเสียสมดุลของภูมิคุ้มกันร่างกายซึ่งมีอยู่ตามธรรมชาติ ซึ่งเกิดจากหลายสาเหตุที่มีผลซึ่งกันและกัน</p> <p>5.การรักษาสุขภาพเป็นกระบวนการร่วมมือระหว่างปัจเจกบุคคลกับผู้ให้การรักษาสุขภาพ แพทย์มิใช่ผู้มีอำนาจสุดท้ายในการควบคุมการรักษา</p>
---	--

จากกระบวนการทัศน์สุขภาพแบบใหม่ดังกล่าวข้างต้น ซึ่งเป็นกระบวนการทัศน์สุขภาพแบบองค์รวม ได้ก่อให้เกิดทฤษฎีการแพทย์แบบใหม่ขึ้น (ทฤษฎีสุขภาพ) โดยมีความแตกต่างไปจากทฤษฎีการแพทย์แบบแบบเก่า (ทฤษฎีโรค) ดังแสดงในตาราง

ตารางที่ 5 แสดงความแตกต่างระหว่างทฤษฎีเก่าและทฤษฎีใหม่ทางการแพทย์

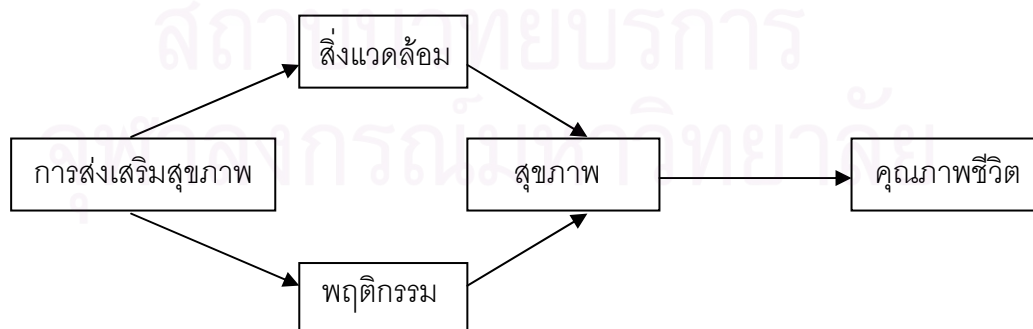
มิติต่างๆ	ทฤษฎีการแพทย์เก่า (ทฤษฎีโรค)	ทฤษฎีการแพทย์ใหม่ (ทฤษฎีสุขภาพ)
1. ทรรศนะ	เห็นเฉพาะส่วน (กาย)	เห็นทั้งหมดแบบองค์รวม
2. แนวทาง	รักษาโรค	รักษาคน
3. เครื่องมือ	เทคโนโลยี	หลากหลาย ยอมรับในการแพทย์ทางเลือก
4. ประเภทของการแพทย์	ฐานปัจเจกเป็นรายๆ (one to one care)	ฐานประชากร (population-based)
5. ระบบบริการสุขภาพ	ตั้งรับ ซ่อมสุขภาพ	รุก สร้างนำซ่อม
6. ค่าใช้จ่าย – ผลตอบแทน	แพงมาก ผลตอบแทนทางสุขภาพต่ำ	ประหยัด ผลตอบแทนทางสุขภาพสูง
7. ผลลัพธ์	การซ่อมสุขภาพเป็นรายๆ	การพัฒนามนุษย์-สังคม-สิ่งแวดล้อม ทั้งหมด

8. ศักยภาพของแพทย์ และบุคลากรทางสาธารณสุข	ถูกจำกัดอยู่กับมิติทางเทคนิค	มีส่วนร่วมในการพาสังคมออกจากวิกฤติ
---	------------------------------	------------------------------------

ดังนั้น การส่งเสริมสุขภาพตามกระบวนการทัศนสุขภาพแบบใหม่จึงหมายถึง “กระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพของตนเอง” สุขภาพในที่นี้หมายถึง ความสมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และทางสังคม ซึ่งนอกจากจะมีตัวกำหนดจากปัจจัยด้านปัจเจกบุคคลแล้ว ยังได้รับผลกระทบอย่างมากจากปัจจัยพื้นฐานทางสังคมและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สันติภาพ ที่อยู่อาศัย การศึกษา ความมั่นคงปลอดภัยในสังคม ความสัมพันธ์ในสังคม อาหาร รายได้ การเสริมสร้างอำนาจแก่สตรี ระบบนิเวศน์ที่มั่นคง การใช้ทรัพยากรแบบยั่งยืน ความยุติธรรมทางสังคม การเคารพสิทธิมนุษยชนและความเสมอภาค ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพจึงเป็นกระบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมที่จะต้องมีส่วนร่วมจากทุกภาคของสังคม ทั้งภาคสาธารณสุขและนอกภาคสาธารณสุข ภาครัฐบาลรวมทั้งภาคเอกชน องค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรวิชาชีพ และองค์กรชุมชน

จากค่านิยมของการส่งเสริมสุขภาพที่กล่าวมาแล้ว สรุปได้ว่าการส่งเสริมสุขภาพนั้นมีความมุ่งหมายให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และดำเนินการให้สิ่งแวดล้อมเอื้ออำนวยให้บุคคลมีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ อันจะนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดี ดังแผนภาพต่อไปนี้

แผนภาพที่ 2 ความสัมพันธ์ของการส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม
(มหาวิทยาลัยมหิดล, คณะสาธารณสุขศาสตร์, 2540: 92)



หลักการของการส่งเสริมสุขภาพ (Principles)

กระบวนการส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วยคุณค่าหรือหลักการสำคัญ 5 ประการ ได้แก่

1. การเสริมสร้างอำนาจ (Empowerment) หมายถึงการเพิ่มศักยภาพหรือความสามารถของปัจเจกบุคคลและชุมชนในการควบคุมปัจจัยที่กำหนดสุขภาพของพวกเขา
2. การมีส่วนร่วมของสาธารณะ (Public participation) หมายถึงการส่งเสริมให้ปัจเจกบุคคลและชุมชนสามารถมีส่วนร่วมในการกำหนดปัญหา วิเคราะห์สาเหตุของปัญหา วางแผน และดำเนินการแก้ไขปัญหาที่ส่งผลต่อชีวิต สภาพความเป็นอยู่และสุขภาพของพวกเขา
3. การให้ความสำคัญแก่ปัจจัยทางสังคม และสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพ
4. การลดความไม่เท่าเทียมและความไม่ยุติธรรมทางสังคม
5. การกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือระหว่างภาค (Intersectoral cooperation)

ในเอกสารขององค์การอนามัยโลกส่วนภาคพื้นยุโรปได้สรุปแนวความคิดและหลักสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพ โดยคณะทำงานที่จัดตั้งและจัดประชุมขึ้นที่ กรุงโคเปนเฮเกน ระหว่างวันที่ 9 – 13 กรกฎาคม 1984 ว่า การส่งเสริมสุขภาพนั้นเป็นกระบวนการ (Process) ในการเพิ่มศักยภาพให้แก่ประชาชนเพื่อให้ประชาชนมีความสามารถที่จะควบคุมและปรับปรุงสุขภาพของทุกคน แนวความคิดในการส่งเสริมสุขภาพดังกล่าวของ WHO สามารถแบ่งออกได้ดังนี้

1. การส่งเสริมสุขภาพเป็นเรื่องของการดำเนินชีวิตประจำวัน (Everyday life) ของประชาชนทั่วไป ไม่ใช่เป็นแต่เพียงเรื่องของประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเท่านั้น
2. การส่งเสริมสุขภาพเป็นเรื่องเกี่ยวข้องกับทุกเรื่องที่มีผลต่อสุขภาพ ดังนั้น จึงไม่ใช่เป็นเรื่องที่การแพทย์และสาธารณสุขจะเป็นผู้รับผิดชอบแต่เพียงฝ่ายเดียว หน่วยงานและองค์การทุกสาขาต้องร่วมมือดำเนินงานกันอย่างใกล้ชิด

3. การส่งเสริมสุขภาพเป็นการรวมเอาหน่วยงานที่มีความหลากหลายมาร่วมเสริมพลังกันทำงานให้ไปในทิศทางเดียวกัน เช่น รวมเอาองค์การสื่อสารมวลชน การศึกษา การตรากฎหมาย การงบประมาณ การจัดองค์การ การพัฒนาชุมชน ฯลฯ มาร่วมกันแก้ไขปัญหาสุขภาพ
4. การส่งเสริมสุขภาพมุ่งหมายที่จะให้ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมดำเนินงานจนบังเกิดผลอย่างจริงจัง
5. การส่งเสริมสุขภาพเป็นเรื่องของกิจกรรมทางสุขภาพและทางสังคมโดยไม่เน้นเรื่องการรักษาพยาบาล ดังนั้น นักวิชาชีพสาธารณสุขจะต้องมีบทบาทสำคัญต่อกิจกรรมทางด้านสาธารณสุขมูลฐาน โดยเฉพาะการเป็นตัวตั้งตัวตีในการดำเนินงานสาธารณสุขและการให้ความรู้แก่ประชาชน

กลวิธีการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ

ในการประชุมระดับนานาชาติ เรื่องการส่งเสริมสุขภาพ ครั้งที่ 1 ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้จัดขึ้น ณ กรุงออตตาวา ประเทศแคนาดา เมื่อ พ.ศ. 2529 ได้กำหนดแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพให้ประเทศต่างๆ นำไปปรับใช้ตามความเหมาะสมมาจนถึงทุกวันนี้ แนวทางการดำเนินงาน เรียกว่า “กฎบัตรออตตาวาเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ” (Ottawa Charter for Health Promotion) กฎบัตรนี้กำหนดให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพ คือ

1. ทำหน้าที่เป็นผู้ให้ข้อมูลข่าวสารแก่สาธารณชน (Advocate) เพื่อสร้างกระแสสังคมและเพื่อเป็นแรงผลักดันให้ผู้บริการกำหนดนโยบายเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ
2. ทำหน้าที่เป็นผู้สนับสนุน (Enable) ประชาชน เพิ่มพลังให้ประชาชนมีศักยภาพต่อการดำเนินการเพื่อสุขภาพดียิ่งขึ้นที่ รวมถึงการดำเนินการให้มีสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพด้วย ให้ประชาชนมีทักษะในการดำเนินชีวิตและมีข้อมูลอย่างเพียงพอ มีโอกาสที่จะเลือกดำเนินการต่อสุขภาพของตน ซึ่งประชาชนมีความสามารถควบคุมสิ่งต่างๆ นั้นได้
3. ทำหน้าที่เป็นคนกลาง (Mediate) ในการประสานงานระหว่างกลุ่มผลประโยชน์หรือหน่วยงานในสังคมและสื่อมวลชนเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี

การเลือกเป้าหมายในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ (Entry Point)

1. เลือกพื้นที่เป็นหลัก (Setting) เช่น ชุมชนหรือหมู่บ้าน หรือพื้นที่เฉพาะ
2. เลือกประชากรเป็นหลัก (Populations) เช่น ทำตามกลุ่มอายุ กลุ่มวัยรุ่น กลุ่มสูงอายุ ผู้หญิง เด็ก หรือกลุ่มผู้ด้อยโอกาส
3. เลือกประเด็นปัญหาประชากรเป็นหลัก (Health Issue) เช่น เรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์ (Reproductive Health) สุขภาพกับสิ่งแวดล้อม การไม่สูบบุหรี่ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เป็นต้น

กิจกรรมสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพ (กลยุทธ์ 5 ประการในกฎบัตรรอตตาวา)

1. **สร้างนโยบายสาธารณสุขเพื่อส่งเสริมสุขภาพ (Build Healthy Public Policy)**
กล่าวคือ เป็นกิจกรรมที่จะทำให้เรื่องของการส่งเสริมสุขภาพเป็นประเด็นสาธารณะ อันหมายถึงเรื่องของสุขภาพควรเป็นเรื่องที่ผู้มีอำนาจในการตัดสินใจ หรือผู้กำหนดนโยบายในทุกสาขาและทุกระดับที่เกี่ยวข้องได้ให้ความสำคัญและกำหนดเป็นนโยบายของตน ซึ่งการกระทำเช่นนี้จะทำให้เกิดผลกระทบในเชิงบวกต่อประชาชนมากขึ้นในการที่จะมีสุขภาพที่ดีขึ้น จุดมุ่งหมายหลักของนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพก็คือ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่อำนวยความสะดวกให้ประชาชนสามารถดำเนินชีวิตที่มีสุขภาพดี
2. **การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Create Supportive Environment)** จะเห็นได้ว่าการอาศัยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่ม โดยที่ไม่มีการสนับสนุนหรือส่งเสริมด้านสิ่งแวดล้อม จะทำให้การมีสุขภาพที่ดีเป็นเรื่องที่ยากมากขึ้น ทั้งนี้ สิ่งแวดล้อมไม่ได้หมายถึงเพียงมิติทางกายภาพเท่านั้น หากรวมถึงมิติทางสังคม การเมือง เศรษฐกิจ วัฒนธรรมและจิตวิญญาณ จากคำประกาศซันด์สวาลด์ ได้ให้ความสำคัญเกี่ยวกับขอบข่ายของการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพไว้ 6 ด้านด้วยกัน ได้แก่ (1) การศึกษา, (2) อาหารและโภชนาการ, (3) บ้านและชุมชนโดยรอบ, (4) การงานและอาชีพ, (5) การคมนาคม และ (6) การสนับสนุนและการดูแลจากสังคม

3. **เสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง (Strengthen Community Action)** หรือการเพิ่มความสามารถของชุมชน นั่นคือ การส่งเสริมสุขภาพจะต้องดำเนินการโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในความหมายของคำว่า “การมีส่วนร่วมของชุมชน” คือการที่บุคคลหรือชุมชนได้มีส่วนร่วมในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การตัดสินใจ การวางแผน การดำเนินการและมีอำนาจควบคุมสิ่งต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อชีวิตของเขาได้ โดยระดับของการมีส่วนร่วมอาจจะมีมากน้อยต่างกันไป ทั้งที่มีส่วนร่วมโดยตรงและโดยอ้อม ซึ่งหากสามารถทำให้ประชาชนมีส่วนร่วมได้จะมีผลต่อความยั่งยืนในการดำเนินงานและยังเป็นการพัฒนาตัวประชาชนได้อีกด้วย เพราะการมีส่วนร่วมเป็นการใช้ศักยภาพของมนุษย์ให้เกิดประโยชน์ได้เต็มที่ นอกจากการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจแล้วยังรวมถึงการมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์ และการทำให้เกิดการมีส่วนร่วมนั้นควรคำนึงถึงปัจจัยที่จะก่อให้เกิดความยั่งยืนด้วย
4. **พัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Develop Personal Skill)** จะเห็นได้ว่าการที่บุคคลจะมีสุขภาพที่ดีได้นั้นอย่างน้อยบุคคลนั้นก็ควรมีพฤติกรรมที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพของตนเองมากกว่าการมีเพียงความรู้หรือรู้สึกตระหนักเท่านั้น โดยเมื่อกล่าวถึงการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล ทักษะส่วนบุคคลจะประกอบไปด้วย การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและความรู้เรื่องสุขภาพ ความเข้าใจองค์ประกอบของสุขภาพ ความสามารถในการจัดการกับสิ่งแวดล้อม ทักษะในการเผชิญปัญหา ทักษะในการดูแลเอาใจใส่ ทั้งนี้การพัฒนาศักยภาพของประชาชนให้ดูแลตนเองได้นั้น มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องหาหนทางที่ทำให้ประชาชนทราบว่าตนเองมีปัญหาสุขภาพ และมีความรู้สึกรู้ว่าต้องการที่จะแก้ไข ตลอดจนทราบถึงและเชื่อมั่นว่าตนเองมีศักยภาพเพียงพอที่จะดูแลตนเองต่อไปได้ โดยสิ่งที่เขาทำเป็นสิ่งที่เขาเลือกและไม่ได้เกิดจากการถูกบีบบังคับแต่อย่างใด กระบวนการดังกล่าวจะต้องริเริ่มให้เกิดขึ้นในครอบครัว ในโรงเรียน ในที่ทำงาน ในชุมชนและในหน่วยงานต่างๆ
5. **ปรับระบบบริการสาธารณสุข (Reorient Health Services)** ทั้งนี้เกิดจากแนวคิดที่ต้องการให้มองผู้ป่วยและชุมชนอย่างเป็นองค์รวม คือมองทั้งในระดับปัจเจกบุคคล ตลอดจนการพิจารณาสิ่งแวดล้อม สังคม องค์กรต่างๆ อันจะมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคลได้ในที่สุด ดังนั้นการปรับระบบหรือองค์กรก็จะมีผลนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีมากขึ้น เช่น การเน้นการทำงานแบบเชิงรุกมากกว่าเชิงรับ การกำหนดบทบาทและความ

รับผิดชอบของบุคคลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้มีความชัดเจนและได้รับการยอมรับ ใน
 แง่บทบาทของประชาชนนั้น ประชาชนก็ควรที่จะมีโอกาสในการกำหนดบทบาทของ
 ตนเอง โดยบุคลากรสาธารณสุขมีส่วนช่วยให้ประชาชนดึงส่วนดีหรือจุดแข็งของตนมาใช้
 ให้ได้มากที่สุด มีการประสานงานร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยทำงานเป็นทีม เป็น
 ต้น ต้องมีการปรับเปลี่ยนเจตคติ การปรับทิศทาง และการจัดระบบบริการสาธารณสุขที่
 เน้นการมองปัญหาแบบองค์รวม

ในปัจจุบันมีหลักฐานที่แสดงชัดเจนว่า

- a) การพัฒนาสุขภาพด้วยวิธีเบ็ดเสร็จมีประสิทธิภาพมากที่สุด กล่าวคือ การผนวกกิจกรรมทั้ง
 5 ประการเข้าด้วยกัน จะได้ผลมากกว่าการใช้กลยุทธ์อันใดอันหนึ่งเพียงอย่างเดียว
- b) การเริ่มด้วยฐานของชุมชน จะเปิดโอกาสให้สามารถดำเนินกิจกรรมได้อย่างเบ็ดเสร็จ เช่น
 เมืองขนาดใหญ่ เมือง เกาะ เขต เทศบาล ชุมชนท้องถิ่น ตลาด โรงเรียน สถานที่ทำงาน
 และสถานบริการสาธารณสุข เป็นต้น
- c) การมีส่วนร่วมเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับความยั่งยืนของงาน นั่นคือจะต้องถือเอาประชาชน
 เป็นศูนย์กลางในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและในกระบวนการตัดสินใจที่จะทำให้
 เกิดประสิทธิผลที่ดี
- d) การเรียนรู้ด้านสุขภาพเป็นบ่อเกิดของการมีส่วนร่วม การเข้าถึงการศึกษาและข้อมูล
 ข่าวสารเป็นสิ่งจำเป็นในการทำให้เกิดการมีส่วนร่วม และการเสริมสร้างอำนาจของ
 ประชาชนและชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ

กลยุทธ์ที่ใช้ในการดำเนินงานในกิจกรรมทั้ง 5 สาขา

1. การพัฒนานโยบายเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ (Policy Development) พัฒนาและ
 สนับสนุนการสร้างเครือข่ายและรวมถึงการหาสิ่งสนับสนุนโครงสร้าง

2. พัฒนาและสนับสนุนการสร้างเครือข่าย และรวมถึงการหาสิ่งสนับสนุนโครงสร้างพื้นฐาน สำหรับการส่งเสริมสุขภาพ (Development and Support of Networks and Infrastructure)
3. ใช้วิธีการสื่อสารและการศึกษา (Communication and Education)
4. พัฒนาในทางวิชาการ (Knowledge Development)
5. พัฒนาชุมชน (Community Development)

จากการกำหนดกลยุทธ์ดังกล่าว เราพบว่าปัจจัยที่สำคัญประการหนึ่งนั่นคือ การสื่อสาร ซึ่งการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพนั้นควรจะคำนึงถึงช่องทางหรือสื่อที่จะใช้ไปยังผู้รับสาร ดังนั้นสื่อจึงเป็นช่องทางที่สำคัญในการส่งเสริมสุขภาพอย่างไม่อาจปฏิเสธได้

ข้อแตกต่างระหว่างการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่กับการส่งเสริมสุขภาพแบบดั้งเดิม

สุรเกียรติ์ อาชานุกาฬ (2541) ได้สรุปจำแนกความแตกต่างระหว่างการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่กับแบบดั้งเดิมไว้ดังนี้

ตารางที่ 6 แสดงความแตกต่างระหว่างการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่กับแบบดั้งเดิม

การส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่	การส่งเสริมสุขภาพแบบดั้งเดิม
เป็นกระบวนการเคลื่อนไหวทางสังคม	เป็นบริการที่จัดโดยองค์กรสุขภาพ
มุ่งที่สุขภาพของประชากร/ชุมชน	มุ่งที่สุขภาพส่วนบุคคล
เป็นความรับผิดชอบร่วมกันของสังคม	เป็นความรับผิดชอบส่วนบุคคล
เน้นที่ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม	เน้นที่ปัจจัยทางพฤติกรรมส่วนบุคคล
ใช้กลยุทธ์ 5 ประการ ตามกฎบัตรออกอตตาวา <ul style="list-style-type: none"> ● สร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ● สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ● เสริมสร้างกิจกรรมของชุมชนให้เข้มแข็ง 	ใช้กลยุทธ์การตลาดเพื่อสังคม การให้ข้อมูลข่าวสาร และการให้สุขศึกษา

<ul style="list-style-type: none"> • พัฒนาทักษะส่วนบุคคล • ปรับเปลี่ยนบริการสาธารณสุข 	
ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน ความร่วมมือระหว่างภาคและ การเสริมสร้างอำนาจ/ศักยภาพของปัจเจกบุคคลและชุมชน	ส่งเสริมความรู้ เจตคติ และทักษะของ ปัจเจกบุคคล

สื่อกับการส่งเสริมสุขภาพ

ตามแนวความคิดเรื่องการส่งเสริมสุขภาพขององค์การอนามัยโลกนั้น แม้จะไม่ได้กล่าวถึงเรื่องสื่อไว้ละเอียด แต่ก็แสดงให้เห็นว่า สื่อมีบทบาทสำคัญอย่างมากต่อการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพในทุกๆระดับ เช่น กำหนดให้การสื่อสารและการศึกษาเป็นกลวิธีหลักในการสร้างความเข้มแข็งให้แก่ชุมชน (Strengthen Community Action) กำหนดให้เรื่องสื่อและการสื่อสาร (Media / Communication) เป็นหนึ่งในห้าของปัจจัยโครงสร้างพื้นฐานในการส่งเสริมสุขภาพ (Supportive Health Promotion Infrastructures) และยังกำหนดให้องค์กรทางสื่อสารมวลชนเป็นองค์กรเครือข่าย (Partnership) ในการส่งเสริมสุขภาพไว้ด้วย

ลักษณะและขั้นตอนการใช้สื่อดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ

แม้จะไม่มีรายละเอียดของลักษณะสื่อและขั้นตอนการใช้สื่ออย่างชัดเจนปรากฏอยู่ในเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ แต่จากแนวความคิดที่มีผู้เสนอไว้ในแง่มุมต่างๆ พอจะสามารถสรุปได้ดังนี้

a) วัตถุประสงค์ของการใช้สื่อ

1. เพื่อเป็นการกระตุ้น เป็นพลังขับเคลื่อนและปลุกจิตสำนึกให้ประชาชน ชุมชน องค์กร สนับสนุนและร่วมดำเนินการในเรื่องสุขภาพ
2. เพื่อโน้มน้าว จูงใจ สร้างทัศนคติ และปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพให้ประชาชน ชุมชน มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม และสร้างสิ่งแวดล้อมให้เอื้ออำนวยต่อการดำเนินชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืน

3. เพื่อเป็นเครื่องมือในการพัฒนาความรู้ในการฝึกอบรมในเรื่องสุขภาพ
 4. เพื่อใช้เป็นช่องทางถ่ายทอด แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร เสริมสร้างความเข้าใจที่ถูกต้อง และสร้างความร่วมมือระหว่างประชาชน ชุมชน องค์กร รัฐบาล และระหว่างประเทศในเรื่องการแพทย์และการสาธารณสุข
- b) ลักษณะของสื่อในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ
1. เนื้อหาควรมีลักษณะที่เข้าใจได้ง่าย เนื่องจากเรื่องเกี่ยวกับการแพทย์และสาธารณสุขมักจะเป็นเรื่องที่ยากแก่การเข้าใจของคนทั่วไปอยู่แล้ว
 2. เนื้อหาต้องเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายแต่ละกลุ่ม และสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการสื่อสาร เนื่องจากมีการสื่อสารกับกลุ่มเป้าหมายมากมายและหลายระดับ
 3. ควรมีการสื่อสารในลักษณะ Two way communication หรือ Direct response และใช้การสื่อสารในเชิงรุก
 4. ต้องมีรูปแบบการนำเสนอที่น่าสนใจ ตื่นตาตื่นใจเป็นพิเศษ เพื่อประสิทธิภาพในการโน้มน้าวใจมากกว่าที่จะมุ่งเน้นในการให้ความรู้แต่เพียงอย่างเดียว
 5. ต้องอาศัยสื่อมวลชนเป็นสื่อหลัก
 6. ต้องนำเทคโนโลยีและช่องทางวิธีการสื่อใหม่ๆ มาประยุกต์ใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ
- c) จะเริ่มใช้สื่อดำเนินการส่งเสริมสุขภาพเมื่อใด

ในแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของ Green & Kreuter (มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540: อ้างถึงในนิยม ศิริวัฒน์, 2541) ที่เรียกกันโดยทั่วไปว่า Precede-Proceed Model ได้ระบุไว้ว่า การใช้สื่อจะเริ่มเมื่อเข้าสู่ระยะที่ 6 (Phase 6) ซึ่งเป็นระยะเข้าสู่การปฏิบัติการ กล่าวคือ หลังจากที่ได้วิเคราะห์สภาพปัญหาสุขภาพซึ่งเป็นเรื่องที่ต้อง

วิเคราะห์สิ่งเกี่ยวข้องทางสังคม ทางระบาดวิทยา พฤติกรรมสุขภาพและสิ่งแวดล้อม วิเคราะห์ปัจจัยทางด้านการศึกษาและรวมถึงวิเคราะห์ห้วงศักราชเองด้วยหรือกล่าวได้ว่า การใช้สื่อจะดำเนินการเมื่อนำข้อมูลมาประเมินรายละเอียดอย่างรอบคอบแล้วนั่นเอง

ในแนวคิดเรื่องการส่งเสริมสุขภาพขององค์การอนามัยโลก ไม่ได้ระบุว่าควรใช้สื่อเมื่อใด แต่ได้ระบุว่าสื่อเป็นปัจจัยโครงสร้างพื้นฐานของการส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้นจึงเป็นการยากที่จะระบุเวลา เนื่องจากว่าสื่อที่มีความจำเป็นที่ต้องใช้ทุกชั้นตอน และตลอดเวลาที่ดำเนินโครงการซึ่งแน่นอนว่าการใช้สื่อจะมีมากขึ้นเมื่อโครงการเข้าสู่ระยะปฏิบัติการในชุมชนเช่นเดียวกัน

● แนวคิดเรื่องการสื่อสารเพื่อสุขภาพ

Ratzan ได้กำหนดแนวคิดในการแบ่งขอบเขตของการสื่อสารเพื่อสุขภาพ ออกเป็น 2 แนวคิดและวิธีการ คือ

1. ใช้ระดับการสื่อสารเป็นตัวกำหนดขอบเขต (The Communication-Levels Approach)

การสื่อสารมีการกำหนดโครงสร้างของตัวมันเองออกเป็นการสื่อสารระดับต่างๆ เช่น การสื่อสารกับตัวเอง (Intrapersonal Communication), การสื่อสารระหว่างบุคคล (Interpersonal Communication), การสื่อสารในกลุ่มย่อย (Small Group Communication), การสื่อสารในองค์กร (Organization Communication), การสื่อสารมวลชน (Mass Communication), และการสื่อสารสาธารณะ (Public Communication) ซึ่งแนวคิดดังกล่าว สามารถที่จะใช้วิธีการเช่นเดียวกับศาสตร์ด้านการสื่อสารเพื่อสุขภาพได้เช่นกัน เพราะจากผลงานด้านการสื่อสารเพื่อสุขภาพที่ปรากฏออกมาในช่วงประมาณกว่า 3 ทศวรรษที่ผ่านมา พบว่า การสื่อสารระหว่างบุคคล และการสื่อสารมวลชน เป็นประเภทการสื่อสารที่มีการนำไปใช้มากที่สุดในระบบของการสื่อสารที่เกี่ยวกับประเด็นสุขภาพ โดยที่ Interpersonal Communication จะเน้นที่การสื่อสารระหว่างบุคคล การเผชิญหน้า การพบปะพูดคุย เช่น The Patient-Provider Relationship (Arnston et al., 1978; Ballard-Reisch, 1990; Beisecker&Beisecker, 1993;

Brenders, 1989; Evans et al., 1992; Garko, 1992; Korsch et al., 1968; President's Commission, 1982; Quill, 1983; Shart, 1984; Street&Wiemann, 1987; Wyatt, 1991) ที่ต่างล้วนให้ความสำคัญในเรื่องการสื่อสารเพื่อสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างนักวิชาชีพสายสุขภาพกับคนไข้

และขณะเดียวกัน ส่วนที่เกี่ยวกับการใช้สื่อสารมวลชน (Mass Communication) เพื่อการสื่อสารประเด็นสุขภาพต่าง ๆ นั้น จะเน้นที่การถ่ายทอดข้อมูลข่าวสาร ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค รวมทั้งการตลาดสุขภาพ (Health Marketing) และนโยบายสุขภาพต่างๆ (Jackson, 1992; Payne et al., 1989) Maibach และคณะ (1993) กล่าวว่า “การสื่อสารเพื่อสุขภาพเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในโครงการรณรงค์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคและการสร้างเสริมสุขภาพ เพราะการชักจูงด้วยข้อมูลสุขภาพต่าง ๆ นับว่าเป็นกระบวนการทางสังคมที่สามารถเพิ่มศักยภาพให้กับผู้คน เพื่อให้ผู้คนสามารถที่จะดูแลสุขภาพของตนเองได้”

2. ใช้บริบทและประเด็นการสื่อสารเป็นตัวกำหนดขอบเขต (Operational Approach)

การใช้บริบทของการสื่อสาร (Context of Communication) เป็นตัวกำหนดขอบเขตของการสื่อสารเพื่อสุขภาพเป็นการมองกระบวนการสื่อสารทั้งในประเด็นสิ่งแวดล้อมและในประเด็นที่เป็นส่วนของกระบวนการสื่อสารที่มุ่งการถ่ายทอดประเด็นสุขภาพเพื่อให้สามารถส่งผลต่อการมีสุขภาพดีทั้งกาย และจิตของกลุ่มเป้าหมาย ส่วนการใช้ประเด็นการสื่อสาร (Topic of Communication) เป็นตัวกำหนดขอบเขต จะมีจุดเน้นเพียงประเด็นเดียวคือ ต้องเป็นประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเท่านั้น การสื่อสารเพื่อสุขภาพจึงนับว่าเป็นระบบย่อยระบบหนึ่งของการสื่อสารของมนุษย์ (Human Communication)

Ratzan และคณะ (1994) กล่าวว่า “การสื่อสารเพื่อสุขภาพจะประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆ ที่เชื่อมประสานซึ่งกันและกัน เพื่อตอบสนองต่อการมีสุขภาพที่ดีในกลุ่มเป้าหมายในระดับที่แตกต่างกันไป ไม่ว่าจะเป็นระดับสังคม ระดับกลุ่ม หรือระดับปัจเจกบุคคล” ทั้งนี้กิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารเพื่อสุขภาพดังกล่าวมักจะประกอบด้วย

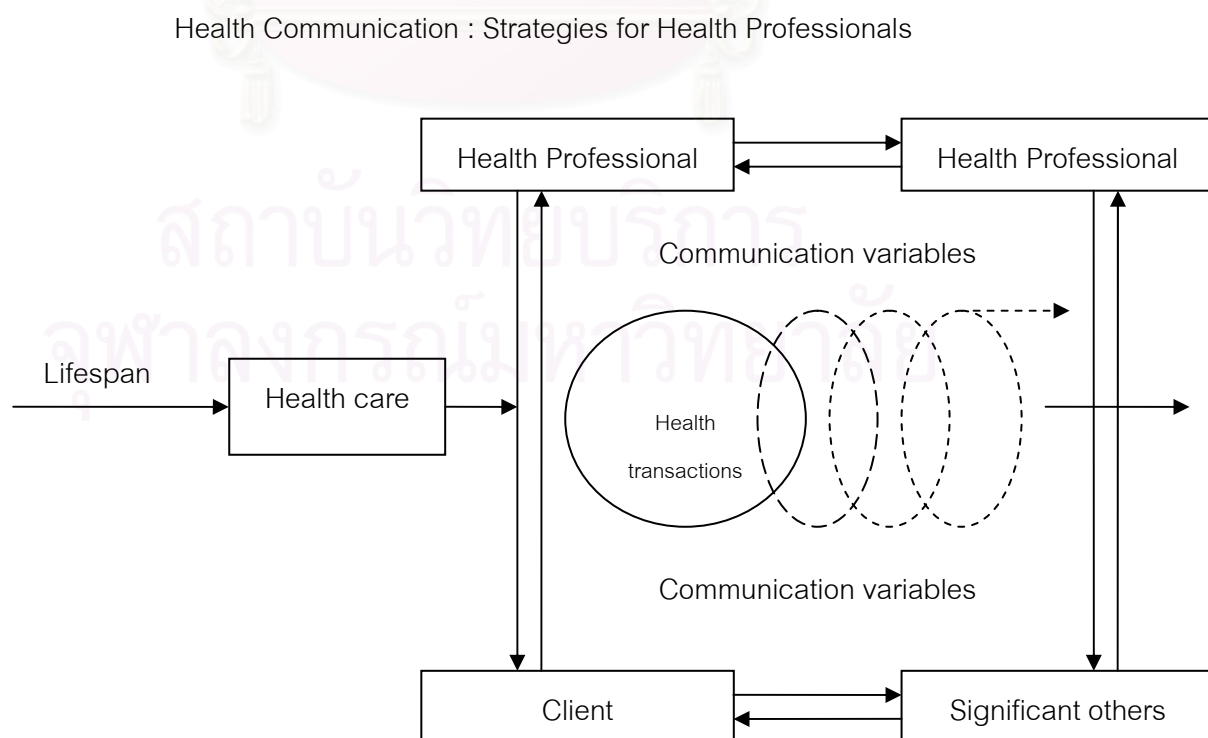
1. สุขศึกษา (Health Education) เป็นกิจกรรมที่มุ่งสู่การส่งเสริมการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี โดยการแจ้งให้ทราบ การให้การศึกษากับปัจเจกบุคคลผ่านสื่อและกิจกรรมต่างๆ
2. การสื่อสารเพื่อสังคม (Social Marketing) หรือการสื่อสารเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนในสังคม เป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ หรือการเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพสู่พฤติกรรมทางบวก โดยใช้หลักการตลาดเข้ามาเสริมกับสื่อมวลชนประเภทต่างๆ
3. การชี้แนะ (Advocacy) มักเป็นกิจกรรมที่ใช้สื่อมวลชนในการส่งเสริมนโยบาย กฎระเบียบ และโครงการต่างๆ เพื่อการส่งเสริมสุขภาพในระดับต่างๆ
4. การสื่อสารเกี่ยวกับภาวะเสี่ยง (Risk Communication) มักเป็นกิจกรรมเกี่ยวกับสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับเฉพาะกลุ่ม ที่จะต้องมีการพิจารณาภาวะการณ์แวดล้อม และวิธีการ ตลอดจนทางเลือกต่างๆ ในการจัดการกับภาวะเสี่ยงนั้นๆ เช่น การให้คำปรึกษาส่วนตัว (Individual counseling) เป็นต้น
5. การสื่อสารกับผู้ป่วย (Patient Communication) จะเกี่ยวกับการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานะด้านสุขภาพเพื่อการบำบัดรักษา การให้ความรู้ ความเข้าใจในรูปแบบและวิธีการต่างๆ เช่นการสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการรักษากับคนไข้ (Previder-Patient Communication) และที่กำลังเป็นที่นิยมคือ การสื่อสารระหว่างกลุ่มเพื่อน หรือกลุ่มที่อยู่ในสภาพเดียวกัน หรือที่เคยอยู่ในสภาพเดียวกันมาก่อน เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ระหว่างกันและกันที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (Peer-to-Peer Communication)
6. การให้ข้อมูลด้านสุขภาพ (Consumer Health Information) จะเป็นการช่วยให้บุคคลเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง และสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองได้ หรือของครอบครัวได้ รวมทั้งการนำเสนอข้อมูลด้านสุขภาพในลักษณะต่างๆ เช่นการประกันสุขภาพ การป้องกันและการดูแลสุขภาพของตนเอง ฯลฯ
7. การใช้สื่อใหม่ประเภทต่างๆ (New Media) ซึ่งในที่นี้หมายถึงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารต่างๆ ทั้งนี้เป็นเพราะกระแสความเจริญก้าวหน้าของเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในปัจจุบัน โดยเฉพาะการใช้อินเทอร์เน็ต ที่นำมาเสริมกับสื่อประเภทเดิมที่มี

การใช้กันมากในการสื่อสารเพื่อสุขภาพคือ สื่อสารมวลชน และการสื่อสารระหว่างบุคคล เพื่อที่จะทำให้มีการแพร่กระจายแนวคิด วิธีการเกี่ยวกับการสื่อสารเพื่อสุขภาพให้ สามารถกระจายได้มากและทั่วถึงยิ่งขึ้น

แบบจำลองการสื่อสารเพื่อสุขภาพ (Health Communication Model: HCM)

แบบจำลองการสื่อสารเพื่อสุขภาพของ King (King, I.M., 1981) นี้เป็นแบบจำลองที่อยู่ภายใต้คำจำกัดความ (Northouse, 1992) ที่ว่า “การสื่อสารเพื่อสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการปฏิสัมพันธ์ของมนุษย์ในกระบวนการดูแลรักษาสุขภาพ” และแนวคิดที่ว่า ความต้องการความรู้และทักษะในการสื่อสารเพื่อสุขภาพนั้นไม่ได้ถูกตีกรอบจำกัดอยู่แต่เฉพาะกับแพทย์ที่ทำการรักษาอยู่เท่านั้น แต่มันเป็นความจำเป็นต่อผู้ทำงานด้านสาธารณสุขทุกแขนง ไม่ว่าจะเป็น เภสัชกร พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักเทคนิคการแพทย์ เป็นต้น ที่เป็นผู้ให้บริการด้านสุขภาพ ตลอดจนประชาชนทั่วไปที่เป็นผู้รับบริการด้านสุขภาพต่างๆ จำเป็นต้องใช้กระบวนการสื่อสารนี้ให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด

แผนภาพที่3 แผนภาพแสดงแบบจำลองการสื่อสารเพื่อสุขภาพ (HCM)



แบบจำลอง HCM นี้ นำเสนอแนวคิดว่าการสื่อสารเพื่อสุขภาพ หมายถึง กระบวนการถ่ายทอดข่าวสารด้านสุขภาพระหว่างผู้ที่มีส่วนร่วมในการให้บริการด้านสุขภาพ คือผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขที่มีความสัมพันธ์ต่อผู้มารับบริการ ผู้ป่วย หรือประชาชนทั่วไปที่เข้ามาใช้บริการในบริบทของการดูแลสุขภาพ

แบบจำลองดังกล่าวเน้นที่การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น ในสภาวะแวดล้อมของการดูแลสุขภาพ 3 ประการ คือ

1. ความสัมพันธ์ (Relationships)

แบบจำลองนี้แสดงความสัมพันธ์ขององค์ประกอบหลัก 3 ประการ คือ

- a) ผู้ให้บริการสาธารณสุข (*Health Professional*) ในที่นี้หมายถึง บุคลากรที่ได้อยู่ในสายวิชาชีพสาธารณสุขต่างๆที่ได้รับการศึกษาอบรม มีประสบการณ์ในการให้บริการด้านสุขภาพต่อบุคคลอื่น ได้แก่ แพทย์ พยาบาล บุคลากรที่ให้บริการสาธารณสุขทุกแขนง เภสัชกร นักกายภาพบำบัด จิตแพทย์ นักเทคนิคการแพทย์ และผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพในสาขาต่างๆ เป็นต้น บุคลากรสาธารณสุขเหล่านี้มีส่วนร่วมในการสร้างวิถีชีวิต ทัศนคติ ค่านิยม ความเชื่อ ความรู้ ความเข้าใจ ประเด็นสุขภาพต่อผู้คนที่เข้ามาปฏิบัติสัมพันธ์ด้วย ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการรักษา หรือคนที่เข้ามาใช้บริการประเภทต่างๆ หรือคนที่ต้องการแสวงหาข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ หรือประชาชนในสังคมทั่วไปที่มีความใส่ใจในสุขภาพ
- b) ผู้รับบริการ (*Clients*) ผู้รับบริการ ลูกค้า คนไข้หรือบุคคลที่เข้ามาใช้บริการด้านสุขภาพในสถานการณ์ต่างๆ อาจเป็นคนไข้ที่เจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล หรือผู้ป่วยนอกที่มารับการรักษาและรับยากลับบ้าน หรือมารับคำแนะนำเรื่องสุขภาพทั่วไป หรือประชาชนทั่วไปที่เป็นผู้มาติดต่อเกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพ ผู้รับบริการเหล่านี้มีความเป็นปัจเจกที่มีความแตกต่างในความรู้ ทัศนคติ ค่านิยม ที่ทำให้ความสามารถในการรับรู้ประเด็นสุขภาพไม่เท่ากัน การที่ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจะมีปฏิสัมพันธ์เพื่อให้เกิดผลการเปลี่ยนแปลงความคิด หรือพฤติกรรมด้านการดูแลสุขภาพจึงต่างกัน และปัจจัยที่ส่งผลต่อลักษณะความเป็นปัจเจกของผู้รับสารอีกปัจจัยหนึ่งคือ เครือข่ายทางสังคม (*Social*

Network) ของผู้รับบริการที่เป็นปัจจัยสำคัญต่อการสื่อสารเพื่อสุขภาพ

- c) *บุคคลที่มีความสัมพันธ์อื่นๆ (Significant Others)* คือ เครือข่ายทางสังคมของผู้รับบริการ(Social Network) ที่หมายถึง บุคคลที่ผู้รับบริการ(clients) มีความสัมพันธ์ในทุกระดับ อาจเป็นสมาชิกในครอบครัว (สามี ภรรยา บุตร ญาติ พี่น้อง) เพื่อนร่วมห้องพัก เพื่อนในชั้นเรียน เพื่อนร่วมงาน ที่เกี่ยวข้องและมีอิทธิพลต่อผู้รับบริการด้านสุขภาพเหล่านี้ เพราะบุคคลที่มีความสัมพันธ์เหล่านี้มีส่วนร่วมในกระบวนการสื่อสารเพื่อสุขภาพในลักษณะที่เป็นเครือข่ายที่อยู่รอบตัวของผู้รับบริการ การทำงานของเครือข่ายอาจเป็นการให้คำแนะนำ ชี้ชวน ชักจูงใจ ให้ไปรับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลต่างๆ ต่อเมื่อรับการรักษาพยาบาลแล้วกลับไปอยู่บ้าน สมาชิกในครอบครัวจะเป็นผู้พยาบาลที่ใกล้ชิดมากกว่าแพทย์หรือพยาบาลที่โรงพยาบาล และการได้มาซึ่งข่าวสารสุขภาพอาจมาจากเครือข่ายทางสังคมระดับต่างๆที่เข้ามามีส่วนร่วมเป็นเครือข่ายเหล่านี้

2. การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน (Transactions)

การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันในที่นี้หมายถึง กระบวนการถ่ายทอดข่าวสารด้านสุขภาพที่เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการก่อให้เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เข้ามามีส่วนร่วมในการสื่อสารเพื่อสุขภาพ กระบวนการสื่อสารในที่นี้ใช้ภาษาเพื่อการสื่อสารทั้งวัจนภาษา และอวัจนภาษา เพื่อทำการส่งสารด้านสุขภาพจากผู้ให้บริการสุขภาพสู่ผู้รับบริการ และรวมถึงกระบวนการแสวงหาข่าวสารของผู้รับบริการสุขภาพ อันส่งผลต่อการรับรู้ การตีความข่าวสารสุขภาพของผู้รับบริการ

Communication variables แบบจำลองนี้ได้มีการนำเสนอภาพวงกลมตรงกลาง ที่แสดงถึงกระบวนการถ่ายทอดสารสุขภาพที่ออกมาในลักษณะเป็นวงกลม เพื่อแสดงว่ากระบวนการสื่อสารเป็นมิติที่มีความเคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่อง และไม่มีที่สิ้นสุด ทำการเคลื่อนไหวเพื่อส่งต่อข่าวสารสุขภาพระหว่างเครือข่ายของผู้ที่มีส่วนร่วมในกระบวนการนี้ ที่อยู่ในกรอบสี่เหลี่ยมหมายถึง การสื่อสารของผู้ให้บริการสุขภาพ ผู้รับบริการสุขภาพและเครือข่ายทางสังคมของผู้รับบริการที่มีการสื่อสารถึงกันในลักษณะโต้ตอบไปมาสองทาง (Two-way Communication) ในขณะที่เดียวกันความเคลื่อนไหวนี้บ่งบอกถึงความไม่หยุดนิ่งของกระบวนการสื่อสารเพื่อสุขภาพ (Communication variables) ที่มีตัวแปรที่แปรตามเหตุการณ์ สภาวะแวดล้อมของแต่ละชีวิต แต่

ละสังคัม แต่ละสถานการณ์ที่มีการผันแปรอย่างต่อเนื่อง

3. บริบท (Contexts)

บริบทของการดูแลรักษาสุขภาพ เป็นบริบทของการสื่อสารด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลที่สำคัญมากต่อการติดต่อสื่อสารในกลุ่มผู้ให้บริการ ผู้รับบริการและเครือข่ายที่เป็นสมาชิกในครอบครัว ชุมชน และรวมถึงบุคคลอื่นๆที่เกี่ยวข้อง โดยบริบทอาจแบ่งได้เป็น 2 ระดับ คือ

ระดับที่หนึ่ง หมายถึง สภาพแวดล้อม สถานที่ และการจัดการในระบบบริการสุขภาพ เช่น ในโรงพยาบาล บ้านพักคนชรา คลินิก ห้องในโรงพยาบาล ห้องไอซียู(ICU : Intensive Care Unit) เป็นต้น บริบทที่เป็นสภาวะแวดล้อมในระบบการให้บริการสาธารณสุขเหล่านี้จะเป็นตัวกำหนดรูปแบบของการติดต่อสื่อสารในวิธีที่แตกต่างกันไปตามสภาพแวดล้อมการบริการสุขภาพในแต่ละแห่ง

ระดับที่สอง หมายถึง รูปแบบการสื่อสารของบุคคลากรผู้มีส่วนร่วมภายในกรอบการสื่อสารเพื่อสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นในรูปแบบการสื่อสารระหว่างบุคคล(Interpersonal Communication) หรือกลุ่มเล็กๆ(Small Group Communication) และระหว่างบุคคลต่างๆในกลุ่มขนาดใหญ่

องค์ประกอบของแบบจำลองการสื่อสารด้านสุขภาพ (HCM) นี้จึงเป็นการสรุปให้เป็นความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิสัมพันธ์ของการสื่อสารสุขภาพของบุคคลทั้งที่เป็นผู้ให้บริการ ผู้รับบริการสุขภาพ และเครือข่ายการสื่อสารสุขภาพทางสังคัม ภายใต้บริบทที่ก่อตัวขึ้น

แนวคิดที่สอดคล้องกับปัจจัยเรื่องความสำคัญของการสื่อสารตามทฤษฎีนี้ประกอบได้กับทฤษฎีของ Roger (Roger, 1981) ที่กล่าวว่า โครงสร้างการสื่อสารหรือเครือข่าย (Communication Structure Network) เกิดจากการติดต่อสื่อสารระหว่างกันจนเกิดเป็นรูปแบบ (Pattern) แห่งความเกี่ยวพันกันขึ้นมา และความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันขององค์ประกอบที่อยู่ในเครือข่ายนี้ประกอบไปด้วยสมาชิกที่อยู่ในเครือข่ายและนอกเครือข่าย โดยมีลักษณะเชื่อมโยงและถ่ายทอดข่าวสาร วิธีการศึกษาเพื่อระบุโครงสร้างการสื่อสารในระบบเครือข่ายนี้จะใช้การวิเคราะห์การไหลของข้อมูลข่าวสาร ซึ่งอาศัยความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเป็นหน่วยในการวิเคราะห์ ดังนั้น สถานภาพของสมาชิกแต่ละคนในเครือข่ายต้องสัมพันธ์กับการสื่อสารระหว่างบุคคล

การสื่อสารสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ

จากผลการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการสื่อสารเพื่อสุขภาพที่ผ่านมาตลอดระยะเวลา 35 ปี ผู้และผู้ที่มีประสบการณ์ในสาขาการสื่อสารเพื่อสุขภาพต่างให้ข้อสรุปร่วมกันว่า การสื่อสารเพื่อสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ ควรจะต้องประกอบด้วยคุณลักษณะต่างๆ ดังต่อไปนี้ คือ (Franklin Apfel, 1998)

1. สามารถเข้าถึงเนื้อหาด้านสุขภาพ (availability) ของกลุ่มเป้าหมายต่างๆที่มีความต้องการที่หลากหลายต่างกันได้ โดยโอกาสในการเข้าถึงอาจอยู่ในรูปแบบของสื่อประเภทต่างๆ ทั้งที่เป็นสื่อดั้งเดิม และสื่อใหม่ หรือสื่อประสม เป็นต้น
2. ความต่อเนื่องและการทวนซ้ำ (repetition) ที่จะต้องมีอย่างต่อเนื่อง และอาจต้องมีการทวนซ้ำในบางประเด็นเพื่อให้เกิดผลกระทบตามที่คาดหวัง และ/หรือเพื่อเป็นการส่งต่อสู่คนกลุ่มใหม่ คนรุ่นใหม่ในประเด็นสุขภาพที่ต้องการให้เกิดขึ้นถาวร
3. ความถูกต้องของเนื้อหาหรือข้อมูล (accuracy)
4. ความเชื่อถือได้ของเนื้อหาหรือข้อมูล (reliability) ที่จะต้องมีการตรวจสอบ หรือปรับให้ทันสมัยอยู่ตลอดเวลา หรือสอดคล้องกับสถานการณ์ที่เป็นจริง
5. ความสามารถในการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายที่มีเป็นจำนวนมาก (reach)
6. ความต่อเนื่องของเนื้อหาหรือข้อมูล (consistency) ที่จะต้องมีความต่อเนื่องและสอดคล้องกับแหล่งข้อมูลอื่นๆที่เกี่ยวข้องด้วย
7. การทันต่อเวลา (timeliness) โดยที่เนื้อหาหรือข้อมูลจะต้องสามารถสนองตอบความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย หรือสถานการณ์ปัญหาต่างๆตามที่ต้องการได้
8. ความสมดุล (balance) เนื้อหาหรือข้อมูล รวมทั้งวิธีการต่างๆต้องมีความสมดุลในการนำเสนอทั้งในส่วนที่เกี่ยวข้องกับผลประโยชน์ หรือส่วนที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงต่างๆ

การนำเสนอต้องมีความเที่ยงตรง

9. ความเหมาะสมกับความแตกต่างในเชิงวัฒนธรรม สังคม สิ่งแวดล้อม (culturally sensitivity) ของกลุ่มเป้าหมายแต่ละกลุ่ม
10. ความสามารถในการที่จะสื่อสารทำความเข้าใจ (understandability) กับกลุ่มเป้าหมายต่างๆที่มีความหลากหลายแตกต่างกัน
11. การมีแหล่งอ้างอิงที่เชื่อถือได้ (evidence-based) ทั้งนี้เป็นสิ่งที่จำเป็นมากโดยอาจได้มาจากการสำรวจ การศึกษาวิจัย หรือแม้แต่ได้มาจากผลการดำเนินงาน การถอดบทเรียนจากกิจกรรม หรือจากโครงการอื่นๆ เป็นต้น
12. การเชื่อมประสาน (multidimensionality) ต้องมีการเชื่อมประสานจากหลากหลายมิติ ไม่ว่าจะเป็นการเชื่อมประสานสื่อในรูปแบบของการใช้สื่อประสม การเชื่อมประสานภาคี เครือข่าย การเชื่อมประสานนโยบายกิจกรรม โครงการต่างๆที่สอดคล้องซึ่งกันและกัน

● แนวคิดเกี่ยวกับกลุ่ม

จากกระแสการตื่นตัวในเรื่องการดูแลสุขภาพของตนเอง ที่เริ่มเข้ามามีบทบาทในสังคมไทยได้ส่งผลให้เกิดการรวมกลุ่มกัน ในการที่จะแก้ไขปัญหาซึ่งแต่ละบุคคลร่วมเผชิญอยู่ ทั้งนี้พลังของกลุ่มจะเป็นส่วนของการช่วยเหลือตัวเอง และเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาสุขภาพได้

ความหมายของกลุ่ม

Feldman และ Arnold (1983:432) ได้ให้ความหมายว่า “กลุ่ม” คือคนตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ที่มารวมกัน โดยมีลักษณะสำคัญคือ

1. มีปฏิสัมพันธ์กัน
2. รับรู้ว่าตนเองมีความสนใจและมีเป้าหมายร่วมกัน

3. มารวมกันเพื่อความสำเร็จของกิจกรรมในการทำงาน

Martin Shaw (1981:81) กล่าวว่า “กลุ่ม” คือบุคคล 2 คน หรือมากกว่าซึ่งมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ในลักษณะที่บุคคลแต่ละคนมีอิทธิพลและได้รับอิทธิพลซึ่งกันและกัน

Larry L. Barker และ Deborah A. Gaut (1996:157) ได้ให้ความหมายว่า “กลุ่ม” คือ คนจำนวนหนึ่งซึ่งมีเป้าหมายและมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น ๆ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของพวกเขา รวมทั้งตระหนักถึงการมีอยู่ของคนอื่น ๆ รู้สึกว่าพวกเขาเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม

จารุณี พัชรพิมานสกุล (2542) สรุปไว้ว่า “กลุ่ม คือ การรวมตัวของบุคคลซึ่งมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน มีความสนใจร่วมกันหรือมีการแสดงออกร่วมกันในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยได้รับอิทธิพลจากผลกระทบระหว่างกันและกัน รวมถึงรู้สึกว่าเป็นพวกเดียวกัน ลักษณะของกลุ่มคือ มีคนตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปมารวมตัวกัน” ซึ่งสอดคล้องกับธรรมชาติของมนุษย์ ตามที่นักจิตวิทยาได้ศึกษาและกล่าวไว้ว่า การดำรงชีวิตของมนุษย์ในสังคมนั้นมนุษย์ไม่สามารถที่จะอยู่ตามลำพังคนเดียวได้ แต่จำเป็นที่จะต้องอยู่รวมกันเป็นกลุ่ม โดยการรวมกลุ่มนี้มีสาเหตุมาจากปัจจัยหลายอย่างซึ่งนักวิชาการหลายท่านได้อธิบายไว้ดังนี้

Rosenfeld (1973 อ้างถึงใน จารุณี พัชรพิมานสกุล, 2534) ได้กล่าวถึงเหตุผลที่ทำให้คนมารวมกลุ่มกัน โดยสรุปจากทฤษฎีพื้นฐานในการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลของ Shutz ซึ่งกล่าวว่า ความต้องการของบุคคลแต่ละคนมีอยู่ 3 ประการ คือ

1. ต้องการมีสังกัดหรือเป็นเจ้าของสิ่งใดสิ่งหนึ่ง
2. ต้องการมีอำนาจและการควบคุม
3. ต้องการความรักทั้งในแง่รักผู้อื่น และให้ผู้อื่นรัก

Rosenfeld เห็นว่า ความต้องการดังกล่าวนี้เป็นเหตุผลที่ช่วยอธิบายว่า เหตุใดมนุษย์จึงรวมตัวกันเป็นกลุ่มย่อย หรือมีแนวโน้มที่จะรวมตัวกันเป็นกลุ่มอยู่เสมอ การสื่อสารระหว่างสมาชิกภายในกลุ่ม การสร้างความผูกพันความภาคภูมิใจ การช่วยกันแก้ไขปัญหาและตัดสินใจ การโต้ตอบกัน ฯลฯ เหล่านี้ จะทำให้กลุ่มสามารถตอบสนองความต้องการของสมาชิกแต่ละคนได้

วีไลร์จส์ กฤษณะภูติ (2532) ได้ศึกษาวิจัยในเรื่องกลุ่มในสังคมไทยและสรุปว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดกลุ่ม ได้แก่

1. ปัจจัยด้านสังคม เช่น ความต้องการเข้าสังคม ต้องการเพื่อนคู่คิดมิตรคู่ใจ ต้องการพึ่งพาอาศัยกันและช่วยกันทำงานเป็นกลุ่ม เป็นต้น
2. ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ คือ มีกิจกรรมด้านเศรษฐกิจสอดคล้องกัน คล้ายคลึงกัน เช่น การมีผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจร่วมกัน
3. ปัจจัยด้านเทคโนโลยี เทคโนโลยีสมัยใหม่ย่อมจะมีผลในการติดต่อสัมพันธ์ทางสังคมและมีผลต่อการดำรงชีวิต เช่น เทคโนโลยีด้านการสื่อสาร การคมนาคม จะช่วยให้การติดต่อระหว่างกลุ่มสะดวกขึ้นและช่วยในการให้ข้อมูลข่าวสารรวดเร็วขึ้น
4. ปัจจัยด้านชีวภาพและจิตวิทยา เช่น ต้องการเป็นส่วนหนึ่งของหมู่คณะ ต้องการการยอมรับในความสามารถและอื่นๆ

“การรวมกลุ่มกัน” ยังสามารถมองในแง่ของจิตวิทยาว่า อาจมาจากสาเหตุจูงใจอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้ (ฉลอง ภิรมรัตน์, 2521)

1. เพราะความชอบพอเป็นส่วนตัวกับสมาชิก หรือที่เรียกว่าถูกเพื่อนชักจูงไป
2. เพราะพอใจในจุดมุ่งหมายของกลุ่มนั้น หรือจุดมุ่งหมายตอบสนองของอุดมการณ์ของตนเอง จึงไปเข้ากลุ่มกับเขา
3. เพราะพอใจในกิจกรรมของกลุ่ม ซึ่งให้ความสนุกสนาน หรือความพึงพอใจอย่างที่ตนต้องการ ในบางครั้งแม้ว่าตนเองจะไม่สนใจต่อจุดมุ่งหมายของกลุ่ม แต่ก็พอใจที่จะได้ทำกิจกรรมของกลุ่ม หรืออาจจะเป็นทางที่กลับกันก็ได้
4. เพราะพอใจทั้งกิจกรรมและจุดมุ่งหมายของกลุ่ม

5. เพราะพอใจที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ซึ่งเป็นสมาชิกกลุ่ม ตามลักษณะความต้องการทางจิตวิทยา คือความต้องการที่จะมีส่วนผูกพันอยู่กับบุคคลอื่น (Need for Affiliation) บุคคลที่มีความต้องการประเภทนี้สูง จะเข้าเป็นสมาชิกกลุ่มได้โดยง่าย ทั้งๆที่ไม่ว่าจะชอบในจุดมุ่งหมายหรือกิจกรรมของกลุ่มหรือไม่ก็ตาม ขอแต่เพียงว่าให้ตนเองหลุดพ้นจากสภาพการเป็นอยู่อย่างโดดเดี่ยวเท่านั้น

เมื่อนุชนมารวมตัวกันเป็นกลุ่มแล้ว มีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันระหว่างบุคคลภายในกลุ่ม ก็เกิดการเรียนรู้ทำให้กลุ่มมีการเปลี่ยนแปลง ปรับตัวและปรับความสัมพันธ์ต่อกันในลักษณะที่ต่อเนื่อง โดยลักษณะดังกล่าวถือได้ว่าเป็นธรรมชาติของกลุ่มที่จะต้องมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ซึ่งระยะในการพัฒนาของกลุ่มนั้น สามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ระยะ ดังนี้ (วินิจ เกตุขำ, 2522)

1. ระยะก่อตั้ง (Forming Stage)

เป็นระยะที่คนเพิ่งมาพบกันหรือเพิ่งมารวมกัน แต่ละคนต่างก็มีความรู้สึกว่าตนเองเป็นศูนย์กลางหรือเป็นคนสำคัญ สภาพของกลุ่มยังรวมกันไม่ติดยังไม่มีความเห็นหรือผู้นำเกิดขึ้น ทุกคนยังสงวนท่าที แต่คาดว่าคนจะเป็นหัวหน้าหรือผู้นำได้จะต้องเก่งกว่าตนเอง ทุกคนพยายามที่จะแสดงให้คนอื่นรู้จักและยอมรับ บางที่อาจเรียกว่า ระยะที่มีการแข่งขันและศูนย์กลางอยู่ที่ตนเอง (Individually Center or Competitive phase)

2. ระยะหัวเลี้ยวหัวต่อ (Storming Stage)

เป็นระยะที่แต่ละคนยังตกลงกันไม่ได้ คอยจับผิดและโต้แย้งถกเถียงกัน ความรู้สึกของสมาชิกจะเกิดความคับข้องใจหรือขัดแย้ง เพราะไม่รู้ว่ากลุ่มจะตกลงอย่างไรดี ถ้ายังไม่มีผู้นำต่างก็พยายามจะเป็นผู้นำ ถ้าได้ผู้นำหรือมีผู้นำแล้วก็มักจะทำหน้าที่ปฏิบัติและคอยจับผิดผู้นำ ซึ่งงานจะยังไม่สำเร็จลงได้เลย จะต้องใช้เวลามารวมกลุ่มกันต่ออีก บางที่อาจเรียกว่า ระยะแห่งความขัดแย้งหรือความคับข้องใจ (Conflict and Frustration phase)

3. ระยะยินยอม (Norming Stage)

เป็นระยะที่สมาชิกเริ่มแก้ไขข้อบกพร่องในทางลบของตนเอง เพราะได้เรียนรู้ปัญหาจุดบกพร่องจากกลุ่มมากขึ้น เช่น คนพูดมากก็พูดน้อยลง ใช้อารมณ์มากก็ลดลง

ยินยอมรับผิดชอบ และหาทางแก้ไข อาจจะเป็นเพราะได้ข้อคิดจากสมาชิกหลายคน จำนวนด้วยเหตุผล ได้แนวคิดหรือ บรรทัดฐานที่เป็นกลางของกลุ่มมากขึ้น ซึ่งเสมือนค้นพบ ปทัสฐาน (Norm) ของกลุ่มขึ้นแล้ว สมาชิกทุกคนพยายามปฏิบัติตามมากขึ้น บางที่อาจ เรียกว่า ระยะเวลาที่กลุ่มมีความสามัคคีกลมเกลียว (Group Harmony phase)

4. ระยะเวลาปฏิบัติการ (Performing Stage)

เป็นระยะที่สมาชิกร่วมมือประสานงานกันเป็นอย่างดี สามารถดำเนินการไปตาม เป้าหมายของกลุ่ม มีผลงานของกลุ่มออกมา สมาชิกจะยึดพลังของกลุ่มเป้าหมายของ กลุ่มเป็นสำคัญอดทนต่อการขัดแย้งมากขึ้น ซึ่งช่วยให้พัฒนาตนเองไปด้วย บางที่เรียกว่า ระยะเวลาที่มีผลงานและยึดกลุ่มเป็นศูนย์กลาง (Group-Centred , Productive phase)

ระยะพัฒนาการของกลุ่ม (จารุณี พัชรพิมานสกุล,2542:23)



Feldman และ Arnold (1983 อ้างถึงใน จารุณี พัชรพิมานสกุล,2542) ได้แบ่งประเภท ของกลุ่มออกเป็นประเภทต่างๆดังนี้

1. แบ่งตามกิจกรรม

- กลุ่มการทำงาน (work groups) คือกลุ่มที่รวมตัวกัน เพื่อทำงานร่วมกันเพื่อ ความสำเร็จของงาน
- กลุ่มสังคม (social groups) คือ กลุ่มที่รวมตัวกันเพื่อสร้างความสัมพันธ์ทาง สังคมในหมู่สมาชิก เช่น กลุ่มฟุตบอล

2. แบ่งตามการเกิดกลุ่ม

- กลุ่มทางการ (formal groups) คือ กลุ่มที่สร้างขึ้น เพื่อปฏิบัติงานเฉพาะ เช่น กลุ่มผู้บริหารระดับสูง กลุ่มทางการที่เกิดขึ้นบ่อย คือ กลุ่มสั่งการ (command group) กลุ่มงานชั่วคราว (temporary task group)
- กลุ่มไม่เป็นทางการ (informal groups) เป็นกลุ่มที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ สมาชิกกลุ่มรวมตัวกันอย่างสมัครใจและเปลี่ยนแปลงได้

Dalton (1983 อ้างถึงใน จารุณี พัทธพิมานสกุล, 2542) ได้ศึกษากลุ่มการทำงานแบบไม่เป็นทางการ และแยกออกเป็น 3 ประเภท คือ

1. Horizontal Cliques ประกอบด้วย คนที่มีตำแหน่งเหมือนกันในลักษณะงานเดียวกัน
2. Vertical Cliques ประกอบด้วยคนที่มีตำแหน่งงานสูงต่ำ ในแผนกหรือฝ่ายเดียวกัน
3. Random Cliques ประกอบด้วยคนจากแผนกต่างๆ และระดับตำแหน่งแตกต่างกัน ซึ่งกลุ่มนี้จะประกอบด้วยคนที่มีความสนใจร่วมกันในการกระทำอันใดอันหนึ่ง

กลุ่มที่จัดตั้งอย่างเป็นทางการ โดยทั่วไปมักถูกกำหนดไว้ตั้งแต่แรกเริ่มตั้งองค์กร เป็นกลุ่มที่มีการกำหนดตัวสมาชิกของกลุ่มอย่างแน่นอน มีประกาศจัดตั้งวัตถุประสงค์ ภารกิจ อำนาจหน้าที่ ถูกกำหนดไว้อย่างรัดกุม กลุ่มเหล่านี้เกิดจากความต้องการขององค์กร สมาชิกในกลุ่มถูกมอบหมายให้เข้ามาอยู่ในกลุ่ม โดยไม่คำนึงถึงความต้องการเฉพาะบุคคล

กลุ่มที่รวมตัวกันอย่างไม่เป็นทางการ ซึ่งอาจเป็นได้ทั้งกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน เช่น การรวมกลุ่มกันเพื่อมุ่งหมายให้เกิดความคล่องตัวในการทำงานของบุคลากรหลายๆฝ่าย และกลุ่มที่ไม่เกี่ยวข้องกับการทำงาน ซึ่งเป็นกรรวมตัวกันตามความต้องการความสนใจของแต่ละบุคคล

ในด้านของนักสังคมวิทยาและนักจิตวิทยา ได้แบ่งประเภทของกลุ่มออกเป็น 4 ประเภท ดังนี้ (กมลรัตน์ หล้าสุวรรณ, 2527)

1. กลุ่มปฐมภูมิ (Primary group)
2. กลุ่มทุติยภูมิ (Secondary group)
3. กลุ่มวงในและกลุ่มวงนอก (In-group and Out-group)
4. กลุ่มอ้างอิง (Reference group)

กลุ่มปฐมภูมิ

กลุ่มปฐมภูมิ หมายถึง กลุ่มที่สมาชิกมีความสนิทสนมคุ้นเคยกัน มีการพบปะสังสรรค์กันบ่อยครั้ง หรือเป็นประจำ ตลอดจนมีการพึ่งพาอาศัยช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เช่น กลุ่มครอบครัว เพื่อนบ้าน เป็นต้น

ลักษณะสำคัญของกลุ่มปฐมภูมิ ได้แก่

1. เป็นกลุ่มที่มีขนาดเล็ก (ไม่เกิน 20 คน)
2. สมาชิกมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด มีความรักใคร่ สนทนากลมเกลียวกัน มีความสนใจและมีเจตคติต่อสิ่งต่างๆ ค้ำค้ำค้ำค้ำ
3. มีพื้นเพ ฐานะความเป็นอยู่และภูมิหลังใกล้เคียงกันหรือค้ำค้ำค้ำค้ำ

กลุ่มทุติยภูมิ

กลุ่มทุติยภูมิ หมายถึง กลุ่มที่สมาชิกมีความสัมพันธ์กันอย่างห่างเหิน ขาดความใกล้ชิดสนิทสนมกัน ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มปฐมภูมิอย่างตรงกันข้าม

ลักษณะสำคัญของกลุ่มทุติยภูมิ ได้แก่

1. เป็นกลุ่มที่มีขนาดใหญ่ จำนวนสมาชิกในกลุ่มมีมาก (มากกว่า 20 คนขึ้นไป)
2. สมาชิกมีความสัมพันธ์กันอย่างห่างเหิน มีการติดต่อกันแบบเป็นทางการ มีพิธีตรอง
3. สมาชิกมีพื้นเพ ฐานะความเป็นอยู่ และภูมิหลังแตกต่างกัน

กลุ่มวงในและกลุ่มวงนอก

กลุ่มวงใน หรือกลุ่มพวกเดียวกัน มีลักษณะสำคัญดังนี้คือ

1. สมาชิกในกลุ่มมีความรู้สึกว่าเป็นกลุ่มของตน โดยมีสิ่งเกี่ยวพันบางประการ เช่น ครอบครัวของตน ชาติเดียวกัน หรือพวกที่ประสบเคราะห์กรรมอย่างเดียวกัน เป็นต้น
2. มีความสามัคคีเป็นปึกแผ่น

3. มีความจงรักภักดีต่อกลุ่ม
4. มีความรู้สึกเป็นมิตรต่อกัน หรือมีความรักใคร่สนิทสนมกันระหว่างสมาชิกในกลุ่ม
5. มีความร่วมมือกันในการทำงาน

กลุ่มวงนอก หรือ กลุ่มพวกอื่น มีลักษณะสำคัญดังนี้ คือ

1. สมาชิกในกลุ่มมีความรู้สึกว่ามีได้เป็นพวกเดียวกัน
2. มีความรู้สึกห่างเหิน ไม่เป็นปึกแผ่น ไม่เป็นกลุ่มก้อน
3. มีความรู้สึกไม่เป็นมิตรต่อกัน บางครั้งรู้สึกเป็นศัตรูต่อกัน
4. มีการก้าวร้าว รุกราน ไม่มีความเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน

กลุ่มอ้างอิง

กลุ่มอ้างอิง หมายถึง กลุ่มที่บุคคลไม่ได้เป็นสมาชิกอยู่ แต่ยึดถือว่ากลุ่มนั้นๆ มีความหมายสำหรับตน โดยการพยายามปฏิบัติตามปทัสถานของกลุ่มนั้นๆ และมีความมุ่งหวังว่าตนจะได้เข้าร่วมกลุ่มด้วยในโอกาสต่อไป

การที่กลุ่มไม่ว่าจะประเภทใดก็ตามจะดำรงอยู่ได้นั้น จำเป็นที่จะต้องใช้การสื่อสารเข้ามาเป็นเครื่องมือสำคัญ เพราะการสื่อสารระหว่างสมาชิกจะช่วยสร้างความเข้าใจร่วมกัน ทำให้กลุ่มสามารถดำเนินงานได้โดยบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งเอาไว้ ซึ่งปริมาณและคุณภาพในการสื่อสารของคนในกลุ่มนั้น ขึ้นอยู่กับตัวแปร ดังต่อไปนี้ (Giffin P., 1978 อ้างถึงใน จารุณี พัทธพิมานสกุล, 2542)

1. สถานภาพของสมาชิก (member status)

สถานภาพของสมาชิก หมายถึง คุณสมบัติของสมาชิกที่เป็นที่ยอมรับ หรือปรารถนาของสังคม จากการศึกษาพบว่า สมาชิกที่มีสถานภาพสูงจะสื่อสารมากกว่าสมาชิกที่มีสถานภาพต่ำ และสมาชิกที่มีสถานภาพสูงจะสื่อสารกับสมาชิกที่มีสถานภาพสูงด้วยกัน บ่อยครั้งกว่าสื่อสารกับสมาชิกที่มีสถานภาพต่ำ ส่วนสมาชิกที่มีสถานภาพต่ำจะสื่อสารกับสมาชิกที่มีสถานภาพต่ำด้วยกันบ่อยครั้งกว่า และผลการวิจัยบางเรื่องพบว่าสมาชิกที่มีสถานภาพต่ำอาจจะสื่อสารอย่างไม่เป็นมิตร เมื่อเขาหวังอย่างยิ่งที่อยากจะมีสถานภาพสูงขึ้น

2. ขนาดของกลุ่ม (group size)

ขนาดของกลุ่มมีความสัมพันธ์กับการสื่อสาร เมื่อกลุ่มมีขนาดใหญ่ขึ้นระดับของปฏิกริยาย้อนกลับ (feedback) จะลดน้อยลง ทำให้การสื่อสารผิดพลาด และเพิ่มความขัดแย้งไม่เป็นมิตรต่อกัน นอกจากนั้นแล้วขนาดของกลุ่มยังมีผลต่อความพึงพอใจของสมาชิกด้วยเช่นกัน จากการศึกษาของ Hare และ Slater ได้ชี้ให้เห็นว่า ยิ่งกลุ่มมีขนาดใหญ่ขึ้นความพึงพอใจที่สมาชิกจะได้รับก็น้อยลง โดย Hare และ Slater เห็นว่าขนาดของกลุ่มที่เหมาะสมที่สุดต้องไม่เกิน 5 คน เพราะจะไม่มีปัญหาเรื่องมนุษยสัมพันธ์ภายในกลุ่ม และในการทำงานใดของกลุ่มทุกคนจะได้ทำงานจริงๆ เท่าๆกัน แทนที่จะนั่งฟังการสื่อสารเฉยๆ ในกลุ่มขนาดเล็ก ผู้ส่งสารมีการตอบคำถามของสมาชิกได้ทั่วถึง และสิ่งนี้จะสร้างความพึงพอใจให้กับสมาชิกมาก

3. บรรทัดฐานของความสอดคล้อง (conformity)

บรรทัดฐาน ความสอดคล้อง และการสื่อสารมีความสัมพันธ์กันคือ สมาชิกที่เบื้องต้นมีความเห็นไม่สอดคล้องกับกลุ่ม จะเป็นเป้าหมายที่ถูกมุ่งเพิ่มปริมาณการสื่อสาร หากเขายังคงไม่สอดคล้องกับกลุ่มเหมือนเดิม เขาก็จะถูกปฏิเสธการสื่อสารด้วย

4. การรวมตัวกันของกลุ่ม (cohesiveness)

กลุ่มที่รวมตัวกันเหนียวแน่น การสื่อสารของสมาชิกจะเท่าเทียมกัน มีปริมาณการสื่อสารมาก และมองว่าการสื่อสารมีคุณค่ามากกว่ากลุ่มที่สมาชิกรวมตัวกันน้อย และการสื่อสารระหว่างสมาชิกกลุ่มที่มีการรวมตัวกันสูงจะมีประสิทธิภาพมากกว่าการสื่อสารของกลุ่มที่รวมตัวกันน้อย

5. โครงสร้างอำนาจ (power structure)

โครงสร้างอำนาจ หมายถึง อิทธิพลของสมาชิกกลุ่มที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงความคิดเห็นในระหว่างการอภิปราย ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จากการศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์กันระหว่างอำนาจของสมาชิกกลุ่มกับปริมาณของพฤติกรรมการสื่อสาร ขณะเดียวกันทิศทางและเนื้อหาของการสื่อสารก็ได้รับอิทธิพลมาจากโครงสร้างอำนาจในกลุ่มด้วย

6. บทบาท (role)

บทบาทของบุคคลสำคัญจะมีความสัมพันธ์กับปริมาณการพูดกับสมาชิก และได้รับการพูดด้วยจากสมาชิกกลุ่ม นอกจากนี้ปริมาณการสื่อสารยังมีความสัมพันธ์กับข้อเสนอแนะและความคิดที่ดีที่สุดด้วย

7. บุคลิกของสมาชิก (member personality)

บุคลิกของสมาชิกมีผลกระทบอย่างชัดเจนต่อพฤติกรรมการสื่อสาร Berlowitz ได้วัดบุคลิกของสมาชิกจากการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นจากบุคคลต่างๆในกลุ่ม ในสถานการณ์ต่างๆ เขาได้สรุปผลการวิจัยว่า การเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ก่อให้เกิดการตอบสนองของบุคคลแตกต่างกัน รวมทั้งความแตกต่างในปริมาณการสื่อสาร อัตราการสื่อสาร และประเภทของการสื่อสาร

8. การงานของกลุ่ม (group tasks)

การบรรลุความสำเร็จของการทำงานหรือเป้าหมายของกลุ่ม มีความสัมพันธ์กับการสื่อสาร Bales และ Slater ได้แสดงให้เห็นว่า ปริมาณของการส่งและการรับข่าวสาร ตลอดจนการออกแบบการไหลของข่าวสาร เพื่อให้เกิดความคิดขึ้นในกลุ่มนั้นล้วนมีความสัมพันธ์กับการประสบความสำเร็จของกลุ่ม เมื่อการงานหรือเป้าหมายของกลุ่มมีความยากปานกลาง

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เพ็ญศรี วงศ์สิโรจน์กุล (2524) ได้ศึกษาอิทธิพลของสื่อกับการให้ความรู้การส่งเสริมเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พบว่า สื่อบุคคลที่สามารถให้ความรู้เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มี 3 ประเภท ได้แก่ สื่อบุคคลภายนอก (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข) สื่อบุคคลท้องถิ่น (ชาวบ้านทั่วไป เพื่อนบ้าน) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) ซึ่งเป็นชาวบ้านที่ได้รับการอบรมเป็นพิเศษในด้านสาธารณสุขแต่อยู่ในหมู่บ้าน ระหว่างทั้ง 3 กลุ่มนี้ สตรีที่เป็นกลุ่มตัวอย่างรายงานว่า ได้รับข่าวสารและความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากที่สุด โดยที่ อสม. และ ผสส. ไม่มีบทบาทอะไรเลยทั้งๆที่บุคคลทั้ง 2 กลุ่มนี้เป็นแกนกลางในการดำเนินงานสาธารณสุขของหมู่บ้าน โดยเฉพาะ ผสส. ที่เป็นศูนย์กลางในการติดต่อสื่อสารของชาวบ้าน ซึ่ง

ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ว่า อาจเป็นไปได้ว่า อสม. และ ผสส. ยังเข้าไม่ถึงชาวบ้าน (ปัญหาจากผู้ปฏิบัติงาน) หรือเป็นเพราะชาวบ้านยังมีความเชื่อถือเจ้าหน้าที่ของรัฐมากกว่า (ปัญหาจากฝ่ายชาวบ้าน) นอกจากนี้สื่อบุคคลดังกล่าวแล้วยังพบว่า ในกรณีที่มีการแจกเอกสารสิ่งพิมพ์เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้แก่ผู้ที่มารับบริการที่ศูนย์ ข้อเด่นของสิ่งพิมพ์ คือ เป็นสื่อที่เคลื่อนย้ายได้ (พกติดตัวเอากลับบ้านได้) และมีพื้นที่มากพอที่จะให้ข้อมูล แต่ก็มีลักษณะเป็นสื่อเฉพาะบุคคล ดังนั้น หากดัดแปลงเนื้อหาในสื่อดังกล่าวให้กลายเป็นเทปบันทึกเสียงก็สามารถนำไปเปิดที่หอกระจายข่าวและกลายเป็นสื่อส่วนรวมได้

ภาระณี ประถมบุรณ์ (2524) ได้ศึกษาปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสัมฤทธิ์ผลในการโน้มน้าวใจสมาชิกให้ร่วมกันจัดตั้งสหกรณ์ยาบ้านเก่า พบว่า ในขณะที่สื่อประเภทต่างๆ ทั้งสื่อบุคคลภายนอกและภายใน สื่อเฉพาะกิจ เช่น เอกสารสิ่งพิมพ์ ฯลฯ จะมีส่วนเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจ แต่ทว่าหากจะหวังผลให้ถึงระดับลงมือปฏิบัติแล้ว ปัจจัยที่อธิบายการตัดสินใจระดับเข้าร่วมเป็นสมาชิกได้ดีที่สุด คือ สื่อเฉพาะกิจในรูปแบบของการประชุมกลุ่ม ซึ่งเป็นรูปแบบการสื่อสารสองทาง และมีการสื่อสารในหลายระดับ ทั้งจากชาวบ้านกับเจ้าหน้าที่ และในระหว่างชาวบ้านด้วยกัน

บุญศรี ปราภณศักดิ์ (2525) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการชูปชิบกับความร่วมมือในการพัฒนา: ศึกษาเฉพาะกรณีหมู่บ้านพระเพลิง ต.นกออก อ.ปักธงชัย จ.นครราชสีมา โดยการสัมภาษณ์และสังเกตกลุ่มสมาชิกงานพัฒนา 3 กลุ่ม คือ กลุ่มสตรี กลุ่มเยาวชน และกลุ่มออมทรัพย์ ผลการวิจัยพบว่า การชูปชิบเป็นรูปแบบการสื่อสารที่เกิดในชุมชนที่มีความสัมพันธ์แน่นแฟ้นกันในระดับหนึ่ง และเป็นช่องทางการสื่อสารที่มีอิทธิพลต่อคนในสังคมนั้นเอง การชูปชิบจะเกิดขึ้นเมื่อคนในสังคมไม่พอใจการกระทำของคนในกลุ่มหรือคนนอกกลุ่มเพื่อควบคุมให้ผู้ถูกชูปชิบระงับการกระทำดังกล่าว และส่งผลทางอ้อมให้คนส่วนใหญ่ไม่เลียนแบบการกระทำที่ถูกชูปชิบนั้น และเป็นที่น่าสังเกตว่าในขณะที่เนื้อหาของการชูปชิบจะมีตั้งแต่เรื่องส่วนตัวไปถึงเรื่องการทำงาน แต่ข้อมูลจากทั้ง 3 กลุ่มจะเน้นไปในการชูปชิบเรื่องการทำงานมากกว่าเรื่องส่วนตัว นอกจากนี้ผู้วิจัยได้เสนอให้มีการค้นหาเครือข่ายของการชูปชิบ เนื่องจากเป็นเครือข่ายภายในของการสื่อสารในชุมชน ซึ่งจะช่วยให้เห็นว่าบุคคลใดเป็นศูนย์กลางของการติดต่อเป็นสะพานเชื่อมโยงระหว่างกลุ่มย่อยในชุมชน เพื่อนำเอาเครือข่ายดังกล่าวมาใช้ประโยชน์ในการเผยแพร่ข่าวสารเพื่อการพัฒนาต่อไป

อนันต์ ลิขิตประเสริฐ (2527) ได้ศึกษาอิทธิพลของผู้นำหมู่บ้านที่มีต่อการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐาน: การศึกษาเปรียบเทียบบทบาทผู้นำใน 3 หมู่บ้านของ จ. บุรีรัมย์ ที่มีระดับการพัฒนาแตกต่างกัน พบว่า มีความสัมพันธ์กันระหว่างคุณลักษณะของผู้นำหมู่บ้าน (เช่น ความทันสมัย แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ และพฤติกรรมการสื่อสาร) กับระดับการพัฒนาความก้าวหน้าด้านสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งหมายความว่า ผู้นำหมู่บ้านเป็นสื่อบุคคลที่สามารถสร้างผลกระทบด้านการพัฒนาสาธารณสุขให้เกิดขึ้นได้

ศิริชัย ศิริกายะ (2531) ได้ศึกษาการใช้และการแพร่กระจายข่าวสารเพื่อการพัฒนาจากสื่อมวลชนในหมู่บ้านดอยแช่ อ.แม่ทา จ.ลำพูน โดยได้เพิ่มตัวแปรที่เป็นสภาพความเป็นจริงในชนบทเข้าไปด้วย คือเครือข่ายด้านการสื่อสารของชุมชน ผลการวิจัยพบว่า มีตัวแปรที่สามารถอธิบายความบ่อยครั้งในการเปิดรับสื่อมวลชน คือ โอกาสที่จะเปิดรับ ค่าใช้จ่าย ความต้องการความบันเทิง ความต้องการสาระความรู้ ส่วนประเภทของสื่อที่ชุมชนชนบทเช่นหมู่บ้านนี้มีอัตราการเปิดรับมากที่สุดคือ วิทยุ และสามารถทำนายแนวโน้มได้ว่า การเปิดรับสื่อมวลชนประเภทต่างๆจะมีเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้การใช้วิธีการศึกษาเครือข่ายการสื่อสารในชุมชนยังพบว่า มีการเกาะกลุ่มเป็นเครือข่ายต่างๆในชุมชนถึง 21 เครือข่าย โดยที่แบบแผนการสื่อสารภายในและระหว่างหมู่บ้านนั้นจะเป็นในลักษณะที่ชาวบ้านมีการติดต่อภายในชุมชนกันเองมาก แต่ไม่ค่อยติดต่อกับคนนอกหมู่บ้าน ดังนั้น ในหมู่บ้านจึงมีกลุ่มย่อยมากมาย กระจายตัวกันออกไป มีสมาชิกเฉลี่ยในกลุ่มไม่เกิน 5 คน ซึ่งหมายความว่า รูปแบบการสื่อสารในชุมชนมีลักษณะกระจายตัว ไม่รวมศูนย์ (decentralized) และชาวบ้านมีโอกาสที่จะตรวจสอบข้อมูลของกันและกัน สำหรับลักษณะของเครือข่ายนั้นก็จะมีอยู่ 3 รูปแบบ คือ เครือข่ายมิตรสหาย เครือข่ายผู้ให้ความรู้ และเครือข่ายทางการสื่อสาร

วิชัย วิริยา (2533) ได้ศึกษาประสิทธิผลการให้การศึกษาเรื่องโรคอุจจาระร่วงแก่ประชาชนโดยวิธีการฝึกอบรม และการฟังเทปทางหอกระจายข่าวสารประจำหมู่บ้าน โดยใช้วิธีการวิจัยกึ่งทดลอง รวมทั้งวัดประสิทธิผลของสื่อในระดับ K-A-P ทั้ง 3 ระดับ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มแม่บ้านใน จ.น่าน ที่ได้รับความรู้จากทั้งการฝึกอบรมและจากเทปที่ฟังจากหอกระจายข่าว จะมีความรู้-ทัศนคติ-และการลงมือปฏิบัติในเรื่องท้องร่วงได้ดีกว่าเดิม และเมื่อมีการเปรียบเทียบระหว่างวิธีการฝึกอบรมและจากหอกระจายข่าวแล้ว พบว่า K-A-P ของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 ด้านไม่แตกต่างกัน ซึ่งหมายความว่า หอกระจายข่าวสามารถจะนำมาใช้เป็นรูปแบบสื่อที่ทดแทนการฝึกอบรมได้

สมนึก ปัญญาสิงห์ และคณะ (2535) ได้ศึกษาหากลวิธีและรูปแบบที่เหมาะสมในการใช้สื่อเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาพยาธิใบไม้ในตับ พบว่าการรณรงค์เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสาธารณสุขที่ประชาชนเคยชินมาเป็นเวลานาน เช่น การรับประทานอาหารดิบๆสุกๆ นั้น ควรใช้กลยุทธ์ให้มีการระดมบรรดาสื่อบุคคลในท้องถิ่นที่มีอิทธิพลของความคิด (opinion leaders) เช่น พระสงฆ์ ครู อาจารย์ ผู้ใหญ่บ้าน อสม. ผสส. ด้วยการอบรมอย่างเข้มข้นให้กลุ่มบุคคลเหล่านี้ และที่สำคัญคือต้องให้สื่อบุคคลเหล่านี้ปฏิบัติเป็นแบบอย่างเสียก่อน นอกจากนี้อาจใช้สื่อเฉพาะกิจเพิ่มเติมอีกหลายรูปแบบ เช่น นำเอาของจริงมาให้ดู (เช่น คนป่วยด้วยโรคมะเร็งตับ ตัวพยาธิใบไม้ในตับ) หรือถ่ายวิดีโอทัศน์ การบันทึกภาพที่เกิดกับผู้ป่วยแล้วพบพยาธิอยู่ในตับจริงๆ เป็นต้น นอกจากนี้งานวิจัยดังกล่าวยังได้เสนอหลักการกว้างเรื่อง สื่อนำ สื่อย้า สื่อตาม และทดสอบผสมรูปแบบสื่อประเภทต่างๆ พบว่า บรรดาสื่อเฉพาะกิจที่เรียกว่าสื่อสุขศึกษานั้นสามารถจะเพิ่มความรู้ ทักษะและการปฏิบัติในเรื่องการป้องกันโรคได้ แต่ทว่าผลที่เกิดจากสื่อสุขศึกษาเหล่านี้มักมีลักษณะชั่วคราว ไม่ยั่งยืน ดังนั้นจำเป็นต้องเสริมด้วยสื่อบุคคล ที่อยู่ในท้องถิ่นเพื่อช่วยทำนุบำรุงรักษาการเปลี่ยนแปลงได้อย่างคงทนถาวร

อรวรรณ ชาวทอง (2536) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเปิดรับข่าวสารกับการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชนบท พบว่าผู้สูงอายุเหล่านี้จะเปิดรับข่าวสารจากสื่อบุคคลมากที่สุด (มากกว่าโทรทัศน์และหอกระจายข่าว) โดยที่สื่อบุคคลเหล่านั้นส่วนใหญ่จะเป็นเพื่อนบ้าน และยังมีเชื่อถือในสื่อบุคคลดังกล่าวมากกว่าสื่อโทรทัศน์และวิทยุ อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้ตั้งข้อสังเกตไว้ว่า กลุ่มเป้าหมายที่ศึกษานี้ถือเป็นกลุ่มพิเศษ คือผู้สูงอายุที่อาจจะมีประสบการณ์กับสื่อมวลชนน้อยกว่าสื่อบุคคล แต่หากกลุ่มเป้าหมายเปลี่ยนเป็นคนรุ่นใหม่มากขึ้น ผลการวิจัยอาจจะเปลี่ยนแปลงไป

Lyttleton C. (2537) ศึกษาเรื่อง “Knowledge and Meaning: The AIDS Education Campaign in Rural Northeast” ได้ศึกษาเกี่ยวกับสื่อต่างๆที่ใช้ในการรณรงค์ป้องกันเอดส์ กับประชาชนในภาคเหนือของประเทศไทย ซึ่งส่วนมากอยู่ในชนบท พบว่า ประชาชนได้รับความรู้ในลักษณะทิศทางจากบนลงล่าง กล่าวคือ ได้รับความรู้จากสื่อมวลชนและเครือข่ายภาครัฐ ซึ่งการให้ความรู้ก็เป็นที่ไปด้วยความยากลำบากและไม่ชัดเจน นอกจากนี้ยังพบว่าหากให้ชุมชนเป็นฐานในการให้ความรู้จะทำให้การรณรงค์เอดส์ได้ผลดีกว่าที่เป็นอยู่ได้

ประภิต วาทีสาธกกิจ (2539) ทำการศึกษาเรื่อง “กลยุทธ์ในการรณรงค์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสังคม: ศึกษาเฉพาะกรณีการดำเนินงานของโครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ มูลนิธิหมอชาวบ้าน” ผลการวิจัยพบว่า การรณรงค์สามารถส่งผลกระทบต่อระดับนโยบายและระดับปัจเจกบุคคล กล่าวคือ ในระดับนโยบายนั้นสามารถผลักดันออกกฎหมายเพื่อการควบคุมการสูบบุหรี่ได้ 2 ฉบับ และกระแสสังคมโดยรวมต่างช่วยกันส่งเสริมค่านิยมที่ไม่สูบบุหรี่ ส่วนระดับปัจเจกบุคคลนั้นพบว่า การสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ และที่ทำงานได้รับการยอมรับน้อยลง เด็กและเยาวชนมีความตื่นตัวในพิษภัยของบุหรี่มากขึ้น อัตราการสูบบุหรี่ของคนไทยลดลงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งกลยุทธ์หลักในการรณรงค์นั้นได้แก่ (1) การให้ข้อมูลข่าวสาร โดยแบ่งเป็น การให้ข้อมูลทางสื่อมวลชน การให้ข้อมูลแบบเจาะกลุ่ม และการให้ข้อมูลแบบรายบุคคล (2) การชักชวนกลุ่มหรือบุคคลซึ่งมีอิทธิพลในสังคมให้เข้ามามีส่วนร่วมในการรณรงค์ (3) การสร้างการมีส่วนร่วมของสังคมในการรณรงค์ (4) การใช้มาตรการทางกฎหมายและกระบวนการทางการเมือง (5) การสร้างค่านิยมไม่สูบบุหรี่โดยผสมผสานเข้าไปในระบบการเรียนการสอนของโรงเรียน นอกจากนี้ยังจากการศึกษา ยังพบว่า ปัจจัยที่เอื้ออำนวยให้การรณรงค์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่สำเร็จ ได้แก่ การมีข้อมูลที่เพียงพอ ชัดเจน เป็นรูปธรรม การเสริมสร้างความภาคภูมิใจในหมู่ผู้มีส่วนร่วมในการรณรงค์ การชี้ให้เห็นว่าการรณรงค์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่เป็นความรับผิดชอบร่วมกันของทุกฝ่าย การใช้วิธีการและท่าทีด้านบวก และกระแสการรณรงค์ในระดับโลกที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามจุดอ่อนของการรณรงค์ ได้แก่ การขาดงบประมาณสนับสนุน ความยากลำบากในการทำให้การรณรงค์เรื่องบุหรี่เป็นข่าวสำคัญ การนำกฎหมายไปสู่การปฏิบัติอย่างจริงจัง และพฤติกรรมการติดยาโคตินของผู้เสพบุหรี่ที่ทำให้ยากต่อการลด ละ เลิกบุหรี่

Vartiainen E., Paavola M., McAlister A. และ Puska P. (2541) ศึกษาเรื่อง “Fifteen-year follow-up smoking prevention effects in the North Karelia youth project.” โดยมุ่งเน้นการประเมินผลระยะยาวของโครงการป้องกันการสูบบุหรี่ที่จัดทำโดยโรงเรียน และชุมชนในประเทศฟินแลนด์ พบว่า ประสิทธิภาพของการป้องกันการสูบบุหรี่ระยะยาวประสบความสำเร็จได้ก็ต่อเมื่อ โครงการจัดทำขึ้นที่โรงเรียน และโครงการมีการมุ่งเน้นการใช้รูปแบบอิทธิพลทางสังคม (Social Influence) การมีส่วนร่วมของชุมชน และสื่อมวลชน

Kegler M.C., Steckler A., McLeroy K. และ Malek S.H. (2541) ศึกษาเรื่อง “Factors that contribute to effective community health promotion coalitions: a study of 10 Project ASSIST coalitions in North Carolina. American Stop Smoking Intervention Study for

Cancer Prevention.” โดยมุ่งเน้นการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้เกิดความร่วมมือกันในการรณรงค์ด้านสาธารณสุขชุมชน ผลการวิจัยพบว่า การสื่อสารที่ดี และกลุ่มสมาชิกที่มีความรู้เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความร่วมมือมากขึ้น และการได้รับความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ ผู้นำที่มีความรู้และการสื่อสารที่ดี ทำให้กลุ่มสมาชิกที่เข้ามาร่วมมือกันดำเนินโครงการรณรงค์มีความพึงพอใจมากขึ้น

อรไท ชมาฤกษ์ (ม.ป.ป.) ศึกษาเรื่อง “การก่อเกิด การดำรงอยู่ และพัฒนาการของกลุ่ม ศึกษาเฉพาะกรณีกลุ่มสตรีทอผ้าบ้านปะอ่าว” พบว่า กลุ่มสตรีทอผ้าบ้านปะอ่าว ก่อตั้งขึ้นในปี พ.ศ. 2530 ประกอบด้วยสมาชิก 60 คน การก่อเกิดของกลุ่ม เริ่มจากการฝึกอบรมสตรีอาสาพัฒนา ตั้งเป็นคณะกรรมการพัฒนาสตรีระดับหมู่บ้าน ภายหลังได้รับความช่วยเหลือจากสำนักงานพัฒนาชุมชน ในด้านการจัดอบรม จนสามารถตั้งกลุ่มสตรีทอผ้าได้สำเร็จ อันเกิดจากความพอใจในการทำงานร่วมกันและ รู้สึกว่าเป็นงานท้าทาย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่อง “กระบวนการทัศน์ใหม่ของการสื่อสารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของประชาสังคม” เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งเป็นวิธีวิจัยที่มีวัตถุประสงค์เพื่อจะทำความเข้าใจในลักษณะสำคัญที่มีอยู่ในเรื่องที่ต้องการศึกษา ไม่ใช่เป็นการวิจัยเพื่อการทดสอบทฤษฎี แต่ในทางตรงกันข้าม การวิจัยเชิงคุณภาพจะนำไปสู่การสร้างทฤษฎีในรูปลักษณะของทฤษฎีจากพื้นฐาน (grounded theory) จากผู้ที่มีความรู้ในเรื่องนั้นๆอย่างจริงจัง และให้ข้อมูลในฐานะเป็นผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ในเรื่องนั้นๆ ผู้เชี่ยวชาญดังกล่าวนี้ ในการวิจัยเชิงคุณภาพเรียกว่า ผู้ให้ข้อมูลหลัก (key informants) ซึ่งจากงานวิจัยเรื่องนี้ผู้ให้ข้อมูลหลักคือ เอกสารงานวิจัยจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และข้อมูลรองได้มาจากวิทยานิพนธ์ปริญญาโทศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ดังนั้นงานวิจัยเรื่องนี้จะมีระเบียบวิธีวิจัยที่เน้นการวิจัยเอกสาร (Documentary Research) เป็นหลัก ประกอบกับวิธีการ Content Analysis เพื่อการรวบรวม การทบทวน วิเคราะห์ และสังเคราะห์ผลตามวัตถุประสงค์ กรอบแนวคิด ทฤษฎี โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยหลักๆ 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 สัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และวิทยานิพนธ์ปริญญาโทศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งอยู่ในขอบเขตการวิจัยที่ได้กำหนดเอาไว้

ขั้นที่ 2 รวบรวมข้อมูลด้วยการอ่าน สรุป และบันทึกข้อมูลที่ต้องใช้ในการวิเคราะห์สังเคราะห์ โดยยึดตามเกณฑ์วัตถุประสงค์ในการวิจัย

ขั้นที่ 3 ประมวลองค์ความรู้ที่ได้จากการวิจัยตามวัตถุประสงค์ กรอบแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง สรุป วิเคราะห์ผล และจัดพิมพ์รายงาน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

- a) งานวิจัยฉบับสมบูรณ์ (Full text) จากเว็บไซต์ห้องสมุดของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ซึ่งปัจจุบันมีให้บริการดาวน์โหลดอยู่ประมาณ 600 เล่ม

เกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัยของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

1. เป็นงานวิจัยของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ที่อยู่ในขั้นสิ้นสุดการวิจัยแล้ว
2. เป็นงานวิจัยที่ทาง สวรส. เผยแพร่ผ่านเว็บไซต์ โดยให้ผู้สนใจสามารถ download งานวิจัยฉบับสมบูรณ์ (full text) ได้จากเว็บไซต์ห้องสมุดที่ <http://www.library.hsri.co.th>
3. ค้นหาและคัดเลือกงานวิจัยจากชื่อเรื่องที่มีคำสำคัญ (Key word) ดังนี้ “ประชาคม+สุขภาพ” หรือ “ประชาสังคม+สุขภาพ” หรือ “การมีส่วนร่วมของประชาชน+สุขภาพ” หรือ “การสื่อสาร+สุขภาพ” หรือ “เครือข่าย+สุขภาพ” หรือ “ชุมชน+สุขภาพ”
4. เป็นงานวิจัยที่ผู้ศึกษาได้พิจารณาแล้วเห็นว่ามีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับการศึกษาเรื่อง “กระบวนการทัศน์ใหม่ของการสื่อสารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของประชาสังคม”

หลังจากใช้เกณฑ์ดังกล่าวคัดเลือกงานวิจัยของ สวรส. แล้วได้งานวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 28 เรื่อง ซึ่งจะต้องนำงานวิจัยฉบับเต็มมาศึกษาต่อไป

- b) วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตั้งแต่ปี พ.ศ.2524 ถึง พ.ศ.2545 จากห้องสมุดคณะนิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย รวมแล้วมีประมาณ 1,700 เล่ม

เกณฑ์การคัดเลือกวิทยานิพนธ์

1. เป็นวิทยานิพนธ์ปริญญาโทศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2. เป็นวิทยานิพนธ์ที่อยู่ในช่วงตั้งแต่ปี พ.ศ. 2524 ถึง พ.ศ. 2545
3. ค้นหาและคัดเลือกวิทยานิพนธ์จากชื่อเรื่องที่มีคำสำคัญ (Key word) ดังนี้ “สุขภาพ” หรือ “โรค” หรือ “การมีส่วนร่วม” หรือ “สาธารณสุข” หรือ “ผู้ป่วย”
4. เป็นวิทยานิพนธ์ที่ผู้ศึกษาพิจารณาแล้วเห็นว่ามีเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับการศึกษาเรื่อง “กระบวนการทัศน์ใหม่ของการสื่อสารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของประชาสังคม”

หลังจากใช้เกณฑ์ดังกล่าวคัดเลือกงานวิทยานิพนธ์แล้ว ได้วิทยานิพนธ์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 178 เรื่อง ซึ่งจะได้นำเฉพาะส่วนของบทคัดย่อวิทยานิพนธ์มาศึกษาต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาเรื่อง “กระบวนการทัศน์ใหม่ของการสื่อสารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของประชาสังคม” มีดังนี้

1. แผ่นจดบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องจากงานวิจัยและวิทยานิพนธ์
2. เครื่องคอมพิวเตอร์และโมเด็มสำหรับการเชื่อมต่อสัญญาณอินเทอร์เน็ตเพื่อการค้นหาและดาวน์โหลดงานวิจัยของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
3. แผ่นfloppy disk เพื่อการบันทึกงานวิจัยของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
4. เครื่องพรีนเตอร์ สำหรับการเก็บรวบรวมงานวิจัยของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขไว้ในรูปเอกสารเพื่อความสะดวกในการอ่านและวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลจากการอ่านงานวิจัยของ สวรรส. ฉบับสมบูรณ์ และบทคัดย่อของวิทยานิพนธ์ที่ผ่านการคัดเลือกแล้ว จุดบันทึกข้อมูล และ ทำ Content Analysis ที่เกี่ยวข้องตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาลงในแผ่นบันทึกข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลนั้น มีความมุ่งเน้นในการศึกษาพัฒนาการของกระบวนการสื่อสารในประเด็นสุขภาพ ซึ่งอาศัยข้อมูลหลักจากงานวิจัยของสวรรส. และข้อมูลรองจากวิทยานิพนธ์ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือก โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ค่าอัตราส่วนร้อยละ เพื่อวิเคราะห์หา ลักษณะ ข้อแตกต่างระหว่างกระบวนการขั้นเก่าและกระบวนการขั้นใหม่ และแนวโน้มของพัฒนาการในการสื่อสารประเด็นสุขภาพ วิเคราะห์ถึงพัฒนาการในการนำแนวทางประชาสังคมเข้ามาใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพ วิเคราะห์ถึงอุปสรรค ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสื่อสารของประชาสังคม และวิเคราะห์หารูปแบบ แนวทางในการสื่อสารเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพของสมาชิกในประชาสังคม สร้างความเป็นชุมชนหรือประชาคมเข้มแข็ง ซึ่งอาจส่งผลไปถึงการสร้างเสริมสุขภาพให้กับผู้ที่มีได้เป็นสมาชิกของประชาสังคมนั้นๆด้วย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

ผลการวิจัย

แนวทางการวิเคราะห์เอกสารสำหรับงานวิจัยเรื่อง “กระบวนการทัศน์ใหม่ของการสื่อสารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของประชาสังคม” ฉบับนี้ เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของงานวิจัย 3 ประการ ได้แก่

1. เพื่อศึกษาภาพรวมของกระบวนการทัศน์เก่าและกระบวนการทัศน์ใหม่ของการสื่อสารในประเด็นสุขภาพ โดยการวิเคราะห์ข้อมูลจากบทความวิทยานิพนธ์ระดับปริญญาโทศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตั้งแต่ปี พ.ศ.2524 – 2545 และงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2539-2546
2. เพื่อศึกษาพัฒนาการของการใช้แนวทางประชาสังคมในการสร้างเสริมสุขภาพ โดยการวิเคราะห์ข้อมูลจากงานวิจัยฉบับเต็มของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2539 - 3546 และบทความวิทยานิพนธ์ระดับปริญญาโทศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตั้งแต่ปี พ.ศ.2536 – 2545 เนื่องจากเป็นช่วงที่มีวิทยานิพนธ์ด้านการสื่อสารในประเด็นสุขภาพ วิทยานิพนธ์ด้านการสื่อสารเพื่อสุขภาพที่มีความเกี่ยวข้องกับประเด็นการมีส่วนร่วมของประชาชน และวิทยานิพนธ์ที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดกลุ่ม ชุมชนประชาสังคม มากขึ้นอย่างเห็นได้ชัด
3. เพื่อค้นหาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสื่อสารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของประชาสังคม โดยการวิเคราะห์ข้อมูลจากงานวิจัยฉบับเต็มของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2539 – 2546 และบทความวิทยานิพนธ์ระดับปริญญาโทศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตั้งแต่ปี พ.ศ.2536 – 2545
4. เพื่อแสวงหาแนวทาง วิธีการในการสื่อสารของประชาสังคมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ โดยการวิเคราะห์ข้อมูลจากงานวิจัยฉบับเต็มของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2539 – 2546 และบทความวิทยานิพนธ์ระดับปริญญาโทศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตั้งแต่ปี พ.ศ.2541 – 2545

วัตถุประสงค์ข้อ 1 ภาพรวมของกระบวนการทัศน์เก่าและกระบวนการทัศน์ใหม่ของการสื่อสาร ในประเด็นสุขภาพ

ส่วนที่1

1. รายชื่อวิทยานิพนธ์ที่ผ่านเกณฑ์คัดเลือก

จากการรวบรวมบทความคัดย่อวิทยานิพนธ์ปริญญาโทศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2524-2545 ตามเกณฑ์การคัดเลือก พบว่ามีวิทยานิพนธ์ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกทั้งหมด 178 เรื่อง ดังแสดงรายชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์เรียงตามลำดับปีการศึกษาดังต่อไปนี้

ปีพ.ศ.2524 มี 4 เรื่อง ได้แก่

กิติมา ศักดา. การเผยแพร่ข่าวสารการวางแผนครอบครัวโดยสื่อไปรษณีย์.

บุญทิศา นาคะตะ. การศึกษาการยอมรับรายการโทรทัศน์เพื่อพัฒนาสุขภาพของสมาชิกรายการโทรทัศน์ ศูนย์เทคโนโลยีทางการศึกษา.

ลักขณา มณฑาตุผลิน. การเผยแพร่ข่าวสารด้านสาธารณสุขมูลฐานด้วยเอกสารเผยแพร่เรื่องอนามัยครอบครัวกับผลสัมฤทธิ์จากการใช้เอกสารเผยแพร่.

สุทธิลักษณ์ สมิตะสิริ. บทบาทของเครื่องบันทึกเสียงในการให้โภชนศึกษาแก่มารดาในเขตชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.

ปีพ.ศ.2525 มี 7 เรื่อง ได้แก่

ดวงทิพย์ วรพันธุ์. กลยุทธ์การใช้สื่อเพื่อปลูกฝังโภชนศึกษาแก่สตรีชนบท จังหวัดสุพรรณบุรี.

ทัศนาวดี สุขารมณ. ช่องทางการรับสารที่มีผลต่อการยอมรับการคุมกำเนิดแบบชั่วคราวและแบบถาวรของสตรีผู้รับบริการที่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.

นิตยา คำเมือง. การเปิดรับสื่อมวลชนเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของสตรี ในเขตเทศบาลเมืองขอนแก่น.

เพ็ญศรี วงศ์สิโรจน์กุล. อิทธิพลของสื่อกับการให้ความรู้การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ศึกษาเฉพาะกรณีศูนย์อนามัยแม่และเด็ก เขต4 จังหวัดขอนแก่น.

รุจิราวัฒน์ ชูทองรัตน์. ประสิทธิภาพของการให้ความรู้โดยใช้สื่อบุคคลและภาพพลิก ต่อการเพิ่มความ
 ความรู้และการเปลี่ยนแปลงทัศนคติของสตรีมีครรภ์ที่มาใช้บริการ ณ โรงพยาบาลศิริราช.
 วันทนา ชาญวนิชวงศ์. การเปิดรับสื่อมวลชนทางด้านอาหารและโภชนาการ ศึกษาความสำนึก
 จากการเปิดรับข่าวสารของแม่ที่นำบุตรมารับบริการจากแผนกกุมารเวชศาสตร์ของ
 โรงพยาบาลรามาริบัติ โรงพยาบาลพญาไท และศูนย์บริการสาธารณสุข 2.
 สุธมนานาคพงษ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้าร่วมกลุ่มโครงการกองทุนยาประจำ
 หมู่บ้าน ตำบลลาดกระทิง อำเภอสนามชัย จังหวัดฉะเชิงเทรา.

ปีพ.ศ.2526 มี 2 เรื่อง ได้แก่

มันธนา หิมกร. การแพร่กระจายข่าวสารสาธารณสุขในระดับหมู่บ้านเพื่อการพัฒนาสาธารณสุข
 มูลฐาน ศึกษาเฉพาะกรณีการให้ภูมิคุ้มกันโรคในเขตอำเภอโนนไทย จังหวัดนครราชสีมา.
 อัญชลี จารุสมบัติ. บทบาทของหนังสือพิมพ์ที่มีต่อการพัฒนาแนวความคิดใหม่ ศึกษาเฉพาะ
 กรณีการทำให้การทำแท้งถูกต้องตามกฎหมาย.

ปีพ.ศ.2527 มี 3 เรื่อง ได้แก่

ธารินี รอดสน. การสื่อสารเพื่อการเจริญพันธุ์ ศึกษาเฉพาะกรณีสตรีที่มีบุตรยาก.
 วิทยา เทียนจวง. การเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการเปิดรับสื่อระหว่างกลุ่มมารดาของเด็กวัยก่อน
 เรียนที่มีภาวะปกติกับกลุ่มที่มีภาวะทุพโภชนาการ ในอาคารสงเคราะห์ดินแดง.
 อรสา ปานขาว. พฤติกรรมการยอมรับข่าวสารด้านการป้องกันยาเสพติดทางวิทยุและโทรทัศน์
 ของประชาชนในเขตชุมชนแออัดคลองเตย.

ปีพ.ศ.2528 มี 1 เรื่อง ได้แก่

วชิราภรณ์ เรื่องไพบูลย์. ประสิทธิภาพของสื่อในการให้ความรู้เรื่องภูมิคุ้มกันโรคแก่มารดาหลัง
 คลอด ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลราชวิถี.

ปีพ.ศ.2529 มี 3 เรื่อง ได้แก่

เตือนใจ เทพยสุวรรณ. การใช้วิธี “โลกแคบ” ในการศึกษาพฤติกรรมการสื่อสาร ของผู้ป่วย
กามโรค กรณีศึกษา ณ ศูนย์กามโรค เขต1 จังหวัดสระบุรี.

สมศรี วงศ์สิโรจน์กุล. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเปิดรับสาร ความทันสมัยกับความรู้
หลักการปฏิบัติทางสุขภาพอนามัยและทัศนคติต่อบุคลากรสังคม ศึกษาเฉพาะเกษตรกร
ในโครงการทดลองฟื้นฟูสภาพป่าเขาภูหลวง จังหวัดนครราชสีมา.

สุดารัตน์ ควรสถาพรทวี. พฤติกรรมของคนไข้ในการเสาะแสวงหาสารสนเทศเพื่อรับบริการด้าน
ทันตสุขภาพ และทันตสุขศึกษาจากทันตแพทย์ในเขตกรุงเทพมหานคร.

ปีพ.ศ.2530

(ไม่พบเรื่องที่อยู่ในเกณฑ์การคัดเลือกวิทยานิพนธ์)

ปีพ.ศ.2531 มี 2 เรื่อง ได้แก่

กาญจณี หวังถิรอำนาจ. การเปิดรับข่าวสารกับความรู้และการป้องกันโรคเอดส์ในหญิงอาชีพ
พิเศษและชายรักร่วมเพศในกรุงเทพมหานคร.

อัจฉรา รัชชวิบูลย์ผล. การศึกษาบทบาทพฤติกรรมการสื่อสารเรื่องการทำหมันชายของ
ผู้รับบริการทำหมันชายที่สมาคมพัฒนาประชากรและชุมชน.

ปีพ.ศ.2532 มี 2 เรื่อง ได้แก่

มุกดา แก้วมูณีโชค. ประสิทธิภาพของสื่อเสียงตามสายที่มีต่อความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติ
เกี่ยวกับการสุขาภิบาลอาหารของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองชลบุรี.

อินทิรา ปัทมินทร. ประสิทธิภาพของการใช้สื่อภาพพลิกเรื่องสุขภาพจิตกับผู้ป่วยนอกและญาติที่มา
รับบริการในโรงพยาบาลจิตเวชและโรงพยาบาลทั่วไป.

ปีพ.ศ.2533 มี 5 เรื่อง ได้แก่

เกศินี จุฑาวิจิตร. การศึกษาพฤติกรรมการสื่อสารและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการอยู่ร่วมกันระหว่างผู้ติดเชื้อเอดส์ในระยะที่ไม่มีอาการกับครอบครัว.

ประไพพรรณ ธงอินเนตร. หน้าที่ของหอกระจายข่าวในการให้ความรู้ ความเข้าใจด้านสาธารณสุขชุมชนแก่ประชาชน ในจังหวัดนครปฐม.

พรพรรณ ไม้สุพร. การเผยแพร่ข่าวสารเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขในหนังสือพิมพ์รายวันภาษาไทย.

สิริวิมล ชาญเวชช์. การวิเคราะห์เนื้อหาเรื่องโรคเอดส์ในหนังสือพิมพ์รายวันภาษาไทย.

อุติชชา ชุตบุญธรรม. ความสัมพันธ์ระหว่างการเปิดรับข่าวสารกับความเชื่อทางสุขภาพของผู้เข้าร่วมโครงการเลิกสูบบุหรี่ ของสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร.

ปีพ.ศ.2534 มี 2 เรื่อง ได้แก่

ประวิณ พัฒนะพงษ์. พฤติกรรมการแสวงหาข่าวสารและความพึงพอใจต่อข่าวสารเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของกรรมการหมู่บ้าน.

อุไรวรรณ ภูวิจิตรสุทิน. การเปิดรับและการยอมรับข่าวสารเรื่องโรคเอดส์ของนักเรียนและนิสิตนักศึกษาในกรุงเทพมหานคร.

ปีพ.ศ.2535 มี 4 เรื่อง ได้แก่

กมลณัฐ พลวัน. การเปิดรับสื่อมวลชนและการสื่อสารระหว่างบุคคลเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคเอดส์ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ในสถาบันการศึกษาของรัฐ เขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่.

พนิตนาฏ ลัคนาโฆษิต. ปัจจัยที่เอื้อให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงของลูกเรือประมงต่อการรับและแพร่เชื้อเอดส์.

สุวรรณี โพธิศรี. การเปิดรับสื่อ ความรู้ ทศนคติและพฤติกรรมในการป้องกันโรคเอดส์ของผู้ปกครองนักเรียนระดับประถมศึกษาปีที่ 6 เขตกรุงเทพมหานคร.

อารัมศรา จันทรสุวรรณ. ความวิตกกังวลอันเกิดจากข่าวสารข้อมูลการรณรงค์เรื่องโรคเอดส์ผ่านสื่อมวลชน ช่วงปี พ.ศ.2531 ถึง พ.ศ.2534 : การศึกษาในแนวทัศนระแบบองค์รวม.

ปีพ.ศ.2536 มี 6 เรื่อง ได้แก่

ชดัทสนธน์ โภธิปิ่น. คุณลักษณะของพัฒนากรในทัศนะของผู้นำท้องถิ่นและชาวบ้าน ในอำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี.

ชิตามา สุขพหล้า. การเปรียบเทียบสัมฤทธิ์ผลในการเผยแพร่ข่าวสารเรื่องท้องร่วง ระหว่างเอกสารภาษาถิ่น (เขมรถิ่นไทย) กับภาษาไทยมาตรฐาน ในพื้นที่ อำเภอท่าตูม จังหวัดสุรินทร์.

ดวงภัศสร พานิชศุภผล. การศึกษาการดำเนินงานประชาสัมพันธ์เรื่องโรคเอดส์ของสมาคมพัฒนาประชากรและชุมชน.

ปฤษฎางค์ จันท์บุญเรือง. ปัจจัยด้านข่าวสารที่มีความสัมพันธ์กับโภชนาการของประชาชนในจังหวัดเลย.

ลัดดา ประพันธ์พงษ์ชัย. การวิเคราะห์รายการสุขภาพอนามัยทางโทรทัศน์ที่มีต่อการส่งเสริมสุขภาพ.

วิริยะ กลิ่นเสาวคนธ์. การวิเคราะห์รายการเพื่อท้องถิ่นของสถานีวิทยุโทรทัศน์แห่งประเทศไทยช่อง 12 สุราษฎร์ธานี.

ปีพ.ศ.2537 มี 7 เรื่อง ได้แก่

กุลทรัพย์ อาลี. ความสัมพันธ์ระหว่างการเปิดรับสารโฆษณาสินค้าประเภทนมทางโทรทัศน์กับพฤติกรรมการบริโภคสินค้าประเภทนมของเด็ก.

จิตสุดา ฐูปงาม. การวิเคราะห์เนื้อหาเกี่ยวกับโภชนาการของหนังสือพิมพ์รายวันไทย (พ.ศ.2535-พ.ศ.2536).

บุญเกิด มาอ่อง. การศึกษาการรวมกลุ่มและการทำกิจกรรมของกลุ่มผู้ฟังวิทยุ จส.100.

บุญฤทธิ์ กิจเจริญโรจน์. การวิเคราะห์กลยุทธ์การนำเสนอความรู้เรื่องยาของรายการ “ยาน้ำรู้” ทางโทรทัศน์.

วชิรา รินทร์ศรี. การศึกษาสถานีวิทยุโทรทัศน์แห่งประเทศไทยช่อง8 ลำปาง ในฐานะสื่อมวลชนส่วนภูมิภาค.

ศรีปาน รัตติกาลชลากร. บทบาทของสื่อพื้นบ้านในวัฒนธรรมมอญ ในอำเภอพระประแดง.

อรุณ มะหนิ. พฤติกรรมการสื่อสารกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในกลุ่มผู้รับบริการตรวจโรคและโรคเอดส์.

ปีพ.ศ.2538 มี 7 เรื่อง ได้แก่

กรองทิพย์ จันแยม. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเปิดรับสื่อมวลชนและสื่อบุคคลกับการยอมรับค่านิยมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนสมรสของวัยรุ่น.

จำเริญ ยุติธรรมสกุล. กลยุทธ์การสื่อสารเพื่อตอบสนองของยุทธศาสตร์การพัฒนา จังหวัดมหาสารคาม.

ธีรภรณ์ สุวรรณดี. การเปิดรับสาร ความรู้ และทัศนคติต่อการทำแท้งของนักศึกษาหญิงระดับอาชีวศึกษา ในเขตกรุงเทพมหานคร.

นิศากร ตันจาพุด. การรับรู้และการจดจำภาพยนตร์โฆษณาทางโทรทัศน์และพฤติกรรมการซื้อและใช้ยาแก้ปวดลดไข้ของกลุ่มผู้ใช้แรงงานในเขตกรุงเทพมหานคร.

ปาริชาติ ยุทธพาทีกุล. การรับข่าวสารทางด้านสาธารณสุขจากสื่อพื้นบ้านประเภทหนึ่งตระกูลของประชาชนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช.

วริศรา วราลักษณ์การเปิดรับข่าวสาร ความรู้เรื่องสิ่งเสพติดและการป้องกันสิ่งเสพติดจากสื่อมวลชน และสื่อบุคคลของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น สังกัดกระทรวงศึกษาธิการ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่.

อำไพ นิยาย. การใช้สื่อเพื่อผ่อนคลายความเครียดของพยาบาล หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลตำรวจ.

ปีพ.ศ.2539 มี 22 เรื่อง ได้แก่

ขวัญใจ ผลเจริญสุข. การสื่อสารในครอบครัวกับความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับยาบ้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตกรุงเทพมหานคร.

ขวัญชัย หมิ่นคำ. การวิเคราะห์การใช้สื่อหมอลำเพื่อการพัฒนาของหน่วยงานภาครัฐ ในภาคอีสาน.

จิราพร บุตรสันดี. ลักษณะและปัญหาในการสื่อสารต่างวัฒนธรรมระหว่างชาวเลกับเจ้าหน้าที่พัฒนาชุมชน : กรณีศึกษาโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตชาวเล ในตำบลราไวย์ อำเภอเมือง จังหวัดภูเก็ต.

ชาคริต สุดสายเนตร. วิธีการสื่อสารระหว่างบุคคลเพื่อผ่อนคลายความวิตกกังวลต่อความตายของผู้ป่วยโรคเอดส์.

ตรีนุช วีระเวสส์. การนำเสนอเรื่องเพศศึกษาทางสื่อวิทยุกระจายเสียง.

- ทัศนทานต์ ดวงรัตน์. บทบาทของการสื่อสารในครอบครัวกับการตัดสินใจแปลงเพศ.
- ทิพารัตน์ เด่นชัยประดิษฐ์. การศึกษากลยุทธ์และประสิทธิผลของโครงการประชาสัมพันธ์เพื่อลดอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์.
- นารีนารถ กิตติเกษมศิลป์. การเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ผ่านสื่อพื้นบ้านเพลงขอ.
- ปัญญา สวัสดิ์เสรี. ความคิดเห็นของประชาชนในเขตจอมทองที่มีต่อบทบาทผู้นำชุมชนกับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชน.
- พรเพ็ญ พัทธมาภรณ์. การเปิดรับสื่อ การใช้ประโยชน์และความพึงพอใจจากสื่อมวลชนของผู้สูงอายุไทย.
- เพ็ญทิพย์ จิรพินนุสรณ์. พฤติกรรมการแสวงหาข่าวสารผ่านสื่อมวลชนและอินเทอร์เน็ตของนักศึกษาและบุคลากรของสถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ.
- ภูษงค์ น้อยสง่า. การใช้สื่อวิทยุและโทรทัศน์ของคนงานไร่อ้อยที่หมู่บ้านหนองประเสริฐ อำเภอนหนองแสง จังหวัดอุดรธานี.
- มงคล ปิยสิริวัฒน์. ปัจจัยที่มีผลต่อการยอมรับการใช้น้ำหยดเสริมไอโอดีนในน้ำดื่มเพื่อลดป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก.
- ยุทธนา จินดากุล. กลยุทธ์การสื่อสารแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพผ่านรูปแบบที่เป็นการ์ตูนของคุณประยูร จรรยาวงษ์.
- เรืองศิลป์ แก้วดอนรี. ความต้องการข่าวสาร ความคาดหวังและความพึงพอใจที่ได้รับข่าวสารเรื่องการประกันสังคมของผู้ประกันตนในเขตจังหวัดสมุทรปราการ.
- วนิดา ชวนางกูร. การเปิดรับสื่อความรู้ ทศนคติและพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของหญิงมีครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.
- วัลย์ลักษณ์ เศรษฐ์. รูปแบบและแรงจูงใจในการฟังวิทยุเจาะเฉพาะกลุ่มของผู้รับสารวัยรุ่น.
- วไลพร สวัสดิ์มงคล. การศึกษาพฤติกรรมการรับฟัง ความต้องการ รูปแบบและเนื้อหารายการเสียงตามสายในโรงพยาบาลของผู้ป่วยในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล.
- ศรเทพ เริงยุทธนาชีวิน. การสื่อสารเพื่อการป้องกันยาเสพติดของกลุ่มผู้ใช้แรงงานโรงงานอุตสาหกรรมในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล.
- สมชัย จันลองจับจิต. การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของหนังสือการ์ตูนและจุลสารในการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และทัศนคติที่มีต่อโรคเอดส์.
- สมมาตร คงชื่นสิน. การเปิดรับและความต้องการรายการโทรทัศน์ของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร.

สุมน โมรากุล. การศึกษาแนวทางการปรับปรุงงานหอกระจายข่าวของชุมชน.

ปีพ.ศ.2540 มี 14 เรื่อง ได้แก่

ถนอมนุช พิทักษ์โกศล. ปัจจัยทางสังคม พฤติกรรมเปิดรับสื่อกับความรู้ และทัศนคติที่มีต่อการป้องกันการไข้หวัดใหญ่ของผู้ใช้แรงงานในสถานประกอบการอุตสาหกรรมในจังหวัดนนทบุรี.

นิภาพรรณ สุขศิริ. ทิศทางของการดูแลสุขภาพในรายการสุขภาพทางโทรทัศน์.

เบญจพร วุฒิพันธุ์. การศึกษากลยุทธ์การประชาสัมพันธ์ และประสิทธิผลโครงการรณรงค์ “อ่านฉลาดก่อนซื้อ” ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา.

ประภาวดี ธานีรณานนท์. การเปิดรับข่าวสาร การจดจำสารและการเลียนแบบพฤติกรรมต่อต้านยาเสพติดของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ในโครงการป้องกันยาเสพติดจัดที่เชียงใหม่.

ปริญญช ปัญจวงศ์. การเปิดรับข่าวสาร ความรู้ ทัศนคติและการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสังคม ของชาวบ้านในหมู่บ้านรอบศูนย์ศึกษาการพัฒนาพิภพทอง อำเภอเมืองจังหวัดนราธิวาส.

พรรณนิภา วงษ์มิตร. บทบาทของพระสงฆ์ในการพัฒนากับการมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการธรรมรักษานิเวศน์.

พิชญา รัตนพล. พฤติกรรมการสื่อสาร ความคาดหวังผลประโยชน์และความน่าเชื่อถือของรายการสถานีวิทยุเพื่อสังคมและชุมชน : ศึกษากรณีสถานีวิทยุชุมชน.

รัฐพล อินทวิชัย. สภาพชีวิตของผู้เสพยาบ้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดพฤติกรรมการเสพยาบ้า.

ศิริรัตน์วดี ปิยะศีล. ประสิทธิภาพของการใช้กิจกรรมดนตรีที่มีต่อการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในกลุ่มงานฟื้นฟูสมรรถภาพ โรงพยาบาลศรีธัญญา.

สินีนารถ วิมุกตานนท์. การใช้สื่อหนังสือเพื่อการพัฒนาของหน่วยงานรัฐในภาคใต้.

อมร เอี่ยมตาล. การสื่อสารกับพฤติกรรมการป้องกันโรคจากการทำงานของผู้ใช้แรงงานในเขตนิกมอุตสาหกรรมภาคเหนือ.

อรุณมาศ ธาระวานิช. บทบาทสถานีโทรทัศน์ช่อง 11 ลำปางกับการส่งเสริมวิถีชีวิตและภูมิปัญญาชาวบ้านล้านนา.

อัญชนี วิชยาภัย นุนนาค. การแสวงหาข่าวสาร ทัศนคติ และพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพของผู้บริโภค ในเขตกรุงเทพมหานคร.

อินทิรา สุวรรณ. บทบาทหนังสือทางโทรทัศน์ในการถ่ายทอดความรู้.

ปีพ.ศ.2541 มี 17 เรื่อง ได้แก่

เกยูร ชิวหากาญจน์. การเปิดรับข่าวสาร ความรู้ ทักษะคติเกี่ยวกับการป้องกันยาเสพติดของกลุ่ม
ผู้ใช้แรงงานในโรงงานอุตสาหกรรม ในจังหวัดสมุทรปราการ.

จิตรา ธนสารเสถียร. การสื่อสาร ความรู้ ทักษะคติและทักษะการปฏิเสธสิ่งเสพติดของนักเรียนมัธยม
ในเขตกรุงเทพมหานคร.

ชลลดา สมุทรพงษ์. อิทธิพลของการสื่อสารในการป้องกันยาเสพติดของนักเรียนอาชีวศึกษาใน
เขตกรุงเทพมหานคร.

ณัฐพรรณ ศรีมุข. การเปิดรับสื่อความรู้ ทักษะคติและพฤติกรรมการยอมรับวิถีชีวิตตามหลักชีวิต
ของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร.

ทวีชัย พงศ์มณีรัตน์. กลยุทธ์เพื่อสร้างสรรค์ภาพยนตร์โฆษณาณรงค์ป้องกันโรคเอดส์.

นริศรา บัวขาว. บทบาทของข่าวท้องถิ่นที่นำเสนอผ่านสื่อมวลชนท้องถิ่นใน จังหวัดอุบลราชธานี.

นิยม ศิริวัฒน์. การใช้สื่อเพื่อดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพของกรมอนามัย.

บุญศรี สุธรรมมานุวัฒน์. การใช้สื่อมวลชนเพื่อจัดการภาวะวิกฤติ : กรณีรณรงค์ต่อต้านการ
บริโภคผงชูรส.

เพ็ญพร ต่อสกุลแก้ว. ประสิทธิภาพของสื่อคู่มือ “การดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัด” ต่อระดับ
ความรู้ ทักษะคติ และความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด.

มณฑิยา สุภาโรจน์. การวิเคราะห์การใช้การ์ตูนสื่อความหมายเพื่อการรณรงค์โรคเอดส์ (พ.ศ.
2535-พ.ศ.2539).

รุ่งทิพ สุนทโรทก. ปัจจัยสื่อสารที่มีผลต่อการตัดสินใจเลิกเสพยาบ้าของเยาวชนในสถานศึกษา.

ลักษมี ไชยทองศรี. บทบาทของนิตยสารสตรีในการเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพอนามัย.

วินัส เจิดจรรยาพงศ์. อิทธิพลของการใช้ความกลัวในภาพยนตร์โฆษณาต่อต้านโรคเอดส์ต่อกลุ่ม
ผู้มีความเสี่ยงสูง.

สุชัญญา ลิ้มสกุล. กลยุทธ์และประสิทธิผลของแผนการรณรงค์โฆษณาโครงการเสริมสร้างความ
ตื่นตัวในการปกป้องสิทธิผู้บริโภค “อย. ปกป้องสิทธิ”.

สุรียพร พิพัฒน์วัฒนพงษ์. การสื่อสารภายใต้สภาวะความเครียดและพฤติกรรมเผชิญ
ความเครียดของเยาวชนในเขตกรุงเทพมหานคร.

อารีภักดิ์ เงินบำรุง. ทักษะคติและการยอมรับของวัยรุ่นต่อการนำเสนอข่าวสารด้านการป้องกันยา
เสพติดผ่านนักร้องนักแสดง.

อุไรศรี อะสันตารี. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการนำเด็กไปรับวัคซีนโปลิโอ ในโครงการรณรงค์ให้รับวัคซีนโปลิโอในเขตเมือง จังหวัดหนองคาย.

ปีพ.ศ.2542 มี 14 เรื่อง ได้แก่

กนกรัตน์ วงศ์ลักษณะพันธ์. กลยุทธ์การสื่อสารของเจ้าหน้าที่บำบัดฟันผุ กับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมฟันฟลูของผู้เข้ารับการบำบัดฟันผุเพื่อเลิกยาเสพติด.

จารุณี พัทธพิมานสกุล. การศึกษาเครือข่ายการสื่อสารของกลุ่มชีวิต.

ชนชญาณ์ จันทริวิตรกุล. รูปแบบการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพของผู้บริโภคในกรุงเทพมหานคร.

ช่อแก้ว ประสงค์สม. การเปิดรับสาร ความรู้ ทักษะและการมีส่วนร่วมในโครงการโรงเรียนสีขาวของครูและอาจารย์ระดับมัธยมศึกษา ในเขตกรุงเทพมหานคร.

ชัชวีร์ภรณ์ เวฬุวนารักษ์. การเปิดรับข่าวสาร ความรู้ แรงจูงใจในการป้องกันเอดส์ของผู้มารับบริการ ณ ศูนย์บริการสาธารณสุข ในกรุงเทพมหานคร.

ทิตวัญญ์ ณรงค์แสง. การศึกษาเปรียบเทียบการรณรงค์ให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์แก่เด็กอนุบาล โดยผ่านสื่อละครใบ้และสื่อละครใบ้ประกอบภาษามือ.

นันทพร อติเรกโชติกุล. การเปิดรับสื่อ ความรู้ ทักษะกับการตรวจมะเร็งเต้านมของสตรีในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา.

ปณิธา รื่นบรรเทิง. กลยุทธ์การสื่อสารอันนำไปสู่การก่อตัวเป็นชุมชนพัฒนาของชุมชนมุสลิมกุฎีขาว แขวงวัดกัลยาณ์ เขตธนบุรี กรุงเทพมหานคร.

วัชรินทร์ กุลพิสิทธิ์เจริญ. การวิเคราะห์เนื้อหาเรื่องเอดส์ในหนังสือพิมพ์รายวันของประเทศไทย.

เวทีณี สตะเวทิน. การสื่อสารในการจัดการประชาคมบางลำพู.

ศรินลักษณ์ สวัสดิมงคล. กลยุทธ์การสื่อสารของทหารในการพัฒนาชุมชน.

ศศิวิมล ตามไท. การเปิดรับข่าวสาร ความรู้ ทักษะและพฤติกรรมกรรมการบริโภคข้าวกล้องของประชาชนในกรุงเทพมหานคร.

ศิริวรรณ จุลนิชรัตน์. การรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับโครงการราษฎร์-รัฐร่วมใจด้านภัยยาเสพติด ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมกรรมการป้องกันและต่อต้านยาเสพติด.

สิริพรรณ วิบูลย์จันทร์. ความสัมพันธ์ระหว่างการเปิดรับข่าวสารกับการดูแลสุขภาพตนเองของสตรีวัยทอง.

ปีพ.ศ.2543 มี 16 เรื่อง ได้แก่

จิรอดุลย์ บุญยภักดิ์. บทบาทของนิตยสารในการให้ความรู้เรื่องเพศ.

ทิวาพร แสนเมืองชิน. การสื่อสารแบบมีส่วนร่วมของประชาชนโดยผ่านรายการวิทยุชุมชนสถานีวิทยุกระจายเสียงแห่งประเทศไทย จังหวัดนครราชสีมา.

ธนภรณ์ อุทยานิก. ประสิทธิภาพของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาในการเผยแพร่ความรู้งานคุ้มครองผู้บริโภค.

นันทวรรณ พงศ์อุดม. การเปิดรับข่าวสารและทัศนคติของนักศึกษาแพทย์ไทยในเขตกรุงเทพมหานครที่มีต่อการทำแท้ง.

เนาวนิต ยี่มวัน. กลยุทธ์การสื่อสารการตลาดเพื่อสังคมในโครงการป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนมัธยมศึกษา และอาชีวศึกษา จังหวัดราชบุรี.

พรทิพย์ พัฒนานุสรณ์. การแสวงหาข่าวสารเกี่ยวกับประเด็นทางเพศของวัยรุ่นไทยที่นำเสนอผ่านทางอินเทอร์เน็ต.

พิมพ์เพ็ญ ธนาคุณ. ประสิทธิภาพของเว็บไซต์โครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่.

รัชดาภรณ์ ชาญชาคริตพงศ์. การสื่อสารกับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร.

วรรณนิภา เมฆเมืองทอง. เนื้อหาและวิธีการนำเสนอเรื่องสุขภาพอนามัยของสถานีวิทยุสถาบันเทคโนโลยีราชมงคล FM 89.5 MHz.

วันเพ็ญ ปรีดิยาธร. การเปิดรับ ทัศนคติและความต้องการข้อมูลข่าวสารของผู้ใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลของรัฐในเขตกรุงเทพมหานคร.

ศศิพันธุ์ ไตรทาน. กระบวนการสื่อสารกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการลด ละ เลิกยาเสพติด ของนักเรียนในระดับมัธยมศึกษาและอาชีวศึกษา.

ไศวิจันน์ บุญประดิษฐ์. กลยุทธ์การสื่อสารของชุมชนบ้านครัวในการสร้างความเข้มแข็งภายในชุมชน ในกรณีพิพาทโครงการก่อสร้างถนนรวมและกระจายการจราจร.

สุทธิภา วงศ์ยะลา. รูปแบบและประสิทธิผลของการสื่อสารในการดำเนินงานตามแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพของคนทำงานของโรงงานอุตสาหกรรมขนาดใหญ่.

อรวรรณ ศิริสวัสดิ์. การสื่อสารเพื่อสร้างความเป็นชุมชนเข้มแข็งของชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดน่าน.

อรอนันต์ วุฒิเสน. การสื่อสารในการก่อตัว และขยายเครือข่ายของชมรมผู้เลี้ยงปลากระพงขาวอำเภอยะหริ่ง จังหวัดปัตตานี.

อังคณา พรหมรักษา. ศักยภาพของสถานีวิทย์กระจายเสียงท้องถิ่นใน จังหวัดกาฬสินธุ์ กับบทบาท
ด้านการพัฒนาคนและสังคม.

ปีพ.ศ.2544 มี 21 เรื่อง ได้แก่

จรัสพร กิรติเสวี. กลยุทธ์การสื่อสารเพื่อฟื้นฟูจิตใจผู้ป่วยจิตเวช.

ซารีนานา พุฒนवल. พฤติกรรมการสื่อสารของคณะกรรมการบริหารชุมชนและการมีส่วนร่วมของ
ชุมชนในการพัฒนา.

ดวงดาว พันธุ์พิกุล. การให้สุขศึกษาตามแผนนโยบายสุขบัญญัติแห่งชาติในรายการสุขภาพทาง
โทรทัศน์.

ดวงฤทัย พงศ์ไพฑูรย์. การเปิดรับข่าวสาร ความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับเพศศึกษาของวัยรุ่นในเขต
กรุงเทพมหานคร.

นงลักษณ์ ยิ้มศรวล. ระบบสัญลักษณ์ทางเพศในละครโทรทัศน์ที่มีอิทธิพลต่อการมีพฤติกรรม
เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี.

นุรณี อนันท์ทวงศ์. การใช้สื่อเพื่อรณรงค์การไม่สูบบุหรี่ของมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่.

ประภากร ดลกิจ. การวิเคราะห์การจัดรายการวิทยุชุมชน “สร้างสรรค์จันทบุรี”.

ปริญญา ศรีอนันต์. บทบาทของสื่อโทรทัศน์ที่มีต่อการจัดการสิ่งแวดล้อมให้เกื้อกูลต่อสุขภาพ.

ปิยพัชกร์ สีนบัวทอง. กลยุทธ์การสื่อสารของทหารในโครงการฝึกอบรมเพื่อฟื้นฟูเยาวชนผู้ติดยา
เสพติด.

ภรินทร ทองลิ้ม. กลยุทธ์การสื่อสารในโครงการพัฒนาจิตและคุณภาพชีวิตที่มีผลต่อการตัดสินใจ
เลิกยาเสพติดแบบฉบับพลัน.

รจิตรา เข้มศักดิ์สิทธิ์. การสื่อสารและการสร้างประชาคมหมู่บ้านปลอดยาเสพติดในพื้นที่ทุ่งครุ.

รุ่งนภา มุกดาอนันต์. กลยุทธ์การสื่อสารของกลุ่มประชาชนชาวบ้านเรื่องภูมิปัญญาท้องถิ่น.

วิษชุตา ชินกุลประสาน. การเปรียบเทียบผลการเปิดรับสื่อภาพยนตร์โฆษณาณรงค์ต่อต้านโรค
เอดส์ที่ใช้ความน่ากลัวและความเอื้ออาทรเป็นแรงจูงใจ.

ศิริกมล จันทรบัญญา. การสื่อสารเพื่อการพัฒนาประชาธิปไตยของศูนย์รัฐสภา-ประชาสังคม
จังหวัดเชียงใหม่.

ศิริพร เสรีกิตติกุล. การสื่อสารประเด็นยาเสพติดผ่านสื่อวิทยุกระจายเสียงโดยผู้สื่อสารที่เป็น
เยาวชนผู้เคยติดยาเสพติด.

สิทธิศร มงคลชาติ. ประสิทธิภาพของโครงการทูตเยาวชนต่อต้านยาเสพติดสัญจร.

- สิริพร สงบธรรม. บทบาทของรายการวิทยุเพื่อชุมชนกับประชาคมสงขลา.
- สุวรรณา หงษ์ศรี. การเปิดรับ ข่าวสาร ความรู้ ทักษะคติ และการสื่อสารเรื่องเพศศึกษาของผู้ปกครองนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตกรุงเทพมหานคร.
- หริสุดา ปันทวนันท์. การสื่อสารและเครือข่ายการรณรงค์ “เมาไม่ขับ”.
- อรัญญา ลือประดิษฐ์. การใช้สื่อเพื่อส่งเสริมและป้องกันทันตสุขภาพของหน่วยงานรัฐและหน่วยงานเอกชน.
- อรุณีวรรณ นาศรี. การสื่อสารในการจัดการประชาคมทับเที่ยง.

ปีพ.ศ.2545 มี 19 เรื่อง ได้แก่

- กอบพงษ์ กุณชียะ. การตอบปัญหาเรื่องเพศศึกษาของสื่อมวลชนในฐานะที่เป็นเวทีสาธารณะ.
- จริมา ทองสวัสดิ์. ความต้องการข่าวสาร การเปิดรับ และการใช้ประโยชน์ข่าวสารด้านสุขภาพจากเว็บไซต์สุขภาพของผู้ใช้อินเตอร์เน็ตในเขตกรุงเทพมหานคร.
- จันทร์ทิพย์ ปาละนันท์. ความสามารถทางการสื่อสารของผู้นำชุมชน.
- จุมพล ผ่องนัยเลิศ. ทักษะการสื่อสารและกลวิธีการสื่อสารเพื่อการโน้มน้าวใจของผู้นำเยาวชนด้านการป้องกันยาเสพติด.
- ชลาลัย อูปกิจ. บทบาทของหนังสือพิมพ์ท้องถิ่นรายวัน จังหวัดเชียงใหม่ ตามแนวคิดประชาสังคม.
- เดชานนท์ มหาภาพ. กลยุทธ์การสื่อสารในโครงการบำบัดยาเสพติดปฏิบัติธรรมนำปัญญา.
- ประภาพรรณ สุปรียาภรณ์. การสื่อสารและเครือข่ายของกลุ่มเพื่อน “อ”.
- ปิยนุช พุทธรัตน์. การสื่อสารกับการพัฒนาประชาคมตลาดน้ำตลิ่งชัน.
- พจน์ โชคสวัสดิ์ไพศาล. กลยุทธ์การสื่อสารของกลุ่มสันติอโศก.
- พรโสภิต จงมีสุข. เครือข่ายและกระบวนการสื่อสารในการรณรงค์เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของชมรมหัวใจไร้สาร.
- ภรณ์ กันภัย. การสื่อสาร ความรู้ ทักษะคติ และการยอมรับแพทย์แผนไทยของประชาชน ตำบลกมลา ต่อการส่งเสริมการแพทย์แผนไทยของสถานีนอนามัย ตำบลกมลา อำเภอกะทู้ จังหวัดภูเก็ต.
- มธุรดา เจริญทวีทรัพย์. แนวทางในการสื่อสารเรื่องเพศศึกษาในครอบครัว.
- มนทกานต์ ตปนียางกูร. พัฒนาการสื่อประชาสังคมไทยบนอินเตอร์เน็ต.

รณชาติ บุตรแสนคม. เครือข่ายและกระบวนการทำข่าวของสำนักข่าวเด็กและเยาวชน “ขบวนการตาส์ปะรด”.

วราพร กระหมุดความ. การเปิดรับข่าวสาร ความรู้ ทศนคติ และพฤติกรรมของวัยรุ่นที่มีผลต่อการรณรงค์การใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันโรคเอดส์ในเขตกรุงเทพมหานคร.

วีระวรรณ ยังกิจการ. การมีส่วนร่วมในการกำหนดรูปแบบและเนื้อหา “รายการวิทยุชุมชน” ของจังหวัดน่าน.

ศิรินันต์ ลิ้มปณชัยพรกุล. กระบวนการสื่อสารในการแปรรูปโรงพยาบาลบ้านแพ้ว.

สิริพร วงศ์อุไร. การสื่อสารผ่านเว็บไซต์ทางการแพทย์ในประเทศไทย.

สุภาวดี หวังชาลาบวร. การวิเคราะห์การสื่อสารเพื่อพัฒนาความรู้เรื่องเพศศึกษาในรายการ “ซูรักซูรส”.

2. ผลการวิเคราะห์บทคัดย่อวิทยานิพนธ์

จากการรวบรวมบทคัดย่อของวิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2524 – 2545 ที่เกี่ยวกับการสื่อสารในประเด็นสุขภาพ ประชาสังคม และการมีส่วนร่วมของประชาชน ซึ่งพบว่ามีวิทยานิพนธ์ที่ผ่านการคัดเลือกตามเกณฑ์ทั้งหมด 178 เรื่อง ผู้วิจัยได้จัดแบ่งเป็นช่วงปี 3 ช่วง เพื่อการวิเคราะห์พัฒนาการของการสื่อสารในประเด็นสุขภาพ ดังนี้

ช่วงปี พ.ศ. 2524-2535 เป็นช่วงที่มีการศึกษาด้านการสื่อสารเพื่อสุขภาพในวิทยานิพนธ์ในปริมาณไม่มากนัก มีวิทยานิพนธ์ที่เข้าเกณฑ์ทั้งสิ้น 31 เรื่อง

ช่วงปี พ.ศ.2536-3540 เป็นช่วงที่มีการศึกษาด้านการสื่อสารเพื่อสุขภาพในวิทยานิพนธ์มากขึ้นอย่างชัดเจน มีวิทยานิพนธ์ที่เข้าเกณฑ์ทั้งสิ้น 60 เรื่อง

ช่วงปี พ.ศ.2541-2545 เป็นช่วงที่มีการศึกษาด้านการสื่อสารเพื่อสุขภาพ การศึกษาด้านการมีส่วนร่วมของประชาชนในประเด็นสุขภาพ และการศึกษากลุ่ม ชมรม ชุมชน ประชาสังคม เพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด มีวิทยานิพนธ์ที่เข้าเกณฑ์ทั้งสิ้น 87 เรื่อง

จากการอ่านและวิเคราะห์บทคัดย่อวิทยานิพนธ์ที่ผ่านการเกณฑ์คัดเลือกทั้งหมดแล้ว ได้สะท้อนให้เห็นถึงการศึกษาด้านการสื่อสารสุขภาพในกระบวนทัศน์แบบเก่า โดยเฉพาะอย่างยิ่ง วิทยานิพนธ์ในช่วงปี พ.ศ.2524 - 2535 และแนวโน้มพัฒนาการไปสู่กระบวนทัศน์แบบใหม่ของการสื่อสารในประเด็นสุขภาพ ดังผลที่พบจากการวิเคราะห์วิทยานิพนธ์ในด้านต่างๆ ดังนี้

2.1. ลักษณะงานวิจัยของวิทยานิพนธ์

2.1.1. ระเบียบวิธีวิจัยของวิทยานิพนธ์

ลักษณะงานวิจัยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2524 – 2535 จะเน้นวิจัยด้วยวิธีวิจัยเชิงปริมาณ (ร้อยละ 88) โดยใช้วิธีการสำรวจ หรือ วิธีการทดลอง/กึ่งทดลอง ดังตัวอย่างงานวิจัยที่ศึกษาการเปิดรับสื่อ การศึกษาประสิทธิผลของสื่อ การศึกษาความพึงพอใจของผู้รับสารที่มีต่อสื่อ เป็นต้น ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือวิจัยเป็นหลัก แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติ พบงานวิจัยเชิงคุณภาพที่ใช้วิธีการศึกษาแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์เจาะลึกอยู่บ้างแต่ไม่มากนัก (ร้อยละ 12) แนวคิดทฤษฎีที่ใช้มักจะเป็นทฤษฎีองค์ประกอบทางการสื่อสารที่ประกอบด้วย ผู้ส่งสาร เนื้อหาสาร ช่องทางการสื่อสาร และผู้รับสาร (S-M-C-R) และแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับผลอันมหาศาลของสื่อ (Effect Theory) เป็นหลัก

ตารางที่ 7 แสดงปริมาณคิดเป็นร้อยละของวิทยานิพนธ์ที่ผ่านเกณฑ์ โดยเปรียบเทียบงานที่ศึกษาด้วยวิธีวิจัยเชิงปริมาณกับวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ

	พ.ศ.2524- 2535	พ.ศ.2536- 2540	พ.ศ.2541- 2545	รวม 2524-2545
วิธีเชิงปริมาณ (%)	88	60	34	63
วิธีเชิงคุณภาพ (%)	12	36	47	40

จากตารางที่ 7 พบว่า ร้อยละของการศึกษาวิจัยโดยวิธีเชิงปริมาณ เช่น การสำรวจโดยใช้แบบสอบถาม วิธีวิจัยกึ่งทดลอง เป็นต้น มีแนวโน้มลดลง ดังนี้ ปี 2524-2535 คิดเป็นร้อยละ 88 ปี 2536-2540 คิดเป็นร้อยละ 60 ปี 2541-2545 คิดเป็นร้อยละ 34 ในทางตรงกันข้าม ร้อยละของการศึกษาวิจัยโดยวิธีเชิงคุณภาพ เช่น การสัมภาษณ์เจาะลึก การสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วมหรือไม่มีส่วนร่วม การจัดประชุมกลุ่มย่อย การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม การวิจัยเอกสาร เป็นต้น ก็มีแนวโน้มสูงขึ้น ดังนี้ ปี

2524-2535 คิดเป็นร้อยละ 12 ปี 2536-2540 คิดเป็นร้อยละ 36 ปี 2541-2545 คิดเป็นร้อยละ 47 ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงพัฒนาการของการสื่อสารสุขภาพที่มีการเปลี่ยนแปลงไปสู่กระบวนการทัศน์ใหม่ของการสื่อสารในประเด็นสุขภาพ

2.1.2. ประเด็นและหัวข้อศึกษาในวิทยานิพนธ์

จากการวิเคราะห์ประเด็นหัวข้อในวิทยานิพนธ์ พบว่าประเด็นศึกษาที่พบมาก มี 3 ประเด็นหลัก ดังนี้

- a) การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรม的开รับสื่อ กับการเปลี่ยนแปลงความรู้ทัศนคติและพฤติกรรมของผู้รับสาร (K-A-P) เพื่อหาคำตอบว่ากลุ่มเป้าหมายเปิดรับสื่อประเภทใดมากที่สุด และมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมของผู้รับสารหรือไม่

ยกตัวอย่างเช่น งานวิจัยเรื่อง:

การเปิดรับสื่อมวลชนเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของสตรี ในเขตเทศบาลเมืองขอนแก่น (นิตยา คำเมือง, 2525)

การเปิดรับสื่อมวลชนทางด้านอาหารและโภชนาการ ศึกษาความสำนึกจากการเปิดรับข่าวสารของแม่ที่นำบุตรมารับบริการจากแผนกกุมารเวชศาสตร์ของโรงพยาบาลรามาริบัติ โรงพยาบาลพญาไท และศูนย์บริการสาธารณสุข 2 (วันทนา ชาญวนิชวงศ์, 2525)

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรม的开รับสาร ความทันสมัยกับความรู้หลักการปฏิบัติทางสุขภาพอนามัยและทัศนคติต่อบุคลากรสังคม ศึกษาเฉพาะเกษตรกรในโครงการทดลองฟื้นฟูสภาพป่าเขาภูหลวง จังหวัดนครราชสีมา (สมศรี วงศ์สิโรจน์กุล, 2529)

การเปิดรับข่าวสารกับความรู้และการป้องกันโรคเอดส์ในหญิงอาชีพพิเศษและชายรักร่วมเพศในกรุงเทพมหานคร (กาญจน์ หวังถิรอำนาจ, 2531)

การเปิดรับและการยอมรับข่าวสารเรื่องโรคเอดส์ของนักเรียนและนิสิตนักศึกษาในกรุงเทพมหานคร (อุไรวรรณ ภูวิจิตรสุทิน, 2534)

การเปิดรับสื่อ ความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมในการป้องกันโรคเอดส์ของผู้ปกครองนักเรียนระดับประถมศึกษาปีที่ 6 เขตกรุงเทพมหานคร (สุวรรณี โพธิศรี, 2535)

การเปิดรับสื่อมวลชนและการสื่อสารระหว่างบุคคลเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคเอดส์
ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ในสถาบันการศึกษาของรัฐ เขตอำเภอเมือง
จังหวัดเชียงใหม่ (กมลณัฐ พลวัน, 2535)

ความสัมพันธ์ระหว่างการเปิดรับสารโฆษณาสินค้าประเภทนมทางโทรทัศน์กับ
พฤติกรรมการบริโภคสินค้าประเภทนมของเด็ก (กุลทรัพย์ อาลี, 2537)

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเปิดรับสื่อมวลชนและสื่อบุคคลกับการ
ยอมรับค่านิยมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนสมรสของวัยรุ่น (กรองทิพย์ จันแยม, 2538)

การเปิดรับสาร ความรู้ และทัศนคติต่อการทำแท้งของนักศึกษาหญิงระดับอาชีว
ศึกษา ในเขตกรุงเทพมหานคร (ธีรภรณ์ สุวรรณดี, 2538)

การเปิดรับข่าวสาร ความรู้ เรื่องสิ่งเสพติดและการป้องกันสิ่งเสพติดจาก
สื่อมวลชน และสื่อบุคคลของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น สังกัด
กระทรวงศึกษาธิการ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ (วิศรา วราลักษณ์, 2538)

การรับรู้และการจดจำภาพยนตร์โฆษณาทางโทรทัศน์และพฤติกรรมการซื้อ
และใช้ยาแก้ปวดลดไข้ของกลุ่มผู้ใช้แรงงานในเขตกรุงเทพมหานคร (นิศากร ตันจาพุดม,
2538)

การเปิดรับสื่อ การใช้ประโยชน์และความพึงพอใจจากสื่อมวลชนของผู้สูงอายุไทย
(พรเพ็ญ พยัคฆาภรณ์, 2539)

การเปิดรับข่าวสาร ความรู้ ทัศนคติและการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิต
และสังคม ของชาวบ้านในหมู่บ้านรอบศูนย์ศึกษาการพัฒนาพิภพวิจิตร อำเภอเมือง
จังหวัดนราธิวาส (ปริยนุช ปัญจวงศ์, 2540)

การเปิดรับข่าวสาร การจดจำสารและการเลียนแบบพฤติกรรมต่อต้านยาเสพติด
ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ในโครงการป้องกันยาเสพติดจัดตั้งเซย์โน (ประภาวดี
ธานีนานนท์, 2540)

การเปิดรับข่าวสาร ความรู้ ทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันยาเสพติดของกลุ่มผู้ใช้
แรงงานในโรงงานอุตสาหกรรม ในจังหวัดสมุทรปราการ (เกตุร ชิวหากาญจน์, 2541)

การเปิดรับสื่อความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมการยอมรับวิถีชีวิตตามหลักชีวิต
ของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร (ณัฐพรพรณ ศรีมุข, 2541)

การเปิดรับสาร ความรู้ ทัศนคติและการมีส่วนร่วมในโครงการโรงเรียนสีขาวของ
ครูและอาจารย์ระดับมัธยมศึกษา ในเขตกรุงเทพมหานคร (ช่อแก้ว ประสงค์สม, 2542)

การเปิดรับสื่อ ความรู้ ทักษะคิดกับการตรวจประเมินเจ้านามของสตรีในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา (นันทพร อติเรกโชติกุล, 2542)

การเปิดรับข่าวสาร ความรู้ แรงจูงใจในการป้องกันเอดส์ของผู้มารับบริการ ณ ศูนย์บริการสาธารณสุข ในกรุงเทพมหานคร (ชัชวีร์ภรณ์ เวฬุวนารักษ์, 2542)

ความสัมพันธ์ระหว่างการเปิดรับข่าวสารกับการดูแลสุขภาพตนเองของสตรีวัยทอง (สิริพรรณ วิบูลย์จันทร์, 2542)

การเปิดรับข่าวสาร ความรู้ ทักษะคิดและพฤติกรรมการบริโภคข้าวกล้องของประชาชนในกรุงเทพมหานคร (ศศิวิมล ตามไท, 2542)

การเปิดรับข่าวสารและทัศนคติของนักศึกษาแพทย์ไทยในเขตกรุงเทพมหานครที่มีต่อการทำแท้ง (นันทวรรณ พงศ์อุดม, 2543)

การเปิดรับ ข่าวสาร ความรู้ ทักษะคิด และการสื่อสารเรื่องเพศศึกษาของผู้ปกครองนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตกรุงเทพมหานคร (สุวรรณา หงษ์ศรี, 2544)

การเปิดรับข่าวสาร ความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับเพศศึกษาของวัยรุ่นในเขตกรุงเทพมหานคร (ดวงฤทัย พงศ์ไพฑูรย์, 2544)

การเปิดรับข่าวสาร ความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมของวัยรุ่นที่มีผลต่อการรณรงค์การใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันโรคเอดส์ในเขตกรุงเทพมหานคร (วราพร กระหมุดความ, 2545)

ตารางที่ 8 แสดงปริมาณคิดเป็นร้อยละของวิทยานิพนธ์ที่ผ่านเกณฑ์ ที่ศึกษาในประเด็นการเปิดรับสื่อ

	พ.ศ.2524-2535	พ.ศ.2536-2540	พ.ศ.2541-2545	รวม 2524-2545
ปริมาณวิทยานิพนธ์ที่ศึกษาในประเด็นการเปิดรับสื่อ (%)	45	43	26	35

จากตารางที่ 8 พบว่า ร้อยละของการศึกษาในประเด็นการเปิดรับสื่อในวิทยานิพนธ์ มีแนวโน้มลดลง ดังนี้ ปี 2524-2535 คิดเป็นร้อยละ 45 ปี 2536-2540 คิดเป็นร้อยละ 43 ปี 2541-2545 คิดเป็นร้อยละ 26

b) การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของสื่อประเภทต่างๆ เพื่อหาคำตอบว่าสื่อประเภทใดที่จะมีผลต่อ ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมายได้มากกว่ากัน ซึ่งเน้นการเปรียบเทียบระหว่างสื่อมวลชน สื่อบุคคลและสื่อเฉพาะกิจ

ยกตัวอย่างเช่น งานวิจัยเรื่อง:

อิทธิพลของสื่อกับการให้ความรู้การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ศึกษาเฉพาะกรณีศูนย์อนามัยแม่และเด็ก เขต4 จังหวัดขอนแก่น (เพ็ญศรี วงศ์สิโรจน์กุล, 2525)

ประสิทธิผลของการให้ความรู้โดยใช้สื่อบุคคลและภาพพลิก ต่อการเพิ่มความรู้อ และการเปลี่ยนแปลงทัศนคติของสตรีที่มีครรภ์ที่มาใช้บริการ ณ โรงพยาบาลศิริราช (รุจิรา รัตน์ ชูทองรัตน์, 2525)

ประสิทธิผลของสื่อในการให้ความรู้เรื่องภูมิคุ้มกันโรคแก่มารดาหลังคลอด ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลราชวิถี (วชิราภรณ์ เรืองไพบุลย์, 2528)

ประสิทธิผลของการใช้สื่อภาพพลิกเรื่องสุขภาพจิตกับผู้ป่วยนอกและญาติที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลจิตเวชและโรงพยาบาลทั่วไป (อินทิรา ปัทมินทร, 2532)

ประสิทธิผลของสื่อเสียงตามสายที่มีต่อความรู้ ทักษะและการปฏิบัติเกี่ยวกับการสุขาภิบาลอาหารของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองชลบุรี (มุกดา แก้วมณีโชค, 2532)

การเปรียบเทียบสัมฤทธิ์ผลในการเผยแพร่ข่าวสารเรื่องท้องร่วง ระหว่างเอกสารภาษาถิ่น (เขมรถิ่นไทย) กับภาษาไทยมาตรฐาน ในพื้นที่ อำเภอท่าตูม จังหวัดสุรินทร์ (ชิตาภา สุขพล่า, 2536)

การศึกษากลยุทธ์และประสิทธิผลของโครงการประชาสัมพันธ์เพื่อลดอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ (ทิพารัตน์ เด่นชัยประดิษฐ์, 2539)

การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของหนังสือการ์ตูนและจุลสารในการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และทัศนคติที่มีต่อโรคเอดส์ (สมชัย จันลองจับจิต, 2539)

การศึกษากลยุทธ์การประชาสัมพันธ์ และประสิทธิผลโครงการรณรงค์ “อ่านฉลาดก่อนซื้อ” ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (เบญจพร วุฒิพันธุ์, 2540)

ประสิทธิผลของการใช้กิจกรรมดนตรีที่มีต่อการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในกลุ่มงานฟื้นฟูสมรรถภาพ โรงพยาบาลศรีธัญญา (ศิริตนวีดี ปิยะศีล, 2540)

ประสิทธิผลของสื่อคู่มือ “การดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัด” ต่อระดับความรู้ ทักษะ และความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด (เพ็ญพร ต่อสกุลแก้ว, 2541)

การศึกษาเปรียบเทียบการรณรงค์ให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์แก่เด็กหูหนวก โดยผ่านสื่อละครใบ้และสื่อละครใบ้ประกอบภาษามือ (ทิตวัญญ์ ณรงค์แสง, 2542)

รูปแบบและประสิทธิผลของการสื่อสารในการดำเนินงานตามแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพของคณาจารย์ของโรงงานอุตสาหกรรมขนาดใหญ่ (สุทธิภา วงศ์ยะลา, 2543)

ประสิทธิผลของเว็บไซต์โครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ (พิมพ์เพ็ญ ธนาคุณ, 2543)

ประสิทธิผลของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาในการเผยแพร่ความรู้งานคุ้มครองผู้บริโภค (ธนภรณ์ อุทยานิก, 2543)

การเปรียบเทียบผลการเปิดรับสื่อภาพยนตร์โฆษณาณรงค์ต่อต้านโรคเอดส์ที่ใช้ความน่ากลัวและความเอื้ออาทรเป็นแรงจูงใจ (วิษชุดา ชินกุลประสาน, 2544)

ประสิทธิผลของโครงการทูตเยาวชนต่อต้านยาเสพติดดัดัญจร (สิทธิศร มงคลชาติ, 2544)

ตารางที่ 9 แสดงปริมาณคิดเป็นร้อยละของวิทยานิพนธ์ที่ผ่านเกณฑ์ ที่ศึกษาในประเด็น ประสิทธิภาพของสื่อ

	พ.ศ.2524-2535	พ.ศ.2536-2540	พ.ศ.2541-2545	รวม 2524-2545
ปริมาณวิทยานิพนธ์ ที่ศึกษาในประเด็น ประสิทธิภาพของสื่อ (%)	38	11	8	15

จากตารางที่ 9 พบว่า ร้อยละของการศึกษาในประเด็นเปรียบเทียบประสิทธิภาพของสื่อในวิทยานิพนธ์ มีแนวโน้มลดลง ดังนี้ ปี 2524-2535 คิดเป็นร้อยละ 38 ปี 2536-2540 คิดเป็นร้อยละ 11 ปี 2541-2545 คิดเป็นร้อยละ 8

- c) การศึกษาพฤติกรรมกรรมการแสวงหาข่าวสารและพฤติกรรมการสื่อสารของกลุ่มเป้าหมาย

ยกตัวอย่างเช่น งานวิจัยเรื่อง:

การสื่อสารเพื่อการเจริญพันธุ์ ศึกษาเฉพาะกรณีสตรีที่มีบุตรยาก (ธารินี รอดสน , 2527)

การใช้วิธี “โลกแคบ” ในการศึกษาพฤติกรรมการสื่อสาร ของผู้ป่วยกามโรค กรณีศึกษา ณ ศูนย์กามโรค เขต1 จังหวัดสระบุรี (เตือนใจ เทพยสุวรรณ, 2529)

พฤติกรรมของคนไข้ในการเสาะแสวงหาสารสนเทศเพื่อรับบริการด้านทันตสุขภาพ และทันตสุขศึกษาจากทันตแพทย์ในเขตกรุงเทพมหานคร (สุคาร์ตันี คอรัสถาวร ทวี, 2529)

ความต้องการทางการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างศักยภาพเฉพาะตนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัด ในงานเฝ้าระวังคุณภาพน้ำในชนบท (มาลินี จุลวัจนะ, 2531)

การศึกษาพฤติกรรมการสื่อสารและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการอยู่ร่วมกันระหว่างผู้ติดเชื้อเอดส์ในระยะที่ไม่มีอาการกับครอบครัว (เกศินี จุฑาวิจิตร, 2533)

พฤติกรรมกรรมการแสวงหาข่าวสารและความพึงพอใจต่อข่าวสารเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของกรรมการหมู่บ้าน (ประวิณ พัฒนะพงษ์, 2534)

พฤติกรรมการสื่อสารกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในกลุ่มผู้รับบริการตรวจโรค และโรคเอดส์ (อรุณ มะหนิ, 2537)

การใช้สื่อเพื่อผ่อนคลายความเครียดของพยาบาล หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลตำรวจ (อำไพ นิยาย, 2538)

การศึกษาพฤติกรรมการรับฟัง ความต้องการ รูปแบบและเนื้อหารายการเสียงตามสายในโรงพยาบาลของผู้ป่วยในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล (วไลพร สวัสดิมงคล, 2539)

พฤติกรรมกรรมการแสวงหาข่าวสารผ่านสื่อมวลชนและอินเทอร์เน็ตของนักศึกษาและบุคลากรของสถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ (เพ็ญทิพย์ จิรพินธุสรณ์, 2539)

วิธีการสื่อสารระหว่างบุคคลเพื่อผ่อนคลายความวิตกกังวลต่อความตายของผู้ป่วยโรคเอดส์ (ชาคริต สูดสายเนตร, 2539)

การแสวงหาข่าวสาร ทักษะคนคิด และพฤติกรรมกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพของผู้บริโภค ในเขตกรุงเทพมหานคร (อัญชณี วิทยากัญ บุนนาค, 2540)

การแสวงหาข่าวสารเกี่ยวกับประเด็นทางเพศของวัยรุ่นไทยที่นำเสนอผ่านทางอินเทอร์เน็ต (พรทิพย์ พัฒนานุสรณ์, 2543)

กลยุทธ์การสื่อสารของกลุ่มประชาชนชาวบ้านเรื่องภูมิปัญญาท้องถิ่น (รุ่งนงามุกดาอนันต์, 2544)

การสื่อสารและการสร้างประชาคมหมู่บ้านปลอดภัยเสพติดในพื้นที่ทุ่งครุ (รจิตร์ เข้มศักดิ์สิทธิ์, 2544)

กลยุทธ์การสื่อสารของกลุ่มสันติอโศก (พจน์ ไชคสวัสดิ์ไพศาล, 2544)

การสื่อสารในการจัดการประชาคมทับเที่ยง (อรุณีวรรณ นาศรี, 2544)

ความต้องการข่าวสาร การเปิดรับ และการใช้ประโยชน์ข่าวสารด้านสุขภาพ จากเว็บไซต์สุขภาพของผู้ใช้อินเทอร์เน็ตในเขตกรุงเทพมหานคร (จริมา ทองสวัสดิ์, 2545)

การสื่อสารกับการพัฒนาประชาคมตลาดน้ำตลิ่งชัน (ปิยนุช พุทธรัตน์, 2545)

การสื่อสารและเครือข่ายของกลุ่มเพื่อน “อ” (ประภาพรพรณ สุปรียาภรณ์, 2545)

ตารางที่ 10 แสดงปริมาณคิดเป็นร้อยละของวิทยานิพนธ์ที่ผ่านเกณฑ์ ที่ศึกษาในประเด็นพฤติกรรมแสวงหาข่าวสารและพฤติกรรมสื่อสารของกลุ่มเป้าหมาย

	พ.ศ.2524- 2535	พ.ศ.2536- 2540	พ.ศ.2541- 2545	รวม 2524-2545
ปริมาณวิทยานิพนธ์ที่ศึกษาในประเด็นพฤติกรรมแสวงหาข่าวสารและพฤติกรรมสื่อสารของกลุ่มเป้าหมาย(%)	9	14	20	17

จากตารางที่ 10 พบว่า ร้อยละของการศึกษาในประเด็นพฤติกรรมแสวงหาข่าวสารและพฤติกรรมสื่อสารของกลุ่มเป้าหมายในวิทยานิพนธ์ มีเพิ่มแนวโน้มสูงขึ้น ดังนี้ ปี 2524-2535 คิดเป็นร้อยละ 9 ปี 2536-2540 คิดเป็นร้อยละ 14 ปี 2541-2545 คิดเป็นร้อยละ 20

ตารางที่ 11 ตารางสรุปแสดงปริมาณคิดเป็นร้อยละของวิทยานิพนธ์ที่ผ่านเกณฑ์ ที่ศึกษาในประเด็นหลักๆ 3 ประเด็น

	พ.ศ.2524- 2535	พ.ศ.2536- 2540	พ.ศ.2541- 2545	รวม 2524-2545
ประเด็นการเปิดรับสื่อ (%)	45	43	26	35
ประเด็นประสิทธิผลของสื่อ (%)	38	11	8	15
ประเด็นพฤติกรรมกรรมการ ข่าวสารและพฤติกรรมการ สื่อสารของกลุ่มเป้าหมาย (%)	9	14	20	17

2.2. กลุ่มเป้าหมายในงานวิจัยของวิทยานิพนธ์

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิทยานิพนธ์ ระหว่างปี พ.ศ. 2524 – 2535 ส่วนใหญ่ จะมีการศึกษาอย่างเฉพาะเจาะจง โดยกลุ่มเสียงจะเป็นกลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในงานวิทยานิพนธ์มากที่สุด (ร้อยละ 71) แต่การระบุเจาะจงเรื่องของกลุ่มเสียงอาจไม่ครอบคลุมนัก ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับทำให้คำนิยามว่ากลุ่มเสียงคือใคร เพราะเหตุใดกลุ่มดังกล่าวจึงถูกจัดว่าอยู่ในกลุ่มเสียง ซึ่งเมื่อเวลาเปลี่ยนไป กลุ่มเสียงก็มีการเปลี่ยนแปลงได้ และการเลือกกลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มเสียงนั้นอาจมาจากการใช้ตัวเลขสถิติทางสุขภาพของประชาชนกลุ่มต่างๆที่ได้มีผู้ทำการวิจัยสำรวจเอาไว้ ตัวอย่างเช่น การให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพแก่กลุ่มสตรีที่กำลังตั้งครรภ์ (รุจิรา รัตน์ ชูทองรัตน์, 2525) การให้ความรู้เรื่องภูมิคุ้มกันโรคแก่กลุ่มสตรีหลังคลอดบุตร (วชิราภรณ์ เรืองไพบูลย์, 2528) กลุ่มสตรีให้นมบุตรกับการรณรงค์เลี้ยงลูกด้วยนมแม่(เพ็ญศรี วงศ์โรจน์กุล, 2525) การให้ความรู้เรื่องโภชนาการแก่กลุ่มสตรีมีบุตร (สุทธิลักษณ์ สมิตะสิริ, 2524; วันทนา ชาญวนิชวงศ์, 2525; วิทยา เทียนจวง, 2527) ประชาชนในชุมชนแออัดกับการป้องกันยาเสพติด (อรสา ปานขาว, 2527) การให้ความรู้เรื่องการป้องกันโรคเอดส์แก่กลุ่มโสเภณีและชายรักร่วมเพศ (กาญจณี หวังถิรอำนาจ, 2531) กลุ่มนิสิตนักศึกษากับการป้องกันเอดส์ (อุไรวรรณ ภูวิจิตรสุทิน, 2534) กลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายกับการป้องกันเอดส์ (กมลณัฐ พลวัน, 2535) กลุ่มลูกเรือประมงกับปัจจัยการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ (พนิตนาฏ ลัดนาโฆษิต, 2535) เป็นต้น นอกจากนี้ยังพิจารณาถึงความสัมพันธ์ของคุณลักษณะทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม ของกลุ่มตัวอย่างด้วย เช่น อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ เป็นต้น ส่วนการศึกษากับกลุ่มคนรอบข้างกลุ่มเสียง เช่น ครอบครัว ชุมชนของผู้ติดเชื้อเอดส์ หรือของผู้ที่ติดยาเสพติด และการเข้าไปศึกษากลุ่ม

ชุมชน ชมรม ประชาสังคมนต่างๆ พบเพียงเล็กน้อย (ร้อยละ 11) เช่น กลุ่มกองทุนยาประจำหมู่บ้าน (สุมนา นาคพงษ์, 2525) กลุ่มสตรีมีบุตรยาก (มันธนา หิมกร, 2526) กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการเล็ก สูปบุหรี (สิริวิมล ชาญเวช, 2533) ครอบครัวผู้ติดเชื้อเอดส์ (เกศินี จุฑาวิจิตร, 2533) เป็นต้น

ตารางที่ 12 แสดงปริมาณคิดเป็นร้อยละของวิทยานิพนธ์ที่ผ่านเกณฑ์ โดยเปรียบเทียบระหว่างการศึกษากลุ่มตัวอย่างประเภทต่างๆ

	พ.ศ.2524- 2535	พ.ศ.2536- 2540	พ.ศ.2541- 2545	รวม 2524-2545
กลุ่มเสี่ยง (%)	71	46	27	41
กลุ่มประชาชนทั่วไป (%)	29	15	14	17
กลุ่ม ชุมชน ชมรม ประชาสังคม (%)	11	20	28	22
สื่อประเภทต่างๆ (%)	9	27	21	21

จากตารางที่ 12 พบว่า ร้อยละของการศึกษาในวิทยานิพนธ์ที่มีกลุ่มเป้าหมายเฉพาะเจาะจงไปที่กลุ่มเสี่ยง มีแนวโน้มลดลง ดังนี้ ปี 2524-2535 คิดเป็นร้อยละ 71 ปี 2536-2540 คิดเป็นร้อยละ 46 ปี 2541-2545 คิดเป็นร้อยละ 27 ในทางตรงกันข้าม ร้อยละของการศึกษาที่มีกลุ่มเป้าหมายที่ครอบคลุม ชุมชน ประชาสังคม มีแนวโน้มสูงขึ้น ดังนี้ ปี 2524-2535 คิดเป็นร้อยละ 11 ปี 2536-2540 คิดเป็นร้อยละ 20 ปี 2541-2545 คิดเป็นร้อยละ 28

2.3. ลักษณะของตัวแปรที่ศึกษาในวิทยานิพนธ์

ลักษณะของตัวแปรที่ศึกษา ที่พบในวิทยานิพนธ์ ช่วงปี พ.ศ. 2524-2535 พบว่า ตัวแปรที่ศึกษาขึ้นอยู่กับประเด็นเรื่องที่ศึกษา และแนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในวิทยานิพนธ์ ตัวแปรในเชิงบุคคล ได้แก่ คุณลักษณะทางประชากรศาสตร์ เช่น เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพทางเศรษฐกิจ สังคม เป็นต้น (คิดเป็นร้อยละ 50) ซึ่งเป็นข้อมูลพื้นฐานในการอธิบายปรากฏการณ์ พฤติกรรมการเปิดรับสื่อ ตัวแปรด้านการเปลี่ยนแปลงความรู้ ทักษะคติ พฤติกรรมทางสุขภาพ และความพึงพอใจ (คิดเป็นร้อยละ 56) ตัวแปรในด้านของคุณลักษณะและกลยุทธ์ในกระบวนการสื่อสาร (คิดเป็นร้อยละ 15) และตัวแปรบริบทสังคม ปัจจัยแวดล้อมของพื้นที่ที่ทำการศึกษาวัดนธรรม ชุมชน และการมีส่วนร่วมของประชาชนหรือชุมชนประชาสังคม เช่น การศึกษา

พัฒนาการ และการดำรงอยู่ของกลุ่ม ชุมชน ชมรม เป็นต้น (คิดเป็นร้อยละ 13)

ตารางที่ 13 แสดงปริมาณคิดเป็นร้อยละของวิทยานิพนธ์ที่ผ่านเกณฑ์ โดยเปรียบเทียบระหว่าง การศึกษาลักษณะตัวแปรต่างๆ

	พ.ศ.2524- 2535	พ.ศ.2536- 2540	พ.ศ.2541- 2545	รวม 2524-2545
คุณลักษณะทางประชากร (%)	50	42	29	38
การเปลี่ยนแปลง K-A-P (%)	56	47	30	41
คุณลักษณะการสื่อสาร (%)	15	40	43	38
บริบทสังคม วัฒนธรรม ชุมชน ประชาสังคม (%)	13	28	30	25

จากตารางที่ 13 พบว่าแนวโน้มของการศึกษาในวิทยานิพนธ์โดยใช้ตัวแปร หรือปัจจัย คุณลักษณะทางประชากรศาสตร์ดังกล่าวข้างต้นมีแนวโน้มลดลงดังนี้ ปี 2524-2535 คิดเป็นร้อยละ 50 ปี 2536-2540 คิดเป็นร้อยละ 42 และปี 2541-2545 คิดเป็นร้อยละ 29 ขณะที่ตัวแปร ปัจจัยด้านความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม ก็มีแนวโน้มลดลงเช่นกัน ดังนี้ ปี 2524-2535 คิดเป็นร้อยละ 56 ปี 2536-2540 คิดเป็นร้อยละ 47 และปี 2541-2545 คิดเป็นร้อยละ 30 ในทางตรงกันข้ามการศึกษาปัจจัยตัวแปรที่เป็นบริบททางสังคม วัฒนธรรมของชุมชน ประชาสังคม และการมีส่วนร่วมของชุมชน มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ดังนี้ ปี 2524-2535 คิดเป็นร้อยละ 13 ปี 2536-2540 คิดเป็นร้อยละ 28 และปี 2541-2545 คิดเป็นร้อยละ 30

2.4. สถานที่ที่ใช้เป็นพื้นที่ในงานวิจัยของวิทยานิพนธ์

จากการศึกษาพื้นที่ในงานวิจัยที่พบในวิทยานิพนธ์ ช่วงปี พ.ศ. 2524-2535 พบว่า สถานที่ที่ใช้เป็นพื้นที่ในงานวิจัยมักอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร บริเวณชานเมือง หรือตัวเมืองใหญ่ๆ (คิดเป็นร้อยละ 74) มีเพียงส่วนน้อยที่ศึกษาในพื้นที่ชนบท กลุ่ม ชุมชน ชมรม ประชาสังคม (คิดเป็นร้อยละ 29) เช่น เขตชนบท ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (สุทธิลักษณ์ สมิตะสิริ, 2524) ศูนย์อนามัยแม่และเด็ก เขต4 จ.ขอนแก่น (เพ็ญศรี วงศ์สิโรจน์กุล, 2525) เขตชนบท จ.สุพรรณบุรี (ดวงทิพย์ วรพันธุ์, 2525) ต.ลาดกระทิง อ.สนามชัยเขต จ.ฉะเชิงเทรา (สุนนา นาคพงษ์, 2525) อ.โนนไทย จ.นครราชสีมา (มันธนา หิมกร, 2526) กลุ่มผู้ป่วยกามโรค จ.สระบุรี(อรสา ปานขาว, 2529) เขาภู

หลวง จ.นครราชสีมา (สมศรี วงศ์สิโรจน์กุล, 2529) เป็นต้น ทำให้สังเกตได้ว่าการกระจายของพื้นที่วิจัยยังไม่มากนัก

ตารางที่ 14 แสดงปริมาณคิดเป็นร้อยละของวิทยานิพนธ์ที่ผ่านเกณฑ์ โดยเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่ที่ใช้ในการศึกษา

	พ.ศ.2524- 2535	พ.ศ.2536- 2540	พ.ศ.2541- 2545	รวม 2524-2545
พื้นที่กรุงเทพฯ ปริมาณพล เมืองใหญ่ (%)	74	52	38	50
พื้นที่ชนบท กลุ่ม ชุมชน ชมรม ประชาสังคม (%)	19	31	47	32
ไม่จำกัดเขตพื้นที่ ขอบเขตกว้างๆ (%)	12	11	12	12

จากตารางที่ 14 พบว่าแนวโน้มการศึกษาของวิทยานิพนธ์ที่ศึกษาในพื้นที่กรุงเทพมหานคร และปริมาณพลหรือในตัวเมืองที่มีความเจริญแล้วมีแนวโน้มลดลง ดังนี้ ปี 2524-2535 คิดเป็นร้อยละ 74 ปี 2536-2540 คิดเป็นร้อยละ 52 และปี 2541-2545 คิดเป็นร้อยละ 38 และในทางตรงกันข้าม พบว่าการศึกษาในเขตพื้นที่ชนบท กลุ่ม ชุมชน ชมรม ประชาสังคม มีแนวโน้มสูงขึ้น ดังนี้ ปี 2524-2535 คิดเป็นร้อยละ 19 ปี 2536-2540 คิดเป็นร้อยละ 31 และปี 2541-2545 คิดเป็นร้อยละ 47

2.5. สื่อที่ศึกษาในวิทยานิพนธ์

จากการวิเคราะห์สื่อต่างๆ ที่ได้รับการศึกษาในวิทยานิพนธ์ที่ผ่านการคัดเลือก ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2524-2545 พบว่า มีการศึกษาสื่อหลักๆ ได้แก่ สื่อมวลชน สื่อเฉพาะกิจ สื่อบุคคล

2.5.1. สื่อมวลชน

สื่อมวลชนที่ได้รับการศึกษาในวิทยานิพนธ์ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ นิตยสาร เป็นต้น เป็นสื่อหลักประเภทหนึ่งที่เป็นแหล่งข้อมูลข่าวสารของกลุ่มเป้าหมาย แต่ระดับการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อแต่ละสื่อจะแตกต่างกันไป และพบว่าสื่อมวลชนไม่ใช่สื่อเดียวที่นำข้อมูลข่าวสารต่างๆ ไปสู่กลุ่มเป้าหมาย สื่ออื่นๆ เช่น สื่อบุคคล สื่อ

เฉพาะกิจ สื่อพื้นบ้านก็มีบทบาทด้วยเช่นกัน การศึกษาบทบาทของสื่อมวลชนส่วนใหญ่เป็นการศึกษาบทบาทในการให้บริการสาธารณะ เช่น การรณรงค์สาธารณสุขมูลฐาน การประชาสัมพันธ์ การเผยแพร่ให้ความรู้กับกลุ่มเป้าหมาย เป็นต้น

ผลจากการวิจัย พบว่า สามารถแบ่งหัวข้องานวิจัยที่ศึกษาสื่อมวลชนได้เป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆ ได้แก่

1. การสำรวจการเปิดรับสื่อมวลชนตามทฤษฎีผลกระทบ (Effect Theory) ซึ่งมีสมมติฐานเบื้องต้นว่า ยิ่งบุคคลเปิดรับสื่อมากเท่าใด เนื้อหาในสื่อก็จะมีอิทธิพลต่อบุคคลมากขึ้นเท่านั้น ดังตัวอย่างงานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ของการเปิดรับสื่อโทรทัศน์กับการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ทศนคติและพฤติกรรมสุขภาพ
2. การสำรวจการใช้ประโยชน์และความพึงพอใจจากสื่อ ซึ่งมีข้อสมมติฐานเบื้องต้นว่า บุคคลมีการเปิดรับสื่ออย่างเป็นผู้กระทำ (active) เป็นการเลือกเปิดรับ (Selective Perception) ที่เกิดจากสภาพชีวิต และความต้องการด้านต่างๆของบุคคลเอง ดังตัวอย่างงานวิจัยที่ศึกษาพฤติกรรมการแสวงหาข่าวสารของกลุ่มเป้าหมายและพฤติกรรมการสื่อสารของกลุ่มเป้าหมาย
3. การสร้างสื่อมวลชนแบบมีส่วนร่วม เป็นการแสวงหารูปแบบของการใช้สื่อโดยให้ชาวบ้านหรือชุมชนมีส่วนร่วม และเหมาะสมกับสภาพท้องถิ่นหรือชุมชน ดังตัวอย่างงานวิจัยที่ศึกษาการสื่อสารของกลุ่ม ชุมชน ชมรม ประชาสังคมต่างๆ และ การศึกษาเกี่ยวกับสื่อชุมชนกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชน เช่น วิทยุชุมชน หนังสือพิมพ์ท้องถิ่น เป็นต้น

ตารางที่ 15 แสดงปริมาณคิดเป็นร้อยละของวิทยานิพนธ์ที่ผ่านเกณฑ์ ที่ศึกษาสื่อมวลชน

	พ.ศ.2524- 2535	พ.ศ.2536- 2540	พ.ศ.2541- 2545	รวม 2524-2545
ปริมาณการศึกษาสื่อมวลชน (%)	47	64	48	54

จากตารางที่ 15 พบว่า วิทยานิพนธ์ที่ศึกษาสื่อมวลชนในการสื่อสารเพื่อสุขภาพ นั้นมีแนวโน้มที่ไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก ดังนี้ ปี 2524-2535 คิดเป็นร้อยละ 47 ปี 2536-2540 คิดเป็นร้อยละ 54 และปี 2541-2545 คิดเป็นร้อยละ 48

2.5.2. สื่อเฉพาะกิจ

สื่อเฉพาะกิจที่พบในการศึกษาวิจัยในวิทยานิพนธ์มีอยู่หลายประเภท ตั้งแต่ สื่อสิ่งพิมพ์ขนาดเล็ก (เช่น ป้ายโปสเตอร์ เอกสารแผ่นพับ ภาพพลิก สติกเกอร์ โปสเตอร์ เอกสารแจก จดหมายข่าว เป็นต้น) สื่อกิจกรรม (เช่น การจัดประชุมกลุ่ม การจัดโครงการ กิจกรรมรณรงค์ การจัดนิทรรศการ เป็นต้น) วิทยุชุมชน หอกระจายข่าว เสียงตามสาย เป็นต้น สื่อต่างๆ เหล่านี้เป็นสื่อที่สร้างขึ้นมาเพื่อใช้ในเป้าหมายเฉพาะเจาะจง ทำให้เนื้อหาของสื่อเฉพาะกิจมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของผู้ใช้มากกว่าสื่อมวลชนหรือสื่อบุคคล ซึ่งจากการวิจัยพบว่าวิทยานิพนธ์ที่มีการศึกษาสื่อเฉพาะกิจ จะเน้นการใช้สื่อเฉพาะกิจเพื่อการเผยแพร่ให้ความรู้กับกลุ่มเป้าหมายเป็นหลัก

ผลการวิจัย พบว่า สามารถแบ่งหัวข้องานวิจัยที่ศึกษาสื่อเฉพาะกิจได้เป็น 5 กลุ่มใหญ่ๆ ได้แก่

1. การประเมินประสิทธิผลของสื่อ ซึ่งมีทฤษฎีผลกระทบ (Effect Theory) อยู่เบื้องหลัง โดยมักจะใช้วิธีการวิจัยกึ่งทดลอง/ทดลอง ดังตัวอย่างงานวิจัยที่ศึกษาประสิทธิผลของสื่อเอกสารเผยแพร่ สื่อภาพพลิกในการให้ความรู้กับผู้ป่วย จุลสารให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์ คู่มือดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัด เป็นต้น
2. การสำรวจความคิดเห็นต่อสื่อ เป็นการซักถามความคิดเห็นของผู้ใช้ที่มีต่อสื่อเฉพาะกิจที่ได้ผลิตขึ้นมา ดังตัวอย่างงานวิจัยที่ศึกษาความคิดเห็นต่อสื่อเอกสารให้ความรู้ภาษาถิ่น กับภาษาไทยมาตรฐาน สื่อละครใบ้ เป็นต้น
3. การใช้สื่อ ซึ่งใช้แนวคิดเรื่องการใช้ประโยชน์และความพึงพอใจ (Uses & Gratifications Approach) ที่มองผู้รับสารอย่าง active ดังตัวอย่างเช่นงานวิจัยที่ศึกษาสื่อกิจกรรมในโครงการรณรงค์ต่างๆ กิจกรรมดนตรีเพื่อฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง เป็นต้น

4. การสำรวจสถานภาพปัจจุบันของสื่อเฉพาะกิจ ดังตัวอย่างเช่นงานวิจัยที่ศึกษาหอกระจายข่าว เสียงตามสาย เพื่อแสวงหาแนวทางปรับปรุงสื่อ
5. การสำรวจความต้องการของประชาชนที่มีต่อสื่อเฉพาะกิจ ซึ่งนับเป็นจุดเริ่มต้นของการเปิดโอกาสให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในสื่อ ดังตัวอย่างเช่นงานวิจัยที่ศึกษาความต้องการของประชาชนต่อรูปแบบเนื้อหาของสื่อเสียงตามสาย หอกระจายข่าวของชุมชน เป็นต้น

ตารางที่ 16 แสดงปริมาณคิดเป็นร้อยละของวิทยานิพนธ์ที่ผ่านเกณฑ์ ที่ศึกษาสื่อเฉพาะกิจ

	พ.ศ.2524- 2535	พ.ศ.2536- 2540	พ.ศ.2541- 2545	รวม 2524-2545
สื่อเฉพาะกิจโดยรวม (%)	54	40	35	44
วิทยุชุมชน สื่อกิจกรรม (%)	3	13	15	12

จากตารางที่ 16 พบว่า วิทยานิพนธ์ที่ศึกษาสื่อเฉพาะกิจในการสื่อสารเพื่อสุขภาพนั้นมีแนวโน้มลดลง ดังนี้ ปี 2524-2535 คิดเป็นร้อยละ 54 ปี 2536-2540 คิดเป็นร้อยละ 40 และปี 2541-2545 คิดเป็นร้อยละ 35 แต่ในทางตรงกันข้ามกลับพบว่าการศึกษาสื่อเฉพาะกิจที่เปิดโอกาสให้ประชาชนได้เข้าไปมีส่วนร่วมในกระบวนการสื่อสาร เช่น วิทยุชุมชน สื่อกิจกรรม เป็นต้น มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ดังนี้ ปี 2524-2535 คิดเป็นร้อยละ 3 ปี 2536-2540 คิดเป็นร้อยละ 13 และปี 2541-2545 คิดเป็นร้อยละ 15

2.5.3. สื่อพื้นบ้าน

สื่อพื้นบ้านที่พบในวิทยานิพนธ์ เช่น หนังสือ เพลงขอ หมอลำ เป็นต้น ซึ่งจากการศึกษาพบว่า สื่อพื้นบ้านที่นำมาใช้ในการสื่อสารเพื่อสุขภาพนั้น มักใช้เพื่อการเผยแพร่ข่าวสารความรู้ ผนวกกับการสืบทอดวัฒนธรรมประเพณีท้องถิ่น

ผลการวิจัย พบว่า สามารถแบ่งหัวข้องานวิจัยที่ศึกษาสื่อพื้นบ้าน ได้เป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆ ได้แก่

1. การสำรวจสถานภาพปัจจุบันของสื่อพื้นบ้านในแต่ละพื้นที่ ดังตัวอย่างเช่นงานวิจัยที่ศึกษาสื่อหนังสือเพื่อการพัฒนา สื่อพื้นบ้านเพลงขอ สื่อหมอลำ สื่อ

พื้นบ้านในวัฒนธรรมมอญ เป็นต้น

2. การนำเอาสื่อพื้นบ้านมาใช้ในงานพัฒนาด้านสาธารณสุข เช่น โรคเอดส์กับสื่อพื้นบ้านเพลงขอ สื่อหนังตะลุงกับการป้องกันยาเสพติด เป็นต้น
3. การสำรวจบทบาทของสื่อพื้นบ้านในด้านต่างๆ เช่น สืบทอดวัฒนธรรม เชื่อมความสัมพันธ์ในชุมชน เป็นต้น ดังตัวอย่างเช่นงานวิจัยที่ศึกษาสื่อพื้นบ้านในวัฒนธรรมมอญ สื่อหมอลำ เป็นต้น

ตารางที่ 17 แสดงปริมาณคิดเป็นร้อยละของวิทยานิพนธ์ที่ผ่านเกณฑ์ ที่ศึกษาสื่อพื้นบ้าน

	พ.ศ.2524- 2535	พ.ศ.2536- 2540	พ.ศ.2541- 2545	รวม 2524-2545
สื่อพื้นบ้าน (%)	3	8	2	4

จากตารางที่ 17 พบว่า วิทยานิพนธ์ที่ศึกษาสื่อพื้นบ้านในการสื่อสารเพื่อสุขภาพนั้นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นแต่ไม่ชัดเจนมากนัก ดังนี้ ปี 2524-2535 คิดเป็นร้อยละ 3 ปี 2536-2540 คิดเป็นร้อยละ 8 และปี 2541-2545 คิดเป็นร้อยละ 2

2.5.4. สื่อบุคคล

การวิจัยที่ศึกษาสื่อบุคคลในวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปี 2524-2545 เน้นการค้นหาคุณลักษณะของสื่อบุคคล ที่มีลักษณะอุดมคติอย่างที่จะเป็นและประชาชนอยากได้ ซึ่งประเภทของสื่อบุคคลที่พบในงานวิทยานิพนธ์ แบ่งออกได้เป็น 2 ประเภทหลักๆ ดังนี้

— สื่อบุคคลที่เป็นบุคคลภายนอกชุมชน

สื่อบุคคลที่เป็นคนนอกชุมชน เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่อนามัย องค์กรพัฒนาเอกชน เป็นต้น ผลการวิจัยจากวิทยานิพนธ์พบว่า สื่อบุคคลภายนอกมักเป็นบุคลากรที่เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ และแนวทางการศึกษามักเน้นหาคุณลักษณะที่เหมาะสมของสื่อบุคคลเหล่านี้ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงแนวคิดที่อยู่เบื้องหลังของทฤษฎี Two-Step Flow of Information ที่สนใจคุณลักษณะของผู้นำทางความคิด นอกจากนั้น งานวิจัยส่วนใหญ่ยังคงอยู่ภายใต้กรอบ Modernistic Paradigm ที่เน้นถึงความสำคัญและความ

จำเป็นของผู้ส่งสารที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์จากภายนอกชุมชนประชาสังคม หรือเจ้าหน้าที่จากภาครัฐเป็นหลัก ซึ่งจากอิทธิพลของกระบวนทัศน์การพัฒนาประเทศให้ทันสมัย (Modernistic Paradigm) ที่ถือว่า พื้นที่ชนบทเป็นเขตพื้นที่ที่ยังล้าหลังและยากจน จึงจำเป็นต้องระดมการใช้สื่อประเภทต่างๆ นำความเจริญก้าวหน้าทันสมัยจากเมือง (ศูนย์กลาง) เข้าไป และการใช้สื่อบุคคลตามกระบวนทัศน์แบบ Modernistic Paradigm มีจุดเน้นที่ว่า ไม่ว่าจะผู้ส่งสารจะเป็นสื่อมวลชนหรือสื่อบุคคลก็ตาม ผู้ส่งสารก็จะเป็นผู้ที่มีความรู้มากกว่า มีสถานะเหนือกว่าผู้รับสาร

ในช่วงปี พ.ศ. 2524 – 2535 การศึกษาสื่อบุคคลจากภายนอกในวิทยานิพนธ์จะอยู่ภายใต้กรอบแนวคิด Modernistic Paradigm เป็นหลัก หลังจากนั้นงานวิจัยในลักษณะดังกล่าวก็เริ่มค่อยๆลดน้อยลงไป และมีการศึกษาสื่อบุคคลภายนอกชุมชนที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนหรือชุมชนเพิ่มมากขึ้น

ผลการวิจัย พบว่า สามารถแบ่งประเด็นงานวิจัยที่ศึกษาสื่อบุคคลภายนอกชุมชนได้เป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆ ได้แก่

1. ศึกษาคุณสมบัติของสื่อบุคคลภายนอกชุมชน

ผลวิจัยที่ได้จากวิทยานิพนธ์มักเป็นการวัดคุณสมบัติเชิงอุดมคติ (เป็นคุณสมบัติที่ประชาชนต้องการ) มิได้เป็นการประเมินประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจริงของชาวบ้านกับสื่อบุคคลดังกล่าว และคุณสมบัติของสื่อบุคคลนอกชุมชนที่ศึกษาส่วนใหญ่ประกอบด้วย

- คุณสมบัติในเชิงความรู้ความสามารถความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ในการทำงาน ซึ่งจะช่วยสร้างความน่าเชื่อถือ (credibility) แก่ผู้ส่งสาร
- คุณสมบัติในเชิงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เช่น การทำตัวให้สอดคล้องกับความต้องการของชาวบ้าน ตรงต่อเวลา เอาใจใส่งาน ความจริงใจ ความซื่อสัตย์ ความเสียสละ ซึ่งจะช่วยสร้างความไว้วางใจ (Trustworthiness)

- การเปิดโอกาสให้ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนเปลี่ยนแปลง

2. การแสวงหาข่าวสารของสื่อบุคคลภายนอกชุมชน

งานวิจัยในประเด็นนี้ส่วนใหญ่เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทางประชากรกับแบบแผนการเปิดรับสื่อ และความทันสมัยของสื่อบุคคล ซึ่งผลที่ได้จากการวิจัยของวิทยานิพนธ์ในประเด็นนี้ไม่สามารถเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยต่อไปในอนาคตได้มากนัก

3. บทบาทของสื่อบุคคลภายนอกชุมชนในงานสื่อสารเพื่อการพัฒนา

งานวิจัยในหัวข้อนี้เป็นการใช้แนวคิดเรื่องการใช้สื่อบุคคลในระบบการสื่อสารระหว่างบุคคล เพื่อสร้างผลกระทบต่อความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม ตามที่ผู้ส่งสารต้องการ (Effect study)

— สื่อบุคคลที่เป็นบุคคลภายในชุมชนเอง

สื่อบุคคลที่เป็นคนในชุมชนเองนั้นจะมีสถานภาพที่หลากหลายกว่าสื่อบุคคลภายนอก ซึ่งจากการวิเคราะห์พบว่า สามารถแบ่งออกเป็น สื่อบุคคลที่เป็นผู้นำชุมชนอย่างเป็นทางการ ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน เป็นต้น สื่อบุคคลที่เป็นผู้นำชุมชนในโครงสร้างดั้งเดิม ได้แก่ พระภิกษุ ศิลปินพื้นบ้าน หมอพื้นบ้าน ปราชญ์ชาวบ้าน เป็นต้น และสื่อบุคคลที่เป็นผู้นำในโครงสร้างใหม่ ได้แก่ ครูในชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นต้น

ผลการวิจัยพบว่า สามารถแบ่งประเด็นงานวิจัยที่ศึกษาสื่อบุคคลในชุมชนได้เป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆ ได้แก่

1. สื่อบุคคลในฐานะแหล่งข่าวสารของผู้แสวงหาข่าวสาร

มาจากแนวคิดที่ว่าผู้รับสารมีสถานะเป็นผู้แสวงหาข่าวสาร ดังตัวอย่างวิทยานิพนธ์ที่ศึกษาวิจัยการแสวงหาข่าวสารของผู้รับสารจากสื่อบุคคลในท้องถิ่น เช่น เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน เป็นต้น

2. บทบาทของสื่อบุคคลในชุมชนที่มีต่อการสื่อสารเพื่อการพัฒนา

ประเด็นวิจัยนี้ยังถือเป็นรูปแบบหนึ่งของกระบวนการทัศน Modernistic ที่เชื่อว่าสื่อประเภทใดประเภทหนึ่งจะสามารถสร้างผลกระทบให้เกิดแก่ผู้รับสารได้ตามที่ผู้ส่งสารต้องการ (Effect Study) แต่เปลี่ยนจากสื่อมวลชนมาเป็นสื่อบุคคลภายในชุมชนเอง ซึ่งถือได้ว่าเริ่มมีลักษณะแนวคิดแบบล่างขึ้นบนมากขึ้น และในการศึกษาบทบาทของสื่อบุคคลในชุมชนมักจะศึกษาถึงบทบาทที่มีผลกระทบใน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้ความเข้าใจ (knowledge) ด้านทัศนคติ (attitude) และด้านพฤติกรรมหรือการลงมือกระทำ (Performance) ดังตัวอย่างวิทยานิพนธ์ที่ศึกษาบทบาทของพระสงฆ์ในการพัฒนา เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีวิทยานิพนธ์ที่ศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพในการสื่อสารระหว่างสื่อบุคคลในชุมชนกับสื่อมวลชน

3. คุณลักษณะของสื่อบุคคลในชุมชน

คุณสมบัติหลักๆ ที่ศึกษาในวิทยานิพนธ์ ได้แก่ คุณสมบัติด้านความน่าเชื่อถือ (credibility) เช่น ความรู้ ความสามารถ ความเชี่ยวชาญ ประสบการณ์ เป็นต้น คุณสมบัติด้านความน่าไว้วางใจ (trustworthiness) การเปิดรับข่าวสาร และคุณสมบัติด้านความทันสมัย นอกจากนี้ยังมีการศึกษาคุณลักษณะของสื่อบุคคลแต่ละประเภท เช่น พระสงฆ์ ครู ศิลปินพื้นบ้าน ปราชญ์ชาวบ้าน เป็นต้น

4. การเปิดรับข่าวสารของสื่อบุคคลในชุมชน

มาจากแนวคิดเรื่องคุณสมบัติความทันสมัยของสื่อบุคคล และแนวคิดทฤษฎีการสื่อสารสองจังหวะ (Two-Step Flow of Information) เป็นการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการเปิดรับข่าวสารของสื่อบุคคลซึ่งเป็นผู้นำความคิดและประชาชนทั่วไป โดยมีสมมุติฐานเบื้องต้นว่า ผู้ที่เป็นผู้นำจะต้องมีการเปิดรับข่าวสารทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพแตกต่างจากประชาชนทั่วไป

ตารางที่ 18 แสดงปริมาณคิดเป็นร้อยละของวิทยานิพนธ์ที่ผ่านเกณฑ์ โดยเปรียบเทียบงานที่ศึกษา
สื่อบุคคลประเภทต่างๆ

	พ.ศ.2524- 2535	พ.ศ.2536- 2540	พ.ศ.2541- 2545	รวม 2524-2545
สื่อบุคคลภายนอกชุมชน (%)	45	24	28	30
สื่อบุคคลในชุมชน (%)	12	21	27	22
สื่อบุคคลโดยรวม (%)	53	46	55	52

จากตารางที่ 18 พบว่า วิทยานิพนธ์ที่ศึกษาสื่อบุคคลในการสื่อสารเพื่อสุขภาพ
นั้นโดยรวมแล้ว มีแนวโน้มไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก ดังนี้ ปี 2524 -2535 คิดเป็นร้อยละ 53
ปี 2536-2540 คิดเป็นร้อยละ 46 และปี 2541-2545 คิดเป็นร้อยละ 55 แต่อย่างไรก็
ตามพบว่า การศึกษาการใช้สื่อบุคคลในชุมชนมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ดังนี้ ปี 2524 -2535
คิดเป็นร้อยละ 12 ปี 2536-2540 คิดเป็นร้อยละ 21 และปี 2541-2545 คิดเป็นร้อยละ
27

2.5.5. สื่อผสม

สื่อผสม คือ การพิจารณาเลือกใช้สื่อที่มีอยู่อย่างหลากหลายในชุมชนประชา
สังคมอย่างผสมผสานกัน ซึ่งจากการวิจัยพบว่า ตั้งแต่ปี 2524-2545 มีการศึกษาการใช้
สื่อผสมในการสื่อสารเพื่อสุขภาพในวิทยานิพนธ์ค่อนข้างน้อย

ตารางที่ 19 แสดงปริมาณคิดเป็นร้อยละของวิทยานิพนธ์ที่ผ่านเกณฑ์ ที่ศึกษาสื่อผสม

	พ.ศ.2524- 2535	พ.ศ.2536- 2540	พ.ศ.2541- 2545	รวม 2524-2545
ปริมาณวิทยานิพนธ์ที่ศึกษา สื่อผสม (%)	9	7	12	10

จากตารางที่ 19 พบว่าวิทยานิพนธ์ที่ศึกษาการใช้สื่อผสมในการสื่อสารเพื่อ
สุขภาพมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นแต่ไม่ชัดเจนมากนัก ดังนี้ ปี 2524 -2535 คิดเป็นร้อยละ 9
ปี 2536-2540 คิดเป็นร้อยละ 7 และปี 2541-2545 คิดเป็นร้อยละ 12

ตารางที่ 20 ตารางสรุปแสดงปริมาณคิดเป็นร้อยละของวิทยานิพนธ์ที่ผ่านเกณฑ์ ที่ศึกษาสื่อประเภทต่างๆ

	พ.ศ.2524- 2535	พ.ศ.2536- 2540	พ.ศ.2541- 2545	รวม 2524-2545
สื่อมวลชน (%)	47	64	48	54
สื่อเฉพาะกิจโดยรวม (%)	54	40	35	44
สื่อกิจกรรม เพื่อการมีส่วนร่วม (%)	3	13	15	12
สื่อพื้นบ้าน (%)	3	8	2	4
สื่อบุคคลภายนอกชุมชน (%)	45	24	28	30
สื่อบุคคลภายในชุมชน (%)	12	21	27	22
สื่อผสม (%)	9	7	12	10

2.6. ทิศทางการไหลของข้อมูล และลักษณะข้อมูลเนื้อหาที่พบในวิทยานิพนธ์

จากการศึกษาวิทยานิพนธ์ในช่วงปี พ.ศ.2524-2535 พบว่า ข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ มักจะมาจากส่วนราชการหรือรัฐ โดยมีบุคลากรทางการแพทย์เป็นกลุ่มหลักที่นำเสนอข้อมูลสู่กลุ่มเป้าหมาย (ร้อยละ 98) เช่น การให้ความรู้ การอบรม การสอน การให้คำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ เป็นต้น เนื้อหาของข่าวสารสุขภาพมักเน้นเรื่องสุขภาพในมิติทางร่างกาย (ร้อยละ 95) เป็นเรื่องขององค์ความรู้เชิงประจักษ์ ที่คาดหวังว่าเป็นเรื่องที่กลุ่มเป้าหมายควรรู้ และเมื่อรู้แล้วก็จะมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสมตามไปด้วย ขอบเขตของเนื้อหาเริ่มต้นจากการป้องกันโรค (เช่น การฉีดวัคซีนสร้างภูมิคุ้มกัน) การรักษาโรคนานเจ็บป่วย การดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเอง (เช่น การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ) หรือขอบเขตของเนื้อหาอาจมีตั้งแต่เรื่องสุขภาพอนามัยในชีวิตประจำวันปกติ (เช่น เรื่องโภชนาการ การบริโภคอาหาร) ไปจนถึงเรื่องการปฏิบัติตนยามเจ็บป่วย หรือเรื่องภาวะเจริญพันธุ์ (เช่น ภาวะมีบุตรยาก) หรือเนื้อหาข่าวสารประเภทหายาก หรือไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม (เช่น การรักษาโรคเอดส์ กามโรค การทำแท้ง เป็นต้น) ในบางกรณีก็มีเนื้อหาเป็นเชิงชักชวน สร้างการมีส่วนร่วม สร้างกระแสสังคม สร้างค่านิยม (เช่น การรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ การรณรงค์การใช้ถุงยางอนามัย เป็นต้น) นอกจากนี้ยังมีเรื่องของการสื่อสารเพื่อการสร้างแรงจูงใจ โดยใช้ข้อมูลเนื้อหาในด้านอารมณ์ ความรู้สึก ซึ่งสามารถส่งผลต่อพฤติกรรมได้ (เช่น การใช้สื่อรณรงค์ต่อต้านเอดส์ด้วยสารที่กระตุ้นความกลัว หรือสารที่กระตุ้นความเอือมอาทร เป็นต้น)

ตารางที่ 21 แสดงปริมาณคิดเป็นร้อยละของวิทยานิพนธ์ที่ผ่านเกณฑ์ เปรียบเทียบระหว่างทิศทาง การสื่อสารแบบต่างๆ

	พ.ศ.2524- 2535	พ.ศ.2536- 2540	พ.ศ.2541- 2545	รวม 2524-2545
การสื่อสารทิศทางบนสู่ล่าง (%)	96	76	51	76
การสื่อสารแนวราบ และ การ สื่อสารทิศทางล่างขึ้นบน (%)	3	24	33	26
การสื่อสารผสมผสานทั้งแนวราบ และแนวตั้ง (%)	1	1	16	13

จากตารางที่ 21 พบว่า วิทยานิพนธ์ที่ศึกษาการสื่อสารในประเด็นสุขภาพนั้น โดยรวมแล้ว มีแนวโน้มของทิศทางการไหลของข้อมูลข่าวสารจากส่วนกลาง หรือทิศทางจากบนลงล่างลด น้อยลง ดังนี้ ปี 2524 -2535 คิดเป็นร้อยละ 96 ปี 2536-2540 คิดเป็นร้อยละ 76 และปี 2541- 2545 คิดเป็นร้อยละ 51 ในทางตรงกันข้ามพบว่าการศึกษากการสื่อสารในแนวราบ และทิศทางจาก ล่างขึ้นบนมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ดังนี้ ปี 2524 -2535 คิดเป็นร้อยละ 3 ปี 2536-2540 คิดเป็น ร้อยละ 24 และปี 2541-2545 คิดเป็นร้อยละ 33 นอกจากนี้ยังพบว่าการสื่อสารในทิศทางอัน หลากหลายผสมผสานกันทั้งแนวตั้งและแนวราบก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงปี พ.ศ. 2541-2545 คิดเป็นร้อยละ 16

ตารางที่ 22 แสดงปริมาณคิดเป็นร้อยละของวิทยานิพนธ์ที่ผ่านเกณฑ์ เปรียบเทียบระหว่างเนื้อหา เรื่องสุขภาพในมิติทางกายและเนื้อหาสุขภาพแบบองค์รวม

	พ.ศ.2524- 2535	พ.ศ.2536- 2540	พ.ศ.2541- 2545	รวม 2524-2545
เนื้อหาเรื่องสุขภาพมิติทางกาย (%)	95	90	62	80
เนื้อหาสุขภาพแบบองค์รวม (%)	3	9	37	21

จากตารางที่ 22 พบว่า การศึกษาเนื้อหาเรื่องสุขภาพที่ไม่เน้นแต่เรื่องของสุขภาพกาย เพียงมิติเดียว แต่เป็นเนื้อหาสุขภาพที่มีลักษณะเป็นองค์รวมทั้งมิติด้านกาย จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม มีแนวโน้มมากขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งช่วงหลังปี 2541 เช่น การสื่อสารเพื่อการมีส่วนร่วมของ ประชาคมบางลำพู ประชาคมหมู่บ้านปลอดภัยเสพติด (รจิตร เข้มศักดิ์สิทธิ์, 2544) โครงการพัฒนาจิตและคุณภาพชีวิตที่มีผลต่อการเลิกยาเสพติด (ภรินทร์ ทองลิ้ม, 2544)

ประชาคมทับเที่ยง (อรุณีวรรณ นาศรี, 2544) ชมรมชีวิต กลุ่มสันติอโศก (พจน์ โชคสวัสดิ์ไพศาล, 2544) กลุ่มเพื่อน “อ”(ประภาพรณ สุปรียาภรณ์, 2545) โครงการบำบัดยาเสพติด ปฏิบัติธรรมนำปัญญา (เดชาพนธ์ มหาภาพ, 2545) เป็นต้น

2.7. ผลของการสื่อสารในงานวิทยานิพนธ์

ผลของการสื่อสารแบ่งออกได้เป็น 3 ส่วนหลักๆ ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจ (Cognitive Domain) ทศนคติ (Affective Domain) และพฤติกรรม (Behavioral Domain) ซึ่งผลการวิจัยจากวิทยานิพนธ์พบว่า ร้อยละ 86 จะมีแบบแผนหลักคือ สื่อทุกประเภทจะสามารถเพิ่มพูนความรู้ได้ในระดับหนึ่ง ในเรื่องทัศนคติได้ผลไม่ค่อยแน่นอน ส่วนเรื่องพฤติกรรมหรือการปฏิบัติได้ผลค่อนข้างน้อย โดยมีตัวแปรแทรกซ้อนคือชนิดของเนื้อหาว่าเป็นเนื้อหาด้านสุขภาพที่ชาวบ้านไม่รู้จักมาก่อน หรือเป็นเนื้อหาเก่าที่คุ้นเคย และหากเป็นเนื้อหาเก่าแล้วเนื้อหาที่น่าเสนอนั้นขัดแย้งหรือสอดคล้องกับองค์ความรู้เดิมที่ชาวบ้านมีอยู่

ผลลัพธ์ของเนื้อหาที่ผู้ส่งสารพยายามนำเสนอให้กับผู้รับสารนั้น มักจะไม่เป็นไปตามที่ผู้ส่งสารคาดหวัง นั่นคือ ส่วนใหญ่กลุ่มเป้าหมายมีการรับรู้ แต่ก็ยังมีพฤติกรรมเสี่ยงอยู่ และยังคงทำให้เกิดทัศนคติในทางลบอีกด้วย เช่น การรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ การรณรงค์ใช้ถุงยางอนามัย เป็นต้น ซึ่งพบว่าสื่อมวลชนจะไม่ค่อยมีบทบาทเท่าใดนักในเรื่องการพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการสื่อสารที่ใช้สื่อมวลชนนั้นมักมุ่งเน้นการโฆษณาประชาสัมพันธ์ หรือสร้างกระแสให้คนในสังคมได้รับรู้ในเรื่องที่ต้องการเป็นระยะเท่านั้น แต่ไม่สามารถสร้างแรงจูงใจที่แรงพอจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้รับสารได้ นอกจากนี้การสื่อสารเนื้อหาที่ไม่เป็นไปตามที่คาดหวังยังอาจเนื่องมาจากการเลือกใช้สื่อ เวลา สถานที่ ที่ไม่เหมาะสมหรือไม่ตรงกับกลุ่มเป้าหมาย เช่น การใช้สื่อสิ่งพิมพ์กับกลุ่มผู้สูงอายุที่มักมีปัญหาเรื่องสายตา เป็นต้น

ผลการศึกษาเปรียบเทียบการเปิดรับสื่อประเภทต่างๆในวิทยานิพนธ์ พบว่า ร้อยละ 90 ของการเปรียบเทียบดังกล่าว มักเปรียบเทียบระหว่างสื่อมวลชนและสื่อบุคคลในฐานะที่เป็นสื่อหลัก ส่วนสื่อเฉพาะกิจนั้นจะมีบทบาทเป็นสื่อเสริมเท่านั้น และร้อยละ 78 ของการเปรียบเทียบพบว่า สื่อมวลชนมีบทบาทเพียงแคให้ข้อมูลข่าวสารในระดับกว้างๆเท่านั้น แต่ในขั้นของการลงมือปฏิบัติและการเสริมแรงตอกย้ำให้การปฏิบัตินั้นยังขึ้นถาวรจะต้องอาศัยสื่อบุคคลเป็นหลักสำคัญ

และแม้ว่าทั้งสี่บุคคล สื่อเฉพาะกิจ จะมีส่วนเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจและลงมือปฏิบัติก็ตาม แต่จากการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพได้ดีที่สุด คือ สื่อเฉพาะกิจในรูปแบบการประชุมกลุ่มย่อย การสัมมนา การเสวนา ซึ่งเป็นรูปแบบการสื่อสารสองทาง และมีการสื่อสารในหลายระดับ ทั้งชาวบ้านกับเจ้าหน้าที่ และระหว่างชาวบ้านด้วยกันเอง ซึ่งเป็นผลที่พบได้จากงานวิทยานิพนธ์ เรื่อง :

กลยุทธ์การสื่อสารในโครงการพัฒนาจิตและคุณภาพชีวิตที่มีผลต่อการตัดสินใจเลิกยาเสพติดแบบฉบับพลัน (ภรินทร ทองลิ้ม, 2544)

กลยุทธ์การสื่อสารเพื่อฟื้นฟูจิตใจผู้ป่วยจิตเวช (จรัสพร กิรติเสวี, 2544)

การมีส่วนร่วมในการกำหนดรูปแบบและเนื้อหา “รายการวิทยุชุมชน” ของจังหวัดน่าน (วิระวรรณ ยังกิจการ, 2544)

กลยุทธ์การสื่อสารของกลุ่มสันติอโคก (พจน์ ไชยสวัสดิ์ไพศาล, 2545)

ทักษะการสื่อสารและกลวิธีการสื่อสารเพื่อการโน้มน้าวใจของผู้นำเยาวชนด้านการป้องกันยาเสพติด (จุมพล ผ่องนัยเลิศ, 2545)

กลยุทธ์การสื่อสารในโครงการบำบัดยาเสพติดปฏิบัติธรรมนำปัญญา (เดชานนท์ มหาภาพ, 2545)

การสื่อสารและเครือข่ายของกลุ่มเพื่อน “อ” (ประภาพรรณ สุปรีย์ภรณ์, 2545)

เครือข่ายและกระบวนการทำข่าวของสำนักข่าวเด็กและเยาวชน “ขบวนการตาข่ายประรด ” (รณชาติ บุตรแสนคม, 2545)

เครือข่ายและกระบวนการสื่อสารในการรณรงค์เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของชมรมหัวใจไร้สาร (พรโสภิต จงมีสุข, 2545)

2.8. สรุปภาพรวมจากวิทยานิพนธ์

จากการรวบรวม วิเคราะห์วิทยานิพนธ์ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกทั้ง 178 เรื่อง แล้วสามารถสะท้อนให้เห็นถึงรูปแบบแนวทางการศึกษาการสื่อสารในประเด็นสุขภาพตามกระบวนการทัศนแบบเก่า โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงปี พ.ศ. 2524 - 2535 จากนั้นจึงค่อยๆ มีพัฒนาการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่กระบวนการทัศนใหม่ของการสื่อสารในประเด็นสุขภาพอย่างช้าๆ จนมีความชัดเจนของกระบวนการทัศนใหม่มากขึ้น ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541 เป็นต้นมา ดังจะเห็นได้จากการศึกษาการสื่อสารในประเด็นสุขภาพที่นอกเหนือจากความเจ็บป่วยทางกาย แต่มีการศึกษาวิเคราะห์ถึงมิติต่างๆ ทั้งทางด้าน

จิตใจ อารมณ์ ความสัมพันธ์ในครอบครัว บริบทสังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อมของชุมชนประชา
สังคม เป็นการสื่อสารที่ใช้สื่ออย่างหลากหลาย ผสมผสาน โดยเน้นที่สื่อบุคคลในชุมชน ประชา
สังคม เครือข่าย และมีการใช้สื่อเฉพาะกิจ เช่น การจัดกิจกรรมต่างๆ เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของ
ประชาชน หรือสมาชิกของชุมชนในการสื่อสาร ด้วยทิศทางการสื่อสารอันหลากหลายทั้งแนวดิ่ง
และแนวนอน โดยเน้นใช้การสื่อสารแนวนอนเพื่อสร้างความสัมพันธ์ สร้างความร่วมมือระหว่างกัน
ในชุมชนประชาสังคม และสร้างขยายเครือข่ายให้กว้างขวางออกไป และใช้การสื่อสารแนวดิ่งเพื่อ
สร้างแรงส่งเสริม สนับสนุนจากภาครัฐ เอกชน หรือ องค์กรนอกชุมชน ประชาสังคม

ดังนั้นจากงานวิทยานิพนธ์โดยรวม และโดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วง ปี พ.ศ. 2524-2535
สามารถสรุปภาพรวมของกระบวนการทัศนแบบเก่าของการสื่อสารเพื่อสุขภาพ ได้ดังนี้

1. การศึกษาการสื่อสารเพื่อสุขภาพ เน้นวิธีการวิจัยเชิงปริมาณ โดยใช้วิธีการสำรวจ มี
แบบสอบถามเป็นเครื่องมือวิจัยหลัก และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติ ซึ่งประเด็น
ที่ศึกษาส่วนใหญ่ เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเปิดรับสื่อ กับการ
เปลี่ยนแปลงทางความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย การศึกษา
เปรียบเทียบประสิทธิผลของสื่อ และการศึกษาพฤติกรรมการแสวงหาข่าวสาร
2. กลุ่มเป้าหมายของการสื่อสารเพื่อสุขภาพจำกัดเฉพาะกลุ่มเสี่ยงต่อการมีสุขภาพที่ไม่ดี และ
พิจารณาตัวแปรลักษณะทางประชากรศาสตร์ เช่น เพศ อายุ การศึกษา รายได้ เป็นต้น เพื่อหา
ความสัมพันธ์ในการอธิบายพฤติกรรมการเปิดรับสื่อ แต่ทว่าไม่สามารถนำผลการศึกษาวิจัยที่
ได้ไปทำการศึกษาวิจัยเพื่อขยายองค์ความรู้ต่อไปได้มากนัก
3. เน้นการวิจัยในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปริมณฑล และตัวเมืองใหญ่
4. เน้นการศึกษาสื่อมวลชน (โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์) สื่อบุคคลนอกชุมชน และสื่อเฉพาะกิจ
ประเภทที่ไม่เอื้อต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนมากนัก เป็นหลัก โดยรูปแบบวิธีการของสื่อ
เน้นที่การให้ความรู้ การแจ้งข่าวสาร และการอบรมสั่งสอน โดยฝ่ายผู้ส่งสาร ซึ่งเชื่อว่าตนเป็น
ผู้รู้ ส่งข่าวสารไปยังผู้รับสาร ซึ่งถูกเชื่อว่าผู้ที่ไม่รู้อะไรเลย ดังนั้นสื่อในลักษณะนี้จึงถือได้ว่าเป็น
สื่อทางเดียว
5. การสื่อสารเนื้อหาข่าวสารสุขภาพ เน้นการสื่อสารแบบทางเดียว (One-Way
Communication) มีทิศทางไหลจากบนลงล่าง (Top-Down Communication) คือ จากเมือง

หลวง ส่วนกลาง รัฐ หรือ บุคลากรทางสาธารณสุขนอกชุมชน ไปสู่ประชาชน ชุมชน หรือชนบท รอบนอก และขาดช่องทางสื่อสารให้ประชาชนได้แสดงความคิดเห็นป้อนกลับ (Feedback)

6. เนื้อหาเรื่องสุขภาพเน้นประเด็นสุขภาพในมิติทางกาย เนื้อหาถูกกำหนดและสร้างขึ้นจากส่วนราชการ บุคลากรทางการแพทย์ หรือผู้ผลิตที่อยู่นอกชุมชน แต่เพียงฝ่ายเดียว ไม่ได้สำรวจความต้องการว่าผู้รับสารต้องการแบบใด และขาดการคำนึงถึงผลกระทบต่อวิถีชีวิต ความเชื่อ และทัศนคติของกลุ่มผู้รับสาร ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความแตกต่างในการรับรู้ปัญหาระหว่างผู้ส่งสารกับประชาชน ทำให้เนื้อหาการสื่อสารที่จะโน้มน้าวประชาชนให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมนั้นไม่ประสบความสำเร็จนัก

ส่วนที่ 2

1. รายชื่องานวิจัยของ สวรส. ที่ผ่านเกณฑ์คัดเลือก

จากการรวบรวมงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2539-2546 ตามเกณฑ์การคัดเลือก พบว่ามีงานวิจัยผ่านเกณฑ์การคัดเลือกทั้งหมด 28 เรื่อง ดังแสดงรายชื่องานวิจัยเรียงตามลำดับปีที่พิมพ์ ดังต่อไปนี้

ปีพ.ศ.2539

ชูชัย ศุภวงศ์ และ ยุวดี คาดการณ์ไกล. ประชาสัมพันธ์กับการพัฒนาสุขภาพ: ทัศนะนักคิดในสังคมไทย

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. ประชาสัมพันธ์กับการพัฒนาสุขภาพ: บทวิเคราะห์ทางวิชาการ

ปีพ.ศ.2540

(ไม่พบงานวิจัยที่อยู่ในเกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัยของ สวรส.)

ปีพ.ศ.2541

บัญชากร แก้วส่อง, วีระศักดิ์ จารุชัยนิวัฒน์, อมร สุวรรณนิมิตร, ชำนาญ แก้วคะตา และ ประพันธ์ ดอกไม้. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการกำหนดนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต: กรณีศึกษาการร่างรัฐธรรมนูญในระดับจังหวัด

ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์, บรรณารักษ์. 2541. ภาศึเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ

ประยูร ชูทอง และคณะ. รายงานการวิจัยโครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการ “การพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพของชุมชน”

ลักขณา เต็มศิริกุลชัย, ประสิทธิ์ ลีระพันธ์ และภรณ์ วัฒนสมบุญ. การส่งเสริมสุขภาพขององค์กรพัฒนาเอกชน: กรณีศึกษา “ชมรมจักรยานเพื่อสุขภาพแห่งประเทศไทย”

ศิริชัย ศิริกายะ และคณะ. รายงานการวิจัยเรื่อง การวิเคราะห์ความจำเป็นและความต้องการของการบริการข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. นิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพ

สำราญ อาบสุวรรณ และคณะ. การศึกษาพฤติกรรมกรรมการอยู่ร่วมกันของผู้ติดเชื้อเอชไอวีครอบครัวและชุมชน: กรณีศึกษาในจังหวัดบุรีรัมย์

อำพล จินดาวัฒน์, ชัย กฤติยาพิชาตกุล, นายศรี สุพรรณศิลป์ และสุพัตรา ศรีวณิชชากร. ระบบบริการสุขภาพอันพึงประสงค์ที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ

ปีพ.ศ.2542

ลือชัย ศรีเงินยวง. รายงานการวิจัยเรื่องมิติทางสังคมวัฒนธรรมของการใช้ยาในชุมชน: การพัฒนาองค์ความรู้จากทฤษฎีและการวิจัย

ปีพ.ศ.2543

ศพา บัณฑิตานุกูล และคณะ. การสังเคราะห์วิสัยทัศน์ของประชาคมเกษตรสำหรับการปฏิรูประบบสุขภาพ

ธีระศักดิ์ มักคูน และคณะ. ผลของการจัดกิจกรรมสุขภาพศึกษาร่วมกับการให้แรงสนับสนุนทางสังคมจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต่อความรู้และพฤติกรรมของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว

ปีพ.ศ.2544

เครือข่ายสุขภาพเพื่อประชาชน. โครงการวิจัยปฏิบัติการต่อเนื่อง เครือข่ายสุขภาพเพื่อประชาชน

บุบผา วัฒนาพันธุ์ และศิวัักษ์ ศิวารมย์. รายงานการวิจัยเรื่องศักยภาพประชาสังคมภาคสตรีในการแก้ไขปัญหาเอดส์

เพลินพิศ สุานีวิฒนานนท์ และคณะ. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพและการให้การดูแลผู้สูงอายุ ภายใต้เงื่อนไขการมีส่วนร่วมของชุมชนและตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาในจังหวัดสงขลา

สุธีรา ชุ่มตระกูล และ เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ. การสังเคราะห์องค์ความรู้และกลไกการปฏิบัติงาน เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน โดยครอบครัวและชุมชน ในบริบทสังคมวัฒนธรรมภาคกลาง

ปีพ.ศ.2545

พลเดช ปิ่นประทีป, ยุทธดนัย สีดาล้า และคณะ. รายงานผลการวิจัย โครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการ การส่งเสริมประชาคมสื่อมวลชนเพื่อสุขภาพ

เสรี พงศ์พิศ. เครือข่ายชุมชนและประชาสังคม: แนวคิด ประสบการณ์ ตัวอย่าง

ปีพ.ศ.2546

ทิพวัน ไชยะเดชะ, ปรัชญาณี คำเหลือ และสมัย คำเหลือ. รายงานการวิจัยเรื่อง การแก้ไขปัญหาภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลศรีวิทันะ โดยชุมชนมีส่วนร่วม

นรินทร์ แก้วมีศรี และคณะ. แนวทางการส่งเสริมประชาสังคมเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน

ประกอบ คุปรัตน์. เอกสารทางวิชาการการทบทวนองค์ความรู้และประเมินสถานการณ์เพื่อการพัฒนา “ชุดโครงการวิจัยระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพเพื่อประชาชน”

ปาริชาติ สถาปิตานนท์, กิตติ กันภัย, พัฒนพงษ์ จาติเกตุ และปิยะนารถ จาติเกตุ. ศักยภาพของสื่อมวลชนในการสร้างเสริมสุขภาพ

พิมพ์วัลย์ บุญมงคล, นิภรณ์ สันตหจรียา และอัมพร หมาดเด็น, บรรณาธิการ. ศักยภาพ
ประชาคมในการจัดการปัญหาความรุนแรงต่อผู้หญิงและเด็ก

ยุวรงค์ จันทรวิจิตร และคณะ. วิถีชุมชนของประชาชนเวียงแหง

ไม่ระบุปีที่พิมพ์

นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์. การวิจัยทบทวนการปรับระบบบริการสาธารณสุขเพื่อส่งเสริมสุขภาพ
ลือชัย ศรีเงินยวง, อัจฉรา วัฒนาภา, จีรพร แผ้วกึ่ง, ทรวงวุฒิ ตวงรัตน์พันธ์ และศุภลักษณ์
เลิศมโนรัตน์. รายงานการสังเคราะห์องค์ความรู้เพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพและข้อเสนอสาระ
บัญญัติในร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ เรื่องการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง
ครอบครัวและชุมชน

อนุวัฒน์ ศุภชิติกุล, เพ็ญจันทร์ ประดับมุข และยุพา วงศ์ไชย, บรรณาธิการ. บทบาท
ประชาคมส่งเสริมสุขภาพ: นอกภาครัฐ

2. ผลการวิเคราะห์งานวิจัยของ สวรส.

ผลจากการรวบรวม อ่าน และวิเคราะห์งานวิจัยฉบับสมบูรณ์ของ สวรส. ตั้งแต่ปี พ.ศ.
2539 – 2546 ที่ได้คัดเลือกตามเกณฑ์ทั้งหมด 28 เรื่อง ได้สะท้อนให้เห็นถึงการศึกษาด้านการ
สื่อสารเพื่อสุขภาพในกระบวนทัศน์แบบใหม่ ซึ่งมีความแตกต่างจากกระบวนทัศน์การสื่อสาร
ประเด็นสุขภาพแบบเก่า ที่ศึกษาได้จากวิทยานิพนธ์ในส่วนที่ 1 ดังนี้

2.1. ลักษณะงานวิจัยของ สวรส.

2.1.1. ระเบียบวิธีวิจัยของ สวรส.

งานวิจัยของ สวรส. ที่ผ่านการคัดเลือกทั้งหมด 28 เรื่อง เป็นงานวิจัยที่ใช้ระเบียบ
วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ หรือเป็นงานวิจัยที่ผสมผสานวิธีวิจัยทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ
ซึ่งมีหลากหลายวิธี ได้แก่ การสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วม การสำรวจ การสัมภาษณ์
เจาะลึก การศึกษาเอกสาร การสนทนากลุ่ม กระบวนการกลุ่ม การทำประชาพิสัย การจัด
ประชุมแบบมีส่วนร่วม เป็นต้น โดยใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์
ข้อมูลอย่างหลากหลาย เช่น แบบวัดและประเมินสภาวะสุขภาพ แบบสัมภาษณ์และ

สังเกต แบบสัมภาษณ์และแบบแผนแนวทางในการจัดกิจกรรมกลุ่มหรือสนทนากลุ่ม เทปบันทึกเสียง สมุดบันทึกการสังเกตการณ์ชุมชน เป็นต้น และเน้นการวิจัยในเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนประชาสังคม เพื่อให้ตรงกับความต้องการของชุมชนหรือกลุ่มเป้าหมาย และเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตต่อสุขภาวะของท้องถิ่นนั้นๆ โดยดำเนินการวิจัยภายใต้บริบทสถานการณ์ปัจจุบันที่ประเด็นสุขภาพได้รับความสนใจจากประชาชนมากขึ้น และขยายขอบเขตค่านิยมครอบคลุมถึงสภาวะทางร่างกาย จิตใจ ระบบความคิด สภาวะแวดล้อมทางสังคม วิถีชีวิตของประชาชน

ยกตัวอย่างงานวิจัย เช่น:

เพลินพิศ ฐานวิวัฒนานนท์ และคณะ(2544) ใช้วิธีวิจัยโดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสำรวจ การสัมภาษณ์เจาะลึก การศึกษาเอกสารข้อมูลชุมชนด้านต่างๆ การจัดสนทนากลุ่ม การจัดกิจกรรมเพื่อกระตุ้นการพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ข้อมูลความรู้ ประสพการณ์ การสังเกตและบันทึกภาคสนามโดยสังเกตพฤติกรรม บรรยากาศ และสภาพแวดล้อมต่างๆร่วมด้วย

พลเดช ปิ่นประทีป, ยุทธดนัย สีดาล้า และคณะ (2545) ใช้วิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research หรือ PAR) ที่เน้นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันและการมีส่วนร่วมของชุมชน

ธีระศักดิ์ มักคูน และคณะ (2543) ใช้วิธีวิจัยโดยจัดกระบวนการกลุ่มเพื่อสร้างความสัมพันธ์ และเกิดแนวคิดที่กว้างขวางยิ่งขึ้น เกิดทักษะในการพิจารณา ตัดสินใจ แก้ไขปัญหาาร่วมกันในชุมชน และพัฒนาตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปในทิศทางที่เหมาะสมมากขึ้น โดยมีการสนทนาประกอบสื่อเฉพาะกิจ (แผ่นภาพโปสเตอร์) ตัวอย่างของจริง และมีการอภิปรายกลุ่มของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว

ลักขณา เต็มศิริกุลชัย, ประสิทธิ์ ลีระพันธ์ และภรณ์ วัฒนสมบุญ (2541) ใช้วิธีวิจัยโดยการสัมภาษณ์เจาะลึก ศึกษาเอกสาร แบบสอบถาม

เครือข่ายสุขภาพเพื่อประชาชน (2544) ใช้วิธีวิจัยปฏิบัติการต่อเนื่อง เพื่อปรับปรุงและพัฒนาเครือข่ายเว็บไซต์ด้านสุขภาพ

สำราญ อาบสุวรรณ และคณะ (2541) ใช้วิธีวิจัยโดยการสัมภาษณ์เจาะลึก และจัดสนทนากลุ่ม (focus group)

ชูชัย ศุภวงศ์ และ ยุวดี คาคการณ์ไกล (2539) ใช้วิธีวิจัยโดยการสัมภาษณ์เจาะลึกนักคิด นักวิชาการ

คทา บัณฑิตานุกูล และคณะ (2543) ใช้วิธีวิจัยโดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วม การศึกษาเอกสาร การประชุมแบบมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ร่วมกันเพื่อสร้างอนาคต (Future Search Conference หรือ FSC) การประชุมระดมความคิดในการวางแผน พัฒนา (Appreciation Influence Commitment หรือ AIC)

เสรี พงศ์พิศ (2545) ใช้วิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชน การศึกษา ชุมชน ศึกษาเอกสาร

ลือชัย ศรีเงินยวง, อัจฉรา วัฒนาภา, จีรพร แผ้วกิ่ง, ทรวงวุฒิ ดวงรัตน์พันธ์ และศุภลักษณ์ เลิศมนรัตน (ม.ป.ป.) ใช้วิธีวิจัยโดยการศึกษาศึกษาเอกสาร การสัมภาษณ์ เจาะลึก

ทิพวัน ไชยะเดชะ, ปรัชญาณี คำเหลือ และสมัย คำเหลือ (2546) ใช้วิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการ กระบวนการกลุ่มแบบมีส่วนร่วม (group process) การสนทนากลุ่ม (group discussion)

พิมพ์วัลย์ บุญมงคล, นิภรณ์ สันหจรียา และอัมพร หมาดเด็น, บรรณานิการ (2546) ใช้วิธีวิจัยโดยการศึกษาศึกษาเอกสาร การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เจาะลึก การสังเกต

ประยูร ชูทอง และคณะ (2541) ใช้วิธีการวิจัยโดยการใช้กระบวนการประชาพิจัย การจัดเวทีเสวนา

วิธีวิจัยที่พบมาก และเป็นลักษณะเด่นในงานวิจัยของ สวรส. ที่เกี่ยวข้องกับ การสื่อสารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของประชาสังคมในกระบวนการทัศน์ใหม่ ได้แก่ (1) การทำประชาพิจัย (2) กระบวนการกลุ่ม (3) การระดมความคิดในการวางแผนพัฒนา (AIC) โดยพบว่า มีแนวทางและหลักการในการวิจัย ดังนี้

- **การวิจัยที่ใช้กระบวนการประชาพิจัย (People Research and Development หรือ PR&D)**

กระบวนการประชาพิจัยในประเด็นสุขภาพ เป็นกระบวนการที่เอื้อให้ผู้ร่วมกระบวนการได้เรียนรู้ตนเอง เรียนรู้ความเป็นชุมชน เรียนรู้คุณค่าในความเป็นชุมชนซึ่ง ล้วนเป็นมิติที่จะส่งผลต่อสุขภาพ เรียนรู้ที่จะเลือกสังคมและระบบสุขภาพของชุมชน ประชาสังคมที่ตนเองต้องการ เรียนรู้ในการจัดการในเรื่องสุขภาพตนเอง จัดการระหว่าง

กันแบบเครือข่าย เชื่อมต่อเป็นพลังสร้างสรรค์สังคมสุขภาพที่คนในชุมชนวาดหวังไว้บนข้อเท็จจริงของชุมชนนั้นๆ เป็นการดึงเอาศักยภาพที่มีอยู่ในแต่ละคน มาร่วมสร้างกระบวนการเรียนรู้ สร้างทางเลือกที่เหมาะสมสำหรับชุมชนตนเอง มีอิสรภาพที่แท้จริง ชุมชนต่างๆสามารถที่จะนำกระบวนการประชาพิชัยไปสร้างการเรียนรู้ตนเอง สร้างแผน และแนวทางการพัฒนาตนเองได้ เพียงแต่ต้องมีการเชื่อมโยงให้ชุมชนใหม่ที่ยังไม่เคยเข้ากระบวนการได้เรียนรู้เป็นเครือข่ายกับชุมชนที่ผ่านกระบวนการดังกล่าวมาแล้ว โดยการเชื่อมโยงนั้นต้องมีลักษณะของการเรียนรู้ที่ต่อเนื่อง มีความผูกพันที่ต้องทำร่วมกัน มีความเอื้ออาทรห่วงใยกัน และผู้เชื่อมกับผู้ถูกเชื่อมจะต้องมีความต้องการด้วยกันทั้ง 2 ฝ่าย มิใช่จากแรงผลักดันของโครงการแหล่งทุนต่างๆ ที่หวังผลเพียงความสำเร็จของโครงการเฉพาะหน้าเท่านั้น การพัฒนาจะค่อยเป็นค่อยไป แก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นซ้ำๆ ไม่ค่อยมีแรงกระแทก แรงขึ้นากดดันจากภายนอก ในที่สุดก็ตกผลึกเป็นองค์ความรู้ เป็นแบบแผนชีวิตที่มีศักยภาพในการจัดการกับปัญหาสุขภาพในมิติต่างๆที่เกิดขึ้นได้ โดยจากโครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เรื่องการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพของชุมชน (ประยูร ชูทอง และคณะ, 2541) พบว่า กระบวนการประชาพิชัยในชุมชนประชาสังคมนั้น อาศัยการบูรณาการองค์ประกอบที่สำคัญ 5 ประการ คือ

1. พัฒนาสัมพันธภาพที่เกื้อกูลกันในภูมิทั้ง 5 หรือสุวรรณภูมิ ได้แก่

ภูมิที่1 ปาเขา

ภูมิที่2 ท้องทุ่งนา

ภูมิที่3 หลุบ ห้วย แหล่งน้ำ

ภูมิที่4 ที่ตั้งบ้าน

ภูมิที่5 จิตวิญญาณ

2. หลักคิดแบบผสมผสาน ผี พรหมณ์ พุทธ

เป็นการเปิดโอกาสให้ได้สัมผัสกับแก่นความคิด แล้วแต่ความเป็นมาของแต่ละบุคคล โดยไม่ดูถูกหรือตีค่า ตีราคาระดับความคิด ความเชื่อใดๆว่าล้าหลัง งดามกว่าอีกความคิดความเชื่อหนึ่ง พร้อมทั้งจะให้ที่ยืนสำหรับมนุษย์ทุกคนที่แตกต่างกัน ได้แสดงออกอย่างเต็มที่ การยอมรับ คือการคลี่คลายให้พลังศักยภาพที่แฝงอยู่ภายในมนุษย์ทุกคนได้มีโอกาสได้แสดงออก เกื้อกูลกันและกันอย่างเต็มที่ เป็นการบูรณาการคลื่นชีวิตให้มีพลังร่วมกัน ในการสร้างชุมชนร่วม

3. เครือข่ายทางสังคม 7 มิติ

เป็นความสัมพันธ์ที่มีมิติทั้งกว้างและลึกซึ่งจะก่อให้เกิดการเรียนรู้อย่างไม่สิ้นสุด หลอมรวมความหลากหลายของมนุษย์ให้อยู่ร่วมกันได้อย่างสงบสุข ซึ่งรูปแบบและเนื้อหาของความสัมพันธ์จะถูกกำหนดจากเงื่อนไขทางความคิด ทางการผลิต ทางภูมิวัฒนธรรมและธรรมชาติ มิติทั้ง 7 ได้แก่

มิติที่ 1 ความสัมพันธ์ภายในตนเอง เป็นการเรียนรู้ระหว่างกายกับจิต

มิติที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับครอบครัว

มิติที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวต่อครอบครัว และเครือญาติ

มิติที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างตนเอง ครอบครัวกับชุมชนหรือสังคมที่ตนอยู่ด้วย

มิติที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างตนเอง ครอบครัว กับผู้ที่ร่วมความเชื่อ ร่วมเหตุการณ์ ร่วมประโยชน์เดียวกัน

มิติที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างตนเอง ครอบครัวกับสิ่งเหนือธรรมชาติ

มิติที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างตนเอง ครอบครัวกับธรรมชาติ

4. ผู้รู้ ผู้ชำนาญ หมอ เป็นผู้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะที่เกิดจากการเรียนรู้โดยตรง จนกลายเป็นความชำนาญ และถูกยกยบทบาทขึ้นเป็นหมอ หรือผู้รู้ของชุมชน ที่ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาแนะนำ โดยไม่ตีค่าเป็นวัตถุ เงินทอง ทำให้หมอหรือผู้รู้มีคุณค่าสร้างสมบารมี เป็นที่พึงทวงใจของผู้คนได้ไม่เฉพาะแต่เรื่องที่ตนเองชำนาญ เป็นเหมือนผู้เชื่อมโยงชักทอความสัมพันธ์ของผู้คนให้รักกันอย่างแน่นแฟ้น เป็นผู้ไกลเกลี่ยประสานความไม่เข้าใจของคนที่อยู่ร่วมสังคมเดียวกัน

5. สตรีถือว่าเป็นแม่ผู้พิทักษ์ มีคุณเหนือกว่าความเท่าเทียม ด้วยในอดีตเศรษฐกิจครอบครัวอยู่ในความดูแลของสตรี เพราะสตรีค่อนข้างทำงานละเอียดได้ดีกว่าและอดทนอดกลั้นกว่าบุรุษ มีความรับผิดชอบสูง ยอมรับสิ่งใหม่ๆ ได้ช้าถ้าไม่มั่นใจจริงๆ จะทำให้ครอบครัวดีขึ้น สตรีจึงเป็นผู้มีบทบาทที่สำคัญ

ขั้นตอนการทำประชาพิจัยและพัฒนา ในงานวิจัยของ สวรส.

จากตัวอย่างงานวิจัยเรื่อง การพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพของชุมชน (ประยูร ชูทอง และคณะ, 2541) และ งานวิจัยเรื่องเครือข่ายชุมชนและประชาสังคม: แนวคิด ประสพการณ์ ตัวอย่าง (เสวี พงศ์พิศ, 2545) พบว่าขั้นตอนการทำประชาพิจัยและพัฒนา มีดังนี้

1. กระบวนการเรียนรู้ 1 : จัดกิจกรรม ประชุม เสวนาระหว่างสมาชิกในชุมชนประชาสังคม เพื่อค้นหาตนเอง หาศักยภาพของตนเอง หาทุนของชุมชน สำรวจข้อมูลพื้นฐานของชุมชน ค้นหาที่มา ประวัติความเป็นมา รากเหง้าทางสังคมวัฒนธรรม
 - ข้อมูลพื้นฐานกลุ่มหรือชุมชนหรือเครือข่าย
 - ทุนด้านทรัพยากร
 - ทุนด้านปัญญา(ผู้รู้)
 - ทุนการจัดการองค์กรชุมชน
 - ลักษณะอาชีพและที่มาของรายได้
 - รายจ่าย
 - หนี้สิน
 - ความเจ็บป่วย
2. กระบวนการเรียนรู้ 2 : จัดประชุมแบบมีส่วนร่วมเพื่อวิเคราะห์สุขภาพชุมชน
 - กระบวนการที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพชุมชน
 - ทางในอนาคตของชุมชน วิสัยทัศน์ของชุมชนด้านสุขภาพ
3. กระบวนการเรียนรู้ 3 : ผู้นำชุมชน และตัวแทนสมาชิกในชุมชน ประชาสังคม ได้ไปศึกษาดูงาน แลกเปลี่ยนความรู้ ประสพการณ์กับชุมชนอื่น เพื่อกำหนดทางเลือกในการแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน
4. กระบวนการเรียนรู้ 4 : ชุมชน ประชาสังคม ดำเนินการทดลองกระบวนการเสริมสภาวะสุขภาพชุมชน ประเมินผลอย่างต่อเนื่องเป็นระยะ และสรุปบทเรียนที่ได้รับ
 - กิจกรรมเสริมสร้างสุขภาพชุมชน

- ผลที่เกิดขึ้น
- ผลกระทบต่อสภาวะสุขภาพชุมชน
- องค์ความรู้ที่ค้นพบ

5. กระบวนการเรียนรู้ 5 : ชุมชน ประชาสังคม ประชุมร่วมกันเพื่อทำแผนแม่บทสุขภาพชุมชน

จากการดำเนินกระบวนการประชาธิปไตยในงานวิจัยของ สวรรส. จะเห็นได้ว่าเรื่องของสุขภาพชุมชนได้ขยายขอบเขตของการสร้างเสริมสุขภาพ ว่าไม่ใช่เรื่องเฉพาะบุคคล แต่เป็นเรื่องที่สมาชิกทุกคนในชุมชนประชาสังคมต้องมีการร่วมมือกัน รวมทั้งต้องมีการสร้างเครือข่ายความสัมพันธ์กับนอกชุมชน ประชาสังคมด้วย เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน ซึ่งเป็นการเรียนรู้ที่เกิดจากการปฏิบัติจริง ผ่านรูปแบบการสื่อสารที่หลากหลาย นอกจากนี้ยังชี้ให้เห็นด้วยว่าการสร้างเสริมสุขภาพนั้น มิได้จำกัดเฉพาะเพียงสุขภาพทางกายเท่านั้น แต่รวมถึงมิติทางจิตใจ อารมณ์ ความสัมพันธ์ทางสังคม สิ่งแวดล้อมต่างๆ ในชุมชนด้วย ที่มีผลกระทบถึงกันและกันอย่างไม้อาจแยกเด็ดขาดจากกันได้

● การวิจัยโดยใช้กระบวนการกลุ่ม (Group Process)

กระบวนการกลุ่ม เป็นเรื่องของการปฏิสัมพันธ์จากพฤติกรรมของบุคคลที่รวมกลุ่มกัน การปฏิสัมพันธ์ของกลุ่มจะนำไปสู่การแก้ปัญหาโดยใช้อิทธิพลของกลุ่มและเป็นการจัดประสบการณ์ให้สมาชิกภายในกลุ่มได้เกิดการเรียนรู้ เกิดแนวคิด ทศนคติ และการปฏิบัติด้วยตนเอง (มาลี, 2530)

ปัจจุบันได้มีการนำกระบวนการกลุ่มมาใช้เพื่อเป็นพื้นฐานในการสนับสนุนให้บุคคลได้บรรลุจุดมุ่งหมาย หรือมีพฤติกรรมในทิศทางที่ต้องการ และนำมาใช้ในเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ 3 ลักษณะ คือ เป็นตัวกลางในการเปลี่ยนแปลง เป็นเป้าหมายของการเปลี่ยนแปลง และเป็นตัวนำในการเปลี่ยนแปลง นอกจากนี้กระบวนการกลุ่มยังต้องใช้วิธีการต่างๆ เพื่อนำไปสู่จุดมุ่งหมายที่ต้องการ เช่น การแสดงบทบาทสมมติ (Role play) การประชุมกลุ่ม (Buzz session) และการอภิปรายกลุ่ม (Group discussion)

การใช้กระบวนการกลุ่มโดยการอภิปรายกลุ่ม (Group Discussion) ทำให้กลุ่มได้อภิปรายแสดงออกเป็นรูปธรรมและนามธรรม แสวงหาข้อเท็จจริง ยอมรับความคิดเห็นของคนอื่น อิทธิพลกลุ่มช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ยอมรับอย่างสมัครใจ ซึ่งจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างถาวร (สุรีย์, 2527)

การอภิปราย เป็นวิธีการที่นำมาใช้อย่างมากในการให้สุศึกษาแก่ประชาชนในกลุ่มเป้าหมายต่างๆ สมาชิกกลุ่มมีโอกาสแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็นและประสบการณ์ทางคำพูด ได้ระบายความรู้สึกเกี่ยวกับเรื่องที่อภิปรายทั้งในรูปธรรมและนามธรรม ช่วยให้อภิปรายได้แสวงหาข้อเท็จจริง แยกแยะความเข้าใจของตนเอง ยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น การตัดสินใจของกลุ่มเป็นการตัดสินใจโดยการฟังเหตุผลข้อเท็จจริง ให้อิสระในการออกความคิดเห็นเต็มที่ ดังนั้นการอภิปรายกลุ่ม จึงสามารถนำมาใช้ในงานสุศึกษาได้วิธีหนึ่ง เพราะเป็นการอภิปรายที่ไม่ได้นำไปสู่การหาคำตอบที่ตายตัว แต่ช่วยให้สมาชิกได้พิจารณาไตร่ตรองในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เพื่อจะนำไปประยุกต์ใช้ได้เหมาะสม อิทธิพลของกลุ่มช่วยให้สมาชิกเกิดการตัดสินใจ นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุภาพได้ (สุรีย์, 2525) สำหรับการเรียนรู้ กระบวนการกลุ่มเป็นกระบวนการเพื่อใช้ในการแก้ปัญหาหรือกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดเพื่อเรียนรู้สิ่งต่างๆ ผู้เรียนรู้จะเป็นผู้เข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้ด้วยตนเอง และใช้วิธีการวิเคราะห์พฤติกรรมของผู้เรียนรู้ซึ่งเกิดขึ้นในขณะนั้น เป็นกระบวนการสำคัญของการเรียนรู้ (ทัศน, 2531) วิธีการเรียนรู้โดยกระบวนการกลุ่ม เป็นการเรียนรู้จากการกระทำร่วมกันเป็นกลุ่มย่อย โดยมีหลักการให้ผู้เรียนเป็นผู้ลงมือปฏิบัติกิจกรรมการเรียนรู้ด้วยตนเอง (Learning by doing) ซึ่งจะทำให้การเรียนรู้เป็นไปด้วยความสนุกสนาน การเรียนรู้ที่เกิดขึ้นจะเป็นประสบการณ์ที่มีความหมาย และมีคุณค่าต่อผู้เรียนมากขึ้น การมีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนรู้ในฐานะเป็นสมาชิกคนหนึ่งของกลุ่ม ได้ลงมือปฏิบัติ ได้แสดงความคิดเห็น แสดงความรู้สึก และมีอารมณ์ร่วมในกลุ่มจะทำให้เกิดการปฏิสัมพันธ์ ช่วยให้การเรียนรู้เป็นไปในชีวิตประจำวันได้

จากงานวิจัยของ สวรรส. ที่มีการนำกระบวนการกลุ่มมาใช้เป็นวิธีวิจัย ยกตัวอย่างเช่น การวิจัยเรื่อง การแก้ไขปัญหาภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลศรีรัตนะ โดยชุมชนมีส่วนร่วม (ทิพวัน ไชยะเดชะ, ปรัชญาณี คำเหลือ และสมัย คำเหลือ, 2546) ศักยภาพประชาคมในการจัดการปัญหาความรุนแรงต่อผู้หญิงและเด็ก (พิมพ์วัลย์ บุญมงคล, นิภรณ์ สันหจรียา และอัมพร หมาดเต็น, บรรณานิการ,

2546) การศึกษาพฤติกรรมการอยู่ร่วมกันของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ครอบครัวและชุมชน: กรณีศึกษาในจังหวัดบุรีรัมย์ (สำราญ อาบสุวรรณ และคณะ, 2541) ผลของการจัดกิจกรรมสุขศึกษา ร่วมกับการให้แรงสนับสนุนทางสังคมจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต่อความรู้และพฤติกรรมของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (ธีระศักดิ์ มัคคูน และคณะ, 2543) เป็นต้น พบว่า

ลักษณะของการเรียนรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่มในประเด็นสุขภาพ มีดังนี้

1. ผู้เรียนรู้จะมีบทบาทในการแสวงหาความรู้ด้านสุขภาพด้วยตนเอง จากการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม นอกเหนือการนั่งฟังคำบรรยายอบรมให้ความรู้ คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อสุขภาพดี เพียงอย่างเดียว
2. ผู้ให้ความรู้ด้านสุขภาพมีหน้าที่คอยประสาน เชื่อมโยงความรู้ ภูมิปัญญาดั้งเดิมด้านสุขภาพกับความรู้ใหม่ และจัดกิจกรรมเพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้เรียน
3. การเรียนรู้ในเรื่องสุขภาพไม่ได้เกิดจากบุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้ให้ความรู้แต่เพียงผู้เดียว แต่ผู้เรียนทุกคน และสมาชิกคนอื่นๆ ในชุมชน ประชาสังคม ล้วนเป็นแหล่งที่มาของความรู้ด้วยกันทุกคน และมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้ ความคิดเห็นซึ่งกันและกัน
4. การเรียนรู้เรื่องสุขภาพที่เกิดขึ้นในกลุ่มเป็นการเรียนรู้ที่มีความสัมพันธ์สอดคล้องกับความต้องการ ปัญหา และประสบการณ์ด้านสุขภาพของสมาชิกในกลุ่ม
5. การเรียนรู้เกิดขึ้นได้ 3 ทาง คือ จากตนเอง จากสมาชิก และจากกลุ่ม

การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ร่วมกันภายในกลุ่ม (Phase of Group Experience)

มี 3 ระยะ (Marram, 1978) ได้แก่

ระยะที่ 1 ระยะสร้างความสัมพันธ์ เป็นการเริ่มต้นสร้างสัมพันธ์ระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกกลุ่ม และระหว่างสมาชิกกลุ่มด้วยกัน โดยผู้นำต้องสร้างบรรยากาศที่เป็นมิตร สร้างความรู้สึกมั่นคง ปลอดภัยให้สมาชิก กล่าวย้าให้สมาชิกได้เข้าใจ จุดมุ่งหมายของการทำกลุ่ม กฎและแนวทางในการปฏิบัติตัวในฐานะสมาชิก สร้างบรรยากาศสิ่งแวดล้อมที่น่าพึงพอใจ เพื่อสร้างความรู้สึกผ่อนคลาย กระตุ้นและส่งเสริมให้สมาชิกแสดงความคิดเห็น ความรู้สึก แลกเปลี่ยนประสบการณ์กันอย่างอิสระ

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ เป็นระยะระดมพลังของสมาชิกทุกคนในกลุ่ม เพื่อแก้ไขปัญหา สมาชิกจะมีความรู้สึกไว้วางใจและเชื่อมั่นในกลุ่ม เปิดเผยตนเองมากขึ้น ยอมรับว่าตนเองมีปัญหา ต้องการหาทางแก้ไขและเลือกวิธีแก้ปัญหา โดยมีเพื่อนสมาชิกในกลุ่มคอยให้การช่วยเหลือ สนับสนุน และการได้มีโอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มนี้จะทำให้เกิดความคิดใหม่ๆ เพื่อนำมาใช้ในการปรับปรุงแก้ไข ปัญหาของตน นอกจากนี้ความเชื่อมั่นในกลุ่มจะทำให้สมาชิกสามารถรับรู้ข้อมูล ย้อนกลับและให้ข้อมูลย้อนกลับไปยังเพื่อนสมาชิกในกลุ่มได้ นั่นคือสมาชิกจะมีบทบาท เป็นทั้งผู้ให้และผู้รับ

ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดของการทำกลุ่ม เป็นระยะที่ผู้นำกลุ่มจะต้องสรุปประสบการณ์ทั้งหมดในการทำกลุ่ม ช่วยให้สมาชิกในกลุ่มได้ประเมินความก้าวหน้า ความเปลี่ยนแปลงในการพัฒนาตนเอง และความสำเร็จของกลุ่ม โดยต้องไม่ลืมที่จะให้โอกาสสมาชิกได้ระบายความรู้สึกนึกคิดอย่างเต็มที่

- การวิจัยโดยใช้การระดมความคิดในการวางแผนพัฒนา (Appreciation Influence Commitment, AIC)

การระดมความคิดในการวางแผนพัฒนา หรือกระบวนการ AIC สำหรับประเด็นสุขภาพที่พบในงานวิจัยของ สวรรส. ยกตัวอย่างเช่น งานวิจัยเรื่องการสังเคราะห์วิสัยทัศน์ของประชาคมเกษตรกรสำหรับการปฏิรูประบบสุขภาพ (คทา บัณฑิตานุกูล และคณะ,

2543) โครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการเรื่องการส่งเสริมประชาคมสื่อมวลชนเพื่อสุขภาพ (พลเดช ปิ่นประทีป, ยุทธดนัย สีดาหาล้า และคณะ, 2545) พบว่ากระบวนการ AIC เป็นปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมอีกรูปแบบหนึ่งที่เป็นเสมือนการรวมพลังจากสมาชิกในประชาสังคมเอง และจากหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อค้นหาปัญหา และวางแผนกำหนดยุทธศาสตร์การดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหาของประชาสังคมสุขภาพร่วมกัน ซึ่งในการรวมพลังนี้ประกอบไปด้วย

พลังแห่งเมตตา ได้แก่ ความรัก เป็นมิตร ปวารณาดีต่อกัน ความเข้าอกเข้าใจ เห็นใจกัน ให้กำลังใจ ให้เกียรติ ช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน รู้จักอภัย และมีความกรุณา เอื้ออาทรต่อกัน

พลังแห่งปัญญา ได้แก่ การแสดงออกซึ่งความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ มีวิจรรณญาณ ในการวินิจฉัยวิเคราะห์ รู้จักสังเกต คิดค้น เสาะหา วิเคราะห์เหตุแห่งปัญหา และสังเคราะห์แนวทางแก้ไขอย่างบูรณาการองค์ความรู้ และองค์ประกอบในมิติต่างๆที่เกี่ยวข้องและมีผลต่อสุขภาพ

พลังแห่งการจัดการ ได้แก่ ความสามารถในการบริหารจัดการปัญหา ความร่วมรับผิดชอบตามข้อตกลงที่มีร่วมกัน

พลังแห่งการพัฒนา ได้แก่ พลวัตของการร่วมคิดวางแผน ร่วมทำดำเนินการ ร่วมเรียนรู้วัดผล และร่วมกันพัฒนาปรับปรุง เป็นวงจร คิด-ทำ-วัดผล-ปรับปรุง อย่างต่อเนื่อง

ขั้นตอนการสื่อสารประเด็นสุขภาพในการประชุม AIC

ขั้นที่ 1 สสำรวจสภาพที่เป็นจริงของสถานการณ์สุขภาพของชุมชนประชาสังคม

- ให้แต่ละคนวาดภาพสะท้อนความเป็นจริงตามที่ตนเองเห็น
- แลกเปลี่ยนความเห็น อธิบายภาพของตนเองในกลุ่มเล็ก โดยใช้หลัก
 - ให้เกียรติ ความรัก ความเป็นมิตร เห็นคุณค่า
 - เข้าใจ เห็นใจ กรุณา

- ชักถามกันได้ แต่ไม่วิจารณ์ ไม่ตำหนิ
- ไม่ครอบงำ ให้โอกาสทุกคนอย่างเท่าเทียมกันในการแสดงความคิดเห็น

ขั้นที่2 กำหนดสภาพที่มุ่งหวังในเรื่องสุขภาพ

- ให้แต่ละคนวาดภาพแสดงความมุ่งหวัง
- พูดคุย แลกเปลี่ยนความเห็น อธิบายภาพที่มุ่งหวังไว้ (ใช้หลักเหมือนขั้นที่1)
- สรุปให้เป็น “ภาพแห่งความมุ่งหวัง” ภาพเดียว
- นำเสนอในกลุ่มใหญ่
- ที่ประชุมใหญ่ตั้งคณะทำงานยกกว้าง
 - อุดมการณ์ / ปณิธาน
 - คำขวัญ / คำประพันธ์
 - สัญลักษณ์ / โลโก้

ขั้นที่3 คิดค้นภารกิจสำคัญ

- คิดเพียงคนเดียว 1-3 ข้อ
- คณะทำงานแบ่งกันคิด “ภารกิจสำคัญ”
- คัดเลือก “ภารกิจ” ที่กลุ่มเห็นว่าดีที่สุด
- อภิปราย ถกแถลงกันได้ เพื่อหาข้อยุติที่สมเหตุสมผล และกลุ่มพอใจมากที่สุด
- หลังจากได้ภารกิจสำคัญ จึงกำหนดยุทธศาสตร์หลักและยุทธศาสตร์ย่อยต่อไป
- คิดค้นวิธีการสำคัญสำหรับยุทธศาสตร์หลัก และคิดค้นวิธีการย่อยๆ สำหรับยุทธศาสตร์ย่อยๆ เพื่อบรรลุความมุ่งหวัง โดย
 - แต่ละคนคิดค้นวิธีการสำคัญ 1-3 ข้อ
 - แลกเปลี่ยนความเห็นในกลุ่มเล็ก รวบรวมวิธีการสำคัญ
 - คัดเลือก และจัดอันดับวิธีการสำคัญที่กลุ่มเห็นว่าดีที่สุด สำคัญที่สุด

- อภิปราย เพื่อหาข้อยุติที่สมเหตุสมผล และกลุ่มพอใจมากที่สุด
- นำเสนอในกลุ่มใหญ่
- คณะทำงานรวบรวมสรุปวิธีการสำคัญของทุกกลุ่ม
- นำเสนอกกลุ่มใหญ่ ทบทวน เพิ่มเติม และรับรอง

ขั้นที่4 ทำแผนดำเนินการ

- จัดกลุ่มทำงาน “ภารกิจ” แต่ละชื่อมาทำ “แผนดำเนินการ” ซึ่งประกอบด้วย ชื่อแผน (กิจกรรม) วัตถุประสงค์ ขั้นตอน/วิธีการ ผู้รับผิดชอบ ระยะเวลา งบประมาณ
- นำเสนอ “แผนดำเนินการ” ในที่ประชุมใหญ่ และอภิปรายให้ได้ข้อยุติ

ขั้นที่5 สรุปทบทวน

- คิดทบทวนด้วยกันในที่ประชุมกลุ่มใหญ่ว่าได้ทำอะไรมาบ้าง ได้ผลอะไรที่สำคัญ
- พิจารณาว่า ได้ข้อคิด หรือบทเรียนที่มีประโยชน์อะไรบ้าง
- พิจารณาว่า เรื่องที่ควรดำเนินการภายหลังการประชุมมีอะไรบ้าง และใครจะรับผิดชอบไปดำเนินการ รวมทั้งกำหนดระยะเวลาดำเนินการ

2.1.2. ประเด็นและหัวข้อศึกษาในงานวิจัยของ สวรส.

ประเด็นหัวข้อศึกษาที่พบมากในงานวิจัยของ สวรส. ที่ผ่านเกณฑ์คัดเลือก เน้นศึกษาความเป็นชุมชน ประชาสังคม และการมีส่วนร่วมของชุมชนประชาสังคม ยกตัวอย่าง เช่น การวิจัยเชิงปฏิบัติการ “การพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพของชุมชน” (ประยูร ชูทอง และคณะ, 2541) เครือข่ายชุมชนและประชาสังคม: แนวคิด ประสบการณ์ ตัวอย่าง (เสรีพงศ์พิศ และคณะ, 2545) รายงานผลการวิจัย โครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการ การส่งเสริมประชาคมสื่อมวลชนเพื่อสุขภาพ (พลเดช ปิ่นประทีป, ยุทธดนัย สีดาห้ำ และคณะ, 2545) แนวทางการส่งเสริมประชาสังคมเพื่อป้องกันและไขปัญหาเสพติดในชุมชน (นรินทร์ แก้วมีศรี และคณะ, 2546) เป็นต้น

2.2. กลุ่มเป้าหมายในงานวิจัยของ สวรรส.

จากการวิเคราะห์งานวิจัยของ สวรรส. พบว่า การวิจัยเรื่องหนึ่งๆ ของ สวรรส. จะประกอบไปด้วยคณะผู้ร่วมวิจัยหลายคน จากหลากหลายสาขาวิชาชีพ มีการแบ่งการทำงานเป็นทีมวิจัย ส่วนกลาง ทีมวิจัยส่วนภูมิภาค จึงทำให้มีการคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายที่หลากหลาย และครอบคลุมกลุ่มประชากรที่ต้องการศึกษา ไม่จำกัดการศึกษาเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง หากแต่มีการกระจายการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณไปยังกลุ่มเป้าหมายที่อยู่ในชุมชนชนบทห่างไกล และทั่วทุกภาคของประเทศ โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัยของ สวรรส. นั้น ร้อยละ 71 เป็นกลุ่ม ชุมชน ชุมรม ประชาสังคม ต่างๆ เช่น การวิจัยเชิงปฏิบัติการ “การพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพของชุมชน” (ประยูร ชูทอง และคณะ, 2541) เครือข่ายชุมชนและประชาสังคม: แนวคิด ประสบการณ์ ตัวอย่าง (เสวี พงศ์พิศ และคณะ, 2545) เป็นต้น ร้อยละ 21 เป็นกลุ่มสื่อต่างๆ เช่น การวิจัยเรื่อง การวิเคราะห์ความจำเป็นและความต้องการของการบริการข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข (ศิริชัย ศิริกายะ และคณะ, 2541) โครงการวิจัยระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพเพื่อประชาชน (ประกอบ คุปรัตน์, 2546) โครงการวิจัยปฏิบัติการต่อเนื่อง เครือข่ายสุขภาพเพื่อประชาชน (เครือข่ายสุขภาพเพื่อประชาชน, 2544) เป็นต้น และร้อยละ 8 เป็นกลุ่มนักคิด นักวิชาการ และเอกสารงานวิจัย เช่น ประชาสังคมกับการพัฒนาสุขภาพ: ทศนะนักคิดในสังคมไทย (ชูชัย ศุภวงศ์ และ ยุวดี คาคการณีกุล, 2539) ประชาสังคมกับการพัฒนาสุขภาพ: บทวิเคราะห์ทางวิชาการ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2539) เป็นต้น

2.3. ลักษณะของตัวแปรที่ศึกษาในงานวิจัยของ สวรรส.

ในการศึกษาวิจัยของ สวรรส. มีการศึกษาตัวแปรที่เป็นลักษณะทั่วไปของชุมชนอย่างลึกซึ้ง ได้แก่ ลักษณะทางกายภาพของชุมชน ประวัติความเป็นมาของหมู่บ้านหรือชุมชน สภาพทางเศรษฐกิจ สภาพทางสังคม ลักษณะครอบครัว ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว วัฒนธรรมประเพณี ความสัมพันธ์ในชุมชน การศึกษา การเมืองการปกครอง ผู้นำชุมชน กลุ่มต่างๆในชุมชน เป็นต้น นอกจากนี้ยังได้ศึกษาศักยภาพและความพร้อมของชุมชน อันได้แก่ ระบบความสัมพันธ์ทางสังคมของชุมชน ระบบการปกครองภายในชุมชน การจัดการปัญหาภายในชุมชน การรวมตัวกันของชาวบ้านในชุมชน เป็นต้น ดังจะเห็นได้จากตัวอย่างจากงานวิจัยเรื่อง :

แนวทางการส่งเสริมประชาสังคมเพื่อป้องกันและไขปัญหาเสพติดในชุมชน (นรินทร์ แก้วมีศรี และคณะ, 2546)

รายงานการวิจัยโครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการ “การพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพของชุมชน” (ประยูร ชูทอง และคณะ, 2541)

เครือข่ายชุมชนและประชาสังคม: แนวคิด ประสบการณ์ ตัวอย่าง (เสรี พงศ์พิศ และคณะ , 2545)

ดังนั้น จากผลการวิจัยจึงแสดงให้เห็นได้ว่า ตัวแปรในการศึกษาวิจัยของ สวรรส. มีความหลากหลาย โดยเน้นคำนึงถึงตัวแปรบริบทแวดล้อมทั้งในระดับครอบครัว ชุมชน สังคม ที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่วิจัย ซึ่งส่งผลให้เกิดความแตกต่างในด้านความรู้ความเข้าใจ ความเชื่อ ทักษะคติ และพฤติกรรมของบุคคลหรือกลุ่มคน ที่แตกต่างกันตามชาติพันธุ์ สภาพภูมิศาสตร์ วิถีชีวิต ภูมิปัญญา วัฒนธรรมท้องถิ่น ความพร้อม ศักยภาพและความต้องการของชุมชน โดยการศึกษาตัวแปรทั้งหลายเหล่านี้อยู่ภายใต้เงื่อนไขการมีส่วนร่วมของชุมชนในการศึกษา และตรงกับความต้องการของชุมชนประชาสังคมในพื้นที่นั้น นอกจากนี้ยังมุ่งศึกษาพัฒนาการและกระบวนการในการก่อตัวของประชาคมรูปแบบต่างๆ เพื่อเป้าหมายที่หลากหลาย ไม่จำกัดเฉพาะแต่ในประเด็นสุขภาพเท่านั้น

2.4. สถานที่ที่ใช้เป็นพื้นที่ในงานวิจัยของ สวรรส.

ด้วยเหตุที่งานวิจัยของ สวรรส. มีทีมงานวิจัยที่ร่วมกันวิจัยหลายคน หลายฝ่าย ทั้งในส่วนกลาง และส่วนภูมิภาค ทำให้มีการกระจายพื้นที่ในงานวิจัยของ สวรรส. ขยายออกไปสู่ชุมชนชนบทที่ห่างไกล ครอบคลุมหลายจังหวัด ทั่วทุกภาคของประเทศ ไม่กระจุกตัวอยู่แต่ในเมืองใหญ่ ดังเห็นได้จากตัวอย่างจากงานวิจัยเรื่อง :

รายงานการวิจัยโครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการ “การพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพของชุมชน” (ประยูร ชูทอง และคณะ, 2541)

รายงานผลการวิจัย โครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการ การส่งเสริมประชาคมสื่อมวลชนเพื่อสุขภาพ (พลเดช ปิ่นประทีป, ยุทธดนัย สีดาหาล้า และคณะ, 2545)

เครือข่ายชุมชนและประชาสังคม: แนวคิด ประสบการณ์ ตัวอย่าง (เสรี พงศ์พิศ และคณะ , 2545)

2.5. สื่อที่ศึกษาในงานวิจัยของ สวรรส.

สื่อผสม จากการวิจัยพบว่าการสื่อสารประเด็นสุขภาพในงานวิจัยของ สวรรส. มีการใช้สื่อต่างๆ อย่างหลากหลาย ผสมผสานกัน เช่น สื่อเฉพาะกิจที่เป็นสื่อกิจกรรมในรูปแบบที่ให้ชุมชนได้มีโอกาสเข้าไปมีส่วนร่วม เช่น การจัดเวทีประชุม สัมมนา เสวนา ประชุมกลุ่มย่อย เป็นต้น สื่อบุคคลทั้งจากในชุมชนเองและจากนอกชุมชน โดยเน้นการสร้างความร่วมมือและประสานงานกันเป็นหลัก สื่อพื้นบ้านประเภทต่างๆตามวัฒนธรรม ประเพณีของแต่ละพื้นที่ชุมชน เป็นต้น สื่อต่างๆเหล่านี้มีผลในการกระตุ้นเตือน ให้สมาชิกในชุมชนประชาสังคม เกิดการเรียนรู้ร่วมกันอย่างต่อเนื่อง เป็นกลไกที่เอื้อต่อการสร้างการเปลี่ยนแปลง ตลอดจนเชื่อมโยงและเสริมสร้างศักยภาพของประชาชน ให้กลายเป็นศักยภาพของสังคม และมีการพัฒนากระบวนการสื่อสารโดยใช้สื่อพื้นบ้านให้มากขึ้น เพื่อการจัดการแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน โดยสร้างการรับรู้ และความเข้าใจในสถานการณ์ กระตุ้นให้เกิดอารมณ์ความรู้สึกร่วมถึงความสำคัญและผลกระทบของปัญหาที่อาจส่งผลกระทบต่อชุมชน ดังตัวอย่างจาก โครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการ การส่งเสริมประชาคมสื่อมวลชนเพื่อสุขภาพ (พลเดช ปิ่นประทีป, ยุทธดนัย สีดาหาล้า และคณะ, 2545) เป็นต้น

สื่อบุคคล ผลการศึกษาสื่อบุคคลจากงานวิจัยของ สวรรส. พบว่า สื่อบุคคลในงานวิจัยของ สวรรส. จะเน้นสื่อบุคคลที่เป็นคนภายในชุมชนเองเป็นหลัก และมีการร่วมมือกับสื่อบุคคลภายนอกชุมชนที่มีความใกล้ชิด และเข้าใจชุมชน โดยมุ่งสร้างความสัมพันธ์ในแนวราบกับชุมชน และสร้างกระบวนการแลกเปลี่ยนข้อมูล ข่าวสาร ประสบการณ์ ให้เกิดเรียนรู้ร่วมกันไปพร้อมกับสมาชิกในชุมชนประชาสังคม มิใช่เป็นบุคคลภายนอกที่มุ่งสื่อสารทางเดียวเพื่อถ่ายทอดความรู้เรื่องสุขภาพ ในลักษณะที่ตนเองเป็นผู้เชี่ยวชาญ และประชาชนในชุมชนเป็นผู้ไม่มีความรู้ที่ต้องได้รับการพัฒนาหรือชี้้นำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

การใช้สื่อบุคคลในการสื่อสารตามกระบวนการที่ค้นพบใหม่ที่พบในงานวิจัยของ สวรรส. ที่เป็นลักษณะเด่น ได้แก่ ปราชญ์ชาวบ้าน แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว หมอครอบครัว หมอพื้นบ้าน การดูแลกันเองภายในครอบครัวและชุมชน เป็นต้น ซึ่งมีลักษณะดังนี้

- ปราชญ์ชาวบ้าน

จากตัวอย่างโครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการเรื่อง “การพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพของชุมชน” (ประยูร ชูทอง และคณะ, 2541) พบว่า ปราชญ์ชาวบ้าน มีลักษณะที่เป็น

ชาวบ้านธรรมดาที่เป็นนักฟื้นฟู นักประยุกต์และประดิษฐ์คิดค้นทางวัฒนธรรมพื้นบ้าน เป็นบุคคลที่เป็นผู้นำทางความคิด มีอิทธิพลต่อความคิดเห็นของผู้อื่นที่เป็นประชาชนซึ่งอาศัยอยู่ในชุมชน เป็นผู้มีความรู้ปัญหา สามารถถ่ายทอดเชื่อมโยงคุณค่าของอดีตกับปัจจุบันได้อย่างเหมาะสม

ปราชญ์ชาวบ้าน ได้แก่ ผู้อาวุโสที่มีความรู้ ความชำนาญต่างๆ ผู้มีความรู้ปัญญาด้าน การเรียนพยาบาลตามแบบพื้นบ้าน ผู้มีความรู้เรื่องการใช้สมุนไพร พืชสมุนไพร ที่มี ไหวพริบและพรสวรรค์ ผีฟ้า หมอตำแย เป็นต้น บุคคลเหล่านี้เป็นแหล่งภูมิปัญญาของ ชาวบ้านทั้งสิ้น ในปัจจุบัน ปราชญ์ชาวบ้านได้ครอบคลุมไปถึงบุคคลที่พยายามแก้ปัญหา การดำเนินชีวิต และการประกอบอาชีพโดยใช้ความรู้จากประสบการณ์ตรงของตนเองด้วยความเพียรพยายาม ปรับเปลี่ยนสิ่งต่างๆ จนแนวคิดและการปฏิบัติเป็นที่ยอมรับอย่าง กว้างขวางในชุมชน

บทบาทของในด้านการรักษาพื้นบ้านนั้น ปราชญ์ชาวบ้านที่ศึกษาทางด้าน การพัฒนาด้านสุขภาพได้สร้างสรรคกิจกรรมที่ให้การรักษาพื้นบ้านอันหลากหลาย เช่น การ รักษาแบบไทบ้านอีสาน การรักษาพื้นบ้าน ชมรมหมอยาพื้นบ้าน และผู้สนใจสมุนไพร เป็นต้น

- แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (Family Health Leader)

จากแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 8 ซึ่งได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนา ประชาชน ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน ให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมใน ด้าน การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค โดยสามารถพึ่งตนเองได้นั้น ยุทธวิธีในการ ดำเนินงานดังกล่าว ได้แก่

- 1) การสนับสนุนให้ประชาชนได้ใช้ความสัมพันธ์ ความผูกพันทั้งในระดับครอบครัว และในระดับชุมชนเป็นพื้นฐานของการดูแลสุขภาพ แก่บุคคลในครอบครัวและ ชุมชนอย่างต่อเนื่อง
- 2) ส่งเสริมการพัฒนาประชาชนให้มีความรู้และทักษะที่จำเป็น และเหมาะสมในการ ดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว ตลอดจนมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไข

ปัญหาสาธารณสุขของชุมชน

การใช้สื่อบุคคลที่เป็น แกนนำสุขภาพประจำหมู่บ้าน จากตัวอย่างงานวิจัยของ สวรรส. เรือง ผลของการจัดกิจกรรมสุขศึกษา ร่วมกับการให้แรงสนับสนุนทางสังคมจาก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต่อความรู้และพฤติกรรมของแกนนำสุขภาพ ประจำครอบครัว (ธีระศักดิ์ มักคูน และคณะ, 2543) พบว่า ตามธรรมชาติของวิถี ครอบครัวไทยในแต่ละครอบครัว จะมีสมาชิกคนหนึ่งหรือมากกว่าหนึ่งที่ทำหน้าที่เป็นแกน หลักในการรับผิดชอบดูแลสุขภาพอนามัยของสมาชิกคนอื่นๆของครอบครัว เพื่อให้ทุกคน ในครอบครัวมีสุขภาพที่สมบูรณ์ แข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจ ซึ่งบุคคลที่ทำหน้าที่นี้ก็คือ “แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว” นั่นเอง แต่ทั้งนี้ทั้งนั้นเนื่องจากแกนนำสุขภาพประจำ ครอบครัวได้รับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยจากแหล่งต่างๆ ทั้ง สื่อสิ่งพิมพ์ สื่อวิทยุ สื่อ โทรทัศน์ หรือสื่อบุคคล ทั้งจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน และบุคลากรอื่นๆที่ไม่ใช่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ความคลาดเคลื่อนของความรู้จึง อาจเกิดขึ้นได้ทั้งจากแหล่งผู้ให้และผู้รับเอง จึงจำเป็นต้อง พัฒนาความรู้และทักษะของ แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวให้ถูกต้องเพียงพอ และเหมาะสมสำหรับการดูแลสุขภาพ อนามัยสมาชิกในครอบครัวและชุมชน

บทบาทหน้าที่ของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่พบในงานวิจัยของ สวรรส. มีดังนี้

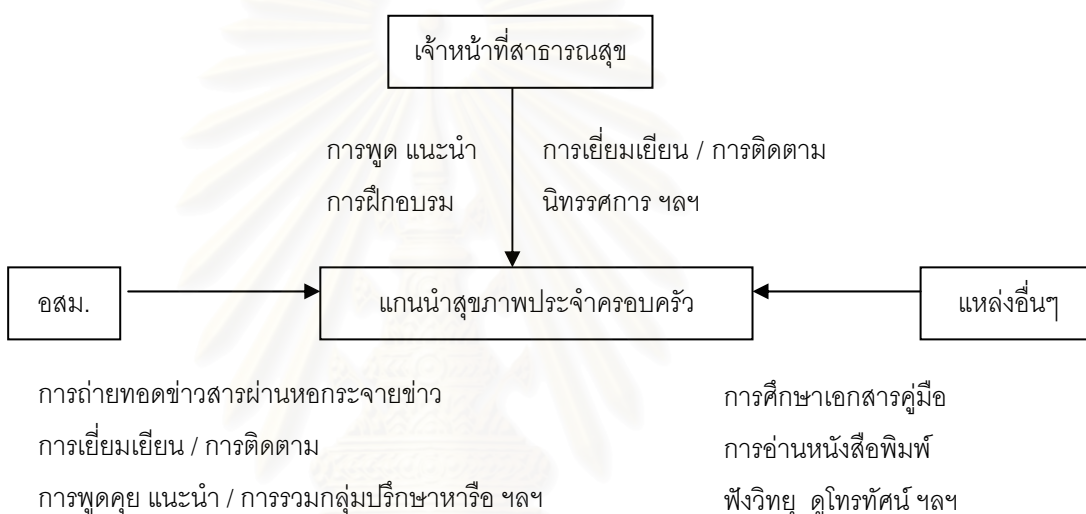
- เป็นแกนหลักสำคัญของครอบครัวในการดูแลสุขภาพอนามัยสมาชิกในครอบครัว
- เป็นแบบอย่างที่ดีด้านการดูแลสุขภาพอนามัย ให้แก่สมาชิกในครอบครัว
- เป็นผู้ประสานงานของครอบครัวในการมีส่วนร่วมแก้ไขปัญหาและการพัฒนา

สาธารณสุขของครอบครัวและชุมชน

การถ่ายทอดความรู้สู่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวนั้น แกนนำฯ สามารถที่จะ เรียนรู้หรือรับรู้ความรู้ ข่าวสารทางสาธารณสุขได้จากสื่อต่างๆในหลายรูปแบบ โดย อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ดูแลรับผิดชอบประจำพื้นที่จะเป็นสื่อบุคคลหลักที่ทำหน้าที่ ถ่ายทอดความรู้และทักษะที่จำเป็นสำหรับการดูแลสุขภาพอนามัยให้แก่แกนนำสุขภาพ ประจำครอบครัว รวมทั้งต้องดูแล ติดตาม ช่วยเหลือ ให้คำปรึกษา เป็นระยะๆอย่าง ต่อเนื่อง นอกจากนี้ก็มีการจัดสื่ออื่นๆ เช่น สิ่งพิมพ์ให้แก่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว

เพื่อใช้ในการเรียนรู้ด้วยตนเอง และต้องให้คำชี้แนะแก่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวเกี่ยวกับแหล่งความรู้อื่นๆ เช่น รายการสุขภาพทางโทรทัศน์ และวิทยุ คอลัมน์สุขภาพในหนังสือพิมพ์ วารสาร และห้องสมุดต่างๆ ทั้งนี้เพราะการเรียนรู้ที่หลากหลาย ต่อเนื่องและเป็นธรรมชาติ จะช่วยให้แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจ และเกิดประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอนามัยได้ดีมากยิ่งขึ้น

แผนภาพที่ 4 แสดงการสื่อสารเพื่อรับข้อมูลข่าวสารของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว



การสร้างเครือข่ายแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว เพื่อเป็นผู้ประสานงานของครอบครัวในการร่วมมือกับ อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการแก้ไขปัญหาและการพัฒนาสาธารณสุขในท้องถิ่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อสม. จะต้องเข้าไปประสานความร่วมมือกับแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวเหล่านี้ อย่างเสมอภาค ทั้งถึงและต่อเนื่อง ซึ่งจะเกิดเป็นเครือข่ายความร่วมมือในการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัยของชุมชนขึ้นได้

● หมอครอบครัว

ในสถานการณ์ที่สังคมโลกตะวันตกได้พัฒนาเทคโนโลยีการแพทย์ไปจนล้ำสมัย การแพทย์เฉพาะทางแตกย่อยเป็นหลายสาขาตามแต่โรคและอวัยวะที่เจ็บป่วย แต่ผู้ป่วยเองกลับรู้สึกว่าตนเองถูกทอดทิ้ง แพทย์เองก็สนใจแต่เรื่องของโรคและอวัยวะ ไม่ได้สนใจองค์ประกอบอื่นของความเจ็บป่วย โรคภัยไข้เจ็บก็ยังคงมีจำนวนมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยรวมทั้งวิชาชีพอื่นๆก็ห่างเหินกันออกไปเรื่อยๆ

จากงานวิจัยของ สายพิณ หัตถิรัตน์ (2545) พบว่า การแพทย์เฉพาะทางแผนใหม่ที่เรียกว่า “เวชศาสตร์ครอบครัว” ได้ประยุกต์ความรู้ทางการแพทย์ที่นำสมัย เทคนิคการดูแลผู้ป่วย การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเกิดโรค และการทำงานเป็นทีมกับวิชาชีพอื่นๆ เพื่อการดูแลผู้ป่วยให้ครบวงจร เนื่องจากมนุษย์ทุกคนย่อมเป็นสมาชิกของครอบครัวใดครอบครัวหนึ่ง ดังนั้นการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจึงไม่ใช่การเจ็บป่วยของบุคคลเพียงคนเดียว แต่อาจเป็นได้ทั้งเหตุและผลของสภาวะการณ์ครอบครัวที่ผู้ป่วยเกี่ยวข้องกับอยู่ กล่าวคือ ความเจ็บป่วยอาจมีสาเหตุมาจากครอบครัว และมีผลกระทบไปถึงสมาชิกอื่นของครอบครัวด้วย

เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นวิชาเฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง โดยไม่มีข้อจำกัดของอายุ เพศ วัย และโรค หมอครอบครัวจะเป็นหมอคนแรกที่ผู้ป่วยมาพบ เป็นหมอประจำตัวผู้ป่วยไม่ว่าผู้ป่วยจะเป็นโรคอะไรหรือถูกส่งไปรักษาต่อกับใคร เป็นผู้ที่จะดูแลผู้ป่วยรวมทั้งดูแลครอบครัวของผู้ป่วยและชุมชนที่เกี่ยวข้องด้วย ความเฉพาะทางของหมอครอบครัวต่างจากหมอเฉพาะทางสาขาอื่นๆตรงที่ไม่มุ่งเน้นที่ตัวโรค แต่มุ่งเน้นที่หลักการสำคัญ 4 ประการ คือ

- 1) การสื่อสารเพื่อสร้างสัมพันธภาพอันดี หมอครอบครัวต้องรู้วิธีสร้าง วิธีสานต่อความสัมพันธ์อันดีระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ความสัมพันธ์ระหว่างหมอกับผู้ป่วยอันยาวนาน ทำให้หมอครอบครัวสามารถวินิจฉัยความเจ็บป่วยได้ถูกต้องมากขึ้น สามารถพยากรณ์โรคและการดำเนินโรคได้ดีขึ้น จึงสามารถช่วยเหลือ ป้องกัน และบรรเทาทุกข์ให้ผู้ป่วยได้ดีขึ้น
- 2) มีความรู้ความชำนาญหลายด้าน เช่น วิทยาศาสตร์การแพทย์ จิตวิทยา สังคมวิทยา มานุษยวิทยา ศิลปะในการสื่อสาร เป็นต้น
- 3) ใกล้ชิดชุมชน สนองความต้องการของชุมชน สนับสนุนงานป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพได้
- 4) เป็นแหล่งข้อมูลสำคัญให้กับชุมชนในเรื่องต่างๆ ไม่เฉพาะแต่เพียงข้อมูลด้านสุขภาพกายเท่านั้น

คุณลักษณะของหมอครอบครัวที่สำคัญที่พบจากงานวิจัย มี 9 ประการ ได้แก่

- 1) เป็นผู้ดูแล (ความเป็น) “คน” ใช้ อย่างไม่มีการจำกัดขอบเขตและเงื่อนไขของปัญหาสุขภาพที่เฉพาะโรค เฉพาะเพศ เฉพาะวัย หรือระยะเวลาสิ้นสุดในการดูแล
- 2) เข้าใจความหมายของการเจ็บป่วยทุกขั้วทรมานของบุคคลนั้นๆอย่างลึกซึ้งในทุกมิติของสุขภาพ ไม่จำกัดเฉพาะโรคทางกาย
- 3) รู้จักใช้ทุกเวลาที่พบผู้ป่วย เพื่อการสื่อสารสร้างสัมพันธภาพ ให้คำแนะนำ ดูแล และสร้างเสริมสุขภาพในด้านต่างๆโดยที่ผู้ป่วยหรือญาติมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น และมีสิทธิที่จะเลือกแนวทางวิธีรักษา
- 4) ตระหนักดีว่าเมื่อมีผู้มาตรวจ 1 คน ย่อมมีประชากรที่เป็นกลุ่มเสี่ยงเดียวกันอยู่อีกจำนวนหนึ่งที่ยังไม่ได้รับการตรวจ เช่น สมาชิกในครอบครัว หรือสมาชิกในชุมชนของผู้ป่วย
- 5) เป็นผู้ประสานงานที่ดีกับกลุ่ม องค์กรอื่นๆ ทั้งในและนอกชุมชนประชาสังคม เพื่อการสร้างเสริม รักษา และดูแลสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว
- 6) เป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเดียวกับผู้ป่วยและครอบครัว มีความเข้าใจในบริบทด้านวัฒนธรรม ความเชื่อ ภูมิปัญญาของชุมชนนั้นๆ
- 7) เป็นผู้ที่สามารถออกตรวจรักษาและเยี่ยมผู้ป่วยถึงบ้าน เพื่อทำความเข้าใจและเข้าใจสภาพความเป็นอยู่ที่แท้จริงของผู้ป่วย
- 8) ให้ความสำคัญกับสิ่งที่ผู้ป่วยพูดถึงและวิตกกังวล (subjective aspects) มากกว่าสิ่งที่ตรวจพบได้ (objective aspects) เพราะสิ่งที่รบกวนผู้ป่วยย่อมสำคัญกว่าสิ่งที่แพทย์สนใจ
- 9) บริหารจัดการทรัพยากร และขั้นตอนต่างๆในการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย

เป้าหมายในการทำงานของหมอครอบครัว คือ การวินิจฉัยความเจ็บป่วย (ไม่ใช่การวินิจฉัยโรค) ให้การดูแลรักษาเยียววยาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม รวมทั้งสามารถให้คำปรึกษาแนะนำเพื่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง

ในกระบวนการสื่อสารทั่วไป จะมีผู้ให้สาร ตัวสาร และผู้รับสาร เมื่อผู้ป่วยเป็นผู้ให้สาร แพทย์ต้องฝึกเป็นผู้รับสารให้ครบถ้วนและเข้าใจ พร้อมทั้งตอบสนองต่อสารนั้นอย่างเหมาะสม ข้อมูลบางข้อมูลที่ผู้ป่วยคิดว่าสำคัญกับการเจ็บป่วยของตน กลับเป็นข้อมูลที่แพทย์ไม่ให้ความสนใจ หมอครอบครัวต้องสามารถจับความสำคัญของข้อมูลนั้นๆของผู้ป่วยได้ เพราะถือว่าความเจ็บป่วยสำคัญมากกว่าตัวโรค ถ้าแพทย์ไม่สามารถวินิจฉัยได้ทันที และตัดบทด้วยคำถามชุดต่อไป ผู้ป่วยจะไม่กล้าพูดซ้ำอีกเพราะเห็นว่าแพทย์ไม่สนใจ หลายครั้งที่ผู้ป่วยพยายามเดาใจแพทย์และดัดแปลงคำตอบเพื่อตอบในสิ่งที่แพทย์จะให้ความสนใจ ซึ่งทำให้ข้อมูลที่แพทย์ได้รับคลาดเคลื่อน การวินิจฉัยโรคจึงขึ้นอยู่กับข้อมูลที่คลาดเคลื่อนนั้น นอกจากนี้สารที่ผู้ป่วยสื่อถึงแพทย์มักไม่ใช่คำพูดเพียงอย่างเดียว แต่ลักษณะของน้ำเสียง หน้าตา ท่าทาง สีหน้า อากัปกริยา ก็เป็นข้อมูลสำคัญที่แพทย์ส่วนใหญ่มักละเลยและไม่ให้ความสำคัญ ด้วยเหตุนี้ทักษะในการติดต่อสื่อสารจึงถูกนำมาใช้เป็นเครื่องมือสำคัญของเวชปฏิบัติครอบครัว เพราะสามารถใช้สืบหาข้อมูลทางการแพทย์ได้มากและครอบคลุมมากขึ้น ทั้งทางด้านชีวภาพ จิต อารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อม

ลักษณะการดูแลรักษาของหมอครอบครัว โดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centered Care) มีแนวปฏิบัติ ดังนี้

1. สืบค้นทั้งโรค (disease) และความเจ็บป่วย (illness) ไปพร้อมๆกัน
 - 1.1. วินิจฉัยแยกโรค
 - 1.2. วินิจฉัยความเจ็บป่วย (ได้แก่ ความคิด อารมณ์ ความรู้สึก ความคาดหวัง และผลกระทบต่อหน้าที่ในชีวิตประจำวัน)
2. ทำความเข้าใจกับความเป็นคนของผู้ป่วย
 - 2.1. ตัวผู้ป่วย (ชีวิต ความเป็นอยู่ในปัจจุบัน และพัฒนาการชีวิตในอดีต)
 - 2.2. ครอบครัว ญาติพี่น้อง ที่อยู่และสิ่งแวดล้อม

3. หาแนวทางร่วมกันในการดูแลสุขภาพ ระหว่างทฤษฎีทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ กับสภาพความเป็นจริงในชีวิตของผู้ป่วย
 - 3.1. ลำดับความสำคัญของปัญหาความเจ็บป่วย
 - 3.2. เป้าหมายของการรักษา
 - 3.3. บทบาทของแพทย์และผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพร่วมกัน

4. ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและให้การส่งเสริมสุขภาพ
 - 4.1. สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันความเสี่ยงต่างๆ
 - 4.2. ค้นหาโรคและความเจ็บป่วยแต่เนิ่นๆ
 - 4.3. ลดความสูญเสียหรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคและความเจ็บป่วย

5. ส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างแพทย์และผู้ป่วย
 - 5.1. สร้างความสัมพันธ์ที่เป็นประโยชน์ต่อการรักษา (Therapeutic relationship)
 - 5.2. ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรักษา
 - 5.3. เน้นการดูแลและเยียวยา (caring and healing) มากกว่าการรักษา (treatment)
 - 5.4. มีสติ รู้จักอารมณ์ ความรู้สึก และความนึกคิดของตนเองขณะให้การดูแลผู้ป่วย
 - 5.5. รู้ถึงความรู้สึกที่ผู้ป่วยมีต่อแพทย์ และที่แพทย์มีต่อผู้ป่วย

6. ตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง
 - 6.1. เวลาอันจำกัด
 - 6.2. แหล่งข้อมูลที่จำกัด
 - 6.3. การสร้างทีมงานและเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย

การซักประวัติโดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางนั้นไม่จำเป็นต้องใช้เวลานาน แต่ต้องเปลี่ยนรูปแบบจากการซักประวัติแบบเดิมที่เน้นการถามเฉพาะโรค มาเป็นการฟังผู้ป่วยให้มากขึ้น ซึ่งการฟังในที่นี้หมายถึง หูฟังคำบอกเล่าจากผู้ป่วย และตาสังเกตปฏิกิริยาอื่นที่เป็นคำตอบรวมทั้งถามกระตุ้นให้ผู้ป่วยเล่า โดยให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสเล่ามุมมองของตนเอง

ก่อน ส่วนการซักถามเฉพาะโรคจะทำแทรกไปตามเรื่องของผู้ป่วยเล่าหรือทำขณะจบการสัมภาษณ์เพื่อยืนยันว่าไม่มีข้อมูลเพื่อการวินิจฉัยที่ตกหล่น แพทย์ต้องเป็นผู้ตามที่ดี โดยติดตามทำความเข้าใจกับความคิด ความรู้สึก อารมณ์ ความคาดหวัง และความเป็นจริงรอบตัวที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เพื่อจะได้เข้าใจในความเจ็บป่วยที่เฉพาะตัวของผู้ป่วย

เมื่อใดที่หมอบรรอบครัวได้รับความไว้วางใจให้เข้าไปปฏิบัติหน้าที่เป็นส่วนหนึ่งของระบบครอบครัวและชุมชน เมื่อนั้นครอบครัวและชุมชนจะกลายเป็นยาบำบัดความเจ็บป่วยขนานพิเศษให้แก่ผู้ป่วย ดังนั้นการทำงานเพื่อดูแลผู้ป่วยทั้งครอบครัวและชุมชน จึงมุ่งเน้นการพึ่งตนเองของครอบครัวและชุมชน ที่ไม่ใช่การทำครอบครัวบำบัดหรือชุมชนบำบัดที่หวังพึ่งให้คนภายนอกเข้าไปแก้ไข

● ครอบครัว กลุ่ม และชุมชน กับการดูแลตนเองในปัญหาสุขภาพเรื้อรัง

ปัญหาสุขภาพที่มีความเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัญหาที่มีการถูกตั้งข้อรังเกียจทางสังคม เช่น เอดส์ มะเร็ง โรคจิต และความพิการทั้งหลาย เป็นภาวะของความทุกข์ทั้งกายและใจ ทั้งตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว ญาติพี่น้อง อย่างยาวนานต่อเนื่อง ซึ่งปัญหาเหล่านี้ยากที่ระบบบริการทางการแพทย์แผนปัจจุบัน ที่มีธรรมชาติเพื่อการรักษาโรคติดเชื้อ จะมีความละเอียดอ่อนและอดทนเพียงพอที่จะดูแลรักษาได้อย่างครอบคลุมในทุกมิติ เนื่องจากเป็นปัญหาสุขภาพที่ไม่หายขาด ผู้ป่วยต้องการแรงหนุนหลายด้าน โดยเฉพาะอารมณ์ จิตใจและสังคม ผู้ที่มีปัญหาเหล่านี้จึงต้องการการดูแล (Caring) มากกว่าการรักษา (Curing) อย่างไรก็ตามสิ่งที่มักปรากฏให้เห็นคือ ระบบบริการทางการแพทย์มักละเลยมิติทางด้านสังคม จิตวิญญาณของผู้ป่วย และเพิกเฉยต่อความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย ไม่เพียงแต่ระบบบริการทางการแพทย์จะไม่เข้าใจ ไม่ให้กำลังใจ ไม่สนับสนุน และไม่มีคำตอบให้แล้ว สังคมโดยรวมก็ขาดความเข้าใจ และไม่มีระบบรองรับ ดังนั้นทางออกสุดท้ายของปัญหานี้คือ การหันกลับมาพึ่งตนเอง ด้วยการรวมกลุ่มช่วยเหลือกันเอง ตั้งแต่การค้นหาความรู้ จนถึงการสร้างกลไกในการรับมือกับปัญหาตามลำพัง จนในหลายกรณีได้กลายเป็นการทำงานเชิงรุก เพื่อแผ่การดูแลรักษาไปยังผู้ที่มีปัญหาคนอื่นๆและสังคมภายนอก

ในสังคมไทย ประสิทธิภาพของการสร้างกลุ่มเพื่อการดูแลตนเองในกรณีของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่พบมาก มักจะเป็นการที่โรงพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชน ส่งเสริมให้มี

การจัดตั้งกลุ่มหรือชมรมผู้ป่วย เช่น ชมรมผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น เพื่อทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยการช่วยเหลือแนะนำของแพทย์หรือบุคลากรอื่นๆของโรงพยาบาล ซึ่งเป็นการรูปแบบกลุ่มดูแลตนเองในความหมายที่แคบที่สุด คือการดูแลตนเองในส่วนที่เป็นส่วนต่อคือ ตามคำแนะนำของผู้ให้บริการแบบวิชาชีพ สำหรับประสบการณ์ที่เป็นการรวมกลุ่มกันเอง ในระดับครอบครัว กลุ่มและชุมชน เพื่อการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ทางสังคมที่มีความหมายยังมีไม่มากนัก แต่ที่พบได้จากงานวิจัยของ สวรรส. ยกตัวอย่าง เช่น

แนวทางการส่งเสริมประชาสังคมเพื่อป้องกันและไขปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน (นรินทร์ แก้วมีศรี และคณะ, 2546)

รายงานการวิจัยโครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการ “การพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพของชุมชน” (ประยูร ชูทอง และคณะ, 2541)

การศึกษาพฤติกรรมกรรมการอยู่ร่วมกันของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ครอบครัวและชุมชน: กรณีศึกษาในจังหวัดบุรีรัมย์ (สำราญ อาบสุวรรณ และคณะ, 2541)

การสังเคราะห์องค์ความรู้และกลไกการปฏิบัติงาน เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเอชไอวีที่บ้าน โดยครอบครัวและชุมชน ในบริบทสังคมวัฒนธรรมภาคกลาง (สุธีรา ฮุ่นตระกูล และ เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ, 2544)

2.6. ทิศทางการไหลของข้อมูล และลักษณะข้อมูลเนื้อหาที่พบในงานวิจัยของ สวรรส.

ผลการวิจัยพบว่า งานวิจัยของ สวรรส. เน้นให้คนในชุมชน ไม่ว่าจะเป็นผู้นำชุมชน เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน คนเฒ่าคนแก่ผู้สูงอายุ บุคคลในชุมชนที่สมาชิกในชุมชนให้ความเคารพนับถือ เช่น ปราชญ์ชาวบ้าน หมอพื้นบ้านในชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นต้น หรือเพื่อนบ้าน เป็นผู้บอกเล่า แนะนำ แลกเปลี่ยนข้อมูล ข่าวสาร ประสบการณ์ด้วยตนเอง ซึ่งเป็นการใช้การสื่อสารระหว่างบุคคล และการสื่อสารระดับกลุ่ม ในการพบปะพูดคุยกัน การจัดประชุม เสวนา หรือการทำกิจกรรมในชุมชนร่วมกัน ซึ่งถือเป็นการสื่อสารในแนวนอน และเป็นการสื่อสารสองทาง นอกเหนือจากนี้ก็มีผู้ให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นบุคคลภายนอกชุมชน เช่น บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เจ้าหน้าที่รัฐ เป็นต้น ที่เข้ามาในลักษณะของการให้คำแนะนำ ส่งเสริม สนับสนุนให้เกิดความร่วมมือประสานงานกัน นอกจากนี้มีการใช้สื่อมวลชนประเภทต่างๆในการรณรงค์บ้างแต่ไม่เน้นมากนัก

2.7. ผลของการสื่อสารในงานวิจัยของ สวรส.

ผลของเนื้อหาข่าวสารในงานวิจัยได้ช่วยกระตุ้นเตือน ให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน ในการจัดการแก้ไขปัญหาของชุมชนท้องถิ่น และทำให้ประเด็นสุขภาพเป็นวิถีชีวิตของคนในท้องถิ่น เกิดความสนใจ ตระหนักถึง และมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพภาวะชุมชนในท้องถิ่นของตน เน้นให้ชุมชนได้เชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพกับวิถีชีวิต สิ่งแวดล้อมของชุมชน สามารถจัดการเรื่องสุขภาพของตนเองและชุมชนได้อย่างมีระบบ มีประสิทธิภาพและยั่งยืน โดยมีจุดเน้นที่ความสามารถในการพึ่งพาตนเองได้ ชุมชนมีความสามัคคี สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี มีความเข้มแข็งในการจัดการแก้ไขปัญหาของตนเอง มีการวางแผน การดำเนินงาน และจัดการพัฒนาชุมชนในทุกๆด้าน ที่จะเอื้อให้เกิดสุขภาพที่ดีได้อย่างเป็นระบบ

2.8. สรุปภาพรวมจากงานวิจัยของ สวรส.

ผลจากการวิเคราะห์งานวิจัยของ สวรส. ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกทั้งหมด 28 เรื่อง รวมทั้งวิทยานิพนธ์ปริญญานิตศาสตร์มหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในช่วง ปี พ.ศ. 2541-2545 ที่ผ่านเกณฑ์คัดเลือก สามารถสรุปภาพรวมของกระบวนการทัศนวิสัยใหม่ของการสื่อสารเพื่อสุขภาพได้ดังนี้

1. การศึกษาการสื่อสารเพื่อสุขภาพ เน้นวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ และวิธีการวิจัยที่ผสมผสานทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลอย่างหลากหลาย ประเด็นที่มีการศึกษาเพิ่มมากขึ้น เช่น การศึกษาพฤติกรรมกรรมการสื่อสารอย่าง active ของกลุ่มเป้าหมาย การศึกษาพัฒนาการและกระบวนการสื่อสารของกลุ่ม ชุมชน ประชาสังคมเพื่อสุขภาพ การศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนประชาสังคมในการสื่อสาร เป็นต้น
2. กลุ่มเป้าหมายของการสื่อสารเพื่อสุขภาพไม่จำกัดเฉพาะแต่เพียงกลุ่มเสี่ยงเท่านั้น แต่ขยายขอบเขตกลุ่มเป้าหมายไปยังระดับครอบครัว กลุ่ม ชุมชน ประชาสังคม และพิจารณาถึงตัวแปรสภาพสังคม ความสัมพันธ์ในชุมชน วัฒนธรรม ความเชื่อ ภูมิปัญญา วิถีชีวิต และสิ่งแวดล้อมในชุมชน

3. พื้นที่วิจัยขยายขอบเขตจากตัวเมืองใหญ่ ไปสู่ชนบทที่อยู่ห่างไกล ชุมชน กลุ่ม ประชาสังคม ต่างๆ
4. เน้นการศึกษาสื่อบุคคลในชุมชน สื่อเฉพาะกิจ สื่อกิจกรรม สื่อพื้นบ้าน และสื่อรวมทุกประเภท ซึ่งผสมผสานกันอย่างหลากหลาย มีการใช้สื่อเพื่อเปิดโอกาสให้ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการสื่อสารมากขึ้น โดยรูปแบบวิธีการของสื่อเน้นที่การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข่าวสารร่วมกัน หรือการแลกเปลี่ยนทัศนคติระหว่างฝ่ายต่างๆที่ร่วมในกระบวนการสื่อสาร
5. รูปแบบการสื่อสารเนื้อหาข่าวสารสุขภาพ เน้นการสื่อสารในแนวนอน การสื่อสารแบบสองทาง (Two-Way Communication) มีทิศทางไหลจากล่างสู่บน (Upward Communication) และเปิดโอกาสและช่องทางสื่อสารให้ประชาชนได้แสดงความคิดเห็นป้อนกลับ (Feedback) ได้มากขึ้น
6. เนื้อหาเรื่องสุขภาพได้ขยายขอบเขตของประเด็นสุขภาพออกไปกว้างมากขึ้น ครอบคลุมในเรื่องของสภาวะจิตใจ ระบบความคิดและสิ่งแวดล้อมทางสังคม วิถีชีวิตของประชาชน เป็นต้น เนื้อหาถูกกำหนดและสร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดเรื่องการมีส่วนร่วมของในชุมชน มีการสำรวจความต้องการว่าผู้รับสารต้องการแบบใด คำนึงถึงผลกระทบต่อวิถีชีวิต และทัศนคติของกลุ่มผู้รับสารเพิ่มมากขึ้น
7. การนำแนวคิดเรื่องกลุ่ม ประชาสังคม และการมีส่วนร่วมของประชาชน มาใช้ในการสื่อสารประเด็นสุขภาพ

วัตถุประสงค์ข้อ 2 พัฒนาการของการใช้แนวทางประชาสังคมในการสร้างเสริมสุขภาพ

1. พัฒนาการของประชาสังคมจากอดีตสู่ปัจจุบัน

จากการวิเคราะห์งานวิจัยของ สวรรส. ยกตัวอย่างเช่น งานวิจัยเรื่องประชาสังคมกับการพัฒนาสุขภาพ: บทวิเคราะห์ทางวิชาการ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2539) ประชาสังคมกับการพัฒนาสุขภาพ: ทัศนะนักคิดในสังคมไทย (ชูชัย ศุภวงศ์ และ ยุวดี คาคาการณ์ไกล, 2539) เครือข่ายชุมชนและประชาสังคม: แนวคิด ประสพการณ์ ตัวอย่าง (เสรี พงศ์พิศ, 2545) เป็นต้น พบว่า ประชาสังคมด้านสาธารณสุข มีจุดเริ่มต้นที่การดูแลตนเองในระดับครอบครัว ชุมชนของคน

ไทย ซึ่งมีพัฒนาการมาก่อนที่รัฐจะเข้ามาจัดการผ่านระบบการแพทย์แผนตะวันตก เป็นบทบาทโดยธรรมชาติของกลุ่มสังคม ที่เข้ามามีส่วนในการแก้ไขปัญหาของตนเอง มีความเป็นอิสระ ไม่มีการจัดตั้ง และเกิดขึ้นจากความสมัครใจ เป็นการช่วยเหลือดูแลกันเองของชาวบ้าน ประชาชน ซึ่งประชาสังคมในระดับนี้ เกิดขึ้นอย่างเฉพาะกิจตามสภาพปัญหาสาธารณสุขที่เกิดขึ้นอย่างสมัครใจ และกระจายไปทั่ว จากจิตสำนึกในระดับปัจเจกบุคคล เกิดการเคลื่อนไหว ก่อตัวเป็นกลุ่มบุคคล ผ่านองค์กรที่มีการบริหารจัดการมากขึ้น เป็นกลุ่มช่วยเหลือกันเอง เช่น กลุ่มผู้สูงอายุที่มารวมตัวพบกันที่วัดเป็นประจำ โดยเฉพาะในวันพระ และก่อตั้งเป็นชมรมผู้สูงอายุในที่สุด โดยสามารถช่วยเหลือผู้สูงอายุด้วยกัน ในด้านสุขภาพจิตแนะนำเรื่องสุขภาพ ไปจนถึงการมีบทบาทถึงการช่วยเหลือสังคม ชุมชนได้อีกด้วย

การรวมตัวกันทางสังคมของประชาชนในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข ที่มีการรวมตัวกันและจัดตั้งเป็นองค์กร และเป็นระบบมากขึ้น คือ ระบบการแพทย์พื้นบ้าน ที่มีหมอพื้นบ้านเป็นผู้ให้การดูแลสุขภาพของประชาชนในท้องถิ่นจวบจนถึงปัจจุบัน ซึ่งหมอพื้นบ้านในชุมชนเป็นผู้ที่มีจิตสำนึกของการช่วยเหลือคนในท้องถิ่น ในชุมชนที่ตนอาศัยอยู่ จึงรวมตัวกันเพื่อมุ่งจัดการกับปัญหาที่ชาวบ้านกำลังเผชิญอยู่

ในเวลาต่อมาภายใต้สถานการณ์ยุคสมัยที่เรียกว่า ทศวรรษแห่งการพัฒนา พ.ศ.2500 ก็ได้มีผลให้เกิดหน่วยงานองค์พัฒนาเอกชนขึ้นจำนวนหนึ่ง โดยส่วนใหญ่จะมีบทบาทเน้นในด้านการสงเคราะห์และการกุศลเป็นสำคัญ เป็นองค์กรสาธารณประโยชน์ และมีลักษณะของประชาสังคมด้านสาธารณสุขรูปแบบหนึ่ง ที่ถือเป็นองค์กรปัญญาชน หรือคนชั้นกลางที่ดำเนินงานพัฒนาโดยไม่แสวงหาผลกำไรและเอื้อประโยชน์ให้กับผู้ที่กำลังเสียเปรียบในสังคม ซึ่งการกำเนิดขึ้นขององค์กรพัฒนาเอกชนเกิดจากแรงผลักดันหลายประการ เช่น เหตุการณ์ปัญหาเฉพาะหน้า ด้วยภาวะทางสังคม การเมือง สถานการณ์สุขภาพ หรือด้วยความมุ่งมั่นตั้งใจที่จะช่วยเหลือสังคม โดยตัวอย่างองค์กรพัฒนาเอกชนที่เป็นที่รู้จักกันอย่างแพร่หลาย ได้แก่ สภาอากาศ หรือในชื่อเดิมคือ สภาอุณาโลมแดง เป็นต้น และมีสมาคม มูลนิธิต่างๆ เพื่อการสงเคราะห์เกิดขึ้นมากมาย

พ.ศ.2502 – 14 ต.ค. 2516 ในช่วงนี้การปกครองมีลักษณะเป็นแบบรวมศูนย์ องค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์จึงมีวิวัฒนาการน้อยมาก ผู้ที่ทำงานมักเป็นผู้ที่มาจากสถาบันศาสนา และสถาบันการศึกษาเป็นส่วนใหญ่ องค์กรที่ทำงานจึงเป็นองค์กรด้านการกุศล มีวัตถุประสงค์ในการช่วยเหลือ สงเคราะห์ ให้บริการที่จำเป็นแก่คนยากคนจนเป็นหลัก องค์กรที่เกิดขึ้นในช่วงนี้

ยกตัวอย่างเช่น สภาสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทย(2502) สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย(2513) เป็นต้น

14 ต.ค. 2516 - พ.ศ.2523 หลังจากเหตุการณ์การเมืองในช่วง 14 ตุลาคม 2516 ถึง ตุลาคม 2519 เป็นช่วงของกระแสการสำนึกต่อปัญหาของสังคมไทย และการคิดค้นหนทางแก้ไข ปัญหา ทำให้ความตื่นตัวในชนบทขยายออกไปอย่างกว้างขวาง และไม่ได้มีบทบาทเฉพาะในด้าน การสงเคราะห์เท่านั้น แต่ทำหน้าที่ในการพัฒนา จัดบริการ เคลื่อนไหวในเชิงวิพากษ์วิจารณ์ นโยบายของรัฐด้วย องค์กรที่เกิดขึ้นในช่วงนี้ให้ความสนใจกับกิจกรรมด้านการเมือง ด้าน มนุษยธรรม ด้านศาสนาที่ไม่เห็นด้วยกับการใช้ความรุนแรง เช่น มูลนิธิเด็ก(2522) โครงการแต้ น่องผู้วิโยค(2522) เป็นต้น ปี พ.ศ. 2521 มีการใช้รัฐธรรมนูญ มีการเลือกตั้ง ระบบการเมืองมี ลักษณะที่เปิดกว้างมากขึ้น ชนชั้นกลางมีจำนวนมากขึ้น รวมทั้งคนหนุ่มสาวในสมัยนั้นมีทางเลือก เพิ่มมากขึ้นในการที่จะทำให้อุดมคติของตนถูกนำไปสู่การปฏิบัติ โดยการเข้าร่วมในองค์กรพัฒนา เอกชน มีผลทำให้มีองค์กรของเอกชนเกิดขึ้นเป็นจำนวนมาก มีการสัมมนาแลกเปลี่ยนความ คิดเห็น ประสบการณ์ในอดีต ตลอดจนพยายามที่จะหาแนวทางร่วมมือประสานงานกันเพื่อ เสริมสร้างการพัฒนาสังคมไทยให้กว้างขวางมากยิ่งขึ้น แต่อย่างไรก็ตามความคิดในการ ประสานงานกับภาครัฐยังมีน้อย

พ.ศ.2523 - 2538 การทำงานได้มุ่งเน้นไปที่การแก้ปัญหาพื้นฐาน ปัญหาทางเศรษฐกิจ และสังคม มีการทบทวนบทบาทองค์กร และวางรากฐานขององค์กรตนเอง มีความพยายามที่จะ จัดการอย่างเป็นระบบระเบียบมากขึ้น การให้ความช่วยเหลือทางการเงินลดลง มีความ พยายามที่จะกำหนดทิศทางในการดำเนินงานร่วมกัน รวมกลุ่มกันเป็นคณะกรรมการประสานงาน องค์กรเอกชนพัฒนาชนบท คณะกรรมการประสานงานองค์กรด้านคนพิการ เครือข่ายองค์กรด้าน เด็ก เครือข่ายองค์กรด้านผู้หญิง คณะกรรมการประสานงานองค์กรพัฒนาเอกชนเพื่อการ สาธารณสุขมูลฐาน คณะกรรมการองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ เครือข่ายเกษตรทางเลือก เป็น ต้น รวมทั้งยังมีแนวโน้มการรวมตัวกันในท้องถิ่นเพื่อช่วยเหลือกันพัฒนาสุขภาพอนามัยจำนวน มาก และมีความพยายามที่จะเชื่อมประสานไปยังกระแสสากลและองค์กรพัฒนาเอกชนในระดับ สากลมากขึ้นด้วย

2. ขั้นตอนของพัฒนาการไปสู่การเป็นเครือข่ายประชาสังคม

จากการวิเคราะห์พัฒนาการของประชาสังคม จากงานวิจัยของ สวรรส. ยกตัวอย่างเช่น งานวิจัยเรื่อง แนวทางการส่งเสริมประชาสังคมเพื่อป้องกันและไขปัญหายาเสพติดในชุมชน (นรินทร์ แก้วมีศรี และคณะ, 2546) พบว่า พัฒนาการของประชาสังคมสามารถแบ่งออกได้เป็น 10 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 การรวมตัวกันชั่วคราว ซึ่งในขั้นนี้อาจเกิดขึ้นโดยประชาชนทั่วไปเอง หรือมีผู้ส่งเสริม สนับสนุนให้เกิด เช่น การจัดประชุม การสัมมนา การชุมนุม การพบปะสนทนา เป็นต้น ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน

ขั้นที่ 2 ได้ความคิดจากการรวมตัวกันชั่วคราว ทำให้เกิดแรงบันดาลใจที่จะลงมือทำ ซึ่งเทคนิค กระบวนการประชุมแบบมีส่วนร่วมแบบต่างๆและการเรียนรู้ ที่เป็นเทคนิคเชิงคุณภาพ จากขั้นที่ 1 จะช่วยให้ผู้ที่เข้ามารวมตัวกันเกิดความคิดดีๆได้มาก ในขณะที่การจัดประชุมชี้แจงเชิงปริมาณ ขนาดใหญ่ๆ หรือเป็นแบบทางการนั้นมักไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร

ขั้นที่ 3 เกิดการรวมกลุ่มเพื่อช่วยเหลือตนเอง ช่วยกันเอง เนื่องจากเมื่อเกิดความคิดดีๆที่จะลงมือ ทำแล้ว การมีเพื่อนร่วมคิดร่วมทำนั้นจะทำให้เกิดการสานต่อได้มาก

ขั้นที่ 4 ร่วมคิดร่วมวางแผนกันเอง ซึ่งเป็นการพัฒนาการรวมกลุ่มจากขั้นที่ 3 โดยการคิดและ วางแผนอย่างเป็นทางการว่าจะทำอะไร อย่างไร ที่ไหน เมื่อใด เกิดเป็นแผนงานโครงการต่างๆ

ขั้นที่ 5 มีโอกาสได้ทำกิจกรรม/โครงการ ตามที่ได้คิดวางแผนกันไว้

ขั้นที่ 6 ร่วมกิจกรรม ร่วมประชุม ร่วมเรียนรู้ พบปะ ประชุมสนทนาเรียนรู้กันอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ ซึ่งจะเป็นการสร้างสมาชิกในชุมชน ประชาคม ให้เกิดการเชื่อมโยงผูกพันกันใหม่

ขั้นที่ 7 เกิดความเป็นชุมชนที่เข้มแข็งขึ้นเรื่อยๆ อย่างค่อยเป็นค่อยไป ค่อยๆสะสมจนเกิดการตก ผลึกทางความคิด สั่งสมภูมิปัญญาในการพึ่งตนเองของกลุ่ม ชุมชน ประชาคม

ขั้นที่ 8 เป็นกลุ่มพึ่งตนเองได้ ด้วยภูมิปัญญาที่พึ่งตนเองของกลุ่ม เกิดความแข็งแกร่งในการ พึ่งตนเอง ดูแลตนเองและนำพากลุ่มเคลื่อนไปข้างหน้าด้วยตนเอง

ขั้นที่ 9 พัฒนาศักยภาพกลุ่ม และขยายกลุ่มออกไป กลุ่มและผู้นำกลุ่มมีทักษะความสามารถใน การทำงานมากขึ้น สมาชิกขยายตัวออกไป เผยแพร่แนวคิดสู่กลุ่มอื่นๆ

ขั้นที่ 10 เชื่อมโยงกับกลุ่มอื่นๆเป็นเครือข่าย มีการสื่อสาร ร่วมกิจกรรมระหว่างกัน ทำให้เกิดความรู้ ความคิดใหม่ๆ ตลอดจนเป็นโอกาสในการพัฒนากลุ่มประชาคมของตน จากการเรียนรู้ร่วมกันใน ลักษณะเครือข่ายหรือประชาสังคม

3. รูปแบบของประชาสังคม

ในการวิเคราะห์จำแนกรูปแบบของประชาสังคมด้านสุขภาพ จากงานวิจัยของ สวรรส. ยกตัวอย่างเช่น งานวิจัยเรื่องประชาสังคมกับการพัฒนาสุขภาพ: บทวิเคราะห์ทางวิชาการ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2539) ประชาสังคมกับการพัฒนาสุขภาพ: ทักษะนักคิดใน สังคมไทย (ชูชัย ศุภวงศ์ และ ยุวดี คาคการณไกล, 2539) บทบาทประชาคมส่งเสริมสุขภาพ: นอภภาครัฐ (อนุวัฒน์ ศุภชิตติกุล, เพ็ญจันทร์ ประดับมุข และยุพา วงศ์ไชย, บรรณาธิการ, ม.ป.ป.) เครือข่ายชุมชนและประชาสังคม: แนวคิด ประสบการณ์ ตัวอย่าง (เสรี พงศ์พิศ, 2545) เป็นต้น พบว่า ประชาสังคมด้านสุขภาพนั้นสามารถแบ่งออกเป็นหลายรูปแบบตามเกณฑ์การ จำแนก ได้ดังนี้

a. รูปแบบของประชาสังคมด้านสุขภาพที่จำแนกตามจุดกำเนิดของประชาสังคม

จากการศึกษาประชาสังคมต่างๆในงานวิจัยของ สวรรส. พบว่าสามารถแบ่งประเภท ของประชาสังคมตามเกณฑ์จุดกำเนิดของประชาคม ได้ดังนี้

1) องค์กรอิสระสาธารณประโยชน์

ประชาสังคมในรูปแบบนี้ ได้ก่อรูปขึ้นมาจากกลุ่มเพื่อนหรือบุคคลในแวดวง ใกล้ชิดมาร่วมกันทำกิจกรรมบางด้านที่สามารถทำได้ แล้วค่อยก่อรูปเป็นองค์กร ขยาย กิจกรรม ขยายจำนวนสมาชิกออกไปในภายหลัง เป้าหมายขององค์กรที่เกิดขึ้นจากการ รวมตัวในรูปแบบนี้เป็นไปเพื่อการพัฒนาสังคม โดยอาศัยความรู้ความชำนาญในเชิง วิชาการที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์ต่อประชาชนส่วนรวม องค์กรที่ก่อกำเนิดขึ้นในลักษณะนี้ ได้แก่

มูลนิธิหมอบ้าน เริ่มต้นจากการจัดทำนิตยสารหมอบ้านในปี พ.ศ. 2521 เพื่อช่วยให้ชาวบ้านมีความรู้ สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ และมีความสามัคคีกัน ให้

บุคลากรทางการแพทย์หันมาสนใจปัญหาของประชาชนมากขึ้น ตามวิธีการ “ทำให้ชาวบ้านเป็นหมอ ทำให้หมอเป็นชาวบ้าน” (เพ็ญจันทร์ ประดับมุข, 2539) แล้วได้พัฒนา มาเป็นมูลนิธิหมอชาวบ้านในปี พ.ศ.2524

มูลนิธิสาธารณสุขกับการพัฒนา (กลุ่มศึกษาปัญหา) เริ่มต้นจากนิสิต นักศึกษา และอาจารย์ในคณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่สังเกตเห็นปัญหา การใช้จ่ายของประชาชน ได้ร่วมกันศึกษาข้อมูลและวิจัยปัญหานี้ร่วมกัน เมื่อปี พ.ศ.2518 แล้วค่อยๆ ขยายกิจกรรมทางด้านอื่นๆออกไป เช่น การรณรงค์คุ้มครองผู้บริโภค การพัฒนาชุมชน การจัดทำสื่อการศึกษาต่างๆ เป็นต้น ซึ่งไม่ได้จำกัดกรณีศึกษาอยู่เฉพาะ เรื่องยาอีกต่อไป แต่ว่าได้ขยายกิจกรรมที่ครอบคลุมปัญหาสาธารณสุขอื่นๆ และการพัฒนาสังคม

นอกจากนี้ยังมีตัวอย่างอีกหลายองค์กรที่อยู่ในรูปแบบนี้ได้แก่ ชมรมแพทย์ชนบท สมาคมทำหมันแห่งประเทศไทย มูลนิธิดวงประทีป มูลนิธิเพื่อการพัฒนาเด็ก มูลนิธิเพื่อเด็กพิการ มูลนิธิอาสาสมัครเพื่อสังคม เป็นต้น

ในด้านกิจกรรมและบทบาทของประชาสังคมด้านสุขภาพ บทบาทส่วนหนึ่งของ องค์กรสุขภาพอยู่ที่การเรียกร้องให้มีการปรับปรุงนโยบายต่างๆที่ไม่สอดคล้องกันการ พัฒนา ผลักดันนโยบายที่ดีให้เป็นจริงในทางปฏิบัติควบคู่ไปกับการพัฒนาประชาชน นอกจากนี้ยังทำหน้าที่เผยแพร่ความรู้ เสริมความรู้ให้ประชาชนได้เกิดการเรียนรู้ มีความ ตื่นตัว กระตุ้นเตือนการรับรู้ ทำให้ประชาชนสามารถนำไปใช้เพื่อดูแลสุขภาพ ค้นคว้า ปรับปรุงสาธารณสุขให้เหมาะกับแต่ละชุมชน และยังมีกรอบมเพื่อให้ความรู้ด้าน สาธารณสุข และการคุ้มครองผู้บริโภคในลักษณะของการให้บริการทั่วไปอีกด้วย

2) องค์กรวิชาชีพ

ประชาคมในรูปแบบนี้องค์ประกอบของสมาชิกมักเป็นคนของรัฐหรือทำงานใน ระบบอื่น แต่อยากรวมตัวแก้ปัญหา โดยที่ในแต่ละสาขาวิชาชีพมักจะมีสมาคมวิชาชีพอยู่ แล้ว แต่ส่วนใหญ่ดำเนินกิจกรรมเพียงเพื่อปกป้องผลประโยชน์ของวิชาชีพตนเอง รูปแบบ ของกิจกรรมก็มักเป็นไปเพื่อสร้างความสามัคคี ความบันเทิงระหว่างสมาชิก ให้ความรู้แก่ สมาชิก ในขณะที่เดียวกันวิชาชีพต่างๆเหล่านี้เมื่อไปปฏิบัติงานในระบบราชการแล้ว มัก ประสบปัญหาเกี่ยวกับระบบราชการ หน่วยงานที่รับผิดชอบไม่สามารถแก้ไขปัญหาให้ได้

เท่าที่ควร รวมทั้งขาดผู้รู้ที่จะปรึกษาหารือได้ ดังนั้นจึงได้มีการรวมกลุ่มกันขึ้นในระหว่างกลุ่มเพื่อนที่สนใจ และเล็งเห็นถึงปัญหาาร่วมกันเพื่อการพบปะพูดคุย แลกเปลี่ยนปัญหา แสวงหาช่องทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน เสริมสร้างขวัญกำลังใจซึ่งกันและกัน บางวิชาชีพได้รวมตัวกันเพื่อเรียกร้องในการปกครอง การดูแลกันเอง ปกป้องวิชาชีพของตน เช่น แพทยสมาคม บางวิชาชีพรวมตัวกันเพื่อพัฒนางานในวิชาชีพของตนเพื่อประโยชน์ของประชาชน องค์กรเหล่านี้มีจุดเน้นในการทำกิจกรรมก็คือ เพื่อการพัฒนาวิชาชีพบนพื้นฐานผลประโยชน์ของประชาชนส่วนใหญ่ องค์กรเหล่านี้จะมีจำนวนสมาชิกผันแปรตามจำนวนบุคลากรที่ประกอบอาชีพในสาขานั้นๆ ส่วนการเข้าร่วมกิจกรรม จะมากน้อยเพียงใดก็ขึ้นอยู่กับกลวิธีการดำเนินงานของกรรมการบริหารแต่ละชุด และความกระตือรือร้นของสมาชิกเอง องค์กรประชาสังคมในรูปแบบนี้บางองค์กรมีบทบาทมากจนได้รับการยอมรับจากภาครัฐ ถึงกับมีกฎหมายรับรองให้ เช่น แพทยสภา สภากาชาด ประชาคมเกษตรกร เป็นต้น

3) กลุ่ม/องค์กรประชาชนที่รวมตัวกันโดยการริเริ่มจากประชาชน

กลุ่ม/องค์กรประชาชนที่รวมตัวกันโดยการริเริ่มจากประชาชนเป็นความก้าวหน้าในด้านการมีบทบาทของประชาชนในการเข้ามามีส่วนในการแก้ไขปัญหา มีความเป็นอิสระ รวมตัวกันด้วยความสมัครใจ ไม่มีการบังคับจัดตั้ง ที่พบได้ทั่วไปจะเป็นการรวมตัวที่เกิดขึ้นในเหตุการณ์วิกฤติบางช่วง ที่เกิดขึ้นเฉพาะกิจ เช่น เหตุการณ์ภัยธรรมชาติต่างๆ เช่น ไฟไหม้ น้ำท่วม พายุ ธรณีพิบัติ เป็นต้น ก็จะมีการสงเคราะห์ช่วยเหลือกัน เพื่อบรรเทาในด้านจิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ

การรวมตัวของประชาชนอีกกรณีที่พบ แม้จะรวมตัวกันเพื่อการดำเนินการเฉพาะกิจ เช่น กลุ่มหรือชมรมผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทั้งจากภาคเหนือ ภาคใต้ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคกลาง จิตสำนึกของประชาสังคมกลุ่มนี้ เนื่องจากตกอยู่ในสภาพการเผชิญปัญหาที่เหมือนการขาดที่พึ่งจากภาครัฐและสังคมโดยส่วนรวมที่เหมาะสมและเพียงพอ แต่ก็มีสำนึกของการต่อสู้ให้พ้นจากวิกฤติดังกล่าว เมื่อมีโอกาสได้พบกันเพื่อแสวงหารักษา การรับยา และได้เกิดเป็นชุมชนทางสังคมที่มีการแลกเปลี่ยนความทุกข์ การให้คำแนะนำด้านการรักษาตนเอง เล่าสู่กันฟังถึงตัวยา หมอยาที่สามารถช่วยเหลือตนได้ รวมทั้งช่วยห้ามปรามตักเตือนการเข้าสู่บริการทั้งภาครัฐและเอกชนที่เกิดผลเสียบางแห่ง เป็นปริมณฑลสาธารณะที่อยู่นอกเหนืออำนาจของรัฐ จะเห็นได้ว่ากลุ่มคนที่มีธรรมชาติ

ของปัญหาที่เหมือนกัน โดยเฉพาะการอยู่ในภาวะของผู้ติดเชื้อ หรือผู้ป่วยเช่นเดียวกัน ได้สลายข้อจำกัดในด้านถิ่นที่อยู่อาศัย ชาติกำเนิด ฐานะทางเศรษฐกิจให้หมดไป เกิดเป็นกลุ่มใหม่ ที่มีจิตสำนึก ค่านิยม และแนวทางปฏิบัติไปในทางเดียวกัน ดังเช่น กรณีกลุ่มเพื่อนชีวิตใหม่ที่เป็นกลุ่มผู้ติดเชื้อ ได้กำหนดแนวทางของการรักษาตนเองในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมการบริโภค ไว้ให้สมาชิกได้ถือปฏิบัติโดยสมัครใจ

จะเห็นได้ว่ากลุ่มประชาสังคมในรูปแบบนี้ เป็นกลุ่มที่มีความสามารถในการช่วยเหลือกันเอง ยกตัวอย่างเพิ่มเติมเช่น กลุ่มฮักเมืองน่าน กลุ่มผู้ปกครองเด็กกอกทิสติก กลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง เป็นต้น บางกรณีก็เปลี่ยนเป็นพลังเพื่อเรียกร้องต่อรัฐด้วย เช่น ชมรมผู้บริโภค เป็นต้น

กลุ่มประชาชนที่เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนา เสนอทางเลือกใหม่ในการดำรงชีวิต ภายใต้จิตสำนึกในความเป็นอิสระ ที่อยู่นอกอุดมการณ์การพัฒนาของรัฐ ในปัจจุบันเกิดขึ้นในชุมชนท้องถิ่นทั่วทุกภาค ทั้งที่เป็นจิตสำนึกในระดับปัจเจกชน เช่น กรณีผู้ใหญ่ผาย สร้อยสระกลาง เป็นต้น ในหลายสาขาอาชีพและกลุ่มองค์กร เช่น กลุ่มฮักเมืองน่าน กลุ่มเกษตรยั่งยืน ชมรมผู้บริโภค เป็นต้น โดยผู้นำทางความคิด หรือกลุ่มคนสำคัญ ได้ทำหน้าที่จุดประกายขยายฐานของจิตสำนึก กระจายไปยังที่ต่างๆ ผ่านกิจกรรมการดำเนินงาน การเข้าร่วมประชุม ทำให้เกิดแนวคิดประชาสังคม แผลขยายไปทั่วจนเกิดเป็นกลุ่มองค์กรชุมชนในระดับท้องถิ่น

4) องค์กรประชาชนที่รวมตัวโดยรัฐ

ที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรมมากที่สุด คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นต้น ภายใต้อุดมการณ์สาธารณสุขมูลฐาน และการให้ประชาชนมีส่วนร่วม ซึ่งทัศนคติของกระทรวงสาธารณสุข ถือว่า อสม. เป็นรูปแบบหลักของการแสดงออกถึงการมีส่วนร่วมของประชาชน (โดยคาดหวังว่า 1 หมู่บ้าน จะมี อสม. 1 คน) คาดหวังให้ทำงานเป็นกลุ่ม ช่วยกันคิดพิจารณา พัฒนาสาธารณสุขของหมู่บ้าน ต่อมาแนวคิดเรื่องการมีส่วนร่วมของประชาชนผ่านแนวคิด กลวิธี โครงสร้างที่กระทรวงสาธารณสุขพัฒนา ก็ได้แผ่ขยายออกไป ขยายบทบาทของผู้ใหญ่บ้าน และคณะกรรมการหมู่บ้าน ตลอดจนองค์กรอื่นๆมากขึ้น เช่น โครงการหมู่บ้านพึ่งตนเอง เป็นต้น

ภาพที่ปรากฏของโครงการที่รัฐพยายามจะเข้าไปสนับสนุนองค์กรประชาชนดังกล่าว พบว่า จุดเริ่มต้นของการดำเนินการมักเป็นบทบาทของรัฐ มีลักษณะสั่งการจากเบื้องบนในทางปฏิบัติ การมีส่วนร่วมในด้านการดำเนินการจึงถูกเน้นหนักจนละเลยการมีส่วนร่วมในระดับการตัดสินใจ ซึ่งเป็นส่วนสำคัญของการมีส่วนร่วมของประชาชน บทบาทการมีส่วนร่วมของประชาชนจึงอยู่ในระดับต่ำ และแคบ จำกัดเฉพาะเพียงแค่การมีส่วนร่วมช่วยรับและดำเนินโครงการเท่านั้น

5) องค์กรสื่อ

การมีบทบาทอย่างอิสระของสื่อ ที่มีความรับผิดชอบต่อสังคม และสุขภาพของประชาชนบาง ไม่ว่าจะเป็นสื่อมวลชนกระแสหลัก เช่น รายการทางวิทยุ โทรทัศน์ บางคอลัมน์ในหน้าหนังสือพิมพ์หรือนิตยสาร สื่อเฉพาะกิจประเภทต่างๆ รวมทั้งสื่อพื้นบ้านของแต่ละท้องถิ่นหรือชุมชน เป็นต้น ได้ทำหน้าที่ในการสร้างความตื่นตัว ความตระหนักรู้ ความเข้าใจ ในเรื่องทางสุขภาพ รวมทั้งอาจทำหน้าที่ในการตรวจสอบถ่วงดุลย์อำนาจที่ไม่ชอบธรรม เป็นปากเป็นเสียงแทนประชาชนอย่างมีพลัง

6) องค์กรเครือข่ายการรวมตัวจากหลากหลายกลุ่ม

เป็นการรวมตัวที่มีความหลากหลายของสมาชิกภายในกลุ่มองค์กร เช่น การรวมตัวของผู้คนในองค์กรชุมชนท้องถิ่นต่างๆ เพื่อแก้ปัญหาเฉพาะหน้าในชุมชน และมีการเชื่อมโยงกับนักวิชาการ นักพัฒนาเอกชน ข้าราชการ นักธุรกิจ นอกจากนี้ยังมีการสร้างเครือข่ายระหว่างกลุ่มต่างๆ ขยายขอบเขตออกไปอย่างกว้างขวาง ยกตัวอย่างเช่น มูลนิธิหมู่บ้าน เครือข่ายภูมิปัญญาไท เครือข่ายสุขภาพชุมชน เป็นต้น

b. รูปแบบของประชาสังคมด้านสุขภาพที่จำแนกตามเป้าหมายของประชาสังคม

จากการศึกษาประชาสังคมต่างๆ ในงานวิจัยของ สวรรส พบว่าสามารถแบ่งประเภทของประชาสังคมตามเป้าหมายหลักๆ ของประชาสังคมได้ดังนี้

- 1) เพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
- 2) เพื่อการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมทางสังคมและกายภาพ

- 3) เพื่อรวมกลุ่มช่วยเหลือกันเอง (กลุ่มผู้ที่มีปัญหาสุขภาพร่วมกัน)
- 4) เพื่อดูแลสร้างเสริมสุขภาพ
- 5) เพื่อพัฒนาองค์กร ประชาคมวิชาชีพด้านสุขภาพ
- 6) เพื่อการพึ่งพาตนเอง และพัฒนาเครือข่ายระดับตำบล อำเภอ และจังหวัด



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรณีศึกษาประชาสังคม

ตารางที่ 23 แสดงประชาสังคมที่มีเป้าหมายเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ประชาคม	กลุ่ม/องค์กรดำเนินงาน	เป้าหมาย	กลยุทธ์หลัก	บทเรียนสำคัญ	ประเภทและรูปแบบการสื่อสาร
โครงการส่งเสริมการบริโภคอาหารที่มีวิตามินเอสูงและไขมัน/โครงการอนุรักษ์ผักสีเขียว	<ul style="list-style-type: none"> ภาครัฐ (สถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล) องค์กรไม่แสวงหาผลกำไร (มูลนิธิเด็ก, มูลนิธิโตโยตาประเทศไทย) ภาคประชาชน 	<ul style="list-style-type: none"> เพื่อปรับความรู้ ทักษะและพฤติกรรมในการบริโภคอาหาร <p>กลุ่มเป้าหมาย:</p> <ul style="list-style-type: none"> กลุ่มเด็ก กลุ่มหญิงมีครรภ์และหญิงให้นมบุตร 	<ul style="list-style-type: none"> การตลาดเพื่อสังคม (social marketing) กิจกรรมชุมชน (community action) 	<ul style="list-style-type: none"> แนวคิดการทำงานแบบผสมผสานและแบบสหวิทยาการ แผนกิจกรรมที่สอดคล้องกับชุมชนและชุมชนมีบทบาทสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 	<ul style="list-style-type: none"> จัดกิจกรรมรณรงค์ การใช้สื่อประเภทต่างๆ ทั้ง สื่อบุคคล สื่อเฉพาะกิจ สื่อมวลชน
ชมรม/กลุ่มออกกำลังกายภายในสวนลุมพินี กรุงเทพฯ <ul style="list-style-type: none"> ชมรมส่งเสริมสุขภาพจับช่วง คณะบริหาร 	ภาคประชาชน	<ul style="list-style-type: none"> ส่งเสริมการออกกำลังกายและสุขภาพจิตที่ดี ส่งเสริมความสัมพันธ์และการช่วยเหลือทางสังคม <p>กลุ่มเป้าหมาย:</p>	<ul style="list-style-type: none"> การฝึกความรู้และทักษะการออกกำลังกายแบบจีน กิจกรรมทางสังคม 	<ul style="list-style-type: none"> การออกกำลังกายมีประโยชน์ต่อการฟื้นฟูร่างกายสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สำนักงานเขตมีบทบาทสนับสนุนการทำงานของชมรมด้านการออกกำลังกาย 	<ul style="list-style-type: none"> การจัดกิจกรรมออกกำลังกายร่วมกัน การพบปะพูดคุยระหว่างบุคคล และใน

<p>กายหาย ต้นถ</p>		<ul style="list-style-type: none"> ● ชาวไทยเชื้อสายจีนที่อยู่อาศัยใกล้สวน ลุมพินี 			<p>กลุ่ม</p>
<p>กลุ่ม/ชมรมส่งเสริม การบริโภคอาหาร มังสวิรัต</p>	<p>ภาคประชาชน</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● ส่งเสริมการบริโภคอาหารมังสวิรัต <p>กลุ่มเป้าหมาย:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● สมาชิกกลุ่ม/ชมรม ● ครอบครัว ชุมชน 	<ul style="list-style-type: none"> ● เผยแพร่ข้อมูล ความรู้ และ ประสบการณ์ด้านอาหารมังสวิรัต 	<p>การบริโภคอาหารมังสวิรัตเป็นการ ลดความเสี่ยงในการเป็นโรคเรื้อรัง หลายโรค</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● จัดประชุม ● จัดหมายข่าว ● รายการวิทยุ
<p>โครงการรณรงค์ เพื่อการไม่สูบบุหรี่</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● องค์การพัฒนาเอกชน (มูลนิธิหมอ ชาวบ้าน) ● หน่วยงานภาครัฐ (กระทรวง สาธารณสุข, กระทรวงมหาดไทย) ● องค์การวิชาชีพทางการแพทย์ (แพทยสภา, แพทยสมาคมฯ) ● องค์การสุขภาพอื่นทั้งในและ ต่างประเทศ(องค์การอนามัยโลก) ● องค์การภาคธุรกิจเอกชน ● นักวิชาการ ● ภาคประชาชน, ผู้นำชุมชน(กำนัน, 	<ul style="list-style-type: none"> ● การรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ ● เพื่อเรียกร้องสิทธิของผู้ไม่สูบบุหรี่ ให้มี การคุ้มครองสิทธิของผู้ไม่สูบบุหรี่ <p>กลุ่มเป้าหมาย:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ประชาชนผู้สูบบุหรี่ 	<ul style="list-style-type: none"> ● การให้ข้อมูลข่าวสารต่อสาธารณะ ในรูปแบบใหม่ มีการศึกษา social maketing มีการ เชื่อมโยงประสานงานกับดาราน นักร้อง นักกีฬา สื่อมวลชน และ ผู้นำในสังคม ให้เข้ามามีส่วนร่วม 	<ul style="list-style-type: none"> ● กระแสการรณรงค์ก่อให้เกิดการ สร้างค่านิยมใหม่ในสังคมไทย คือ เกิดความรู้สึกกระดากอาย ต่อการสูบบุหรี่ต่อหน้า สาธารณชน การสูบบุหรี่ไม่ใช่ เรื่องโก้เก๋หรือทันสมัยอีกต่อไป ● การนำประเด็นปัญหาที่คนใน สังคมเห็นพ้องว่าเป็นปัญหามา รณรงค์จะทำให้ได้รับการ สนับสนุนจากทุกส่วนของสังคม ● การรณรงค์ไม่ได้โจมตี ต่อต้าน รังเกียจผู้สูบบุหรี่แต่อย่างใด แต่ 	<ul style="list-style-type: none"> ● จัดกิจกรรม เพื่อการ รณรงค์ ● การประชาสัมพันธ์ทาง สื่อมวลชน

	ผู้ใหญ่บ้าน, พระสงฆ์, อสม.) <ul style="list-style-type: none"> • สื่อมวลชน 			เรียกร้องให้ผู้สูบบุหรี่คำนึงถึงผู้ ที่อยู่ใกล้เคียง คือ เด็ก ผู้หญิง คนชรา ซึ่งได้รับกระทบจาก บุหรี่	
โครงการควบคุม และป้องกันโรค ขาดสารไอโอดีนใน ประเทศไทย	ภาครัฐ (กระทรวงสาธารณสุข)	<ul style="list-style-type: none"> • ควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน กลุ่มเป้าหมาย: <ul style="list-style-type: none"> • ประชาชนทั่วไป • กลุ่มเสี่ยง 	<ul style="list-style-type: none"> • จัดให้มีผลิตภัณฑ์ (น้ำเกลือ) ที่มี สารไอโอดีน • การตลาดเพื่อสังคม • การเฝ้าระวังโรคขาดสารไอโอดีน • การศึกษาวิจัย 	<ul style="list-style-type: none"> • เป็นโครงการความร่วมมือ ระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน • เป็นโครงการที่แก้ปัญหาในเชิง ระบบ 	<ul style="list-style-type: none"> • กิจกรรมให้ ความรู้ • รณรงค์ผ่าน สื่อบุคคลและ สื่อมวลชน

ตารางที่ 24 แสดงประชาสังคมที่มีเป้าหมายเพื่อการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมทางสังคมและกายภาพ

ประชาคม	กลุ่ม/องค์กร ดำเนินงาน	เป้าหมาย	กลยุทธ์หลัก	บทเรียนสำคัญ	ประเภทและรูปแบบ การสื่อสาร
โครงการพัฒนา ชุมชนอย่าง ต่อเนื่องเพื่อ คุณภาพชีวิตและ สิ่งแวดล้อมที่ดี	<ul style="list-style-type: none"> • ภาครัฐ • ความร่วมมือ แบบเบญจ ภาคี 	<ul style="list-style-type: none"> • การพัฒนาแบบยั่งยืน เพื่อคุณภาพชีวิต และสิ่งแวดล้อมที่ดี กลุ่มเป้าหมาย: <ul style="list-style-type: none"> • 41 หมู่บ้าน 3อำเภอ ใน จ.ขอนแก่น 	<ul style="list-style-type: none"> • การพัฒนาคนให้เต็มศักยภาพของ มนุษย์ตามความถนัด • การรวมกลุ่มด้วยธรรมะ • ส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้และองค์ ความรู้ในการแก้ไขปัญหา 	<ul style="list-style-type: none"> • การพัฒนาแบบบูรณาการ เมืองค้ประกอบ 4 ด้านคือด้านวิถีคิด ด้านสิ่งแวดล้อม ด้าน เศรษฐกิจและด้านสังคม 	<ul style="list-style-type: none"> • จัดกิจกรรมเพื่อการ เรียนรู้ร่วมกัน • การสื่อสารระหว่าง บุคคล

<p>สหชุมชนขอนแก่น</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● องค์กรพัฒนาเอกชน ● ชาวชุมชนแออัด ● เทศบาล 	<ul style="list-style-type: none"> ● การรวมตัวกันเป็นเครือข่ายเพื่อระดมทรัพยากร ผลักดันนโยบายและประสานงาน เพื่อก่อให้เกิดการพัฒนาที่เชื่อมต่อการแก้ไขปัญหาและสร้างความเข้มแข็งแก่ชุมชน ● เพื่อความสะอาดน่าอยู่และสภาพแวดล้อมที่ดีของเมือง ● เพื่อให้สังคมยอมรับว่าคนกลุ่มนี้มีบทบาทช่วยลดขยะให้กับเมืองขอนแก่นเป็นคนของเมืองขอนแก่น <p>กลุ่มเป้าหมาย:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ผู้อยู่อาศัยในชุมชนแออัด ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้มีรายได้น้อย ไม่มีโอกาสที่จะมีที่ดินและบ้านเป็นของตนเอง สภาพแวดล้อมไม่ดี 	<ul style="list-style-type: none"> ● การบริหารจัดการชุมชน ● ใช้แนวคิดการพัฒนาเครือข่ายองค์กรชุมชนของงานพัฒนาชุมชนเมืองในเขตเทศบาลขอนแก่น โดย NGO เข้ามาช่วยส่งเสริมการสร้างเครือข่าย ● การพัฒนาอาชีพให้กับชาวชุมชน โดยเกิดจากความคิดเห็นของชุมชน ● จัดสวัสดิการ เช่น บัตรสุขภาพ การฉีดวัคซีน ● การอบรมด้านสิ่งแวดล้อม 	<ul style="list-style-type: none"> ● การรวมตัวกันเป็นเครือข่ายจากหลายชุมชน/องค์กร มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของกันและกัน ทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน เกิดความร่วมมือร่วมใจกันในการค้นหาวิธีการที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหาที่มีร่วมกัน และนำแนวทางที่ได้ไปประยุกต์ใช้เพื่อแก้ปัญหาในชุมชนของตนเอง 	<ul style="list-style-type: none"> ● การสื่อสารเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และระดมทรัพยากร ● การฝึกอบรม ดูงาน
<p>เครือข่ายเกษตรกรรวมทางเลือก</p> <ul style="list-style-type: none"> ● หมู่บ้านชา 	<p>องค์กรพัฒนาเอกชน</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● ส่งเสริมเกษตรกรรมแบบทางเลือกที่เชื่อมโยงกับวิถีชีวิตและสิ่งแวดล้อม ● ปรับเปลี่ยนรูปแบบการผลิตมาเป็นการ 	<ul style="list-style-type: none"> ● กิจกรรมชุมชนด้านเกษตร ด้านตลาดและด้านพัฒนาผลิตภัณฑ์ 	<ul style="list-style-type: none"> ● แนวทางการพัฒนาแบบองค์รวม ส่งผลต่อชีวิตและสิ่งแวดล้อม ● ทักษะในการจัดการที่ดินอย่างยั่งยืน คือ 	<ul style="list-style-type: none"> ● จัดกิจกรรมสร้างปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน ● การฝึกอบรม เรียนรู้

<p>ผักหนาม</p> <p>จ.ขอนแก่น</p>		<p>ใช้ระบบเกษตรผสมผสาน</p> <p>กลุ่มเป้าหมาย:</p> <ul style="list-style-type: none"> เกษตรกร 1,000-1,500 ครัวเรือน 		<p>การที่ครอบครัวมีข้าวพอกิน มีอาหารการกินอุดมสมบูรณ์ปลอดสารพิษ ไม่ต้องจ่ายเงินซื้ออาหาร ครอบครัวสามารถสร้างอาหารได้เอง มีเงินออมในครอบครัวปลอดหนี้สิน</p>	<p>ดูงาน</p>
<p>ชุมชนปลูกพืชปลอดสารพิษ</p> <ul style="list-style-type: none"> ชุมชนปลอดสารพิษ จ.เชียงใหม่ ตลาดสีเขียว หาดใหญ่ 	<ul style="list-style-type: none"> ภาคประชาชน กลุ่มเกษตรกร การรวมตัวกันระหว่างผู้ผลิตและผู้บริโภค 	<ul style="list-style-type: none"> เพื่อการผลิตและบริโภคสินค้าปลอดสารเคมี เพื่อการร่วมกันเป็นเจ้าของ มีส่วนร่วมในการบริหารงาน การกำหนดเป้าหมายในการผลิต <p>กลุ่มเป้าหมาย:</p> <ul style="list-style-type: none"> เกษตรกรที่เกิดปัญหาเจ็บป่วยจากการใช้สารเคมีหรือยาฆ่าแมลงในการปลูกพืช 	<ul style="list-style-type: none"> กำหนดมาตรฐานการผลิตให้ชัดเจน ใช้สารจากธรรมชาติในการกำจัดแมลง ศัตรูพืช การคุ้มครองสินค้าที่นำมาขายในตลาดศูนย์กลาง (ตลาดอิมบิญา) การเข้ามาตรวจลงโทษหากพบสารเคมีด้วยการไม่ให้นำสินค้าเข้ามาร่วมขายเป็นเวลา 3 เดือน การรวมตัวกันเพื่อปลูกพืชปลอดสารพิษ ผักพื้นบ้านเพื่อการบริโภค และส่งเสริมการหันกลับมาบริโภคผักพื้นบ้าน การขายผลผลิตสู่ผู้บริโภคโดยตรงในชื่อว่า ตลาดสีเขียว 	<ul style="list-style-type: none"> การร่วมกันแก้ไขปัญหาของประชาคม ทำให้สามารถแก้ไขปัญหาหลายๆด้านที่มีความเกี่ยวข้องกันได้ เช่น ปัญหาสุขภาพ ปัญหาจากอาชีพการงาน ซึ่งส่งผลถึงเศรษฐกิจของชุมชนด้วย 	<ul style="list-style-type: none"> การสื่อสารเพื่อการรณรงค์ การสื่อสารเพื่อกำหนดเป้าหมายในการผลิต
<p>เครือข่ายสุขภาพชุมชน</p>	<ul style="list-style-type: none"> มูลนิธิหมู่บ้าน เครือข่ายภูมิ 	<ul style="list-style-type: none"> การจัดการเรื่องสุขภาพตนเองอย่างเป็นระบบ มีประสิทธิภาพ และยั่งยืน 	<ul style="list-style-type: none"> ประชุม สัมมนาเชิงปฏิบัติการ การประชุมเคลื่อนที่ เสวนาสัจจะ 	<ul style="list-style-type: none"> เพื่อให้ชุมชนมีสุขภาพดี จำเป็นต้องเสริมภูมิคุ้มกันชุมชนให้เข้มแข็ง ซึ่งต้องมาจาก 	<ul style="list-style-type: none"> เน้นการสื่อสาร 2 ทาง และ

<ul style="list-style-type: none"> ● ชุมชนไม่เรียง จ.นครศรีธรรมราช ● ชุมชนสวน โหนด จ.พัทลุง ● ชุมชนคลอง เปี้ยะ จ.สงขลา ● ชุมชนดอน แก้ว จ.เชียงใหม่ ● ชุมชนแม่พริก จ.พะเยา ● ชุมชนนา อีสาน จ.ฉะเชิงเทรา ● ชุมชนประตู ยี่น จ.อุทัยธานี ● ชุมชนลาดบัว ขาว 	<p>ปัญหาไท</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ผู้นำชุมชน 	<p>สามารถพึ่งพาตนเองได้ในด้านปัจจัย4 อย่างพอเพียง ชุมชนมีความสามัคคี สร้างสิ่งแวดล้อมทางสังคมและ เศรษฐกิจ มีความเข้มแข็ง สามารถแก้ไข ปัญหาต่างๆของตนเองได้ โดยเฉพาะมี การวางแผน การดำเนินงาน และการ จัดการชุมชนในทุกๆด้าน ซึ่งเป็นปัจจัย ก่อให้เกิดสุขภาพที่ดี</p> <ul style="list-style-type: none"> ● มีอาชีพที่สร้างความมั่นคงให้ครอบครัว ชุมชน และเอื้อต่อการมีสุขภาพดี ● มีสุขภาพดีขึ้น โดยการใช้ตัวชี้วัดสุขภาพ ดีที่กำหนดร่วมกันและสอดคล้องกับ เกณฑ์และมาตรฐานสากล ● ได้องค์ความรู้ใหม่เกี่ยวกับการพึ่งตนเอง ด้านสุขภาพชุมชนที่เกิดจากการปฏิบัติ การวิเคราะห์และสังเคราะห์ร่วมกัน โดย มีตัวแบบการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ ต่างกันไปตามบริบททางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมที่แตกต่างกัน ● ได้ปัจจัยร่วมที่ช่วยให้เกิดความเข้มแข็ง ในการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ เพื่อนำ ปัจจัยร่วมที่ค้นพบไปประยุกต์ใช้กับ 	<ul style="list-style-type: none"> ● ทำวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม หรือ การทำประชาพิชญ ● จัดทำโครงการและกิจกรรมที่ถูก กำหนดจากชุมชน ● การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันอย่าง ต่อเนื่อง ● การเรียนการสอนที่สอดคล้องและ สัมพันธ์กับการพัฒนาชุมชน ให้มีการ เรียนรู้จากชีวิตจริง มีผู้รู้ชาวบ้านเป็น ครู 	<p>กระบวนการเรียนรู้ในลักษณะที่เป็น เครือข่ายการเรียนรู้ พัฒนาเป็นเครือข่ายที่ มีสัมพันธ์ภาพของตัวบุคคล ครอบครัวและ ชุมชนหลายๆด้าน โดยมีเป้าหมายสำคัญ คือการพึ่งตนเองและพึ่งพากันเอง เริ่มจาก ที่ครอบครัวและดำเนินการร่วมกันในชุมชน และระหว่างชุมชน</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ระบบสุขภาพชุมชน มีอยู่ 3ระบบ คือ ระบบป้องกัน ระบบการรักษาฟื้นฟู และ ระบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ● ชุมชนได้ข้อคิดจากประสบการณ์ที่ได้เรียนรู้ จากกันและกันและจากที่อื่น ที่จะนำไป พิจารณาร่วมกันในชุมชนและดำเนินการให้ ได้ ● การฟื้นฟูสุขภาพชุมชนด้วยศักยภาพของ ชุมชนเองจะเป็นไปได้เมื่อสมาชิกในชุมชน มีความรู้ด้านสุขภาพ มีหลักประกันจากรัฐ เวลาเจ็บป่วย และตัวแปรต่างๆที่ทำลาย สุขภาพของชุมชนได้รับการแก้ไข ซึ่งต้อง เป็นการแก้ไขที่เชื่อมโยงกับความเป็นจริง ในมิติของเศรษฐกิจ ครอบครัว และชุมชน ด้วย 	<p>ความสัมพันธ์แนว ระนาบ แต่ละคน เป็นทั้งศิษย์และครู เป็นทั้งผู้ให้และผู้รับ</p> <ul style="list-style-type: none"> ● พุดคุย ปรึกษาหารือ ให้คำแนะนำ แลกเปลี่ยน ประสบการณ์ ถ่ายทอดวัฒนธรรม ชุมชน ● จัดกิจกรรมเพื่อการ เรียนรู้ร่วมกันอย่าง ต่อเนื่อง ฝึกอบรม สังเกต ศึกษาดูงาน ● สร้างเครือข่าย ชุมชน เครือข่ายการ เรียนรู้ ● ประชุมสัญจร สัมมนา เสวนา ● พบปะ ไปมาหาสู่ ระหว่างสมาชิกเพื่อ
---	---	--	--	---	--

<p>จ.นครราชสีมา</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ชุมชนโคกกรัง <p>จ.ชัยภูมิ</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ชุมชนทรายแก้ว <p>จ.สกลนคร</p>		<p>พื้นที่อื่น ๆ ต่อไป</p> <p>กลุ่มเป้าหมาย:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● สมาชิกในชุมชน ● ชุมชนเครือข่าย 		<ul style="list-style-type: none"> ● สุขภาพชุมชนเป็นสุขภาพแบบองค์รวม ไม่ใช่แค่เรื่องการรักษาโรค ● การดำเนินงานให้ประสบความสำเร็จต้องมีทั้งความสนใจร่วมกัน ความรู้ความเข้าใจ ประสบการณ์ การประสานงาน และการมีศักยภาพของชุมชน ● การดำเนินการในลักษณะวิสาหกิจชุมชน 	<p>สร้างความสัมพันธ์ ฉันที่พี่น้อง ความ ไว้ใจกัน ช่วยเหลือ เกื้อกูลกัน</p> <ul style="list-style-type: none"> ● กำหนดมาตรการ กฎเกณฑ์ของชุมชน เพื่อการอยู่ร่วมกัน ● การเจรจาต่อรอง
<p>โครงการกรุงเทพฯ เมืองน่าอยู่</p>	<p>ภาครัฐ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● กรุงเทพฯ เป็นเมืองที่น่าอยู่ คนมีสุขภาพดี มีงานทำและมีรายได้พอเพียง ภายใต้สิ่งแวดล้อมทางสังคมที่ดี <p>กลุ่มเป้าหมาย:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ประชาชนกรุงเทพฯ 	<ul style="list-style-type: none"> ● การร่วมมือแบบพหุภาคีระหว่าง ภาครัฐ ภาคประชาชนและภาคเอกชน ● กิจกรรมชุมชน 	<p>โครงการจะสำเร็จได้ต่อเนื่อง ต้องมีนโยบายชัดเจน เข้มแข็ง ตลอดจนความเข้าใจร่วมกันขององค์กรที่เกี่ยวข้อง</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● จัดกิจกรรมเพื่อ ประชาสัมพันธ์ และ รณรงค์ ● การรณรงค์ผ่าน สื่อมวลชน
<p>ชมรมจักรยานวัน อาทิตย์</p> <p>จ.เชียงใหม่</p>	<p>ภาคประชาชน</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● เชียงใหม่เป็นเมืองที่น่าอยู่แบบยั่งยืน ● การจราจรไม่ติดขัด มลพิษลดลง และคนเชียงใหม่มีสุขภาพดี <p>กลุ่มเป้าหมาย:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● สมาชิกชมรมจักรยานกว่า 800 คน 	<ul style="list-style-type: none"> ● การรณรงค์ขี่จักรยานวันอาทิตย์และขี่จักรยานท่องเที่ยวเมืองเชียงใหม่ ● กิจกรรมเผยแพร่และประชาสัมพันธ์ ● ส่งเสริมให้เยาวชนขี่จักรยานและฝึกการใช้ชีวิตร่วมกัน 	<ul style="list-style-type: none"> ● ชมรมเน้นกิจกรรมที่เริ่มและส่งเสริมโดยประชาชน แต่ยังคงต้องการการสนับสนุนจากภาครัฐด้วย 	<ul style="list-style-type: none"> ● จัดกิจกรรมขี่จักรยานเป็นหมู่คณะ ● การพบปะ พูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็น

<p>ชมรมจักรยานเพื่อสุขภาพแห่งประเทศไทย</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● องค์กรพัฒนาเอกชน ● ศ.ดร. ธงชัย พรรณสวัสดิ์ เป็นประธานชมรม 	<ul style="list-style-type: none"> ● ส่งเสริมการใช้จักรยานในทุกกิจกรรม เช่น เพื่อสุขภาพ คมนาคม ท่องเที่ยว สันทนาการ เป็นต้น ● ส่งเสริมการแก้ไขปัญหาจราจรด้วยการใช้จักรยาน ● เป็นองค์กรประสานงานระหว่างผู้ใช้จักรยานทั่วประเทศ ● อนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ● ร่วมทำกิจกรรมเพื่อสาธารณประโยชน์ <p>กลุ่มเป้าหมาย:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● สมาชิกชมรมประมาณ 1,500 คน 	<ul style="list-style-type: none"> ● การดำเนินงานภายใต้หลักการ ประชาสังคม ● การท่องเที่ยวด้วยจักรยาน ● การรณรงค์สร้างนโยบายสาธารณะ และสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ให้ข้อมูลข่าวสาร ● กิจกรรมเกี่ยวกับการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม ● การสร้างเครือข่ายจักรยานเพื่อสุขภาพ ● กิจกรรมสังคมสงเคราะห์ 	<ul style="list-style-type: none"> ● การส่งเสริมสุขภาพที่ได้เริ่มต้นและชูประเด็นเรื่องสุขภาพหรือส่งเสริมสุขภาพเป็นหลัก แต่การดำเนินงานตามเป้าหมายของชมรมฯ นำไปสู่ประเด็นสุขภาพ ● ประชาคมที่เกิดขึ้นตามความสนใจร่วมกันของสมาชิก ทำให้สามารถเกี่ยวโยงสมาชิกทุกคนให้รวมตัวกันทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่องและพัฒนาองค์กรได้อย่างเข้มแข็งและยั่งยืน ● ควรให้ความสนใจองค์กร ชมรมหรือกลุ่มคนที่ดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ ที่มีอยู่แล้วในสังคม ซึ่งเป็นกลุ่มหรือองค์กรที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ รวมตัวกันด้วยความรักและความชอบในสิ่งเดียวกัน ทำให้กลุ่มยึดเหนี่ยวกันได้ยาวนาน ● การผสมผสานความหลากหลายของสมาชิกในชมรมหรือกลุ่ม ที่เกื้อหนุนซึ่งกันและกัน 	<ul style="list-style-type: none"> ● การพบปะ พูดคุย ทำกิจกรรมร่วมกัน ● จุดหมายข่าวของชมรมฯ
--	--	--	---	--	--

ตารางที่ 25 แสดงประชาคมที่มีเป้าหมายเพื่อรวมกลุ่มช่วยเหลือกันเอง (กลุ่มผู้ที่มีปัญหาสุขภาพร่วมกัน)

ประชาคม	กลุ่ม/องค์กร ดำเนินงาน	เป้าหมาย	กลยุทธ์หลัก	บทเรียนสำคัญ	ประเภทและรูปแบบการ สื่อสาร
ชมรมโรคโลหิต จางธาลัสซีเมียแห่ง ประเทศไทย	ภาคเอกชน (มูลนิธิโรคโลหิต จางธาลัสซีเมีย)	<ul style="list-style-type: none"> เผยแพร่ความรู้เรื่องโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย ส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย <p>กลุ่มเป้าหมาย:</p> <ul style="list-style-type: none"> สมาชิกชมรมที่เป็นผู้ป่วยและญาติ 	การเผยแพร่ความรู้และประสบการณ์การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย	ชมรมเป็นกิจกรรมที่ดำเนินงานโดยกลุ่มวิชาชีพ สมาชิกสามารถมีส่วนร่วมได้น้อยและเป็นผู้รับผิดชอบความรู้นักกว่าเป็นผู้กำหนดกิจกรรมเอง	<ul style="list-style-type: none"> จัดกิจกรรมให้ความรู้คำแนะนำ การพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็น และประสบการณ์ สื่อสิ่งพิมพ์ / เอกสารความรู้
เครือข่ายผู้ติดเชื้อ จ. เชียงราย จ. เชียงใหม่ จ. ลำปาง จ. ลำพูน จ. พะเยา จ. แม่ฮ่องสอน <ul style="list-style-type: none"> กลุ่มเพื่อนวันพุธ จ. กรุงเทพฯ กลุ่มเพื่อนวัน 	<ul style="list-style-type: none"> กลุ่มผู้ติดเชื้อเอดส์ องค์กรพัฒนาภาคเอกชน ภาครัฐ 	<ul style="list-style-type: none"> ส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอดส์ดูแลสุขภาพตนเองและช่วยเหลือกันเอง สร้างเสริมกำลังกายและกำลังใจให้กับผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อ <p>กลุ่มเป้าหมาย:</p> <ul style="list-style-type: none"> กลุ่ม/ชมรม 100-200 ชมรม 	<ul style="list-style-type: none"> การแลกเปลี่ยนประสบการณ์และทำกิจกรรมร่วมกัน และให้กำลังใจกันและกัน การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างท้องถิ่น (social network) ประสานความร่วมมือช่วยเหลือจากทั้งในและนอกพื้นที่ การเผยแพร่ทักษะการดูแลสุขภาพตนเองการให้ความรู้ คำแนะนำในการดูแลสุขภาพตนเองด้วยสมุนไพร การใช้สมานิท ให้คำปรึกษาด้านกายและใจ และการเตรียมตัว 	<ul style="list-style-type: none"> ชมรมได้รับการส่งเสริมโดยภาครัฐหรือภาคเอกชน ทำให้การจัดการในชมรมเป็นไปตามคำแนะนำของนักพัฒนาภาครัฐภาคเอกชน ชมรมที่กำลังพัฒนาความเข้มแข็งต้องการการสนับสนุนของภาครัฐและต้องการการส่งเสริมให้เกิด 	<ul style="list-style-type: none"> การพูดคุยให้กำลังใจแลกเปลี่ยนประสบการณ์ จัดกิจกรรมพบปะเพื่อสร้างความสัมพันธ์ การอบรมให้ความรู้คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตนในการดูแลรักษาตนเอง

<p>พฤษัง</p> <p>จ.เชียงใหม่</p> <ul style="list-style-type: none"> ● คลินิกเอื้องผึ้ง <p>จ.เชียงใหม่</p> <ul style="list-style-type: none"> ● กลุ่มเพื่อนชีวิตใหม่ จ.เชียงใหม่ ฯลฯ 			<p>ตายแก่ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์</p> <ul style="list-style-type: none"> ● การดูแลช่วยเหลือสมาชิกในกลุ่มที่เป็นผู้ติดเชื้อและผู้ป่วย ● การเยี่ยมบ้าน 	<p>กิจกรรมชมรมที่อยู่บนพื้นฐานของสมาชิกชมรมอย่างแท้จริง</p>	
<p>สถานบำบัดผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้าย</p> <ul style="list-style-type: none"> ● อโรคยา-อาศรม ● วัดพระบาทน้ำพุ ฯลฯ 	<p>คณะภูมิปัญญา 3 ประสาน ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ประชาชน ● นักพัฒนาสังคม ● สถาบันสงฆ์ 	<ul style="list-style-type: none"> ● บำเพ็ญประโยชน์เพื่อสังคม โดยการสร้างแหล่งพักพิงชั่วคราวให้กับผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อ และให้ความรู้แก่ครอบครัวในชุมชน ถึงการดูแลรักษาสุขภาพด้วยธรรมชาติบำบัด ● การทำโรงพยาบาลเชิงพุทธ ด้วยการให้การสงเคราะห์ร่วมกับพระสงฆ์ <p>กลุ่มเป้าหมาย:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ผู้ป่วย ผู้ติดเชื้อ ● ครอบครัวและชุมชน ● ชุมชนใกล้เคียงประมาณ 5 หมู่บ้าน 	<ul style="list-style-type: none"> ● การดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในบ้านพักชั่วคราว-บ้านพักหลังสุดท้ายของผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อ ด้วยสุขภาพทางเลือก ● จัดตั้งกลุ่มผู้ติดเชื้อและอบรมวิชาชีพเสริมให้กับผู้ติดเชื้อและได้รับผลกระทบ ● การอบรม ให้ความรู้เรื่องเอดส์ และการดูแลรักษาสุขภาพ แก่ชุมชน ด้วยกระบวนการแบบมีส่วนร่วม ● การสงเคราะห์ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ โดยการจัดส่งยาสมุนไพรและเอกสารให้คำแนะนำ และให้คำปรึกษา 	<ul style="list-style-type: none"> ● การแก้ปัญหาด้วยความร่วมมือจากหลายฝ่าย ทั้งผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน พระสงฆ์ นักพัฒนาจากนอกชุมชน 	<ul style="list-style-type: none"> ● จัดกิจกรรมสร้างความสัมพันธ์ ● อบรมความรู้ด้วยกระบวนการแบบมีส่วนร่วม ● สื่อสิ่งพิมพ์ / เอกสารคำแนะนำ ● การให้คำปรึกษา ให้กำลังใจ ลดความตึงเครียด หวาดกลัว วิตกกังวล
<p>ชมรมผู้ปกครองเด็กออทิสติก</p>	<p>ภาคประชาชน (คณูฑูฑ ดันมณัฑ,</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● สร้างเครือข่ายของชมรมผู้ปกครองเด็ก 	<ul style="list-style-type: none"> ● ศึกษา ค้นคว้า หาความรู้เผยแพร่ความรู้ 	<ul style="list-style-type: none"> ● เป็นกรณีตัวอย่างของการ 	<ul style="list-style-type: none"> ● สื่ออินเทอร์เน็ต

<p>จ.พิษณุโลก จ.เชียงใหม่ จ.ขอนแก่น จ.กรุงเทพฯ</p>	<p>นามปากกา)</p>	<p>ออทิสติกขึ้นเพื่อทำหน้าที่ช่วยเหลือกัน และเป็นกลไกในการเรียกร้องให้สังคม และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้มีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง ให้ความสนใจ และให้การสนับสนุน ต่อความพยายาม เพื่อหาหนทางในการดูแลรักษาเด็กและ บุคคลออทิสติก</p> <p><u>กลุ่มเป้าหมาย:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • ครอบครัวเด็กออทิสติก 	<p>ประสบการณ์ และเสนอข้อเรียกร้องต่อสังคม และผู้เกี่ยวข้อง</p> <ul style="list-style-type: none"> • กิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่าง ครอบครัวเด็กออทิสติก พร้อมทั้งเล่าถึง พัฒนาการของเด็กออทิสติกที่อยู่ในความดูแล เป็นระยะๆ • ค้นหาคำตอบความรู้ในการช่วยเหลือบุคคล ออทิสติกจากภาษาต่างประเทศและส่งเสริม การแปลเอกสารความรู้เกี่ยวกับออทิสติก • ใช้หลักสูตรการสอนบุคคลออทิสติกที่ถูก พัฒนาขึ้นมาโดยนักการศึกษาและนักบำบัด ต่างๆมาอบรมครูพี่เลี้ยง เพื่อทำงานกับเด็ก ออทิสติกโดยไม่ต้องพึ่งบุคลากรทาง การแพทย์ นักบำบัด ครูการศึกษาพิเศษ หรือ การใช้จ่ายประสาทแต่อย่างใด 	<p>ช่วยเหลือตนเองที่นำไปสู่ การสร้างกลุ่มและเครือข่าย การช่วยเหลือกัน</p> <ul style="list-style-type: none"> • สภาวะปัญหาที่มีร่วมกัน จะ เป็นแรงผลักดันให้เกิดการ แก้ไขปัญหาตนเอง นำไปสู่ การแสวงหาความร่วมมือ 	<ul style="list-style-type: none"> • หนังสือ ดนุบุช ตันมณี • เอกสารความรู้ บทความ นิติสาร สารคดี บท สัมภาษณ์ เกี่ยวกับออทิ สติก • จดหมายข่าวชมรม ผู้ปกครองฯ • จัดกิจกรรมการ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ระหว่างครอบครัวที่ให้การ ดูแลสมาชิกออทิสติก • ประชุมผู้ปกครอง
<p>ชมรมผู้ป่วยโรคมะเร็ง • ชมรมปู่ล้านนา จ.เชียงใหม่</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ภาค ประชาชน • กลุ่มเพื่อน ช่วยเพื่อน 	<ul style="list-style-type: none"> • เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ที่ป่วยและกำลังรักษา ที่ต้องการเพื่อน คอยปรึกษา ให้กำลังใจ และแลกเปลี่ยน ข้อมูลความรู้ที่ถูกต้อง <p><u>กลุ่มเป้าหมาย:</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> • เวทีพบปะสังสรรค์ ปรึกษาปรึกษาหารือ ใต้ ถามกันในเรื่องต่างๆ เช่น วิธีการบำบัดรักษา โภชนาการ อาหารเสริม สมุนไพร วิตามิน เป็นต้น • แลกเปลี่ยนข้อมูลความรู้ ให้กำลังใจกันและกัน 	<ul style="list-style-type: none"> • การรวมกลุ่มของผู้ที่ประสบ ปัญหาเช่นเดียวกันทำให้เกิด ความเห็นอกเห็นใจซึ่งกัน และพร้อมที่จะช่วยเหลือเป็น กำลังใจให้กัน ทำให้ สามารถทูลาเบาบางปัญหา ลงได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง 	<ul style="list-style-type: none"> • พุดคุย แลกเปลี่ยนข้อมูล ความคิดเห็น • จัดกิจกรรมสร้าง ความสัมพันธ์ • ประชุม เสวนา ให้ความรู้ คำแนะนำในการดูแล

		<ul style="list-style-type: none"> ผู้ป่วยมะเร็งใน จ. เชียงใหม่ 	<ul style="list-style-type: none"> จัดกิจกรรมพบปะกันอย่างสม่ำเสมอ เชิญวิทยากรจากภายนอกมาให้ความรู้และให้สมาชิกได้ซักถามปัญหา 	ปัญหาในด้านจิตใจ	รักษาตนเอง
<p>เครือข่ายผู้ป่วย สิ่งแวดล้อมจากการ ทำงาน</p> <ul style="list-style-type: none"> สหภาพแรงงาน ทรงชัยปันทอ สหภาพแรงงาน เงินจู้เร่เท็กซไท์ สหภาพแรงงาน ไทยแอโรวี สหภาพแรงงาน ทอผ้ากรุงเทพ กลุ่มผู้ป่วยจาก นิคม อุตสาหกรรม ลำพูน กลุ่มผู้ป่วย สารพิษตะกั่ว โรงงานซีเกท 	<ul style="list-style-type: none"> ภาค ประชาชน องค์กรสภา เครือข่าย ผู้ป่วยจาก การทำงาน และ สิ่งแวดล้อม แห่ง ประเทศ ไทย 	<ul style="list-style-type: none"> เพื่อเรียกร้องให้มีการแก้ไขปัญหา สภาพแวดล้อมของที่ทำงานที่ส่งผลเสีย ต่อสุขภาพ การรวมกลุ่มเพื่อช่วยเหลือกันในด้าน การเผยแพร่ความรู้ ข้อมูลข่าวสาร และ ประสบการณ์ การประสานกับหน่วยงานอื่นเพื่อ ผลักดันให้มีระบบและกลไกทาง กฎหมาย เพื่อรองรับปัญหาความ เจ็บป่วยและคนงานที่เจ็บป่วยจากการ ทำงาน <p>กลุ่มเป้าหมาย:</p> <ul style="list-style-type: none"> สมาชิกกว่า 500 คน ที่เป็นแรงงานทั้งใน และนอกระบบ 	<ul style="list-style-type: none"> การเผยแพร่ความรู้ ข้อมูล ข่าวสาร และ ประสบการณ์ การประสานงานกับหน่วยงานอื่นเพื่อสร้าง พลังผลักดันในการแก้ปัญหา เช่น ผลักดันให้ ผู้ประกอบการเกิดการยอมรับปัญหาโรคอัน เนื่องมาจากการทำงาน การผลักดันให้มีการ ตั้งสถาบันคุ้มครองสุขภาพ ความปลอดภัย และสิ่งแวดล้อมในสถานประกอบการขึ้น เป็น ต้น 	<ul style="list-style-type: none"> การที่คนจำนวนหนึ่งซึ่ง ประสบปัญหาเดียวกันได้มา รวมกลุ่มกัน และร่วมแรงร่วม ใจกันจะทำให้เกิดพลังทาง สังคมเพิ่มมากขึ้นในการหา ทางแก้ไขปัญหา หรือ ผลักดันเรียกร้องการแก้ไข ปัญหานั้นๆได้อย่างมี ประสิทธิภาพมากขึ้น 	<ul style="list-style-type: none"> การสื่อสารระหว่างผู้ ประสบปัญหาเดียวกัน การสื่อสารในแนวราบ การสื่อสารในแนวตั้งเพื่อ ผลักดัน เรียกร้องให้มี ระบบและกลไกทาง กฎหมายเพื่อรองรับ ปัญหาความเจ็บป่วยจาก การทำงาน

<p>ชมรมคนพิการ</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ชมรมศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำพู ● ชมรมคนพิการ นครปฐม 	<ul style="list-style-type: none"> ● ภาคประชาชน ● มูลนิธิเพื่อเด็กพิการ, องค์กรคนพิการ, กรมการศึกษานอกโรงเรียน 	<ul style="list-style-type: none"> ● เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตคนพิการในชุมชน โดยยึดถือความสุขและความสำเร็จของคนพิการเป็นที่ตั้ง ● ปรับทัศนคติของชาวบ้าน ที่มีต่อคนพิการ ให้เกิดความร่วมมือช่วยเหลือกัน โดยอาศัยภูมิปัญญาท้องถิ่น ● ผู้พิการสามารถดูแลตนเองในชีวิตประจำวันได้ โดยทั้งครอบครัว ชุมชน โรงเรียนร่วมกันพัฒนา ช่วยเหลือผู้พิการ <p>กลุ่มเป้าหมาย:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ผู้พิการในชุมชนและสมาชิกในชุมชน 	<ul style="list-style-type: none"> ● การจัดกิจกรรมแนะนำการฟื้นฟูผู้พิการให้กับชุมชน ● รณรงค์ให้ความรู้เกี่ยวกับสิทธิและโอกาสของผู้พิการ ● จัดการศึกษาให้กับผู้พิการ ● จัดอบรมให้กับอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน 	<ul style="list-style-type: none"> ● การใช้กระบวนการประชาสังคมสร้างการยอมรับในความแตกต่างหลากหลายของคนในชุมชนเพื่อการยอมรับกันและกันและอยู่ร่วมกันได้อย่างเกื้อกูลกัน 	<ul style="list-style-type: none"> ● จัดกิจกรรม การเรียนรู้ฝึกรบ ● สื่อสิ่งพิมพ์เพื่อเผยแพร่แนวคิดการพัฒนาผลิตภัณฑ์ชุมชนที่มาจากภูมิปัญญาพื้นบ้าน ● การรณรงค์ให้ความรู้
<p>ชมรมผู้สูงอายุ</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ชมรมผู้สูงอายุ ชุมชนบ้านอรุณญาวาส จ.น่าน ● ชมรมผู้สูงอายุ ชุมชนบ้านภูมินทร์-ท่าลี่ 	<ul style="list-style-type: none"> ● องค์กรพัฒนาเอกชน 	<ul style="list-style-type: none"> ● เพื่อให้ผู้สูงอายุในชุมชนได้มีกิจกรรมทำได้ออกกำลังกาย มีการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ ● พันพู่ความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับคนในครอบครัวและชุมชน ● เพื่อดูแล และให้คุณค่าต่อผู้สูงอายุ นำความรัก ความอบอุ่นในครอบครัว 	<ul style="list-style-type: none"> ● การสร้างกิจกรรมให้กับผู้สูงอายุได้ทำร่วมกับผู้สูงอายุด้วยกันเอง ร่วมกับครอบครัวและชุมชน ● การให้ผู้สูงอายุเป็นผู้บอกเล่าเรื่องราว สืบทอดภูมิปัญญาท้องถิ่น ● การให้ความรู้ คำแนะนำเรื่องสุขภาพกับกลุ่มผู้สูงอายุ 	<ul style="list-style-type: none"> ● กระบวนการประชาคมจะช่วยเหลือสร้างความสัมพันธ์ภายในครอบครัวและชุมชนได้ และในขณะเดียวกันความสัมพันธ์ที่อบอุ่นแน่นแฟ้นภายในครอบครัวและชุมชนก็จะเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับ 	<ul style="list-style-type: none"> ● การจัดให้ผู้สูงอายุได้มีกิจกรรมร่วมกัน ● การสื่อสารของผู้สูงอายุ เพื่อบอกเล่าเรื่องราวของชีวิตและชุมชนในอดีต

<p>จ.น่าน</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ชุมชนท่าข้าม จ.สงขลา ● ชุมชนบ้านป่าแดด จ.เชียงใหม่ 		<p>กลับมาสู่ชุมชน</p> <p>กลุ่มเป้าหมาย:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ผู้สูงอายุในชุมชน ● ครอบครัว ชุมชน 		<p>ระชาคมด้วยเช่นกัน</p>	
<p>ชุมชนทางอากาศ จส.100</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● องค์กรธุรกิจเอกชน (บริษัทแปซิฟิคอินเตอร์คอมมิวนิเคชั่น) ● ภาคประชาชน 	<ul style="list-style-type: none"> ● เพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาจราจร ● เพื่อช่วยเหลือสังคมในด้านต่างๆ <p>กลุ่มเป้าหมาย:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ประชาชนผู้ใช้รถใช้ถนนในกรุงเทพฯ 	<ul style="list-style-type: none"> ● ใช้คลื่นวิทยุ จส.100 เพื่อการเชื่อมต่อกันเป็น "ชุมชนทางอากาศ" และปฏิบัติการร่วมกัน ● การรายงานสภาพจราจร การช่วยเหลือผู้ประสบภัยบนท้องถนน เช่น การส่งต่อผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน การจับคนร้ายใจกรรมทรัพย์สิน เป็นต้น ● การประชาสัมพันธ์เพื่อขอรับบริจาคเพื่อช่วยเหลือผู้ประสบความทุกข์ยาก เช่น บริจาคโลหิต บริจาคเงินหัวใจเทียม เป็นต้น 	<ul style="list-style-type: none"> ● การรวมกลุ่มกันของผู้ที่ประสบปัญหาเดียวกัน ก่อให้เกิดความเอื้ออาทรต่อกัน ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ให้กำลังใจกัน เกิดความรู้สึกผูกพันกับผู้ที่อยู่ตามที่ต่างๆ ซึ่งไม่รู้จักกันมาก่อน ไม่ได้พบปะกันโดยตรง ได้ยินแต่เพียงเสียง ● บัญหารอดติดอาจไม่ได้ คลื่นคลายลง แต่คนที่ติดอยู่ในรถมีความทุกข์ลดลง เพราะมีความรู้สึกได้ร่วม (share) ความทุกข์กัน เห็นอกเห็นใจกัน 	<ul style="list-style-type: none"> ● พุดจาช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ให้กำลังใจกัน ● การสื่อสารผ่านโทรศัพท์, วิทยุกระจายเสียง โดยไม่ได้พบปะกันโดยตรง

<p>กลุ่มสตรีตั้งครรภ์ โรงพยาบาลศรีรัตนะ</p>		<ul style="list-style-type: none"> ● เพื่อลดอัตราภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์ ● เพื่อการแก้ไขปัญหาร่วมกันระหว่างสถานบริการสุขภาพและชุมชน <p>กลุ่มเป้าหมาย:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● หญิงตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลศรีรัตนะ 	<ul style="list-style-type: none"> ● ใช้กระบวนการกลุ่ม ● ใช้สื่อในการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขภาวะโลหิตจาง ● การสนทนากลุ่ม 	<ul style="list-style-type: none"> ● การสื่อสารภายในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ ● การพูดคุย ปรึกษาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ● การสื่อสารให้ความรู้คำแนะนำแก่สตรีตั้งครรภ์โดยบุคลากรทางการแพทย์ 	<ul style="list-style-type: none"> ● การสื่อสารโดยใช้กระบวนการกลุ่มและสนทนากลุ่ม ● การใช้สื่อเฉพาะกิจเพื่อให้ความรู้ เช่น เอกสารความรู้ต่างๆ ● สื่อบุคคล บุคลากรทางการแพทย์
---	--	---	---	--	--

ตารางที่ 26 แสดงประชาคมที่มีเป้าหมายเพื่อการดูแลสร้างเสริมสุขภาพ

ประชาคม	กลุ่ม/องค์กร ดำเนินงาน	เป้าหมาย	กลยุทธ์หลัก	บทเรียนสำคัญ	ประเภทและรูปแบบการสื่อสาร
<p>ชมรมชีวิต/มูลนิธิ ชีวิต/ชมรมชีวิต เกษม</p>	<p>ภาคประชาชน</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● ส่งเสริมให้บุคคลดูแลสุขภาพด้านกายและจิตใจให้สอดคล้องกับธรรมชาติ <p>กลุ่มเป้าหมาย:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● การเผยแพร่ความรู้และฝึกทักษะการใช้ชีวิตแบบชีวิตสุขภาพ ● การให้คำแนะนำต่อผู้มีปัญหาสุขภาพ ● การให้สมาชิกได้มีกิจกรรมสุขภาพร่วมกันในหลายๆ 	<p>แนวคิดและแนวปฏิบัติแบบชีวิตส่งผลดีต่อสุขภาพแบบองค์รวมแต่การแก้ไขปัญหสุขภาพจำเป็นต้องมีการวิจัยเพื่อยืนยันผลอีกครั้ง</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● การทำกิจกรรมสุขภาพร่วมกัน เช่น ออกกำลังกายด้วยการรำกระบอง นวดกดจุด ตีมน้ำอาร์.ซี. รับประทานอาหารร่วมกัน ทดณศึกษา ● การสื่อสารเพื่อให้ความรู้โดยคณะ

		<ul style="list-style-type: none"> สมาชิกชมรมกว่า 3,000คน 	รูปแบบ		<p>วิทยากรจากชมรมชีวิตจิต</p> <ul style="list-style-type: none"> การพบปะทักทาย พุดคุย เสวนา แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันเรื่องการทำงาน สังคม สภาพแวดล้อม โครงการร่วมกันเรียนรู้เป็นหมู่คณะในแหล่งต่างๆ
เสถียรธรรมสถาน	ภาคประชาชน	<ul style="list-style-type: none"> เพื่อเป็นสถานที่ปฏิบัติธรรม ส่งเสริม การศึกษาธรรมะ และพัฒนาคุณภาพ ชีวิตของชุมชน โดยเฉพาะเด็ก สตรี และนักบวช เพื่อแบ่งปันความสุขสงบเย็นต่อเพื่อน มนุษย์ให้สามารถดำรงชีวิตอยู่โดย ปราศจากปัญหา <p>กลุ่มเป้าหมาย:</p> <ul style="list-style-type: none"> เด็ก เยาวชน สตรี นักบวช 	<ul style="list-style-type: none"> ใช้หลักพุทธธรรมนำสังคม ดำเนินงานสร้างชีวิต ด้วย กิจกรรมรวม 9 กิจกรรม ภายใต้โครงการ 3 โครงการหลัก คือ โลกสวยด้วยพระ ธรรม สร้างโลกสวยผ่านเด็ก และโลกสวยด้วยน้ำใจ 	<ul style="list-style-type: none"> พุทธศาสนาเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการดูแลสุขภาพชีวิตของกลุ่ม ชุมชน ที่ จะแสวงหาหนทางในการพึ่งตนเอง ช่วยเหลือตนเองและผู้อื่น 	<ul style="list-style-type: none"> จัดกิจกรรมต่างๆภายใต้โครงการหลัก 3 โครงการ การพบปะพุดคุยกัน
ประชาสังคมเพื่อป้องกันแก้ไข ปัญหายาเสพติด ในชุมชน	<ul style="list-style-type: none"> ภาคประชาชน องค์กรพัฒนา ภาคเอกชน 	<ul style="list-style-type: none"> เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดโดยใช้แนวทางประชาสังคม 	<ul style="list-style-type: none"> ศึกษาวิเคราะห์ชุมชน สภาพ ทางสังคมของชุมชน สถานการณ์ปัญหาเสพติด 	<ul style="list-style-type: none"> เมื่อได้รับการส่งเสริมให้เกิดการ เคลื่อนไหวในภาคประชาชนจะทำให้ สามารถร่วมดำเนินการแก้ไข ปัญหา ต่างๆของชุมชนได้ดีขึ้นกว่าเดิม 	<ul style="list-style-type: none"> การจัดกิจกรรมเพื่อพบปะพุดคุย กัน การจัดประชุม เสวนา

<ul style="list-style-type: none"> ● บ้านไร่ดง จ.เชียงใหม่ ● บ้านเดื่องก จ.เชียงใหม่ 	<ul style="list-style-type: none"> ● ส่วนราชการ 	<p>กลุ่มเป้าหมาย:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● สมาชิกในชุมชนทั้งหมด 	<ul style="list-style-type: none"> ● จัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมภาคประชาสังคม ● อาศัยความสัมพันธ์และกลไกทางสังคมที่มีในชุมชนในการช่วยเหลือผู้เสพ ครอบครัวยุ และผู้ได้รับผลกระทบ 	<ul style="list-style-type: none"> ● การใช้กระบวนการประชาสังคมช่วยเปิดโอกาสให้ประชาชนได้เข้าร่วมกิจกรรมในการพัฒนาชุมชน เกิดความเข้าใจต่อสภาพปัญหาและร่วมกันหาแนวทางแก้ไขที่เกิดขึ้นในชุมชน ทำให้เกิดการเรียนรู้ เกิดทัศนคติที่ดีต่อผู้เกี่ยวข้องกับยาเสพติดและครอบครัวยุ และก่อให้เกิดการเรียนรู้ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสังคมด้านอื่นๆของชุมชนที่สอดคล้องกับสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป นำไปสู่การพัฒนาชุมชนเข้มแข็งอย่างยั่งยืน 	
--	--	--	---	---	--

ตารางที่ 27 แสดงรูปแบบประชาคมที่มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาองค์กร ประชาคมวิชาชีพด้านสุขภาพ

ประชาคม	กลุ่ม/องค์กรดำเนินงาน	เป้าหมาย	กลยุทธ์หลัก	บทเรียนสำคัญ	หมายเหตุ
ประชาคมเภสัชกร	<ul style="list-style-type: none"> ● องค์กรวิชาชีพ 	<ul style="list-style-type: none"> ● เพื่อระดมความคิดเห็นของประชาคมเภสัชกร และสังเคราะห์เป็นวิสัยทัศน์และยุทธศาสตร์ของประชาคมเภสัชกร 	<ul style="list-style-type: none"> ● การประชุมแบบมีส่วนร่วมเพื่อการเรียนรู้ร่วมกันเพื่อสร้างอนาคต (Future Search Conference, FSC) 	<ul style="list-style-type: none"> ● วิสัยทัศน์ในระบบสุขภาพ เป็นแนวทางในการพัฒนากำหนดวิสัยทัศน์สำหรับวิชาชีพเภสัชกรรมที่จะตอบสนองต่อวิสัยทัศน์ระบบสุขภาพ ซึ่งแบ่งได้เป็น 5 ประเด็น คือ นโยบาย การ 	<ul style="list-style-type: none"> ● การประชุมระดมความคิดเห็น ● กระบวนการ

		<ul style="list-style-type: none"> ● เพื่อแสดงถึงบทบาทในการเป็นพลังส่วนหนึ่งที่จะช่วยเป็นกำลังขับเคลื่อนระบบสุขภาพของสังคมได้ ● เพื่อประชาสัมพันธ์ เผยแพร่ ข้อมูลข่าวสาร ความรู้ในแวดวงเภสัชกรรม <p><u>กลุ่มเป้าหมาย:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● เภสัชกรทั่วประเทศไทย ● ผู้ที่ได้รับผลกระทบ (stakeholders) และเคยสัมผัสกับเภสัชกร หรือระบบเภสัชกรรมมาก่อน(เช่น เจ้าของร้านขายยา องค์การเอกชน แพทย์ พยาบาล สื่อมวลชน ผู้นำชุมชน รวมทั้งประชาชนผู้ช้ยา) 	<ul style="list-style-type: none"> ● การระดมความคิดในการวางแผนพัฒนา (Appreciation Influence Control, AIC) ● การปรับกระบวนการทัศนคติของคนในระบบเพื่อให้บุคลากรในระบบสามารถสร้างกรอบแนวคิดและวิธีการปฏิบัติที่มีวัตถุประสงค์สอดคล้องกับความเปลี่ยนแปลงทางสังคมได้ ● ประชุมวิชาการเพื่อให้ความรู้ทางวิชาการใหม่ๆแก่เภสัชกร 	<p>บริการ บุคลากร ระบบบริหารจัดการ และความสัมพันธ์กับชุมชน</p> <ul style="list-style-type: none"> ● จากวิสัยทัศน์วิชาชีพเภสัชกรรมที่ตอบสนองต่อวิสัยทัศน์ระบบสุขภาพนั้นจะนำมาเป็นแนวทางในการกำหนดยุทธศาสตร์สำหรับวิชาชีพเภสัชกรรมได้ ● ความหลากหลายของผู้เข้าร่วมประชุมเพื่อระดมความคิดมีความสำคัญต่อกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน ก่อให้เกิดความเข้าใจร่วมกันและสามารถนำมาเป็นแนวทางในการกำหนดเป้าหมายในอนาคตของระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ได้ 	<p>เรียนรู้ร่วมกัน</p> <ul style="list-style-type: none"> ● จัดหมายข่าว ● ประชุมวิชาการ
<p>ชมรมหมอยา พื้นบ้าน บ้านโลก ชุมปุณ จ.ยโสธร</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● โรงพยาบาลชุมชน ● ชาวบ้าน ● หมอพื้นบ้าน ● วัด 	<ul style="list-style-type: none"> ● เพื่อฟื้นฟูภูมิปัญญาชาวบ้านในเรื่องยาสมุนไพรและการรักษาพื้นบ้าน ● เพื่อฟื้นฟูบทบาทของหมอยาพื้นบ้าน <p><u>กลุ่มเป้าหมาย:</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> ● การจัดตั้งศูนย์สุขภาพขั้นที่วัดให้เป็นศูนย์ให้ความรู้เกี่ยวกับสมุนไพร เป็นทางเลือกในการดูแลสุขภาพของชาวบ้าน 	<ul style="list-style-type: none"> ● การดำเนินงานโดยชุมชน เพื่อชุมชน จะสามารถตอบสนองความต้องการของชาวบ้านในชุมชนนั้นๆได้เป็นอย่างดี 	<ul style="list-style-type: none"> ● กิจกรรมสัมพันธ์ ● การให้ความรู้เกี่ยวกับสมุนไพร และ

		<ul style="list-style-type: none"> สมาชิกในชุมชน 			<p>การรักษาแบบ พื้นบ้าน</p>
<p>ประชาคม สื่อมวลชนเพื่อ สุขภาพ</p>	<ul style="list-style-type: none"> องค์กรสื่อมวลชน 	<ul style="list-style-type: none"> เพื่อร่วมกันเรียนรู้และพัฒนากระบวนการเสริมสร้างประชาคมสื่อมวลชนเพื่อสุขภาพ โดยมุ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเครือข่ายงานสาธารณสุข เครือข่ายสื่อมวลชน และเครือข่ายประชาคม ในการที่จะพัฒนาไปสู่การเป็นกลไกสนับสนุนกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ และเป็นกลไกหรือกระบวนการในการสร้างความร่วมมือระหว่างเครือข่ายทั้ง3 เพื่อสร้างกระบวนการเรียนรู้แก่สังคมในการปฏิรูประบบสุขภาพ ซึ่งจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนวิธีคิด และวิถีปฏิบัติ เพื่อสร้างสุขภาวะของสังคมร่วมกัน <p>กลุ่มเป้าหมาย:</p> <ul style="list-style-type: none"> เครือข่ายสาธารณสุข เครือข่ายสื่อมวลชน 	<ul style="list-style-type: none"> จัดทำโครงการ พัฒนากระบวนการเพื่อมุ่งให้เกิดปรับเปลี่ยนแนวคิดด้านสุขภาพ จัดทำโครงการที่มุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพของผู้คนในชุมชน ให้สามารถเป็นผู้สื่อสารต่อสังคม ผ่านประเด็นปัญหาต่างๆ หรือความสำเร็จที่เป็นรูปธรรมของกิจกรรมที่เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ ใช้กลไกการสื่อสารที่ท้องถิ่นมีอยู่หรือพัฒนาขึ้นมา ใช้กระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน และการมีส่วนร่วมของชุมชน ใช้สื่อต่างๆในการกระตุ้น ให้เกิดการเรียนรู้ สร้างการเปลี่ยนแปลง และเชื่อมโยง เสริมสร้างศักยภาพของผู้คน 	<ul style="list-style-type: none"> การสื่อสารเพื่อจะสร้างกระแสสังคมให้ไปในทิศทางเดียวกันนั้น สิ่งสำคัญคือต้องให้โอกาสทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน ให้เกียรติต่อความเชื่อของกลุ่มคนที่แตกต่างกัน การสื่อสารที่จะก่อให้เกิดพลังในท้องถิ่นนั้น จะต้องมีการผสมผสานของสื่อมวลชน สื่อท้องถิ่น และสื่อบุคคลอย่างลงตัว ซึ่งจะต้องมีการออกแบบอย่างเหมาะสมและเป็นการเฉพาะสำหรับแต่ละท้องถิ่นแตกต่างกันไป การสื่อสารผ่านสื่อพื้นบ้านประจำท้องถิ่น ให้ผลในการกระตุ้นความสนใจ ความตื่นตัว ในประเด็นปัญหาที่ต้องการสื่อสารได้อย่างมาก เพราะสามารถเชื่อมโยงกับวิถีชีวิตของชุมชนได้ดี อย่างไรก็ตามก็ต้องการกระบวนการสื่อสารในรูปแบบอื่นๆเสริม เพื่อให้เกิดการพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และสร้างความต่อเนื่องในการสื่อสาร สร้างความเข้าใจและสำนึกในการมีส่วนร่วมรับผิดชอบและจัดการปัญหาชุมชนของตน 	<ul style="list-style-type: none"> การจัดเวทีพูดคุยกันอย่างต่อเนื่องเป็นประจำ กระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน จัดกิจกรรมอันหลากหลาย

		<ul style="list-style-type: none"> • เครือข่ายประชาคม 		<ul style="list-style-type: none"> • การขยายขอบเขตของนิยาม “สื่อมวลชน” ที่หมายถึงสื่อต่างๆมากมายในท้องถิ่น มิใช่เพียงวิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ เท่านั้น แต่รวมถึงทุกสิ่งทุกอย่างและทุกคน ที่สามารถทำหน้าที่สื่อสารข้อมูล สร้างความเข้าใจกับสาธารณะ กิจกรรมต่างๆ ศิลปะพื้นบ้าน อันเป็นช่องทางและรูปแบบการสื่อสารที่คนในท้องถิ่นใช้กันอยู่ในชีวิตประจำวัน 	
--	--	--	--	--	--

ตารางที่ 28 แสดงประชาสังคมที่มีเป้าหมายเพื่อการพึ่งพาตนเอง และพัฒนาเครือข่ายระดับตำบล อำเภอและจังหวัด

ประชาคม	กลุ่ม/องค์กรดำเนินงาน	เป้าหมาย	กลยุทธ์หลัก	บทเรียนสำคัญ	หมายเหตุ
เครือข่ายระดับตำบล <ul style="list-style-type: none"> • ไผ่เรียง จ.นครศรีธรรมราช • บ้านใหม่ จ.นครราชสีมา • คลองเปี้ยะ จ.สงขลา • ศิลาลง จ.น่าน 	<ul style="list-style-type: none"> • ผู้นำภายในชุมชน ซึ่งอาจเป็นผู้นำอย่างเป็นทางการ (เช่น กำนัน, ผู้ใหญ่บ้าน เป็นต้น) หรือผู้นำไม่เป็นที่ทางการ (เช่น พระสงฆ์, ครู, หมอพื้นบ้าน, ปรากฏ์ชาวบ้าน เป็นต้น) 	<ul style="list-style-type: none"> • เพื่อการพึ่งพาตนเอง และพึ่งพากันเองภายในชุมชน ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ส่งเสริมภูมิปัญญาท้องถิ่น • เพื่อการสร้างเครือข่ายชุมชนในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์ แนวคิดของกันและกันแล้วนำมาปรับปรุงยุคที่ใช้กับชุมชนของ 	<ul style="list-style-type: none"> • ให้สมาชิกได้ศึกษาศักยภาพชุมชนของตน เรียนรู้ความเป็นชุมชนวัฒนธรรมประเพณีของชุมชน • การจัดการชุมชน ให้สมาชิกได้มีบทบาทในการร่วมกันกำหนดเป้าหมาย กำหนดกฎเกณฑ์ภายในชุมชนที่ต้องยึดถือปฏิบัติร่วมกัน ให้ทุกฝ่ายได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมบางอย่างร่วมกัน และมี 	<ul style="list-style-type: none"> • เครือข่ายจะยั่งยืนหากสมาชิกได้ร่วมมือร่วมใจกัน ตั้งแต่ต้น ไม่ปล่อยให้ตนเองและชุมชนถูกรวบง่า มีการระบวงการเรียนรู้ร่วมกัน และมีกิจกรรมเพื่อเชื่อมประสานระหว่างกันเป็นเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง มีความ 	<ul style="list-style-type: none"> • การพบปะติดต่อสื่อสารอย่างสม่ำเสมอ สร้างความสัมพันธ์เสมือนเป็นญาติพี่น้องกัน ระหว่างสมาชิกในชุมชน • การฝึกอบรม ศึกษาดูงาน ประชุม สัมมนา
เครือข่ายระดับอำเภอ/จังหวัด <ul style="list-style-type: none"> • เครือข่ายเกษตรยั่งยืนพะเยา 	คณะกรรมการชุมชน คณะกรรมการบริหาร				

<ul style="list-style-type: none"> ● เครื่องช่วยศูนย์รวมน้ำใจ ธนาคารหมู่บ้านดอกคำใต้ จ.พะเยา ● สมาคมฟื้นฟูหมู่บ้านชนบท สงขลา ● เครื่องช่วยยมนา จ.นครศรีธรรมราช ● เครื่องช่วยอินแปง จ.สกลนคร, อุดรธานี, มุกดาหาร, กาฬสินธุ์ ● ชมรมพัฒนาชาวบุรีรัมย์ ● เครื่องช่วยตีบจ้าง จ.ลำปาง ● เครื่องช่วยป่าตะวันออก จ.ฉะเชิงเทรา, สระแก้ว, ชลบุรี, ระยอง, จันทบุรี ● เครื่องช่วยธนาคารสัจจะออม ทรัพย์นครนายก ● เครื่องช่วยภูมิปัญญาไท 	<p>เครื่องช่วย</p> <ul style="list-style-type: none"> ● องค์การพัฒนาเอกชน (มูลนิธิหมู่บ้าน) 	<p>ตนเองได้</p> <ul style="list-style-type: none"> ● เพื่อการพัฒนาแผนแม่บท ของชุมชน การพัฒนาอย่าง บูรณาการ ● เพื่อการดำรงชีวิตแบบ พอเพียง พร้อมๆไปกับการ รักษาสภาพแวดล้อม ทรัพยากรธรรมชาติของ ชุมชน และรักษาวัฒนธรรม ประเพณีของชุมชน <p>กลุ่มเป้าหมาย:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● สมาชิกในชุมชน 	<p>การแบ่งบทบาทหน้าที่ในการ ทำงาน</p> <ul style="list-style-type: none"> ● การค้นหาปัญหาและแนวทาง แก้ไขอย่างบูรณาการ หาความ เชื่อมโยงของปัญหากับวิถีชีวิตที่ เป็นอยู่ของชุมชน ● การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แลกเปลี่ยน ข้อมูลข่าวสารประสบการณ์ แล้ว พัฒนาไปสู่การวางแผนร่วมกัน ดำเนินกิจกรรมบางอย่างร่วมกัน เป็นการประสานพลัง (synergy) ใช้ทรัพยากรใน ชุมชนของตนอย่างประหยัดและมี ประสิทธิภาพ ● มีบุคคลหรือกลุ่มที่ดำเนินกิจกรรม ในการประสานงาน ● สมาชิกทุกคนมีบทบาทเป็นทั้ง ผู้ให้และผู้รับ และเป็นทั้งครูและ ศิษย์ 	<p>ยึดหยุ่นในการดำเนินงาน และปรับตัวตามที่สมาชิก ส่วนใหญ่เห็นชอบ</p> <ul style="list-style-type: none"> ● การแก้ไขปัญหาได้สำเร็จ อย่างยั่งยืนต้องอาศัยการ พิจารณาปัญหาและวิธีการ แก้ไขอย่างบูรณาการใน ทุกๆมิติ ซึ่งต้องมองความ เชื่อมโยงของปัญหาต่างๆ กับวิถีชีวิตของชุมชน ● มีหลากหลายกิจกรรม ภายใต้ยุทธศาสตร์การ พัฒนาอย่างยั่งยืน ที่เน้น การพึ่งตนเอง เน้นการ เรียนรู้ และการจัดการชีวิต จัดการทรัพยากร จัดการทุน ของชุมชนอย่างรอบด้าน และมีประสิทธิภาพ 	<ul style="list-style-type: none"> ● การสื่อสารและจัด กิจกรรมที่หลากหลาย เพื่อการเรียนรู้ร่วมกัน
---	--	--	--	---	---

4. ลักษณะการดำเนินงานของเครือข่ายประชาสังคม

จากกรณีศึกษาเครือข่ายประชาสังคมต่างๆในงานวิจัยของ สวรรส. พบว่าลักษณะการดำเนินงานของเครือข่ายประชาสังคม สามารถจำแนกโดยใช้เกณฑ์ต่างๆ ได้ดังนี้

- a. ลักษณะการดำเนินงานของเครือข่ายประชาสังคมที่จำแนกตามจุดกำเนิดและการจัดการของชุมชนประชาสังคม แบ่งออกได้ 3 ลักษณะ ได้แก่
 - 1) เครือข่ายประชาสังคมแบบธรรมชาติ มีลักษณะที่ตอบสนองต่อความต้องการพื้นฐานของชีวิต มีการจัดการที่แสดงถึงเอกลักษณ์ของชุมชนหรือประชาสังคม สะท้อนการช่วยเหลือเกื้อกูลทางสังคม สมาชิกมีความรู้สึกผูกพันกัน ข้อจำกัดของเครือข่ายลักษณะนี้คือ สามารถจัดการปัญหาบางเรื่องในขอบเขตที่จำกัด ไม่สามารถขยายตัวและผลิตซ้ำได้ ตัวอย่างเช่น ประชาสังคมในชุมชนชนบทพื้นที่ต่าง เป็นต้น
 - 2) เครือข่ายประชาสังคมที่ส่งเสริมโดยภาครัฐ เครือข่ายลักษณะนี้จะสะท้อนนโยบายของรัฐ โดยสร้างการจัดการและกิจกรรมที่มีรูปแบบไม่มากนัก อาจมีการสั่งการให้จัดตั้ง ข้อดีของเครือข่ายลักษณะนี้คือ เป็นการพัฒนางานในเชิงปริมาณ ครอบคลุมพื้นที่ แต่อาจขาดคุณภาพและความต่อเนื่อง เช่น กลุ่ม ชมรม ประชาคมต่างๆที่รณรงค์ในเรื่องใดเรื่องหนึ่งโดยได้รับการสนับสนุนส่งเสริมจากภาครัฐ
 - 3) เครือข่ายประชาสังคมที่ส่งเสริมโดยองค์กรพัฒนาเอกชน มักมีเป้าหมายเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน และเพื่อสร้างสังคมที่สมดุล สร้างความสัมพันธ์แบบเครือข่าย มีการสร้างปฏิสัมพันธ์ในแนวราบ ที่ช่วยเพิ่มความสามารถและยกระดับความคิดและการทำงานไปสู่ประโยชน์สาธารณะ อาจเป็นการเคลื่อนไหวที่มุ่งผลักดันนโยบายและกฎหมาย

b. ลักษณะการดำเนินงานของเครือข่ายประชาสังคมที่จำแนกตามมิติโครงสร้างและองค์ประกอบของกลุ่ม ประชาสังคม แบ่งออกได้ 4 มิติ ได้แก่

- 1) มิติด้านการเกิดและรวมกลุ่มประชาสังคม ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่เกิดขึ้นจากความต้องการร่วมกัน หรือมีปัญหาเดียวกัน ต้องการอยู่ร่วมกันเป็นกลุ่ม ดังเห็นได้จาก กลุ่มสตรี กลุ่มหมอพั้นบ้าน กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มเกษตรยั่งยืน เป็นต้น
- 2) มิติองค์ประกอบของการรวมกลุ่ม ซึ่งแต่ละกลุ่มจะมีองค์ประกอบที่คล้ายกัน ได้แก่ เป้าหมายของกลุ่ม สมาชิกกลุ่ม การบริหารจัดการ กฎระเบียบ และความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม เป็นต้น
- 3) มิติของวัตถุประสงค์ เช่น กลุ่มเพื่อสังคม กลุ่มเพื่อสุขภาพ ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มหมอพั้นบ้าน เป็นต้น
- 4) มิติขนาดของกลุ่ม ตั้งแต่ขนาดเล็กสุด คือครอบครัว ไปจนถึง กลุ่มต่างๆในหมู่บ้าน ชุมชน และเครือข่ายกลุ่มต่างๆที่มารวมตัวกัน

c. ลักษณะการดำเนินงานของเครือข่ายประชาสังคมที่จำแนกตามโครงสร้างหน้าที่ของประชาสังคม แบ่งออกได้ 4 โครงสร้าง ได้แก่

- 1) การจัดโครงสร้างเชิงหน้าที่ เน้นการแบ่งงานตามหน้าที่ของหน่วยย่อยๆภายในประชาคม เช่น ฝ่ายประสานงาน ฝ่ายวิชาการ เป็นต้น โครงสร้างลักษณะนี้มักใช้กับหน่วยกลางหรือแกนหลักของประชาคมเป็นหลัก เช่น การจัดประชุม สัมมนา เป็นต้น ช่วยในการทำงานระดับวงกว้าง เช่น ประชาคมเกษตรกร กลุ่มหมอพั้นบ้าน เป็นต้น
- 2) การจัดโครงสร้างเชิงพื้นที่ เน้นการแบ่งงานตามพื้นที่ที่รับผิดชอบ โดยหน่วยย่อยในพื้นที่จะดำเนินกิจกรรมทุกอย่างที่จะนำไปสู่เป้าหมายของประชาคม โครงสร้างลักษณะนี้จะช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถลงลึกในพื้นที่รับผิดชอบได้อย่างทั่วถึง และเหมาะกับการปฏิบัติงานในเชิงรุก เช่น การจัดเวทีชาวบ้าน การจัดแสดงสื่อพื้นบ้านต่างๆ เป็นต้น เช่น ประชาคมผู้สูงอายุในชุมชนพื้นที่ต่างๆ ประชาสังคมเพื่อป้องกัน

และแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าในชุมชนต่างๆ เป็นต้น

- 3) การจัดโครงสร้างแบบทีมงาน เป็นโครงสร้างที่ไม่ได้กำหนดภารกิจของแต่ละฝ่ายไว้ชัดเจน การดำเนินกิจกรรมมักมีการปรึกษาหารือและร่วมกันดำเนินการ การทำงานค่อนข้างยืดหยุ่น เช่น ชมรมจักรยานเพื่อสุขภาพ
- 4) การจัดโครงสร้างแบบเครือข่าย เป็นการจัดโครงสร้างแบบหลวมๆ มีกลุ่มคนเข้ามาเกี่ยวข้องมากมายหลายกลุ่ม ต้องมีการประสานงานระหว่างบุคคลและกลุ่มต่างๆ ที่เชื่อมเข้ามาเป็นเครือข่าย โครงสร้างลักษณะนี้จะทำงานได้ดีในเรื่องของการประสานความร่วมมือเพื่อการผลักดัน หรือเพื่อความร่วมมือในการสร้างกระแส เช่น เครือข่ายภูมิปัญญาไท เครือข่ายสุขภาพชุมชน ประชาคมสี่อมวลชน มูลนิธิหมู่บ้าน เป็นต้น

อย่างไรก็ตามในประชาสังคมหนึ่งๆอาจมีการจัดโครงสร้างหน้าที่ที่หลากหลาย แตกต่างกันไปตามวาระโอกาส เวลา พื้นที่ โครงการและกิจกรรมที่จะดำเนินการก็ได้ มิได้จำกัดรูปแบบโครงสร้างแบบใดแบบหนึ่งเพียงแบบเดียวเท่านั้น และจากการศึกษากลุ่ม ชมรม องค์กร เครือข่ายประชาสังคมต่างๆ ในงานวิจัยของ สวรส. พบว่า ไม่ว่าจะประชาสังคมจะมีรูปแบบโครงสร้างแบบใดก็ตามสามารถเห็นภาพรวมร่วมกันในการดำเนินงานของประชาสังคมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ดังนี้

1. เพื่อให้ชุมชนหรือประชาสังคมมีสุขภาพดี จำเป็นต้องเสริมภูมิคุ้มกันชุมชนให้เข้มแข็ง ซึ่งต้องมาจากกระบวนการเรียนรู้ในลักษณะที่เป็นเครือข่ายการเรียนรู้ พัฒนาเป็นเครือข่ายที่มีสัมพันธภาพของตัวบุคคล ครอบครัวและชุมชนหลายๆด้าน โดยมีเป้าหมายสำคัญคือการพึ่งตนเองและพึ่งพากันเอง เริ่มจากที่ครอบครัวและดำเนินการร่วมกันในชุมชนและระหว่างชุมชนประชาสังคม ขยายเป็นเครือข่ายที่กว้างขวางออกไป
2. ระบบสุขภาพของประชาสังคม มีอยู่ 3 ระบบ คือ
 - 2.1. ระบบป้องกัน หมายถึง การสร้างความมั่นคงด้านอาหารปลอดภัย น้ำดื่ม นุ้ยหมักชีวภาพ พืชผักสวนครัว สวนสมุนไพร อาหารเครื่องดื่มน้ำปรุงปลอดภัย เป็นต้น
 - 2.2. ระบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หมายถึง การพัฒนาจิตสำนึกเพื่อให้ตระหนักในเรื่องสุขภาพ ค่านิยมในการบริโภค การกินอยู่ การทำงานที่ปลอดภัย ชีวิตที่เรียบง่าย

ปลอดภัยและพอเพียง การทำกินเองใช้เอง ลดค่าใช้จ่ายของฟุ่มเฟือย ลดละเลิก อบายมุข สิ่งเสพติด รวมทั้งสิ่งที่เป็นพิษภัยต่อสุขภาพ

- 2.3. ระบบการรักษาฟื้นฟู หมายถึง การจัดการเพื่อดูแลรักษาฟื้นฟู ในกรณีที่เกิดการเจ็บป่วย มีศูนย์ส่งเสริมสุขภาพชุมชน ยาสมุนไพรและอาหารเพื่อสุขภาพ สวัสดิการหมอฟันบ้าน มีคนที่มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย
3. ประชาสังคมได้ข้อคิดจากประสบการณ์ที่ได้เรียนรู้ร่วมกัน ที่จะนำไปพิจารณาร่วมกันในประชาสังคมและดำเนินการให้ได้ดังนี้
 - 3.1. ความเป็นอิสระของประชาสังคม และการยอมรับในความหลากหลายทางสังคม วัฒนธรรม ความคิด ความเชื่อ
 - 3.2. ประชาสังคมมีศักยภาพที่จะแก้ไขปัญหาของตนเองได้ หากมีโอกาสและความร่วมมือที่จริงใจ
 - 3.3. การเรียนรู้ด้วยตนเอง และการเรียนรู้ร่วมกันอย่างต่อเนื่อง
 - 3.4. คุณภาพชีวิตที่ดีเริ่มที่สัมพันธภาพในแนวนอน
 - 3.5. การป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพย่อมได้ผลดีกว่าการรักษาสุขภาพ
4. การฟื้นฟูสุขภาพชุมชนด้วยศักยภาพของชุมชนเองไม่มีทางเป็นไปได้ ถ้าหากสมาชิกในชุมชนมีเพียงความรู้ด้านสุขภาพ มีหลักประกันจากรัฐเวลาเจ็บป่วย แต่ตัวแปรต่างๆที่ทำลายสุขภาพของชุมชนไม่ได้รับการแก้ไข ซึ่งต้องเป็นการแก้ไขที่เชื่อมโยงกับความเป็นจริงในมิติของเศรษฐกิจ ครอบครัวยุค และชุมชนด้วย
5. สุขภาพชุมชนเป็นสุขภาพแบบองค์รวม ไม่ใช่แค่เรื่องการรักษาโรคหรือความเจ็บป่วยทางกายเพียงเท่านั้น เพราะสุขภาพชุมชน คือ สภาวะที่ชุมชนสามารถจัดการสร้างและแก้ไขปัจจัยต่างๆที่เอื้อต่อสุขภาพทั้งกาย ใจ อารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อม ก่อให้เกิดภูมิคุ้มกันชุมชน
6. ความพยายามของชุมชนประชาสังคม ในการจัดการทุนต่างๆของชุมชนอย่างสร้างสรรค์ร่วมกัน เพื่อพัฒนากิจการด้านสุขภาพให้สามารถพึ่งตนเองได้ ต้องอาศัยการผสมผสานภูมิปัญญาดั้งเดิมของท้องถิ่น เช่น การแพทย์พื้นบ้านและสมุนไพร ซึ่งเป็นการแพทย์ทางเลือก กับภูมิปัญญาสากลที่เป็นความรู้ใหม่ทางการแพทย์

5. องค์ประกอบของชุมชน ประชาสังคมเข้มแข็ง

ในการศึกษาองค์ประกอบของกลุ่ม ชุมชน ประชาสังคมต่างๆ ในงานวิจัยของ สวรรส. ดังต่อไปนี้

ประชาสังคมกับการพัฒนาสุขภาพ: ทักษะนักคิดในสังคมไทย (ชูชัย ศุภวงศ์ และ ยุวดี คาคการณโกศล, 2539)

แนวทางการส่งเสริมประชาสังคมเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพในชุมชน (นรินทร์ แก้วมีศรี และคณะ, 2546)

รายงานการวิจัยเรื่องศักยภาพประชาสังคมภาคสตรีในการแก้ไขปัญหาเอดส์ (บุบผา วัฒนาพันธุ์ และศิริวัชร ศิวารมย์, 2544)

รายงานการวิจัยโครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการ “การพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพของชุมชน” (ประยูร ชูทอง และคณะ, 2541)

รายงานผลการวิจัย โครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการ การส่งเสริมประชาคมสื่อมวลชนเพื่อสุขภาพ (พลเดช ปิ่นประทีป, ยุทธดนัย สีดาหล้า และคณะ, 2545)

ศักยภาพประชาคมในการจัดการปัญหาความรุนแรงต่อผู้หญิงและเด็ก (พิมพ์วัลย์ บุญมงคล, นิภรณ์ สันตหจรียา และอัมพร หมายเด็น, บรรณานิการ, 2546)

วิถีชุมชนของประชาชนเวียงแหง (ยุวรงค์ จันทรวิจิตร และคณะ, 2546)

ประชาสังคมกับการพัฒนาสุขภาพ: บทวิเคราะห์ทางวิชาการ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2539)

เครือข่ายชุมชนและประชาสังคม: แนวคิด ประสบการณ์ ตัวอย่าง (เสรี พงศ์พิศ, 2545)

บทบาทประชาคมส่งเสริมสุขภาพ: นอกภาครัฐ (อนุวัฒน์ ศุภชิตกุล, เพ็ญจันทร์ ประดับมุข และยุพา วงศ์ไชย, บรรณานิการ, ม.ป.ป.)

จากการวิเคราะห์งานวิจัยของ สวรรส. ดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยได้พบผลที่ตรงกันซึ่งแสดงถึงองค์ประกอบที่ส่งผลต่อความเข้มแข็งของประชาสังคมได้ ดังนี้

- 1) มีภูมิปัญญาของตนเอง เป็นภูมิปัญญาท้องถิ่นที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพ และแก้ไขปัญหาสุขภาพได้ มีวัฒนธรรมที่ดีงามของชุมชนประชาสังคม มีความพยายามที่จะพึ่งพาตนเอง พัฒนาตนเอง ปรับปรุงตนเองอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมภูมิ

ปัญญาท้องถิ่น มีความเป็นตัวของตัวเอง ดำเนินงานอย่างอิสระ ไม่มีการครอบงำจากหน่วยงานราชการ หรือถ้ามีก็ไม่รุนแรงจนทำให้การดำเนินงานของชาวบ้านขาดความเป็นอิสระ หรืออาจริเริ่มโดยราชการแล้วชาวบ้านนำมาปรับระบบ ปรับแนวทางการบริหารจัดการเอง

- 2) มีความตระหนัก และมีความรู้สึกร่วมเป็นเจ้าของชุมชนหรือประชาสังคม ทำให้มองประเด็นปัญหาของชุมชนเป็นจุดร่วม สมาชิกมีส่วนร่วมในการรับรู้ปัญหา คิดตัดสินใจวางแผน และเข้าดำเนินการในการป้องกันและแก้ไขปัญหา ช่างสังเกต มุ่งมั่น มีความสนใจในปัญหาเรื่องสุขภาพของชุมชนร่วมกัน มีการจัดกิจกรรมเพื่อให้สมาชิกได้เห็นปัญหาด้วยตนเอง
- 3) มีการรวมตัว และมีการจัดการภายในชุมชน หรือประชาสังคมด้วยตนเอง เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาต่างๆในชุมชน มีความหลากหลายของสมาชิกที่มารวมตัวกัน ช่วยกันคิด ช่วยกันทำ การมีสมาชิกจากหลากหลายสาขาอาชีพมาร่วมมือกันทำงาน จะช่วยทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ความคิด ประสบการณ์ระหว่างกัน เกิดการฝึกกำลังจากทุกฝ่ายในชุมชน นอกจากนี้ต้องให้ความสำคัญกับการบริหารจัดการซึ่งอาศัยความสัมพันธ์ทางสังคม วัฒนธรรม ความเป็นพี่เป็นน้องกันระหว่างสมาชิก ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน และความต้องการที่จะช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ร่วมมือร่วมใจกันในการค้นหาปัญหาและแนวทางแก้ไข การจัดระบบในชุมชน ควรเป็นการจัดการที่ไม่มีต้นแบบ ไม่มีใครคิดให้ หรือคอยครอบงำ ออกคำสั่ง หากแต่ชาวบ้านช่วยคิดกันเอง จัดการชีวิต จัดการทรัพยากร จัดการทุนของชุมชนอย่างรอบด้านและมีประสิทธิภาพ มีการจัดแบ่งหน้าที่กันทำงานตามประเด็นที่แต่ละกลุ่ม แต่ละคนถนัด มีกฎเกณฑ์ที่กำหนดขึ้นโดยชุมชนเองเพื่อเป็นแนวทางให้สมาชิกได้ปฏิบัติ แต่กฎเกณฑ์ต่างๆก็มีความยืดหยุ่นได้ มีกิจกรรมที่หลากหลาย และมีกระบวนการติดตาม ตรวจสอบ ประเมินผล สรุปบทเรียนการดำเนินงานเป็นประจำ
- 4) มีการติดต่อสื่อสารกันอย่างต่อเนื่องเพื่อสร้างเครือข่ายความร่วมมือ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยเน้นการสื่อสารในแนวราบของคนทุกระดับในชุมชนประชาสังคม มีการพบปะกันของสมาชิก เพื่อเปิดโอกาสในการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างกัน

- 5) มีผู้นำชุมชน แกนนำ ที่ปรึกษาชุมชน คณะกรรมการสุขภาพชุมชนที่มีความพร้อม เสียสละ เข้มแข็ง เข้าใจชุมชน เข้าใจการทำงาน การจัดการชุมชน เป็นที่ยอมรับจากชุมชน โดยผู้นำ มีลักษณะของความเป็นครูผู้ถ่ายทอดแนวคิดและประสบการณ์ หรือ มีลักษณะเป็นเพื่อน ที่ช่วยเพื่อน มีการเรียนรู้ร่วมกัน และเป็นผู้ประสานงานที่สามารถประสานให้เกิดการเรียนรู้ ประสานให้เกิดความรู้ใหม่ โดยแกนนำชุมชนอาจเป็นผู้ใหญ่บ้าน ครู พระสงฆ์ ปราชญ์ชาวบ้าน เป็นต้น และผู้นำเห็นความสำคัญของการให้สมาชิกในชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในด้านต่างๆ
- 6) มีความสัมพันธ์ภายในชุมชนในแนวราบ ได้แก่ ความรู้สึกเป็นเครือญาติ เป็นพี่เป็นน้องที่คอยให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดกิจกรรมร่วมกัน ปรึกษาหารือกัน มีความเท่าเทียมกันในชุมชนประชาสังคม และสามารถเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของวิถีชีวิต และระบบต่างๆที่ส่งผลต่อสุขภาพของชุมชนได้ การสร้างเครือข่าย สร้างความสัมพันธ์ที่เป็นเครือข่ายธรรมชาติที่ผู้คนพึ่งพาอาศัยกัน อยู่ร่วมกัน มีประเพณีและวิถีชุมชนที่เหมือนกัน ซึ่งจะช่วยให้ทำงานร่วมกันได้ง่าย รวมทั้งต้องพยายามขยายเครือข่ายไปยังชุมชนอื่นๆ ด้วย และมีจุดเชื่อมโยงระหว่างเครือข่าย รวมถึงมีการประสานพลังระหว่างระหว่างทางการและไม่ทางการ ระบบราชการกับการจัดการแบบประเพณีเดิม โดยจุดลงตัวอยู่ที่ชุมชนท้องถิ่นเป็นผู้ตัดสินใจ และเป็นผู้ดำเนินการโดยชุมชนมีส่วนร่วม
- 7) มีกระบวนการและเครือข่ายการเรียนรู้ของประชาสังคม ร่วมมือกันสร้างเครือข่าย โดยอาจแบ่งตามความสัมพันธ์ทางตรง คือ ความเป็นเครือญาติ ซึ่งเป็นเครือข่ายธรรมชาติ และความสัมพันธ์ทางอ้อม คือ กลุ่มชาวบ้าน กลุ่มสมาชิก โดยอาจใช้ความเชื่อและไว้วางใจในตัวผู้นำ กลายเป็นเครือข่ายทางความคิด เครือข่ายกิจกรรม เครือข่ายสนับสนุนภายในชุมชน ระหว่างชุมชน รวมทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะเกิดขึ้นได้ ต้องมีการเรียนรู้ เช่น การฝึกอบรม การศึกษาดูงาน เวทีชาวบ้าน และประชาสังคมหมู่บ้าน การนั่งพูดคุยวางแผนร่วมกันในกลุ่มสมาชิก เป็นต้น การเรียนรู้ชุมชนร่วมกัน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่ม มีกระบวนการเรียนรู้อย่างเป็นระบบ มีการดำเนินการที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของการเรียนรู้ เป็นการเรียนรู้ที่ดำเนินการไปพร้อมกับการปฏิบัติ และมีการเรียนรู้ที่ไม่จำกัดอยู่ในขอบเขตของพื้นที่ แต่ขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆในชุมชนด้วย เช่น ผู้นำ ระบบเครือญาติ แนวคิดร่วมกัน เป็นต้น ปรับปรุงระบบการเรียนการสอนให้สอดคล้องและสัมพันธ์กับการพัฒนาชุมชน ให้มีการเรียนรู้จากชีวิตจริง โยงความสัมพันธ์

ระหว่างชุมชน และโรงเรียน มีการเรียนในชุมชนโดยมีผู้รู้ชาวบ้านเป็นครู

- 8) มีแรงสนับสนุน และแหล่งทุน โดยผู้ที่เข้ามาส่งเสริม สนับสนุนชุมชนนั้นต้องเข้าใจชาวบ้าน เข้าใจวัฒนธรรมชุมชน และทำงานร่วมกับชาวบ้านได้ดี ไม่หวังผลประโยชน์หรือคิดครอบงำชุมชน ไม่มุ่งเน้นที่ตัวโครงสร้างและอำนาจ แต่เน้นที่เวทีการเรียนรู้และกระบวนการเรียนรู้ การแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ร่วมกัน การถ่ายทอดความรู้ และประสบการณ์จากผู้รู้ ประชาชนชาวบ้านสาขาต่างๆเพื่อนำมาใช้ประโยชน์อย่างมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชน
- 9) มีโครงการและกิจกรรมต่างๆที่จะทำให้เกิดสุขภาพดีในชุมชนนั้น ถูกกำหนดขึ้นจากชุมชน ประชาสังคมเป็นผู้ริเริ่มเอง หรืออาจมีองค์กรภาครัฐ ภาคเอกชนจากภายนอกชุมชน ประชาสังคม เป็นผู้เสนอแนะ จุดประกาย สนับสนุน แต่สมาชิกในชุมชนจะนำข้อเสนอแนะนั้นมาปรับรูปแบบวิธีการให้เหมาะกับพื้นที่ชุมชนของตน สร้างกระบวนการสื่อสารแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ประเมินผลกับชุมชนอย่างต่อเนื่อง เพื่อที่จะดำเนินการต่อไปในระยะยาว
- 10) ผลการดำเนินงานก่อให้เกิดประโยชน์ต่อสมาชิกในประชาสังคมทุกคน ซึ่งประโยชน์ที่เกิดขึ้นอาจเป็นสิ่งที่ไม่สามารถมองเห็นได้ ไม่ใช่วัตถุสิ่งของเงินทอง แต่เป็นเรื่องของสุขภาพทางจิตใจ อารมณ์ สังคม

วัตถุประสงค์ข้อ 3 ปัญหา อุปสรรค และปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสื่อสารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของประชาสังคม

ส่วนที่1

จากการศึกษาบทคัดย่อวิทยานิพนธ์ระดับปริญญาโทศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตั้งแต่ปี พ.ศ.2536-2545 ซึ่งเป็นช่วงที่มีพัฒนาการของการสื่อสารเพื่อสุขภาพตามกระบวนการทัศน์ใหม่ และมีการศึกษาเกี่ยวกับกลุ่มประชาสังคมรูปแบบต่างๆ มากขึ้นพบว่า

ปัจจัยที่เอื้อต่อความสำเร็จในการสื่อสารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพในประชาสังคม แบ่งได้เป็น

1. องค์ประกอบด้านบุคคล/ชุมชน/ประชาสังคม ซึ่งแบ่งได้เป็น

1.1. ผู้นำชุมชน หรือแกนนำประชาสังคม

1.1.1. มีความสามารถในการสื่อสารประสานงานกับเครือข่ายพันธมิตรต่างๆ ได้อย่างใกล้ชิด มีความน่าเชื่อถือ มีความรู้ความเข้าใจในประเด็นที่จะสื่อสาร สามารถจัดวางระบบข้อมูลเพื่อให้ฝ่ายต่างๆ มีการติดต่อกัน เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลและตรวจสอบข้อมูลกันได้ มีความรู้สึกที่ดีร่วมกันระหว่างสมาชิกในประชาคม และแต่ละประชาคมทำงานบนพื้นฐานของการให้เกียรติซึ่งกันและกัน ยอมรับในฝีมือความสามารถ และพร้อมที่จะสนับสนุนกิจกรรมหรือผลงานของกันและกัน

1.1.2. หลีกเลียงการสร้างศัตรู เน้นการคบหาเป็นมิตร มีการสื่อสารสร้างความสัมพันธ์กับฝ่ายต่างๆ เป็นพันธมิตรให้ได้มากที่สุด ซึ่งจะนำไปสู่การทำให้โครงการหรือกิจกรรมสามารถขยายตัวได้รวดเร็ว และสามารถเชื่อมต่อกับกลุ่มต่างๆ ได้อย่างหลากหลายมากขึ้น

1.2. เครือข่ายพันธมิตร

1.2.1. เครือข่ายพันธมิตรมีความหลากหลาย ไม่ได้ดำเนินการโดยกลุ่มหรือหน่วยงานใดอย่าง เป็นเอกเทศเพียงกลุ่มหรือหน่วยงานเดียว

1.2.2. พันมิตรทุกฝ่ายมีบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบในด้านที่เหมาะสมและสอดคล้องกับเป้าหมายและพันธกิจของพันธมิตร

1.2.3. พันมิตรทุกฝ่ายมีความภาคภูมิใจที่เป็นส่วนหนึ่งของโครงการหรือกิจกรรม เห็นเป้าหมายใหญ่ที่ต้องการบรรลุร่วมกัน แบ่งงานกันทำโดยไม่ซ้ำซ้อนกัน ต่างฝ่ายต่างก็สนับสนุนและช่วยเหลือกันในการทำงาน

2. องค์ประกอบด้านกระบวนการสื่อสาร ได้แก่

2.1. กระบวนการสื่อสารในภาพรวม

2.1.1. มีความต่อเนื่องของกระบวนการสื่อสาร เนื่องจากกระบวนการในการสร้างเสริมสุขภาพของประชาสังคมมิใช่จะเกิดผลได้ในทันทีทันใด แต่ต้องใช้ระยะเวลา ดังนั้นจึงต้องมีความต่อเนื่องของประเด็นที่นำเสนอ

2.1.2. มีการวางแผนในการสื่อสาร เนื่องจากหากมุ่งเน้นการกระตุ้นให้เกิดการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงเพื่อสร้างเสริมสุขภาพให้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและเป็นรูปธรรม จำเป็นที่จะต้องวางกระบวนการสื่อสารอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะการวางแผนการสื่อสารทั้งในระดับบุคคล ระดับกลุ่ม และเครือข่าย และมีกลยุทธ์ในการสื่อสารให้บรรลุเป้าหมายอย่างชัดเจน

2.1.3. มีความคล่องตัวในการสื่อสาร ทันเวลา ทันสถานการณ์

2.2. เป้าหมายของการสื่อสาร สามารถชี้ให้เห็นผลที่เป็นรูปธรรม โดยเฉพาะเป้าหมายสุขภาพดีในระดับบุคคล เนื่องจากโอกาสที่กลุ่มเป้าหมายจะปฏิบัติตามทางเลือกอย่างต่อเนื่องได้ง่ายขึ้น หากสามารถชี้ให้กลุ่มเป้าหมายเห็นผลหรือประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นกับตนได้ถ้ากลุ่มเป้าหมายให้ความร่วมมือ

2.3. กลุ่มเป้าหมายในการสื่อสาร

2.3.1. ต้องมองกลุ่มเป้าหมายเป็นพันธมิตรที่สำคัญของประชาสังคม ที่จะสามารถช่วยเหลือหรือสนับสนุนให้ข้อมูลและข้อคิดที่เป็นประโยชน์กับการดำเนินงานของประชาสังคมได้ แทนที่จะมองว่าเราต้องแสวงหาวิถีทางทุกรูปแบบที่จะทำให้เขาเกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ หรือพฤติกรรมไปในทิศทางที่เราต้องการให้เป็น

2.3.2. พยายามพัฒนากลุ่มเป้าหมายให้กลายเป็นสื่อบุคคล ทำให้บุคคลกลุ่มเป้าหมายส่วนหนึ่ง ซึ่งเริ่มปฏิบัติตามทิศทางของการสร้างเสริมสุขภาพให้ก้าวมาทำหน้าที่เป็น

สื่อบุคคล และทำหน้าที่รายงานข้อมูลสู่สมาชิกคนอื่นทั้งในประชาคมและนอกประชาคมเกี่ยวกับข้อมูลที่เป็นประสบการณ์ตรง ทั้งในด้านวิถีคิด ทัศนคติและวิธีการปฏิบัติตนให้เป็นไปในทิศทางของการสร้างเสริมสุขภาพ

- 2.3.3. ให้กลุ่มเป้าหมายได้มีบทบาทในฐานะผู้ริเริ่มวิถีการสร้างเสริมสุขภาพในแนวระนาบ ส่งเสริมให้กลุ่มเป้าหมายได้คิดริเริ่มและลงมือปฏิบัติตามแนวทางดังกล่าว โดยมีการสื่อสารในแนวระนาบระหว่างพวกเขาด้วยตนเอง ซึ่งถือได้ว่าเป็นการส่งเสริมให้กลุ่มเป้าหมายได้มีโอกาสพัฒนาศักยภาพของตน ก้าวไปสู่การทำหน้าที่เป็นผู้สื่อสาร แทนการทำหน้าที่เป็นเพียงผู้บริโภคข่าวสารแต่เพียงอย่างเดียว

2.4. เนื้อหา หรือประเด็นในการสื่อสาร

- 2.4.1. มีข้อมูลมากเพียงพอทั้งข้อมูลในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับประเด็นการสร้างเสริมสุขภาพ และประเด็นแวดล้อมอื่นๆ โดยมีข้อมูลทั้งในเชิงกว้างและเชิงลึก ต้องหมั่นติดตามและเก็บรวบรวมข้อมูลใหม่ๆที่เกี่ยวข้อง รวมถึงข้อมูลที่มีการเผยแพร่ในรูปของสื่อประชาสัมพันธ์ต่างๆ
- 2.4.2. เชื่อมโยงข้อมูลกับบริบทของชุมชนหรือประชาคมแต่ละแห่งที่มีความแตกต่างกัน เพื่อให้สามารถนำข้อมูลนั้นไปประยุกต์ใช้ในชุมชนหรือประชาคมของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- 2.4.3. มีระบบการจัดเก็บข้อมูลที่เหมาะสม วางแนวทางในการเผยแพร่ข้อมูลที่เป็นระบบ ข้อมูลที่เผยแพร่สามารถทำความเข้าใจได้ง่าย สะดุดตา และเป็นประโยชน์ต่อประชาคม
- 2.4.4. มีทักษะในการนำเสนอข้อมูลสู่สมาชิกในประชาคม ต้องจัดการกับข้อมูลให้อยู่ในรูปแบบที่สมาชิกประชาคมเข้าใจได้ง่าย และสอดคล้องกับความต้องการ ความสนใจ และพฤติกรรมของสมาชิกที่หลากหลาย และสอดคล้องกับช่วงเวลาและบริบทที่แตกต่างกันไป

2.5. ช่องทางการสื่อสาร

2.5.1. ในการสื่อสารควรใช้ช่องทางการสื่อสารที่หลากหลาย เนื่องจากแต่ละช่องทางการสื่อสารมีข้อเด่น และข้อด้อย ที่แตกต่างกัน สื่อมวลชนสามารถมีบทบาทในการรณรงค์สร้างเสริมสุขภาพได้ดีในด้านการวางกรอบความคิดพื้นฐานในลักษณะกว้างๆ และสร้างกระแสความตื่นตัวต่อประเด็นด้านการสร้างเสริมสุขภาพ แต่สื่อมวลชนก็มีข้อจำกัดคือไม่สามารถกระตุ้นให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมได้อย่างถาวร ในขณะที่สื่อบุคคล และสื่อกิจกรรมต่างๆสามารถจะช่วยตอกย้ำความสำคัญของประเด็นการสร้างเสริมสุขภาพ และช่วยนำเสนอทางออกในการประพฤติปฏิบัติตนอย่างถูกต้องเหมาะสม ตลอดจนสามารถกระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติหรือพฤติกรรมเชิงลึกได้

2.5.2. การพิจารณาเลือกใช้ช่องทางการสื่อสารที่เหมาะสมกับวัตถุประสงค์ เนื้อหา และกลุ่มเป้าหมายที่แตกต่างกันในบริบทต่างๆ

2.6. กลยุทธ์การสื่อสาร

2.6.1. การนำเสนอประสบการณ์ตรงของกลุ่มผู้ที่ประสบปัญหา เป็นช่องทางหนึ่งที่สามารถเรียกร้องความสนใจได้เป็นอย่างดี ทำให้สมาชิกประชาคมสามารถเห็นตัวอย่างจริงๆที่เป็นรูปธรรมได้อย่างชัดเจนและเข้าถึงอารมณ์ความรู้สึกได้ดี

2.6.2. การใช้บุคคลที่น่าเชื่อถือในสายตาของกลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ให้ข้อมูล หรือบุคคลที่น่าเชื่อถืออาจเป็นบุคคลที่มีความใกล้ชิดผูกพันกับกลุ่มเป้าหมาย และเป็นบุคคลที่กลุ่มเป้าหมายยอมรับฟังความเห็นของเขา ซึ่งจะช่วยให้สารสามารถเข้าถึงและมีอิทธิพลต่อกลุ่มเป้าหมายได้ง่ายขึ้น

2.6.3. การสื่อในเรื่องที่ง่าย ใกล้ตัว และเป็นรูปธรรม เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเห็นประโยชน์จากกิจกรรม หรือพฤติกรรมที่พึงประสงค์อย่างเป็นรูปธรรมชัดเจน ซึ่งจะช่วยกระตุ้นให้กลุ่มเป้าหมายสามารถสร้างมโนภาพได้ชัดขึ้น เห็นแนวทางปฏิบัติที่ชัดขึ้น และสามารถนำไปปฏิบัติได้ง่ายขึ้น

3. องค์ประกอบเชิงระบบ ได้แก่ การผลักดันมาตรการ หรือ นโยบายในประชาคม เพื่อส่งเสริมและพัฒนากิจกรรมต่างๆ ที่จะช่วยสร้างและสนับสนุนให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วม กระตุ้นให้สมาชิกในประชาสังคมเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพไปในทิศทางของการสร้างเสริมสุขภาพของประชาสังคม ยกตัวอย่างเช่น การผลักดันให้เกิดพื้นที่สาธารณะปลอดบุหรี่ เพื่อส่งเสริม สอดรับกับการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ เป็นต้น

ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการสื่อสารเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในประชาสังคม แบ่งได้เป็น

1. องค์ประกอบด้านบุคคล/ชุมชน/ประชาสังคม ได้แก่
 - 1.1. การมองการสร้างเสริมสุขภาพเฉพาะด้านที่เป็นกิจกรรมย่อยๆ มักเกิดในกรณีที่มีการริเริ่มและการวางแผนมาจากส่วนกลางหรือรัฐและสั่งการให้ชุมชนรับไปปฏิบัติ ทำให้ชุมชนไม่สามารถคิดและวางแผนในเชิงยุทธศาสตร์กระบวนการเกี่ยวกับภาพรวมของการสร้างเสริมสุขภาพในแนวทางและทัศนระของคนในชุมชนเอง จึงทำได้แต่เพียงปฏิบัติตามคำสั่งให้ลุล่วงไป
 - 1.2. การที่ชุมชนหรือประชาคมไม่เห็นความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพหรือความจำเป็นที่ชุมชนของตนจะต้องดำเนินการปฏิบัติตามแนวทางดังกล่าว ทำให้ปฏิบัติหรือดำเนินการแบบไม่เอาจริงเอาจังหรือไม่ได้ใส่ใจกับการดำเนินการให้บรรลุเป้าหมาย
 - 1.3. การเน้นสร้างภาพลักษณ์ให้ตนเอง ชุมชน หรือประชาสังคมหนึ่งๆ ซึ่งเป็นเสมือนการทำเพื่อเอาหน้าหรือทำอย่างฉาบฉวยเท่านั้น
 - 1.4. ไม่มีการประสานงานกันอย่างใกล้ชิด ต่างคนต่างทำงาน ไม่มีการพูดคุย ปรึกษาหารือหรือประสานความร่วมมือ หรือวางแผนอย่างบูรณาการร่วมกัน ทำให้ขาดพลังของชุมชนหรือพลังประชาคม

2. องค์ประกอบด้านกระบวนการสื่อสาร ได้แก่

2.1. การดำเนินการสื่อสารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ

2.1.1. การเน้นระบบการสั่งการ การสื่อสารทางเดียว ในทิศทางจากบนลงล่าง ละเลย การพิจารณาข้อมูลหรือประเด็นต่างๆร่วมกันอย่างรอบคอบชัดเจน ไม่มีโอกาสได้ พัฒนาความคุ้นเคยกันหรือทำความเข้าใจกัน หรือขาดการสื่อสารกันในแนวระนาบ ซึ่งเน้นการแลกเปลี่ยนทัศนะ ข้อคิดเห็น ทำให้มักจะพบอุปสรรคในเรื่องของความไม่ เข้าใจกัน ขาดความต่อเนื่องและความยั่งยืนของการสร้างเสริมสุขภาพ

2.1.2. การยึดติดกับงบประมาณ ทำให้เกิดข้อจำกัดในการคัดเลือกกิจกรรม และการ สื่อสารที่เหมาะสมต่อการสร้างเสริมสุขภาพ เกิดความไม่คล่องตัวและความต่อเนื่อง ในการดำเนินการ นอกจากนี้ยังอาจส่งผลให้กิจกรรมไม่สามารถสนองตอบต่อ สภาพปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ได้อย่างทันที่เนื่องจากต้องรอการจัดสรร งบประมาณก่อน

2.1.3. การเน้นระบบคณะกรรมการมากเกินไป อาจทำให้เกิดปัญหาเนื่องจากความ ยากลำบากในการนัดประชุมร่วมกัน และปัญหาจากการหมุนเวียนของ คณะกรรมการไปเรื่อยๆทำให้ขาดโอกาสที่จะได้ผู้เชี่ยวชาญในทางวิชาการ หรือขาด บุคคลที่เหมาะสมเข้ามาเป็นกรรมการ

2.2. เนื้อหาหรือประเด็นในการสื่อสาร

2.2.1. ความซับซ้อนของประเด็น ต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญในการถ่ายทอดข้อมูล หรือเป็น เรื่องที่ยังไม่ได้มีการยอมรับหรือยืนยันชัดเจน เช่น ข้อมูลวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์ สมัยใหม่ และการแพทย์ทางเลือกต่างๆที่ยังไม่มีการยอมรับหรือยืนยันชัดเจน เป็น ต้น

2.2.2. ขาดการจัดระบบข้อมูล ทำให้การเข้าถึงข้อมูลเป็นไปได้ยาก และไม่สะดวกต่อ การที่ฝ่ายต่างๆจะนำข้อมูลไปใช้ในการเผยแพร่

2.2.3. ความยากลำบากในการสร้างสรรค์ประเด็นในการสร้างเสริมสุขภาพ อันเนื่องมาจาก

- การไม่เข้าใจปัญหาหรือข้อมูลต่างๆอย่างลึกซึ้งซึ่งทำให้ไม่สามารถพัฒนาประเด็นใหม่ๆที่น่าสนใจ
- การออกแบบสารโดยไม่ได้ประเมินสถานการณ์อย่างรอบด้าน ใช้แต่เพียงวิจรรณญาณส่วนบุคคลเป็นเกณฑ์ในการตัดสินใจ โดยมีได้พิจารณามุมมองของกลุ่มเป้าหมายหรือสมาชิกประชาคมต่อข้อมูลข่าวสารที่นำเสนอมาประกอบการตัดสินใจ ขาดการปรึกษาหารือหรือเปิดใจกว้างรับฟังข้อคิดเห็นจากหลายๆฝ่ายเพื่อให้เกิดการสะท้อนข้อมูล
- การสร้างสรรค์ประเด็นโดยไม่คำนึงถึงความสอดคล้องกับพัฒนาการของกลุ่มเป้าหมาย แม้เวลาจะผ่านไปแต่ก็ยังนำเสนอข้อมูลเดิมๆ ในประเด็นเดิมๆ ไม่ได้นำเสนอมุมมองใหม่ๆ พัฒนาหรือขยายประเด็นให้ลึกซึ้งมากขึ้นและให้สอดคล้องกับพัฒนาการด้านความคิดของกลุ่มเป้าหมาย

2.3. ช่องทางการสื่อสาร

ช่องทางการสื่อสารที่ขาดการผสมผสาน บูรณาการระหว่างสื่อประเภทต่างๆเข้าด้วยกันเพื่อนำเสนอให้กับกลุ่มเป้าหมายที่มีความแตกต่างกันในแต่ละบริบทพื้นที่ สังคมวัฒนธรรม

2.4. กลยุทธ์การสื่อสาร

2.4.1. คำนึงถึงกลยุทธ์ด้านสื่อ แต่มองข้ามความสำคัญของการพัฒนาเนื้อหาสาระที่เหมาะสม

2.4.2. เน้นสื่อข้อความที่น่าสนใจ แต่มองข้ามสาระสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพหรือข้อมูลในเชิงลึก ทำให้กระตุ้นความสนใจได้แต่เพียงผิวเผิน ไม่สามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้อย่างแท้จริง (สิริวิมล ชาญเวชช์, 2533)

3. องค์ประกอบเชิงระบบ ได้แก่ เครือข่ายสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกในประชาสังคม และระหว่างเครือข่ายประชาสังคมขาดประสิทธิภาพ ขาดการพัฒนาระบบฟื้นฟูจิตใจและการให้กำลังใจกันและกันของสมาชิกในประชาคม และระบบสนับสนุนเกื้อกูลกัน ทำให้การเปลี่ยนแปลงไปสู่เป้าหมายด้านการสร้างเสริมสุขภาพที่พึงปรารถนาเป็นไปได้ยาก

ส่วนที่ 2

จากการศึกษางานวิจัยของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ซึ่งเป็นการศึกษาในเรื่องของสุขภาพตามกระบวนทัศน์ใหม่ และมีการศึกษาเกี่ยวกับกลุ่มประชาสังคมรูปแบบต่างๆ มากมายได้ผลที่เกี่ยวกับเรื่องของปัญหา อุปสรรค ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการสื่อสารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของประชาสังคม ดังนี้

ปัจจัยที่เอื้อต่อความสำเร็จในการสื่อสารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของประชาสังคม แบ่งได้เป็น

1. องค์ประกอบด้านบุคคล

1.1. ความน่าเชื่อถือของผู้ส่งสาร

ความน่าเชื่อถือของผู้ส่งสาร มีผลต่อความน่าเชื่อถือของสารที่ถูกสื่อออกมาอย่างมาก ซึ่งจากการศึกษาประชาคมต่างๆในงานวิจัยของ สวรส. ชี้ให้เห็นว่า ผู้ส่งสารที่น่าเชื่อถือสำหรับท้องถิ่นนั้น ไม่จำเป็นต้องเป็นนักวิชาการ หรือข้าราชการ หรือบุคลากรสาธารณสุขจากภาครัฐ หากแต่ต้องเป็นบุคคลที่สมาชิกในชุมชนหรือประชาคมเชื่อถือในความเป็นผู้รู้ ที่เข้าใจบริบททางวัฒนธรรม วิถีชีวิตท้องถิ่น สามารถสื่อสารแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิด ความเห็นด้วยภาษา ด้วยตัวอย่างที่คนในท้องถิ่นสามารถมองเห็นภาพ และเข้าใจได้ ผู้ส่งสารที่น่าเชื่อถือ อาจเป็น ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ปราชญ์ชาวบ้าน หมอชาวบ้าน เป็นต้น ซึ่งได้พิสูจน์ตัวเองจนเป็นที่ยอมรับของคนในชุมชนท้องถิ่นแล้วถึงความเสียสละ ความจริงใจ และภูมิความรู้

ข้อค้นพบนี้แตกต่างจากความเชื่อของหน่วยงานราชการของไทยค่อนข้างมาก ที่มีทัศนคติในการสื่อสารกับประชาชนว่า ต้องเป็นนักวิชาการ ข้าราชการชั้นผู้ใหญ่ หรือผู้มีอำนาจ มียศตำแหน่งสูง เป็นผู้ชี้แจง แจ่มข่าวสาร แนะนำให้ประพฤติปฏิบัติ และสรุปเองว่าชาวบ้าน

จะเชื่อ เข้าใจ และปฏิบัติตาม ดังนั้นการปรับเปลี่ยนทัศนคติของผู้ส่งสาร จึงมีความสำคัญอย่างมาก ต้องมีการสื่อสารระหว่างผู้ส่งสารกับผู้รับสาร ที่เป็นการสื่อสารสองทาง (Two-Way Communication) และการดำเนินงานจะต้องเป็นไปในลักษณะของการแลกเปลี่ยนทางความคิด เรียนรู้ร่วมกัน มากกว่าการครอบงำทางความคิด

1.2. ความสามารถในการเป็นผู้สื่อสาร

ความสามารถในการสื่อสารเพื่อการเรียนรู้ร่วมกัน แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ความรู้ ความเข้าใจ ประสบการณ์ต่างๆระหว่างกัน และเพื่อสร้างความสัมพันธ์ระหว่างกันในชุมชน และระหว่างเครือข่ายประชาสังคม

1.3. ความต้องการและการแสวงหาข่าวสารของสมาชิกในชุมชนหรือประชาสังคม

ความสัมพันธ์ทางสังคมเป็นปัจจัยที่สำคัญในการที่คนจะแสวงหาข้อมูลข่าวสาร และใช้ข้อมูลข่าวสารดังกล่าว ดังนั้นความสัมพันธ์ทางสังคมจึงเป็นแรงดึงดูดของการใช้ข้อมูลข่าวสารสาธารณะ ซึ่งกลยุทธ์หนึ่งของการใช้ข้อมูล คือ หากกลุ่มที่มีความสัมพันธ์ทางสังคม เช่น กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มประชาคม เป็นต้น เพื่อนำมาเป็นแหล่งข้อมูล

2. องค์ประกอบด้านกระบวนการสื่อสาร

กระบวนการสื่อสาร ที่จะสามารถกระตุ้นเร้าสมาชิกของชุมชน หรือประชาสังคม ให้เกิดการตื่นตัว ตระหนักและเห็นความสำคัญของประเด็นการสร้างเสริมสุขภาพ จนเกิดการเปลี่ยนแปลงวิถีคิด และวิถีปฏิบัติด้วยตนเอง และขยายผลของการเรียนรู้ของตนเองสู่ผู้อื่น นั้น มีปัจจัยที่ควรคำนึงถึง ดังนี้

2.1. เนื้อหาในการสื่อสาร

จากกรณีศึกษาประชาสังคมไม่ว่าจะเป็นในเรื่องพฤติกรรมกรมการบริโภค เอดส์ ยาเสพติด และสิ่งแวดล้อม ได้ชี้ให้เห็นว่า เนื้อหาจะมีพลังในการสื่อสาร สามารถกระตุ้นการรับรู้ ความสนใจ ให้เกิดการเรียนรู้และปฏิบัติได้นั้น เนื้อหาจะต้องเป็นเรื่องราวที่เกี่ยวข้อง ใกล้ชิด หรือมีผลกระทบต่อชีวิต หรือวิถีชีวิตของสมาชิกในชุมชนหรือประชาคม สามารถรับรู้ สัมผัส และรู้สึกได้ถึงความใกล้ตัวของปัญหาและผลกระทบจากเรื่องราวนั้นๆ การให้ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพอนามัยเพียงอย่างเดียว ไม่ใช่เป็นการแก้ปัญหา แต่ข้อมูล ความรู้

ข้อเท็จจริงจะมีประโยชน์ก็ต่อเมื่อถูกนำมาเกี่ยวข้องกับแนวคิดที่ผู้ใช้ข้อมูลมีอยู่แล้ว

ดังนั้นการสื่อสารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อการปรับเปลี่ยนวิถีคิด วิถีชีวิตด้านสุขภาพ ผู้สื่อสารจะต้องคำนึงถึงและพยายามให้เกิดความเชื่อมโยงของเนื้อหาที่จะนำเสนอ กับวิถีชีวิตของผู้คนที่แตกต่างกันหลากหลาย ให้กลายเป็นเนื้อหาที่กระทบใจ กระทบความรู้สึก เนื้อหาตรงกับ ความสนใจ ความต้องการ ตรงกับปัญหาที่มีอยู่ในชุมชนประชาสังคม และขยายแหล่งเนื้อหาข่าวสาร ไม่ใช่เฉพาะเนื้อหาข่าวสารจากส่วนกลาง หรือส่วนราชการเท่านั้น แต่ต้องมีข่าวสารที่มาจากคนในชุมชนประชาสังคมนั้นๆเองด้วย เพื่อตอบสนองความต้องการของชุมชน ทำให้สมาชิกในชุมชนประชาสังคมเกิดความตระหนัก และเห็นความสำคัญที่จะต้องมีการเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรม จึงจะทำให้คนเข้ามาร่วมเรียนรู้และปฏิบัติจนเกิดผลสำเร็จขึ้นได้

นอกจากนี้เนื้อหาข้อมูลที่ไม่มีการจัดระเบียบจะไม่สามารถเข้าถึงผู้ใช้ข้อมูลได้ ดังนั้นผู้จัดทำข้อมูลจึงต้องจัดทำข้อมูลให้กลายเป็นความรู้ที่ถูกจัดขึ้นอย่างเป็นระบบระเบียบ (structured knowledge) ซึ่งการจัดระเบียบข้อมูล สามารถทำได้ ดังนี้

- จัดแบ่งตามประเภท (Category) เช่น แบ่งข้อมูลตามอาชีพ ประเภทของโรค เป็นต้น
- จัดแบ่งตามเวลา (Time) เช่น แบ่งข้อมูลตามฤดูกาล อายุ เป็นต้น
- จัดแบ่งตามพื้นที่ (Location) เช่น แบ่งข้อมูลตามส่วนต่างๆของร่างกาย เป็นต้น
- จัดแบ่งตามลำดับอักษร (Alphabet)
- จัดแบ่งตามความมากมาย (Magnitude) เช่น แบ่งข้อมูลตามความรุนแรงของโรคและความสมบูรณ์ทางร่างกายและจิตใจ เป็นต้น

2.2. ช่องทางการสื่อสาร

การสื่อสารโดยใช้ช่องทางการสื่อสารที่หลากหลาย ผสมผสานกัน ทั้งสื่อบุคคล สื่อเฉพาะกิจ สื่อมวลชน โดยเน้นความสำคัญของการสื่อสารระหว่างบุคคล การสื่อสารระดับกลุ่ม การสื่อสารด้วยสื่อพื้นบ้านที่มีอยู่ในชุมชนประชาสังคม และการใช้สื่อกิจกรรม เช่น การประชุมแบบมีส่วนร่วม การสัมมนา ก็เป็นเวทีแห่งการสื่อสารเพื่อโต้แย้งทางความคิด ช่วยคลี่คลายปัญหา ตอบสนองแนวคิดเรื่องการมีส่วนร่วมของประชาชนในการแก้ไขปัญหาต่างๆได้

เนื่องจากทฤษฎีการพัฒนาสู่ความทันสมัยได้ใช้สื่อมวลชนขนาดใหญ่ สื่อสารจากบนลงล่าง ในขณะที่การเคลื่อนไหวของประชาคมระดับชุมชน ได้ใช้สื่อกิจกรรมต่างๆซึ่งสามารถทำให้ประชาชนสามารถกำหนดความต้องการและเป้าหมายในการพัฒนาตนเองได้มากกว่า

2.3. กลุ่มเป้าหมายในการสื่อสาร

ในการสื่อสารต้องทำความเข้าใจทักษะในการรับและส่งสารของคนในชุมชน หรือประชาคมที่แตกต่างกัน ซึ่งจากงานวิจัยของ สวรรส. พบว่า ประชาชนในชุมชนชนบทนั้นมักจะแสดงความคิดเห็นของตนในที่สาธารณะ ด้วยวิธีการเขียน มากกว่าการพูดให้ความเห็นออกมาตรงๆ ซึ่งตรงกันข้ามกับการรับสารโดยจะให้ความสนใจกับสื่อบุคคล รวมถึงสื่อพื้นบ้าน มากกว่าสื่อกระแสหลัก ดังนั้น รูปแบบของการสื่อสารด้วยจดหมายข่าวท้องถิ่น การกระจายเสียงผ่านหอกระจายข่าวในหมู่บ้าน ตลอดจนการพูดคุยผ่านเวทีชุมชน เวทีประชาคม จึงได้รับความสนใจจากสมาชิกในชุมชน ในขณะที่ประชาสังคมในเมือง สื่อกระแสหลัก เช่น วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ จะได้รับความสนใจค่อนข้างมาก เนื่องจากความทันสมัยของเทคโนโลยีในเขตเมือง และวิถีชีวิตที่ต้องแข่งกับเวลาทำให้ไม่ค่อยมีโอกาสนั่งดูทีวีกันโดยตรงเท่าใดนัก

การสนองตอบความต้องการของแต่ละกลุ่มเป้าหมาย ควรจัดระเบียบข้อมูลให้เหมาะสมกับแต่ละกลุ่มประชากรและชุมชน และควรส่งข้อมูลให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายให้ตรงกับช่องทางการสื่อสารที่กลุ่มเป้าหมายได้ใช้อยู่ ซึ่งต้องอาศัยการวิเคราะห์กลุ่มเป้าหมาย วิเคราะห์ชุมชน ความเป็นมาของชุมชน ปัญหาของชุมชน ความต้องการ และศักยภาพของชุมชนประชาสังคม

2.4. ความเข้าใจบริบทชุมชนที่แตกต่างหลากหลายของผู้รับสาร

บริบทของชุมชนที่แตกต่างหลากหลาย ทั้งในด้านวัฒนธรรม วิถีชีวิต สภาพแวดล้อม ฯลฯ เป็นเรื่องที่ต้องนำมาเสนอข้อมูลข่าวสารต่างๆ ต้องมีความเข้าใจในบริบทที่แตกต่างเหล่านี้ ไม่ว่าจะเป็นภาษาที่ใช้ในการสื่อสาร กรณีตัวอย่างที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชนหรือประชาคม เพศและวัยของผู้ที่จะสื่อสาร ช่องทางการสื่อสารหรือกลไกที่ชุมชนในท้องถิ่นๆ ใช้ในการสื่อสาร จึงจะสามารถทำให้ผู้รับสารเกิดความเข้าใจ เกิดการเรียนรู้ และปรับเปลี่ยนตนเอง รวมทั้งขยายผลของเนื้อหาไปสู่คนอื่นๆทำให้เกิดการเรียนรู้ที่ต่อเนื่องกันไป เกิดเครือข่ายที่กว้างขวางขึ้นได้

2.5. กลยุทธ์การสื่อสาร

กลยุทธ์ในการสื่อสาร เพื่อให้คนเกิดการเรียนรู้ และเข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพ และเกิดการเปลี่ยนแปลงของวิถีคิดและวิถีชีวิตด้านสุขภาพ เป็นเรื่องยาก การสื่อสารเพื่อหวังผลดังกล่าวนี้ ต้องใช้ รูปแบบวิธีการสื่อสารที่หลากหลาย และมีการสื่อสารอย่างต่อเนื่องภายในชุมชนประชาสังคม เพื่อกระตุ้นความสนใจ สร้างกระแส สร้างความร่วมมือ และต้องมีลักษณะที่เป็นกระบวนการเรียนรู้ มิใช่เป็นเพียงการแจ้งข่าวสารหรือบอกกล่าว ซึ่งจากกรณีศึกษาประชาคมต่างๆ นั้น ชี้ให้เห็นว่า กลไกการสื่อสารในชุมชนหรือประชาคมมีอยู่อย่างหลากหลาย เข้าถึงสมาชิกในบริบทชีวิตที่แตกต่างกัน ซึ่งสื่อประเภทใดประเภทเดียวไม่สามารถทำหน้าที่ได้ครอบคลุมทั้งหมด จึงต้องมีกระบวนการที่เชื่อมต่อระหว่างสื่อมวลชนในการกระตุ้น สร้างกระแส กับกลไกและช่องทางการสื่อสารอื่นๆ ในชุมชนท้องถิ่น ที่ทำหน้าที่สื่อสารเนื้อหาในเชิงลึก เพื่อทำความเข้าใจ สร้างกระบวนการเรียนรู้ที่ต่อเนื่อง

3. องค์ประกอบเชิงระบบความสัมพันธ์ทางสังคม

3.1. การเรียนรู้ร่วมกันของสมาชิกในชุมชน

การเรียนรู้ร่วมกันอาจเกิดจากการได้ทำงานร่วมกัน หรือ การจัดกิจกรรมเพื่อการมีส่วนร่วมต่างๆ เช่น การประชุม สัมมนา การฝึกอบรม ไปศึกษาดูงาน หรือไปมาหาสู่กันเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ความคิดและประสบการณ์ การร่วมมือและแบ่งงานกันทำ เป็นต้น

3.2. ความเอื้ออาทร ไว้วางใจ และยอมรับกันและกัน

สมาชิกในชุมชนมีความรู้สึกรักของความเป็นพี่เป็นน้อง มีการแบ่งปัน แลกเปลี่ยนทรัพยากร ไว้วางใจ และยอมรับในความสามารถของกันและกัน ซึ่งทำให้เกิดความต้องการที่จะทำงานและแก้ปัญหาาร่วมกัน ช่วยเหลือเกื้อกูล พึ่งพาอาศัยกันในรูปแบบที่เป็นธรรมชาติ ไม่ใช่เพียงเพราะผลประโยชน์ทางวัตถุสิ่งของหรือเงินทอง

3.3. การสร้างเครือข่ายความสัมพันธ์

เพื่อการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ความรู้ ประสบการณ์ และสร้างกระบวนการเรียนรู้ และการประสานความร่วมมือซึ่งกันและกัน

4. องค์ประกอบด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนประชาสังคม

ปัจจัยสำคัญอีกปัจจัยหนึ่งที่เอื้อต่อความสำเร็จในการสื่อสารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของประชาสังคม คือ การส่งเสริมการสื่อสารโดยชุมชนมีส่วนร่วม โดยเปิดโอกาสให้ประชาชนหรือชุมชนประชาสังคมได้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการสื่อสาร

4.1. แบบแผนของการเข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพ แบ่งได้เป็น

- การมีส่วนร่วมอย่างเป็นอิสระ คือ การเข้ามามีส่วนร่วมด้วยความสมัครใจหรือความพอใจส่วนตัว หรือเข้าร่วมเพราะเล็งเห็นถึงประโยชน์หรือคุณค่า ซึ่งแบบแผนการมีส่วนร่วมในลักษณะนี้จะส่งเสริมและเอื้อต่อการสื่อสารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของประชาสังคมได้เป็นอย่างดี
- การมีส่วนร่วมโดยถูกปลุกกระดม ชักจูง บังคับหรือใช้อำนาจสินจ้าง ไม่ได้เกิดจากตัวของเข้ามามีส่วนร่วมเอง แบบแผนการมีส่วนร่วมในลักษณะนี้จะเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการสื่อสารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของประชาสังคม

4.2. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่

- แรงจูงใจ ได้แก่ ความต้องการมีสุขภาพที่ดี ความศรัทธาและความไว้วางใจ ความสำนึกในหน้าที่ความรับผิดชอบ ความตระหนักในสิทธิเสรีภาพ เห็นด้วยกับเป้าหมายของกิจกรรม เห็นด้วยกับผู้นำหรือแกนนำ ต้องการความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น การยอมรับจากกลุ่มหรือชุมชน
- โอกาส ได้แก่ มีสิทธิในการเข้าร่วม และความสะดวกในการเข้ามามีส่วนร่วม
- ทรัพยากร ได้แก่
 - ความรู้ เกี่ยวกับเรื่องหรือกิจกรรมนั้นๆ
 - ทักษะ เกิดจากการมีประสบการณ์ในการเข้ามามีส่วนร่วม
 - วัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ เงิน

- วัฒนธรรมของชุมชน ความรู้ ความเชื่อ ทักษะคติ ค่านิยม ประเพณี ซึ่งเป็นปัจจัยที่สร้างทักษะและการแสดงออกในการมีส่วนร่วม

ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการสื่อสารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของประชาสังคม แบ่งได้เป็น

1. องค์ประกอบด้านบุคคล

- 1.1. ความแตกต่างระหว่างสมาชิกในประชาสังคม เช่น ความแตกต่างในด้านทักษะคติ ความเชื่อ ความคิดเห็น ความแตกต่างทางลักษณะประชากร เป็นต้น และไม่เกิดการยอมรับในความต่างนั้น
- 1.2. การไม่ตระหนักถึงความสำคัญ มองว่าไม่ใช่เรื่องของตนเอง เป็นเรื่องไกลตัว ไม่มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ไม่เกิดประโยชน์ ขาดความศรัทธา ไม่สนใจเข้าร่วมกิจกรรมโดยตรงแต่สนใจจากสื่อมวลชน เช่น โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ มากกว่า
- 1.3. การขาดความรู้ ความเข้าใจในเนื้อหาหรือประเด็นที่ต้องการสื่อสาร
- 1.4. ไม่กล้าแสดงออก ไม่กล้าแสดงความคิดเห็น

2. องค์ประกอบด้านกระบวนการสื่อสาร

- 2.1. การขาดวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนในการสื่อสาร
- 2.2. รูปแบบการสื่อสารแบบรวมศูนย์ การสื่อสารแบบสั่งการซึ่งเป็นการสื่อสารทางเดียวในทิศทางจากบนลงล่าง มากกว่าการสื่อสารในแนวนอนระหว่างสมาชิก หรือการสื่อสารในทิศทางจากล่างขึ้นบน
- 2.3. การขาดทรัพยากร ทุน สถานที่ เวลา ช่องทางในการสื่อสารดำเนินการ และความไม่สะดวกในการเข้าร่วมกระบวนการสื่อสาร

- 2.4. การขาดทักษะ กลยุทธ์ที่เหมาะสมในกระบวนการสื่อสารที่เปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วม
 - 2.5. การประชาสัมพันธ์ไม่เพียงพอ ไม่ทั่วถึง
3. องค์ประกอบเชิงระบบ
 - 3.1. สมาชิกมีความไม่เท่าเทียมกันในกระบวนการสื่อสาร
 - 3.2. การถูกรวบงำโดยบุคคล กลุ่ม องค์กรภายนอก ระบบราชการ ขาดการคิดริเริ่มในการสื่อสารจากภายในชุมชนเอง และการแทรกแซงของผู้ที่ให้การสนับสนุนเครือข่าย
 - 3.3. การสื่อสารที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมในเครือข่าย ซึ่งอาจเนื่องมาจาก ข้อจำกัดทางภาษา วิธีสื่อสาร เครื่องมือสื่อสาร เป็นต้น
 - 3.4. การมุ่งเน้นแข่งขัน ชิงดีชิงเด่นกัน หรือต้องการเอาชนะกันระหว่างเครือข่าย
 - 3.5. ขาดการติดตามและประเมินผลของการสื่อสาร

จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสื่อสารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของประชาสังคม จากแหล่งข้อมูลทั้ง 2 ส่วน คือ งานวิทยานิพนธ์ และงานวิจัยของ สวรรส. พบว่าปัจจัยที่เอื้อและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการสื่อสารที่พบในวิทยานิพนธ์นั้นมีความสอดคล้องใกล้เคียงกันกับที่พบในงานวิจัยของ สวรรส. แต่ส่วนที่แตกต่างกันในรายละเอียดขององค์ประกอบต่างๆมีดังนี้

องค์ประกอบด้านบุคคลที่มีผลต่อการสื่อสารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของประชาสังคมที่พบในงานวิทยานิพนธ์ที่ต่างจากงานวิจัยของ สวรรส. คือ การเน้นที่ความรู้ ความเข้าใจในประเด็นที่จะสื่อสาร ความน่าเชื่อถือ ความสามารถในการสื่อสาร ความพยายามในการสร้างพันธมิตร ของผู้นำ และผู้ที่จะเป็นสื่อบุคคลมักเป็นผู้มีความรู้ ความเชี่ยวชาญ จากภายนอกชุมชน ในขณะที่องค์ประกอบด้านบุคคลในงานวิจัยของ สวรรส. เน้นที่ความน่าเชื่อถือ ความสามารถในการเป็นผู้สื่อสาร ความต้องการและการแสวงหาข่าวสารของสมาชิกทุกคนในชุมชนประชาสังคม ไม่เฉพาะ

แต่เพียงตัวผู้นำชุมชนเท่านั้น สมาชิกทุกคนในชุมชนประชาสังคม สามารถมีบทบาทในการเป็นสื่อบุคคลได้ นั่นคือเน้นสื่อบุคคลที่เป็นคนในชุมชนเอง ซึ่งไม่จำเป็นต้องมีความรู้ ความสามารถทางวิชาการจากนอกชุมชนที่ทันสมัยมากมาย หากแต่เป็นผู้ที่คนในชุมชนนั้นๆ ให้ความเคารพนับถือไว้เนื้อเชื่อใจ และให้การยอมรับในความมั่งคั่งความสามารถที่มีอยู่

องค์ประกอบด้านกระบวนการสื่อสารที่มีผลต่อการสื่อสารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของประชาสังคมที่พบในงานวิทยานิพนธ์ที่ต่างจากงานวิจัยของ สวรรส. คือ การมีเป้าหมายของการสื่อสารที่เห็นได้เป็นรูปธรรม มีข้อมูลเนื้อหาที่มากพอ มีระบบการจัดเก็บและระบบการจัดการกับข้อมูลเพื่อการนำเสนอ ในขณะที่องค์ประกอบด้านกระบวนการสื่อสารในงานวิจัยของ สวรรส. เน้นที่การสื่อสารที่ต้องวิเคราะห์ถึงบริบทชุมชนที่แตกต่างหลากหลายของกลุ่มเป้าหมาย การเปิดโอกาสให้คนในชุมชนประชาสังคมได้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการสื่อสาร เพื่อสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นเนื้อหาที่ใกล้ชิด สอดคล้องกับวิถีชีวิตในชุมชน

องค์ประกอบเชิงระบบที่มีผลต่อการสื่อสารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของประชาสังคมที่พบในงานวิทยานิพนธ์ที่ต่างจากงานวิจัยของ สวรรส. คือ การผลักดันนโยบาย และมาตรการในชุมชน ในขณะที่องค์ประกอบเชิงระบบในงานวิจัยของ สวรรส. เน้นที่การสร้างระบบการเรียนรู้ร่วมกัน ระบบความสัมพันธ์ ความไว้วางใจ เอื้ออาทรต่อกัน และให้การยอมรับซึ่งกันและกันในความแตกต่างหลากหลายในด้านต่างๆของแต่ละบุคคล แต่ละชุมชนประชาสังคม

วัตถุประสงค์ข้อ 4 แนวทาง วิธีการในการสื่อสารของประชาสังคมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

1. แนวทางในการสื่อสารของประชาสังคม

จากการศึกษากรณีศึกษาประชาสังคมในงานวิจัยของ สวรรส. ดังต่อไปนี้

แนวทางการส่งเสริมประชาสังคมเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชน (นรินทร์ แก้วมีศรี และคณะ, 2546)

รายงานการวิจัยเรื่องศักยภาพประชาสังคมภาคสตรีในการแก้ไขปัญหาเอดส์ (บุษผา วัฒนาพันธุ์ และศิริรักษ์ ศิวารมย์, 2544)

รายงานการวิจัยโครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการ “การพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพของชุมชน” (ประยูร ชูทอง และคณะ, 2541)

รายงานผลการวิจัย โครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการ การส่งเสริมประชาคมสื่อมวลชนเพื่อสุขภาพ (พลเดช ปิ่นประทีป, ยุทธดนัย สีดาหล้า และคณะ, 2545)

ศักยภาพประชาคมในการจัดการปัญหาความรุนแรงต่อผู้หญิงและเด็ก (พิมพ์วัลย์ บุญมงคล, นิภรณ์ สัตนหจรียา และอัมพร หมาดเด็น, บรรณาธิการ, 2546)

วิถีชุมชนของประชาชนเวียงแหง (ยุวรงค์ จันทรวิจิตร และคณะ, 2546)

เครือข่ายชุมชนและประชาสังคม: แนวคิด ประสบการณ์ ตัวอย่าง (เสรี พงศ์พิศ, 2545)

บทบาทประชาคมส่งเสริมสุขภาพ: นอกภาครัฐ (อนุวัฒน์ ศุภชิติกุล, เพ็ญจันทร์ ประดับ मुख และยุพา วงศ์ไชย, บรรณาธิการ, ม.ป.ป.)

จากงานวิจัยเรื่องต่างๆ ข้างต้น ที่ได้ทำการศึกษากลุ่ม ประชาสังคมต่างๆ พบผลการวิจัยที่ตรงกันในเรื่องแนวทางการสื่อสารที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพของประชาสังคม ดังนี้

- เน้นการสื่อสารแนวราบภายในครอบครัว เครือญาติ ชุมชน ประชาสังคม การไปมาหาสู่ เพื่อพบปะพูดคุยกันอย่างสม่ำเสมอ
- เน้นการสื่อสารแบบสองทาง แต่ละคนมีบทบาทเป็นทั้งศิษย์และครู เป็นทั้งผู้ส่งสารและผู้รับสาร
- เน้นการสื่อสารเพื่อสร้างความเชื่อมั่น สร้างความสัมพันธ์ ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน สร้างการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ให้สมาชิกในชุมชนได้พบปะกันอย่างสม่ำเสมอ
- พยายามจัดเวทีต่างๆ เพื่อการสื่อสารร่วมกัน เช่น การจัดประชุม สัมมนา เสวนา ที่ดำเนินการโดยชาวบ้านจริงๆ ไม่มีองค์กรภายนอกมาเป็นผู้วางกรอบหรือครอบงำ เป็นการพูดคุยปรึกษาปัญหา ช่วยกันวิเคราะห์ แก้ไขปัญหาภายในชุมชนเองอย่างต่อเนื่อง สอบถามถึงปัญหา ความคิดเห็นจากชาวบ้านทั่วไป หรือจากคนเฒ่าคนแก่ (เล่าความเป็นมาของชุมชน, เล่านิทานพื้นบ้านพร้อมคำพังเพยซึ่งเป็นปรัชญาและแนวทางในการ

ดำเนินชีวิต) จัดเวทีการเรียนรู้ แลกเปลี่ยนปัญหาและสถานการณ์เพื่อการทบทวนตนเอง และชุมชน โดยเป็นการเรียนรู้ร่วมกันทั้งผู้นำหรือแกนนำชุมชน และสมาชิกในชุมชน โดยในการจัดเวทีการประชุมของเครือข่ายชุมชนนั้น อาจจัดโดยเคลื่อนที่ไปตามพื้นที่โครงการ หรือพื้นที่ชุมชนต่างๆเป็นประจำทุกเดือน เพื่อให้สมาชิกในชุมชนได้ซักถามทำความเข้าใจเกี่ยวกับกฎเกณฑ์และแนวทางที่ทุกคนต้องร่วมมือกันปฏิบัติตาม หรือการจัดประชุมเครือข่ายโดยให้แต่ละชุมชนหรือหมู่บ้านได้นำเสนอข้อมูล และร่วมกันวิเคราะห์ แลกเปลี่ยนแล้วนำข้อสรุปมาทำแผนแม่บทชุมชนแล้วนำไปสู่การปฏิบัติต่อไป

- ส่งเสริมการเรียนรู้ ฝึกอบรม สังกศัตร์ ศึกษาน ออกราย โดยอาจเป็นการเข้าร่วมอบรมในชุมชนในสถานที่จริง เช่น ในสวนของผู้นำ ในป่าชุมชน ที่สวนสมุนไพรของชุมชน ที่บ้านของหมอพื้นบ้าน เพื่อให้เห็นของจริง ได้ปฏิบัติจริง และเชื่อมโยงกระบวนการเรียนรู้ของชุมชนร่วมกับโรงเรียน หรืออาจเป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับชุมชนประชาสังคมอื่นๆ ซึ่งทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนแบ่งปันความรู้และประสบการณ์ระหว่างกันในระดับต่างๆ การถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์จากผู้รู้ ปราชญ์ชาวบ้านสาขาต่างๆ ซึ่งต้องทำกันอย่างต่อเนื่อง
- ส่งเสริมการสื่อสาร พูดคุย บอกเล่า ให้เด็กและเยาวชนในชุมชนได้เรียนรู้ประวัติศาสตร์ความเป็นมาของชุมชนของตน จากครอบครัวหรือ ผู้สูงอายุในชุมชน และมีการจัดทำเอกสารข้อมูลชุมชนเอาไว้ด้วย
- จัดทำประชาพิสัยในชุมชนประชาสังคม
- พยายามสร้างเครือข่ายชุมชน เครือข่ายการเรียนรู้ของผู้นำและสมาชิกในชุมชน และขยายความสัมพันธ์แบบเครือข่ายไปยังชุมชนอื่นๆ
- เน้นการสื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจในปัญหาและสาเหตุ การเจรจาต่อรอง และหลีกเลี่ยงการใช้ความรุนแรงหรือใช้กฎหมายในการแก้ปัญหาเพียงอย่างเดียว
- ส่งเสริมการสื่อสารในการประกอบพิธีกรรมตามประเพณีดั้งเดิมของชุมชน และสืบทอดวัฒนธรรมดั้งเดิมของชุมชนให้ดำรงอยู่ต่อไป

- ส่งเสริมให้มีกิจกรรมที่หลากหลายให้ได้ทำงานร่วมกัน โดยเป็นกิจกรรมที่เป็นตัวเชื่อมประสานให้ชาวบ้านได้ใกล้ชิด สนับสนุน รักใคร่ ช่วยเหลือกัน เช่น กิจกรรมเกี่ยวกับการขอแรงช่วยกันทำงาน งานบุญ ประเพณีต่างๆ การเล่นละคร เล่นเกม ไปนอนค้างบ้านคนเฒ่าคนแก่ ไปเดินป่า ไปเรียนที่บ้านชาวบ้าน เป็นต้น หรือการเป็นพี่เลี้ยงให้ชุมชนทั้งที่เป็นสมาชิกในเครือข่าย และชุมชนอื่นที่สนใจและอยากเข้าร่วม โดยชุมชนที่ประสบความสำเร็จในการดำเนินการก็ไปเป็นพี่เลี้ยงให้กับชุมชนที่เพิ่งเริ่มดำเนินการเพื่อสร้างความสัมพันธ์ สร้างเครือข่ายความร่วมมือ
- ให้ความรู้แก่ชุมชนเพื่อการดูแลสุขภาพของตนเอง การให้ความรู้เรื่องสุขภาพกับชาวบ้าน โดยเน้นประเด็นโรคภัยไข้เจ็บที่ชาวบ้านกำลังเป็นอยู่ วิเคราะห์ให้เห็นว่าโรคเหล่านั้นสัมพันธ์กับวิถีชีวิตแบบใหม่ที่พวกเขาปฏิบัติอยู่อย่างไร เพื่อดึงดูความสนใจและสร้างการเรียนรู้ให้เกิดง่ายขึ้น ให้ชาวบ้านได้เรียนรู้ว่าการป้องกันดีกว่าแก้ไขจะได้ อย่งไร การตรวจสอบสุขภาพตนเอง รู้จักสังเกตอาการเบื้องต้น หาวีธีรักษาตั้งแต่เริ่มป่วย

2. แนวทางในการเลือกใช้สื่อประเภทต่างๆ

ในการวิเคราะห์หาแนวทางในการเลือกใช้สื่อประเภทต่างๆสำหรับการสื่อสารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของประชาสังคม โดยวิเคราะห์จากงานวิจัยของ สวรรส. เรื่อง การวิเคราะห์ความจำเป็นและความต้องการของการบริการข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข (ศิริชัย ศิริกายะ และคณะ, 2541) โครงการวิจัยระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพเพื่อประชาชน (ประกอบ คุปรัตน์, 2546) โครงการวิจัยปฏิบัติการต่อเนื่อง เครือข่ายสุขภาพเพื่อประชาชน (เครือข่ายสุขภาพเพื่อประชาชน, 2544) ได้ผลดังนี้

a) สื่อบุคคล

ข้อเด่น คือ เข้าถึงได้ง่าย ให้ข้อมูลตามที่ต้องการ ได้ข้อมูลทั้ง 2 ด้าน เป็นการสื่อสาร 2 ทาง ซึ่งเปิดโอกาสให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมได้ง่าย และตอบสนองความต้องการของชุมชนประชาสังคมได้มากกว่าสื่อมวลชน

ข้อด้อย คือ ขีดจำกัดด้านข้อมูล ความรู้

ผลการศึกษาจากวิทยานิพนธ์ที่อยู่ในขอบเขตการวิจัยครั้งนี้ พบว่า มีการใช้สื่อบุคคลค่อนข้างน้อย โดยเฉพาะสื่อบุคคลในชุมชนเอง ดังนั้นจึงต้องพิจารณาที่สื่อบุคคลว่าเป็นคนส่วนไหนของชุมชน เป็นบุคคลที่ชุมชนยอมรับหรือไม่ เกณฑ์ที่ใช้คัดเลือกบุคคลผู้ที่จะมาเป็นสื่อเป็นอย่างไร รวมทั้งต้องพิจารณาถึงทักษะในการสื่อสารของสื่อบุคคลเหล่านี้ว่าเหมาะกับชุมชนหรือไม่ และควรมีการประสานกันระหว่างสื่อบุคคลและสื่ออื่นๆด้วย

ในขณะที่การศึกษาจากงานวิจัยของ สวรรส. พบว่า การสื่อสารโดยผ่านสื่อบุคคลที่เป็นผู้นำในชุมชน เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำกลุ่มกิจกรรม ประชาชนชาวบ้าน แพทย์พื้นบ้าน กลุ่มเยาวชน เป็นต้น สามารถเผยแพร่ความคิด สร้างการรับรู้และความร่วมมือภายในชุมชน รวมทั้งมีการสื่อสารผ่านสื่อบุคคลอื่น ๆ ที่มีความเกี่ยวข้องกับปัญหา เช่น หน่วยงานราชการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชนที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น ทำให้สื่อบุคคลได้ถูกนำมาใช้ทั้งในการเปิดประเด็นการพูดคุยในชุมชน และทำให้การสื่อสารภายในชุมชนเกิดความต่อเนื่องได้เป็นอย่างดี

ในด้านความรู้ เทคโนโลยีที่เหมาะสมนั้น จากการวิจัยพบว่ามียุ่่มากพอควรแล้วในชุมชน ดังนั้นภารกิจของสื่อบุคคลภายนอกจึงไม่ใช่เพียงแค่การเข้าไปสอนเทคนิคใหม่ให้แก่ชุมชนเท่านั้น หากแต่จะต้องพัฒนาการสื่อสารของบุคคลภายนอกที่จะช่วยให้ชุมชนตระหนักถึงปัญหาและความต้องการของชุมชนนั้นๆเองด้วย โดยในการพัฒนาชุมชนนั้นต้องให้มีการใช้ทรัพยากรทั้งที่เป็นวัสดุสิ่งของ เงิน บุคคล ภูมิความรู้ ภูมิปัญญาในท้องถิ่น เพื่อใช้ตอบสนองความต้องการของประชาชนและชุมชนเอง มีการวางแผนข้อมูลจากสภาพความเป็นจริง โดยทำการวิเคราะห์ร่วมกับชาวบ้าน ซึ่งข้อมูลสำคัญที่สื่อบุคคลภายนอกต้องแสวงหาคือสภาพของชุมชน เพื่อให้สอดคล้องกับแผนการคิด กิจกรรมและการมีส่วนร่วม

b) สื่อการ์ตูน

ข้อเด่นของสื่อการ์ตูน คือ

1. มีหลายฟอร์ม ใช้ได้ในหลายรูปแบบ
2. สอดคล้องกับยุคสมัย
3. เป็นภาษาสากล
4. ปรับใช้ได้กับสื่อทุกชนิด
5. ปรับไปตามผู้รับสารกลุ่มต่างๆได้
6. มีความแพร่หลาย
7. ราคาไม่แพง หาใช้ได้ไม่ยากนัก

จากการศึกษาวิทยานิพนธ์พบว่า มีการศึกษาการนำสื่อการ์ตูนมาใช้ในการสื่อสารเพื่อสุขภาพอยู่บ้าง เช่น ในวิทยานิพนธ์ของ ยุทธนา จินดากุล (2539) แต่ในงานวิจัยของ สวรรส. ยังไม่พบการวิจัยที่มีการนำสื่อการ์ตูนมาศึกษา

c) สื่อกิจกรรมต่างๆ

ข้อเด่น คือ ทำให้ได้รับประสบการณ์ตรง ได้เห็นของจริง ได้สัมผัส ผุดผวยและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ได้เข้าไปมีส่วนร่วม

ข้อด้อย คือ เป็นสื่อที่ต้องให้กลุ่มเป้าหมายเดินเข้าหา ต้องใช้บุคลากร เวลา และพื้นที่ในการจัดกิจกรรม และต้องมีการประชาสัมพันธ์ล่วงหน้า

จากการศึกษาวิทยานิพนธ์ และงานวิจัยของ สวรรส.พบว่า การจัดกิจกรรมเวทีการเรียนรู้ของชุมชน เวทีประชาคม หรือเวทีการประชุมอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นการสร้างโอกาสและบรรยากาศให้เกิดการสื่อสารขึ้นภายในชุมชนนั้นๆ เพื่อทบทวน ค้นหาทุนเดิมของพื้นที่ สภาพปัญหา จัดลำดับความสำคัญของปัญหา ร่วมกันวางแผนเพื่อแก้ไขปัญหาในแต่ละพื้นที่ กระตุ้นเตือนชุมชนให้เห็นตนเองในการเผชิญปัญหา และกระตุ้นให้ทุกคนเข้ามาร่วมจัดการแก้ไขปัญหา ร่วมกัน โดยมีการผุดผวย หาแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น และแนวทางในการป้องกันปัญหาต่อไป เป็นสื่อที่เปิดโอกาสให้สมาชิกในชุมชน ประชาสังคม สามารถเข้ามีส่วนร่วมในกระบวนการสื่อสารได้

d) หอกระจายข่าวประจำหมู่บ้านหรือชุมชน

ข้อเด่น คือ เป็นสื่อขนาดเล็กในชุมชนที่ผู้ใช้สามารถเข้าถึงได้ง่าย โอกาสที่ประชาชนในชุมชนจะได้เข้ามามีส่วนร่วมมีมากกว่าสื่อขนาดใหญ่ มีศักยภาพที่จะทำหน้าที่สำหรับการสื่อสารแบบสองทางได้

ข้อด้อย คือ ต้องอาศัยอุปกรณ์ในการกระจายเสียง และต้องมีบุคลากรในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

จากการศึกษาวิทยานิพนธ์ และงานวิจัยของ สวรรส. พบว่าการใช้หอกระจายข่าว ในการขยายผลการรับรู้ภายในชุมชน ทำให้เกิดการรับรู้ในวงกว้างมากยิ่งขึ้นกว่าที่สื่อบุคคลจะสามารถทำได้ ใช้ในการนัดหมายการประชุม ถ่ายทอดเสียงการผุดผวยในเวทีชุมชน กระตุ้นคนในชุมชนให้เข้ามาร่วมผุดผวย แสดงความคิดเห็น เข้ามาร่วมกิจกรรม รวมทั้งรายงานผลการประชุมแก่คนใน

ชุมชนที่ไม่สะดวกในการเข้าร่วมประชุม ดังนั้น หอกระจายข่าวจึงเป็นสื่อที่กระตุ้นการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนให้เกิดความสนใจและพร้อมที่จะเข้ามาร่วมแก้ไขปัญหามากยิ่งขึ้น เกิดการพูดคุยกันภายในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

e) สื่อสิ่งพิมพ์ขนาดเล็ก

ข้อเด่น คือ เคลื่อนย้ายได้ มีพื้นที่มากพอที่จะให้ข้อมูล ง่ายต่อการผลิต นำมาใช้หรืออ่านซ้ำอีกได้ สามารถเก็บไว้อ้างอิงหรือทบทวนได้

ข้อด้อย คือ มีลักษณะเป็นสื่อเฉพาะบุคคล ผู้รับต้องอ่านออก ข้อมูลลำสมัยได้ง่าย

จากการศึกษาวิทยานิพนธ์ และงานวิจัยของ สวรรส. พบว่า สื่อสิ่งพิมพ์ สามารถเข้าถึงประชาชนในวงกว้างได้แม้ไม่มากเท่าสื่อมวลชน แต่ก็สามารถถ่ายทอดกระบวนการดำเนินงานของชุมชน ทั้งสถานการณ์ปัญหา ผลกระทบต่อชุมชน การแก้ไขปัญหาของชุมชนประชาสังคม เป็นต้น เพื่อขยายผล สร้างการรับรู้ในปัญหา ความเคลื่อนไหวเพื่อการแก้ไขปัญหา กระตุ้นเตือนให้สังเกตชุมชนของตนเอง และดูบทเรียนจากชุมชนอื่นๆ รวมทั้งช่วยสร้างกำลังใจในการแก้ไขปัญหาแก่คนในชุมชนได้

f) สื่อโปสเตอร์

ข้อเด่น คือ มีขนาดใหญ่ ตั้งอยู่กับที่แน่นอน ผู้ที่ผ่านไปผ่านมาเห็นได้

ข้อด้อย คือ เป็นสื่อตั้งรับ มีทิศทางการสื่อสารแบบทางเดียว ผู้รับสารต้องเข้ามาหาจึงจะเห็น

จากการศึกษาวิทยานิพนธ์ และงานวิจัยของ สวรรส. พบว่า มีการใช้สื่อโปสเตอร์เพื่อเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ โดยมีการใช้ควบคู่ไปกับสื่อบุคคลเพื่อการชี้แจง แนะนำ ให้เกิดความเข้าใจมากยิ่งขึ้น

g) สื่อพื้นบ้าน/สื่อประเพณี

ข้อเด่น คือ สะท้อนความเป็นชุมชน มีความใกล้ชิดกับชุมชน คุ่นเคยกับชุมชน และเปิดโอกาสให้คนในชุมชนได้มีส่วนร่วมได้ง่าย

จากการศึกษาวิทยานิพนธ์ และงานวิจัยของ สวรรส. พบว่า สื่อพื้นบ้านที่มีอยู่ในพื้นที่ชุมชน เช่น ลิเก หมอลำ หนังตะลุง เพลงขอ เป็นต้น สามารถสร้างการรับรู้ และความเข้าใจในสถานการณ์ กระตุ้นเร้าให้เกิดอารมณ์และความรู้สึกร่วมของคนในชุมชนให้เห็นถึงความสำคัญ เห็นพิษภัย อันตราย ความใกล้ตัวของปัญหา และผลกระทบของปัญหาที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของชุมชน แล้วเชื่อมโยงผู้ที่สนใจ เห็นความสำคัญ และมีความพร้อม มาร่วมกันทำงาน ขยายผลความเข้าใจ เพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาต่อไป เช่น ปัญหาเรื่องโรคเอดส์ ยาเสพติด เป็นต้น

h) วิทยุชุมชน

จากงานวิจัยของ สวรรส. พบว่า เป็นสื่อที่ใช้ในการสื่อสารปัญหา กระบวนการแก้ไขปัญหา ของชุมชน ให้เป็นที่รับรู้ในวงกว้างมากขึ้น ระดมความคิดและสร้างการมีส่วนร่วม และอารมณ์ร่วมของบุคคลได้มากขึ้น เนื่องจากเป็นสื่อที่ผู้นำเสนอสามารถพูดคุยโต้ตอบกับผู้ฟังได้ จากการจัดรายการวิทยุเคลื่อนที่ไปถ่ายทอดเสียงสดๆ ในเวทีชุมชน และเปิดให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้ฟัง ทำให้คนในชุมชนใกล้เคียง รวมทั้งหน่วยงานราชการได้รับทราบข้อมูล และสนใจเข้ามาศึกษา และเข้าร่วมกิจกรรมกับชุมชนด้วย

i) สื่อมวลชน

มีข้อจำกัดของสื่อมวลชน คือ

- มีพื้นที่และเวลาอันจำกัด
- กลุ่มเป้าหมายกว้าง ทำให้ขอบเขตเนื้อหา มักจะมุ่งคลุมประเด็นกว้างๆ เป็นสากล
- กระบวนการผลิตค่อนข้างซับซ้อน ใช้เทคโนโลยีมาก ราคาแพง

จากการศึกษางานวิจัยของ สวรรส. พบว่า สื่อมวลชนกระแสหลัก เช่น วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ เป็นกลไกในการขยายผลของการดำเนินการให้เกิดการรับรู้ในวงกว้างมากขึ้น การทำงานของสื่อมวลชนทำได้เพียงการเสนอข้อมูลหรือเหตุการณ์เท่านั้น การค้นคว้าข้อมูลเพื่อนำเสนอในเชิงลึก หรือเชิงสืบสวนสอบสวนทำได้ยากด้วยเวลาอันจำกัด

j) สื่อผสม

จากงานวิจัยของ สวรรส. พบผลการวิจัยที่ตรงกันว่า การเลือกใช้สื่ออย่างผสมผสาน หลากหลาย โดยการพิจารณาถึงข้อเด่นและข้อด้อยของสื่อแต่ละประเภท แล้วเลือกใช้สื่อให้สอดคล้องและเหมาะสมกับวัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมาย เนื้อหาสาร และบริบทชุมชน วัฒนธรรม

สังคม สิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกันไปนั้น นำไปสู่การตอบสนองความต้องการของชุมชน เสริมสร้างสุขภาพ และแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาสังคมได้ตรงจุด และมีประสิทธิภาพ

แนวคิดเรื่องสื่อผสม มีเป้าหมายเพื่อที่จะลดข้อด้อย และรักษาข้อเด่นของสื่อแต่ละประเภทไว้ โดยใช้หลักการที่ว่า “สื่อเก่า สื่อเก่า สื่อตาม” (สมนึก, 2535) ซึ่งพบว่า สื่อเฉพาะกิจที่ให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ นั้นสามารถช่วยเพิ่มพูนความรู้ ทักษะและการปฏิบัติในเรื่องการป้องกันโรคได้ แต่ผลที่เกิดขึ้นจะเป็นเพียงชั่วคราวไม่ยั่งยืน ดังนั้นจึงต้องใช้สื่อบุคคลในท้องถิ่น และสื่อกิจกรรมร่วมด้วย เพื่อย้ำเตือนและรักษาการเปลี่ยนแปลงนี้ให้อยู่ได้อย่างถาวร และนอกจากแนวคิดเรื่องสื่อผสมจะพิจารณาเรื่องปริมาณหรือประเภทของสื่อที่จะนำมาผสมแล้ว ยังต้องพิจารณาเชิงคุณภาพในเรื่องของวิธีการในการผสมผสานสื่อเหล่านั้นด้วย (ดวงทิพย์, 2525)

3. แนวทางการสื่อสารเพื่อการมีส่วนร่วมของชุมชนประชาสังคม

แนวทางในการสื่อสารของประชาสังคมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพที่สำคัญ และน่าสนใจรูปแบบหนึ่ง คือการสื่อสารเพื่อการมีส่วนร่วมของชุมชนประชาสังคม ซึ่งจากการศึกษารวบรวมงานวิจัยของ สวรรส. ยกตัวอย่างเช่น งานวิจัยเรื่อง การสังเคราะห์วิสัยทัศน์ของประชาคมเกษตรกร (คทา บัณฑิตานุกูล และคณะ, 2543) รายงานการวิจัยเรื่อง การแก้ไขปัญหาภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลศรีรัตนะ โดยชุมชนมีส่วนร่วมสำหรับการปฏิรูประบบสุขภาพ (ทิพวัน ไชยะเดชะ, ปรัชญาณี คำเหลือ และสมัย คำเหลือ, 2546) แนวทางการส่งเสริมประชาสังคมเพื่อป้องกันและไขปัญหาสุขภาพติดในชุมชน (นรินทร์ แก้วมีศรี และคณะ, 2546) การมีส่วนร่วมของประชาชนในการกำหนดนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต: กรณีศึกษาการร่างรัฐธรรมนูญในระดับจังหวัด (บัญญัติ แก้วส่อง, วีระศักดิ์ จารุชัยนิวัฒน์, อมร สุวรรณนิมิตร, ชำนาญ แก้วคะตา และประพันธ์ ดอกไม้, 2541) รายงานผลการวิจัย โครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการ การส่งเสริมประชาคมสื่อมวลชนเพื่อสุขภาพ (พลเดช ปิ่นประทีป, ยุทธดนัย สีดาหล้า และคณะ, 2545) รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพและการให้การดูแลผู้สูงอายุ ภายใต้เงื่อนไขการมีส่วนร่วมของชุมชนและตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาในจังหวัดสงขลา (เพลินพิศฐานวิวัฒน์ และคณะ, 2544) เป็นต้น พบผลการวิจัยที่ตรงกัน ดังต่อไปนี้

- a. ลักษณะของการสื่อสารเพื่อการมีส่วนร่วม จากงานวิจัยของ สวรรส. มีดังนี้
- 1) พยายามค้นหาปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของประชาชนและชุมชน
 - 2) มีขั้นตอนการรวบรวมความคิดเห็นที่เป็นระบบ
 - 3) ชี้ให้ประชาชนหรือชุมชนได้ตระหนักถึงปัญหาและผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ รวมทั้งชี้ให้เห็นถึงผลประโยชน์ที่ได้รับทั้งในระยะสั้นและระยะยาว
 - 4) อาศัยระยะเวลา
 - 5) เน้นประเด็นที่สำคัญและเกี่ยวข้องกับความเป็นอยู่หรือประเด็นที่จะก่อให้เกิดปัญหาต่อบุคคล ต่อครอบครัว ต่อชุมชน ต่อสังคมและต่อประเทศชาติอย่างแท้จริง เพื่อให้ประชาชนตื่นตัวและพยายามปกป้องสิทธิของตนเอง
- b. ขั้นตอนการสื่อสารเพื่อกระตุ้นการมีส่วนร่วมของประชาสังคม ในงานวิจัย สวรรส. มีดังนี้
- 1) ประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่างๆ และผ่านเครือข่าย
 - 2) ระดมพลังในกลุ่มผู้สนใจผ่านเครือข่าย ประสานความร่วมมือกันอย่างต่อเนื่อง
 - 3) การเริ่มต้นเปิดแนวความคิดความเห็นจากบุคคลที่สนใจแล้วขยายแนวความคิดไปสู่ผู้อื่นผ่านทางสื่อบุคคลที่มีศักยภาพ เช่น ผู้นำชุมชน ครู พัฒนาการ พระสงฆ์ และบุคลากรด้านสาธารณสุข เป็นต้น
 - 4) ประชุมปรึกษาหารือในกลุ่มผู้นำชุมชนหรือผู้นำท้องถิ่น อธิบายเป้าหมายและแนวทางการปฏิบัติของแต่ละกิจกรรม
 - 5) ผู้นำชุมชนพบปะชาวบ้าน จัดประชุมกลุ่มย่อยและกระตุ้นให้เข้าร่วมกิจกรรมด้วยความสมัครใจ
 - 6) ชี้ให้ประชาชนได้ตระหนักถึงปัญหา และกระตุ้นให้เกิดการรวมกลุ่มและเข้าร่วมกิจกรรม โดย

- ชี้ให้ประชาชนเห็นโอกาสในการกำหนดแนวทางคุณภาพชีวิต อันเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของตน เพื่อให้เกิดพลังร่วมและก่อให้เกิดกระบวนการเคลื่อนไหวเพื่อการพัฒนาเปลี่ยนแปลงต่อไป
- ให้ข้อมูลทั้งที่เป็นประโยชน์และโทษให้กับประชาชนอย่างทั่วถึงและกว้างขวาง เพื่อสร้างความรู้สึกของการมีส่วนร่วมและความเป็นเจ้าของ
- ให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการชี้แนะประเด็นปัญหาตั้งแต่ระยะเริ่มต้น โดยผ่านผู้นำ ซึ่งจะทำได้รู้ถึงปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของประชาชนและชุมชน รวมทั้งเป็นการระดมพลังทรัพยากรในชุมชนและช่วยให้เกิดการเรียนรู้เพื่อร่วมกันรับผิดชอบปัญหาในชุมชนของตน

c. วิธีการในการรับฟังความคิดเห็นเพื่อการมีส่วนร่วมของสมาชิกในชุมชนประชาสังคม มีหลากหลายวิธี แต่ที่พบในงานวิจัยของ สวรรส. มีดังนี้

- 1) การจัดประชุมสัมมนา ข้อเด่นคือหากมีการประสานที่เป็นระบบ ประชาชนจะมาร่วมเป็นจำนวนมาก แต่ข้อด้อยก็คือ ประชาชนที่มีโอกาสเข้าร่วมยังจำกัด และผู้เข้าร่วมมักเป็นเพียงผู้รับข้อมูลข่าวสารด้านเดียว โอกาสที่จะร่วมแสดงความคิดเห็นมีน้อยมาก และกลุ่มคนที่มีโอกาสร่วมแสดงความคิดเห็นมักจะเป็นคนกลุ่มเดิมที่เข้าร่วมประชุมสัมมนาบ่อยครั้ง
- 2) การออกแบบสอบถามและสำรวจความคิดเห็น วิธีนี้มีข้อเด่นในการช่วยกระจายแบบสำรวจให้ประชาชนได้ตอบ และใช้ค่าใช้จ่ายค่อนข้างต่ำกว่าวิธีการอื่นๆ แต่จุดอ่อนคือเป็นรูปแบบการสื่อสารแบบทางเดียว จึงเหมาะกับการสำรวจที่สามารถกำหนดประเด็นให้ผู้ตอบได้อย่างชัดเจนแล้ว
- 3) การจัดประชุมกลุ่มย่อยและเวทีเสวนา มุ่งใช้การประชุมกลุ่มย่อยแบบกลุ่มเฉพาะ (focus group) โดยการจัดกลุ่มตามพื้นที่และอาชีพ มีการระดมความคิดเห็นจากกลุ่มมาประมวลประเด็นต่างๆ วิธีนี้ได้ผลดีในการดึงประเด็นความคิดเห็นออกมาจากผู้ร่วมเสวนาหรือการประชุมกลุ่มย่อย แต่ข้อจำกัดก็คือต้องมีทรัพยากรและกำลังคนในการ

ดำเนินการอย่างเพียงพอ

- 4) การใช้สื่อพื้นบ้านหรือสื่อประเพณี เช่น เพลงขอ หนังสือตลก เป็นต้น เป็นการผสมผสานแนวคิดเชิงวัฒนธรรมมากระตุ้นความสนใจทางด้านสุขภาพและสาธารณสุขเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งจะช่วยดึงความสนใจจากประชาชนได้เป็นอย่างดี
 - 5) การเผยแพร่ความรู้ผ่านสื่อต่างๆ เช่น สื่อบุคคล จดหมายข่าว เอกสารให้ความรู้ ใบปลิว ไปสเตอร์ หนังสือพิมพ์ท้องถิ่น เสียงตามสาย หอกระจายข่าว วิทยุชุมชน สื่อวีดิทัศน์ การจัดนิทรรศการ เป็นต้น เป็นการระดมให้การศึกษาคือความรู้ เพื่อสร้างความตื่นตัวในวงกว้าง โดยเฉพาะการมุ่งเน้นต่อการรับรู้
- d. ขั้นตอนในการสร้างสื่อแบบมีส่วนร่วม จากงานวิจัยของ สวรรส. มีทั้งสิ้น 6 ขั้นตอนดังนี้
- 1) การวิเคราะห์กลุ่มเป้าหมาย สำรวจเป้าหมายทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ เพื่อสำรวจความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งเป็นไปตามหลักการสร้างสื่อเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับสาร
 - 2) กำหนดวัตถุประสงค์ โดยให้เป็นไปตามค่านิยมใหม่ของการสื่อสารที่ปรากฏใน Alternative Paradigm เช่น การสื่อสารเพื่อแสดงออกถึงความเป็นชุมชน การสื่อสารเพื่อสร้างเสริมความเข้มแข็งของชุมชน เป็นต้น
 - 3) กำหนดช่องทางการเลือกใช้สื่อ โดยอาศัยปัจจัยหลายๆด้านมาเป็นตัวกำหนดทั้งผู้ผลิตสื่อ ตัวสื่อ ประเภทของเนื้อหาที่จะนำเสนอ และผู้รับสาร
 - 4) การกำหนดเนื้อหา ให้ตอบสนองความต้องการของผู้รับสาร และสอดคล้องกับระดับของผู้รับสาร เป็นเรื่องที่ใกล้ตัวและเป็นเรื่องที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้รับสาร
 - 5) การกำหนดการผลิต ควรเพิ่มบทบาทให้ชาวบ้านได้เข้ามามีส่วนร่วม โดยอาจต้องมีการฝึกฝนทักษะเพิ่มให้กับชาวบ้านด้วย

6) การประเมินผลในการสร้างสื่อ

กล่าวโดยสรุปจากการศึกษางานวิจัยของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2539-2546 ที่อยู่ในขอบเขตการวิจัย และวิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541-2545 ที่อยู่ในขอบเขตการวิจัยครั้งนี้ พบว่า แนวทางวิธีการในการสื่อสารของประชาสังคมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในกระบวนทัศน์ใหม่นั้น มีความสอดคล้องกัน นั่นคือ การเน้นรูปแบบการสื่อสารแนวราบ การสื่อสารสองทาง ที่เปิดโอกาสให้ประชาชนในชุมชนประชาสังคมได้เข้ามีส่วนร่วมในกระบวนกรสื่อสาร และเน้นการเลือกใช้สื่อประเภทต่างๆอย่างเหมาะสมกับวัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมาย เนื้อหา โดยการใช้สื่ออย่างหลากหลายผสมผสานกัน ทั้งนี้ต้องพิจารณาและวิเคราะห์ความต้องการ ความสนใจ ปัญหา และบริบทแวดล้อมในชุมชนของกลุ่มเป้าหมาย ต้องพิจารณาถึงข้อเด่น ข้อด้อยของสื่อแต่ละประเภท ก่อนที่จะสร้างสารหรือกำหนดเนื้อหาข้อมูล และก่อนการตัดสินใจเลือกใช้สื่อแต่ละประเภทด้วย



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

งานวิจัยเรื่อง “กระบวนการทัศน์ใหม่ของการสื่อสารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของประชาสังคม” เป็นงานวิจัยที่เน้นระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการวิจัยจากเอกสารเป็นหลัก (Documentary Research) ประกอบกับการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ในบางส่วน ตามวัตถุประสงค์ในการวิจัยหลัก 4 ประการคือ เพื่อศึกษาภาพรวมของกระบวนการทัศน์เก่าและกระบวนการทัศน์ใหม่ของการสื่อสารในประเด็นสุขภาพ เพื่อศึกษาพัฒนาการของการใช้แนวทางประชาสังคมในการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อค้นหาปัญหา อุปสรรค ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสื่อสารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของประชาสังคม และเพื่อแสวงหาแนวทาง วิธีการในการสื่อสารของประชาสังคมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ โดยในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้อยู่ภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับกลุ่มและเครือข่ายการสื่อสาร แนวคิดเรื่องการสื่อสารชุมชน การสื่อสารแบบมีส่วนร่วม แนวคิดประชาสังคมร่วมสมัย แนวคิดเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ การสื่อสารเพื่อสุขภาพ และกระบวนการทัศน์ของการสื่อสารเพื่อการพัฒนา โดยกลุ่มประชากรที่เป็นแหล่งข้อมูลหลักเพื่อใช้ในการศึกษาวิจัยเอกสารนั้น ได้จากงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ของ สวรรส. ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2539-2546 ที่อยู่ในขอบเขตการวิจัย และแหล่งข้อมูลระดับรองได้จากบทคัดย่อวิทยานิพนธ์ปริญญาโทศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2524-2545 ที่อยู่ในขอบเขตการวิจัยครั้งนี้ ผลจากการศึกษาที่พบ ผู้วิจัยสามารถสรุปและอภิปรายผลเป็นประเด็นหลักๆ ตามวัตถุประสงค์ในการวิจัยทั้ง 4 ประเด็นได้ดังต่อไปนี้

วัตถุประสงค์ข้อ 1 ภาพรวมของกระบวนการทัศน์ใหม่ของการสื่อสารในประเด็นสุขภาพ

จากการวิจัยจะเห็นได้ว่า การสื่อสารเพื่อสุขภาพในกระบวนการทัศน์ใหม่ได้เริ่มปรากฏตั้งแต่ปี พ.ศ.2536 และมีความเด่นชัดมากขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541 เป็นต้นมา ซึ่งสามารถสรุปแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของการศึกษาการสื่อสารในประเด็นสุขภาพตามกระบวนการทัศน์ใหม่ ได้ดังตาราง

ตารางที่ 28 สรุปแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของการศึกษาการสื่อสารในประเด็นสุขภาพตาม
กระบวนทัศน์ใหม่

	แนวโน้มการเปลี่ยนแปลง
<p>ลักษณะการศึกษา</p> <ul style="list-style-type: none"> — ระเบียบวิธีวิจัย — หัวข้อ ประเด็นที่ศึกษา 	<p>เน้นวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ หรือ ผสมผสานทั้งวิธีวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณมากขึ้น</p> <p>เน้นการศึกษามากขึ้นในประเด็นพฤติกรรมกรรมกรแสวงหาข่าวสารและพฤติกรรมการศึกษาอย่าง active ของประชาชน, ประเด็นการมีส่วนร่วมของประชาชนในกระบวนการสื่อสารและการสร้างเสริมสุขภาพ, ประเด็นเรื่องกลุ่ม ชุมชน ชมรม ประชาสังคม ในทางตรงกันข้ามการศึกษาในประเด็นการเปิดรับสื่อ และประสิทธิผลของสื่อมีแนวโน้มลดลง</p>
กลุ่มเป้าหมายในการศึกษา	เน้นกลุ่มเป้าหมายในระดับครอบครัว กลุ่ม ชมรม ชุมชน ประชาสังคม มากขึ้น ในขณะที่การจำกัดกลุ่มเป้าหมายในการศึกษาแต่เฉพาะกลุ่มเสี่ยงมีแนวโน้มลดลง
ตัวแปรที่ศึกษา	เน้นศึกษาตัวแปรบริบทความสัมพันธ์ทางสังคม วัฒนธรรม วิถีชีวิต ลักษณะการศึกษาของชุมชน ประชาสังคม และการมีส่วนร่วมของประชาชนมากขึ้น ในขณะที่การศึกษาตัวแปรระดับบุคคล เช่น คุณลักษณะทางประชากรศาสตร์ ตัวแปรด้านการเปลี่ยนแปลง K-A-P มีแนวโน้มลดลง
พื้นที่ในการศึกษา	เน้นการกระจาย และขยายพื้นที่ในการศึกษาออกไปยังกลุ่ม ชุมชน ชนบท ประชาสังคมต่างๆ มากขึ้น ในขณะที่การในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร หรือพื้นที่ตัวเมืองใหญ่ๆมีแนวโน้มลดลง
สื่อที่ศึกษา	เน้นการใช้สื่อที่มีอยู่ในชุมชนประชาสังคมอย่างผสมผสาน ทั้งสื่อบุคคลในชุมชนเอง สื่อพื้นบ้าน สื่อเฉพาะกิจ สื่อกิจกรรม สื่อมวลชนท้องถิ่น เป็นต้น ในขณะที่การพึ่งพาสื่อจากนอกชุมชนมีแนวโน้มลดลง
ทิศทางการไหลของข้อมูลเนื้อหาที่ศึกษา	เน้นการสื่อสารสองทาง ทั้งแนวราบ และแนวตั้ง (จากบนลงล่าง และ จากล่างสู่บน) อย่างผสมผสาน เพื่อให้เกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน
ลักษณะเนื้อหาที่ศึกษา	เน้นเนื้อหาสุขภาพในมิติที่กว้างขวางและลึกซึ้งมากขึ้น ทั้งมิติทางกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม วิถีชีวิต สิ่งแวดล้อมของคนในชุมชนประชาสังคม
ผลจากการศึกษา	เน้นผลที่เกิดในระดับจิตสำนึก ทศนคติ และพฤติกรรมของคนในชุมชนประชาสังคมมากขึ้นกว่า มิใช่เพียงแค่ระดับความรู้ความเข้าใจเท่านั้น

จากแนวโน้มการศึกษาการสื่อสารในประเด็นสุขภาพตามกระบวนการทัศน์ใหม่ ผู้วิจัยสามารถสรุปภาพรวมของกระบวนการทัศน์ใหม่ของการสื่อสารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ได้ดังต่อไปนี้

- a) เน้นการสื่อสารในแนวราบที่เป็นการสื่อสารสองทิศทาง ผสมผสานกับการสื่อสารในแนวตั้งที่ยอมรับการสื่อสารจากในทิศทางจากล่างสู่บนด้วย ซึ่งถือเป็นการสื่อสารที่เปิดโอกาสให้ประชาชนในชุมชนประชาสังคมได้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการสื่อสาร โดยมุ่งให้มีการสื่อสารแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูล ข่าวสาร ความคิดเห็น ประสบการณ์ต่างๆร่วมกัน เพื่อให้เกิดสัมพันธภาพ และเกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างบุคคล ระหว่างกลุ่ม ชุมชน ประชาสังคม องค์กรจากฝ่ายต่างๆ
- b) การเลือกใช้สื่อต่างๆในกระบวนการสื่อสารนั้น ต้องมีการพิจารณาถึงข้อเด่น และข้อด้อยของสื่อแต่ละประเภทก่อน แล้วเลือกใช้สื่อหลากหลายประเภทอย่างผสมผสาน เพื่อเสริมข้อเด่น และลดข้อด้อยของสื่อแต่ละประเภทที่มีแตกต่างกันไป เพื่อให้สื่อที่เลือกใช้นั้นเหมาะสมสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในการสื่อสาร เหมาะสมกับข้อมูลข่าวสารเนื้อหาที่จะนำเสนอ สอดคล้องกับวิถีชีวิต สังคม วัฒนธรรม และปัญหาที่กลุ่มเป้าหมายได้เผชิญอยู่ รวมทั้งเอื้อต่อการให้ประชาชนได้มีโอกาสในการเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการสื่อสารด้วย ซึ่งจะทำให้กระบวนการสื่อสารที่เกิดขึ้นนั้นสามารถตอบสนองความต้องการของกลุ่มเป้าหมายในการสื่อสารได้ อย่างไรก็ตามการเลือกใช้สื่อนั้นควรเน้นใช้สื่อที่มีอยู่ในชุมชนนั่นเอง เช่น สื่อบุคคลในชุมชน (เช่น ผู้นำชุมชน พระสงฆ์ ครูในชุมชน ปราชญ์ชาวบ้าน หมอพื้นบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นต้น) สื่อพื้นบ้าน (เช่น หนังสติ๊ก หมอลำ เพลงซอ ลิเก เป็นต้น) สื่อเฉพาะกิจ (เช่น สื่อสิ่งพิมพ์ขนาดเล็ก วีดีทัศน์ วิทยุชุมชน หอกระจายข่าว เสียงตามสาย เป็นต้น) และได้รับความร่วมมือ การสนับสนุน ส่งเสริม และประสานงานกับบุคคล กลุ่มหน่วยงาน องค์กร ชุมชน ประชาสังคมจากภายนอก เพื่อสร้างความสัมพันธ์เกิดเป็นเครือข่ายความร่วมมือ เพื่อขยายขอบเขตความร่วมมือให้กว้างขวางออกไปมากยิ่งขึ้น
- c) เนื้อหา ข้อมูล ข่าวสารในเรื่องสุขภาพที่จะสื่อสารนั้นควรขยายขอบเขต ประเด็นสุขภาพออกไปอย่างกว้างขวาง ครอบคลุมทั้งเรื่องของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม วิถีชีวิตของประชาชน และครอบคลุมทั้งในเรื่องของการดูแล สร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การบำบัด รักษาและฟื้นฟูความเจ็บป่วย โดยข้อมูล เนื้อหานั้นต้องมีความสอดคล้องกับวิถีชีวิต ระบบความคิด ความเชื่อ วัฒนธรรม ความสัมพันธ์ทางสังคมของคนในชุมชนประชาสังคมนั้นๆด้วย และต้องคำนึงถึงผลกระทบของเนื้อหาในการสื่อสารต่อวิถีชีวิตของชุมชน เพื่อให้เกิดการยอมรับใน

เนื้อหาที่นำเสนอ อันจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนทัศนคติ และพฤติกรรมสุขภาพที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีต่อไป

- d) ผู้รับสารมิได้เป็นเพียงผู้รับอย่าง passive หากแต่ผู้รับสารมีบทบาทของการเป็นผู้ส่งสารด้วย และในขณะเดียวกันผู้ส่งสารก็มีบทบาทของการเป็นผู้รับสาร หรือรับปฏิกิริยาตอบสนอง ย้อนกลับจากผู้รับสารด้วย ดังนั้นกระบวนการสื่อสารในลักษณะนี้จึงมีลักษณะของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่เป็นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน กล่าวคือ บุคคลแต่ละคนมีบทบาทเป็นทั้งผู้ส่งสารและผู้รับสาร เป็นทั้งผู้แนะนำให้ความรู้และผู้เรียนรู้ รับคำแนะนำในเวลาเดียวกันนั่นเอง

อภิปรายผล (วัตถุประสงค์ข้อ 1)

การสื่อสารในประเด็นสุขภาพในกระบวนการทัศนียภาพนี้ ได้ชี้ให้เห็นถึงความหมายของคำว่า “สุขภาพ” ที่กว้างขวาง และลึกซึ้ง ครอบคลุมในหลายมิติในวิถีชีวิตของคนในสังคม นั่นคือสุขภาพ ไม่ใช่เพียงแค่เรื่องของความเจ็บป่วยทางร่างกาย หรือทางจิต และไม่ใช่เป็นเพียงเรื่องของพฤติกรรมในระดับปัจเจกบุคคล เฉพาะตนของคนใดคนหนึ่ง หรือเกี่ยวข้องกับกับหมอ พยาบาล โรงพยาบาล เครื่องมือ อุปกรณ์ เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัยเท่านั้น หากแต่ความหมายใหม่ของสุขภาพได้รวมถึงมิติทางกาย จิตใจ อารมณ์ สภาพสังคม สิ่งแวดล้อม ที่อยู่อาศัย วิถีชีวิต และเป็นเรื่องของทุกคนในชุมชน ประชาสังคม ที่จะต้องเกี่ยวข้องสัมพันธ์ เพื่อสร้างความร่วมมือ และการเรียนรู้ร่วมกันในการจัดการกับสุขภาพของตนเองและชุมชน ดังนั้น การมีสุขภาพดีของประชาชนในกระบวนการทัศนียภาพนี้ จึงเกี่ยวข้องกับการเกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงในทุกๆ ส่วนของชุมชน ประชาสังคม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนี้จะส่งผลกระทบต่อสภาวะแวดล้อมในการอยู่อาศัย การทำมาหากิน วิถีชีวิต วิถีปฏิบัติของบุคคล ที่มีผลต่อสุขภาพของตนเอง ต่อชุมชน และประชาสังคม

ด้วยมุมมอง ความคิด ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพดังกล่าวข้างต้น แสดงให้เห็นถึงการมองเห็นสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม ที่เชื่อมโยงการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับบริบทของชุมชน ไม่ว่าจะเป็นสภาพแวดล้อม วิถีชีวิต วัฒนธรรม ประเพณี พฤติกรรม เป็นต้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน และชุมชนประชาสังคม

ดังนั้นในการสื่อสารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของประชาสังคมตามกระบวนการทัศนียภาพนี้จึงมีความสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกันกับกระบวนการทัศนียภาพใหม่ของการพัฒนา(Alternative Paradigm)

กระบวนการทัศนสุขภาพแบบใหม่ ทฤษฎีใหม่ทางการแพทย์ โดยมีการใช้แนวคิดเรื่องการสื่อสาร ชุมชน และแนวคิดเรื่องการสื่อสารแบบมีส่วนร่วมที่เน้นการเปิดโอกาสให้ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการสื่อสารอย่างกว้างขวาง โดยมีเป้าหมายเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพมากกว่าการรักษาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นแล้ว

การสื่อสารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพตามกระบวนการทัศนสุขภาพใหม่จึงต้องเป็นการสื่อสารสองทาง และมีทั้งการสื่อสารในแนวราบและแนวตั้งที่สอดคล้องประสานกันอย่างลงตัว มุ่งสร้างความสัมพันธ์ ความสมานฉันท์ กระตุ้นจิตสำนึกเพื่อการมีส่วนร่วมของชุมชนหรือประชาสังคมในการดูแลส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งจะเป็นพลังสำคัญที่จะช่วยแก้ปัญหาสุขภาพของชุมชนประชาสังคมที่มีความซับซ้อน และแผ่ขยายเป็นวงกว้างได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้ต้องเป็นการสื่อสารที่เน้นการสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันเพื่อพัฒนาศักยภาพของสมาชิกในชุมชนหรือประชาสังคม อันจะทำให้เกิดการ พัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน โดยในกระบวนการสื่อสารนั้นจะไม่ได้พิจารณาเพียงแค่ องค์ประกอบผู้ส่งสาร ผู้รับสาร เนื้อหาสาร และช่องทางการสื่อสารเท่านั้น หากแต่จะต้องคำนึงถึง บริบทในมิติต่างๆอย่างกว้างขวางครอบคลุมทั้ง มิติเวลา พื้นที่ วิถีชีวิต วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม ฯลฯ ซึ่งจะส่งผลต่อการสื่อสารอย่างไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ และกลยุทธ์ที่สำคัญของการสื่อสารใน กระบวนการทัศนสุขภาพใหม่จะเน้นที่การริเริ่มจากภายในชุมชนท้องถิ่นเองเป็นหลัก ซึ่งเป็นกลยุทธ์หนึ่งที่ Sven Windah และคณะ (1992) ได้เสนอไว้

วัตถุประสงค์ข้อ 2 พัฒนาการและรูปแบบการก่อตัวของประชาสังคม และบทบาทในการสื่อสารตามกระบวนการทัศนสุขภาพใหม่ของการสื่อสารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ

การก่อตัวของประชาสังคม ในบทบาทภาคประชาชนและระบบการแพทย์พื้นบ้าน เป็นการเกิดขึ้นและก่อตัวที่เริ่มจากความสัมพันธ์อันใกล้ชิดในครอบครัว ชุมชน จนเป็นระบบวัฒนธรรม สุขภาพพื้นบ้าน ซึ่งอำนาจจากภาครัฐไม่อาจเข้าไปแทรกแซงทำลายระบบการดูแลสุขภาพของ สังคมโดยประชาชนไปได้ อย่างไรก็ตามในทางตรงกันข้ามภาครัฐก็ได้เล็งเห็นศักยภาพของระบบ สังคมวัฒนธรรมของการช่วยเหลือกันเองของประชาชน จึงริเริ่ม ส่งเสริม สนับสนุนให้มีการจัดตั้ง กลุ่มช่วยเหลือกันเองในสถานพยาบาล เช่น กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคมะเร็ง และโรค เรื้อรังอื่นๆ เป็นต้น รวมทั้งได้มีการเข้าไปมีส่วนร่วมในการจัดตั้งกลุ่ม ชมรม ในชุมชน เช่น ชมรม ผู้สูงอายุ เป็นต้น

สำหรับองค์กรพัฒนาเอกชนนั้น ลักษณะของความเป็นประชาสังคม ปรากฏชัดตั้งแต่ที่มาของการรวมกลุ่มและกระบวนการดำเนินงาน เนื่องจากมีการริเริ่มจากประชาชนเอง มีความเป็นอิสระ ไม่ได้อยู่ภายใต้อำนาจแบบเบ็ดเสร็จของกลุ่มใดเพียงกลุ่มเดียว และมีความสมัครใจในการเข้ามารวมตัวกันเป็นพื้นฐาน มีจิตสำนึกของการร่วมมือเพื่อแก้ไขปัญหาหนึ่งๆด้วยกัน จนก่อตัวเป็นกลุ่มองค์กรเพื่อรองรับเจตจำนง และเอื้ออำนวยให้สามารถดำเนินกิจกรรมได้ นอกจากนี้กลุ่มองค์กรเหล่านี้ก็มีพัฒนาการขยายการก่อตัว ในรูปลักษณะของการมีเครือข่ายความสัมพันธ์ เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ร่วมปรึกษาหารือ และเสริมพลังในการดำเนินกิจกรรมทางสังคม ซึ่งปัจจุบันนี้เครือข่ายเหล่านี้มีความหลากหลายและได้กระจายออกไปในระดับภูมิภาค ระดับชาติ และเชื่อมต่อไปจนถึงระดับนานาชาติอีกด้วย

พัฒนาการในการเกิดเครือข่ายประชาสังคมนั้นมีความหลากหลาย เนื่องจากความหลากหลายของกลุ่มประชาสังคมต่างๆที่เกิดขึ้นในลักษณะที่แตกต่างกันไป เช่น เกิดขึ้นเนื่องจากเหตุการณ์สำคัญ (critical events) ที่ปรากฏอยู่เบื้องหน้า ความต้องการแก้ไขปัญหาเฉพาะเรื่องเฉพาะกลุ่ม ความสนใจและความต้องการบางอย่างร่วมกัน หรือการมีผู้ส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดการรวมตัว เป็นต้น ซึ่งต้องอาศัยการรวมพลัง ร่วมมือร่วมใจกันของทุกส่วนในชุมชนประชาสังคมในการจัดการดำเนินงาน เริ่มจากการสร้างความสัมพันธ์และการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างกันภายในกลุ่มเล็กๆ แล้วขยายตัว เผยแพร่แนวคิดให้กว้างขวางออกไปในระดับชุมชนประชาสังคม จนเกิดเป็นเครือข่ายความสัมพันธ์ที่เข้มแข็งและกว้างขวาง

รูปแบบของประชาสังคมด้านสุขภาพสามารถแบ่งได้ตามเกณฑ์จำแนกที่หลากหลาย ดังนี้

- a) จำแนกตามจุดกำเนิดของประชาสังคม ได้แก่ องค์กรอิสระสาธารณประโยชน์ องค์กรวิชาชีพ องค์กรที่รวมตัวกันโดยประชาชนเป็นผู้ริเริ่ม องค์กรที่รวมตัวโดยรัฐเป็นผู้สนับสนุน องค์กรสื่อ องค์กรเครือข่ายจากหลากหลายกลุ่มมารวมตัวกัน
- b) จำแนกตามเป้าหมายของประชาสังคม ได้แก่ เพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมทางสังคมและกายภาพ เพื่อรวมกลุ่มช่วยเหลือกันเอง เพื่อดูแลสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อพัฒนาองค์กรวิชาชีพ เพื่อการพึ่งพาตนเอง

ลักษณะการดำเนินงานของเครือข่ายประชาสังคม ขึ้นอยู่กับ

- a) จุดกำเนิดของประชาสังคม เช่น เกิดจากความต้องการร่วมกันของประชาชนเอง เกิดจากการสนับสนุนจากภาครัฐ เกิดจากการส่งเสริมโดยองค์กรพัฒนาเอกชน
- b) โครงสร้างและองค์ประกอบของกลุ่ม เช่น เป้าหมายของกลุ่ม ขนาดของกลุ่ม เป็นต้น
- c) โครงสร้างหน้าที่ของประชาสังคม เช่น โครงสร้างเชิงหน้าที่ โครงสร้างเชิงพื้นที่ โครงสร้างแบบทีมงาน โครงสร้างแบบเครือข่าย

องค์ประกอบของประชาสังคมเข้มแข็ง ได้แก่ การมีภูมิปัญญาของตนเอง มีความรู้สึกร่วมในปัญหา ตระหนักถึงความเป็นเจ้าของชุมชนประชาสังคม มีการรวมตัวและการจัดการภายในชุมชนประชาสังคมด้วยตนเอง มีการติดต่อสื่อสารกันอย่างต่อเนื่อง สร้างความสัมพันธ์ในชุมชนประชาสังคม มีกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน มีผู้นำที่เข้าใจความเป็นชุมชน มีแรงส่งเสริมสนับสนุนการรวมกลุ่มประชาสังคม เป็นต้น

อภิปรายผล (วัตถุประสงค์ข้อ 2)

การก่อตัวของแนวคิดประชาสังคมในสังคมไทยนั้นมีสาเหตุเริ่มมาจากปัญหาวิกฤตการณ์ของโลก ไม่ว่าจะเป็นปัญหาสิ่งแวดล้อม ปัญหาโรคเอดส์ ปัญหาพฤติกรรมการบริโภค พฤติกรรมสุขภาพ ปัญหาเด็กและสตรี ปัญหาของสังคมเมืองและชนบท ที่มีความสลับซับซ้อนเกินกว่าภาครัฐจะสามารถเข้าไปแก้ไขได้โดยลำพัง หรือเกินกำลังของคนในกลุ่ม ชุมชน องค์กร หรือหน่วยงานแห่งใดแห่งหนึ่งเพียงแห่งเดียวจะคลี่คลายปัญหาได้ หากแต่ประชาสังคมอันหลากหลายจากทุกๆ ส่วนของสังคมจะต้องมีการช่วยเหลือกัน ร่วมมือกันในลักษณะของการประสานพลัง มีความเอื้ออาทรต่อกัน มีความสมานฉันท์ สามัคคีกัน จึงจะสามารถคลี่คลายปัญหาหรือวิกฤตการณ์อันมีความสลับซับซ้อนได้ เนื่องจากวิกฤตการณ์และปัญหาสถานการณ์ในปัจจุบันไม่เพียงแต่เต็มไปด้วยความสลับซับซ้อนเท่านั้น แต่ยังแผ่ขยาย (penetrate) ออกไปอย่างกว้างขวางอีกด้วย

สิ่งสำคัญเบื้องต้นของความเป็นประชาสังคมที่ต้องผลักดันให้เกิดขึ้นก่อนซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดเรื่ององค์ประกอบประชาสังคมของ โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (2539) ก็คือการสร้างจิตสำนึกในเรื่องของการรวมตัวกันเป็นประชาสังคม ที่มีความรัก ความเอื้ออาทร ความสมานฉันท์ มีจุดมุ่งหมายที่จะทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดให้สำเร็จร่วมกัน ซึ่งเกิดขึ้นได้ไม่ถนัดโดยเฉพาะอย่างยิ่งใน

สังคมเมืองที่ปัจจุบันมีการแก่งแย่งแข่งขันกันค่อนข้างสูง และขาดความสัมพันธ์เสมือนญาติพี่น้อง เช่นในอดีต การรวมกลุ่มกันจึงอาจอยู่ในระดับผิวเผินเท่านั้น และมักจะมีเรื่องของผลประโยชน์ส่วนตัวเข้ามาเกี่ยวข้อง ขาดความไว้วางใจกัน ด้วยเหตุนี้การแก้ปัญหาดังกล่าวโดยใช้การสื่อสารในกระบวนการทัศนแบบใหม่ จึงเปรียบเสมือนสะพานที่จะช่วยเชื่อมโยงความสัมพันธ์ให้เกิดขึ้นได้ หากแต่การสื่อสารที่จะเป็นหนทางแก้ปัญหานั้นควรมุ่งเน้นที่กระบวนการสื่อสารระหว่างบุคคล ในชุมชน หรือระหว่างกลุ่ม ชุมชน ประชาสังคม และเครือข่าย ซึ่งเป็นการสื่อสารที่มีพลังเป็นอย่างมากในการช่วยสร้างความสัมพันธ์ ก่อให้เกิดความเข้าใจ และสร้างการเรียนรู้ร่วมกันได้ โดยต้องคำนึงถึงการใช้สื่อประเภทต่างๆ อย่างผสมผสานในกระบวนการสื่อสารดังกล่าว นอกจากนี้ผลที่ได้จากการศึกษาองค์ประกอบของประชาสังคมยังสอดคล้องกับที่ ประเวศ วะสี (2538) ได้เสนอไว้ นั่นคือ ประกอบด้วยเรื่องของจิตสำนึกในการรวมกลุ่มกัน การเรียนรู้ร่วมกัน และการสื่อสารจัดการในชุมชนประชาสังคม

การได้เรียนรู้ร่วมกันจากหลายฝ่าย ทั้งองค์กรภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชน ในการร่วมมือกันดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ จะต้องใช้กระบวนการสื่อสารเป็นตัวเชื่อมประสาน โดยมีรูปแบบการสื่อสารต่างๆ ที่หลากหลาย และเป็นกระบวนการต่อเนื่อง โดยให้ทุกฝ่ายได้เข้ามามีส่วนร่วม จะส่งผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพและแก้ไขปัญหาของชุมชนประชาสังคมได้อย่างแท้จริงและยั่งยืน ซึ่งในการเรียนรู้ในชุมชนหรือประชาสังคมนั้น ก็มีใช่เพียงแค่การเรียนรู้แต่เพียงกลุ่มผู้นำเท่านั้น แต่ต้องเปิดโอกาสให้สมาชิกทุกคนในชุมชนหรือประชาสังคมได้มีการเรียนรู้ร่วมกัน ให้เกียรติ เคารพซึ่งกันและกัน เพื่อการเพิ่มศักยภาพของบุคคล อันจะนำไปสู่ศักยภาพของชุมชนหรือประชาสังคมเข้มแข็งต่อไป

ที่สำคัญทัศนคติของภาครัฐ ที่เห็นว่า การสื่อสารที่ดีจะต้องมีแบบแผนที่น่าเชื่อถือ ต้องสื่อสารโดยคนที่เป็นตัวแทนของผู้รู้ บุคลากรทางการแพทย์หรือนักวิชาการเท่านั้น ทัศนคติดังกล่าวนี้นี้ต้องได้รับการปรับเปลี่ยน นั่นคือการทำงานและการสื่อสารด้านสุขภาพของภาครัฐตามกระบวนการทัศนใหม่ต้องมีทักษะการทำงานและการสื่อสารที่เข้ากับชุมชน พร้อมที่จะทำงานร่วมกับชุมชนประชาสังคม เชื่อมั่นในศักยภาพของประชาสังคม และยอมรับในความแตกต่างหลากหลายทางวัฒนธรรม ความเชื่อต่างๆ ปรับบทบาทจากการเป็นผู้หยิบนโยบายความรู้เรื่องสุขภาพ เป็นผู้สนับสนุนส่งเสริมการเรียนรู้ของชุมชนหรือประชาสังคม ให้ชุมชนประชาสังคมได้รู้จักพึ่งตัวเอง และช่วยเหลือกันเองด้วยภูมิปัญญาด้านสุขภาพของตน ตามศักยภาพที่ชุมชนนั้นๆมีอยู่

หากวิเคราะห์พัฒนาการความเป็นประชาสังคมในบริบทสังคมไทยตามขั้นตอนการก่อตัวของประชาสังคมของสังคมไทย จะพบว่ามีความสอดคล้องกับแนวคิดขั้นตอนการก่อตัวของประชาสังคมของ ธีรยุทธ บุญมี ที่ได้เสนอไว้ 4 ขั้น ดังนี้

ขั้นที่ 1 คือ การเกิดจิตสำนึกสังคม ซึ่งในอดีตคนไทยมีเพียงจิตสำนึกในระดับครอบครัวหรือชุมชนของตนเท่านั้น ยังไม่เกิดจิตสำนึกในระดับสังคมขนาดใหญ่ จนกระทั่งเมื่อมีการพัฒนาเศรษฐกิจแผนใหม่ ซึ่งส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต เกิดวิถีชีวิตของคนเมืองใหญ่ขึ้น และเกิดวิกฤติปัญหาต่างๆ มากมาย เช่น ปัญหาความยากจน ปัญหาแรงงานเด็ก ปัญหาสภาพแวดล้อม ปัญหาโรคติดต่อร้ายแรง และโรคเรื้อรังอันเกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่แปรเปลี่ยนไป เป็นต้น ซึ่งล้วนแต่เป็นปัญหาสังคมที่ซับซ้อน และแผ่ขยายไปอย่างกว้างขวาง จึงถือได้ว่าเป็นจุดเริ่มต้นในการเกิดจิตสำนึกร่วมกันของคนไทยในการที่จะจัดการกับปัญหาต่างๆ ดังกล่าว

ขั้นที่ 2 คือ การเกิดกลุ่มองค์กรในสังคมต่างๆ ที่มีจิตสำนึกในการดูแลประโยชน์ซึ่งกันและกัน และเพื่อความร่วมมือกันในการแก้ไขปัญหาสังคม ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาสุขภาพ ปัญหาสิ่งแวดล้อม เป็นต้น โดยเริ่มจากการเกิดกลุ่มต่างๆ ในสังคมไทย เช่น กลุ่มองค์กรอิสระ สาธารณประโยชน์ (เช่น กลุ่มอาสาสมัคร สถาสตร์ มูลนิธิหมอชาวบ้าน เป็นต้น) กลุ่มองค์กรวิชาชีพ (เช่น ประชาคมเภสัชกร แพทยสภา สภาการพยาบาล เป็นต้น) กลุ่มองค์กรประชาชนที่รวมตัวโดยรัฐ (เช่น กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นต้น) กลุ่มองค์กรประชาชนในชุมชนท้องถิ่นที่รวมตัวกันโดยการริเริ่มจากประชาชนเอง (เช่น กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มฮักเมืองน่าน กลุ่มผู้ปกครองเด็กออทิสติก เป็นต้น) กลุ่มองค์กรสื่อ (เช่น หนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ เป็นต้น) องค์กรเครือข่ายที่รวมตัวจากหลากหลายกลุ่ม (เช่น มูลนิธิหมู่บ้าน เครือข่ายภูมิปัญญาไทย เครือข่ายสุขภาพชุมชน เป็นต้น)

ขั้นที่ 3 คือ การก่อรูปของอุดมการณ์ร่วมของสังคม ซึ่งเป็นขั้นตอนที่ ธีรยุทธ บุญมี ได้เสนอไว้ว่าปัจจุบันประชาสังคมในประเทศไทยกำลังอยู่ในขั้นนี้ โดยเมื่อจิตสำนึกได้รับผิดชอบต่อสังคมสูงขึ้น กลุ่มต่างๆ มีมากขึ้นแล้ว จึงก่อให้เกิดอุดมการณ์ร่วมกันที่ยึดเหนี่ยวให้เป็นสังคมที่เข้มแข็งขึ้น

ขั้นที่ 4 เมื่ออุดมการณ์สังคมเข้มแข็งขึ้นมาก จึงเกิดการตกผลึกของอุดมการณ์ที่เป็นเสมือนสถาบันที่ทุกคนให้การยอมรับจนเป็นวิถีชีวิตปกติ ซึ่งเป็นแรงผลักดันให้สังคมก้าวหน้าไปพร้อมๆ กับกลุ่มองค์กรสังคมต่างๆ ก็จะมีบทบาทหน้าที่เป็นที่ยอมรับกันอย่างกว้างขวาง

อย่างไรก็ตามอาจเกิดคำถามต่อมาได้ว่าทุกส่วนของสังคมไทยยอมรับแนวคิดประชาสังคม และมีพัฒนาการอยู่ในขั้นที่ 3 จริงหรือไม่ และเมื่อการก่อตัวของประชาสังคมได้ก้าวสู่ขั้นที่ 4 แล้ว ความเป็นประชาสังคมจะมีพัฒนาการต่อไปได้อีกหรือไม่ อย่างไร และเป็นไปได้หรือไม่ที่ขั้นตอนดังกล่าวจะหยุดอยู่เพียงขั้นที่ 3 หรืออาจอยู่ในขั้นที่ 2 เท่านั้น

ผลของการพัฒนาในลักษณะของการสร้างความร่วมมือกันในลักษณะประชาสังคม สร้างเครือข่ายพหุภาคี โดยมีความสัมพันธ์ทั้งในแนวดิ่งและแนวราบอย่างสมดุล จะช่วยส่งเสริมให้เกิดพลังอันเข้มแข็งในการดำเนินการ และเกิดผลซึ่งสอดคล้องกับที่ ประเวศ วะสี (2538) ได้เสนอไว้ ดังนี้

- a) *Synergy* การร่วมมือกันในลักษณะของภาคีแห่งการพัฒนา (Partnership for Development) ก่อให้เกิดผลโดยตรงในการฟื้นฟู แก้ไขปัญหาต่างๆ และก่อให้เกิดพลัง เป็น การสร้างกระบวนการมีส่วนร่วม (Participation) ของประชาชนฝ่ายต่างๆ อันจะนำไปสู่การพัฒนาในด้านอื่นๆอีกมากมายนอกเหนือจากด้านสุขภาพ เช่น ด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม เป็นต้น
- b) *Efficiency* การดำเนินการที่มีประชาชนเป็นผู้ริเริ่ม เป็นศูนย์กลาง นอกจากจะทำให้เกิดความสอดคล้อง และมีความเป็นไปได้ในระดับพื้นที่แล้ว ยังก่อให้เกิดประสิทธิภาพของการใช้ทุนหรืองบประมาณ เนื่องจากมีการวางแผนร่วมกันในการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่จำกัดให้เกิดประโยชน์มากที่สุด นอกจากนี้พลังแห่งการร่วมมือร่วมใจกันยังเป็นส่วนที่จะช่วยในการระดมทุนหรือทรัพยากรในด้านอื่นๆ อีกด้วย
- c) *Effectiveness* ในการทำงานที่มีคนจากหลายฝ่ายเข้าร่วม ย่อมก่อให้เกิดการตรวจสอบ ประเมินผล และช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งในการทำงาน ช่วยเหลือซึ่งกันและกันอย่างใกล้ชิด นับเป็นการสร้างประสิทธิภาพและประสิทธิผลของงานที่ทุกคนทุกฝ่ายยอมรับ และเป็นการสร้างหลักประกันในการติดตาม ประเมินผล ดูแลรักษาให้ดำเนินต่อไปในระยะยาวอีกด้วย

วัตถุประสงค์ข้อ 3 ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการสื่อสารของประชาสังคมในกระบวนการต้นใหม่ของการสื่อสารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ

ในการสื่อสารเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพของประชาสังคมหรือชุมชนตามกระบวนการต้นใหม่ของการสื่อสารนั้น ต้องตระหนักถึงองค์ประกอบหลัก 4 ประการ ได้แก่ องค์ประกอบด้านบุคคล องค์ประกอบด้านกระบวนการสื่อสาร องค์ประกอบเชิงระบบ และองค์ประกอบด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนประชาสังคม

องค์ประกอบด้านบุคคล ได้แก่ ความน่าเชื่อถือ ความรู้ความเข้าใจในประเด็นที่จะสื่อสาร ความสามารถในการเป็นผู้สื่อสาร ความต้องการข้อมูลและการแสวงหาข่าวสารของบุคคลหรือชุมชน การมีเครือข่ายพันธมิตรที่หลากหลาย กว้างขวาง การมีความรู้สึกร่วมในการเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนประชาสังคม ความรู้สึกร่วมถึงปัญหาที่มีอยู่และความใกล้ชิดกับปัญหานั้นๆ

องค์ประกอบด้านกระบวนการสื่อสาร ได้แก่ การคำนึงถึงปัจจัยด้านบริบทชุมชน หรือการวิเคราะห์กลุ่มเป้าหมาย ที่มีความแตกต่างหลากหลายในแต่ละบุคคล ชุมชน ประชาสังคม ปัจจัยด้านเนื้อหาข่าวสาร ปัจจัยด้านสื่อที่จะเป็นช่องทางในการสื่อสาร และปัจจัยด้านกลยุทธ์ในการสื่อสาร กล่าวคือในการให้ข้อมูลแก่กลุ่มเป้าหมายจะต้องพิจารณาถึงบริบทในมิติต่างๆของชุมชน เช่น ระบบความคิด ความเชื่อ ภาษา วัฒนธรรม ประเพณี วิถีชีวิต สภาพแวดล้อม ความสัมพันธ์ทางสังคมของชุมชนประชาสังคม แล้วนำมาเชื่อมโยงกับวิธีการสื่อสาร เนื้อหาที่จะนำเสนอ สื่อที่จะใช้ เพื่อการสร้างอารมณ์ความรู้สึกร่วมในการสื่อสาร สร้างความเข้าใจ ความเชื่อถือ เชื่อมรับการยอมรับในเนื้อหาข่าวสารนั้นๆ อันจะนำมาซึ่งการปรับเปลี่ยนทัศนคติ และพฤติกรรมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพของประชาสังคมต่อไป

คุณสมบัติของผู้ที่จะสื่อสารข้อมูลข่าวสารในประเด็นสุขภาพไม่ว่าจะเป็นบุคคลที่อยู่ในชุมชนเอง หรือบุคคลจากภายนอกชุมชนก็ตาม จะต้องเป็นบุคคลที่คนในชุมชนให้ความเชื่อถือ ยอมรับ ไว้วางใจ มีความจริงใจต่อชุมชน มีความรู้ความเข้าใจในประเด็นที่จะสื่อสาร โดยต้องสร้างกระบวนการสื่อสารอย่างต่อเนื่อง และเป็นการสื่อสารที่สนับสนุน ส่งเสริมการเรียนรู้ร่วมกันจากทุกคนทุกฝ่าย โดยคำนึงถึงความแตกต่างของบุคคล วัฒนธรรม และความพร้อมในด้านเครื่องมือสื่อสารด้วย

ธรรมชาติของสื่อมวลชน เช่น สื่อวิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ ในการสื่อสารและเข้าร่วมกิจกรรมสาธารณะ มีข้อจำกัดในการสื่อสารเนื้อหาเชิงลึกค่อนข้างมาก ข้อมูลข่าวสารมักเป็นเพียงการรายงานเหตุการณ์ การนำเสนอภาพกว้าง กระตุ้นและสร้างกระแสความสนใจอย่างผิวเผิน แต่

ศักยภาพของสื่ออื่นๆในท้องถิ่น เช่น สื่อบุคคล สื่อพื้นบ้าน สื่อเฉพาะกิจรูปแบบต่าง ๆ นั้น สามารถใช้ประโยชน์จากช่วงเวลาและกิจกรรมที่ชุมชนสนใจ เพื่อการสื่อสารเนื้อหาข้อมูลข่าวสารต่างๆที่ต้องการ โดยสร้างกระบวนการแลกเปลี่ยนทัศนคติ ความคิดเห็น ประสบการณ์ ความรู้ร่วมกันได้ตลอดเวลา

องค์ประกอบเชิงระบบ ได้แก่ การสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน สร้างระบบความสัมพันธ์ในชุมชนประชาสังคมที่มีความสมานฉันท์ ความเอื้ออาทร ใจกว้างใจ ยอมรับซึ่งกันและกัน และการสร้างระบบที่เป็นเครือข่ายประชาสังคม ซึ่งจะช่วยในการเสริมและประสานการทำงานในระดับเดียวกัน คือ กลุ่มเพื่อน กลุ่มสมาชิก เป็นต้น ก่อเกิดพลังในการทำกิจกรรมร่วมกันในชุมชนประชาสังคมหนึ่งๆ รวมทั้งเกิดประโยชน์ในการร่วมกิจกรรมและสร้างความสัมพันธ์กับชุมชนประชาสังคมอื่นๆ ทั้งภาคประชาชน ภาครัฐ และภาคเอกชนนอกชุมชนด้วย โดยเป็นการร่วมพลังสร้างสรรค์กิจกรรมสาธารณประโยชน์ เพื่อแก้ไขปัญหาในชุมชนประชาสังคม และขยายไปสู่การช่วยเหลือสังคมโดยรวมต่อไป

อภิปรายผล (วัตถุประสงค์ข้อ 3)

ปัจจัยที่มีผลต่อการสื่อสารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพตามกระบวนการที่ค้นใหม่นั้นพบว่า มีความสอดคล้องกับแบบจำลองการสื่อสารเพื่อสุขภาพ (HCM) ซึ่งประกอบด้วย ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล กลุ่ม ประชาสังคม (Relationship) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันในการสื่อสาร (Transaction) และบริบทต่างๆของการสื่อสาร (Contexts) แต่ในส่วนที่พบเพิ่มเติมจากการวิจัยคือ ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ ความรู้ ความสามารถ ความเข้าใจในประเด็นที่จะสื่อสารของแต่ละบุคคล และปัจจัยด้านลักษณะเนื้อหาข้อมูลในประเด็นที่จะสื่อสาร

สำหรับปัจจัยในด้านความหลากหลายของสมาชิกในประชาสังคมก็เป็นสิ่งที่ต้องคำนึงถึง เนื่องจากแนวโน้มที่สูงขึ้นในการรวมตัวในลักษณะเครือข่ายประชาสังคมด้านสุขภาพที่สมาชิกมาจากหลากหลายกลุ่ม หลากหลายอาชีพ แต่มีความสนใจในเรื่องเดียวกัน หรือมุ่งที่จะแก้ไขปัญหาที่มีร่วมกัน โดยการรวมกลุ่มประชาสังคมอาจมีจำนวนคนทำงานไม่มากนัก แต่ทุกคนทุกฝ่ายต้องมีความตั้งใจและพร้อมที่จะให้ความร่วมมือและให้การสนับสนุนส่งเสริม ซึ่งจะช่วยให้เกิดความยืดหยุ่นในระเบียบวิธีการและมีความคล่องตัวในการดำเนินงานสูง

ปัจจัยด้านลักษณะการทำงานที่เน้นทำงานด้านสุขภาพในเชิงรุก หรือเน้นการสร้างเสริมสุขภาพมากกว่าการรักษาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นแล้ว ก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่สำคัญ

ในการดำเนินงานเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพให้กับประชาสังคม โดยเฉพาะกับกลุ่มผู้ด้อยโอกาสที่ภาครัฐเข้าไปไม่ถึง กล่าวคือการทำงานในลักษณะดังกล่าวจะทำให้ประชาชนไม่ต้องเน้นไปที่การพึ่งพาบริการด้านสุขภาพจากรัฐ หรือบุคลากรทางการแพทย์นอกชุมชน แต่จะช่วยสนับสนุนให้ประชาชนได้รู้จักการพึ่งพาตนเอง และช่วยเหลือกันเองภายในกลุ่ม ชุมชน องค์กร และระหว่างเครือข่ายความร่วมมือได้

ปัจจัยสำคัญอีกประการที่มีผลต่อการสื่อสารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของประชาสังคม คือ ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งมีปัจจัยย่อยๆมากมายที่มีผลต่อการเข้าไปมีส่วนร่วมในกระบวนการสื่อสาร เช่น แรงจูงใจ โอกาส ทรัพยากร วัฒนธรรมความเชื่อในชุมชน เป็นต้น ดังนั้น การจะทำให้การมีส่วนร่วมเกิดขึ้นอย่างกว้างขวางในทุกระดับของการมีส่วนร่วม และในทุกส่วนของสังคมจึงต้องสนับสนุนปัจจัยย่อยต่างๆให้เกิดมีขึ้นเสียก่อน

วัตถุประสงค์ข้อ 4 แนวทางในการสื่อสารของประชาสังคมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในสังคมไทย

แนวทางการสื่อสารเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพนั้น มิใช่เพียงแค่ “การประชาสัมพันธ์” หรือ “การให้ข้อมูลข่าวสาร” เพื่อให้เกิดการรับรู้อย่างเดียวเท่านั้น แต่ต้องเป็นการสื่อสารที่มีพลังพอที่จะสร้างความเข้าใจ หาความหมายร่วมกัน สร้างกระบวนการเรียนรู้ และการมีส่วนร่วมของชุมชนหรือประชาสังคม เพื่อปรับเปลี่ยนวิถีคิด ทศนคติ ความเชื่อต่างๆ จนเป็นผลให้เกิดพฤติกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีของประชาสังคมต่อไป โดยมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของคนในชุมชนประชาสังคมให้ไปสู่การสร้างเสริมสุขภาพให้อยู่ภาวะที่สมบูรณ์เป็นปกติ มากกว่าการรอรักษาความเจ็บป่วยที่ได้เกิดขึ้นแล้ว พยายามให้คนในประชาสังคมเห็นความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสุขภาพที่ดี โดยเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน เพื่อหวังผลต่อเนื่องในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระยะยาว

กล่าวได้ว่า แนวทางในการสื่อสารของประชาสังคมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพนั้น ควรมุ่งเน้นการเสริมสร้างศักยภาพของบุคคล กลุ่ม ชุมชน องค์กร เครือข่าย โดยผ่านการสื่อสารสองทางในแนวนอนภายในชุมชนประชาสังคมเพื่อเชื่อมความสัมพันธ์ การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ส่งเสริมความร่วมมือ ประสานงาน สร้างกระบวนการเรียนรู้ระหว่างกัน แบ่งหน้าที่การทำงานโดยการเข้าร่วมกิจกรรมตามความสมัครใจ นอกจากนี้ควรมีการสื่อสารเพื่อสร้างความสัมพันธ์ สร้างความร่วมมือ และประสานงานกับชุมชน ประชาสังคมอื่นๆ และองค์กร

ภาคเอกชนจากภายนอกชุมชนประชาสังคัม ประกอบกับมีการสื่อสารกับภาครัฐในแนวคิด โดยเฉพาะในทิศทางจากล่างขึ้นบน เพื่อแสดงความคิดเห็น ประสานความร่วมมือในการสนับสนุน การรวมตัว และเกื้อหนุนด้านทุนและทรัพยากร เพื่อความร่วมมือกันในการแก้ไขปัญหาต่างๆ

กระบวนการสื่อสารในประชาสังคัม ควรมีแนวทางในการใช้สื่อประเภทต่างๆ ที่มีอยู่ หลากหลายในชุมชนอย่างผสมผสาน เพื่อสร้างกระแสของชุมชนประชาสังคัมให้ดำเนินไปใน ทิศทางเดียวกัน โดยต้องให้โอกาสสมาชิกทุกคนในการมีส่วนร่วมในกระบวนการสื่อสารอย่างเท่า เทียม ให้เกียรติต่อความคิดเห็น ความเชื่อของแต่ละบุคคล แต่ละชุมชน ที่อาจแตกต่างกันไป ตาม ชาติพันธุ์ ศาสนาภูมิศาสตร์ วิถีชีวิต ภูมิปัญญา และวัฒนธรรมท้องถิ่นนั้นๆ รวมถึงต้องมีความเอื้อ ออาทรและมีความพยายามในการใช้ช่องทางทางการสื่อสาร เพื่อเปิดโอกาสทุกคนในชุมชนหรือประชา สังคัมสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารต่างๆ ได้อย่างสะดวก

สื่อบุคคล สื่อพื้นบ้าน สื่อเฉพาะกิจ ถือได้ว่าเป็นสื่อที่มีผลในการกระตุ้นความสนใจและ การรับรู้ของประชาชน และช่องทางการสื่อสารที่สำคัญคือ การทำกิจกรรมร่วมกัน อันจะทำให้ทุก คนได้ร่วมกันคิด ร่วมกันทำ และเรียนรู้จากประสบการณ์จริงไปพร้อมๆกัน โดยมุ่งเน้นการใช้การ สื่อสารระหว่างบุคคล และการสื่อสารระดับกลุ่ม เป็นแนวทางหลักในการสื่อสารสร้างความรู้ความ เข้าใจ และใช้กิจกรรม กระบวนการจัดเวทีชุมชนรูปแบบต่างๆ เพื่อจุดประกายการเรียนรู้ร่วมกันขึ้น ประกอบกับการใช้สื่อมวลชนที่มีอยู่ในท้องถิ่น นำเสนอข้อมูล ข่าวสาร ประสบการณ์ของชุมชน เผยแพร่สู่ภายนอกชุมชน

ในการสื่อสารผ่านสื่อมวลชนประเภทต่างๆโดยมากแล้ว ชุมชนประชาสังคัมจะได้เพียงการ รับรู้ กลไกสื่อสารมวลชนจะมุ่งส่งสารไปถึงคนจำนวนมาก ให้ได้รับรู้ข้อมูลข่าวสาร เหตุการณ์ต่างๆ อย่างรวดเร็ว มากกว่าการสร้าง ความเข้าใจหรือให้รายละเอียดของข้อมูลข่าวสารนั้นๆ และมักเป็น การสื่อสารข้อมูลข่าวสารจากส่วนกลางสู่ชุมชนท้องถิ่นมากกว่าที่จะเป็นการสื่อสารกันเองระหว่าง คนในชุมชน จึงขาดเนื้อหา ของชุมชนที่จะดึงดูดให้คนเกิดความสนใจ ขาดพลังของการเป็นกลไกที่ จะสื่อสารเพื่อสร้างการเรียนรู้ และการเปลี่ยนแปลงในชุมชนท้องถิ่น ส่วนกลไกการสื่อสารของ ชุมชนที่เป็นการสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลหรือระหว่างกลุ่ม ผ่านสื่อต่างๆในวิถีชีวิตของบุคคล และชุมชน ได้แก่ สื่อบุคคล (เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำชุมชน พระสงฆ์ ครู ปราชญ์ชาวบ้าน หมอ พื้นบ้าน ฯลฯ) สื่อพื้นบ้าน (เช่น ลิเก หมอลำ ละครขอ หนังสือ ฯลฯ) สื่อเฉพาะกิจที่เอื้อต่อการมี ส่วนร่วม (เช่น การประชุมกลุ่มย่อย การเสวนา หอกระจายข่าว กิจกรรมชุมชนสัมพันธ์ งาน ประเพณีของชุมชน เวทีประชาคม ฯลฯ) เป็นการสื่อสารที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับวัฒนธรรม วิถีชีวิต

ของคนในชุมชนมากกว่าการเป็นเพียงแค่การรับ-ส่งสาร ซึ่งจะทำให้ชาวบ้าน เกิดความรู้สึกร่วมในประเด็นเนื้อหาข่าวสารที่สื่อสารออกมา และยังช่วยลดช่องว่างของการสื่อสารกับชุมชนชาวบ้านได้ดี เนื่องจากสมาชิกในชุมชนประชาสังคมสามารถมีปฏิสัมพันธ์กัน สามารถทำหน้าที่เป็นทั้งผู้ส่งสารและรับสารได้ในเวลาเดียวกัน มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การรับรู้ ความเข้าใจ และให้ภาพที่ชัดเจนได้มากกว่าการใช้สื่อมวลชนแต่เพียงอย่างเดียว ซึ่งจะส่งผลให้เกิดพลังการเปลี่ยนแปลงของผู้คนในประชาสังคมได้มาก

การสื่อสารผ่านสื่อพื้นบ้านของชุมชน ไม่ว่าจะรูปแบบใดก็ตาม จะมีลักษณะที่เข้าใจวิถีชีวิต และธรรมชาติของชุมชน จึงมักได้ผลในเชิงการกระตุ้นความสนใจ ความตื่นตัวในประเด็นปัญหาที่ต้องการสื่อสารได้อย่างมาก เพราะสามารถเชื่อมโยงกับวิถีชีวิตของชุมชนที่ประสบอยู่ทุกวันได้เป็นอย่างดี แต่อย่างไรก็ตาม การสื่อสารในรูปแบบนี้ก็ต้องการการสื่อสารในรูปแบบอื่นๆเข้ามาเสริมเพื่อให้เกิดการพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็น จึงจะเกิดความต่อเนื่องในการสื่อสารที่สร้างความเข้าใจ และกระตุ้นสำนึกแห่งการมีส่วนร่วมรับผิดชอบ และจัดการปัญหาชุมชนของตนเองได้เป็นอย่างดี เช่น การแสดงพื้นบ้าน ผสมผสานกับการจัดเวทีชุมชน เป็นการสื่อสารอีกรูปแบบหนึ่งที่สามารถกระตุ้นความสนใจของบุคคลให้มารวมตัวกันได้ ทำให้ผู้รับสาร สามารถมองเห็น และนึกย้อนไปถึงประสบการณ์ที่ตนเองเคยพบเจอในชีวิตประจำวัน และนำมาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันได้ดี

สำหรับสื่อบุคคลภายนอกชุมชนนั้น ในความเป็นจริงแล้วประชาชนในชุมชนยังขาดโอกาส และไม่มีสิทธิได้เลือกสื่อบุคคลจากภายนอกที่มีคุณลักษณะตามที่ต้องการ ดังนั้นควรมีแนวทางในการสื่อสารที่เปิดโอกาสให้ประชาชนได้มีการประเมิน แสดงความคิดเห็นย้อนกลับเกี่ยวกับสื่อบุคคลจากภายนอกที่ชาวบ้านได้มีประสบการณ์ตรงจริงๆ ซึ่งจะช่วยในการปรับปรุงประสิทธิภาพของสื่อบุคคลภายนอกชุมชน รวมทั้งช่วยในการวางแผนปรับปรุงการใช้สื่ออื่นให้ตรงกับเป้าหมายได้มากยิ่งขึ้น

จากที่กล่าวมาแล้วจะเห็นได้ว่าสื่อมวลชนสามารถทำหน้าที่ในการกระตุ้นความตื่นตัว สร้างกระแสสังคม และขยายผลการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ที่จะทำให้ประชาชนได้เรียนรู้ประสบการณ์จากพื้นที่ประชาสังคมอื่นๆได้ แต่ในการปฏิรูประบบสุขภาพนั้นต้องการสร้างกระบวนการที่คนในชุมชนท้องถิ่น ตลอดจนสังคม ได้เรียนรู้ไปพร้อมๆกัน ซึ่งจำเป็นต้องใช้กลไกการสื่อสารท้องถิ่นอย่างผสมผสาน จึงจะสอดคล้องกับวิถีชีวิต วัฒนธรรมชุมชนที่แตกต่างหลากหลาย และใช้สื่อมวลชนช่วยเสริมหนุนกระบวนการเรียนรู้ดังกล่าว ให้เกิดการขยายตัวของการรับรู้ เกิด

ความรู้สึกร่วม และลงมือปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ดังนั้นในการสร้างกระบวนการเรียนรู้และการมีส่วนร่วมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของประชาสังคมนั้น ผู้ดำเนินงานจึงต้องกำหนดเป้าหมาย ยุทธศาสตร์ และวิธีการดำเนินงานที่สอดคล้องกับธรรมชาติของสื่อแต่ละประเภทที่มีข้อเด่น ข้อด้อย แตกต่างกัน แต่สามารถเสริมหนุนกันได้เป็นอย่างดี กล่าวคือ อาจใช้สื่อมวลชนในการกระตุ้นความสนใจของผู้คน ขยายผลของเนื้อหา ข้อค้นพบต่างๆ แล้วใช้กลไกการสื่อสารในชุมชนรูปแบบอื่นๆ สร้างการสื่อสารที่ต่อเนื่องในชุมชน เพื่อการเรียนรู้และกระตุ้นการมีส่วนร่วมของประชาชน ให้ตระหนักถึงความสำคัญ ความจำเป็นของการประพฤติปฏิบัติในแนวทางสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสม เพื่อสุขภาพที่ดีของตนเองและชุมชนประชาสังคม และเกิดการปรับเปลี่ยนวิถีคิด วิถีชีวิตที่สอดคล้องกับการสร้างเสริมสุขภาพที่ดีของประชาสังคมต่อไป

นอกจากนี้เพื่อให้การสื่อสารด้านสุขภาพมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ควรมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกระบวนการสื่อสารด้านสุขภาพ ระหว่างสื่อประเภทต่างๆ เช่น การสนับสนุนการรวมตัวของสื่อประเภทต่าง ได้แก่ สื่อโฆษณากระจายข่าวของท้องถิ่น แพทย์พื้นบ้าน อสม. ผู้นำชุมชน ศิลปินพื้นบ้าน กลุ่มผู้สนใจด้านสุขภาพ บุคลากรด้านสุขภาพจากส่วนราชการ และสื่อมวลชนท้องถิ่น เหล่านี้ ให้ได้มาร่วมพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ตลอดจนทบทวนบทบาทในการสื่อสารด้านสุขภาพที่ผ่านมา เพื่อพัฒนาไปสู่การก่อตัวเป็นประชาสังคมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพต่อไป

การสื่อสารภายในเครือข่ายเพื่อสร้างเสริมประชาสังคมที่เข้มแข็งนั้น ต้องการการสื่อสารที่ทรงพลังที่ประกอบไปด้วย การสื่อสารหลากหลายช่องทาง ซึ่งโดยรวมแล้วมี 3 ช่องทางหลักๆ ได้แก่

1. สื่อมวลชน ได้แก่ วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ ซึ่งสามารถเผยแพร่ข้อมูล ข่าวสารได้อย่างกว้างขวาง รวดเร็ว และกระตุ้นความตื่นตัวได้แรง สำหรับในท้องถิ่นพบว่าสื่อมวลชนท้องถิ่นประเภท วิทยุชุมชน มีบทบาทค่อนข้างมาก
2. สื่อเฉพาะกิจ ได้แก่ การเผยแพร่ผ่านเอกสารสิ่งพิมพ์ขนาดเล็กต่างๆ เทปบันทึกภาพและเสียง เป็นต้น สื่อประเภทนี้สามารถเผยแพร่ซ้ำได้ ใช้อ้างอิงได้ และค้นคว้าศึกษาให้เกิดความลึกซึ้งได้มากขึ้น
3. สื่อสารบุคคล และสื่อกิจกรรมแบบพบปะแลกเปลี่ยนกัน ได้แก่ การจัดเวทีพบปะเสวนา แลกเปลี่ยนความคิดเห็นประสบการณ์กันเป็นกลุ่มเล็ก กลุ่มใหญ่ ทั้งแบบเป็นทางการและไม่

เป็นทางการ ตามโอกาสและความเหมาะสมของสถานที่ วิธีการสื่อสารเช่นนี้สามารถสร้างความผูกพัน เชื่อมโยงความสัมพันธ์ของผู้คนในเครือข่ายประชาสังคมได้ดี เนื่องจากเป็นการสื่อสารสองทาง และเอื้อต่อการมีส่วนร่วมในการสื่อสารของประชาชนในชุมชนประชาสังคม

ดังนั้น ในกระบวนการทัศน์ใหม่ของการสื่อสารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ คำว่า “สื่อ” จึงหมายถึง รวมถึงสื่อต่างๆมากมายหลายประเภทที่มีในท้องถิ่น ที่มีใช้เพียงแค่ว่า สื่อวิทยุ โทรทัศน์ หรือหนังสือพิมพ์เพียงเท่านั้น แต่รวมถึง ทุกสิ่งทุกอย่าง ทุกผู้ทุกคน ที่ทำหน้าที่ในการสื่อสารข้อมูล สร้างการรับรู้และความเข้าใจระหว่างกัน เป็นช่องทางและรูปแบบการสื่อสารที่คนในท้องถิ่นใช้กัน อยู่ในชีวิตประจำวัน และให้ความสนใจมากกว่าการสื่อสารผ่านสื่อมวลชน เช่น โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ ที่ส่วนใหญ่มักจะนำเสนอเรื่องราวจากส่วนกลาง

อภิปรายผล (วัตถุประสงค์ข้อ 4)

แนวทางในการสื่อสารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพตามกระบวนการทัศน์ใหม่นี้สอดคล้องกับแนวคิดเรื่องการสื่อสารเพื่อสุขภาพที่ Ratzan และคณะ (1994) ได้เสนอไว้ กล่าวคือ การสื่อสารเพื่อสุขภาพจะประกอบด้วยกิจกรรมการสื่อสาร และช่องทางการสื่อสารอันหลากหลาย ที่เชื่อมประสานซึ่งกันและกัน เพื่อตอบสนองต่อความต้องการ และการมีสุขภาพที่ดีในกลุ่มเป้าหมายในระดับที่แตกต่างกันไป ไม่ว่าจะเป็นระดับปัจเจกบุคคล ระดับกลุ่ม หรือระดับสังคม

ปัจจุบันบทบาทในการสื่อสารของประชาสังคมที่พบในสังคมไทยนั้นพบว่า มีความสอดคล้องกับกระบวนการทัศน์ใหม่ของการสื่อสาร กล่าวคือ มุ่งเน้นการสื่อสารสองทาง การสื่อสารในแนวนอน และการสื่อสารแนวตั้งจากล่างขึ้นบนมากขึ้น ซึ่งการสื่อสารในลักษณะดังกล่าวนี้ ต้องการความร่วมมือ การยอมรับในความเป็นอิสระ และความเท่าเทียมกันในการสื่อสารเพื่อแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้ จากทุกฝ่ายในสังคม ซึ่งปัจจุบันก็พบว่าเสียงจากประชาชนในชุมชนได้รับการยอมรับ และรับฟังจากภาครัฐมากขึ้น เนื่องจากการรวมตัวที่เข้มแข็งของภาคประชาชน การได้รับความร่วมมือ สนับสนุน ส่งเสริม ประสานงานจากภาครัฐ และเอกชน ทำให้เกิดพลังในการสื่อสารมากยิ่งขึ้น แต่อย่างไรก็ตามในส่วนของประชาชนที่อยู่ในชนบทห่างไกลก็ยังขาดโอกาสในการสื่อสารเพื่อแสดงความคิดเห็น สิ่งสำคัญประการหนึ่งที่ต้องระวังและตระหนักถึงคือ การถูกรวบงำหรือบงการจากบุคคล องค์กร หน่วยงานภาครัฐ หรือภาคธุรกิจเอกชนอื่นๆ ที่มีได้มุ่งหวังในประโยชน์สาธารณะ หากแต่ใช้กระบวนการประชาสังคมในการสร้างพลัง เพื่อมุ่งหวังเพียงผลประโยชน์ส่วนตัวเท่านั้น

แนวทางในการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และก่อให้เกิดความร่วมมือ เสริมพลังของประชาสังคม ตามกระบวนการทัศน์ใหม่ของการสื่อสารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพนั้นต้องคำนึงถึงองค์ประกอบต่างๆที่มีผลกระทบต่อการสื่อสารที่ได้กล่าวแล้วในวัตถุประสงค์ข้อที่ 3 ซึ่งชุมชนประชาสังคมแต่ละแห่งอาจมีแนวทางวิธีการในการสื่อสารที่แตกต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับบริบทแวดล้อมต่างๆของชุมชน และศักยภาพของสมาชิกในการเป็นผู้สื่อสาร ดังนั้นจึงไม่มีรูปแบบการสื่อสารที่แน่นอนตายตัว หากแต่ชุมชนประชาสังคมแต่ละแห่งจะต้องร่วมกันคิด ร่วมกันเรียนรู้และค้นหาแนวทางการสื่อสาร แนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับชุมชนประชาสังคมของตนเอง อาจมีการรับแนวคิดมาจากภายนอกชุมชนแล้วนำมาปรับประยุกต์ในด้านแนวทางวิธีการปฏิบัติ ให้เข้ากับชุมชนของตนโดยใช้ภูมิปัญญาดั้งเดิมที่มีอยู่ในชุมชนเป็นพื้นฐานสำคัญในการสื่อสารและสร้างเสริมสุขภาพ

สรุปข้อค้นพบจากงานวิจัย

กระบวนการทัศน์ใหม่ของการสื่อสารเพื่อสุขภาพ

- มุ่งเน้นศึกษาการสื่อสารในเชิงคุณภาพ ด้วยวิธีการที่หลากหลายโดยชุมชนมีส่วนร่วมเพื่อเรียนรู้ความเป็นชุมชนและศักยภาพของชุมชนของตน
- กลุ่มเป้าหมายเน้นที่ระดับครอบครัว กลุ่ม ชุมชน ประชาสังคม มากกว่าการเฉพาะเจาะจงไปที่ระดับปัจเจกบุคคลหรือกลุ่มเสี่ยง
- เน้นย้ำเรื่องสุขภาพของชุมชนโดยรวมมากกว่าสุขภาพของปัจเจกบุคคล
- เน้นการสื่อสารที่คำนึงถึงบริบททางสังคม วัฒนธรรม วิถีชีวิตของชุมชนประชาสังคมนั้นๆ และเปิดโอกาสให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในกระบวนการสื่อสารโดยใช้สื่อกิจกรรมแบบมีส่วนร่วมเป็นสำคัญ
- มีการนำแนวคิดเรื่องกลุ่ม ชุมชน ประชาสังคม และการมีส่วนร่วมมาใช้มากขึ้น เพื่อการประสานพลัง และเพิ่มอำนาจในการสื่อสาร การเจรจาต่อรอง การขอความสนับสนุนร่วมมือจากภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคมอื่นๆ

- เน้นเนื้อหาสุขภาพแบบองค์รวม ที่คำนึงถึงสุขภาพทางกาย จิตใจ อารมณ์ ความสัมพันธ์ ในชุมชน และสิ่งแวดล้อมในชุมชน ไม่เฉพาะแต่เพียงสุขภาพทางกายเพียงอย่างเดียว และมุ่งเน้นเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้น ไม่เฉพาะแต่เพียงการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นแล้วเท่านั้น

พัฒนาการของแนวทางประชาสังคมในการสร้างเสริมสุขภาพ

- พัฒนาการของประชาสังคมไทยส่วนใหญ่มีจุดเริ่มต้นที่การดูแลกันเองในครอบครัว ชุมชน เดียวกัน ต่อมาเมื่อเกิดวิกฤติปัญหาต่างๆ ในสังคมจึงเริ่มรวมตัวกันเป็นกลุ่มประชาสังคมที่มีความหลากหลาย ทั้งในด้านจุดกำเนิดของการรวมตัว เป้าหมาย ลักษณะการดำเนินงาน ขนาดของกลุ่มประชาสังคม โดยเน้นขนาดกลุ่มที่ไม่ใหญ่มากนักแต่รวมตัวกันด้วยความสมัครใจ มีความยืดหยุ่นและคล่องตัวในการดำเนินงาน
- การเกิดกลุ่มประชาสังคมในระยะแรกมีเป้าหมายเพื่อการแก้ไขปัญหาที่มีอยู่ เน้นการรวมกลุ่มผู้นำ และได้รับการส่งเสริมวางแนวทางจากภาครัฐและเอกชนนอกชุมชน ต่อมาช่วงหลังวิกฤติทางเศรษฐกิจสังคมจึงเริ่มเน้นการรวมกลุ่มกันเองด้วยความสมัครใจของสมาชิกทุกคนในประชาสังคม เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาอันหลากหลายในชุมชนประชาสังคมนั้นๆ ไม่เฉพาะแต่เรื่องสุขภาพ และเพื่อสร้างเครือข่ายความสัมพันธ์ให้ขยายกว้างขวาง โดยเน้นการเรียนรู้ร่วมกันเพื่อการพึ่งพาตนเองและช่วยเหลือกันเองในกลุ่มประชาสังคม

ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการสื่อสารของประชาสังคม

ปัจจัยสำคัญที่พบว่ามีผลต่อการสื่อสารของประชาสังคมที่พบเป็นจุดเด่นในงานวิจัยนี้ได้แก่

- การเปิดโอกาสให้ชุมชนประชาสังคมได้มีส่วนร่วมในกระบวนการสื่อสาร
- องค์ประกอบในกระบวนการสื่อสารที่สอดคล้องกับบริบททางสังคม วัฒนธรรม วิถีชีวิตของชุมชนประชาสังคม
- ความสามารถในการเป็นผู้สื่อสารของคนในชุมชนที่ยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคลในด้านต่างๆ และมีพฤติกรรมในการสื่อสารและแสวงหาข้อมูลข่าวสารอย่าง active

- สัมพันธภาพระหว่างกันในกลุ่มชนประชาสังคม และเครือข่ายความสัมพันธ์กับประชาสังคมภายนอกชุมชน รวมถึงภาครัฐ ภาคเอกชนอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

แนวทางในการสื่อสารของประชาสังคมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ

แนวทางสำคัญในการสื่อสารของประชาสังคมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพที่พบเป็นจุดเด่นในงานวิจัยนี้คือ

- การสื่อสารโดยใช้สื่อบุคคลในชุมชนซึ่งไม่จำเป็นต้องเป็นผู้นำชุมชนที่เป็นทางการที่ได้รับการจัดตั้งโดยรัฐ หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่อยู่ภายนอกชุมชน แต่เป็นบุคคลในชุมชนเองที่ได้รับการยอมรับการยอมรับนับถือจากคนส่วนใหญ่ในชุมชนประชาสังคมนั้นๆ เช่น พระสงฆ์ หมอชาวบ้าน ปราชญ์ชาวบ้าน เป็นต้น
- การใช้สื่อกิจกรรมที่เอื้อต่อการสื่อสารสองทางแบบประชาชนได้มีส่วนร่วมในกระบวนการสื่อสาร เช่น การจัดประชุม สัมมนา เสวนา ประชุมกลุ่มย่อย กิจกรรมพบปะสร้างความสัมพันธ์ เป็นต้น

การใช้สื่ออย่างผสมผสาน ทั้งสื่อบุคคลในชุมชน สื่อพื้นบ้านอันเป็นวัฒนธรรมประเพณีของแต่ละชุมชน สื่อสิ่งพิมพ์ขนาดเล็ก เช่น จดหมายข่าว เอกสารให้ความรู้คำแนะนำ เป็นต้น สื่อมวลชนท้องถิ่น เช่น วิทยุชุมชน สื่อกิจกรรม เช่น การทำประชาพิชัย การจัดประชุมกลุ่มย่อย กิจกรรมรณรงค์ในชุมชน ตามวาระโอกาสต่างๆ

ข้อเสนอแนะเพื่อการประยุกต์ใช้

1. ในการสื่อสารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพนั้น การชูประเด็นเรื่อง "สุขภาพชุมชน ประชาสังคม" หากเลือกประเด็นปัญหาที่ใกล้ตัว และอยู่ในความสนใจของชุมชน โดยให้ชุมชนเองเป็นผู้กำหนดเอง และมีการสื่อสารอย่างเหมาะสมและต่อเนื่องจะสามารถสร้างความตื่นตัว ความตระหนัก และระดมการมีส่วนร่วม เพื่อประโยชน์สาธารณะได้
2. การพัฒนาเครือข่ายประชาสังคมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพนั้น อาจเริ่มต้นจากการใช้ประเด็นนำร่อง เพื่อเชื่อมโยงผู้คนหรือสมาชิกให้เข้ามารวมตัว และร่วมกันดำเนินการในลักษณะประชา

สังคม หรืออาจเริ่มต้นจากการใช้เวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการจัดปัญหาในชุมชน เป็นเครื่องมือเชื่อมโยงมิตรภาพและความสัมพันธ์ นำไปสู่การเป็นเครือข่ายประชาสังคมที่มีเป้าหมาย ทิศทางและการทำงานร่วมกันต่อไป

3. การใช้สื่อเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ อาจใช้สื่อมวลชนในบทบาทของการเป็นผู้นำเสนอประสบการณ์ของชุมชนต่อสาธารณะ เพื่อให้ชุมชนอื่นๆ เห็นบทเรียน และตระหนักถึงศักยภาพของผู้ที่มาร่วมตัวกันจัดการแก้ไขปัญหาของตนเอง ขณะเดียวกันก็ใช้สื่อบุคคล เป็นผู้เชื่อมโยงบทเรียนจากชุมชนพื้นที่ต่างๆ มาแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็น และขยายผลองค์ความรู้ผ่านเวทีการเรียนรู้ของชุมชน โดยการติดตามประเมินผลการดำเนินงานของแต่ละชุมชนประชาสังคมอย่างต่อเนื่อง
4. การใช้ประเด็นที่เป็นด้านบวกในการสื่อสารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งจะไม่ก่อให้เกิดความขัดแย้งทั้งภายในพื้นที่และระหว่างพื้นที่ กับหน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ และทำให้อาจเกิดเป็นเครือข่ายประชาสังคมสร้างเสริมสุขภาพ ที่อาจไม่ต้องการรวมตัวในลักษณะที่เป็นองค์กรชัดเจน แต่เป็นเครือข่ายความสัมพันธ์ของสมาชิกในชุมชนประชาสังคมที่มุ่งจัดการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง
5. ควรมีการนำกระบวนการทัศน์ใหม่ของการสื่อสารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของประชาสังคม จากงานวิจัยนี้ไปประยุกต์และปรับใช้กับการศึกษาการสื่อสารในประเด็นอื่นๆ ที่นอกเหนือจากประเด็นสุขภาพ

ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

1. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงสัดส่วนปริมาณของประชาสังคมในรูปแบบต่างๆ และศึกษาถึงกระบวนการสื่อสารที่แตกต่างกันในแต่ละรูปแบบประชาสังคม
2. ควรใช้วิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบให้ประชาชนมีส่วนร่วม หรือวิจัยโดยการทดลอง ในลักษณะโครงการศึกษาวิจัยเพื่อสร้างประชาสังคมใหม่ขึ้นมา โดยมุ่งเน้นที่การสร้างเสริมสุขภาพ หรือการช่วยเหลือกันเองในเรื่องสุขภาพ เช่น กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ กลุ่มสมาชิกในหมู่บ้าน เป็นต้น โดยใช้กระบวนการทัศน์ใหม่ของการสื่อสารในการสร้างการรวมตัวของประชาสังคม เพื่อส่งเสริมการสร้างเสริมสุขภาพในลักษณะของกลุ่ม ประชาสังคม

3. ควรมีการศึกษาวิจัยต่อเนื่องถึงกระบวนการทัศน์ใหม่ของการสื่อสารในประเด็นอื่นๆและการศึกษาการนำแนวทางประชาสังคมไปใช้กับประเด็นอื่นๆต่อไป
4. ควรมีการศึกษาวิจัยต่อเนื่องเพื่อศึกษาข้อมูลเชิงลึก เปรียบเทียบถึงน้ำหนักความมากน้อยและความแตกต่างกันระหว่างปัจจัยต่างที่มีผลกระทบต่อการสื่อสารของประชาสังคม และแนวทางการสื่อสารของประชาสังคมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพในบริบทสังคมไทย



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กาญจนา แก้วเทพ, กำจร หลุยยะพงศ์, รุจิรา สุภาษา และ วีรพงษ์ พลนิกรกิจ. 2543. สื่อเพื่อชุมชน การประมวลองค์ความรู้. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. 2542. ปรากฏการณ์ชีวิตบอกอะไรแก่สังคมไทย. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มูลนิธิโกมลคีมทอง.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. 2544. ประชาสังคมกับสุขภาพ. นนทบุรี: สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข.
- คทา บัณฑิตานุกูล และคณะ. 2543. การสังเคราะห์หัตถ์ศาสตร์ของประชาคมเกษตรกรรมสำหรับการปฏิรูประบบสุขภาพ[Online]. Available from:
<http://library.hsri.or.th/th/download.php?fn=/fullt/res/hs0775.zip&lang=tha>
- เครือข่ายสุขภาพเพื่อประชาชน. 2544. โครงการวิจัยปฏิบัติการต่อเนื่อง เครือข่ายสุขภาพเพื่อประชาชน[Online]. Available from:
<http://library.hsri.or.th/th/download.php?fn=/fullt/res/hs0677.zip&lang=tha>
- จารุณี พชรพิมานสกุล. 2542. การศึกษาเครือข่ายการสื่อสารของกลุ่มชีวิต. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาวิทยาศาสตรพัฒนการ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชูชัย ศุภวงศ์ และ ยุวดี คาดการณ์ไกล. 2539. ประชาสังคมกับการพัฒนาสุขภาพ: ทศวรรษนักคิดในสังคมไทย[Online]. Available from:
<http://library.hsri.or.th/th/download.php?fn=/fullt/res/hs0225.zip&lang=tha>
- ณศักดิ์ อัจจิมาธร. (12 เมษายน 2548). “กระบวนทัศน์ใหม่” เพื่อกาย-ใจแจ่มใส. โพสต์ทูเดย์แมกกาซีน: C1.
- ทิพวัน ไชยะเดชะ, ปรัชญาณี คำเหลือ และสมัย คำเหลือ. 2546. การแก้ไขปัญหาภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลศรีวิทันะ โดยชุมชนมีส่วนร่วม[Online]. Available from:
<http://library.hsri.or.th/th/download.php?fn=/fullt/res/hs1022.zip&lang=tha>

- ธีระศักดิ์ มั่งคั่ง และคณะ. 2543. ผลของการจัดกิจกรรมสุขศึกษา ร่วมกับการให้แรงสนับสนุนทางสังคมจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต่อความรู้และพฤติกรรมของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว[Online]. Available from:
<http://library.hsri.or.th/th/download.php?fn=/fullt/res/hs0804.zip&lang=tha>
- นรินทร์ แก้วมีศรี และคณะ. 2546. แนวทางการส่งเสริมประชาสังคมเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชน[Online]. Available from:
<http://library.hsri.or.th/th/download.php?fn=/fullt/res/hs1015.zip&lang=tha>
- นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์. (ม.ป.ป.). การวิจัยทบทวนการปรับระบบบริการสาธารณสุขเพื่อส่งเสริมสุขภาพ[Online]. Available from:
<http://library.hsri.or.th/th/download.php?fn=/fullt/res/hs0142.zip&lang=tha>
- นิยม ศิริวัฒน์. 2541. การใช้สื่อเพื่อดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพของกรมอนามัย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทเศรษฐศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการสื่อสารมวลชน บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บัญชา แก้วส่อง, วีระศักดิ์ จารุชัยนิวัฒน์, อมร สุวรรณนิมิตร, ชำนาญ แก้วคะตา และประพันธ์ ดอกไม้. 2541. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการกำหนดนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต: กรณีศึกษาการร่างรัฐธรรมนูญในระดับจังหวัด[Online]. Available from:
<http://library.hsri.or.th/th/download.php?fn=/fullt/res/hs0309.zip&lang=tha>
- บุบผา วัฒนพานธุ์ และศิริรักษ์ ศิวารมย์. 2544. ศักยภาพประชาสังคมภาคสตรีในการแก้ไขปัญหาเอดส์[Online]. Available from:
<http://library.hsri.or.th/th/download.php?fn=/fullt/res/hs0847.zip&lang=tha>
- ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์, บรรณานิการ. 2541. ภาคีเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ[Online]. Available from:
<http://library.hsri.or.th/th/download.php?fn=/fullt/res/hs0430.zip&lang=tha>
- ประกอบ คุปรัตน์. 2546. การทบทวนองค์ความรู้และประเมินสถานการณ์เพื่อการพัฒนา “ชุดโครงการวิจัยระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพเพื่อประชาชน”[Online]. Available from:
<http://library.hsri.or.th/th/download.php?fn=/fullt/res/hs0951.zip&lang=tha>
- ประพิณ วัฒนกิจ. 2543. บริการสาธารณสุขเชิงรุก. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สามเจริญพาณิชย์.

- ประยูร ชูทอง และคณะ. 2541. รายงานการวิจัยโครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการ “การพึ่งพาตนเอง ด้านสุขภาพของชุมชน”[Online]. Available from:
<http://library.hsri.or.th/th/download.php?fn=/fullt/res/hs0893.zip&lang=tha>
- ประเวศ วะสี. 2541. บนเส้นทางใหม่ การส่งเสริมสุขภาพ อกวิวัฒน์ชีวิตและสังคม. (พิมพ์ครั้งที่ 2).
 กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- ประเวศ วะสี. 2547. ทฤษฎีใหม่ทางการแพทย์. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- ปาริชาติ สถาปิตานนท์, กิตติ กันภัย, พัฒนพงษ์ จาติเกตุ และปิยะนารถ จาติเกตุ. 2546. ศักยภาพของสื่อมวลชนในการสร้างเสริมสุขภาพ[Online]. Available from:
<http://library.hsri.or.th/th/download.php?fn=/fullt/res/hs0954.zip&lang=tha>
- ปาริชาติ สถาปิตานนท์, กิตติ กันภัย, พัฒนพงษ์ จาติเกตุ และ ปิยะนารถ จาติเกตุ. 2546. การสื่อสารสุขภาพ ศักยภาพของสื่อมวลชนในการสร้างเสริมสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ภาพพิมพ์.
- พรทิพย์ เย็นจะบก, บรรณานิการ. (ม.ป.ป.). การพัฒนาองค์ความรู้การสื่อสารเพื่อสุขภาพ.
 กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).
- พลเดช ปิ่นประทีป, ยุทธดนัย สีดาหาล้า และคณะ. 2545. รายงานผลการวิจัย โครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการ การส่งเสริมประชาคมสื่อมวลชนเพื่อสุขภาพ[Online]. Available from:
<http://library.hsri.or.th/th/download.php?fn=/fullt/res/hs0919.zip&lang=tha>
- พลินี เสริมสินศิริ, สุภกาญจน์ สว่างศรี และสมฤทัย เสือปาน, บรรณานิการ. 2546. จากสุขภาพทางจิตวิญญาณ สู่อสุขภาพทางปัญญา. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.).
- พัชรี สีโรจส. 2546. คู่มือการมีส่วนร่วมของประชาชน. กรุงเทพมหานคร: คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- พิมพ์วัลย์ บุญมงคล, นิภรณ์ สัตนหจรียา และอัมพร หมดเด็น, บรรณานิการ. 2546. ศักยภาพประชาคมในการจัดการปัญหาความรุนแรงต่อผู้หญิงและเด็ก[Online]. Available from:
<http://library.hsri.or.th/th/download.php?fn=/fullt/res/hs0980.zip&lang=tha>
- เพลินพิศ สุวานิวัฒนานนท์ และคณะ. 2544. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพและการให้การดูแลผู้สูงอายุ ภายใต้เงื่อนไขการมีส่วนร่วมของชุมชนและตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาในจังหวัดสงขลา[Online]. Available from:
<http://library.hsri.or.th/th/download.php?fn=/fullt/res/hs0873.zip&lang=tha>

ยุวรงค์ จันทรวิจิตร และคณะ. 2546. วิถีชุมชนของประชาชนเวียงแหง[Online]. Available from:

<http://library.hsri.or.th/th/download.php?fn=/fullt/res/hs1026.zip&lang=tha>

รวมพลังสื่อสร้างกระแสคุณธรรม. (16 มีนาคม 2548). มติชน: 29.

ลักขณา เต็มศิริกุลชัย. 2541. สู่ศตวรรษใหม่ของการส่งเสริมสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ลักขณา เต็มศิริกุลชัย, ประสิทธิ์ ลีระพันธ์ และภรณี วัฒนสมบุญ. 2541. การส่งเสริมสุขภาพขององค์กรพัฒนาเอกชน: กรณีศึกษา “ชมรมจักรยานเพื่อสุขภาพแห่งประเทศไทย”[Online]. Available from:

<http://library.hsri.or.th/th/download.php?fn=/fullt/res/hs0359.zip&lang=tha>

ลือชัย ศรีเงินยวง, อัจฉรา วัฒนากา, จีรพร แม้วกิ่ง, ทรงวุฒิ ตวงรัตน์พันธ์ และศุภลักษณ์ เลิศมนโรรัตน์. (ม.ป.ป.). การสังเคราะห์องค์ความรู้เพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพและข้อเสนอแนะบัญญัติในร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ เรื่องการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัวและชุมชน[Online]. Available from:

<http://library.hsri.or.th/th/download.php?fn=/fullt/res/hs0853.zip&lang=tha>

ลือชัย ศรีเงินยวง. 2542. มิติทางสังคมวัฒนธรรมของการใช้ยาในชุมชน: การพัฒนาองค์ความรู้จากทฤษฎีและการวิจัย[Online]. Available from:

<http://library.hsri.or.th/th/download.php?fn=/fullt/res/hs0578.zip&lang=tha>

วิวิธ วุฒิวีรารัตน์ และ วราภรณ์ พันธุ์พงศ์. 2541. ปริทัศน์การรณรงค์ส่งเสริมสุขภาพในสังคมไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ศิริชัย ศิริกายะ และคณะ. 2541. การวิเคราะห์ความจำเป็นและความต้องการของการบริการข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข[Online]. Available from:

<http://library.hsri.or.th/th/download.php?fn=/fullt/res/hs0312.zip&lang=tha>

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2539. ประชาสังคมกับการพัฒนาสุขภาพ: บทวิเคราะห์ทางวิชาการ[Online]. Available from:

<http://library.hsri.or.th/th/download.php?fn=/fullt/res/hs0223.zip&lang=tha>

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2541. นิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพ ฉบับปรับปรุง 2541[Online]. Available from:

<http://library.hsri.or.th/th/download.php?fn=/fullt/res/hs0096.zip&lang=tha>

- สมัย อภาภิรมย์. 2540. จากความป่วยไข้ถึงแนวคิดใหม่เพื่อสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สายพิน หัตถ์รัตน์. 2545. คู่มือหมอครอบครัว : เครื่องมือในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างง่าย. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- สำราญ อาบสุวรรณ และคณะ. 2541. การศึกษาพฤติกรรมการอยู่ร่วมกันของผู้ติดเชื้อเอดส์ครอบครัวและชุมชน: กรณีศึกษาในจังหวัดบุรีรัมย์[Online]. Available from: <http://library.hsri.or.th/th/download.php?fn=/fullt/res/hs0407.zip&lang=tha>
- สุธีรา ชุ่มตระกูล และ เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ. 2544. การสังเคราะห์องค์ความรู้และกลไกการปฏิบัติงาน เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน โดยครอบครัวและชุมชน ในบริบทสังคมวัฒนธรรมภาคกลาง[Online]. Available from: <http://library.hsri.or.th/th/download.php?fn=/fullt/res/hs0824.zip&lang=tha>
- สุรเกียรติ์ อาชานภาพ. 2541. วิวัฒนาการการส่งเสริมสุขภาพระดับนานาชาติ. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- เสรี พงศ์พิศ. 2545. เครือข่ายชุมชนและประชาสังคม: แนวคิด ประสบการณ์ ตัวอย่าง[Online]. Available from: <http://library.hsri.or.th/th/download.php?fn=/fullt/res/hs0995.zip&lang=tha>
- อนุวัฒน์ ศุภชิตกุล, เพ็ญจันทร์ ประดับมุข และยุพา วงศ์ไชย, บรรณาธิการ. (ม.ป.ป.). บทบาทประชาคมส่งเสริมสุขภาพ: นอกภาครัฐ[Online]. Available from: <http://library.hsri.or.th/th/download.php?fn=/fullt/res/hs0108.zip&lang=tha>
- อรศรี งามวิทยาพงศ์. 2547. กรอบความคิดว่าด้วยกระบวนการทัศน์สุขภาพ[Online]. Available from: <http://www.geocities.com/midnightuniv.html>[2547, August 26]
- อรัญญา ลือประดิษฐ์. 2544. การใช้สื่อเพื่อส่งเสริมและป้องกันทันตสุขภาพของหน่วยงานรัฐและหน่วยงานเอกชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการสื่อสารมวลชน บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อำพล จินดาวัฒน์, ชัย กฤติยาพิชาตกุล, ฉายศรี สุพรศิลป์ชัย และสุพัตรา ศรีวณิชชากร. 2541. ระบบบริการสุขภาพอันพึงประสงค์ที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ[Online]. Available from: <http://library.hsri.or.th/th/download.php?fn=/fullt/res/hs0112.zip&lang=tha>

ภาษาอังกฤษ

Infante, D.A., Rancer, A.S., and Womack, D.F. 2003. Building Communication Theory (4th ed.). Illinois: Waveland Press.

Northouse, P.G., and Laurel, L. 1992. Health Communication: Strategies for Health Professionals. Norwalk: Appleton&Lange.

Thompson, T.L., Dorsey, A.M., Miller, K.I., and Parrott, R. 2003. Handbook of Health Communication. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) จัดตั้งขึ้นตาม “พระราชบัญญัติสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2535” เป็นองค์กรของรัฐ มีฐานะเป็นนิติบุคคล ทำหน้าที่ศึกษา ค้นคว้าและวิจัย เพื่อสร้างความรู้และกลวิธีสำหรับใช้วางเป้าหมายนโยบาย และแผนเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพของชาติอย่างมีระบบ และสอดคล้องกับสภาพเศรษฐกิจ และสังคมของประเทศ

วิสัยทัศน์ของ สวรส. คือ เป็นองค์กรที่สร้างกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพด้วยการ เชื่อมโยงความร่วมมือของประชาคมและกลุ่มผลประโยชน์ต่างๆ เข้ากับกลไกการสร้างสรรค์ และพัฒนาความรู้ เทคโนโลยี และการบริหารจัดการนำไปสู่การจัดระบบสุขภาพที่เอื้อประโยชน์สูงสุด

พันธกิจของ สวรส. คือ ใช้กระบวนการทางวิชาการและงานวิจัยเป็นเครื่องมือและกลไกในการประสานความร่วมมือในรูปเครือข่ายของนักวิชาการ ประชาคม และภาคการเมือง เพื่อสร้างองค์ความรู้ในการจัดการระบบสุขภาพที่สามารถตอบสนองต่อความจำเป็นของคนไทย และสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม การเมือง เศรษฐกิจและเทคโนโลยีปัจจุบัน

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข(สวรส.) ในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของหน่วยงานที่ทำหน้าที่วิจัยเกี่ยวกับระบบสุขภาพของชาติ ได้รับบสนับสนุนจากรัฐบาลและบสนับสนุนร่วมวิจัยจากองค์กรและหน่วยงานอื่นๆของรัฐ ตลอดจนจากองค์กรต่างประเทศ โดย สวรส. จะใช้กระบวนการทางวิชาการ และงานศึกษาวิจัยเป็นเครื่องมือและกลไกในการระดมความร่วมมือจากเครือข่ายนักวิจัย นักวิชาการ ประชาคมท้องถิ่น ผู้ปฏิบัติและผู้กำหนดนโยบาย เพื่อร่วมกันทำงานปรับเปลี่ยนและขับเคลื่อนระบบสุขภาพของชาติอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับสภาพความต้องการของสังคมไทย และทันต่อความเปลี่ยนแปลงของสังคมโลก อีกทั้งเอื้อให้ผู้กำหนดนโยบายและผู้บริหารระบบสุขภาพได้ร่วมเรียนรู้และปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ในการบริหารจัดการให้ทันกับเงื่อนไขต่างๆที่มีการเปลี่ยนแปลง

งานวิจัยและกระบวนการทางวิชาการที่ดำเนินการในระหว่าง ปี พ.ศ. 2545-2546 เป็นไป เพื่อให้บรรลุผลลัพธ์เชิงยุทธศาสตร์ในการปฏิรูประบบสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่

- งานวิจัยที่เป็นฐานความรู้ให้กับภาคประชาคมและภาคการวิจัย เพื่อให้สามารถร่วมกัน กำหนดวิสัยทัศน์ นโยบาย และภาพของระบบสุขภาพอันพึงประสงค์ตั้งแต่ระบบท้องถิ่น ระดับภูมิภาค และระดับชาติ
- นวัตกรรมงานวิจัยและกระบวนการทางวิชาการให้เกิดเครื่องมือในการพัฒนาภาค องค์กร และวิธีการในการบริหารจัดการให้ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ให้เกิดผลเป็นจริง ดำเนินการได้ รวมทั้งให้เกิดการยอมรับจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง
- สร้างเครือข่ายนักวิจัยที่เป็นพื้นฐานในการพัฒนาองค์ความรู้และเครื่องมือจำเป็นในระบบ สุขภาพที่กำลังปรับเปลี่ยนไปอย่างรวดเร็ว เพื่อเป็นหลักประกันว่าการปฏิรูประบบสุขภาพ ที่ดำเนินอยู่นี้สามารถตอบสนองของความต้องการที่แท้จริงของคนในสังคม

ภาระงานวิจัยของ สวรส. มิได้จำกัดอยู่ที่การจัดสรรให้ทุนการวิจัยเกี่ยวกับระบบสุขภาพ แต่ได้ทำหน้าที่เป็นกลไกหลักในการประสานงานกับภาค และประชาคมต่างๆ ให้เข้ามาร่วมกัน สร้างและพัฒนาระบบสุขภาพให้เกิดผลอย่างมีสมรรถภาพ สอดคล้องกับสังคม วัฒนธรรมและ เศรษฐกิจของประเทศ ตลอดจนระดมทรัพยากร จากพันธมิตรผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบ สุขภาพเข้ามาร่วมกันสร้างสรรค์งานวิชาการและงานวิจัยด้านสุขภาพให้เกิดผลอย่างต่อเนื่องและ ยั่งยืน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



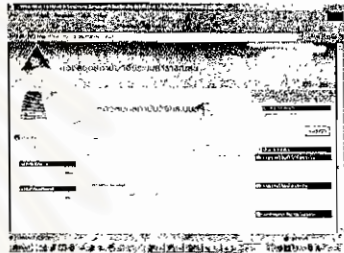
Digital Library

ห้องสมุดสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

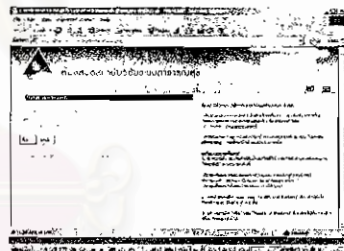
Electronic Library / library.hsri.or.th

ขั้นตอนดาวน์โหลดรายงานวิจัยฉบับเต็ม

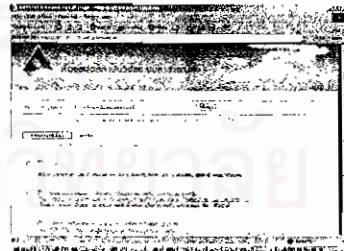
Step 1 เข้าไปที่ <http://library.hsri.or.th>



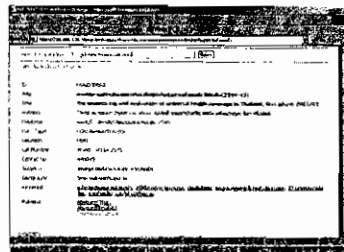
Step 2 คลิกเลือก Database Search แล้วพิมพ์คำค้นที่ต้องการค้น



Step 3 เมื่อหน้าจอแสดงผล คุณสามารถเลือกรายการที่ต้องการโดยการคลิกที่ชื่อเรื่อง



Step 4 เมื่อหน้าจอแสดงข้อมูลรายละเอียดรายงานวิจัยสามารถเปิดดู Abstract และ Download Fulltext ได้



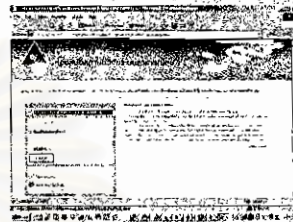


Digital Library

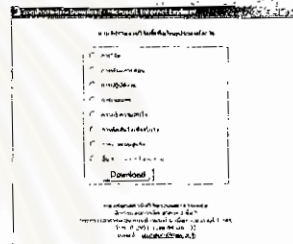
ห้องสมุดสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

Electronic Library /library.hsri.or.th

Step 5 ก่อน Download ต้องใส่รหัสสมาชิก และรหัสผ่าน หากยังไม่ได้เป็นสมาชิก เลือกสมัครสมาชิกใหม่ด้านล่าง



Step 6 เมื่อสมัครสมาชิกเรียบร้อยแล้วคุณสามารถใช้ e-mail และ password ที่คุณกำหนดเพื่อใช้ Download คลิกเลือกวัตถุประสงค์การ Download

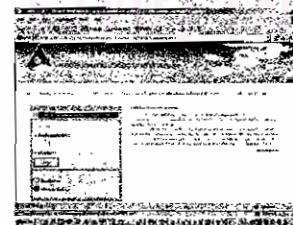


Step 7 หน้าจอจะปรากฏชื่อ และขนาดของไฟล์ที่ต้องการดาวน์โหลด เลือกคลิกที่นี่เพื่อดาวน์โหลดรายงานวิจัย



สำหรับผู้ที่มาบชื่อแฟ้มข้อมูลของรายงานวิจัย

Step 1 พิมพ์ <http://library.hsri.or.th/?fn=/fullt/res/hs0953.zip> จะปรากฏหน้าจอ



Step 2 กรอก e-mail และรหัสผ่าน

Step 3 เลือกวัตถุประสงค์การ Download

Step 4 หน้าจอจะปรากฏชื่อ และขนาดของไฟล์ที่จะทำการดาวน์โหลด กดคลิกที่นี่เพื่อดาวน์โหลดรายงานวิจัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

เกษียรหญิง รังสีมา นิโบล เกิดเมื่อวันพุธที่ 5 กรกฎาคม พ.ศ. 2521 ในจังหวัด กรุงเทพมหานคร สำเร็จการศึกษาปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต จากภาควิชาเภสัชกรรมชุมชนและบริหารเภสัชกิจ คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2543 จากนั้นได้เข้าทำงานในตำแหน่งเภสัชกรประจำที่ฝ่ายเภสัชกรรม โรงพยาบาลรามารัตนบุรี และในระหว่างนี้ได้ทำงานในตำแหน่งเภสัชกร part time ที่ฝ่ายเภสัชกรรม โรงพยาบาลพญาไท2 ด้วย ปัจจุบันยังคงทำงานในตำแหน่งเภสัชกรที่โรงพยาบาลทั้ง 2 แห่ง



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย