

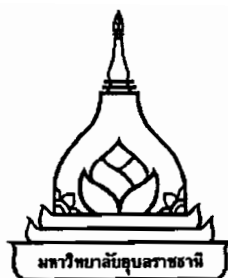
การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพในการนำนโยบายการสื่อสารสุขภาพ
ไปปฏิบัติ ตำบลหนองกินเพล อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

เพ็ญพิไล ชื้อสัตย์

การค้นคว้าอิสระนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ คณะรัฐศาสตร์
มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

พ.ศ. 2555

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี



**HEALTHCARE PARTNERSHIP NETWORK'S PARTICIPATION IN
HEALTH COMMUNICATIONS POLICY IMPLEMENTATION IN
NONG KIN PHEN SUB-DISTRICT, WARINCHAMRAP DISTRICT,
UBONRATCHATANI PROVINCE**

PENPILAI SUESAT

**AN INDEPENDENT STUDY SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF
THE REQUIREMENTS FOR THE DEGREE OF MASTER OF PUBLIC
ADMINISTRATION MAJOR IN PUBLIC ADMINISTRATION
FACULTY OF POLITICAL SCIENCE
UBON RATCHATHANI UNIVERSITY**

YEAR 2012

COPYRIGHT OF UBON RATCHATHANI UNIVERSITY



ใบรับรองการค้นคว้าอิสระ
มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ปริญญา รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ คณะรัฐศาสตร์

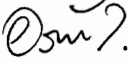
เรื่อง การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพในการนำนโยบายการสื่อสารสุขภาพไปปฏิบัติ
ตำบลหนองกินเพล อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

ผู้วิจัย นางเพ็ญพิไล ชื้อสัตย์

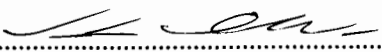
ได้พิจารณาเห็นชอบโดย


..... อาจารย์ที่ปรึกษา

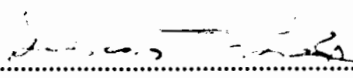
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนพรธม ธานี)


..... กรรมการ

(ดร.อรทัย เลียงจินดาถาวร)

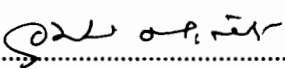

..... กรรมการ

(ดร.ปภัตสร เขียรปัญญา)


..... คณาบดี

(รองศาสตราจารย์ ดร.ไชยันต์ รัชชกุล)

มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี รับรองแล้ว


.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.อุทิศ อินทร์ประสิทธิ์)

รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนอธิการบดี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

ปีการศึกษา 2555

กิตติกรรมประกาศ

การค้นคว้าอิสระนี้ สำเร็จลุล่วงได้ต้องขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธนพรรณ ธานี อาจารย์ที่ปรึกษา ที่กรุณาให้คำแนะนำ คำปรึกษา ด้านเอกสาร ตลอดจนความช่วยเหลือต่างๆ ทำให้การค้นคว้าอิสระฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ในคณะรัฐศาสตร์ทุกท่านที่ได้ทุ่มเททั้งกายและใจ ประสิทธิ์ ประสาทวิชาความรู้และถ่ายทอดประสบการณ์อันมีค่ายิ่งแก่ผู้วิจัย

ขอขอบพระคุณ ดร.วิโรจน์ เชมรัมย์ และนายอนุสรณ์ บุญทรง ที่ให้คำปรึกษาในการ ค้นคว้าอิสระในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ สาธารณสุขอำเภอวารินชำราบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หนองกินเพล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยชะยุง ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล งานวิจัย

ขอขอบคุณความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจจาก พี่ๆ น้องๆ และเพื่อนๆ ทุกคน ขอคุณ บุคลากร กลุ่มงานสนับสนุนบริการสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีที่ร่วมกัน ทำงานจนสำเร็จลุล่วงทุกประการตลอดเวลาที่ผู้วิจัยศึกษาเล่าเรียน ขอคุณผู้บริหารสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานีทุกท่านที่สนับสนุนให้ศึกษาหาความรู้ โดยเฉพาะนายแพทย์สุรพร ลอยหา

ท้ายนี้ ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ผู้ให้กำเนิด และสามีที่ให้การสนับสนุน เป็นกำลังใจให้เสมอและให้โอกาสในการศึกษาเล่าเรียน และขอบคุณทุกท่านที่มีส่วนร่วม ในการให้ความช่วยเหลือในด้านอื่นๆ ที่ยังไม่ได้กล่าวนามในการศึกษาค้นคว้าอิสระในครั้งนี้

(นางเพ็ญพิไล ชื้อสัตย์)

ผู้วิจัย

บทคัดย่อ

- ชื่อเรื่อง : การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพในการนำนโยบายการสื่อสารสุขภาพไปปฏิบัติ ตำบลหนองกิงเพล อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี
- โดย : เพ็ญพิไล ช่อสัคย์
- ชื่อปริญญา : รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต
- สาขาวิชา : รัฐประศาสนศาสตร์
- ประธานกรรมการที่ปรึกษา : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธนพรรณ ธานี
- ศัพท์สำคัญ : ภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วม นโยบายการสื่อสารสุขภาพ การนำนโยบายไปปฏิบัติ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษา (1) การนำนโยบายการสื่อสารสุขภาพไปปฏิบัติ (2) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพในการนำนโยบายการสื่อสารสุขภาพไปปฏิบัติ (3) ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพ (4) สิ่งที่ต้องการสนับสนุนการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพ ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้คือ ภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพ ตำบลหนองกิงเพล อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 206 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.925 และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษา สรุปได้ดังนี้

(1) การนำนโยบายการสื่อสารสุขภาพไปปฏิบัติ พบว่า ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าส่วนใหญ่เป็น ลักษณะของหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ อยู่ในระดับมากที่สุด

(2) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพในการนำนโยบายการสื่อสารสุขภาพไปปฏิบัติ พบว่า ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้านค่าเฉลี่ยที่มีมากที่สุดคือ การมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลการสื่อสารสุขภาพในชุมชน

(3) ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่ปัญหาขาดแหล่งข้อมูล เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านปัญหาของผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพคือ ไม่มีความชำนาญในการใช้เครื่องคอมพิวเตอร์เพื่อผลิตสื่อ ด้านปัญหาในการจัดกิจกรรมคือ

ขาดงบประมาณในการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ ด้านแหล่งข้อมูลที่ใช้ค้นคว้าข้อมูลคือ ขาดแหล่งข้อมูลที่เพียงพอ ด้านสื่อที่ใช้ในการสื่อสารสุขภาพคือ สื่อที่ใช้ไม่มีความน่าสนใจ

(4) สิ่งที่ต้องการสนับสนุนการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพ พบว่า สิ่งที่ต้องการรับการสนับสนุนมากที่สุดคือ ต้องสื่อสำเร็จรูป เช่น ซีดี เทป สปอตโฆษณาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ สามารถนำเสนอได้ทันที เมื่อพิจารณาทางด้าน พบว่า ด้านความรู้ความสามารถของผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพคือ ต้องการพัฒนาทักษะในการวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูล ด้านการจัดกิจกรรมคือ ต้องการสนับสนุนงบประมาณในการจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ด้านแหล่งข้อมูลที่ใช้ค้นคว้าข้อมูลด้านสุขภาพคือ ต้องการเนื้อหาที่ทันสมัย รวดเร็ว ทันต่อเหตุการณ์/สถานการณ์โรค ด้านสื่อที่ใช้ในการสื่อสารสุขภาพคือ ต้องสื่อสำเร็จรูป เช่น ซีดี เทป สปอตโฆษณาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ สามารถนำเสนอได้ทันที

ABSTRACT

TITLE : HEALTHCARE PARTNERSHIP NETWORK'S PARTICIPATION
IN HEALTH COMMUNICATIONS POLICY IMPLEMENTATION
IN NONG KIN PHEN SUB-DISTRICT, WARINCHAMRAP DISTRICT,
UBONRATCHATHANI PROVINCE

BY : PENPILAI SUESAT

DEGREE : MASTER OF PUBLIC ADMINISTRATION

MAJOR : PUBLIC ADMINISTRATION

CHAIR : ASSISTANT PROFESSOR THANAPAN THANEE, Ph.D.

KEYWORDS : HEALTHCARE PARTNERSHIP NETWORKS / PARTICIPATION /
HEALTH COMMUNICATION POLICY /
POLICY IMPLEMENTATION

This research study aimed to investigate the following: 1) health communications policy implementation, 2) healthcare partnership network's participation in the implementation of the health communications policy, 3) problems and challenges concerning healthcare-related communication, and 4) necessary supporting tools in healthcare communication activities. The population was 206 members of the Nong Kin Phen Sub-district Healthcare Partnership Network in Warinchamrap District. The data were collected by means of questionnaires with the reliability coefficient of 0.925. Frequencies, percentages, means, standard deviations were calculated. The findings are as follows:

1) Overall, the degree of policy implementation was rated as high. In terms of individual aspects to the implementation, characteristics of the agencies were rated the highest in applying the policy.

2) Overall, the degree of participation by members of the network in the implementation of the communications policy was rated as high. An analysis of individual aspects to the participation

showed that the highest average rating was for participation in the in-community circulation of healthcare information.

3) In terms of problems and challenges regarding communication of healthcare information, it was found that the majority of the problems were due to lack of information sources. A further analysis of individual problems yielded the following findings: Regarding problems faced by healthcare workers, they were not skilled in using computers for media creation. In terms of activity, healthcare activities lacked financial support. It was also found that information resources were also scarce, and media used in healthcare communication were not appealing

4) Concerning communication support tools, the most desirable tools were ready-made media including CDs, audio tape, healthcare-related radio spots, all of which are readily usable. In terms of individual aspects to the support, it was found that participants would like to improve their job performance by developing analytic and synthetic skills. In terms of activity organization, they expressed a desire to have a continual budget support. Regarding health information resources, desirable were up-to-date contents which were also promptly accessible and current with incidents and disease situations. In terms of media tools, ready-made media including CDs, audio tapes, healthcare-related radio spots which were readily usable.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ง
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ญ
บทที่	
1 บทนำ	
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
1.3 คำถามวิจัย	3
1.4 ขอบเขตของการวิจัย	4
1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	4
1.6 นิยามศัพท์เฉพาะ	4
2 แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
2.1 แนวคิดเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะและการนำนโยบายไปปฏิบัติ	6
2.2 แนวคิดเกี่ยวกับภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพ	14
2.3 แนวคิดเกี่ยวกับการสื่อสารสุขภาพ	21
2.4 แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม	33
2.5 ภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพตำบลหนองกิงเพล	39
2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	41
2.7 กรอบแนวคิดในการวิจัย	47
3 วิธีดำเนินการวิจัย	
3.1 ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	49
3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	50
3.3 การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ	51

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล	52
3.5 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้	52
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	
4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม	54
4.2 การนำนโยบายการสื่อสารสุขภาพไปปฏิบัติ	55
4.3 การได้รับข้อมูลข่าวสาร	60
4.4 การมีส่วนร่วมของการสื่อสารสุขภาพในชุมชน	61
4.5 ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพ	62
4.6 สิ่งที่ต้องการสนับสนุนการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพ	66
5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	
5.1 สรุปผลการวิจัย	71
5.2 อภิปรายผลการวิจัย	75
5.3 ข้อเสนอแนะ	81
เอกสารอ้างอิง	84
ภาคผนวก	88
ประวัติผู้วิจัย	99

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
4.1	จำนวนและคำร้อยละเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม	55
4.2	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นการนำนโยบายการสื่อสารสุขภาพไปปฏิบัติ โดยรวมและเป็นรายด้าน	56
4.3	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นการนำนโยบายการสื่อสารสุขภาพไปปฏิบัติ ด้านวัตถุประสงค์ของนโยบาย	57
4.4	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นการนำนโยบายการสื่อสารสุขภาพไปปฏิบัติ ด้านทรัพยากรของนโยบาย	57
4.5	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นการนำนโยบายการสื่อสารสุขภาพไปปฏิบัติ ด้านการสื่อสารระหว่างองค์กร	58
4.6	จำนวนและร้อยละของหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ	59
4.7	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นการนำนโยบายการสื่อสารสุขภาพไปปฏิบัติ ด้านทัศนคติของผู้ปฏิบัติ	59
4.8	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นการได้รับข้อมูลข่าวสาร	60
4.9	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นการมีส่วนร่วมของการสื่อสารสุขภาพในชุมชน	61
4.10	จำนวนและร้อยละของปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพโดยรวม	62
4.11	จำนวนและร้อยละของปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพด้านปัญหาของผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ	64
4.12	จำนวนและร้อยละของปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพด้านปัญหาในการจัดกิจกรรม	65
4.13	จำนวนและร้อยละของปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพด้านแหล่งข้อมูลที่ใช้ค้นคว้าข้อมูล	66
4.14	จำนวนและร้อยละของปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพด้านสื่อที่ใช้ในการสื่อสารสุขภาพ	66

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
4.15	จำนวนและค่าร้อยละของสิ่งที่ต้องการสนับสนุนการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพ โดยรวม	67
4.16	จำนวนและค่าร้อยละของสิ่งที่ต้องการสนับสนุนการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพ ด้านความรู้ความสามารถของผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ	68
4.17	จำนวนและค่าร้อยละของสิ่งที่ต้องการสนับสนุนการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพ ด้านการจัดกิจกรรม	69
4.18	จำนวนและค่าร้อยละของสิ่งที่ต้องการสนับสนุนการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพ ด้านแหล่งข้อมูลที่ใช้ค้นคว้าข้อมูลด้านสุขภาพ	70
4.19	จำนวนและค่าร้อยละของสิ่งที่ต้องการสนับสนุนการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพ ด้านสื่อที่ใช้ในการสื่อสารสุขภาพ	70

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
2.1	ตัวแบบกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติของ Van Meter and Van Horn	14
2.2	กรอบแนวคิดในการวิจัย	48

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การแพทย์และสาธารณสุขในประเทศไทยมีความเจริญก้าวหน้ามาโดยลำดับ เห็นได้จากสถิติอัตราการเกิดโรคของทารกที่สูงขึ้น ตลอดจนความสามารถของแพทย์ในการรักษาพยาบาลโรคภัยไข้เจ็บได้อย่างก้าวหน้าทัดเทียมชาติตะวันตก อย่างไรก็ตาม ปัญหาการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานอีกหลายด้านยังคงอยู่ในสถานะที่น่าเป็นห่วง เช่น ปัญหาสุขอนามัยของประชาชนเขตเมืองที่มีความแออัด การแพร่ระบาดของโรคติดต่อในชนบท เป็นต้น โดยเฉพาะในสังคมสมัยใหม่ซึ่งได้รับผลกระทบจากการพัฒนาไปสู่ความทันสมัย (Modernization) และกระแสการบริโภคนิยม (Consumerism) รวมทั้งอัตราการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจเป็นด้านหลัก จึงส่งผลกระทบต่อความเป็นอยู่ของประชาชนในทางเศรษฐกิจและสังคม อันส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นการบริโภคอาหารที่ปนเปื้อนด้วยสารเคมี การบริโภคอาหารจานด่วน หรือ อาหารตามสมัยนิยมที่ลดคุณภาพ รวมทั้งความเจ็บป่วยอันเกิดจาก สภาพมลภาวะเป็นพิษ สิ่งแวดล้อมถูกทำลาย หรือกระทั่งความเครียดที่เกิดจากการทำงานหรือสภาพการแข่งขันระหว่างผู้คนในสังคม ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ส่งผลให้คนไทยเจ็บป่วยจากโรคมะเร็ง โรคติดเชื้อ และโรคที่เกิดจากความเครียดสูงมากขึ้นเรื่อย คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในขั้นที่ไม่น่าพอใจ โดยเฉพาะกลุ่มคนที่อยู่อาศัยแออัดอยู่ในสังคมเมือง ประชากรที่มีรายได้ทางเศรษฐกิจต่ำ หรือมีทางเลือกน้อย กระทั่งกลุ่มคนที่มีรายได้มาก มีการศึกษาสูงยังคงมีข้อจำกัดในการดูแลสุขภาพกายและใจให้ดี ทั้งนี้ปัญหาสำคัญมาจากเรื่องของทัศนคติและความเข้าใจอย่างถูกต้อง โดยเฉพาะในสถานการณ์ปัญหาสุขภาพและปัญหาสังคมที่ซับซ้อนมากยิ่งขึ้นในสังคมไทยปัจจุบัน ดังนั้นการสื่อสารสุขภาพ กระตุ้นความตื่นตัวสร้างทัศนคติที่ถูกต้องและผลักดันการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพทั้งในเชิงส่วนตัวและสังคมส่วนรวม จึงต้องได้รับการรณรงค์อย่างต่อเนื่องและจริงจัง เครื่องมือสำคัญเพื่อนำไปสู่เป้าหมายดังกล่าว อาจกล่าวได้ว่ามีช่องทางสำคัญคือ การสื่อสารสุขภาพ

การสื่อสารสุขภาพ (Health Communication) คือการศึกษาและการใช้กลยุทธ์การสื่อสารในงานสุขภาพเป็นกลวิธีในการนำเสนอข้อมูล การเผยแพร่ข่าวสารความรู้ด้านสุขภาพผ่านสื่อต่างๆ เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายและประชาชนทั่วไปได้รับรู้สนใจและตระหนักในเรื่องของสุขภาพ โดยการเน้นกระบวนการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล

ตามวัตถุประสงค์ของการสื่อสาร คือ แจ้งให้ทราบ (Inform) สอนหรือให้การศึกษา (Educate) สร้างความพอใจ หรือความบันเทิง (Entertain) และเสนอหรือโน้มน้าวชักจูงใจ (Persuade) ทั้งนี้ เพื่อความสำเร็จในการดำเนินงานสื่อสารเพื่อสุขภาพ (Communication for Health) เกิดการเรียนรู้ และพัฒนาองค์ความรู้อย่างเท่าทันในด้านสุขภาพ (Health Literacy) แนวคิดของการสื่อสารสุขภาพ มองได้หลากหลายมิติ เพราะเรื่องของสุขภาพเป็นพลวัตมีความต่อเนื่องในวิถีชีวิตของบุคคล เป็นเรื่องสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งหมายถึง การมีสติและปัญญา การกินดีอยู่ดีในสังคม และสิ่งแวดล้อมดี รวมถึงการมีหลักการแห่งชีวิตที่ดีงาม (Spiritual Wellbeing) ซึ่งเกี่ยวข้องกับทุกอย่างทุกงาน ทั้งด้านสาธารณสุข เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม การอยู่ร่วมกันในสังคมและการอยู่ร่วมกันด้วยสันติภาพ

ยุทธศาสตร์สำคัญในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 มีหลายจุดที่เน้นในเรื่องของการเสริมสร้างระบบสุขภาพชุมชนให้เข้มแข็งอย่างพอเพียง โดยสามารถดูแลรักษาสุขภาพได้ด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่น และการส่งเสริมให้ชุมชนท้องถิ่นมีศักยภาพในการพึ่งพาตนเองและพึ่งพากันได้อย่างเกื้อกูล การปฏิรูประบบสุขภาพเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี ถือเป็นวาระแห่งชาติที่ได้รับการขานรับจากหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคมและสื่อมวลชนอย่างกว้างขวาง การสร้างความตระหนักรู้ต่อปัญหาสุขภาพและการสื่อสารสุขภาพ (Health Communication) เป็นมาตรการหนึ่งที่หลายฝ่ายได้พยายามกระทำมาโดยตลอดเพื่อให้ประชาชนและชุมชนมีสุขภาพที่ดีและสามารถพึ่งตนเองทางด้านสุขภาพได้

การสื่อสารสุขภาพเป็นยุทธศาสตร์ที่จะสร้างและขับเคลื่อนงานสาธารณสุขด้านการส่งเสริมสุขภาพ โดยการสื่อสารสุขภาพเป็นการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร ความรู้ด้านสุขภาพผ่านสื่อต่างๆ เพื่อให้ประชาชนมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสมในเรื่องสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพเป็นการสื่อสารสองทางระหว่างผู้รับสารและผู้ส่งสาร ที่เปิดโอกาสให้ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพได้ง่ายและทั่วถึง ผู้รับสารสามารถสะท้อนความเห็นถึงผู้ส่งสาร แบ่งปันความรู้และประสบการณ์ที่มีกับผู้อื่นได้ด้วย นักสื่อสารสุขภาพ (นสส.) คือบุคคลที่ให้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพและแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้อื่นด้วยในเบื้องต้น ความเข้าใจให้เกิดการประสานความร่วมมือระหว่างบทบาทของแต่ละฝ่าย

จังหวัดอุบลราชธานี ได้มีการดำเนินงานด้านการสื่อสารสุขภาพ ตามนโยบายการบริหารงานกระทรวงสาธารณสุข โดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข นายวิฑูรย์ นุระณศิริ ที่เน้นให้มีการจัดการสื่อสารสาธารณะ ด้านสุขภาพเพื่อให้ความรู้กับประชาชนอย่างทั่วถึง มีการพัฒนาศักยภาพนักสื่อสารสุขภาพในพื้นที่ซึ่งมาจากหลายภาคส่วน เช่น หน่วยงานสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โรงเรียน ผู้นำชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) แกนนำสุขภาพ ประชาชนชาวบ้าน มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

พระภิกษุ สื่อท้องถิ่น วิทยุชุมชน เป็นต้น โดยมีพื้นที่นำร่องในการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพที่ตำบลหนองกิงเพล อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ตำบลหนองกิงเพลมี 9 หมู่บ้าน จำนวนประชากร 8,014 คน มีการค้นหาผู้ที่ต้องการเป็นนักสื่อสารสุขภาพ (นสส.) ด้วยความสมัครใจ มีการเตรียมความพร้อมและพัฒนาศักยภาพของนักสื่อสารสุขภาพ ให้มีความรู้ความสามารถในการสื่อสารสุขภาพได้อย่างถูกต้องให้สามารถปฏิบัติงานในพื้นที่ได้ เช่น จัดอบรมการจัดทำสโปตวิทยุ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่มนักสื่อสารสุขภาพ เทคนิคการพูดในที่ชุมชน ซึ่งมีกิจกรรมที่เกิดขึ้นจากนักสื่อสารสุขภาพตำบลหนองกิงเพลมากมาย เช่น การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพในพื้นที่ จัดกิจกรรมรณรงค์ด้านสุขภาพ ประชาสัมพันธ์และให้ความรู้ด้านสุขภาพทางหอกระจายข่าว เสียงตามสายในโรงเรียน วิทยุชุมชน เน้นการใช้สมุนไพรในหมู่บ้าน สนับสนุนการกินอาหารพื้นบ้านในการป้องกันโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง การเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นต้น ส่งผลให้ประชาชนในพื้นที่ตำบลหนองกิงเพลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (รายงานการประชุมเชิงปฏิบัติการ แนวทางความร่วมมือในการพัฒนาการสื่อสารสุขภาพจังหวัดอุบลราชธานี, 22 เมษายน พ.ศ. 2552) ซึ่งผู้วิจัยได้เห็นความสำคัญในการดำเนินงานดังกล่าว จึงได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพในการนำนโยบายการสื่อสารสุขภาพไปปฏิบัติ ในพื้นที่ตำบลหนองกิงเพล อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

1.2 วัตถุประสงค์

- 1.2.1 เพื่อศึกษาการนำนโยบายการสื่อสารสุขภาพไปปฏิบัติ
- 1.2.2 เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพในการนำนโยบายการสื่อสารสุขภาพไปปฏิบัติ
- 1.2.3 เพื่อศึกษาอุปสรรคในการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพ
- 1.2.4 เพื่อศึกษาสิ่งที่ต้องการสนับสนุนการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพ

1.3 คำถามวิจัย

- 1.3.1 การนำนโยบายการสื่อสารสุขภาพไปปฏิบัติมีอะไรบ้าง
- 1.3.2 การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพในการนำนโยบายการสื่อสารสุขภาพไปปฏิบัติอยู่ในระดับใด
- 1.3.3 อุปสรรคในการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพมีอะไรบ้าง
- 1.3.4 สิ่งที่ต้องการสนับสนุนการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพมีอะไรบ้าง

1.4 ขอบเขตของการวิจัย

1.4.1 ขอบเขตด้านพื้นที่ พื้นที่ศึกษา ตำบลหนองกิงเพล อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

1.4.2 ขอบเขตด้านประชากร ประชากรที่ศึกษา ภาติเครือข่ายด้านสุขภาพ ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชน ครู ประชาชนชาวบ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล

1.4.3 ขอบเขตด้านเนื้อหา เนื้อหาที่ศึกษา การมีส่วนร่วมของการสื่อสารสุขภาพในพื้นที่ 6 ระดับ คือ

1.4.3.1 การให้ข้อมูล

1.4.3.2 การเปิดรับความคิดเห็นจากประชาชน

1.4.3.3 การปรึกษาหารือ

1.4.3.4 การวางแผนร่วมกัน

1.4.3.5 การร่วมปฏิบัติ

1.4.3.6 การร่วมประเมินผล

1.4.4 ขอบเขตด้านเวลา ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล มีนาคม ถึง เมษายน พ.ศ. 2555

1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1.5.1 ได้ทราบการนำนโยบายการสื่อสารสุขภาพไปปฏิบัติ

1.5.2 ได้ทราบการมีส่วนร่วมของภาติเครือข่ายด้านสุขภาพในการนำนโยบายการสื่อสารสุขภาพไปปฏิบัติ

1.5.3 ได้ทราบปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพ

1.5.4 ได้ทราบสิ่งที่ต้องการสนับสนุนการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพ

1.6 คำนิยามศัพท์

1.6.1 การมีส่วนร่วม หมายถึง การที่บุคคลในองค์กร ได้มีโอกาสเข้าร่วมในการดำเนินงานพัฒนา ตั้งแต่กระบวนการเบื้องต้นจนถึงกระบวนการสิ้นสุด โดยที่เข้าไปมีส่วนร่วม อาจเป็นขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่งหรือครบทุกขั้นตอนก็ได้ การมีส่วนร่วมที่ศึกษามี 6 ขั้นตอน

1.6.1.1 การให้ข้อมูล

1.6.1.2 การเปิดรับความคิดเห็นจากประชาชน

1.6.1.3 การปรึกษาหารือ

1.6.1.4 การวางแผนร่วมกัน

1.6.1.5 การร่วมปฏิบัติ

1.6.1.6 การร่วมประเมินผล

1.6.2 ภาติเครือข่ายด้านสุขภาพ หมายถึง การรวมตัวของหน่วยงาน องค์กร กลุ่มคน หลากหลายอาชีพในท้องถิ่นนั้น เช่น อาสาสมัคร ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น ได้พูดคุย ปรึกษาหารือ และชักชวนกันเพื่อทำสิ่งที่ดีเกี่ยวกับสุขภาพของชุมชน

1.6.3 นโยบายสื่อสารสุขภาพ หมายถึง แผนการหรือแนวทางการดำเนินงานการสื่อสารสุขภาพ ที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดขึ้นเพื่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและภาติเครือข่ายด้านสุขภาพสามารถนำไปปฏิบัติงานในพื้นที่ได้

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นฐานในการกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย ซึ่งขอเสนอเป็นลำดับดังนี้

- 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะและการนำนโยบายไปปฏิบัติ
- 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพ
- 2.3 แนวคิดเกี่ยวกับการสื่อสารสุขภาพ
- 2.4 แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม
- 2.5 ภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพตำบลหนองกิงเพล
- 2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.7 กรอบแนวคิดในการวิจัย

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับนโยบายและนโยบายสาธารณะ

นักวิชาการมีมุมมองเกี่ยวกับ “นโยบาย” ในหลายแง่มุม แตกต่างกันไป เพื่อให้มีทัศนะและมีความเข้าใจเกี่ยวกับนโยบายให้ชัดเจนยิ่งขึ้น ผู้วิจัยได้นำเสนอแนวคิดของ ประชุมรอดประเสริฐ (2547 : 11-12) ที่ได้เสนอมุมมองไว้ 5 ทัศนะ คือ 1) นโยบายในฐานะเป็นปรัชญา เนื่องจากปรัชญาเกี่ยวพันกับความจริง ความเชื่อ ความสนใจ ซึ่งนโยบายที่ตีกำหนดขึ้นจากข้อมูลและเอกสารที่เป็นจริงและถูกต้อง นโยบายจึงมีฐานะเป็นส่วนหนึ่งของปรัชญา 2) นโยบายในฐานะเป็นอุดมการณ์ ทั้งนโยบายและอุดมการณ์ต่างก็เป็นแนวคิดหรือความหวังที่ต้องการให้เกิดขึ้น 3) นโยบายในฐานะเป็นสังคมศาสตร์ นโยบายเป็นแนวทางที่กำหนดขึ้นเพื่อสนองความต้องการของสังคม และเป็นกระบวนการของวิชาที่ว่าด้วยการปกครอง เกี่ยวข้องกับมนุษย์ในสังคม ซึ่งอยู่ในหมวดสังคมศาสตร์ 4) นโยบายในฐานะเป็นการวางแผน นโยบายเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมาย ซึ่งการวางแผนเป็นกระบวนการในการตัดสินใจเลือกสรรแนวทางในการปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมายเช่นเดียวกัน 5) นโยบายในฐานะเป็นสิ่งน่าฉงน นโยบายบางอย่างเกิดในช่วงเวลาวิกฤตต่างๆ คนส่วนใหญ่อาจไม่ชอบหรือสงสัย แต่ต้องปฏิบัติตาม

จะเห็นได้ว่านโยบายมีมุมมองในหลาย ทักษะ มีส่วนสัมพันธ์กับสิ่งต่างๆ เชื่อมโยงกับส่วนอื่น ทั้งในแง่ของศาสตร์ ปรัชญา แนวคิด และกระบวนการ มุมมองเกี่ยวกับนโยบาย จึงเป็นมุมมองภายใต้บริบทต่างๆ โดยมีแยกขาดจากกัน

2.1.1 ความหมายของนโยบาย

นักวิชาการ ได้ให้ความหมายของคำว่า “นโยบาย” ซึ่งแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ (วิโรจน์ เชมรัมย์, 2554 : 52)

กลุ่มที่ 1 ให้ความหมายของนโยบายในแง่ของแนวทาง หลักการ ข้อเสนอแนะ ในการปฏิบัติงาน โดย Kast and Rosenzweig (1985: 499) ได้ให้ความหมายของนโยบายว่า เป็นแผนของการปฏิบัติการทั่วไปที่ชี้แนะสมาชิกขององค์การให้ดำเนินการตามแนวทางการปฏิบัติงานขององค์การ สอดคล้องกับ Jacop (1966: 3) ที่ว่า นโยบาย คือ หลักการ แผนการ หรือแนวทางของการปฏิบัติงาน และ Friendrich (1963: 79) ได้ให้ความหมายว่า นโยบาย คือ ข้อเสนอแนะแนวทางในการปฏิบัติของบุคคล กลุ่ม หรือรัฐ ภายใต้สภาพแวดล้อมแบบหนึ่ง เป็นความพยายามที่จะให้บรรลุเป้าหมายอย่างใดอย่างหนึ่ง

กลุ่มที่ 2 ให้ความหมายของนโยบายในแง่เป็นการตัดสินใจของผู้บริหาร โดย Greenwood (1965: 222) ให้ความหมายว่า นโยบาย หมายถึง การตัดสินใจขั้นต้นที่การกำหนดแนวทางอย่างกว้างๆ เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานอย่างถูกต้องและบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ สอดคล้องกับ Haimann and Scott (1974: 65) ที่กล่าวว่า นโยบาย หมายถึง ขอบเขตของเหตุและผลที่ผู้บริหารใช้ในการตัดสินใจ และประชุม รอดประเสริฐ (2547 : 14) ได้กล่าวว่า นโยบาย เป็นกรอบสำหรับการตัดสินใจของผู้บริหารในลักษณะที่แสดงให้เห็นถึงวิถีทางและผลแห่งการดำเนินงาน

นอกจากนี้ ยังมีนักวิชาการบางท่านที่ให้ความหมายของนโยบายทั้ง 2 กลุ่ม ดังเช่น Wayne (1952 : 198; อ้างอิงจาก วิโรจน์ เชมรัมย์, 2554 : 52-53) ได้ให้ความหมายว่า นโยบาย คือ โครงการในการปฏิบัติงานให้บรรลุถึงเป้าหมายอย่างมีคุณค่า และเป็นการตัดสินใจเลือกจุดมุ่งหมายและวิธีการในการบริหารองค์การ ส่วนอุทัย บุญประเสริฐ (2527 : 1) ได้ให้ความหมายว่า นโยบาย ได้แก่ ข้อความหรือสิ่งที่ได้กำหนดไว้เพื่อใช้เป็นแนวทางการดำเนินงานด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกันนโยบายนั้น ซึ่งผู้บริหารหรือผู้ปฏิบัติจะต้องนำไปใช้เป็นกรอบของแนวคิดในการพิจารณาตัดสินใจ จัดทำแผน จัดทำโครงการ และกำหนดวิธีดำเนินการ

2.1.2 ความหมายของนโยบายสาธารณะ

นักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายของคำว่า “นโยบายสาธารณะ” แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ (วิโรจน์ เชมรัมย์, 2554 : 53)

กลุ่มที่ 1 ให้ความหมายของนโยบายในแง่ของแนวทาง โครงการ หรือกิจกรรมของรัฐ ซึ่ง Sharkansky (1970 : 1); Lasswell and Kaplan (1970 : 71); Jacop (1966 : 3); Anderson (1975 : 3); Dye (1995 : 1) ได้ให้ความหมายว่า นโยบายสาธารณะ คือ แผนงาน หรือโครงการหรือกิจกรรมต่างๆ ที่กระทำโดยรัฐบาล

กลุ่มที่ 2 ให้ความหมายของนโยบายสาธารณะในแง่เป็นการตัดสินใจของรัฐบาล ได้แก่ Greenwood (1965 : 222); Caldwell (1970 : 1) และสมบัติ ชำรงชัญวงศ์ (2550 : 21) ได้ให้ความหมายว่า นโยบายสาธารณะเป็นการตัดสินใจขั้นต้น เพื่อกำหนดแนวทางกว้างๆ ให้การปฏิบัติงานด้านต่างๆ หรือกิจกรรมต่างๆ ที่สังคมเข้าไปดำเนินการ ยินยอมหรือห้ามมิให้กระทำให้เป็นไปอย่างถูกต้องและบรรลุวัตถุประสงค์

2.1.3 ความหมายของการนำนโยบายไปปฏิบัติ

การศึกษาเชิงวิเคราะห์นโยบายสาธารณะ เป็นการศึกษาทางสังคมที่สำคัญและอาศัยความรู้อย่างกว้างขวาง เพราะเป็นเรื่องที่ตอบสนองความต้องการของประชาชนส่วนใหญ่ ต้องคำนึงถึงผลลัพธ์จากการนำนโยบายไปปฏิบัติว่าจะส่งผลกระทบต่อสถานภาพและความมั่นคงทางการเมือง สังคมเพียงใด การศึกษาเชิงวิเคราะห์นโยบายได้รับความสนใจศึกษาอย่างต่อเนื่อง ส่วนใหญ่ด้วยเหตุผลของการนำเสนอทางเลือกนโยบายที่เหมาะสมให้แก่ผู้ตัดสินใจนโยบาย เพื่อให้สามารถเลือกนโยบายที่จะนำไปสู่การปฏิบัติให้ประสบความสำเร็จ โดยมีจุดเน้นในการศึกษาวิเคราะห์นโยบายแตกต่างกัน ในทัศนะของนักวิทยาศาสตร์เห็นว่าเป็นการแสวงหาความจริงเพื่ออธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น ในทัศนะของนักวิชาการเห็นว่าเป็นการแสวงหานโยบายที่ดีกว่าเพื่อการแก้ไขปัญหาให้มีประสิทธิผลมากกว่า ส่วนในทัศนะของนักบริหารเห็นว่าเป็นความพยายามที่จะนำนโยบายไปปฏิบัติให้มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพ ซึ่งมีจุดเน้นที่ผลลัพธ์ของนโยบาย ในทัศนะของนักการเมืองเห็นว่าเป็นการแสวงหาเพื่อแสดงจุดยืนให้ประชาชนเลื่อมใสศรัทธา และในทัศนะของประชาชนเห็นว่าเป็นการหาเหตุผลสนับสนุนข้อโต้แย้งเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการอธิบายมากกว่าการเสนอแนะ เป็นการศึกษาสาเหตุและผลของนโยบายโดยใช้วิธีการวิทยาศาสตร์เป็นความพยายามที่จะพัฒนาและทดสอบข้อเสนอกันไปเกี่ยวกับนโยบาย Dye (1995 : 7; อ้างอิงจาก วิโรจน์ เชมรัมย์, 2554 : 53) การศึกษาเชิงวิเคราะห์นโยบายได้รับความสนใจในหลากหลายสาขาอย่างต่อเนื่อง ด้วยเหตุผลของประโยชน์ที่ทำให้ทราบว่ามีปัจจัยใดบ้างที่จะส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จตามเป้าหมายนโยบาย มีปัจจัยใดเป็นอุปสรรค หรือมีปัจจัยใดที่มีผลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติ

การศึกษาการนำนโยบายไปปฏิบัติ เป็นศาสตร์ทางการบริหารสาขาหนึ่งในกระบวนการนโยบาย ที่เน้นการตัดสินใจของผู้บริหารและการจัดการให้มีการดำเนินการตาม

วัตถุประสงค์ จากข้อมูลทางการศึกษาพบว่า สาขารัฐศาสตร์มีจุดเน้นในการวิเคราะห์ส่วนต้นของกระบวนการนโยบาย คือ ส่วนการก่อตัวนโยบาย (Policy Formation) การนำเสนอร่าง นโยบาย (Policy Formulation) การอนุมัติและประกาศเป็นนโยบาย (Policy Adoption) สาขารัฐประศาสนศาสตร์ รวมถึงสาขาการบริหารการศึกษามีจุดเน้นในการบริหารนโยบาย หรือการนำนโยบายไปปฏิบัติ (วรเดช จันทรศร, 2540 : 61)

ความสนใจของนักการศึกษา นักวิชาการต่างก็ให้ความสนใจเกี่ยวกับการแสวงหาวิธีการหรือแนวทางเพื่อปรับปรุงนโยบายและการปฏิบัติงานให้ดีขึ้นหลายแนวคิด เช่น

กลุ่มที่ 1 มองว่าการนำนโยบายไปปฏิบัติ เป็นปรากฏการณ์หรือสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้น โดยมุ่งหาลักษณะที่จำเป็นในการปฏิบัติหรือเชื่อมโยงว่ามีอะไรเกิดขึ้น เกิดขึ้นได้อย่างไร และทำไมจึงเกิดขึ้น เพื่อหาคำตอบต่อไปว่าจะทำอย่างไรให้บรรลุผล การศึกษาที่ครอบคลุมกระบวนการจึงรวมถึงพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติของบุคคล ปฏิสัมพันธ์ของบุคคล สมรรถนะและความร่วมมือของหน่วยงาน สภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง ความแตกต่างของแต่ละพื้นที่แต่ละท้องถิ่น และปัจจัยอื่นๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่อเป้าหมายที่นโยบายกำหนดไว้ โดยประเด็นของการศึกษายอมรับว่านโยบายกับการนำนโยบายไปปฏิบัติมีความสัมพันธ์กันเป็นสิ่งสำคัญ ในปี 1975 Van Meter & Van Horn ได้ให้ข้อเสนอว่าการนำนโยบายไปปฏิบัติ เป็นการดำเนินการโดยบุคคลหรือกลุ่มบุคคลในภาครัฐหรือเอกชน เพื่อให้เกิดความสำเร็จโดยตรงตามวัตถุประสงค์ที่นโยบายกำหนดไว้ (Van Meter & Van Horn, 1975 : 446; Barrett & Fudge, 1981 : 12-13; อ้างอิงจาก ศุภชัย ขาวะประภาส, 2548 : 90-91)

กลุ่มที่ 2 มองว่าการนำนโยบายไปปฏิบัติ เป็นกระบวนการทางการเมืองที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผลประโยชน์ เป็นเรื่องของการปฏิสัมพันธ์ของกลุ่มบุคคล ที่มุ่งดำเนินการใดๆ ให้บรรลุเป้าหมายของกลุ่มบรรลุ ในปีเดียวกัน Sabatier & Mazmanian (1980 : 538-560) เห็นว่าการนำนโยบายไปปฏิบัติ เป็นกระบวนการที่มีขั้นตอนดำเนินการให้เกิดผลสำเร็จ เพื่อตอบสนองทางกฎหมาย มติคณะรัฐบาลหรือคำสั่งของศาล (Bardach, 1981 : 9-11; อ้างอิงจาก จุมพล หนิมพานิช, 2549 : 182)

กลุ่มที่ 3 มองว่าการนำนโยบายไปปฏิบัติเป็นเรื่องขององค์กรที่รับผิดชอบว่าสามารถนำและกระตุ้นให้ทรัพยากรทางการบริหาร ตลอดจนกลไกที่สำคัญทั้งหมด ให้สามารถปฏิบัติงานได้บรรลุเป้าหมายที่ระบุไว้หรือไม่ มากน้อยเพียงใด (วรเดช จันทรศร, 2540 : 209)

กล่าวโดยสรุปได้ว่า การนำนโยบายไปปฏิบัติ เป็นกระบวนการที่จะชี้ถึงความสำเร็จหรือความล้มเหลวของนโยบาย ซึ่งเกิดขึ้นต่อเนื่องหลังจากมีการกำหนดนโยบาย ต้องอาศัยการบริหารนโยบายที่ครอบคลุมถึงการวิเคราะห์พฤติกรรมองค์กร ปฏิสัมพันธ์ของบุคคล

และกลุ่มบุคคล สมรรถนะและความร่วมมือของพนักงานภาครัฐและภาคเอกชน สภาพแวดล้อมของระบบและปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลกระทบต่อการบรรลุเป้าหมายของนโยบาย เพื่อให้เกิดผลตามที่กำหนดไว้ในวัตถุประสงค์นโยบาย

2.1.4 แนวคิดเกี่ยวกับตัวแบบทางทฤษฎีของการนำนโยบายไปปฏิบัติ

การนำนโยบายไปปฏิบัติเป็นกระบวนการต่อเนื่องจากการกำหนดนโยบาย เป็นกิจกรรมที่กระทำเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย และวัตถุประสงค์ของนโยบายตามที่ได้กำหนดไว้ล่วงหน้า แต่่นโยบายสาธารณะก็ไม่ใช่เรื่องที่ไม่ได้กำหนดไว้แล้ว สิ่งต่างๆ จะดำเนินไปตามที่กำหนดไว้ ต้องมีบุคคลและองค์กรที่จะนำนโยบายนั้นๆ ไปปฏิบัติให้เกิดผล ทำให้มีปัจจัยต่างๆ เข้ามาเกี่ยวข้องในการนำนโยบายไปปฏิบัติมากมาย อันอาจจะส่งผลถึงความสำเร็จหรือความล้มเหลวในการนำนโยบายไปปฏิบัติได้ นักวิชาการหลายท่านจึงได้สร้างแนวคิดและตัวแบบเพื่ออธิบายถึงการนำนโยบายไปปฏิบัติ ซึ่งผู้วิจัยได้นำเสนอตัวแบบกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติของนักวิชาการ คือ Van Meter and Van Horn (อ้างอิงจาก วิโรจน์ เชมรัมย์, 2554 : 55-56)

2.1.4.1 ตัวแบบกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติของ Van Meter and Van Horn

Van Meter and Van Horn เขียนบทความเรื่อง “The Policy Implementation Process: A Conceptual Framework” เมื่อปี 1975 มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ มีลักษณะเป็นทฤษฎีเชิงคติฐาน (Assumptive theory) โดยอาศัยกรอบทฤษฎีองค์การ (Organization theory) ผลการตัดสินใจภาคีของศาล และแนวคิดลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานของรัฐบาล (Intergovernmental Relations) แนวคิดพื้นฐานสามประการดังกล่าว ได้ช่วยให้นักวิชาการทั้งสองสามารถออกแบบทฤษฎีการนำนโยบายไปปฏิบัติ (Theory of Policy Implementation) ขึ้นมาในปี 1974 มีสาระสำคัญ คือ กระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติจะเริ่มขึ้นเมื่อเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของนโยบายได้รับการกำหนดขึ้น และขั้นตอนการกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ จะผันแปรไปตามธรรมชาติของลักษณะการนำนโยบายไปใช้ รูปแบบการตัดสินใจกระทำใดๆ ในกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ จะเป็นสิ่งแสดงให้เห็นลักษณะของกระบวนการ โครงสร้างและความสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อการบริหารนโยบาย ประเด็นสำคัญที่ควรสนใจในกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ คือ ความต้องการเปลี่ยนแปลงกับระดับความขัดแย้งหรือความเห็นพ้องต้องกันเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ และเป้าหมายของนโยบายของผู้เกี่ยวข้อง การศึกษาปรากฏการณ์การนำนโยบายไปปฏิบัติไม่ใช่เรื่องแปลก หากพบเหตุการณ์ประเภทที่ว่านโยบายที่ต้องการเปลี่ยนแปลงสูง แต่ผู้เกี่ยวข้องเห็นพ้องต้องกันต่ำกับนโยบายที่ต้องการเปลี่ยนแปลงต่ำ แต่ผู้เกี่ยวข้องเห็นพ้องต้องกันสูง จะมีผลกระทบอย่างมากต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติ ทฤษฎีของ Van Meter and Van Horn คาดการณ์ว่า นโยบายที่มี

ความต้องการการเปลี่ยนแปลงสูงและมีความเห็นพ้องกันสูง จะมีประสิทธิผลในการนำไปปฏิบัติสูงกว่านโยบายที่ต้องการการเปลี่ยนแปลงต่ำและมีความเห็นพ้องกันต่ำ

ตัวแบบของ Van Meter and Van Horn ประกอบด้วยตัวแปร 6 ตัวแปร ทำหน้าที่เชื่อมโยงระหว่างตัวนโยบายกับผลการปฏิบัติตามนโยบาย ตัวแบบนี้ยังแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระที่มีต่อกัน และความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระที่มีต่อตัวแปรตาม ซึ่งผู้วิจัยได้นำตัวแปรมาเป็นปัจจัยในการวิจัยดังนี้ (วิโรจน์ เชมรัมย์, 2554 : 56-59)

(1) มาตรฐานและวัตถุประสงค์ของนโยบาย เป็นปัจจัยสำคัญที่จะตัดสินถึงสมรรถนะของนโยบาย การกำหนดตัวชี้วัดสมรรถนะของนโยบายเป็นสิ่งสำคัญในการวิเคราะห์ นั่นคือ มาตรฐานและวัตถุประสงค์ของนโยบายจะต้องสอดคล้องกับความเป็นจริง ในบางกรณี มาตรฐานและวัตถุประสงค์ของนโยบายอาจสามารถสังเกตและวัดได้ง่าย เช่น โครงการสร้างงานในเมืองไอค์แลนด์ที่ศึกษาโดย Pressman and Wildavsky ในปี 1973 พบว่า การที่จะบอกนโยบายประสบความสำเร็จหรือไม่นั้น พิจารณาจากจำนวนงานที่ได้สร้างขึ้น การรายงานจากผู้ที่ได้ถูกว่าจ้าง และความก้าวหน้าของโครงการ แต่ในกรณีส่วนมากการวัดสมรรถนะของนโยบายก็อาจทำได้ยากเช่นกัน เนื่องจากเป้าหมายมีความซับซ้อนและยากที่จะบรรลุได้ อาจเป็นเพราะความคลุมเครือและขัดแย้งกันเองในข้อความของมาตรฐานและวัตถุประสงค์ของนโยบาย โดยที่การศึกษาการนำนโยบายไปปฏิบัติจำเป็นที่ว่า เป้าหมายและวัตถุประสงค์จะต้องถูก

กำหนดและวัดได้ เพราะว่าการนำนโยบายไปปฏิบัติไม่สามารถทราบได้ว่าสำเร็จหรือล้มเหลว หากปราศจากเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้อย่างชัดเจน (Pressman and Wildavsky, 1973 : 14) ในการพิจารณามาตรฐานและวัตถุประสงค์ สามารถใช้ข้อความของผู้กำหนดนโยบาย ซึ่งสะท้อนในเอกสารต่างๆ เช่น ข้อบังคับของแผนงาน เอกสารแนวปฏิบัติ ซึ่งแสดงถึงหลักในการประเมินสมรรถนะนโยบาย ในบางกรณีมาตรฐานและวัตถุประสงค์จะถูกสรุปโดยนักวิจัย โดยสรุปแล้วทางเลือกของการวัดสมรรถนะจะขึ้นอยู่กับจุดมุ่งหมายซึ่งการวิจัยจะเป็นตัวนำไปหา

(2) ทรัพยากรของนโยบาย นอกจากนโยบายจะมีมาตรฐานและวัตถุประสงค์แล้ว นโยบายยังประกอบด้วยทรัพยากรซึ่งอำนวยความสะดวกต่อการบริหารนโยบาย หมายความว่ารวมถึงเงินงบประมาณและสิ่งสนับสนุนอื่นๆ ที่กำหนดไว้ในแผนงาน ทรัพยากรเหล่านี้จะเป็นสิ่งที่ช่วยส่งเสริมหรือช่วยให้ความสะดวกต่อประสิทธิผลของการนำนโยบายไปปฏิบัติ เป็นที่ยอมรับกัน โดยทั่วไปว่าทรัพยากรนโยบายที่เป็นตัวเงินเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะทำให้ นโยบายบรรลุผล จากการศึกษาของ Martha Derthick (1972 : 87 อ้างอิงจาก วิโรจน์ เชมรัมย์, 2554 : 57) ได้พบว่า ปัจจัยด้านทรัพยากรที่สำคัญมากที่สุดที่ส่งผลให้ นโยบายประสบความสำเร็จ คือ การช่วยเหลือและสนับสนุนจากหน่วยงานของรัฐมากกว่าการให้งบประมาณที่เพียงพอ

(3) การสื่อสารระหว่างองค์การและกิจกรรมส่งเสริม การนำนโยบายไปปฏิบัติที่มีประสิทธิผลจำเป็นต้องมีมาตรฐานและวัตถุประสงค์ ซึ่งเป็นที่เข้าใจของผู้รับผิดชอบนโยบาย เพื่อให้เกิดความสำเร็จในการนำนโยบายไปปฏิบัติจะต้องมีความชัดเจน (Clarity) ของมาตรฐานและวัตถุประสงค์ ความเที่ยงตรง (Accuracy) ของการสื่อสารไปยังผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ และความแน่นอนหรือเป็นหนึ่งเดียว (Accuracy or Uniformity) ที่ผู้นำนโยบายไปปฏิบัติได้รับการสื่อสารจากแหล่งข้อมูลต่างๆ

มาตรฐานและวัตถุประสงค์จะไม่สามารถสื่อถึงผู้ปฏิบัติจนกว่าผู้ปฏิบัติจะได้รับความชัดเจนที่เพียงพอถึงสิ่งที่นโยบายต้องการจะสื่อให้พวกเขา รู้ การสื่อสารภายในและระหว่างองค์การเป็นกระบวนการที่ซับซ้อนและยาก การส่งผ่านข้อความภายในองค์การหรือระหว่างองค์การอาจถูกบิดเบือนไปโดยความตั้งใจและไม่ตั้งใจ (Downs, 1967 : 133-136 อ้างอิงจาก วิโรจน์ เชมรัมย์, 2554 : 57) ยิ่งไปกว่านั้น ถ้าแหล่งที่มาของการสื่อสารต่างกัน การแปลความของมาตรฐานและวัตถุประสงค์จะไม่ตรงกัน หรือถ้าเป็นแหล่งเดียวกันอาจมีความขัดแย้งในการตีความ ผู้ปฏิบัติจะมีความยากในการหาจุดมุ่งหมายของนโยบาย ดังนั้น การนำนโยบายไปปฏิบัติให้เกิดประสิทธิผลจะทำได้โดยมีความชัดเจนของมาตรฐานและวัตถุประสงค์ซึ่งส่งออกไป ความเที่ยงตรงและความแน่นอนซึ่งผู้ปฏิบัติได้รับการสื่อสารการนำนโยบายไปปฏิบัติที่ประสบผล บ่อยครั้งที่ต้องมิกลไกของสถาบันและวิธีการปฏิบัติที่ผู้มีอำนาจเหนือกว่า สามารถเพิ่มความเป็นไปได้กับ ผู้ปฏิบัติที่เป็นผู้ได้บังคับบัญชา ทำให้ทิศทางเป็นหนึ่งเดียวกับมาตรฐานและวัตถุประสงค์ของนโยบาย

การสื่อสารระหว่างองค์การมีความสำคัญต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติอย่างมาก อันประกอบด้วยกิจกรรมกระตุ้นและสนับสนุนที่สำคัญ 2 ลักษณะ คือ (1) การให้คำแนะนำด้านเทคนิคและความช่วยเหลือโดยหน่วยงานระดับบน เพื่อช่วยเหลือให้หน่วยงานระดับล่างดำเนินการตามที่ต้องการ และ (2) หน่วยงานระดับบนอาจพิจารณาให้การสนับสนุนได้หลายรูปแบบ ทั้งเป็นผลด้านลบและบวกต่อหน่วยงานระดับล่าง ได้นำแนวคิดของ Etzioni (1966 : 5-8 อ้างอิงจาก วิโรจน์ เชมรัมย์, 2554 : 58) เกี่ยวกับเรื่องอำนาจมีอยู่ 2 ชนิด คือ อำนาจในการใช้กฎระเบียบเป็นตัวบังคับ (Coercive Power) อำนาจในการให้รางวัลตอบแทน (Remunerative Power) มาใช้ในการกระตุ้นผู้ปฏิบัติ นอกจากนี้ การสื่อสารดังกล่าวอาจมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกระดับเข้ามามีส่วนร่วมในโครงการหรือนโยบายด้วยกันเลย หรือในรูปของการที่ผู้กำหนดนโยบาย สร้างให้เกิดความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกระดับ โดยให้การสนับสนุนด้านงบประมาณในการบริหาร หรือให้บริการด้านเทคนิค บุคลากร หรือการวิจัย

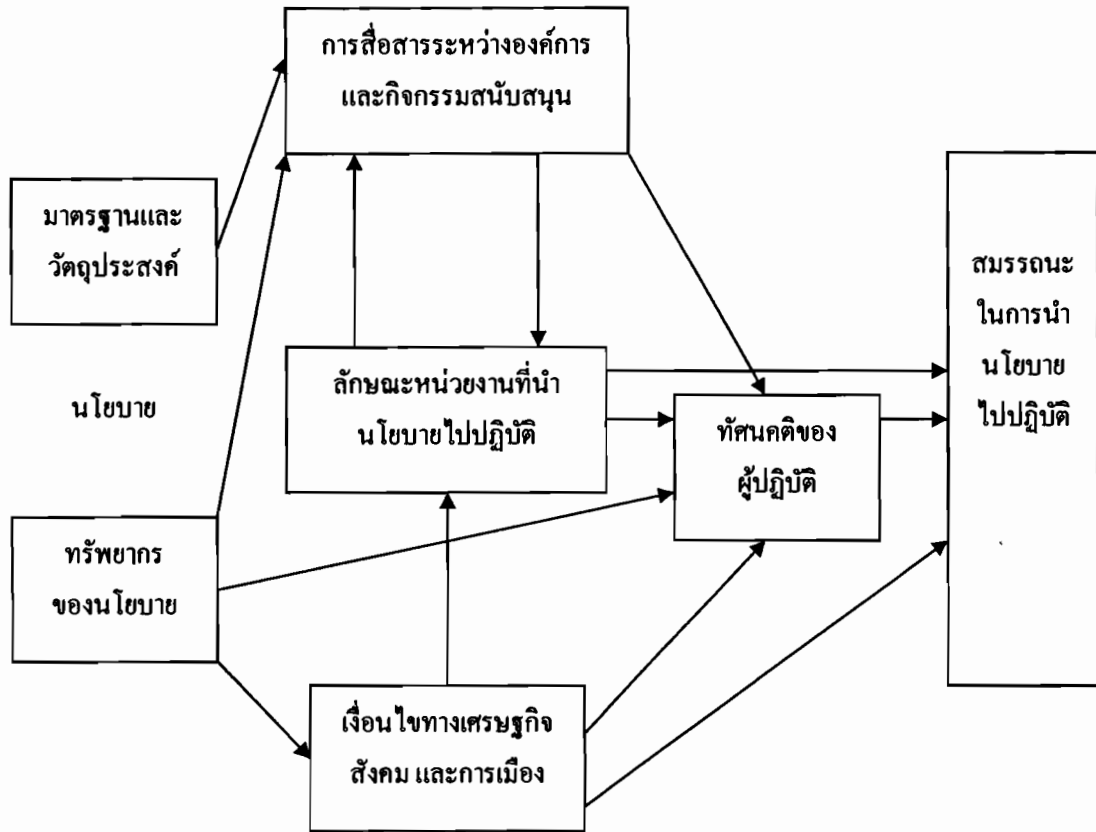
(4) ลักษณะของหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ มี 2 องค์ประกอบ คือ (1) ลักษณะโครงสร้างอย่างเป็นทางการขององค์การ (2) ลักษณะอย่างไม่เป็นทางการของบุคลากร

ในองค์การ โดยที่ลักษณะของหน่วยงานที่ส่งผลต่อสมรรถนะของการนำนโยบายไปปฏิบัติ ประกอบด้วยปริมาณและความสามารถของบุคลากรในหน่วยงาน ระดับของการควบคุมที่เป็นลำดับขั้นในการตัดสินใจและการดำเนินงานในหน่วยงานนำนโยบายไปปฏิบัติ ทรัพยากรทางการเงินของหน่วยงาน เช่น แรงสนับสนุนจากผู้บริหารและนักการเมือง ความสามารถในการยื่นหยัดของหน่วยงาน ระดับการสื่อสารแบบเปิดภายในหน่วยงาน เช่น การมีเครือข่ายการสื่อสารที่เป็นอิสระทั้งในแนวราบและแนวตั้ง การมีระดับของความอิสระสูงในการสื่อสารกับบุคคลภายนอกหน่วยงานและการเชื่อมโยงอย่างเป็นทางการและ ไม่เป็นทางการของผู้กำหนดนโยบาย และผู้เกี่ยวข้องในกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ

(5) เงื่อนไขทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง ผลกระทบของเงื่อนไขด้านเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง ต่อนโยบายสาธารณะ ได้รับความสนใจในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา การศึกษาเปรียบเทียบการเมืองของรัฐและนโยบายสาธารณะ ได้รับความสนใจในการชี้ถึงอิทธิพลของตัวแปรสภาพแวดล้อมเหล่านี้ ต่อผลลัพธ์ของนโยบาย ถึงแม้ว่าผลกระทบของปัจจัยเหล่านี้ต่อการตัดสินใจในนโยบาย ได้รับความสนใจน้อย แต่อาจจะมีผลอย่างมากต่อสมรรถนะของหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ ในการอธิบายให้เห็นภาพ จะเสนอโดยพิจารณาจากคำถามเหล่านี้ เกี่ยวกับสภาพแวดล้อมของเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง ที่มีผลต่อการตัดสินใจหรือต่อหน่วยงานซึ่งนำนโยบายไปปฏิบัติ เช่น การจัดสรรทรัพยากรทางเศรษฐกิจให้หน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ มีความเพียงพอต่อการส่งเสริมให้แผนงานโครงการประสบความสำเร็จหรือไม่ ธรรมชาติของความเห็นสาธารณะเป็นอย่างไร มีจุดเด่นที่สัมพันธ์กับประเด็นนโยบายอย่างไร ชนชั้นผู้นำชมชอบหรือต่อต้านนโยบายที่นำไปปฏิบัตินั้นและกลุ่มหลากหลายในสังคม รวมทั้งกลุ่มผลประโยชน์ภาคเอกชนคัดค้านหรือสนับสนุนการนำนโยบายนั้นไปปฏิบัติ

(6) ทักษะคติของผู้ปฏิบัติ แต่ละองค์ประกอบของตัวแบบที่ได้กล่าวไป จะถูกกลั่นกรองผ่านการรับรู้ของผู้นำนโยบายไปปฏิบัติที่ซึ่งนโยบายได้ถูกส่งผ่านไป ความตอบสนองของผู้นำนโยบายไปปฏิบัติมีอยู่ 3 ประการ ที่จะส่งผลต่อความสามารถและความตั้งใจในการดำเนินนโยบาย ซึ่งได้แก่ (1) การรับรู้และความเข้าใจของ ผู้ปฏิบัติที่มีต่อนโยบาย (2) ทิศทางในการตอบสนองต่อนโยบายของผู้ปฏิบัติ เช่น การยอมรับ การเป็นกลาง การปฏิเสธ และ (3) ระดับการตอบสนองในตัวนโยบายของผู้ปฏิบัติเป็นเรื่องสำคัญที่ผู้ปฏิบัติจะต้องเข้าใจถึงมาตรฐานและวัตถุประสงค์ของนโยบาย ในเรื่องทิศทางการร่วมมือของผู้ปฏิบัติต่อมาตรฐานและวัตถุประสงค์ของนโยบายนั้น ผู้ปฏิบัติอาจปฏิเสธเป้าหมายของนโยบายตั้งแต่ต้น สาเหตุอาจมาจากการที่เป้าหมายและวัตถุประสงค์นั้นขัดต่อค่านิยมในตัวผู้ปฏิบัติ หรือขัดแย้งต่อผลประโยชน์หรือความสนใจของผู้ปฏิบัติ ซึ่งสามารถแก้ไข โดยการให้ผู้ปฏิบัติเข้ามามีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของนโยบายตั้งแต่เริ่มต้น สุดท้ายในเรื่องระดับการร่วมมือหรือตอบสนอง

ของผู้ปฏิบัติอาจมีผลต่อสมรรถนะของนโยบาย การที่มีความร่วมมือของผู้ปฏิบัติไปในทางลบนำไปสู่การขัดแย้งต่อวัตถุประสงค์ของนโยบาย เมื่อเกิดเหตุการณ์นี้ คำตามของการนำนโยบายไปปฏิบัติจะเริ่มหาข้อยุติไม่ได้ หน่วยงานในระดับรองลงไปจะถูกปฏิเสธการเข้าร่วมนโยบาย ในสภาพเหตุการณ์นี้จะต้องใช้กฎระเบียบและกิจกรรมส่งเสริมเพื่อให้ นโยบายไปสู่การปฏิบัติได้ ตัวแบบการวิเคราะห์นี้มีลักษณะดังภาพที่ 2.1



ภาพที่ 2.1 ตัวแบบกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติของ Van Meter and Van Horn Van Meter, D and Van Horn, C.E., 1975 : 463 (อ้างอิงจาก วิโรจน์ เชมรัมย์, 2554 : 60)

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพ

2.2.1 ความหมายของเครือข่าย

กาญจนา แก้วเทพ (2538 : 24) อธิบายคำว่า “เครือข่าย” ไว้ว่า เป็นรูปแบบหนึ่งของการประสานงานของบุคคล กลุ่ม หรือองค์กร องค์กรที่ต่างก็ก็มีทรัพยากรของตัวเอง มีเป้าหมาย วิธีการ และกลุ่มเป้าหมายของตัวเอง บุคคล กลุ่ม หรือองค์กรเหล่านี้ได้เข้ามาประสานกันอยู่อย่างมีระยะเวลายาวนานพอสมควร แม้ว่าจะไม่มีกิจกรรมร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ

แต่ก็มีรากฐานไว้ (เปรียบเสมือนการมีสายโทรศัพท์ต่อเอาไว้) เมื่อฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งต้องการขอความช่วยเหลือหรือขอความร่วมมือจากกลุ่มอื่นๆ เพื่อแก้ปัญหา ก็สามารถติดต่อได้

ประหยัด จตุพรพิทักษ์กุล (2538 : 14) มองเครือข่ายในรูปของความสัมพันธ์ที่มีอุดมการณ์และเป้าหมายร่วมกัน โดยกล่าวว่า เป็นการติดต่อสัมพันธ์ที่สร้างความเชื่อมโยงระหว่างบุคคล กลุ่มคน ด้วยการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิด ข้อมูลข่าวสาร และทรัพยากรระหว่างกัน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลข่าวสารร่วมกัน และสร้างสรรค์แลกเปลี่ยนเรียนรู้ เกิดเป็นความรู้ใหม่ เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย คือ การช่วยเหลือตนเองของกลุ่มและการปฏิบัติการทางสังคมในกลุ่มคนที่มีความคิดเห็นตรงกัน ด้วยอุดมการณ์เดียวกัน

พระมหาสุทิตซ์ อาภากรโ (2547 : 27) สรุปองค์ประกอบที่สำคัญของความเป็นเครือข่ายว่า ประกอบด้วย สำนักวิทยบริการ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

(1) หน่วยชีวิตหรือสมาชิก เป็นองค์ประกอบเบื้องต้นของความเป็นเครือข่ายที่สร้างระบบปฏิสัมพันธ์ สานต่อเพื่อหาแนวร่วมในการสร้างสรรค์สิ่งต่างๆ เพื่อให้เกิดการดำรงอยู่ร่วมกัน

(2) จุดมุ่งหมาย เป็นองค์ประกอบที่สำคัญอีกประการหนึ่ง เนื่องจากความเป็นเครือข่ายหมายถึงการร่วมกันอย่างมีจุดมุ่งหมาย เพื่อทำกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง โดยมีวัตถุประสงค์และกระบวนการเพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายนั้น

(3) การทำหน้าที่อย่างมีจิตสำนึก สิ่งที่จะยึดโยงสมาชิกเข้าด้วยกันคือ การทำหน้าที่ต่อกันด้วยจิตสำนึก เพราะหากขาดจิตสำนึกแล้ว ก็จะเป็นเพียงการจัดตั้งและเรียกร้องหาผลประโยชน์ตอบแทนเท่านั้น

(4) การมีส่วนร่วมและการแลกเปลี่ยน เปรียบเสมือนกลไกที่เป็นแรงผลักดันให้ความเป็นเครือข่ายดำเนินไปได้อย่างต่อเนื่องการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของสมาชิก เป็นปัจจัยหนุนเสริมให้เครือข่ายมีพลังมากขึ้น ส่วนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จะนำไปสู่การให้ การรับ และการระดมทรัพยากรเพื่อให้ภารกิจของเครือข่ายบรรลุถึงเป้าหมาย ทั้งยังเป็นกระบวนการสร้างความรู้อย่างต่อเนื่องด้วย

(5) ระบบความสัมพันธ์และการสื่อสาร กระบวนการสื่อสารช่วยให้สมาชิกในเครือข่ายเกิดการรับรู้ ขอมรับในกระบวนการทำงาน และช่วยรักษาสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน ด้วยเหตุนี้ การพัฒนาระบบเครือข่ายต้องยึดหลักของความสัมพันธ์และการสื่อสารระหว่างกัน โดยมีกิจกรรมและข้อมูลเพื่อให้เกิดความเลื่อมใสของเครือข่าย

นอกจากนี้ เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์ (2543 : 31) ได้สรุปองค์ประกอบที่สำคัญของเครือข่ายไว้ 7 ประการ คือ

(1) การรับข้อมูลร่วมกัน (Common Perception) สมาชิกมีความรู้สึกนึกคิดและการรับรู้ร่วมกัน อาทิ มีความเข้าใจในปัญหา มีสำนึกในการแก้ปัญหา มีประสบการณ์ในปัญหา

ต้องการความช่วยเหลือในลักษณะที่คล้ายคลึงกัน เป็นต้น ซึ่งจะส่งผลให้สมาชิกของเครือข่ายเกิดความรู้สึกผูกพันในการดำเนินกิจกรรมบางอย่างร่วมกัน

(2) การมีวิสัยทัศน์ร่วมกัน (Common Vision) เป็นการมองเห็นภาพของจุดมุ่งหมายในอนาคตร่วมกันระหว่างสมาชิกในกลุ่ม การรับรู้เข้าใจถึงทิศทางเดียวกัน และมีเป้าหมายที่จะไปด้วยกัน ช่วยให้ขบวนการเคลื่อนไหวมีพลัง เกิดเอกภาพ และช่วยบรรเทาความขัดแย้งอันเกิดจากมุมมองความคิดที่แตกต่างลงไปได้

(3) การมีผลประโยชน์และความสนใจร่วมกัน (Mutual Interests/Benefits) เครือข่ายเกิดจากการที่สมาชิกแต่ละคนมีความต้องการของตนเอง แต่ความต้องการเหล่านั้นจะไม่สามารถบรรลุผลสำเร็จได้หากสมาชิกต่างคนต่างอยู่ จึงทำให้เกิดการรวมตัวกันบนฐานของผลประโยชน์ร่วม ซึ่งผลประโยชน์ในที่นี้ครอบคลุมตัวเงินและที่ไม่ใช่ตัวเงิน อาทิ เกียรติยศ ชื่อเสียง การยอมรับ โอกาสในความก้าวหน้า สุขุมความพึงพอใจ ฯลฯ

(4) การมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายอย่างกว้างขวาง (All Stakeholders Participation) นับเป็นกระบวนการที่สำคัญมากในการพัฒนาความเข้มแข็ง เพราะกระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายในเครือข่าย (All Stakeholders in Network) ข้อมเป็นเงื่อนไขที่ทำให้เกิดการร่วมรับรู้ ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ และร่วมลงมือกระทำอย่างแข็งขัน ดังนั้น สถานะของสมาชิกในเครือข่าย จึงควรเป็นไปในลักษณะของความเท่าเทียมกัน (Equal Status) ในฐานะของ “หุ้นส่วน (Partner)” ของเครือข่าย ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ในแนวราบ (Horizontal Relationship) ที่เท่าเทียมกัน แทนความสัมพันธ์ในแนวตั้ง (Vertical Relationship)

(5) การเสริมสร้างซึ่งกันและกัน (Complementary Relationship) องค์กรประกอบที่จะทำให้เครือข่ายดำเนินไปอย่างต่อเนื่องคือการที่สมาชิกต่างเสริมสร้างซึ่งกันและกัน โดยที่จุดแข็งของฝ่ายหนึ่งไปช่วยแก้ไขจุดอ่อนของอีกฝ่ายหนึ่ง ซึ่งจะทำให้ผลตอบแทนจากการรวมตัวเป็นเครือข่ายมากกว่าการไม่สร้างเครือข่าย

(6) การพึ่งพิงอิงร่วมกัน (Interdependence) เนื่องจากความจำกัดของสมาชิกในเครือข่ายทั้งด้านทรัพยากร ความรู้ เงินทุน กำลังคน ฯลฯ สมาชิกของเครือข่ายจึงไม่สามารถดำรงอยู่ได้อย่างสมบูรณ์ด้วยตนเอง การทำให้สมาชิกหรือหุ้นส่วนของเครือข่ายยึดโยงกันแน่นหนา จำเป็นต้องทำให้หุ้นส่วนแต่ละคนรู้สึกได้ว่า หากเอาหุ้นส่วนคนใดคนหนึ่งออกไปจะทำให้เครือข่ายล้มลงได้ การดำรงอยู่ของหุ้นส่วนแต่ละคนจึงจำเป็นต้องการดำรงอยู่ของเครือข่าย ซึ่งการพึ่งพิงอิงร่วมกันนี้จะส่งผลให้สมาชิกต้องมีการปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันโดยอัตโนมัติ

(7) การปฏิสัมพันธ์เชิงแลกเปลี่ยน (Interaction) หากสมาชิกในเครือข่ายไม่มีการปฏิสัมพันธ์กันแล้วก็ไม่ต่างกับการที่ต่างคนต่างอยู่ สมาชิกต้องทำกิจกรรมร่วมกัน เพื่อให้เกิดการปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกด้วยกัน ปฏิสัมพันธ์เป็นลักษณะเชิงแลกเปลี่ยนระหว่างกัน (Reciprocal

Exchange) มิใช่ปฏิสัมพันธ์ฝ่ายเดียว (Unilateral Exchange) ยิ่งสมาชิกมีการปฏิสัมพันธ์กันมาก ก็ยิ่งเกิดความผูกพันระหว่างกันมากขึ้น ช่วยให้เกิดการเชื่อมโยงในระดับที่แน่นแฟ้นมากขึ้น (Highly Integrated)

นอกจากนี้ สุรชาติพิทย์ จันทรรัถย์ (2546 : 34) ได้อธิบายถึง “เครือข่ายภาคีสภาพ” ว่าเป็นเครือข่ายที่เกิดจากการรวมตัวเป็นกลุ่มของคนหลากหลายอาชีพในท้องถิ่นนั้น ไม่ว่าจะเป็น กลุ่มเยาวชน ผู้นำท้องถิ่น ผู้นำชุมชน แม่บ้าน อาสาสมัคร หรือแกนนำต่างๆ รวมทั้งเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนั้นๆ โดยกลุ่มคนเหล่านี้พบปะสมาคมกันด้วยความสมัครใจ พுகุ่ยปรึกษาหารือ และชักชวนกันในเรื่องที่ดีเกี่ยวกับสุขภาพของชุมชน/ท้องถิ่น เป็นการสร้างความสัมพันธ์ทางสังคม ที่ก่อให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ทั้งนี้ลักษณะความสัมพันธ์เป็นความสัมพันธ์ในแนวราบ (Horizontal) เน้นกระบวนการมีส่วนร่วมในการทำงานเป็นทีม มีการปรึกษาหารือบูรณาการภารกิจของทุกฝ่ายแบบร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมดำเนินการ และร่วมติดตามตรวจสอบ โดยสรุปเป็น ขั้นตอนได้ดังนี้

(1) ร่วมกันกำหนดจุดมุ่งหมายของเครือข่าย กลุ่มหรือสมาชิกของเครือข่ายร่วมกัน พิจารณาขอบเขตการดำเนินงาน เข้าใจตรงกันในจุดมุ่งหมายร่วม โดยทุกคนมีส่วนร่วมมากที่สุด เท่าที่จะทำได้ เมื่อดำเนินการ กำหนดจุดมุ่งหมายและขอบเขตภารกิจเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ควรจัดทำ ข้อสรุปและแนวทาง (Guidelines) ที่ชัดเจนของเครือข่ายแจ้งให้สมาชิกทราบ

(2) ตั้งเป้าหมายและวัตถุประสงค์ การร่วมกันกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ สมาชิกจะสามารถนำเอาเป้าหมายและวัตถุประสงค์ในส่วนตัวหรือองค์กรเกี่ยวข้อง ไปสู่ การแปรเปลี่ยนเป็นแผนปฏิบัติและจัดทำโครงการ/กิจกรรมเพื่อรองรับได้

(3) สร้างและพัฒนาแผนปฏิบัติการ แผนปฏิบัติการเป็นส่วนสำคัญยิ่ง เพราะเป็นการตัดสินใจในขั้นดำเนินการร่วมกัน แบ่งภาระความรับผิดชอบ อำนวยความสะดวกในการใช้ ทรัพยากรร่วมกัน โดยมีองค์ประกอบในการพิจารณาจัดทำแผนปฏิบัติการ ประกอบด้วย กิจกรรม ที่จะทำให้บรรลุเป้าหมายและวัตถุประสงค์ ทรัพยากรที่มี แบ่งความรับผิดชอบ กำหนดระยะเวลา ปฏิบัติ และนำแผนไปปฏิบัติและติดตามประเมินผล

(4) ส่งเสริมบทบาทและกระบวนการตัดสินใจในกลุ่ม การส่งเสริมบทบาทของมวล สมาชิก ไม่ว่าจะเป็นบทบาทในการดำเนินกิจกรรม/โครงการ บทบาทในการสร้างสรรค์กิจกรรม ใหม่ บทบาทในการร่วมมือกับองค์กรสมาชิกด้วยกันมีความสำคัญ นอกจากนี้ ควรพัฒนา กระบวนการตัดสินใจในการแก้ปัญหา หรือการพัฒนาในด้านต่างๆ เพื่อให้การตัดสินใจนั้นก่อให้เกิด ประสิทธิภาพสูงสุดในการทำงานขององค์กร

(5) พัฒนาระบวนการติดต่อสื่อสาร ความล้มเหลวของเครือข่ายส่วนหนึ่งเกิดจากระบบการติดต่อสื่อสารขาดประสิทธิภาพกล่าวคือ ขาดความสม่ำเสมอ ขาดการวางแผนที่ดี

องค์กรสมาชิกไม่มีส่วนในการแลกเปลี่ยนข่าวสารประสบการณ์ ส่งผลให้ไม่ทราบความเคลื่อนไหวด้านต่างๆ ของเครือข่าย การวางแผนเพื่อพัฒนาระบบการติดต่อสื่อสารจึงต้องมีประสิทธิภาพ โดยสิ่งที่จะต้องดำเนินการ คือ ระบุผู้รับผิดชอบ พัฒนาสื่อ และจัดระบบให้มีการติดต่อสื่อสารถึงมวลสมาชิกอย่างกว้างขวางและสะดวก มีการจัดเวทีพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์เป็นประจำ มีการสรุปผลการดำเนินงานและรายงานความก้าวหน้าของเครือข่าย เพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

(6) พัฒนาโครงสร้างเครือข่ายความร่วมมือ เครือข่ายควรมีโครงสร้างที่สามารถส่งเสริมการทำงานตามขั้นตอนที่ 1-5 ข้างต้น ซึ่งมีหลักการที่ควรคำนึงถึง คือ เครือข่ายความร่วมมือ (Network's Structure) ควรสนับสนุนให้เกิดความร่วมมืออย่างกว้างขวาง สามารถประสานความร่วมมือในเรื่องเป้าหมาย วัตถุประสงค์ แผนปฏิบัติการในแต่ละองค์กร และสามารถอำนวยความสะดวกในการใช้ทรัพยากรร่วมกัน ส่งเสริมบทบาท กระบวนการตัดสินใจของมวลสมาชิก ส่งเสริมให้มีการพัฒนากิจกรรม นวัตกรรมและทางเลือกใหม่ๆ ในการพัฒนา มีการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

(7) พัฒนาทรัพยากรและแหล่งทุนเครือข่าย มีทรัพยากรและการระดมทุนเพื่อสนับสนุนการทำงานของเครือข่าย โดยอาจจะต้องพิจารณาเนื้องานหลักของเครือข่าย และแหล่งทรัพยากร เช่น จะระดมทรัพยากรกันอย่างไร จะหาแหล่งทุนหรือทรัพยากรเพิ่มเติมจากแหล่งใด การจัดทำแผนพัฒนาทรัพยากรและทุนของเครือข่าย เป็นกิจกรรมหลักหนึ่งที่ทำให้งานต่อเนื่อง และอย่าลืมว่า “ทรัพยากร โดยเฉพาะงบประมาณเป็นเพียงเครื่องมือทางการบริหารเท่านั้น” แต่ “หัวใจอยู่ที่ทรัพยากรที่มาจากความตระหนักในความรับผิดชอบและร่วมกันคนละไม้คนละมือของมวลสมาชิกเครือข่าย”

ความหมายโดยทั่วไปของคำว่า “เครือข่าย” (Network) หมายถึง “รูปแบบเฉพาะของความสัมพันธ์ที่เชื่อมโยงกลุ่มบุคคล วัตถุ หรือ เหตุการณ์ โดยที่รูปแบบเฉพาะของความสัมพันธ์ที่แตกต่างกันจะเป็นสิ่งที่ระบุถึงลักษณะเครือข่ายที่แตกต่างกัน แม้ว่าจะถูกกำหนดขึ้นจากองค์ประกอบที่เหมือนกัน” (Knoke, David and Kuklinski, James H., 1983 : 12 อ้างอิงจาก ควงพร คำคุณวัฒน์, 2549 : 30) ในทางสังคมศาสตร์ ‘เครือข่าย’ จึงเป็นรูปแบบของความสัมพันธ์ของกลุ่มบุคคล ซึ่งแม้ว่าจะเป็นกลุ่มบุคคลเดียวกัน แต่ถ้ามีรูปแบบความสัมพันธ์ที่แตกต่างกัน ก็จะได้ว่าเป็นเครือข่ายต่างกันด้วย อาทิ กลุ่มพนักงานที่มีรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างกันในลักษณะปรึกษาหารือหรือให้คำแนะนำในการทำงาน อาจเรียกว่า “เครือข่ายงาน” แต่ถ้ากลุ่มพนักงานดังกล่าวนี้มีรูปแบบความสัมพันธ์แบบมิตรภาพ อาจเรียกว่าเป็น “เครือข่ายมิตรภาพ” เป็นต้น และกลุ่มบุคคลที่รวมกันและสามารถระบุได้ว่าเป็น “เครือข่าย” จะเรียกว่า “ผู้กระทำ” (Actors) หรือ “โหนด” (Nodes) จากความหมายดังกล่าว “เครือข่าย” เป็นเรื่องของกลุ่มบุคคล และรูปแบบความสัมพันธ์ของกลุ่มบุคคล ดังนั้น การศึกษาเครือข่ายของบุคคล จึงเป็นการศึกษาถึงรูปแบบความสัมพันธ์ความเชื่อมโยง

ระหว่างบุคคลต่างๆ ในเครือข่ายนั้น Knoke, David and Kuklinski, James H. (1983 : 12; อ้างอิงจาก ควงพร คำคุณวัฒน์, 2549 : 30) ซึ่งชี้ให้เห็นว่า การศึกษาจำเป็นต้องศึกษาทั้งความสัมพันธ์ที่ปรากฏ และไม่ปรากฏให้เห็นระหว่างบุคคลต่างๆ ในเครือข่าย การมีและไม่มีความสัมพันธ์นี้จะช่วยให้ผู้ศึกษาสามารถทราบถึง “โครงสร้างเครือข่าย” (Network Structure) ได้ ซึ่งมีลักษณะโครงสร้างตั้งแต่แบบที่บุคคลในเครือข่ายไม่มีความสัมพันธ์กันเลย เรียกว่า “โครงสร้างแบบโดดเดี่ยว” (Isolated Structure) ไปจนถึง “โครงสร้างแบบอิ่มตัว” (Saturated Structure) ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ที่บุคคลทุกคนในเครือข่ายมีความสัมพันธ์กันโดยตรง อย่างไรก็ตาม โดยทั่วไปแล้วโครงสร้างของเครือข่ายที่พบมักจะเป็น “โครงสร้างการเชื่อมโยงเครือข่ายภายในกลุ่ม” (Intermediate Structure) ซึ่งเป็นโครงสร้างที่มีบุคคลบางคนในเครือข่ายเชื่อมโยงกันในกลุ่มของตนเองมากกว่าจะเชื่อมโยงกับบุคคลอื่นๆ ดังนั้น การศึกษาเครือข่ายจึงเป็นการอธิบายถึงความแตกต่างของโครงสร้างที่ปรากฏในแต่ละ “โหนด” (Node) และอธิบายถึงความเชื่อมโยงต่างๆ ระหว่างโหนด กล่าวคือ เป็นการศึกษาถึง “โครงสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้กระทำ และตำแหน่งของผู้กระทำแต่ละบุคคลในเครือข่าย ที่มีความสำคัญต่อผลด้านพฤติกรรม การรับรู้ และทัศนคติของผู้กระทำ รวมไปถึงผลกระทบต่อระบบโดยรวมด้วย” Knoke, David and Kuklinski, James H. (1983 : 13; อ้างอิงจาก ควงพร คำคุณวัฒน์, 2549 : 32)

จากแนวคิดเกี่ยวกับเครือข่ายซึ่งชี้ให้เห็นว่าโครงสร้างความสัมพันธ์ของบุคคลในเครือข่ายส่งผลต่อพฤติกรรม การรับรู้ และทัศนคติของบุคคล และมีผลต่อโครงสร้างของระบบโดยรวมสอดคล้องกับความคิดของ Rogers, Everett M. และ Kincaid, Lawrence D. (1981 : 27; อ้างอิงจาก ควงพร คำคุณวัฒน์, 2549 : 32) ซึ่งได้ศึกษาการพัฒนาหมู่บ้าน Oryu Li ประเทศเกาหลี และสรุปให้เห็นว่า “การใช้การสื่อสารเพื่อการพัฒนาควรศึกษาวิจัยในบริบทของเครือข่ายการสื่อสารระหว่างบุคคล แสดงว่าเครือข่ายดังกล่าวมีความสัมพันธ์ระหว่างการตัดสินใจกับภาวะความเป็นผู้นำ ความช่วยเหลือจากภายนอก และการสื่อสารมวลชนอย่างไร”

แนวคิดเกี่ยวกับเครือข่ายการสื่อสาร ได้นำมาประยุกต์ใช้ศึกษาการสื่อสารเพื่อการปรับเปลี่ยนการรับรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมของบุคคล โดยที่ Rogers, Everett M. และ Kincaid, Lawrence D. (1981 : 82; อ้างอิงจาก ควงพร คำคุณวัฒน์, 2549 : 33) ได้อธิบายความหมายของการวิเคราะห์ “เครือข่ายการสื่อสาร” (Communication Networks) ว่าเป็นการศึกษาที่ต้องการชี้ให้เห็นถึงโครงสร้างการสื่อสารในระบบโดยวิเคราะห์การไหลเวียนของการสื่อสารจากรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ถือได้ว่าเป็นการศึกษาที่ช่วยให้สามารถแสดงให้เห็นถึงรูปแบบเฉพาะของการไหลเวียนของข่าวสารในระบบและยังเป็นการเปรียบเทียบโครงสร้างการสื่อสารดังกล่าวกับโครงสร้างของระบบ เพื่อจะชี้ให้เห็นว่าโครงสร้างของสังคมเกี่ยวข้องกับเครือข่ายการสื่อสารอย่างไร เป็นการชี้ให้เห็นว่าบุคคลมีการแลกเปลี่ยนข่าวสารระหว่างกันอย่างไร มีลักษณะของการ

ติดต่อสื่อสารกับบุคคลใดเป็นประจำ หรือหลีกเลี่ยงที่จะติดต่อสื่อสารกับบุคคลใด ซึ่งทั้งหมดนี้ เป็นเครือข่ายการสื่อสารที่ส่งผลซึ่งกันและกันในโครงสร้างของสังคม ในการวิเคราะห์เครือข่าย การสื่อสารไม่ได้มีการแบ่งแยกผู้รับและผู้ส่งสารอย่างเด็ดขาดจากกัน บุคคลในเครือข่ายสามารถเป็น ทั้งผู้ส่งสาร ผู้ถ่ายทอดสาร และผู้รับสารในตัวตนเดียวกันนอกจากนี้ การศึกษาเครือข่ายการสื่อสาร ยังมีมุมมองความเชื่อมโยงในลักษณะองค์รวมของระบบและมองการสื่อสารในลักษณะถู่เข้า (Convergence Model) มากกว่าการมองแบบเส้นตรง (Linear Model) กล่าวคือ ความเชื่อมโยง ความสัมพันธ์ และการไหลเวียนของข่าวสารในเครือข่ายจะโยงใยถึงกันทั้งเครือข่าย ทิศทางการ ไหลเวียนของข่าวสารจากบุคคลหนึ่งไปยังบุคคลอื่นๆ จะได้รับการวิเคราะห์อย่างละเอียด โดยที่ บุคคลหนึ่งจะทำหน้าที่ทั้งผู้ส่งสาร ผู้ถ่ายทอดสาร ผู้รับสาร และผู้หยุดการถ่ายทอดสาร จึงทำให้ เส้นทางไหลเวียนของข่าวสารมีลักษณะเป็นเส้นหลายๆ เส้นที่โยงใยอย่างสลับซับซ้อน ในรูปแบบเฉพาะของเครือข่ายการสื่อสาร สามารถสรุปให้เห็นโครงสร้างของเครือข่ายการสื่อสาร ที่เป็นตัวแปรที่มีผลต่อโครงสร้างของสังคมได้

Rogers, Everett M. และ Kincaid, Lawrence D. (1981 : 83; อ้างอิงจาก ดวงพร คำคุณวัฒน์, 2549 : 34) อธิบายถึงขั้นตอนการวิเคราะห์เครือข่ายการสื่อสารว่าประกอบด้วยขั้นตอนต่อไปนี้

(1) การค้นหาและระบุ “กลุ่มพวกเดียวกัน” (Cliques) ซึ่งเป็นกลุ่มที่เป็นสมาชิก ในระบบการสื่อสาร โดยรวม มีการติดต่อสื่อสารระหว่างกันด้วยความถี่มากพอสมควร และสืบค้น ให้ได้ว่า โครงสร้างแบบกลุ่มย่อยดังกล่าวนี้ส่งผลต่อพฤติกรรมสื่อสารของระบบรวมอย่างไร

(2) การค้นหาและระบุ “บทบาทเฉพาะที่แน่นอนของการสื่อสาร” (Certain Specialized Communication Role) ได้แก่

(2.1) ผู้ประสาน (Liaisons) หมายถึง บุคคลที่ประสานระหว่าง “กลุ่มพวกเดียวกัน” ในระบบ 2 กลุ่มหรือมากกว่า แต่มิได้เป็นสมาชิกอยู่ใน “กลุ่มพวกเดียวกัน” ใดๆ เลย

(2.2) ตัวเชื่อม (Bridges) หมายถึง บุคคลที่เชื่อมระหว่าง “กลุ่มพวกเดียวกัน” ในระบบ 2 กลุ่มหรือมากกว่า ตามตำแหน่งในฐานะสมาชิกใน “กลุ่มพวกเดียวกัน” กลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง

(2.3) ผู้แยกออกจากกลุ่ม (Isolates) เป็นผู้ที่ไม่มีความสัมพันธ์ ไม่ติดต่อสื่อสาร กับบุคคลอื่น แยกตัวเองออกจากกลุ่มต่างๆ

(3) การวัดดัชนีเชิงโครงสร้างการสื่อสาร (Communication Structural Index) เช่น การเชื่อมต่อทางการสื่อสาร ทั้งในระดับปัจเจกบุคคล (Individual) เครือข่ายส่วนบุคคล (Personal Communication Network) ระหว่างบุคคล (Dyads) กลุ่มพวกเดียวกัน (Clique) หรือ ระบบรวม (System/Network) แนวทางการวิเคราะห์เครือข่ายการสื่อสารข้างต้น เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ และการสื่อสารระหว่างบุคคล ซึ่งเป็นตัวแปรที่มีผลต่อความสำเร็จของการใช้การสื่อสารเพื่อ

ปรับเปลี่ยนการรับรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมของบุคคล ดังนั้น แนวคิดเกี่ยวกับเครือข่ายการสื่อสาร รวมถึงแนวทางการวิเคราะห์เครือข่ายการสื่อสาร จึงเป็นประโยชน์ต่อการวิเคราะห์รูปแบบโครงสร้างความสัมพันธ์ของเครือข่ายการสื่อสารสุขภาพ อันนำไปสู่การปรับเปลี่ยนด้านการรับรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมเกี่ยวกับสุขภาพของบุคคล และส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนโครงสร้างการสื่อสารสุขภาพโดยรวม ซึ่งช่วยให้การศึกษาวิเคราะห์กลไกสนับสนุนระบบการสื่อสารสุขภาพดำเนินไปเพื่อประโยชน์ของประชาชนได้มากยิ่งขึ้น

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับการสื่อสารสุขภาพ

2.3.1 แนวคิดการสื่อสารสุขภาพ

กระแสดความสนใจในเรื่องสุขภาพในสังคมเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในปัจจุบันทำให้บทบาทและความสำคัญของศาสตร์ด้านการสื่อสารสุขภาพ (Health Communication) ชัดเจนมากยิ่งขึ้น ทั้งนี้เพราะรูปแบบของการสื่อสารผ่านมวลชนดังที่เคยปฏิบัติมา อาจไม่ได้ผลและไม่ครอบคลุมต่อความต้องการรับ-ส่งข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพเพื่อการส่งเสริมป้องกัน บำบัดและฟื้นฟูในโรคและการป้องกันโรคของประชาชน ดังนั้นรูปแบบของการรับ-ส่งสารด้านสุขภาพจึงมีความเฉพาะด้านมากขึ้นในรูปแบบที่เรียกว่าการสื่อสารสุขภาพ ด้วยการเพิ่มองค์ความรู้และประสบการณ์ต่างๆ ในศาสตร์สุขภาพผ่านไปยังกลุ่มเป้าหมายเพื่อให้เกิดการรับรู้ คอบรับ และนำข้อมูลสุขภาพเหล่านั้นไปใช้ได้อย่างทั่วถึง ศาสตร์ด้านการสื่อสารสุขภาพมีวิวัฒนาการมาตั้งแต่เริ่มมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการศึกษา (Communication) และสุขภาพ (Health) เมื่อประมาณ 35 ปีที่ผ่านมา (Rogers, 1994 : 47; อังอิงจาก มาลี บุญศิริพันธ์, 2548 : 7) โดยเป็นการเริ่มจากความสนใจของกลุ่มนักวิชาการที่สนใจร่วมกันเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการศึกษาเพื่อนำไปใช้ในกระบวนการซ่อมแซมสุขภาพหรือการป้องกันโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ ซึ่งภายหลังได้มีการผลักดันให้มีการจัดตั้ง The International Communication Association's Division of Health Communication ขึ้นพร้อมๆ กับเริ่มมีผลงานการวิจัยชุดแรกใน The Communication Yearbook ใน ค.ศ. 1977 ต่อมา Speech Communication Association ได้ริเริ่มให้มีการจัดตั้ง The HealthCommunication Commission ขึ้นใน ค.ศ. 1986 และใน ค.ศ. 1993 The Centers for DiseaseControl and Prevention (CDC) ได้ประกาศจัดตั้ง The Office of Health Communication ขึ้น (กมลรัฐ อินทรทัศน์, 2547 : 27)

ในส่วนของประเทศไทย คนไทยเริ่มให้ความสำคัญกับ “สุขภาพ” มากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเพิ่มขึ้นของความต้องการเปิดรับข้อมูลข่าวสารที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน ในอดีตประชาชนส่วนใหญ่รู้จัก “สุขภาพ” ในมุมมองที่แคบกว่าปัจจุบัน กล่าวคือเรื่อง

สุขภาพมีเนื้อหาครอบคลุมเฉพาะเรื่องอนามัยส่วนบุคคล น้ำสะอาด การเจ็บไข้ได้ป่วย การคลอดบุตร ยา การแพทย์และการรักษาโรค ฯลฯ แต่ปัจจุบันสุขภาพกลายเป็นปัจจัยหลักที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการดำรงชีวิตประจำวันของมนุษย์ (Harrabin, Coote and Allen, 2003 : 29; อ้างอิงจาก มาลี บุญศิริพันธ์, 2548 : 8) โดยเฉพาะความต้องการรับข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับระบบและบริการด้านสุขภาพ เพื่อลดความเจ็บป่วยและเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ดียิ่งขึ้นภายหลังการก้าวเดินตามแผนพัฒนาสุขภาพและการสาธารณสุขของประเทศไทยมากกว่า 40 ปีทำให้ประเทศไทยประสบความสำเร็จในหลายเรื่อง ในปัจจุบันสุขภาพมีความหมายที่กว้างขึ้นและไม่จำกัดประเด็นเพียงเรื่องสุขอนามัยและความเจ็บป่วยหากแต่ครอบคลุมเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตประจำวัน ในระยะ 20 ปีที่ผ่านมา กระแสความสนใจในเรื่องสุขภาพได้กลายเป็นกระแสหลักของคนทั่วโลกที่หันมาดูแลเอาใจใส่สุขภาพ โดยเฉพาะความสนใจ และพยายามดูแลตนเองด้วยการเชื่อมโยงบริบทสุขภาพกับประเด็นอื่นๆ เช่น สิ่งแวดล้อม การเกษตร วิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี รวมไปถึงเศรษฐกิจ การคลัง การเมือง และสังคมภายหลังจากการประชุมองค์การอนามัยโลก ณ กรุงออตตาวา ประเทศแคนาดา ใน พ.ศ. 2529 (Ottawa Charter for Health Promotion, WHO, Geneva, 1986 : 97; อ้างอิงจาก มาลี บุญศิริพันธ์, 2548 : 8) ได้มีการขยายแนวคิดว่าด้วยเรื่องสุขภาพให้รวมถึงการสร้างเสริมสุขภาพอย่างกว้างขวาง เป็นผลให้นำไปสู่การให้คำจำกัดความของคำศัพท์ “สุขภาพ” ที่สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงในกระแสโลกและสังคมปัจจุบันที่มากขึ้น โดยให้ความสำคัญกับปัจจัยกำหนดที่เอื้อให้เกิดสุขภาพ (Prerequisite for Health) ซึ่งได้แก่สันติภาพทรัพยากรทางเศรษฐกิจที่เพียงพอ อาหารและที่อยู่อาศัย ระบบนิเวศที่มั่นคงและการใช้ทรัพยากรแบบยั่งยืน

กมลรัฐ อินทรทัศน (2547 : 28) ได้รวบรวมความหมายของการสื่อสารเพื่อสุขภาพไว้ในหนังสือการพัฒนาองค์ความรู้การสื่อสารเพื่อสุขภาพ Health Communication ภายใต้การสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ได้ให้ความหมายการสื่อสารสุขภาพว่าเป็นการใช้กลยุทธ์หลักๆ ในการบอกกล่าวหรือการแจ้ง (Inform) ให้สาธารณชนทราบเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพด้วยการใช้การสื่อสารมวลชน (Mass Communication) และการใช้สื่อประสมประเภทต่างๆ (Multimedia) รวมทั้งนวัตกรรมด้านเทคโนโลยีสารสนเทศต่างๆ โดยมุ่งเผยแพร่เนื้อหา ข้อมูลด้านสุขภาพที่เป็นประโยชน์ต่อสาธารณชน เพื่อให้เกิดการตระหนักในประเด็นดังกล่าว ทั้งในระดับปัจเจกบุคคลและในระดับสังคม อีกทั้งยังรวมถึงการให้ความสำคัญเกี่ยวกับการพัฒนาสุขภาพ (Health Development) ด้วย ทั้งนี้ WHO ได้อธิบายเพิ่มเติมว่าการสื่อสารเพื่อสุขภาพจะประกอบด้วยศาสตร์หลายๆ สาขาเช่นสาระบันเทิง (Edutainment หรือ Enter-education) การสื่อสารระหว่างบุคคล (Interpersonal Communication) การชี้นำด้านสื่อ (Media Advocacy) การสื่อสารในองค์กร (Organizational Communication) การสื่อสารเพื่อสังคม (Social Communication and Social Marketing) ฯลฯ

Ratzan (1994 : 45; อ้างอิงจาก มาลี บุญศิริพันธ์, 2548 : 8) กล่าวว่า การสื่อสารเพื่อสุขภาพคือการใช้ศิลปะและเทคนิคในการบอกกล่าวหรือการแจ้งให้ทราบ (Inform) รวมทั้งการสร้างอิทธิพล (Influence) และการจูงใจ (Motivate) แก่กลุ่มเป้าหมายเกี่ยวกับประเด็นด้านสุขภาพ ส่วนขอบเขตของการสื่อสารเพื่อสุขภาพนั้นจะรวมถึงการป้องกันโรค (Disease Prevention) การสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion) นโยบายธุรกิจเกี่ยวกับบริการสุขภาพ (Health Care Policy and Business) และรวมถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

Freimuth (1998 : 65; อ้างอิงจาก มาลี บุญศิริพันธ์, 2548 : 9) กล่าวว่า การสื่อสารเพื่อสุขภาพคือการศึกษาหรือให้การเรียนรู้โดยการใช้กลยุทธ์ต่างๆ ในการบอกกล่าว หรือการแจ้งให้ทราบเพื่อก่อให้เกิดอิทธิพลต่อปัจเจกบุคคลและต่อสังคมต่อการสร้างเสริมสุขภาพตามที่ต้องการ ฯลฯ

จากจุดเริ่มที่แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพเข้ามามีบทบาทในระดับสากล ทำให้การสื่อสารเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลสุขภาพมีมากขึ้น ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้นิยามความหมายของ “สุขภาพ” กว้างขวางขึ้น ได้มีความพยายามในการให้ความหมายของ “สุขภาพ” จากหน่วยงานและบุคคลต่างๆ มากมาย ซึ่งสามารถกล่าวโดยสรุปถึงขอบเขตสุขภาพได้ว่าเป็นเรื่องราวที่มีลักษณะเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการทำความเข้าใจต่อครองชีวิต สภาพความเป็นอยู่ ความสัมพันธ์ในวิถีชุมชนในมิติทางกาย ทางใจและทางประชาสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดสถานะสุขภาพของประชากรรวมไปถึงการมองหา “จุดเด่น” ของนโยบายด้านสุขภาพที่จะมีความสำคัญนำไปสู่การลงทุนและการกำหนดแผนงานด้านสาธารณสุขของประเทศอย่างเหมาะสมเป็นระบบเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการพัฒนาสุขภาพประชากรอย่างยั่งยืน สุขภาพจึงไม่ได้หมายถึงเรื่องเจ็บป่วย อนามัยส่วนบุคคล อนามัยสิ่งแวดล้อมหรือการแพทย์เพียงอย่างเดียวอีกต่อไป หากแต่เป็นการรวบรวมบริบทแนวคิดทางชุมชน สังคม เศรษฐกิจและการเมืองที่มุ่งพัฒนาสุขภาพเพื่อช่วยให้ชีวิตยืนยาวรวมทั้งการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามหลัก “สุขภาพะ” ของประชาชนให้ดียิ่งขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งได้มีการเชื่อมโยงวิถีชีวิตเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของคำว่า “ระบบสุขภาพ” เมื่อประเทศไทยก้าวเข้าสู่ยุคสังคมความรู้ ประชาชนในฐานะผู้รับสารย่อมมีความต้องการข้อมูลที่มากขึ้นเพื่อประกอบการตัดสินใจ เพื่อการดำรงชีวิตในยุคสมัยแห่งการแข่งขันและการอยู่รอดอย่างมีความสุข ข้อมูลด้านสุขภาพและสาธารณสุขเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยลดอัตราการเจ็บป่วย ตลอดจนป้องกันการเกิดโรคของสมาชิกในสังคม เมื่อพิจารณาสภาพภูมิประเทศของไทยและการเข้าถึงเทคโนโลยีด้านการสื่อสารในภาพรวมของประเทศ จะเห็นได้ว่ายังมีข้อจำกัดในการครอบคลุมพื้นที่และการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพอีกจำนวนมากในประเทศ ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่จะต้องพิจารณาถึงกระบวนการสื่อสารที่สามารถก่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจในข้อมูลสุขภาพที่แท้จริง ศาสตร์ด้านการสื่อสารสุขภาพจึงได้มีบทบาทมากขึ้นและมีหลายหน่วยงานพยายามรวบรวมองค์ความรู้

ตลอดจนรวบรวมและวิจัยศึกษางานด้านการสื่อสารสุขภาพเพื่อนำมาใช้กับบริบทการสร้างเสริมสุขภาพในสังคมไทย

Ratzan (1994 : 47; อ้างอิงจาก มาลี บุญศิริพันธ์, 2548 : 10) กล่าวถึงองค์ประกอบของการสื่อสารเพื่อสุขภาพว่าจะต้องมี “สุขภาพศึกษา” (Health Education) เป็นกิจกรรมที่มุ่งสู่การส่งเสริมการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีโดยการแจ้งให้ทราบ การให้การศึกษาแก่ปัจเจกบุคคลผ่านสื่อและกิจกรรมต่างๆ “การสื่อสารเพื่อสังคม” (Social Marketing) หรือการสื่อสารเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนในสังคม เป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพหรือการเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพสู่พฤติกรรมทางบวก โดยใช้หลักการตลาดเข้ามาเสริมกับสื่อมวลชนประเภทต่างๆ “การชี้นำ” (Advocacy) เป็นกิจกรรมที่ใช้สื่อสารมวลชนในการส่งเสริมนโยบายและโครงการต่างๆ เพื่อส่งเสริมสุขภาพ “การสื่อสารเกี่ยวกับภาวะเสี่ยง” (Risk Communication) กิจกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับเฉพาะกลุ่มที่ต้องพิจารณาภาวะการณ์แวดล้อมและวิธีการต่างๆ ตลอดจนทางเลือกในการจัดการกับภาวะเสี่ยงเช่นการให้คำปรึกษาส่วนตัว “การสื่อสารกับผู้ป่วย” (Patient Communication) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานะด้านสุขภาพเพื่อการบำบัดรักษา การให้ความรู้ ความเข้าใจในรูปแบบและวิธีการเช่นการสื่อสารระหว่างผู้ให้การรักษากับคนไข้ การสื่อสารระหว่างกลุ่มเพื่อนเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ระหว่างกัน เป็นต้น “การให้ข้อมูลด้านสุขภาพ” (Consumer Health Information) เป็นการช่วยให้บุคคลเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองและสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนหรือครอบครัวได้ รวมทั้งการนำเสนอข้อมูลด้านสุขภาพในลักษณะต่างๆ เช่นการประกันสุขภาพ การป้องกัน การดูแลสุขภาพตนเอง “การใช้สื่อใหม่ประเภทต่างๆ” (New Media) หมายถึงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารต่างๆ เพื่อการแพร่กระจายแนวคิด วิธีการเกี่ยวกับการสื่อสารเพื่อสุขภาพให้ทั่วถึงประชาชนมากขึ้น

2.3.2 แนวคิดการสื่อสารแบบมีส่วนร่วม

จากการเกิดขึ้นของการพัฒนาแนวใหม่ มีผลให้การสื่อสารปรับเปลี่ยนบทบาทไปตามการพัฒนา ทำให้เกิดรูปแบบการสื่อสารแบบมีส่วนร่วมซึ่งมีความเชื่อมโยงอย่างใกล้ชิดกับการพัฒนาแนวใหม่นี้กล่าวคือ การพัฒนาแนวใหม่เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนในรูปแบบต่างๆ มากขึ้น และประชาชนไม่ใช่เป็นเพียงเป้าหมายการพัฒนาให้เกิดความทันสมัยเท่านั้น แต่หันมาเน้นการพัฒนาที่ “กระบวนการ” ดังนั้น การสื่อสารแบบมีส่วนร่วมจึงเข้ามามีบทบาทอย่างมากในการพัฒนาสุขภาพปัจจุบัน หลักการของ การสื่อสารแบบมีส่วนร่วม ตามแนวทางขององค์การยูเนสโก คือ (จุมพล รอดคำดี, 2542 : 24)

(1) การเข้าถึงสื่อ (Access) หมายถึง การเข้าถึงสื่อที่ให้บริการแก่ชุมชน สื่อยอมเปิดโอกาสให้ประชาชนเลือกรายการหรือเข้าไปจัดทำในสิ่งที่จะเป็นประโยชน์แก่ตัวเองได้ทราบเท่าที่ไม่ขัดกับกฎหมาย นอกจากนี้ยังเป็นช่องทางที่จะทำให้ประชาชนได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็น

คิดเห็นต่อรายการ รวมทั้งการเสนอให้มีการปรับเปลี่ยนได้ แม้แต่คณะผู้ผลิตรายการหรือผู้ควบคุมการทำงานของสื่อนั้นก็สามารถเปลี่ยนได้

(2) การมีส่วนร่วม (Participation) หมายถึง การมีส่วนร่วมในทุกระดับในระบบการสื่อสาร ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการวางแผนการสื่อสารภายในชุมชน ตั้งแต่เริ่มคิดไปจนกระทั่งการผลิต การจัดการ การใช้สื่อในชุมชนต่างๆ ประชาชนในชุมชนจะต้องมีส่วนร่วมหรือมีโอกาสเข้าร่วมได้ทุกขั้นตอน

(3) การจัดการด้วยตนเอง (Self-management) หมายถึง การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจด้วยตนเอง ตามวิถีทางกระบวนการประชาธิปไตยและการตัดสินใจนั้น ประชาชนในชุมชนมีอำนาจตัดสินใจตั้งแต่เริ่มคิด วางแผน ไปจนกระทั่งการกำหนดนโยบาย การบริหารและการลงมือผลิตสื่อด้วยตนเอง อย่างไรก็ตาม ยูเนสโก ยอมรับว่า การจัดการด้วยตนเองจะต้องกระทำอย่างค่อยเป็นค่อยไป ในขณะที่ การเข้าถึงสื่อ และการมีส่วนร่วมในการสื่อสาร มีความเป็นไปได้มาก และสามารถทำได้ง่ายกว่า

2.3.3 เป้าหมายของการสื่อสารแบบมีส่วนร่วม

ในระดับชุมชน เป้าหมายของการสื่อสารแบบมีส่วนร่วมมีดังต่อไปนี้ (กาญจนา แก้วเทพ และคณะ, 2543 : 15)

(1) เพื่อกระตุ้นให้ชุมชนมองเห็นคุณค่าของตนเอง เช่น การนำเอาภูมิปัญญาของชาวบ้านมาเผยแพร่ในวงกว้าง

(2) เพื่อสร้างความมั่นใจให้กับชาวบ้านที่เข้ามามีส่วนร่วม และเพื่อให้เห็นคุณค่าความคิดและความเชื่อของเขา ตัวอย่างเช่น เมื่อมีการนำเอาแนวคิดเรื่อง เศรษฐกิจแบบพอเพียงมาเผยแพร่ในวงกว้าง และคนทั่วไปให้การยอมรับผ่านการแสดงทัศนะผ่านสื่อ (เป็น Feedback) ก็จะทำให้ชุมชนมีความมั่นใจในคุณค่าของตนเอง

(3) เพื่อพิสูจน์ความเชื่อของชุมชนที่เคยคิดว่าตนเองไม่สามารถใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ที่ซับซ้อนได้ การเข้ามาร่วมฝึกฝนอบรมการผลิตสื่อจะพิสูจน์ให้ชาวบ้านเห็นว่า พวกเขาสามารถจะใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ได้หากมีโอกาส

(4) เพื่อสร้างทักษะในการสร้างสื่อให้กับชุมชน เพื่อเป็นช่องทางที่ชุมชนจะส่งข่าวสารออกไปจากจุดยืน มุมมองและทัศนะของตนเอง

(5) เพื่อให้ชุมชนได้แสดงความรู้สึก ปัญหา วิธีการวิเคราะห์ปัญหา รวมทั้งวิธีการแก้ปัญหาจากทัศนะของชุมชน

(6) ผลจากการสื่อสารของชุมชนที่อาจเกิดจากการริเริ่มของบางส่วนของชุมชน หรือจากชุมชนใดชุมชนหนึ่ง จะช่วยยกระดับความมีสติและความรับผิดชอบให้กับทั้งชุมชนหรือชุมชนอื่นๆ เพื่อร่วมแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

(7) ช่วยเพิ่มสัดส่วนของการสร้างสื่อที่มีสาระให้แก่ชุมชน ให้มีปริมาณเพิ่มมากขึ้น เพื่อถ่วงดุลกับการสื่อสารที่มุ่งเน้นแต่ความบันเทิงและการหลีกเลี่ยงปัญหา (Escapist) ที่สื่อจากภายนอกยึดคิดเข้าไปในชุมชน

2.3.4 การมีส่วนร่วมในองค์ประกอบของการสื่อสาร

ปัจจัยที่จะเข้ามามีส่วนร่วมกำหนดระดับความมากน้อยของการมีส่วนร่วมนั้นจะเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบของการสื่อสารดังนี้ (กาญจนา แก้วเทพ และคณะ, 2543 : 17)

(1) เป้าหมายของการสื่อ ได้กำหนดให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในระดับใด เช่น ในระดับเข้าร่วมแสดง ระดับเป็นผู้รับสารที่คอยปฏิบัติย้อนกลับ (Feedback)

(2) การสื่อสารสองทางและการมีปฏิสัมพันธ์ (Interactivity) ของการสื่อสาร ยิ่งการสื่อสารที่เอื้ออำนวยให้มีการตอบโต้กันอยู่ตลอดเวลามากขึ้นเท่าใด โอกาสที่ชุมชนจะเข้ามามีส่วนร่วมก็ยิ่งจะมีมากขึ้นเท่านั้น

(3) ใครคือผู้ส่งสาร ในชุมชนเองโอกาสที่คนส่วนใหญ่จะได้เข้ามาเป็นผู้ส่งสารมีมากน้อยและทั่วถึงหรือไม่ หรือเมื่อเปรียบเทียบกับระหว่างนักสื่อสารมวลชนอาชีพ เจ้าหน้าที่รัฐ และชาวบ้าน สัดส่วนที่จะเป็นผู้ส่งสารเป็นอย่างไรบ้าง

(4) ประเภทของเนื้อหาสาร เป็นเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับสภาพความเป็นจริงของชุมชนและมีวิธีการนำเสนอเนื้อหา มีลักษณะของการสนทนาแลกเปลี่ยนทัศนะซึ่งกันและกัน (Dialogue) แสวงหาความร่วมมือจากหลายฝ่าย (Collaboration) และก่อให้เกิดการตัดสินใจโดยกลุ่ม (Group Decision-Making) ก็จะยิ่งทำให้การมีส่วนร่วมมีโอกาสมากขึ้น

(5) ประเภทของช่องทาง/สื่อ โดยหลักการทั่วไปแล้ว สื่อขนาดเล็กเช่นสื่อเฉพาะกิจจะเปิดโอกาสให้ชุมชนมีส่วนร่วมได้มากกว่าสื่อมวลชน สื่อที่ชาวบ้านคุ้นเคยเช่นสื่อประเพณีก็จะเอื้ออำนวยให้ชาวบ้านเข้าร่วมได้ง่ายกว่าสื่อสมัยใหม่

(6) ผู้รับสารและการมีปฏิสัมพันธ์ย้อนกลับ (Feedback) การสื่อสารแบบมีส่วนร่วม นั้นจะมีความเชื่อพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับผู้รับสารที่แตกต่างไปจากการสื่อสารเพื่อการพัฒนากระแสหลัก คือ กระบวนทัศน์ใหม่เชื่อว่า ผู้รับสารนั้นมีใจผู้วางเปล่าและไม่รู้อะไรเลยเกี่ยวกับเนื้อหาสารที่สื่อไป หากแต่ความรู้ที่ผู้รับสารมีนั้น อาจจะเป็นความรู้คนละชุดที่แตกต่างจากผู้ส่งสารคาดคิดไว้ นอกจากนี้วิธีการรับสารของประชาชนเป็นไปอย่าง active และประชาชนผู้รับสารมักจะมีปฏิสัมพันธ์ย้อนกลับ (Feedback) และไม่ว่าชุมชนจะเข้ามามีส่วนร่วมกับการสื่อสารในระดับใดก็ตาม การจัดช่องทางสำหรับปฏิสัมพันธ์ย้อนกลับก็เป็นปัจจัยที่จำเป็นอย่างขาดไม่ได้ของการสื่อสารแบบมีส่วนร่วม

2.3.5 ระดับการมีส่วนร่วม

ระดับของการมีส่วนร่วมกระทำได้ในหลายระดับ ได้มีนักวิชาการหลายท่านจัดระดับการมีส่วนร่วมเอาไว้หลายๆ แบบ ดังตัวอย่าง การแบ่งระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนไว้

3 ระดับ โดยเรียงลำดับจากระดับที่น้อยที่สุดไปจนถึงมากที่สุด ดังนี้ (กาญจนา แก้วเทพ และคณะ, 2543 : 18)

(1) การมีส่วนร่วมในฐานะผู้รับสาร/ผู้ใช้สาร (Audience/Receiver/Users) เป็นขั้นตอนของการมีส่วนร่วมในฐานะระดับล่างที่สุด กล่าวคือ ในกระบวนการสื่อสารตั้งแต่ต้นยังอยู่ในการกำหนดของผู้ส่งสาร ไม่ว่าจะเป็นการเลือกประเด็นเนื้อหา การเลือกวิธีการนำเสนอ ไปจนกระทั่งการเลือกช่องทางสื่อที่จะใช้เผยแพร่และผู้รับสารก็ยังคงมีฐานะเป็นเพียงผู้รับสารแต่เพียงอย่างเดียว ในระดับผู้รับสารนี้ คนในชุมชนทุกคนสามารถมีส่วนร่วมได้

(2) การมีส่วนร่วมในฐานะผู้ส่ง/ผู้ผลิต/ผู้ร่วมผลิต/ผู้ร่วมแสดง (Sender/Producer/Co-producer/Performance) เป็นขั้นตอนของการมีส่วนร่วมในระดับที่สูงขึ้นมาและจำเป็นต้องสร้างเงื่อนไขใหม่ๆ เพิ่มเติม หรือต้องมีการปฏิรูปเปลี่ยนแปลงโครงสร้างเก่าๆ ที่มีอยู่ การเข้ามามีส่วนร่วมในระดับนี้ อาจจะมีคนบางกลุ่มในชุมชนเท่านั้นที่จะเข้าร่วม และ การเข้ามามีส่วนร่วมในฐานะผู้ผลิตหรือผู้ร่วมผลิตนั้น ยังแบ่งออกได้เป็นหลายขั้นตอนตามหลักแนวคิดของการผลิตสื่อ คือ

(2.1) ขั้นตอนการผลิต (Pre-production Stage) อันได้แก่ ขั้นตอนเตรียมการก่อนการผลิตสื่อ กิจกรรมในขั้นตอนนี้จะประกอบด้วย การเลือกประเด็นหัวข้อ การเลือกแง่มุมที่จะนำเสนอ การรวบรวมข้อเท็จจริงที่จะนำมาใช้เป็นวัตถุดิบ

(2.2) ขั้นการผลิต (Production Stage) ได้แก่ ขั้นตอนการลงมือผลิต เช่น การเข้าห้องจัดรายการในกรณีของวิทยุ การลงมือถ่ายทำในกรณีของวิดีโอ

(2.3) ขั้นหลังการผลิต (Post-production Stage) ได้แก่ ขั้นตอนหลังการถ่ายทำเสร็จแล้ว ก็ต้องมีการตัดต่อ การอัดเสียงประกอบ การเพิ่มเติมด้านเทคนิคต่างๆ ฯลฯ

(3) การมีส่วนร่วมในฐานะผู้วางแผนและกำหนดนโยบาย (Policy Maker/Planner) การมีส่วนร่วมในฐานะผู้วางแผนและกำหนดนโยบายนั้น ถือว่าเป็นรูปแบบสูงสุดของการมีส่วนร่วม และยิ่งระดับของการมีส่วนร่วมสูงขึ้นมากเท่าใด สักส่วนของชุมชนที่จะเข้ามามีส่วนร่วมก็จะเล็กลง การเข้าร่วมของชุมชนก็จะมีตัวแทนบางคนเท่านั้นจากชุมชนที่จะเข้ามาดำเนินกิจกรรมในระดับนี้การมีส่วนร่วมในฐานะผู้วางแผน และกำหนดนโยบายการใช้สื่อของชุมชนนั้น หมายถึง การวางแผนและนโยบายดำเนินการใช้สื่อที่รวมเอาชุมชนเข้ามาอยู่ในโครงสร้างการสื่อสารของชุมชน กล่าวใน ระดับกว้าง อาจหมายถึง การวางแผนและกำหนดนโยบายของการสื่อสารทุกประเภทที่มีอยู่ในชุมชน นำมาเชื่อมโยงระหว่างสื่อแต่ละประเภทเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการใช้ ส่วนในระดับที่แคบลงมา อาจหมายถึง การมีส่วนร่วมในการกำหนดแผนและนโยบายของสื่อบางประเภทที่จะเข้ามาในชุมชน ตัวอย่างเช่น การทำวิทยุชุมชนที่ในโครงสร้างของการดำเนินงานจะมีตัวแทนชาวบ้านเข้าไปอยู่ทุกขั้นตอน คือ ทั้งระดับคณะกรรมการบริหารวิทยุ

ทั้งระดับการผลิต กล่าวคือ เป็นการรับผิดชอบร่วมกัน ชุมชนเองก็ต้องรับผิดชอบการดำเนินงานของสื่อ ซึ่งรวมทั้งด้านงบประมาณ อุปกรณ์ บุคลากร ฯลฯ ส่วนสื่อนั้นก็ต้องตอบสนองความต้องการของชุมชน

นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพนั้น มิได้กำหนดโดยภาครัฐเท่านั้น ใน พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้เปิดช่องทางให้ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วม ประกอบด้วยผู้คนที่มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่ายในสังคม ได้แก่ ฝ่ายการเมือง รัฐบาล ราชการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรพัฒนาเอกชน ภาคธุรกิจเอกชน นักวิชาการ สื่อมวลชน ชุมชนและประชาชนเอง ตามหลักการ "สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา" กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ นอกเหนือจากกระบวนการที่กำหนดไว้ใน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 อันได้แก่ สมัชชาสุขภาพ การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพแล้ว ยังมีกลไกและกระบวนการอื่นๆ อีก ได้แก่ การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในรูปของคณะกรรมการระดับชาติ โดยมีตั้งกลไกขึ้นมาดูแลเป็นการเฉพาะเรื่อง ซึ่งในปัจจุบันมี 2 คณะ คือ

(1) คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ (National Commission on Human Resources for Health) ทำหน้าที่ดูแลขับเคลื่อนและผลักดันการดำเนินงานตาม “แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 – 2559” ที่ ครม. ให้ความเห็นชอบไว้แล้วตั้งแต่วันที่ 24 เมษายน พ.ศ. 2550

(2) คณะกรรมการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพแห่งชาติ (National Commission on Traditional Wisdom Development for Health) ทำหน้าที่ดูแลขับเคลื่อนและผลักดันการดำเนินงานตาม “แผนยุทธศาสตร์ชาติ การพัฒนาภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย พ.ศ. 2550 – 2554” ที่ ครม. ให้ความเห็นชอบไว้แล้วการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในรูปของเครือข่าย ในปัจจุบันมีการสนับสนุนเครือข่ายนโยบายเกษตรและอาหาร โดยมีมูลนิธิเกษตรกรรมยั่งยืน (ประเทศไทย) เป็นแกนประสานงานการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในรูปของการสร้างความร่วมมือกับสถาบันวิชาการ ปัจจุบันมีการสร้างความร่วมมือกับสถาบันการศึกษา จำนวน 2 แห่ง คือมหาวิทยาลัยขอนแก่น และมหาวิทยาลัยมหิดล

2.3.6 นโยบายการบริหารงานกระทรวงสาธารณสุข

(1) พัฒนางานสาธารณสุขตามแนวพระราชดำริและโครงการเฉลิมพระเกียรติ เพื่อเทิดพระเกียรติพระบรมวงศานุวงศ์ทุกพระองค์ ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการ

(1.1) โครงการพระราชดำริ ดำเนินการโดยส่วนกลาง จำนวน 12 โครงการ ส่วนภูมิภาค 93 โครงการ

(1.2) โครงการเฉลิมพระเกียรติ ดำเนินการ โดยส่วนกลาง จำนวน 213 โครงการ ส่วนภูมิภาค 135 โครงการ เช่น

(1.2.1) โครงการสนองน้ำพระราชหฤทัยในหลวง ทรงห่วงใยสุขภาพประชาชน เพื่อถวายเป็นพระราชกุศล เฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เนื่องในโอกาสพระราชพิธีมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 7 รอบ 5 ธันวาคม พ.ศ. 2554

(1.2.2) โครงการสายใยรักแห่งครอบครัว

(1.2.3) โครงการ To Be Number One

(1.2.4) โรงพยาบาลต้นแบบ

(2) เพิ่มคุณภาพระบบหลักประกันสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพ มาตรฐาน ทัวถึง เป็นธรรม สร้างระบบบริหารจัดการที่มีเอกภาพ

(2.1) สร้างกลไกกำหนดนโยบายระบบบริการระดับชาติ

(2.2) สร้างความมั่นคงทางการเงินการคลังของสถานบริการ

(2.3) การปฏิรูปโครงสร้างและภารกิจของหน่วยงานต่างๆ ทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค รวมถึงการประสานกับหน่วยงานภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงสาธารณสุข

(3) เร่งรัดมาตรการสร้างสุขภาพ โดยมีเป้าหมาย เพื่อลดอัตราป่วย ตายและผลกระทบจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดัน หัวใจ หลอดเลือดสมอง และมะเร็ง

(3.1) ด้านนโยบายสาธารณะ ในการสร้างสุขภาพ การบังคับใช้กฎหมายต่างๆอย่างเข้มแข็ง อาทิ พรบ.การควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์, พรบ.ควบคุมยาสูบ

(3.2) การสร้างกระแสสังคม การจัดมหกรรมรณรงค์ต่างๆ เช่น มหกรรมการออกกำลังกาย รณรงค์องค์กรไร้พุง ฯลฯ

(3.3) การพัฒนาศักยภาพในชุมชน เป็นการสนับสนุนให้ชุมชน ท้องถิ่นมีชมรมสร้างสุขภาพ อาทิ ชมรมออกกำลังกาย ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมอาหารปลอดภัย

(3.4) การส่งเสริมบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุข ให้ อสม.ที่มีอยู่จำนวนเกือบ 1 ล้านคน ได้ช่วยส่งเสริมสุขภาพ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชน

(3.5) เร่งรัดดำเนินการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ตลอดจนอาหารปลอดภัย

(3.6) การคุ้มครองผู้บริโภค การเฝ้าระวังอาหารและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัย โดยชมรมต่างๆ ประชาชน ท้องถิ่น รวมถึงการสนับสนุนให้มี อย.น้อย ในโรงเรียน ที่ขยายไปสู่กลุ่มเยาวชนมากขึ้น

(3.7) ส่งเสริมให้มีการเฝ้าระวัง และตรวจสอบปนเปื้อนในอาหาร เช่น ฟอรัมาลิน สารฟอกขาว บอแรกซ์ ซัลบูตามอล ฯลฯ โดยเฉพาะจังหวัดที่เป็นแหล่งผลิตอาหารนำเข้า

(4) เตรียมความพร้อม พัฒนาระบบเฝ้าระวัง เตือนภัย การจัดการที่มีประสิทธิภาพทันการณ์ เมื่อเกิดภัยพิบัติ โรคระบาด และภัยสุขภาพ

- (4.1) โครงการแท็กซี่สุขภาพ (Healthy Taxi) ส่งเสริมให้มีมาตรฐานของแท็กซี่สุขภาพ จำนวน 84,000 คัน เพื่อความปลอดภัยด้านสุขภาพแก่ผู้ใช้บริการ รับส่งกลับบ้าน
- (4.2) การจัดตั้งศูนย์เตรียมพร้อมด้านการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อเป็นศูนย์กลางในการดำเนินงานเฝ้าระวัง เตือนภัย และการบริหารจัดการปัญหาในระดับชาติ
- (4.3) จัดทำระบบการเฝ้าระวังแจ้งเตือนภัย เช่น โรคมือ เท้า ปาก
- (4.4) จัดตั้งหน่วยสอบสวนโรคเคลื่อนที่เร็วระดับตำบล (SRRT)
- (4.5) จัดระบบการบรรเทาและให้ความช่วยเหลือผู้ประสบภัยในพื้นที่เกิดเหตุอย่างทั่วถึง ภายใน 24 ชั่วโมง
- (4.6) จัดตั้ง Disaster Management Assistance Team (DMAT) ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญในการบริหารจัดการภัยพิบัติจำนวน 18 เขต (36 ทีม)
- (4.7) จัดตั้งห้องปฏิบัติการที่มีความพร้อม
- (5) จัดให้มีการดูแลกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ ได้แก่ กลุ่มเด็ก กลุ่มสตรี กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้พิการ รวมถึงกลุ่มเป้าหมายเฉพาะอื่น เช่น แรงงานข้ามชาติ
- (5.1) กลุ่มเด็ก : จัดให้มีศูนย์พัฒนาสุขภาพเด็กใน รพ.สต. จำนวน 9,750 แห่ง เพื่อดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับเด็ก ดังนี้
- (5.1.1) เกลือไอโอดีน โดยการให้ยาเม็ดเสริมไอโอดีนในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงให้นมบุตรทุกรายที่มาฝากครรภ์ และโครงการส่งเสริมการบริโภคเกลือเสริมไอโอดีน ในผลิตภัณฑ์อาหารต่างๆ
- (5.1.2) การเพิ่มพัฒนาการเด็ก 0-2 ปี โดยให้มีกิจกรรม กิน กอด เล่น เล่า ในศูนย์เรียนรู้ฯ ซึ่งจะช่วยให้เด็กมีพัฒนาการที่ดี สมวัย โดยประสานงานกับกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และสนับสนุนการดำเนินการแก่องค์กรปกครองท้องถิ่น
- (5.1.3) การคัดกรองและส่งต่อเด็กกลุ่มที่มีพัฒนาการและ IQ ต่ำกว่าปกติ เพื่อให้ความสำคัญในกิจกรรมการพัฒนาเด็กกลุ่มนี้
- (5.2) กลุ่มสตรี : จัดให้มีศูนย์พัฒนาสุขภาพสตรี ในระดับอำเภอ โดยตั้งอยู่ที่โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 887 แห่ง เพื่อดำเนินกิจกรรม/โครงการ เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพของสตรี ดังนี้
- (5.2.1) กิจกรรมลดความรุนแรงในเด็ก และสตรี รวมถึงการให้คำปรึกษา ช่วยเหลือสตรี
- (5.2.2) การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ที่รวมถึงการให้สุขศึกษา ประชาสัมพันธ์ เรื่องเพศศึกษา (Sex Education), เพศสัมพันธ์ที่รับผิดชอบ (Delay Sex) และเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย (Safe Sex)

(5.2.3) การวางแผนครอบครัว

(5.2.4) การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม โดยจะมีการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม โดย

(5.2.4.1) พบแพทย์เพื่อคัดกรองสำหรับสตรีที่มีอายุมากกว่า 20 ปี ทุก 3 ปี หรือ สตรีที่มีอายุมากกว่า 40 ปี สามารถตรวจได้ทุกปี

(5.2.4.2) ตรวจคัดกรองด้วยเครื่อง Mammogram สำหรับสตรีที่มีภาวะเสี่ยง

(5.2.5) การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วย PAP Smear สำหรับสตรีอายุมากกว่า 30 ปี (ตรวจทุก 5 ปี) เป้าหมายปีละ 2.6 ล้านคน

(5.2.6) ตรวจและให้คำปรึกษาโรคทางเพศสัมพันธ์

(5.2.7) ให้คำปรึกษาในการสร้างสุขภาพ อาทิ อาหารปลอดภัย, การดูแลสุขภาพ ฯลฯ

(5.3) กลุ่มผู้สูงอายุ/ผู้พิการ : จัดให้มีศูนย์ส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ ใน รพ.สต. จำนวน 9,750 แห่ง เพื่อดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ และผู้พิการ ดังนี้

(5.3.1) สนับสนุนพื้นที่เทศบาลนครราชธาน ให้เพิ่มความครอบคลุมผู้สูงอายุ เพื่อสร้างรอยยิ้ม

(5.3.2) สนับสนุนแว่นสายตา ให้แก่ผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านสายตา

(5.3.3) การให้ความรู้ อยู่อย่างมีคุณภาพ ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ / ผู้พิการ

(5.3.4) ศูนย์สันตนาการ, ออกกำลังกาย, ชมรมผู้สูงอายุ ฯลฯ

(5.3.5) ดูแลสุขภาพเชิงรับ และดูแลทางการแพทย์โดย อสม. นอกจากนี้ยังมีการจัดสร้างศูนย์การแพทย์เฉพาะทางด้านผู้สูงอายุแห่งชาติ เพื่อเป็นการสังเคราะห์ความรู้ และพัฒนาศักยภาพบุคลากรในระบบบริการ

(6) สร้างแรงจูงใจและพัฒนาขีดความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขทุกคน โดย

สนับสนุนอุปกรณ์พื้นฐานที่จำเป็นในการปฏิบัติการกิจตามที่ได้รับมอบหมาย

(6.1) อบรมอสม. เชี่ยวชาญ

(6.2) เฉพาะอสม. เชี่ยวชาญ 200,000 ชุด (ชุดละ 2,000 บาท) ประกอบด้วย กระเป๋าและอุปกรณ์การแพทย์พื้นฐาน รวมเงิน 400 ล้านบาท

(6.3) งบประมาณการปฏิบัติงาน อสม. เดือนละ 600 บาท/คน/เดือน

(7) สร้างแรงจูงใจแก่บุคลากรสาธารณสุขทุกระดับโดยปรับระบบค่าตอบแทนให้เหมาะสมและความก้าวหน้าในวิชาชีพที่เป็นธรรม สร้างกลไกพัฒนาความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

(7.1) คู่มือเรื่องขวัญกำลังใจ เช่น ค่าตอบแทน สถานะการเงินของสถานพยาบาล

(7.2) ผลิตเพิ่มพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 2,000 คน (คนละ 100,000 บาท) จำนวนเงิน 200 ล้านบาท (ตั้งงบประมาณต่อเนื่อง 4 ปี) ผลิตพยาบาลวิชาชีพ 1 คน 1 ตำบล เพื่อให้ทุกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีพยาบาลปฏิบัติงาน

(7.3) การผลิตแพทย์โครงการพิเศษเพิ่มเติม จำนวน 1,000 คน/ปี ระยะเวลา 10 ปี เพื่อเพิ่มบุคลากร

(8) เพิ่มการลงทุนในระบบบริการทุกระดับ ทั้งด้านโครงสร้างพื้นฐานและอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็น มุ่งเน้นการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท

(8.1) เพิ่มงบลงทุนให้เพียงพอ

(8.2) จัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง โดยมีเป้าหมายเบื้องต้น

(8.2.1) โรงพยาบาลทั่วไป (70 แห่ง) แห่งละ 2 ศูนย์ (ศูนย์ละ 1 ล้านบาท) จำนวนเงิน 140 ล้านบาท

(8.2.2) โรงพยาบาลศูนย์ (25 แห่ง) แห่งละ 3 ศูนย์ (ศูนย์ละ 3 ล้านบาท) จำนวนเงิน 75 ล้านบาท

(9) ส่งเสริมการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในระบบบริการสาธารณสุขทุกระดับ

(9.1) ส่งเสริมการใช้ยาไทย/สมุนไพรไทยในสถานบริการเพิ่มขึ้น

(10) ส่งเสริมการจัดบริการสุขภาพนานาชาติ (Medical Hub and Wellness) และระบบโลจิสติก โดยไม่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อบริการสุขภาพโดยรวมของคนไทย

(10.1) สนับสนุนกิจการสปา ผลิตภัณฑ์สุขภาพ

(10.2) การแก้กฎหมายกิจการสปา

(10.3) การสนับสนุนโรงงานผลิตภัณฑ์สุขภาพไทยให้ได้มาตรฐาน GMP (Good Manufacturing Practice)

(11) สนับสนุนความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชนในการจัดบริการสุขภาพ

(11.1) ส่งเสริมให้รัฐและเอกชนร่วมจัดบริการ

(11.2) สนับสนุนเอกชนให้จัดบริการศูนย์พักฟื้นผู้ป่วยที่มีมาตรฐาน

(12) พัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพให้มีคุณภาพและบริการข้อมูลสุขภาพ สำหรับประชาชนกลุ่มเป้าหมายต่างๆ

(12.1) โครงการปฏิรูประบบข้อมูลสุขภาพ ให้ทุกจังหวัดเป็นศูนย์ข้อมูลสุขภาพ (Data Center)

(12.2) พัฒนาระบบ Call Center ให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายต่างๆ อาทิ กลุ่มเยาวชน กลุ่มสตรี ผู้สูงอายุ ผู้บริโภค ฯลฯ

(12.3) เพิ่มช่องทางสื่อสารด้านสุขภาพกับประชาชน

(13) พัฒนา ผลักดันและการบังคับใช้กฎหมายให้เอื้อประโยชน์ต่อการสนับสนุนการดำเนินงานด้านสาธารณสุข

(13.1) พรบ.ที่เกี่ยวข้อง กฎกระทรวง ด้านบุคลากร คุ้มครองผู้บริโภค ตลอดจนปรับปรุงกฎกระทรวงหรือ พรบ.ที่ยังมีผลบังคับใช้อยู่

(13.2) พรบ.ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค อาทิ พรบ.อาหาร พรบ.ยา พรบ.เครื่องสำอางค์ พรบ.วัตถุออกฤทธิ์ ฯลฯ

(13.3) พัฒนา สื่อสารสาธารณะให้ประชาชนรับทราบข้อกฎหมาย และสนับสนุนการบังคับใช้กฎหมายให้ทั่วถึง

(14) จัดตั้งศูนย์บำบัด ฟันฟู ผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติด ควบคุม ป้องกันการใช้สารตั้งต้นในการผลิตยาเสพติดและเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของสารเสพติดชนิดใหม่

(14.1) มีจำนวนศูนย์บำบัด ให้พอเพียงต่อความต้องการ

(15) จัดให้มีการสื่อสารสาธารณะ ด้านสุขภาพเพื่อให้ความรู้กับประชาชนอย่างทั่วถึง

2.4 แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วม หมายถึง การที่บุคคลในองค์กรหรือบุคคลใดเข้าร่วมมือในโครงการพัฒนาใดๆ ซึ่งการมีส่วนร่วมยังมีลักษณะของการเข้าร่วมดังนี้ (วนิดา วิระกุล, 2547 : 232 - 238)

(1) การมีส่วนร่วมต้องมีลักษณะกระตือรือร้น (Participation Must Be Active) ไม่ใช่การเข้าร่วมเพราะเป็นเพียงการมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องกับกิจกรรมหรือ โครงการเท่านั้น

(2) การมีส่วนร่วม คือ การร่วมมือ (Participation as Collaboration) ที่ทำด้วยความสมัครใจของบุคคลในองค์กรหรือด้วยการชักจูงใจให้เข้าร่วม ซึ่งการร่วมมืออาจจะร่วมโดยการอุทิศแรงงานหรือทรัพยากรอื่นๆ

(3) การมีส่วนร่วมเป็นการสร้างพลัง (Participation as Empowerment) การมีส่วนร่วมของบุคคลในองค์กรจะทำให้การเพิ่มขึ้นของทรัพยากรในการพัฒนา เพิ่มอำนาจในการต่อรอง และเพิ่มการเข้าถึงบริการ

(4) การมีส่วนร่วมจะต้องเกี่ยวข้องกับทางเลือก (Participation Revolves Choice) การมีส่วนร่วมจะทำให้บุคคลในองค์กร มีสิทธิที่จะเลือกหรือตัดสินใจเพื่อเลือกทางเลือกที่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อตนเอง ต่อชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นและทางเลือกของการมีส่วนร่วม จะต้องทำให้เกิดประสิทธิผล

จึงสรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมของบุคคลในองค์กร หมายถึง การที่บุคคลในองค์กรได้มีโอกาสเข้าร่วมในการดำเนินงานพัฒนา ตั้งแต่กระบวนการเบื้องต้นจนกระทั่งกระบวนการสิ้นสุด โดยที่เข้าไปมีส่วนร่วมอาจเป็นขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่งหรือครบทุกขั้นตอนก็ได้ บุคคลในองค์กรที่มีส่วนร่วมนั้นอาจเป็นรายบุคคล กลุ่มคน หรือกลุ่มงานที่มีความคิดเห็นสอดคล้องกัน มีความรับผิดชอบร่วมกันเพื่อดำเนินการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ต้องการ โดยกระทำผ่านกลุ่มหรือองค์การเพื่อให้บรรลุถึงการเปลี่ยนแปลงที่พึงประสงค์

ประโยชน์ของการมีส่วนร่วม การมีส่วนร่วมของบุคคลในองค์กรจะทำให้เกิดประโยชน์ ดังนี้ (วนิดา วิระกุล, 2547 : 240)

- (1) บุคคลในองค์กรตระหนักในปัญหาของตนเองและตระหนักที่จะมีส่วนร่วมในการพัฒนาหรือแก้ปัญหาของตนเอง
- (2) บุคคลในองค์กรมีโอกาสใช้ความสามารถของตนเองที่มีอยู่ในรูปของความคิด การตัดสินใจและการกระทำได้อย่างเต็มที่
- (3) เป็นการระดมทรัพยากรมนุษย์มาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด
- (4) บุคคลในองค์กรมีความรู้สึกในความเป็นเจ้าของ ทำให้การพัฒนาที่มีความมั่นคงถาวรและประหยัด
- (5) จะเป็นกระบวนการพัฒนาความสามารถและพลังของบุคคลในองค์กรในการพึ่งตนเอง
- (6) เป็นการส่งเสริมระบอบประชาธิปไตย
- (7) บุคคลในองค์กรรับผิดชอบและมีอำนาจสูงสุดในการพัฒนาชุมชนของตนเอง
- (8) เป็นการแสดงออกถึงการเคารพนับถือ เชื่อใจ ไว้วางใจ รักและศรัทธาในบุคคลในองค์กรว่ามีความรู้ความสามารถ

2.4.1 ขั้นตอนของการมีส่วนร่วม

ขั้นตอนของการมีส่วนร่วมมีแนวคิดที่ว่า กิจกรรมที่มนุษย์กระทำขึ้นนั้นเป็นกระบวนการที่แบ่งออกได้เป็นหลายขั้นตอนและการเข้าร่วมกิจกรรมแต่ละขั้นตอนนั้นมีความสำคัญแตกต่างกันตามลักษณะกิจกรรมแต่ละขั้นตอนนั้น การแบ่งขั้นตอนของการมีส่วนร่วมได้มีผู้แบ่งขั้นตอนของการมีส่วนร่วมไว้หลายแบบอาทิ

โคเฮน และอัฟฮอฟ (Cohen and Uphoff, 1981 : 6; อ้างอิงจาก วนิดา วีระกุล, 2547 : 243) ได้จำแนกรูปแบบหรือขั้นตอนของการมีส่วนร่วม ดังนี้

ขั้นที่ 1 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) ในกระบวนการของการตัดสินใจนั้น ประการแรกที่สุดที่จะต้องกระทำ คือ การกำหนดความต้องการและการจัดลำดับความสำคัญต่อจากนั้น ก็เลือกนโยบายและประชากรที่เกี่ยวข้อง การตัดสินใจนี้เป็นกระบวนการต่อเนื่องที่ต้องดำเนินการไปเรื่อยๆ ตั้งแต่การตัดสินใจในช่วงเริ่มต้น การตัดสินใจในช่วงการดำเนินการวางแผนและการตัดสินใจในช่วงการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้

ขั้นที่ 2 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน (Implementation) ในส่วนที่เป็นองค์ประกอบของการดำเนินโครงการนั้น จะได้มาจากคำถามที่ว่าใครจะทำประโยชน์ให้แก่โครงการได้บ้างและจะทำประโยชน์ได้โดยวิธีใด เช่น การช่วยเหลือด้านทรัพยากร การบริหารงานประสานงาน และการขอความช่วยเหลือ เป็นต้น

ขั้นที่ 3 การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (Benefits) ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับผลประโยชน์นอกจากความสำคัญของผลประโยชน์ในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพแล้ว ยังต้องพิจารณาถึงการกระจายผลประโยชน์ภายในกลุ่มด้วย ผลประโยชน์ของโครงการนี้รวมทั้งผลที่เป็นประโยชน์ในทางบวกและผลที่เกิดขึ้นในทางลบที่เป็นผลเสียของโครงการ ซึ่งจะเป็นประโยชน์และเป็นโทษต่อบุคคลและสังคมด้วย

ขั้นที่ 4 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) การมีส่วนร่วมในการประเมินผลสิ่งสำคัญที่ต้องสังเกตคือ ความเห็น (Views) ความชอบ (Preferences) และความคาดหวัง (Expectations) ซึ่งมีอิทธิพลสามารถแปรเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลในกลุ่มต่างๆ ได้ (Cohen and Uphoff, 1977 : 6; อ้างอิงจาก วนิดา วีระกุล, 2547 : 243)

ฟอร์นารอฟ (Fornaroff, 1980 : 104; อ้างอิงจาก วนิดา วีระกุล, 2547 : 244) เสนอว่ากระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน มีขั้นตอนการมีส่วนร่วม ดังนี้

- (1) การวางแผน รวมถึงการตัดสินใจในการกำหนดเป้าหมาย กลวิธี ทรัพยากรที่ต้องใช้ ตลอดจนการติดตามประเมินผล
- (2) การดำเนินงาน
- (3) การใช้บริการจากโครงการ

(4) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์

นอกจากนี้ อภิญา กังสนารักษ์ (2544 : 14-15) ได้นำเสนอขั้นตอนการมีส่วนร่วมของชุมชนว่า ชุมชนต้องมีส่วนร่วมใน 4 ขั้นตอน คือ

(1) การมีส่วนร่วมในการริเริ่มโครงการ ร่วมค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหาภายในชุมชน ร่วมตัดสินใจกำหนดความต้องการและร่วมลำดับความสำคัญของความต้องการ

(2) การมีส่วนร่วมในขั้นการวางแผน กำหนดวัตถุประสงค์ วิธีการแนวทางการดำเนินงาน รวมถึงทรัพยากรและแหล่งวิทยากรที่จะใช้ในโครงการ

(3) การมีส่วนร่วมในขั้นตอนการดำเนินโครงการ ทำประโยชน์ให้แก่โครงการ โดยร่วมช่วยเหลือด้านทุนทรัพย์ วัสดุอุปกรณ์ และแรงงาน

(4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผลโครงการ เพื่อให้รู้ว่าผลจากการดำเนินงานบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้หรือไม่ โดยสามารถกำหนดการประเมินผลเป็นระยะต่อเนื่องหรือประเมินผลรวมทั้งโครงการในคราวเดียวกันก็ได้

ส่วน อคิน รพีพัฒน์ (2547 : 49) ได้แบ่งขั้นตอนการมีส่วนร่วมออกเป็น 4 ขั้นตอน คือ

(1) การกำหนดปัญหา สาเหตุของปัญหา ตลอดจนแนวทางแก้ไข

(2) การตัดสินใจเลือกแนวทาง และวางแผนพัฒนา แก้ไขปัญหา

(3) การปฏิบัติงานในกิจกรรมการพัฒนาตามแผน

(4) การประเมินผลงานกิจกรรมการพัฒนา

จากแนวคิดเกี่ยวกับขั้นตอนการมีส่วนร่วมของชุมชนทั้งหมดสรุปได้ว่า ขั้นตอนของการเข้ามามีส่วนร่วมของชุมชนนั้นมี 6 ขั้นตอน ได้แก่

(1) การค้นหาปัญหา สาเหตุของปัญหา และแนวทางแก้ไข

(2) ตัดสินใจกำหนดความต้องการ

(3) ลำดับความสำคัญ

(4) วางแผน กำหนดวัตถุประสงค์ วิธีการ แนวทางการดำเนินงาน ทรัพยากร

(5) วางแผน กำหนดวัตถุประสงค์ วิธีการ แนวทางการดำเนินงาน ทรัพยากร

(6) ดำเนินงานตามโครงการ และ/หรือ สนับสนุนการดำเนินงาน

(7) ประเมินผล

ผู้วิจัยได้นำเสนอระดับของการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพของถวิลวดี บุรีกุล (2548 : 8-10) ได้กล่าวถึงระดับของการมีส่วนร่วมซึ่งแบ่งออกได้เป็น 7 ระดับ สรุปโดยเรียงลำดับจากการมีส่วนร่วมต่ำสุดไปหาระดับสูงสุด ดังนี้

(1) การให้ข้อมูล เป็นระดับต่ำสุดและเป็นวิธีการที่ง่ายที่สุดของการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้วางแผนโครงการกับประชาชน เพื่อให้ได้ข้อมูลแก่ประชาชนเกี่ยวกับการตัดสินใจของผู้วางแผนโครงการ แต่ไม่เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นหรือเข้ามาเกี่ยวข้องใดๆ วิธีการให้ข้อมูล อาจกระทำได้หลายวิธี เช่น การแถลงข่าว การแจกข่าว การแสดงนิทรรศการ และการทำหนังสือพิมพ์ให้ข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมต่างๆ เป็นต้น

(2) การเปิดรับความคิดเห็นจากประชาชน ผู้วางแผนโครงการเชิญชวนให้ประชาชนแสดงความคิดเห็นเพื่อให้ได้ข้อมูลมากขึ้น และประเด็นในการประเมินข้อดีข้อเสียชัดเจนยิ่งขึ้น เช่น การสำรวจความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับการริเริ่มโครงการต่างๆ และการบรรยายให้ประชาชนฟังเกี่ยวกับโครงการต่างๆ แล้วขอความคิดเห็นจากผู้ฟัง เป็นต้น

(3) การปรึกษาหารือ เป็นการเจรจากันอย่างเป็นทางการระหว่างผู้วางแผนโครงการและประชาชน เพื่อประเมินความก้าวหน้าหรือระบุประเด็นหรือข้อสงสัยต่างๆ เช่น การจัดประชุม การจัดสัมมนาเชิงปฏิบัติการ และการเปิดกว้างรับฟังความคิดเห็น เป็นต้น

(4) การวางแผนร่วมกัน มีการกำหนดขอบเขตกว้างมากขึ้น มีความรับผิดชอบร่วมกันในการวางแผนเตรียมโครงการและผลที่จะเกิดขึ้นจากการดำเนินโครงการ เหมาะสมที่จะใช้สำหรับการพิจารณาประเด็นที่มีความยุ่งยาก ซับซ้อนและมีข้อโต้แย้งมาก เช่น การใช้กลุ่มที่ปรึกษาซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง การใช้อินจันโทการเพื่อแก้ปัญหาข้อขัดแย้ง และการเจรจาเพื่อหาทางประนีประนอม เป็นต้น

(5) การร่วมปฏิบัติ เป็นระดับที่ผู้รับผิดชอบโครงการกับประชาชนร่วมกันดำเนินโครงการ เป็นขั้นการนำโครงการไปปฏิบัติร่วมกันเพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้

(6) การร่วมติดตาม ร่วมตรวจสอบ และร่วมประเมินผล เป็นการเปิดโอกาสให้เข้าร่วมติดตาม ตรวจสอบ และประเมินผล ในโครงการที่มีผลกระทบต่อประชาชน รูปแบบของการติดตาม ตรวจสอบหรือประเมินผล อาจอยู่ในรูปของการจัดตั้งคณะกรรมการติดตาม ประเมินผลที่มาจากหลายฝ่าย การสอบถามประชาชน โดยการสำรวจเพื่อให้ประชาชนประเมินให้ความคิดเห็น เป็นต้น

(7) การควบคุมโดยประชาชน เป็นการให้อำนาจกับประชาชนเข้าไปกำกับควบคุมการดำเนินงานของกิจกรรม โครงการต่างๆ โดยสมบูรณ์ แนวโน้มของการเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมนั้น จากการตรวจสอบวรรณกรรมพบว่า ประเทศที่พัฒนาแล้วต่างให้ความสำคัญกับการให้ประชาชนมีส่วนร่วมให้มากขึ้น โดยเฉพาะกิจกรรมต่างๆ หรือนโยบาย แผนงาน และโครงการต่างๆ ที่ส่งผลกระทบต่อประชาชนยังจำเป็นต้องส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วม แม้แต่การประเมิน ศึกษาความเป็นไปได้ การประเมินเพื่อการปรับปรุงระหว่างดำเนินการ และ

การประเมินผลสำเร็จต่างๆ มีนักวิชาการได้เสนอแนวทางในการเปิดโอกาสให้ประชาชนกลุ่มต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วมในฐานะที่เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เช่น แนวทางการประเมินในแนวประชาธิปไตยแบบปรึกษาหารือ แนวทางการประเมินแบบมุ่งผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหรือแนวทางการประเมินแบบมีส่วนร่วม และแนวทางการประเมินมุ่งใช้ประโยชน์ เป็นต้น

ดังนั้น สรุปว่าแนวทางการพัฒนาในรูปแบบใหม่จึงจำเป็นต้องแสวงหาวิธีการที่จะทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนแนวคิดและกระตุนคึงศักยภาพของบุคคลในองค์กรให้เข้ามามีส่วนร่วมของการพัฒนาให้มากขึ้นเพราะว่า การมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการสำคัญในการพัฒนาอันจะนำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน โดยมีเป้าหมายมุ่งให้บุคคลในองค์กร ได้มีกิจกรรมร่วมกันเกิดความเชื่อมั่นในตนเองและมีความสามัคคีเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันจนทำให้เกิดการพึ่งตนเองได้ดีที่สุด เป็นการรวมกลุ่มบุคคลที่มีความสามารถและมีศักยภาพในกระบวนการแก้ไขปัญหาและร่วมทำกิจกรรมซึ่งมีความสำคัญยิ่งกว่าผลลัพธ์ที่ได้จากการกระทำนั้น โดยที่แม้โครงการจะเสร็จสิ้นไปแล้วการมีส่วนร่วมยังคงอยู่ตลอดไปและทำให้บุคคลในองค์กรได้รับประโยชน์อย่างยั่งยืน

2.4.2 ปัจจัยที่ทำให้เกิดการมีส่วนร่วม

การที่ชุมชนจะเข้ามามีส่วนร่วมนั้น มีปัจจัยที่ส่งผลให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมซึ่งมีนักวิชาการได้เสนอแนวคิด ดังนี้

คูฟแมน (Koufman. 1949 : 7; อ้างอิงจาก วนิดา วีระกุล, 2547 : 245) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาชุมชนในชนบท พบว่า อายุ เพศ การศึกษา ขนาดของครอบครัว อาชีพ รายได้ และระยะเวลาการอยู่อาศัยในท้องถิ่น มีความสัมพันธ์กับระดับการมีส่วนร่วมของประชาชน

ผู้วิจัยได้นำเสนอปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของ ประยูร ศรีประสาธน์ (2542 : 5) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วม มีด้วยกัน 3 ปัจจัย คือ

(1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ
(2) ปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ การศึกษา อาชีพ รายได้ และการเป็นสมาชิกกลุ่ม

(3) ปัจจัยด้านการสื่อสาร ได้แก่ การรับข่าวสารจากสื่อมวลชนและสื่อบุคคล จากแนวคิดที่กล่าวมาข้างต้น สามารถสรุปปัจจัยต่อการมีส่วนร่วมทำกิจกรรมได้

ดังนี้

(1) ลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ต่างๆ
(2) ลักษณะทางเศรษฐกิจ ได้แก่ อาชีพ รายได้
(3) การได้รับข้อมูลข่าวสาร ได้แก่ ความถี่ในการรับรู้ข่าวสาร และแหล่งที่มาของข่าวสาร

2.5 ภาติเครือข่ายด้านสุขภาพตำบลหนองกิงเพด

2.5.1 ภาติเครือข่ายด้านสุขภาพตำบลหนองกิงเพด ประกอบด้วย

2.5.1.1 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 156 คน

2.5.1.2 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองกิงเพด
จำนวน 8 คน

2.5.1.3 สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองกิงเพด จำนวน 22 คน

2.5.1.4 ครูอนามัยโรงเรียนในตำบลหนองกิงเพด จำนวน 8 คน

2.5.1.5 ผู้นำชุมชนตำบลหนองกิงเพด จำนวน 10 คน

2.5.1.6 ประชาชนชาวบ้าน จำนวน 2 คน

2.5.2 กิจกรรมที่ดำเนินการร่วมกัน ได้แก่ การควบคุมป้องกันโรคติดต่อ งานอนามัยโรงเรียน รมรงค์ใช้รางจืด เพื่อลดสารพิษ กิจกรรมเดินแอโรบิก ทำข้าวกล้องงอก และกิจกรรมอื่นๆ ตามสภาพปัญหา รมรงค์ตามช่วงฤดูกาล เป็นต้น

2.5.3 การนำนโยบายการสื่อสารสุขภาพไปปฏิบัติในพื้นที่

2.5.3.1 วัตถุประสงค์ของนโยบาย โดยการประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพในที่ประชุมประจำเดือนร่วมกับภาติเครือข่ายด้านสุขภาพ และทำหนังสือแจ้งเวียนให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับทราบ

2.5.3.2 ทรัพยากรของนโยบาย ได้รับงบประมาณในการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพในพื้นที่จากกองทุนประกันสุขภาพ สนับสนุนจากองค์การบริหารส่วนตำบลหนองกิงเพด และสิ่งสนับสนุนการดำเนินงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองกิงเพด เช่น แผ่นพับ เอกสารวิชาการ ซีดีวิชาการ เป็นต้น

2.5.3.3 การสื่อสารระหว่างองค์กร โดยการประชุมชี้แจง การแจ้งเวียนเป็นหนังสือราชการ มีการประชาสัมพันธ์ทางหอกระจายข่าวในหมู่บ้าน เสียงตามสายในโรงเรียน การบอกต่อโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นต้น

2.5.3.4 ลักษณะของหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน ครูเจ้าหน้าที่สาธารณสุข องค์การบริหารส่วนตำบลหนองกิงเพด ประชาชนชาวบ้าน และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2.5.3.5 ทักษะคติของผู้ปฏิบัติงาน ภาติเครือข่ายด้านสุขภาพตำบลหนองกิงเพด มีการรับรู้และทำความเข้าใจในงานสื่อสารสุขภาพ เพื่อจะได้สามารถดำเนินงานสื่อสารสุขภาพได้อย่างถูกต้อง ตรงตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้

2.5.4 การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพตำบลหนองกิงเพล

2.5.4.1 การให้ข้อมูลด้านสุขภาพในที่ประชุมประจำเดือน ทางหอกระจายข่าว เสียงตามสาย การบอกกล่าว เป็นต้น

2.5.4.2 การเปิดรับฟังความคิดเห็นจากประชาชน ตำบลหนองกิงเพลจะทำโครงการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก จึงได้ขอความเห็นจากประชาชนว่าจะดำเนินการในพื้นที่อย่างไร เวลาทำกิจกรรมจะได้ไม่มีปัญหาตามมา ประชาชนได้เสนอให้มีการพ่นหมอกควัน ทำความสะอาดบริเวณหมู่บ้าน กำจัดภาชนะที่มีน้ำขังเป็นที่เพาะพันธุ์ยุง แจกทรายกำจัดลูกน้ำยุงลาย เป็นต้น

2.5.4.3 การร่วมปรึกษาหารือ ภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพตำบลหนองกิงเพล มีการปรึกษาหารือกันในการดำเนินงานแต่ละโครงการเช่น การรณรงค์ให้ประชาชนปลูกรางจืดจะต้องปรึกษากับผู้ที่มีความเชี่ยวชาญหรือปราชญ์ชาวบ้านที่รู้เรื่องรางจืด ทั้งด้านการปลูก การนำรางจืดมาใช้ประโยชน์ เป็นต้น

2.5.4.4 การวางแผนร่วมกัน ในการที่จะจัดทำโครงการแต่ละ โครงการภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพตำบลหนองกิงเพลได้มีการประชุมวางแผนการดำเนินงานร่วมกัน เช่นโครงการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก วางแผนการพ่นหมอกควันว่าจะดำเนินการทุก 3 เดือนต่อครั้ง โดยองค์การบริหารส่วนตำบลเป็นผู้สนับสนุนงบประมาณ ดำเนินการ โดยภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพและชาวบ้านร่วมกัน

2.5.4.5 การร่วมปฏิบัติ มีการร่วมปฏิบัติงานตามโครงการต่างๆ เช่น รณรงค์ควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก รณรงค์การทำความสะอาดบ้านเรือน การออกกำลังกายร่วมกัน การจัดกิจกรรมตรวจสุขภาพประชาชน เป็นต้น

2.5.4.6 การร่วมประเมินผล เมื่อเสร็จสิ้นโครงการแต่ละโครงการ ภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพตำบลหนองกิงเพลจะมีการประชุมสรุปผลการดำเนินงานเพื่อดูว่างานดำเนินการบรรลุวัตถุประสงค์หรือไม่ ส่วนที่จะต้องพัฒนาหรือปรับปรุงการดำเนินงานในครั้งต่อไป ในการประชุมแต่ละครั้งสถานที่ประชุมอาจจะใช้สถานที่ห้องประชุม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองกิงเพลหรือองค์การบริหารส่วนตำบลหนองกิงเพล

2.5.5 การสื่อสารสุขภาพ ในพื้นที่ตำบลหนองกิงเพลลักษณะการสื่อสารสุขภาพจะเป็นการสื่อสารสุขภาพสองทาง นอกจากภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพจะเป็นผู้ให้ข้อมูลหรือความรู้ด้านสุขภาพแล้ว จะต้องสอบถามความต้องการจากประชาชนว่าต้องการข้อมูลหรือความรู้ในเรื่องอะไรบ้าง ลักษณะของสื่อที่ใช้ในพื้นที่ ได้แก่ แผ่นความรู้ วารสารวิชาการ ภาพพลิก ซีดีความรู้ บทความให้ความรู้ทางหอกระจายข่าว วนิลประสาสัมพันธ์ สื่อบุคคล การจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในพื้นที่ เป็นต้น

ภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพตำบลหนองกินเพลได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านการสื่อสารดังต่อไปนี้

- (1) อบรมการจัดทำสโปดวิทยุ
- (2) อบรมเทคนิคการพูดในที่ชุมชน
- (3) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่มภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพ
- (4) จัดกิจกรรมประชาสัมพันธ์ภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพตำบลหนองกินเพล

ในงานกาชาดและงานปีใหม่จังหวัดอุบลราชธานี

(5) อบรมให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในวันประชุมประจำเดือนทุกเดือน

ช่องทางหรือแหล่งที่มาของข้อมูลข่าวสารที่ได้รับในพื้นที่ตำบลหนองกินเพลมีดังต่อไปนี้

- (1) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
- (2) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวารินชำราบ
- (3) โรงพยาบาลวารินชำราบ
- (4) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองกินเพล
- (5) โรงเรียนหนองกินเพล โรงเรียนบ้านคูสว่าง โรงเรียนบ้านขัวไม้แก่น โรงเรียนนาสะแบง โรงเรียนปากกุดหวาย โรงเรียนกุดชุม และโรงเรียนบ้านทางสาย
- (6) องค์การบริหารส่วนตำบลหนองกินเพล
- (7) ปราชญ์ชาวบ้าน ด้านดนตรีพื้นเมือง และหมอดิน
- (8) วิทยุชุมชนของบ้านขัวไม้แก่น คลื่น 103.75 เมกกะเฮิร์ต
- (9) ศูนย์การเรียนรู้ กศน.ตำบลหนองกินเพล
- (10) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

วิโรจน์ เชมรัมย์ (2554) ศึกษาการนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ ศึกษาประสิทธิผลการนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติและหาแนวทางที่เหมาะสมในการเพิ่มระดับความสำเร็จของการนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติให้สอดคล้องกับสภาพพื้นที่พบว่าเป็นการวิจัยแบบผสมผสานวิธี (Mixed Method) กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ ได้แก่ 1) ผู้บริหารหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่สังกัดโรงพยาบาล สถานี

อนามัย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มูลนิธิและองค์กรเอกชน รวมจำนวน 350 คน 2) ผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉินปี 2552 จำนวน 5,480 คน และกลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants) จำนวน 12 คน พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ ได้แก่ 1) ด้านทัศนคติของผู้ปฏิบัติเป็นตัวแปรที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของคะแนนชุดปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินที่ให้บริการได้ภายใน 10 นาที ได้สูงที่สุด 2) ด้านการสนับสนุนเครือข่าย 3) ด้านการประชาสัมพันธ์และเผยแพร่ 4) ด้านการติดต่อสื่อสาร และ 5) ด้านมาตรฐานและวัตถุประสงค์ของนโยบาย ตามลำดับ และมีการนำนโยบายการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ โดยรวมค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.72 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.18 เมื่อพิจารณาจากมากไปหาน้อย เป็นรายด้าน พบว่า มาตรฐานและวัตถุประสงค์ของนโยบายทรัพยากรของนโยบาย ลักษณะของหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ ทัศนคติของผู้ปฏิบัติ การติดต่อสื่อสาร การประชาสัมพันธ์และเผยแพร่และการสนับสนุนเครือข่าย และหุ้นส่วน ตามลำดับ ส่วนแนวทางอื่นๆ ที่จะทำให้การนำนโยบายการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติประสบผลสำเร็จอย่างยิ่งคือ ภาคการเมืองต้องสนับสนุนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบริหารจัดการเป็นเจ้าของหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ดวงพร คำณูวัฒน์ และคณะ (2551) ศึกษาการสื่อสารสุขภาพท้องถิ่น มีวัตถุประสงค์เสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่เครือข่ายสุขภาพ หรือ นสส. ที่ปฏิบัติงานสื่อสารสุขภาพในพื้นที่จังหวัดแพร่และกาญจนบุรีซึ่งเป็นผลจากงานวิจัยช่วงแรก ให้สามารถดำเนินงานได้ด้วยตนเอง สนับสนุน นสส. เป็นวิทยากรกระบวนการเพื่อสามารถสร้าง นสส. รุ่นใหม่ ขยายแนวคิดการสื่อสารสุขภาพท้องถิ่นในกลุ่มจังหวัดใกล้เคียง และวิเคราะห์จัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

พบว่างานสื่อสารสุขภาพท้องถิ่นมีคุณลักษณะ 1) ประกอบด้วย นสส. ที่มีความตั้งใจจริง และมีจิตสาธารณะ มีความหลากหลายช่วยเหลือเสริมเติมเต็มซึ่งกันและกัน และ สามารถเชื่อมโยงเข้ากับงานประจำของตน 2) การรวมกลุ่ม นสส. เป็นพลังสำคัญในการขับเคลื่อนงาน 3) ข้อมูลและความรู้เรื่องสุขภาพมีความสำคัญ 4) ช่องทางการสื่อสาร คือ สื่อบุคคลและสื่อท้องถิ่นมีความหลากหลาย และ 5) ได้รับการสนับสนุนจากสังคม โดยเฉพาะในระดับจังหวัดเพื่อให้มีการสื่อสารสุขภาพท้องถิ่นในสังคมไทยจึงควรกำหนดให้ นสส. ท้องถิ่น และงานสื่อสารสุขภาพท้องถิ่นปรากฏในระบบสุขภาพ สร้างกลไกเสริมสร้างความภาคภูมิใจในความเป็น นสส. เป็นที่ยอมรับมีโอกาสแสดงผลงาน มีกลไกสร้างความยั่งยืนด้วยเครือข่าย และสร้างกลไกสนับสนุนจากสังคมทั้งในระดับท้องถิ่นและประเทศ

ดวงพร คำณูวัฒน์ และคณะ (2549) ศึกษาโครงการวิจัยและพัฒนาการสื่อสารสุขภาพของท้องถิ่น มีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาและศึกษาผู้สนใจหรือผู้มีศักยภาพเป็นนักสื่อสารสุขภาพ หรือ

นสส. เสริมสร้างศักยภาพการทำงานสื่อสารสุขภาพ และศึกษาแนวทางดำเนินงานสื่อสารสุขภาพของท้องถิ่น

พบว่ากระบวนการมีส่วนร่วมของ นสส. ทำให้ได้ กิจกรรมเสริมสร้างศักยภาพ ที่ตรงกับ ปัญหาและความต้องการ รวมทั้ง นสส. ยังได้เรียนรู้วิธีการพัฒนางานร่วมกัน ตั้งแต่การสำรวจ วิเคราะห์ และกำหนดวิธีการแก้ปัญหา นสส. มีความต้องการเสริมศักยภาพจำนวนมาก กิจกรรมที่ได้รับความสนใจสูงคือ การเสริมศักยภาพด้านการพูด ซึ่งเป็น การพูดผ่านสื่อเสียง และ การพูดในที่สาธารณะ

สำหรับแนวทางดำเนินงานสื่อสารสุขภาพของท้องถิ่น แบ่งออกเป็น นสส. และ กลไกสนับสนุน โดย นสส. ควรมีบทบาทร่วมสร้างเสริม เฝ้าระวัง ป้องกัน และแก้ปัญหาสุขภาพของคนในท้องถิ่น เป็นสื่อกลางข้อมูลสุขภาพที่คนท้องถิ่นสามารถเข้าถึงได้สะดวก และหนุนเสริมงานของภาครัฐ นสส.ควรมีใจรัก ทักษะที่ดีต่องานและชุมชน จิตสาธารณะ มนุษย์สัมพันธ์ เชื่อมมั่นในตนเอง ไหวพริบ ความคิดริเริ่ม สามารถจัดระบบความคิด ทักษะการสื่อสาร พัฒนาตนเองตลอดเวลา และ ปฏิบัติตนเป็นตัวอย่างด้านสุขภาพ ทำงานด้วยการสำรวจวิเคราะห์ข้อมูล วางแผน และจัดกิจกรรมโดยใช้นวัตกรรม ปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ มุ่งมั่น สำหรับกลไกสนับสนุนหน่วยงานและบุคคลผู้เกี่ยวข้องจากหน่วยงานสุขภาพ สื่อมวลชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถาบันการศึกษา ร้านค้า ประชาชน และแหล่งทุนจากส่วนกลาง สนับสนุน นสส. ให้มีความรู้ทั้งในด้านการสื่อสารและสุขภาพอย่างจริงจังและต่อเนื่อง สนับสนุนข้อมูลด้านสุขภาพรวมถึงภูมิปัญญาด้านสุขภาพของท้องถิ่นที่เชื่อถือได้และทันเหตุการณ์ มีระบบการจัดเก็บและการให้บริการข้อมูล สนับสนุนให้มีโอกาสและพื้นที่การสื่อสารสู่ท้องถิ่นอยู่เสมอ มีการจัดตั้งเครือข่ายประกอบด้วย นสส. ที่มีลักษณะหลากหลาย มีการจัดการเครือข่ายอย่างเป็นระบบ มีคณะทำงาน มีการติดต่อสื่อสารอย่างต่อเนื่อง สร้างแรงจูงใจในการทำงาน จัดให้มีการเสริมความรู้ให้แก่กันแบบพี่สอนน้อง มีแผนการขับเคลื่อนงานที่ชัดเจน มีการขยายเครือข่าย และ แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายอื่น รวมทั้งได้รับการสนับสนุนสถานที่ทำงานและงบประมาณ

พรชัย ชูชัยวุฒิพงศ์ (2549) ได้ศึกษาเรื่องการนำนโยบายการศึกษาด้านอาชีพไปปฏิบัติกรณีศึกษาโรงเรียนฝักอาชีพ กรุงเทพมหานคร (บางรัก) ผลการศึกษาวิจัย พบว่า ในการนำนโยบายการศึกษาด้านอาชีพไปปฏิบัติ ควรให้ความสำคัญกับตัวแปรอิสระดังต่อไปนี้ ความชัดเจนของวัตถุประสงค์ของนโยบาย สมรรถนะของหน่วยงานในการดำเนินการให้บรรลุตามนโยบาย การสื่อสารภายในองค์กรและการขับเคลื่อนกิจกรรม การสื่อสารมวลชน เพื่อพัฒนาความเข้าใจปัญหาของนโยบาย ทักษะดีของผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ การสนับสนุนสาธารณะและเงื่อนไขทางเศรษฐกิจ สังคมและการเมืองส่วนผลการปฏิบัติการที่เกิดขึ้นจากการนำนโยบายการศึกษาด้านอาชีพไปปฏิบัติ ควรพิจารณาถึงความพึงพอใจของผู้เข้ารับการศึกษ การนำความรู้ไปประกอบอาชีพได้

หลักสูตรวิชาที่เปิดสอนเป็นที่ต้องการของชุมชนและสถานประกอบการ ความทั่วถึงในการบริการชุมชนและการมีหลักสูตรที่หลากหลาย

อัญญาพร พรชัย (2549) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง “การนำนโยบายไปปฏิบัติ : ศึกษากรณีโครงการธนาคารประชาชนของธนาคารออมสินสำนักงานใหญ่” เป็นการศึกษาแบบเชิงคุณภาพ พบว่ามี 6 ปัจจัย ได้แก่ วัตถุประสงค์และมาตรฐานนโยบาย ทรัพยากรนโยบาย การสื่อสารระหว่างองค์กร และกิจกรรมการเสริมแรง ลักษณะหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ เงื่อนไขทางเศรษฐกิจ สังคมและการเมือง ทักษะคติของผู้ปฏิบัติ มีผลต่อความสำเร็จและมีผลกระทบต่อ การนำนโยบายไปปฏิบัติ

ชนิษฐา ป่าตาล (2547) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนที่มีต่อ นโยบายประกันภัยเอื้ออาทร:กรณีศึกษาประชาชนในเขตจังหวัดนนทบุรี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในเขตพื้นที่จังหวัดนนทบุรี ที่มีต่อ นโยบายประกันภัยเอื้ออาทร และหาแนวทางปรับปรุง พัฒนา การมีส่วนร่วมของประชาชน ในเขตพื้นที่จังหวัดนนทบุรี เกี่ยวกับ นโยบายประกันภัยเอื้ออาทรให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยคือ ประชาชนในเขตพื้นที่จังหวัดนนทบุรี จำนวน 400 คน ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS เพื่อคำนวณหาสถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษาวิจัยซึ่งประกอบด้วยสถิติพื้นฐาน ค่าเฉลี่ย, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษาพบว่า ประชาชนในจังหวัดนนทบุรีส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในนโยบายประกันภัยเอื้ออาทรในระดับมาก แสดงให้เห็นได้จากการมีส่วนร่วมรับรู้ข่าวสาร ร่วมแสดงความคิดเห็น ร่วมติดตามและตรวจสอบร่วมรับผลประโยชน์ และการคิดที่จะร่วมสมัครเป็นสมาชิกประกันภัยเอื้ออาทรของรัฐบาล และปัจจัยส่วนบุคคลของประชาชนในจังหวัดนนทบุรี ที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมต่อ นโยบายประกันภัยเอื้ออาทรของรัฐบาล เรียงตามลำดับ คือระดับการศึกษา รายได้ ต่อเดือน อายุ และอาชีพ รวมทั้งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมีส่วนร่วมใน นโยบายประกันภัยเอื้ออาทร คือ ปัจจัยทางการรับผลประโยชน์จากการซื้อประกันภัยที่ตรงกับความต้องการของประชาชน และปัจจัยด้านการรับรู้ การเข้าใจหลักเกณฑ์การสมัคร การเข้าใจหลักเกณฑ์ และการเข้าใจขั้นตอนการรับประกันภัยเอื้ออาทรส่งผลต่อการมีส่วนร่วมใน นโยบายประกันภัยเอื้ออาทรของประชาชนในจังหวัดนนทบุรี

จิรภา สุขสวัสดิ์ (2547) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน สาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขตำบลเสม็ด อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี:การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ปัจจัยจิตใจ ได้แก่ ความสำเร็จของงาน ลักษณะของงาน ความรับผิดชอบ ความก้าวหน้าในการทำงาน และการได้รับการยอมรับนับถือ

และปัจจัยต่ำจน ได้แก่ นโยบายและการบริหาร สัมพันธภาพกับผู้ร่วมงานและเจ้าหน้าที่ ค่าตอบแทน และผลประโยชน์เกื้อกูล ความมั่นคงของงาน สภาพการทำงาน และการมีส่วนร่วมของชุมชน กับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขตำบลเสม็ด อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ประชากรที่ศึกษา คือ อาสาสมัครสาธารณสุขตำบลเสม็ด อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี จำนวน 216 คน การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานโดยรวมและในด้านการวางแผนการปฏิบัติงาน ด้านการดำเนินงาน ด้านการประสานงาน และด้านการประเมินผลอยู่ในระดับปานกลางทั้ง 4 ด้าน

ธิดา ประงเกียรติ (2546) ทำการศึกษาเรื่องการนำนโยบายควบคุมโรคในแรงงานต่างด้าว ไปปฏิบัติ ผลการศึกษาพบว่า 1) ผลของการนำนโยบายควบคุมโรคในแรงงานต่างด้าวไปปฏิบัติ ก่อนข้างประสบความสำเร็จ 2) ปัจจัยด้านความชัดเจนของนโยบาย ปัจจัยด้านลักษณะการทำงานของหน่วยงาน ปัจจัยด้านการให้ความรู้และการอบรม ปัจจัยด้านการติดต่อสื่อสารและการประสานงาน ปัจจัยด้านทัศนคติของผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ ปัจจัยด้านทรัพยากร และปัจจัยด้านมาตรการควบคุมและประเมินผลโดยรวมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขก่อนข้างเห็นด้วยว่ามีแนวโน้มไปในทางที่ดี 3) ลักษณะส่วนบุคคลที่แตกต่างกัน โดยส่วนใหญ่ไม่ส่งผลทำให้เกิดความแตกต่างในเรื่องปัจจัยด้านความชัดเจนของนโยบาย ปัจจัยด้านลักษณะการทำงานของหน่วยงาน ปัจจัยด้านการให้ความรู้และการอบรม ปัจจัยด้านการติดต่อสื่อสารและการประสานงาน ปัจจัยด้านทัศนคติของผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ ปัจจัยด้านทรัพยากร และปัจจัยด้านมาตรการควบคุมและประเมินผล 4) ปัจจัยด้านลักษณะการทำงานของหน่วยงาน และปัจจัยด้านมาตรการควบคุมและประเมินผล มีอิทธิพลทางบวก และสามารถอธิบายความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรวงสุตา ไตรปกรณ์กุล (2544) วิจัยเรื่อง กระบวนการนำแนวคิดการมีส่วนร่วมไปประยุกต์ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา กระบวนการนำแนวคิดการมีส่วนร่วม ไปปฏิบัติในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชน และศึกษาปัญหา อุปสรรค เงื่อนไขที่ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชน ในชุมชนชนบทแห่งหนึ่งของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยใช้การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาคารเสพสารเสพติดในกลุ่มเยาวชน โดยผ่านกระบวนการวิเคราะห์สถานการณ์ การวางแผน การปฏิบัติ และการประเมินผล ใช้วิธีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ผลการวิจัยพบว่า การนำแนวคิดการมีส่วนร่วมไปใช้ในกระบวนการแก้ไขปัญหาของชุมชน ช่วยกระตุ้นให้ชุมชนมีความตื่นตัวในการพูดคุย แสดงความคิดเห็นร่วมกันถึงปัญหาในชุมชนมากยิ่งขึ้น มีการวางแผนและการปฏิบัติในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน แต่พบว่ากระบวนการในการแก้ไขปัญหาคาดความต่อเนื่องจริงจัง จึงไม่สามารถทำให้เกิดความตระหนักในปัญหาอย่างแท้จริง

วเรศ จันทรศร (2532) ได้ศึกษาเรื่องการบริหารเพื่อการพัฒนาของกระทรวงสาธารณสุข เป็นการศึกษาพฤติกรรมการปฏิบัติงานของกระทรวงสาธารณสุขโดยอาศัยตัวแบบที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้น มีตัวแปรอิสระที่สำคัญ 4 ตัวแปร คือ (1) สภาพแวดล้อมทางการบริหารของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ อำนาจ บทบาทขององค์การ และกระบวนการของงาน (2) การบริหารทรัพยากรของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ ปริมาณ คุณภาพ และการนำไปใช้ประโยชน์ บุคลากรงบประมาณ และวัสดุอุปกรณ์ (3) กระบวนการวินิจฉัยสั่งการของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ ระบบข้อมูล การวิเคราะห์หรือสังเคราะห์ และการตัดสินใจ และ (4) การนำนโยบายไปปฏิบัติของกระทรวงสาธารณสุข ตัวแปรเกี่ยวกับการนำนโยบายไปปฏิบัติมีตัวแปรย่อยหลายประการ ได้แก่ การรับทราบนโยบายจากส่วนกลาง การสื่อข้อความและความเข้าใจนโยบาย การกำหนดเป้าหมายความพอใจในการประสานงานกับหน่วยงานที่ประสานยาก ระดับการยอมรับนโยบาย ระดับความสอดคล้องของผลประโยชน์ในพื้นที่เป้าหมาย การตรวจเยี่ยมสถานที่ปฏิบัติงาน และระดับการแก้ไขปัญหาได้ของการตรวจเยี่ยม การวิจัยครั้งนี้เก็บข้อมูลทั้งในระดับมหภาคและระดับจุลภาค โดยกลุ่มตัวอย่างในส่วนกลางเป็นผู้บริหารของกระทรวงระดับปลัดกระทรวงลงไปจนถึงผู้อำนวยการกอง ในส่วนภูมิภาคกลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้บริหารในระดับผู้ปฏิบัติการ วิธีการเก็บข้อมูลใช้การสัมภาษณ์ การตอบแบบสอบถาม การสังเกตและร่วมปฏิบัติการ

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ทราบนโยบายส่วนกลางหรือหน่วยงานที่รับผิดชอบกำหนดขึ้น ความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานไม่แตกต่างกันระหว่างหน่วยงานและระหว่างภาค การสื่อข้อความการทำความเข้าใจเกี่ยวกับนโยบายมีประสิทธิภาพน่าพอใจและไม่พอใจในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน การกำหนดเป้าหมายบางครั้งสอดคล้องบางครั้งขัดแย้งเอาแน่ไม่ได้ ความพอใจของการประสานงานระหว่าง 5 กระทรวงหลักอยู่ในระดับปานกลาง หน่วยงานที่ประสานงานยากที่สุด คือ กระทรวงมหาดไทยและกระทรวงอุตสาหกรรม ระดับการยอมรับนโยบายของหน่วยงานระดับล่างอยู่ในระดับปานกลาง ระดับความสอดคล้องของผลประโยชน์ในพื้นที่เป้าหมายโดยส่วนรวมมีระดับปานกลาง การไปตรวจเยี่ยมยังไม่ทั่วถึงความถี่ไม่สม่ำเสมอ การไปตรวจเยี่ยมแก้ปัญหาได้ปานกลาง สำหรับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ การตรวจเยี่ยมแก้ปัญหาได้น้อย โครงการที่ประสบความสำเร็จ คือ การวางแผนครอบครัว ปัจจัยที่ทำให้สำเร็จ คือ (1) ระดับการสนับสนุนและความร่วมมือจากต่างประเทศและภาคเอกชน (2) การสร้างความเข้าใจและการยอมรับของประชาชน (3) การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม และ (4) ความต่อเนื่องของโครงการ โครงการที่ล้มเหลว คือ บัตรสุขภาพ ปัจจัยที่ทำให้ล้มเหลว คือ (1) การขยายผลกว้างทำอย่างเร่งรัด ผู้ปฏิบัติไม่สามารถปรับตัวและสร้างความเข้าใจในประโยชน์ของโครงการ และ (2) ปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคมของประชาชน

2.7 กรอบแนวคิดในการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัย R2R (Routine to Research) ซึ่งเป็นการพัฒนางานที่ทำเป็นประจำ ให้เป็นผลงานวิจัย โดยศึกษาข้อมูลดังต่อไปนี้

ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา

การนำนโยบายไปปฏิบัติ ตามหลักแนวคิดการนำนโยบายไปปฏิบัติ ตัวแบบการนำนโยบายไปปฏิบัติของ Van Meter and Van Horn คือ วัตถุประสงค์ของนโยบาย ทรัพยากรของนโยบาย การสื่อสารระหว่างองค์กร ลักษณะของหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ เช่น อสม. อบต. ครู ผู้นำชุมชน ปราชญ์ชาวบ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และทัศนคติของผู้ปฏิบัติ จะส่งผลให้การสื่อสารสุขภาพในชุมชนประสบผลสำเร็จ ส่วนด้านเงื่อนไขทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองไม่ส่งผลต่อการนำนโยบายการสื่อสารสุขภาพไปปฏิบัติ

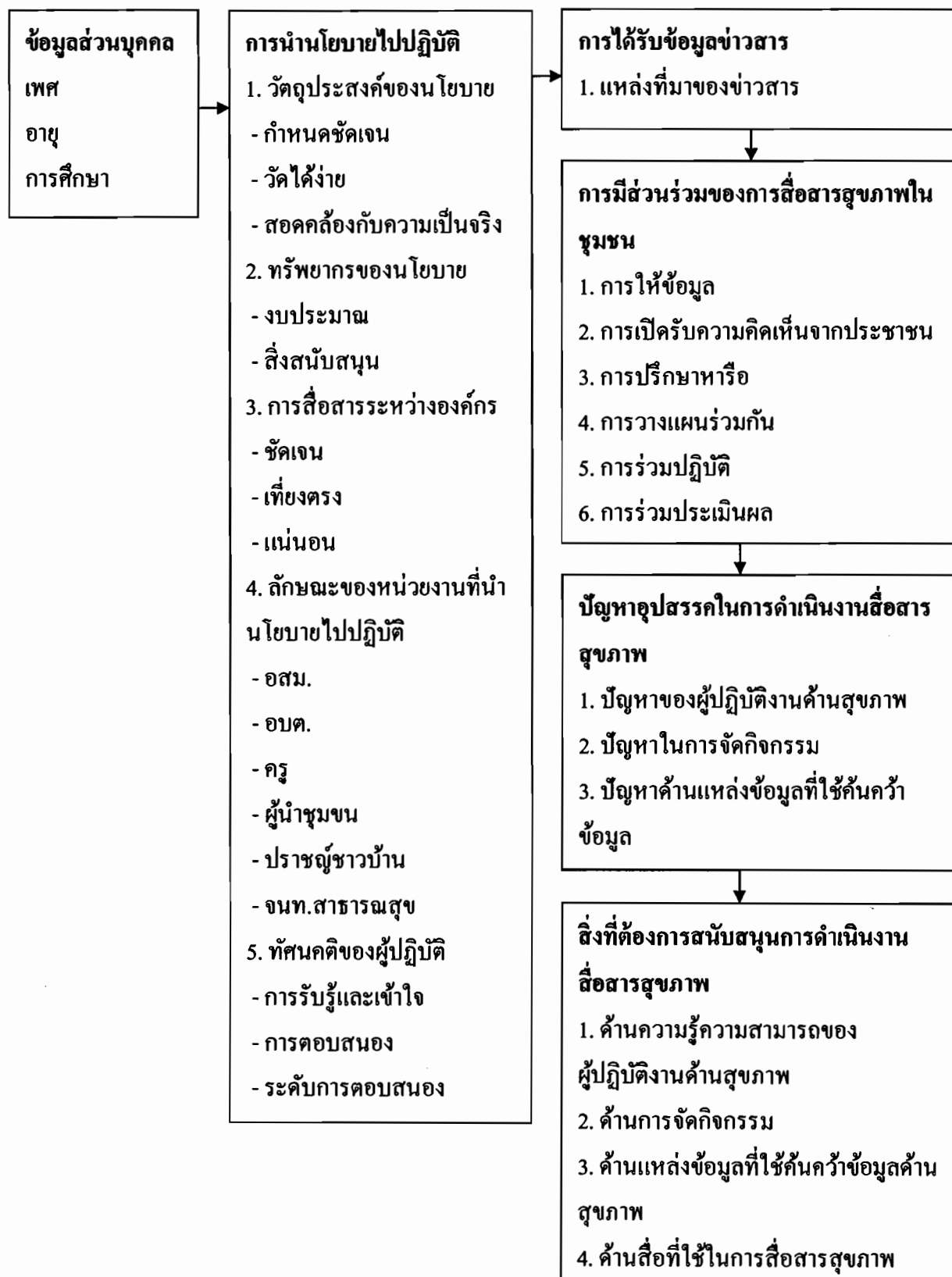
การได้รับข้อมูลข่าวสาร ตามแนวคิดของประยูร ศรีประสาธน์ แหล่งที่มาของข้อมูลข่าวสารส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของการสื่อสารสุขภาพในชุมชน

การมีส่วนร่วม ตามหลักแนวคิดทฤษฎีการมีส่วนร่วมของถวิลวดี บุรีกุล การนำนโยบายไปปฏิบัติจะประสบผลสำเร็จจะต้องดูจากการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพในชุมชน โดยมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูล การเปิดรับความคิดเห็นจากประชาชน การปรึกษาหารือ การวางแผนร่วมกัน การร่วมปฏิบัติ การร่วมติดตาม ร่วมตรวจสอบ และร่วมประเมินผล ส่วนการควบคุมโดยประชาชนยังไม่มีผลการดำเนินการในประเด็นนี้

ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพ ประกอบด้วย ปัญหาของผู้ปฏิบัติงาน ปัญหาในการจัดกิจกรรม ปัญหาด้านแหล่งข้อมูลที่ใช้ค้นคว้าข้อมูล และปัญหาด้านสื่อที่ใช้ในการสื่อสารสุขภาพ

สิ่งที่ต้องการสนับสนุนการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพ ประกอบด้วย ความรู้ความสามารถของผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ การจัดกิจกรรม แหล่งข้อมูลที่ใช้ค้นคว้าข้อมูลด้านสุขภาพ และสื่อที่ใช้ในการสื่อสาร

จากการศึกษาแนวคิดและทฤษฎีในการการสื่อสารสุขภาพ การมีส่วนร่วมและการนำนโยบายไปปฏิบัติ ปัญหาอุปสรรคและสิ่งที่ต้องการสนับสนุนการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพ ผู้วิจัยจึงได้กำหนดกรอบแนวคิดเบื้องต้นในการวิจัย ตามแผนภาพที่ 2.2 ดังนี้



ภาพที่ 2.2 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และเป็นการวิจัย R2R (Routine to Research) ซึ่งเป็นการพัฒนางานที่ทำเป็นประจำให้เป็นผลงานวิจัยเพื่อศึกษามีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพในการนำนโยบายการสื่อสารสุขภาพไปปฏิบัติ ตำบลหนองกิงเพล อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งมีรายละเอียดขั้นตอนดำเนินงาน ดังนี้

- 3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- 3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา
- 3.3 การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ
- 3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.5 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.1.1 ประชากร หมายถึง บุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการนำนโยบายการสื่อสารสุขภาพไปปฏิบัติ ตำบลหนองกิงเพล จำนวน 206 คน ได้แก่

3.1.1.1 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 156 คน

3.1.1.2 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข รพ.สต.หนองกิงเพล จำนวน 8 คน

3.1.1.3 สมาชิก อบต.หนองกิงเพล (นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองกิงเพล, รองนายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองกิงเพล 2 คน, ประธานสภาองค์การบริหารส่วนตำบลหนองกิงเพล) จำนวน 22 คน

3.1.1.4 ครูอนามัยโรงเรียนในตำบลหนองกิงเพล จำนวน 8 คน

3.1.1.5 ผู้นำชุมชนตำบลหนองกิงเพล (กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน 9 หมู่บ้าน) จำนวน 10 คน

3.1.1.6 ประชาชนชาวบ้าน จำนวน 2 คน

การศึกษาครั้งนี้ศึกษาจากประชากรทั้งหมด จำนวน 206 คน

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในศึกษา

3.2.1 การวิจัยนี้ ผู้ศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม (Questionnaires) ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดที่ได้ทบทวนองค์ความรู้ วรรณกรรม จากเอกสาร ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบบสอบถามประกอบด้วย 5 ตอน คือ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบคำถาม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการนำนโยบายการสื่อสารสุขภาพไปปฏิบัติ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการได้รับข้อมูลข่าวสาร

ตอนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของการสื่อสารสุขภาพในชุมชน

ตอนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคและสิ่งที่ต้องการสนับสนุน การดำเนินงานสื่อสารสุขภาพ

การสร้างเครื่องมือวัดการนำนโยบายการสื่อสารสุขภาพไปปฏิบัติสร้างขึ้นจากการศึกษาแนวคิดทฤษฎี โดยประยุกต์แนวคิดทฤษฎีของ Van Meter and Van Horn การได้รับข้อมูลข่าวสาร โดยประยุกต์แนวคิดทฤษฎีของ ประยูร ศรีประสาธน์ (2542 : 5) และการมีส่วนร่วมของการสื่อสารสุขภาพ โดยประยุกต์แนวคิดทฤษฎีของ ถวิลวดี บุรีกุล (2550 : 8-10) พร้อมทั้งปรับปรุงคำถามให้เหมาะสมและสอดคล้องกับภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพ

คำถามในตอนที่ 2-4 เป็นคำถามแบบปลายปิด ลักษณะเป็นมาตรวัดแบบ Likert's Scale ซึ่งมีลักษณะของข้อความทั้งลักษณะในเชิงบวกและเชิงลบ เกณฑ์การให้คะแนนแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ระดับความคิดเห็น	ข้อความเชิงบวก
มากที่สุด	5
มาก	4
ปานกลาง	3
น้อย	2
ไม่เห็นด้วย	1

จากการให้คะแนนดังกล่าวข้างต้นผู้ศึกษาจะแบ่งเกณฑ์ในการวัดครั้งนี้ ออกเป็นระดับของการมีส่วนร่วมในนำนโยบายการสื่อสารสุขภาพไปปฏิบัติเป็น 5 ระดับ โดยกำหนดเกณฑ์ในการพิจารณาด้วยการหาพิสัย (Range) ของชั้น ซึ่งคำนวณได้จากสูตร

$$\frac{(\text{คะแนนสูงสุด}-\text{คะแนนต่ำสุด})}{\text{จำนวนชั้น}} = \frac{5-1}{5} = 0.8$$

จากหลักเกณฑ์ดังกล่าวสามารถแปลความหมายค่าคะแนนเฉลี่ยเป็นการมีส่วนร่วมในการนำนโยบายการสื่อสารสุขภาพไปปฏิบัติได้ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ระดับการมีส่วนร่วม
1.00-1.80	น้อยที่สุด
1.81-2.60	น้อย
2.61-3.40	ปานกลาง
3.41-4.20	มาก
4.21-5.00	มากที่สุด

ตอนที่ 5 เป็นการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคและสิ่งที่ต้องการสนับสนุนการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพ

3.3 การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ

3.3.1 การหาความตรงด้านเนื้อหาของเครื่องมือ (Content Validity)

การหาความตรงด้านเนื้อหาของแบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเรียบร้อยแล้วให้อาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อพิจารณาตรวจสอบความตรงในด้านเนื้อหา ภาษาที่ใช้ ความชัดเจน ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ และเมื่อผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามคืน ได้นำแบบสอบถามที่ได้กลับคืนมาพิจารณาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ

3.3.2 การหาความเที่ยงของแบบสอบถาม (Reliability)

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาจากอาจารย์ที่ปรึกษาไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะตรงตามคุณลักษณะของประชากรที่กำหนดในการศึกษาครั้งนี้ แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ผู้ศึกษาได้สุ่มหรือคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างของการวิจัย คือ ภาศิเครือข่ายด้านสุขภาพตำบลห้วยชะยุ่ง อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 30 ราย เพื่อให้ได้ตัวอย่างที่มีการกระจายเทียบเคียงกับการกระจายแบบปกติ (Normal Distribution) โดยประมาณ ซึ่งจุดประสงค์หลักของการนำเครื่องมือไปทดลองใช้ได้แก่

3.3.2.1 เพื่อตรวจสอบความเที่ยงและความตรงของเครื่องมือ (Reliability and Validity)

3.3.2.2 เพื่อศึกษาเวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่าง

3.3.2.3 เพื่อพิจารณาคำถามที่ขาดความชัดเจน อ่านเข้าใจยากมากทำการปรับปรุงหรือตัดคำถามที่ไม่เหมาะสมออก

ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินที่มีข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนก ไปหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (Alpha Coefficient) ของครอนบาค (Cronbach, 1951 : 297-334) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ปรากฏว่ามีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.925 ในภาพรวมพบว่าคำถามทุกข้อมีความตรงและครอบคลุมในด้านเนื้อหา

3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

3.4.1 ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจงที่ตำบลหนองกิงเพล ในระหว่างวันที่ 27 มีนาคม พ.ศ. 2555 ถึง วันที่ 7 เมษายน พ.ศ. 2555 การเก็บข้อมูลในครั้งนี้ผู้วิจัย ได้นำแบบสอบถามส่งให้กับผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง และผู้วิจัยไปรับแบบสอบถามด้วยตนเองเมื่อตรวจสอบแล้วพบว่า แบบสอบถามแจกให้ผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 206 ชุด ได้รับแบบสอบถามคืน จำนวน 206 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100

3.5 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

3.5.1 สถิติที่ใช้ในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

3.5.1.1 หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการคำนวณ แต่มีสูตรในการคำนวณดังนี้ (สมชาย วรภิเกษมสกุล, 2553 : 177)

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \left(1 - \frac{\sum \sigma_i^2}{\sigma_x^2} \right)$$

เมื่อ	α	แทน	สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค
	σ_i^2	แทน	ความแปรปรวนของข้อที่หรือองค์ประกอบที่
	σ_x^2	แทน	ความแปรปรวนของคะแนนรวม
	k	แทน	เป็นจำนวนข้อสอบ/องค์ประกอบของทั้งฉบับ

3.5.2 สถิติพื้นฐาน

(1) การหาค่าร้อยละ (Percentage) ของข้อมูลด้านสถานภาพทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การสอน ตำแหน่งหรือหน้าที่รับผิดชอบ และขนาดของสถานศึกษา ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล แต่มีสูตรในการคำนวณดังนี้

$$\text{ร้อยละของรายการใด} = \frac{\text{ความถี่ของรายการนั้น} \times 100}{\text{ความถี่ของรายการทั้งหมด}}$$

(2) หาค่าเฉลี่ย (Mean) ของประสิทธิภาพการบริหารงานวิชาการของผู้บริหารสถานศึกษาซึ่งแบ่งออกเป็น 7 ด้าน คือ หลักสูตร การบริหารจัดการวิชาการ การจัดการเรียนรู้ ห้องสมุดและแหล่งเรียนรู้ การพัฒนาบุคลากร การประเมินผล และการประกันคุณภาพ โดยการหาค่าเฉลี่ยในแต่ละข้อคำถามและในภาพรวมรายชื่อ ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล แต่มีสูตรในการคำนวณดังนี้ (บุญชม ศรีสะอาด, 2545 : 56)

$$\bar{X} = \frac{\sum x}{n}$$

เมื่อ \bar{x}

แทน ค่าเฉลี่ยของคะแนน

$\sum x$ แทน ผลรวมของคะแนน

n แทน จำนวนของหน่วยตัวอย่าง

(3) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของประสิทธิภาพในการบริหารงานวิชาการของผู้บริหาร (Standard Deviation) ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล แต่มีสูตรในการคำนวณดังนี้ (บุญชม ศรีสะอาด, 2545 : 89)

$$S = \sqrt{\frac{n \sum x^2 - (\sum x)^2}{n(n-1)}}$$

เมื่อ S แทน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

n แทน จำนวนคู่ทั้งหมด

X แทน คะแนนแต่ละตัวในกลุ่มข้อมูล

$\sum x$ แทน ผลรวมของความแตกต่างของคะแนนแต่ละคู่

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพในการนำนโยบายการสื่อสารสุขภาพไปปฏิบัติ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีของนักวิชาการหลายท่าน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพ ตำบลหนองกินเพล อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 206 ราย ได้รับแบบสอบถามคืน จำนวน 206 ราย คิดเป็นร้อยละ 100 และนำข้อมูลที่รวบรวมได้มาทำการวิเคราะห์สถิติ โดยแบ่งการนำเสนอผลการวิเคราะห์ ดังนี้

- 4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม
- 4.2 การนำนโยบายการสื่อสารสุขภาพไปปฏิบัติ
- 4.3 การได้รับข้อมูลข่าวสาร
- 4.4 การมีส่วนร่วมของการสื่อสารสุขภาพในชุมชน
- 4.5 ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพ
- 4.6 สิ่งที่ต้องการสนับสนุนการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพ

4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

จากการศึกษาพบว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 129 คน คิดเป็นร้อยละ 62.62 และเป็นเพศชาย จำนวน 77 คน คิดเป็นร้อยละ 37.38 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 40-49 ปี จำนวน 86 คน คิดเป็นร้อยละ 41.75 รองลงมามีอายุระหว่าง 50-59 ปี จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 24.27 ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 94 คน คิดเป็นร้อยละ 45.63 รองลงมาสำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษา จำนวน 85 คน คิดเป็นร้อยละ 41.26 ดังปรากฏในตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวนและค่าร้อยละเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน) N=206	ร้อยละ 100.00
เพศ		
ชาย	77	37.38
หญิง	129	62.62
อายุ		
20-29 ปี	8	3.88
30-39 ปี	49	23.79
40-49 ปี	86	41.75
50-59 ปี	50	24.27
60 ปีขึ้นไป	13	6.31
($\bar{X} = 45, SD = 9, MAX = 66, MIN = 24$)		
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	94	45.63
มัธยมศึกษา	85	41.26
อนุปริญญา	9	4.37
ปริญญาตรี	18	8.74

4.2 การนำนโยบายการสื่อสารสุขภาพไปปฏิบัติ

จากการศึกษาการนำนโยบายการสื่อสารสุขภาพไปปฏิบัติ ในภาพรวมระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.66, SD = 0.61$) เมื่อพิจารณาทางด้านพบว่า ส่วนใหญ่ความคิดเห็นในเรื่องลักษณะของหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ ระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.22, SD = 0.73$) รองลงมาคือวัตถุประสงค์ของนโยบาย ระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.75, SD = 0.69$) ดังปรากฏในตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นการนำนโยบายการสื่อสาร
สุขภาพไปปฏิบัติ โดยรวมและเป็นรายด้าน

การนำนโยบายการสื่อสารสุขภาพไปปฏิบัติ	ระดับความคิดเห็น		
	\bar{X}	SD	การแปลผล
1. วัตถุประสงค์ของนโยบาย	3.75	0.69	มาก
2. ทรัพยากรของนโยบาย	3.33	0.88	มาก
3. การสื่อสารระหว่างองค์กร	3.63	0.75	มาก
4. ลักษณะของหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ	4.22	0.73	มากที่สุด
5. ทัศนคติของผู้ปฏิบัติ	3.64	0.72	มาก
เฉลี่ย	3.66	0.61	มาก

จากการศึกษาการนำนโยบายการสื่อสารสุขภาพไปปฏิบัติ ด้านวัตถุประสงค์ของนโยบายเมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นในเรื่องการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพมีการกำหนดวัตถุประสงค์ในการดำเนินงานในพื้นที่ที่ชัดเจน ระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.80$, $SD = 0.744$) รองลงมาคือวัตถุประสงค์ในการดำเนินงานมีความสอดคล้องกับความเป็นจริง ระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.76$, $SD = 0.80$) ดังปรากฏในตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นการนำนโยบายการสื่อสาร
สุขภาพไปปฏิบัติ ด้านวัตถุประสงค์ของนโยบาย

วัตถุประสงค์ของนโยบาย	ระดับความคิดเห็น		
	\bar{X}	SD	การแปลผล
1. การดำเนินงานสื่อสารสุขภาพมีการกำหนด วัตถุประสงค์ในการดำเนินงานในพื้นที่ชัดเจน	3.80	0.74	มาก
2. วัตถุประสงค์ในการดำเนินงานมีความสอดคล้องกับ ความเป็นจริง	3.76	0.80	มาก
3. วัตถุประสงค์ในการดำเนินงานสามารถตรวจสอบ และวัดได้	3.68	0.79	มาก
เฉลี่ย	3.75	0.69	มาก

จากการศึกษาการนำนโยบายการสื่อสารสุขภาพไปปฏิบัติ ด้านทรัพยากร
ของนโยบายเมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นในเรื่องการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพ
มีสิ่งสนับสนุนการดำเนินงานที่เพียงพอ ระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.44$, $SD = 0.98$)
รองลงมาก็คือการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพในพื้นที่ได้รับงบประมาณที่เพียงพอ ระดับความคิดเห็น
อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.21$, $SD = 0.91$) ดังปรากฏในตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นการนำนโยบายการสื่อสาร
สุขภาพไปปฏิบัติ ด้านทรัพยากรของนโยบาย

ทรัพยากรของนโยบาย	ระดับความคิดเห็น		
	\bar{X}	SD	การแปลผล
1. การดำเนินงานสื่อสารสุขภาพในพื้นที่ได้รับ งบประมาณที่เพียงพอ	3.21	0.91	ปานกลาง
2. การดำเนินงานสื่อสารสุขภาพมีสิ่งสนับสนุนการ ดำเนินงานที่เพียงพอ	3.44	0.98	มาก
เฉลี่ย	3.33	0.88	มาก

จากการศึกษาการนำนโยบายการสื่อสารสุขภาพไปปฏิบัติ ด้านการสื่อสารระหว่างองค์กรเมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นในเรื่องการชี้แจงแนวทางการดำเนินงานการสื่อสารสุขภาพในพื้นที่ที่มีความชัดเจน เข้าใจง่ายแน่นอน ระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.66$, $SD = 0.85$) รองลงมาคือการได้รับข้อมูลด้านสุขภาพที่มีความเป็นจริงและเที่ยงตรง ระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.65$, $SD = 0.88$) ดังปรากฏในตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นการนำนโยบายการสื่อสารสุขภาพไปปฏิบัติ ด้านการสื่อสารระหว่างองค์กร

การสื่อสารระหว่างองค์กร	ระดับความคิดเห็น		
	\bar{X}	SD	การแปลผล
1. การชี้แจงแนวทางการดำเนินงานการสื่อสารสุขภาพในพื้นที่ที่มีความชัดเจน เข้าใจง่ายแน่นอน	3.66	0.85	มาก
2. การได้รับข้อมูลด้านสุขภาพที่มีความเป็นจริงและเที่ยงตรง	3.65	0.88	มาก
3. แหล่งข้อมูลด้านสุขภาพมีความถูกต้องแน่นอนหรือเป็นหนึ่งเดียว	3.60	0.78	มาก
เฉลี่ย	3.63	0.75	มาก

จากการศึกษาพบว่าลักษณะของหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ ส่วนใหญ่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 156 คน คิดเป็นร้อยละ 75.73 รองลงมา เป็นสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 10.68 ดังปรากฏในตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 จำนวนและร้อยละของหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ

ลักษณะของหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
หน่วยงาน		
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	156	75.73
สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล	22	10.68
ครู	8	3.88
ผู้นำชุมชน	10	4.85
ปราชญ์ชาวบ้าน	2	0.97
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	8	3.88
รวม	206	100.00

จากการศึกษาการนำนโยบายการสื่อสารสุขภาพไปปฏิบัติ ด้านทัศนคติของผู้ปฏิบัติเมื่อพิจารณาข้อพบว่า ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นในเรื่องระดับการตอบสนองการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพในพื้นที่ ระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.6, SD = 0.774$) รองลงมาคือการรับรู้และเข้าใจในการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพในพื้นที่ ระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.64, SD = 0.76$) ดังปรากฏในตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นการนำนโยบายการสื่อสารสุขภาพไปปฏิบัติ ด้านทัศนคติของผู้ปฏิบัติ

การสื่อสารระหว่างองค์กร	ระดับความคิดเห็น		
	\bar{X}	SD	การแปลผล
1. การรับรู้และเข้าใจในการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพในพื้นที่	3.64	0.76	มาก
2. การตอบสนองการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพในพื้นที่	3.61	0.84	มาก
3. ระดับการตอบสนองการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพในพื้นที่	3.68	0.77	มาก
เฉลี่ย	3.64	0.72	มาก

4.3 การได้รับข้อมูลข่าวสาร

จากการศึกษาการได้รับข้อมูลข่าวสาร ในภาพรวมระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.43, SD = 0.61$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นในเรื่องแหล่งที่มาของข้อมูลข่าวสารที่ได้รับมากที่สุดคือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.18, SD = 0.92$) รองลงมาคืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.92, SD = 0.93$) ดังปรากฏในตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นการได้รับข้อมูลข่าวสาร

แหล่งที่มาของข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่ได้รับ	ระดับความคิดเห็น		
	\bar{X}	SD	การแปลผล
1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	3.61	0.74	มาก
2. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	3.75	0.77	มาก
3. โรงพยาบาลชุมชน	3.88	0.92	มาก
4. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	4.18	0.92	มาก
5. โรงเรียน	3.31	0.83	ปานกลาง
6. องค์การบริหารส่วนตำบล	3.35	0.86	ปานกลาง
7. ปราชญ์ชาวบ้าน	3.15	1.02	ปานกลาง
8. ห้องสมุด	2.89	0.91	ปานกลาง
9. สื่ออิเล็กทรอนิกส์	2.96	0.97	ปานกลาง
10. หนังสือพิมพ์	2.94	0.93	ปานกลาง
11. วิทยุชุมชน	3.23	0.91	ปานกลาง
12. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	3.92	0.93	มาก
เฉลี่ย	3.43	0.61	มาก

4.4 การมีส่วนร่วมของการสื่อสารสุขภาพในชุมชน

จากการศึกษาการมีส่วนร่วมของการสื่อสารสุขภาพในชุมชน ในภาพรวมระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.77, SD = 0.76$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นในเรื่องการมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลการสื่อสารสุขภาพในชุมชน ระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.92, SD = 0.85$) รองลงมาคือการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสื่อสารสุขภาพในชุมชน ระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.88, SD = 0.85$) ดังปรากฏในตารางที่ 4.9

ตารางที่ 4.9 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นการมีส่วนร่วมของการสื่อสารสุขภาพในชุมชน

การมีส่วนร่วมของการสื่อสารสุขภาพในชุมชน	ระดับความคิดเห็น		
	\bar{X}	SD	การแปลผล
1. มีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลการสื่อสารสุขภาพในชุมชน	3.92	0.85	มาก
2. มีส่วนร่วมในการเปิดรับความคิดเห็นจากประชาชนในการสื่อสารสุขภาพในชุมชน	3.73	0.84	มาก
3. มีส่วนร่วมในการปรึกษาหารือการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพในชุมชน	3.75	0.86	มาก
4. มีส่วนร่วมในการวางแผนการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพในชุมชน	3.68	0.88	มาก
5. มีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสื่อสารสุขภาพในชุมชน	3.88	0.85	มาก
6. มีส่วนร่วมในการประเมินผลการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพในชุมชน	3.68	0.91	มาก
เฉลี่ย	3.77	0.76	มาก

4.5 ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพ

จากการศึกษาปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพ ส่วนใหญ่เป็นปัญหา ด้านแหล่งข้อมูลที่ใช้ค้นคว้าข้อมูล ข้อมูลขาดแหล่งข้อมูลที่เพียงพอ จำนวน 104 คน คิดเป็นร้อยละ 50.49 รองลงมาเป็นปัญหาในการจัดกิจกรรม ขาดงบประมาณในการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ จำนวน 102 คน คิดเป็นร้อยละ 49.51 ดังปรากฏในตารางที่ 4.10

ตารางที่ 4.10 จำนวนและร้อยละของปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพ โดยรวม

ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. ขาดแหล่งข้อมูลที่เพียงพอ	104	50.49
2. ขาดงบประมาณในการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ	102	49.51
3. เวลาในการจัดกิจกรรมไม่ตรงกับเวลาที่ชาวบ้านสะดวก	98	47.57
4. สื่อที่ใช้ไม่มีความน่าสนใจ	91	44.17
5. ขาดช่องทางในการสื่อสาร เช่น หอกระจายข่าว เสี่ยงตามสาย	87	42.23
6. ไม่มีความชำนาญในการใช้เครื่องคอมพิวเตอร์เพื่อผลิตสื่อ	85	41.26
7. การประชาสัมพันธ์ไม่ทั่วถึง	83	40.29
8. ขาดแหล่งทุนสนับสนุนอย่างค่อเนื่อง	81	39.32
9. ข้อมูลที่ได้ไม่กระชับ	75	36.41
10. ขาดวิทยากร	71	34.47
11. ขาดทักษะในการสื่อสารที่ดี	69	33.50
12. ขาดความรู้ทางด้านสุขภาพ จึงต้องใช้เวลาเรียนรู้	67	32.52
13. ขาดการมีส่วนร่วมของประชาชน	64	31.07
14. ได้รับข้อมูลจากแหล่งความรู้ไม่ต่อเนื่อง ไม่ทันต่อความต้องการ	62	30.10

ตารางที่ 4.10 จำนวนและร้อยละของปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพโดยรวม (ต่อ)

ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
15. ขาดเครื่องมือที่ใช้ผลิตสื่อเพื่อใช้ในการจัดกิจกรรม	60	29.13
16. ข้อมูลมีเนื้อหายากเกินไป	60	29.13
17. ปริมาณงานที่มาก จึงไม่สามารถทำงานให้ครอบคลุมได้	59	28.64
18. ไม่มีความชำนาญในการใช้อุปกรณ์/เครื่องมือในการสื่อสารสุขภาพ	59	28.64
19. ขาดทักษะในการใช้สื่อ	57	27.67
20. ขาดบุคลากรเผยแพร่ข่าวสาร	57	27.67
21. ขาดทีมร่วมปฏิบัติงาน	56	27.18
22. ไม่มียานพาหนะรับ-ส่งในการปฏิบัติงาน	55	26.70
23. ขาดทักษะในการสังเคราะห์ข้อมูล	54	26.21
24. ไม่สามารถกำหนดตารางทำงานที่แน่นอนได้เนื่องจากมีงานประจำ	47	22.82
25. ข้อมูลที่ได้ไม่ทันสมัย	44	21.36
26. ไม่มีเวลาติดตามผล หลังจากให้ความรู้ด้านสุขภาพแล้ว	42	20.39
27. ขาดสถานที่ที่เหมาะสมในการจัดกิจกรรม	41	19.90
28. ขาดทักษะการเป็นผู้นำ	40	19.42
29. อุปกรณ์/เครื่องมือชำรุด ขาดการบำรุงรักษา	39	18.93
30. ผู้ประสานงานในพื้นที่เปลี่ยนคนบ่อย ทำให้ไม่มีความต่อเนื่อง	38	18.45
31. ผู้บริหารหน่วยงานไม่เห็นความสำคัญของการสื่อสารสุขภาพ	33	16.02
32. ความแตกต่างของภาษาที่ใช้ในการสื่อสาร	23	11.17
33. ข้อมูลที่ได้ไม่น่าเชื่อถือ	22	10.68
34. ไม่สามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาของท้องถิ่น	17	8.25

จากการศึกษาปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพ ด้านปัญหาของผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพเมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีความชำนาญในการใช้เครื่องคอมพิวเตอร์เพื่อผลิตสื่อ จำนวน 85 คน คิดเป็นร้อยละ 41.26 รองลงมาคือขาดทักษะในการสื่อสารที่ดี จำนวน 69 คน คิดเป็นร้อยละ 33.50 ดังปรากฏในตารางที่ 4.11

ตารางที่ 4.11 จำนวนและร้อยละของปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพ ด้านปัญหาของผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ

ปัญหาของผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. ไม่มีความชำนาญในการใช้เครื่องคอมพิวเตอร์เพื่อผลิตสื่อ	85	41.26
2. ขาดทักษะในการสื่อสารที่ดี	69	33.50
3. ขาดความรู้ทางด้านสุขภาพ จึงต้องใช้เวลาเรียนรู้	67	32.52
4. ได้รับข้อมูลจากแหล่งความรู้ไม่ต่อเนื่อง ไม่ทันต่อความต้องการ	62	30.10
5. ปริมาณงานที่มาก จึงไม่สามารถทำงานให้ครอบคลุมได้	59	28.64
6. ไม่มีความชำนาญในการใช้อุปกรณ์/เครื่องมือในการสื่อสารสุขภาพ	59	28.64
7. ขาดทักษะในการใช้สื่อ	57	27.67
8. ไม่มียานพาหนะรับ-ส่งในการปฏิบัติงาน	55	26.70
9. ขาดทักษะในการสังเคราะห์ข้อมูล	54	26.21
10. ไม่สามารถกำหนดตารางทำงานที่แน่นอนได้เนื่องจากมีงานประจำ	47	22.82
11. ไม่มีเวลาติดตามผล หลังจากให้ความรู้ด้านสุขภาพแล้ว	42	20.39
12. ขาดทักษะการเป็นผู้นำ	40	19.42
13. ไม่สามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาของท้องถิ่น	17	8.25

จากการศึกษาปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพ ด้านปัญหาในการจัดกิจกรรมเมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ส่วนใหญ่ขาดงบประมาณในการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ จำนวน 102 คน คิดเป็นร้อยละ 49.51 รองลงมาคือเวลาในการจัดกิจกรรมไม่ตรงกับเวลาที่ชาวบ้านสะดวก จำนวน 98 คน คิดเป็นร้อยละ 47.57 ดังปรากฏในตารางที่ 4.12

ตารางที่ 4.12 จำนวนและร้อยละของปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพ ด้านปัญหาในการจัดกิจกรรม

ปัญหาในการจัดกิจกรรม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. ขาดงบประมาณในการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ	102	49.51
2. เวลาในการจัดกิจกรรมไม่ตรงกับเวลาที่ชาวบ้านสะดวก	98	47.57
3. การประชาสัมพันธ์ไม่ทั่วถึง	83	40.29
4. ขาดแหล่งทุนสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง	81	39.32
5. ขาดวิทยากร	71	34.47
6. ขาดการมีส่วนร่วมของประชาชน	64	31.07
7. ขาดเครื่องมือที่ใช้ผลิตสื่อเพื่อใช้ในการจัดกิจกรรม	60	29.13
8. ขาดบุคลากรเผยแพร่ข่าวสาร	57	27.67
9. ขาดทีมร่วมปฏิบัติงาน	56	27.18
10. ขาดสถานที่ที่เหมาะสมในการจัดกิจกรรม	41	19.90
11. อุปกรณ์/เครื่องมือชำรุด ขาดการบำรุงรักษา	39	18.93
12. ผู้ประสานงานในพื้นที่เปลี่ยนคนบ่อย ทำให้ไม่มีความต่อเนื่อง	38	18.45
13. ผู้บริหารหน่วยงานไม่เห็นความสำคัญของการสื่อสารสุขภาพ	33	16.02
14. ความแตกต่างของภาษาที่ใช้ในการสื่อสาร	23	11.17

จากการศึกษาปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพ ด้านปัญหา ด้านแหล่งข้อมูลที่ใช้ค้นคว้าข้อมูล เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ส่วนใหญ่ขาดแหล่งข้อมูลที่เพียงพอ จำนวน 104 คน คิดเป็นร้อยละ 50.49 รองลงมาคือข้อมูลที่ได้ไม่กระชับ จำนวน 75 คน คิดเป็นร้อยละ 36.41 ดังปรากฏในตารางที่ 4.13

ตารางที่ 4.13 จำนวนและร้อยละของปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพ ด้านปัญหา
ด้านแหล่งข้อมูลที่ใช้ค้นคว้าข้อมูล

ปัญหาด้านแหล่งข้อมูลที่ใช้ค้นคว้าข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. ขาดแหล่งข้อมูลที่เพียงพอ	104	50.49
2. ข้อมูลที่ได้ไม่กระชับ	75	36.41
3. ข้อมูลมีเนื้อหาหายากเกินไป	60	29.13
4. ข้อมูลที่ได้ไม่ทันสมัย	44	21.36
5. ข้อมูลที่ได้ไม่น่าเชื่อถือ	22	10.68

จากการศึกษาปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพ ด้านปัญหาด้านสื่อที่ใช้ในการสื่อสารสุขภาพ เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ส่วนใหญ่สื่อที่ใช้ไม่มีความน่าสนใจ จำนวน 91 คน คิดเป็นร้อยละ 44.17 รองลงมาคือขาดช่องทางในการสื่อสาร เช่น หอกระจายข่าว เสียงตามสาย จำนวน 87 คน คิดเป็นร้อยละ 42.23 ดังปรากฏในตารางที่ 4.14

ตารางที่ 4.14 จำนวนและร้อยละของปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพ ด้านปัญหา
ด้านสื่อที่ใช้ในการสื่อสารสุขภาพ

ปัญหาด้านสื่อที่ใช้ในการสื่อสารสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. สื่อที่ใช้ไม่มีความน่าสนใจ	91	44.17
2. ขาดช่องทางในการสื่อสาร เช่น หอกระจายข่าว เสียงตามสาย	87	42.23

4.6 สิ่งที่ต้องการสนับสนุนการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพ

จากการศึกษาสิ่งที่ต้องการสนับสนุนการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพ ส่วนใหญ่ต้องการสนับสนุนด้านสื่อที่ใช้ในการสื่อสารสุขภาพ ต้องการสื่อสำเร็จรูป เช่น ซีดี สปอคโฆษณาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ จำนวน 150 คน คิดเป็นร้อยละ 72.82 รองลงมาเป็นด้านแหล่งข้อมูลที่ใช้ค้นคว้าข้อมูลด้านสุขภาพ ต้องการเนื้อหาที่ทันสมัย รวดเร็ว ทันต่อเหตุการณ์/สถานการณ์โรค จำนวน 131 คน คิดเป็นร้อยละ 63.59 ดังปรากฏในตารางที่ 4.15

ตารางที่ 4.15 จำนวนและร้อยละของสิ่งที่ต้องการสนับสนุนการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพ โดยรวม

สิ่งที่ต้องการสนับสนุนการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. ต้องการสื่อสำเร็จรูป เช่น ซีดี เทป สปอตโฆษณาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพสามารถนำเสนอได้ทันที	150	72.82
2. ต้องการเนื้อหาที่ทันสมัย รวดเร็ว ทันต่อเหตุการณ์/สถานการณ์โรค	131	63.59
3. ต้องการเนื้อหาที่กระชับ ชัดเจน เข้าใจง่าย	124	60.19
4. ต้องการสนับสนุนงบประมาณในการจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง	120	58.25
5. ต้องการพัฒนาทักษะในการวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูล	113	54.85
6. ต้องการอุปกรณ์/เครื่องมือที่ทันสมัยและมีคุณภาพ	113	54.85
7. ต้องการยานพาหนะรับ-ส่งในการทำงาน	111	53.88
8. ต้องการพัฒนาทักษะในการใช้เครื่องมือ/อุปกรณ์ในการสื่อสารสุขภาพ	99	48.06
9. ต้องการรับการพัฒนาศักยภาพโดยการอบรม/ฝึกปฏิบัติการศึกษาดูงาน	97	47.09
10. ต้องการทีมร่วมปฏิบัติงาน	97	47.09
11. ต้องการพัฒนาทักษะในการสื่อสาร	91	44.17
12. ต้องการช่องทางในการประชาสัมพันธ์ที่มากขึ้น	87	42.23
13. ต้องการพัฒนาทักษะในการเป็นผู้นำด้านสุขภาพ	85	41.26
14. ต้องการเว็บไซต์กลาง เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ด้านสุขภาพ	85	41.26
15. ต้องการวิทยากร/บุคลากรมาเผยแพร่ข่าวสาร	78	37.86
16. ต้องการพัฒนาทักษะในการใช้เครื่องคอมพิวเตอร์ในการผลิตสื่อ	76	36.89
17. ต้องการสร้างเครือข่าย/ชมรม/สมาคมนักสื่อสารสุขภาพเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และให้คำปรึกษาในการทำงาน	76	36.89
18. ต้องการพัฒนาทักษะในการผลิตสื่อสิ่งพิมพ์	73	35.44
19. ต้องการแหล่งข้อมูลประเภทหนังสือ นิตยสาร บทความ เอกสารที่เกี่ยวข้อง	70	33.98

ตารางที่ 4.15 จำนวนและร้อยละของสิ่งที่ต้องการสนับสนุนการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพ โดยรวม
(ต่อ)

สิ่งที่ต้องการสนับสนุนการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
20. ต้องการเนื้อหาในเชิงลึก	70	33.98
21. ต้องการพัฒนาทักษะในการผลิตรายการวิทยุ	53	25.73
22. ต้องการพัฒนาทักษะการสืบค้นสารสนเทศด้านสุขภาพ	50	24.27
23. ต้องการพัฒนาทักษะในการผลิตสื่อวีดิทัศน์	45	21.84
24. ต้องการพัฒนาทักษะในการเขียนข่าว	36	17.48

จากการศึกษาสิ่งที่ต้องการสนับสนุนการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพ ด้านความรู้ความสามารถของผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ส่วนใหญ่ต้องการพัฒนาทักษะในการวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูล จำนวน 113 คน คิดเป็นร้อยละ 54.85 รองลงมาคือต้องการยานพาหนะรับ-ส่งในการทำงาน จำนวน 111 คน คิดเป็นร้อยละ 53.88 ดังปรากฏในตารางที่ 4.16

ตารางที่ 4.16 จำนวนและร้อยละของสิ่งที่ต้องการสนับสนุนการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพ
ด้านความรู้ความสามารถของผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ

ด้านความรู้ความสามารถของผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. ต้องการพัฒนาทักษะในการวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูล	113	54.85
2. ต้องการยานพาหนะรับ-ส่งในการทำงาน	111	53.88
3. ต้องการพัฒนาทักษะในการใช้เครื่องมือ/อุปกรณ์ในการสื่อสารสุขภาพ	99	48.06
4. ต้องการรับการพัฒนาศักยภาพโดยการอบรม/ฝึกปฏิบัติการศึกษาดูงาน	97	47.09
5. ต้องการพัฒนาทักษะในการสื่อสาร	91	44.17
6. ต้องการพัฒนาทักษะในการเป็นผู้นำด้านสุขภาพ	85	41.26
7. ต้องการพัฒนาทักษะในการใช้เครื่องคอมพิวเตอร์ในการผลิตสื่อ	76	36.89
8. ต้องการสร้างเครือข่าย/ชมรม/สมาคมนักสื่อสารสุขภาพเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และให้คำปรึกษาในการทำงาน	76	36.89

ตารางที่ 4.16 จำนวนและร้อยละของสิ่งที่ต้องการสนับสนุนการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพ
ด้านความรู้ความสามารถของผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ (ต่อ)

ด้านความรู้ความสามารถของผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
9. ต้องการพัฒนาทักษะในการผลิตสื่อสิ่งพิมพ์	73	35.44
10. ต้องการพัฒนาทักษะในการผลิตรายการวิทยุ	53	25.73
11. ต้องการพัฒนาทักษะการสืบค้นสารสนเทศด้านสุขภาพ	50	24.27
12. ต้องการพัฒนาทักษะในการผลิตสื่อวีดิทัศน์	45	21.84
13. ต้องการพัฒนาทักษะในการเขียนข่าว	36	17.48

จากการศึกษาสิ่งที่ต้องการสนับสนุนการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพ ด้านการจัดกิจกรรม เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ส่วนใหญ่ต้องการสนับสนุนงบประมาณในการจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง จำนวน 120 คน คิดเป็นร้อยละ 58.25 รองลงมาคือต้องการอุปกรณ์/เครื่องมือที่ทันสมัยและมีคุณภาพ จำนวน 113 คน คิดเป็นร้อยละ 54.85 ดังปรากฏในตารางที่ 4.17

ตารางที่ 4.17 จำนวนและร้อยละของสิ่งที่ต้องการสนับสนุนการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพ ด้านการจัดกิจกรรม

ด้านการจัดกิจกรรม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. ต้องการสนับสนุนงบประมาณในการจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง	120	58.25
2. ต้องการอุปกรณ์/เครื่องมือที่ทันสมัยและมีคุณภาพ	113	54.85
3. ต้องการทีมร่วมปฏิบัติงาน	97	47.09
4. ต้องการช่องทางในการประชาสัมพันธ์ที่มากขึ้น	87	42.23
5. ต้องการวิทยากร/บุคลากรมาเผยแพร่ข่าวสาร	78	37.86

จากการศึกษาสิ่งที่ต้องการสนับสนุนการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพ ด้านแหล่งข้อมูลที่ใช้ ค้นคว้าข้อมูลด้านสุขภาพ เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ส่วนใหญ่ต้องการเนื้อหาที่ทันสมัย รวดเร็ว ทันต่อเหตุการณ์/สถานการณ์โรค จำนวน 131 คน คิดเป็นร้อยละ 63.59 รองลงมาคือต้องการเนื้อหาที่กระชับ ชัดเจน เข้าใจง่าย จำนวน 124 คน คิดเป็นร้อยละ 60.19 ดังปรากฏในตารางที่ 4.18

**ตารางที่ 4.18 จำนวนและร้อยละของสิ่งที่ต้องการสนับสนุนการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพ
ด้านแหล่งข้อมูลที่ใช้ค้นคว้าข้อมูลด้านสุขภาพ**

ด้านแหล่งข้อมูลที่ใช้ค้นคว้าข้อมูลด้านสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. ต้องการเนื้อหาที่ทันสมัย รวดเร็ว ทันต่อเหตุการณ์/ สถานการณ์โรค	131	63.59
2. ต้องการเนื้อหาที่กระชับ ชัดเจน เข้าใจง่าย	124	60.19
3. ต้องการแหล่งข้อมูลประเภทหนังสือ นิตยสาร บทความ เอกสารที่เกี่ยวข้อง	70	33.98
4. ต้องการเนื้อหาในเชิงลึก	70	33.98

จากการศึกษาสิ่งที่ต้องการสนับสนุนการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพ ด้านสื่อที่ใช้ในการสื่อสารสุขภาพ เมื่อพิจารณาข้อมูลพบว่า ส่วนใหญ่ต้องการสื่อสำเร็จรูป เช่น ซีดี เทป สปออด โฆษณาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพสามารถนำเสนอได้ทันที จำนวน 150 คน คิดเป็นร้อยละ 72.82 รองลงมาคือต้องการเว็บไซต์กลาง เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 85 คน คิดเป็นร้อยละ 41.26 ดังปรากฏในตารางที่ 4.19

**ตารางที่ 4.19 จำนวนและร้อยละของสิ่งที่ต้องการสนับสนุนการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพ
ด้านสื่อที่ใช้ในการสื่อสารสุขภาพ**

ด้านสื่อที่ใช้ในการสื่อสารสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. ต้องการสื่อสำเร็จรูป เช่น ซีดี เทป สปออด โฆษณาที่เกี่ยวข้องกับ สุขภาพสามารถนำเสนอได้ทันที	150	72.82
2. ต้องการเว็บไซต์กลาง เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ด้านสุขภาพ	85	41.26

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาเรื่อง การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพในการนำนโยบายการสื่อสารสุขภาพไปปฏิบัติ ตำบลหนองกิงเพล อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาการนำนโยบายการสื่อสารสุขภาพไปปฏิบัติ 2) เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพในการนำนโยบายการสื่อสารสุขภาพไปปฏิบัติ 3) เพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรคการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพ 4) เพื่อศึกษาสิ่งที่ต้องการสนับสนุนการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพ ประชากรที่ใช้ศึกษาในครั้งนี้ คือ ภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพตำบลหนองกิงเพล จำนวน 206 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม (Questionnaires) คำนวณหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (Alpha Coefficient) ของครอนบาค (Cronbach) ซึ่งค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.925 ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดที่ได้จากการทบทวนองค์ความรู้ วรรณกรรม จากเอกสาร ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) สามารถสรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ได้ดังนี้

5.1 สรุปผลการวิจัย

5.1.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

ผลการศึกษาพบว่า ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 62.62 มีอายุระหว่าง 41-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 41.75 และ สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 45.63

5.1.2 ผลการวิเคราะห์การนำนโยบายการสื่อสารสุขภาพไปปฏิบัติ

การศึกษาการนำนโยบายการสื่อสารสุขภาพไปปฏิบัติ ของตำบลหนองกิงเพล อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษาพบว่า ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.66$) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่มีการนำนโยบายการสื่อสารสุขภาพไปปฏิบัติมากที่สุดคือลักษณะของหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ ซึ่งอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.22$) รองลงมา คือด้านวัตถุประสงค์ของนโยบาย ซึ่งอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.75$) ด้านทัศนคติของผู้ปฏิบัติ ซึ่งอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.64$) และด้านการสื่อสารระหว่างองค์กร ซึ่งอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.63$)

ตามลำดับ และด้านที่มีการนำนโยบายการสื่อสารสุขภาพไปปฏิบัติน้อยที่สุดคือด้านทรัพยากรของนโยบาย ซึ่งอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.33$) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า

5.1.2.1 ด้านวัตถุประสงค์ของนโยบาย ผลการศึกษาพบว่า การนำนโยบายการสื่อสารสุขภาพไปปฏิบัติ ตำบลหนองกิงเพล อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ในภาพรวมด้านวัตถุประสงค์ของนโยบาย ซึ่งอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.75$) ข้อที่มีการนำนโยบายการสื่อสารสุขภาพไปปฏิบัติมากที่สุดคือ มีการกำหนดวัตถุประสงค์ในการดำเนินงานในพื้นที่ที่ชัดเจน ซึ่งอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.80$)

5.1.2.2 ด้านทรัพยากรของนโยบาย ผลการศึกษาพบว่า การนำนโยบายการสื่อสารสุขภาพไปปฏิบัติ ตำบลหนองกิงเพล อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ในภาพรวมด้านทรัพยากรของนโยบาย ซึ่งอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.33$) ข้อที่มีการนำนโยบายการสื่อสารสุขภาพไปปฏิบัติมากที่สุดคือการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพมีสิ่งสนับสนุนการดำเนินงานที่เพียงพอ ซึ่งอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.44$)

5.1.2.3 ด้านการสื่อสารระหว่างองค์กร ผลการศึกษาพบว่า การนำนโยบายการสื่อสารสุขภาพไปปฏิบัติ ตำบลหนองกิงเพล อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ในภาพรวมด้านการสื่อสารระหว่างองค์กร ซึ่งอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.63$) ข้อที่มีการนำนโยบายการสื่อสารสุขภาพไปปฏิบัติมากที่สุดคือ การชี้แจงแนวทางการดำเนินงานการสื่อสารสุขภาพในพื้นที่ที่มีความชัดเจน เข้าใจง่ายแน่นอน ซึ่งอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.66$)

5.1.2.4 ด้านลักษณะของหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ ผลการศึกษาพบว่า การนำนโยบายการสื่อสารสุขภาพไปปฏิบัติ ตำบลหนองกิงเพล อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ในภาพรวมด้านลักษณะของหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ ซึ่งอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.22$) ข้อที่มีการนำนโยบายการสื่อสารสุขภาพไปปฏิบัติมากที่สุด คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร้อยละ 75.73

5.1.2.5 ด้านทัศนคติของผู้ปฏิบัติ ผลการศึกษาพบว่า การนำนโยบายการสื่อสารสุขภาพไปปฏิบัติ ตำบลหนองกิงเพล อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ในภาพรวมด้านทัศนคติของผู้ปฏิบัติ ซึ่งอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.64$) ข้อที่มีการนำนโยบายการสื่อสารสุขภาพไปปฏิบัติมากที่สุดคือ ระดับการตอบสนองการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพในพื้นที่ ซึ่งอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.68$)

5.1.3 ผลการวิเคราะห์การได้รับข้อมูลข่าวสาร

การศึกษาการได้รับข้อมูลข่าวสาร ของตำบลหนองกินเพล อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษาพบว่า ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.43$) และเมื่อพิจารณารายข้อพบว่า แหล่งที่มาของข้อมูลข่าวสารที่ได้รับมากที่สุดคือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.18$) รองลงมาคืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.92$) และโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.88$) ตามลำดับ และข้อที่แหล่งที่มาของข้อมูลข่าวสารที่ได้รับน้อยที่สุดคือห้องสมุด ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.89$)

5.1.4 ผลการวิเคราะห์การมีส่วนร่วมของการสื่อสารสุขภาพในชุมชน

การศึกษาการมีส่วนร่วมของการสื่อสารสุขภาพในชุมชน ของตำบลหนองกินเพล อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษาพบว่า ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.77$) และเมื่อพิจารณารายข้อพบว่า การมีส่วนร่วมของการสื่อสารสุขภาพในชุมชน ข้อที่มากที่สุดคือ การมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลการสื่อสารสุขภาพในชุมชน ซึ่งอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.92$) รองลงมาคือ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสื่อสารสุขภาพในชุมชน ซึ่งอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.88$) และการมีส่วนร่วมในการปรึกษาหารือการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพในชุมชน ซึ่งอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.75$) ตามลำดับ และข้อที่มีการมีส่วนร่วมของการสื่อสารสุขภาพในชุมชนน้อยที่สุดคือ การมีส่วนร่วมในการวางแผนการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพในชุมชนและการมีส่วนร่วมในการประเมินผลการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพในชุมชน ซึ่งอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.68$)

5.1.5 ผลการวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพ

การศึกษาปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพของตำบลหนองกินเพล อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพ ข้อที่มากที่สุดคือ ขาดแหล่งข้อมูลที่เพียงพอ ร้อยละ 50.49 รองลงมาคือขาดงบประมาณในการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ ร้อยละ 49.51 และเวลาในการจัดกิจกรรมไม่ตรงกับเวลาที่ชาวบ้านสะดวก ร้อยละ 47.57 ตามลำดับ และข้อที่มีปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพน้อยที่สุดคือ ไม่สามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาของท้องถิ่น ร้อยละ 8.25 และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า

5.1.5.1 ปัญหาของผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพ ของตำบลหนองกินเพล อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ด้านปัญหาของผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ ข้อที่เป็นปัญหามากที่สุดคือ ไม่มี ความชำนาญ

ในการใช้เครื่องคอมพิวเตอร์เพื่อผลิตสื่อ ร้อยละ 41.26 รองลงมาคือขาดทักษะการสื่อสารที่ดี ร้อยละ 33.50 ขาดความรู้ทางด้านสุขภาพ จึงต้องใช้เวลาเรียนรู้ ร้อยละ 32.52 ตามลำดับ ข้อที่เป็นปัญหาน้อยที่สุดคือ ไม่สามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาท้องถิ่น ร้อยละ 8.25

5.1.5.2 ปัญหาในการจัดกิจกรรม ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพ ของตำบลหนองกิงเพล อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ด้านปัญหาในการจัดกิจกรรม ข้อที่เป็นปัญหามากที่สุดคือ ขาดงบประมาณในการจัดกิจกรรม ด้านสุขภาพ ร้อยละ 9.51 รองลงมาคือเวลาในการจัดกิจกรรมไม่ตรงกับเวลาที่ชาวบ้านสะดวก ร้อยละ 47.57 การประชาสัมพันธ์ไม่ทั่วถึง ร้อยละ 40.29 ตามลำดับ ข้อที่เป็นปัญหาน้อยที่สุดคือ ความแตกต่างของภาษาที่ใช้ในการสื่อสาร ร้อยละ 11.17

5.1.5.3 ปัญหาด้านแหล่งข้อมูลที่ใช้ค้นคว้าข้อมูล ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพ ของตำบลหนองกิงเพล อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ด้านปัญหาด้านแหล่งข้อมูลที่ใช้ค้นคว้าข้อมูล ข้อที่เป็นปัญหามากที่สุดคือขาดแหล่งข้อมูลที่เพียงพอ ร้อยละ 50.49 รองลงมาคือ ข้อมูลที่ได้ไม่กระชับ 36.41 ข้อมูลมีเนื้อหายากเกินไป ร้อยละ 29.13 ตามลำดับ ข้อที่เป็นปัญหาน้อยที่สุดคือ ข้อมูลที่ได้ไม่น่าเชื่อถือ ร้อยละ 10.68

5.1.5.4 ปัญหาด้านสื่อที่ใช้ในการสื่อสารสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพ ของตำบลหนองกิงเพล อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ด้านปัญหาด้านสื่อที่ใช้ในการสื่อสารสุขภาพ ข้อที่เป็นปัญหามากที่สุดคือ สื่อที่ใช้ไม่มีความน่าสนใจ ร้อยละ 44.17 ข้อที่เป็นปัญหาน้อยที่สุดคือ ขาดช่องทางในการสื่อสาร เช่น หอกระจายข่าว เสียงตามสาย วิทยุชุมชน ร้อยละ 42.23 ตามลำดับ

5.1.6 ผลการวิเคราะห์สิ่งที่ต้องการสนับสนุนการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพ

การศึกษาสิ่งที่ต้องการสนับสนุนการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพ ของตำบลหนองกิงเพล อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษาพบว่า สิ่งที่ต้องการสนับสนุนการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพข้อที่มากที่สุดคือ ต้องการสื่อสำเร็จรูป เช่น ซีดี เทป สปอตโฆษณา ที่เกี่ยวกับสุขภาพสามารถนำเสนอได้ทันที ร้อยละ 72.82 รองลงมาคือต้องการสื่อที่เนื้อหาที่ทันสมัย รวดเร็ว ทันต่อเหตุการณ์/สถานการณ์โรค ร้อยละ 63.59 และต้องการสื่อที่เนื้อหาที่กระชับ ชัดเจน เข้าใจง่าย ร้อยละ 60.19 ตามลำดับ ข้อที่ต้องการสนับสนุนน้อยที่สุดคือ ต้องการพัฒนาทักษะในการเขียนข่าว ร้อยละ 17.48 และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า

5.1.6.1 ด้านความรู้ความสามารถของผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า สิ่งที่ต้องการสนับสนุนการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพ ของตำบลหนองกิงเพล อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ด้านความรู้ความสามารถของผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ ข้อที่ต้องการ

รับการสนับสนุนมากที่สุดคือ ต้องการพัฒนาทักษะในการวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูล ร้อยละ 54.85 รองลงมาคือต้องการยานพาหนะรับ-ส่งในการทำงาน ร้อยละ 53.88 และต้องการพัฒนาทักษะในการใช้เครื่องมือ/อุปกรณ์ในการสื่อสารสุขภาพ ร้อยละ 48.06 ตามลำดับ และสิ่งที่ต้องการรับการสนับสนุนน้อยที่สุดคือ ต้องการพัฒนาทักษะในการเขียนข่าว ร้อยละ 17.48

5.1.6.2 ด้านการจัดกิจกรรม ผลการศึกษาพบว่า สิ่งที่ต้องการสนับสนุนการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพ ของตำบลหนองกิงเพล อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ด้านการจัดกิจกรรม สิ่งที่ต้องการรับการสนับสนุนมากที่สุดคือ ต้องการรับการสนับสนุนงบประมาณในการจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 58.25 รองลงมาคือต้องการอุปกรณ์/เครื่องมือที่ทันสมัยและมีคุณภาพ ร้อยละ 54.85 ต้องการทีมร่วมปฏิบัติงาน ร้อยละ 47.09 ตามลำดับ และสิ่งที่ต้องการรับการสนับสนุนน้อยที่สุดคือ ต้องการวิทยากร/บุคลากรมาเผยแพร่ข่าวสาร ร้อยละ 37.86

5.1.6.3 ด้านแหล่งข้อมูลที่ใช้ค้นคว้าข้อมูลด้านสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า สิ่งที่ต้องการสนับสนุนการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพ ของตำบลหนองกิงเพล อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ด้านแหล่งข้อมูลที่ใช้ค้นคว้าข้อมูลด้านสุขภาพ สิ่งที่ต้องการรับการสนับสนุนมากที่สุดคือ ต้องการข้อมูลที่เนื้อหาทันสมัย รวดเร็ว ทันต่อเหตุการณ์ สถานการณ์โรค ร้อยละ 63.59 รองลงมาคือต้องการเนื้อหาที่กระชับ ชัดเจน เข้าใจง่าย ร้อยละ 60.19 สิ่งที่ต้องการรับการสนับสนุนน้อยที่สุดคือ ต้องการแหล่งข้อมูลประเภทหนังสือ นิตยสาร บทความเอกสารที่เกี่ยวข้อง และต้องการเนื้อหาในเชิงลึก ร้อยละ 33.98

5.1.6.4 ด้านสื่อที่ใช้ในการสื่อสารสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า สิ่งที่ต้องการสนับสนุนการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพ ของตำบลหนองกิงเพล อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ด้านสื่อที่ใช้ในการสื่อสารสุขภาพ สิ่งที่ต้องการรับการสนับสนุนมากที่สุดคือ ต้องการสื่อสำเร็จรูป เช่น เทป ซีดี สปอตโฆษณาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพสามารถนำเสนอได้ทันที ร้อยละ 72.82 สิ่งที่ต้องการรับการสนับสนุนน้อยที่สุดคือ ต้องการเว็บไซต์กลาง เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ด้านสุขภาพ ร้อยละ 41.26

5.2 อภิปรายผลการวิจัย

5.2.1 การนำนโยบายการสื่อสารสุขภาพไปปฏิบัติ

5.2.1.1 ด้านวัตถุประสงค์ของนโยบาย การนำนโยบายการสื่อสารสุขภาพไปปฏิบัตินั้น นโยบายจะต้องมีความชัดเจน จะทำให้นำไปสู่การปฏิบัติได้ง่าย จะส่งผลต่อการประสพผลสำเร็จของงาน นอกจากนี้วัตถุประสงค์ของนโยบายจะต้องมีความสอดคล้องกับความเป็นจริง สามารถปรับใช้ในแต่ละบริบทของแต่ละพื้นที่ได้ และวัตถุประสงค์จะต้องสามารถ

ตรวจสอบและวัดได้ง่าย ทำให้ผู้ปฏิบัติได้ทราบว่าการปฏิบัติประสบผลสำเร็จหรือไม่ จากการศึกษาการนำนโยบายการสื่อสารสุขภาพไปปฏิบัติของตำบลหนองกิงเพล อยู่ในระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ วิโรจน์ เชมรัมย์ (2554 : 194) ซึ่งได้ศึกษาการนำนโยบายระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ อยู่ในระดับมาก และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ พรชัย ชูชัยวุฒิพงศ์ (2549) ซึ่งได้ศึกษาเรื่องการนำนโยบายการศึกษาด้านอาชีพไปปฏิบัติ กรณีศึกษา โรงเรียนฝึกอาชีพ กรุงเทพมหานคร (บางรัก) ซึ่งพบว่า สิ่งที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติ ได้แก่ ความชัดเจนของวัตถุประสงค์และนโยบาย เนื่องจากมาตรฐานและวัตถุประสงค์ของนโยบาย เป็นส่วนสำคัญที่จะตัดสินใจถึงสมรรถนะของนโยบาย การกำหนดตัวชี้วัดสมรรถนะของนโยบายเป็นสิ่งสำคัญในการวิเคราะห์ นั่นคือ มาตรฐานและวัตถุประสงค์ของนโยบายจะต้องสอดคล้องกับความเป็นจริง ในบางกรณีมาตรฐานและวัตถุประสงค์ของนโยบายอาจสามารถสังเกตและวัดได้ง่าย

5.2.1.2 ด้านทรัพยากรของนโยบาย ทรัพยากรที่ใช้มีทั้งงบประมาณที่ใช้ในการดำเนินงานและสิ่งสนับสนุนการดำเนินงานที่เพียงพอ ผลการศึกษาด้านทรัพยากรของนโยบายเป็นด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด แต่ก็อยู่ในระดับมาก ซึ่งภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพตำบลหนองกิงเพล สามารถพึ่งตนเองได้เป็นเครือข่ายที่เข้มแข็ง สามารถดำเนินงานสื่อสารสุขภาพได้โดยมีการช่วยเหลือกันภายในเครือข่าวนั้น งบประมาณหรือสิ่งที่สนับสนุนการดำเนินงานยังมีน้อยเกินไป ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ วิโรจน์ เชมรัมย์ (2554 : 191) ซึ่งได้ศึกษาการนำนโยบายระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อยที่สุด ซึ่งเครือข่ายเป็นรูปแบบของการประสานงานกลุ่มของคนหรือองค์กรที่สมัครใจแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร หรือทำกิจกรรมร่วมกัน โดยทั้งงบประมาณในการดำเนินงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินยังมีปัญหาในเรื่องการเบิกจ่าย และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ วรเดช จันทรร (2532) ซึ่งศึกษาเรื่องการบริหารเพื่อการพัฒนาของกระทรวงสาธารณสุข งบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ที่สนับสนุนส่งผลต่อการปฏิบัติงานของกระทรวงสาธารณสุข

5.2.1.3 ด้านการสื่อสารระหว่างองค์กร การสื่อสารระหว่างองค์กรในการนำนโยบายการสื่อสารสุขภาพไปปฏิบัติ ผลการศึกษายู่ในระดับมาก โดยเฉพาะในการสื่อสารระหว่างองค์กรจะต้องมีความชัดเจน เข้าใจง่าย จะทำให้การดำเนินงานสื่อสารสุขภาพในพื้นที่ตำบลหนองกิงเพลประสบผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ ซึ่งข้อมูลด้านสุขภาพจะต้องเป็นข้อมูลที่มีความเป็นจริง และมีความถูกต้อง ภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพจะได้เข้าใจและดำเนินงานได้ง่ายตรงประเด็นมากยิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ วิโรจน์ เชมรัมย์ (2554 : 196) ซึ่งได้ศึกษาการนำนโยบายระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ อัมภฎาฐ พรชัย (2549) ซึ่งได้ศึกษาเรื่องการนำนโยบายไปปฏิบัติ ศึกษากรณี โครงการธนาคารประชาชนของธนาคารออมสิน

สำนักงานใหญ่ ซึ่งพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติ ได้แก่ การสื่อสารระหว่างองค์กร

5.2.1.4 ด้านลักษณะของหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ ซึ่งหน่วยงานที่นำนโยบายการสื่อสารสุขภาพไปปฏิบัติของตำบลหนองกิงเพล เป็นด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด อยู่ในระดับมากที่สุด โดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นกลุ่มคนที่มีจำนวนผู้ปฏิบัติงานด้านการสื่อสารสุขภาพมากที่สุดในพื้นที่ มีความใกล้ชิดกับประชาชนในพื้นที่ และเป็นกลุ่มคนที่ประชาชนให้ความไว้วางใจและเชื่อถือ นอกจากนี้หน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติจะต้องมีความหลากหลาย ดังเช่น ภาควิชาเวชศาสตร์สุขภาพตำบลหนองกิงเพล ซึ่งประกอบด้วย อสม. ผู้นำชุมชน ครู ราษฎรชาวบ้าน อบต. ซึ่งแต่ละกลุ่มมีการทำงานร่วมกัน และมีการประสานงานกับกลุ่มคนที่หลากหลายทำให้การดำเนินงานสื่อสารสุขภาพดำเนินงานในวงกว้างและทั่วถึงประชาชน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ วิโรจน์ เชมรัมย์ (2554 : 192) ซึ่งได้ศึกษาการนำนโยบายระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ อยู่ในระดับมาก ลักษณะการดำเนินงานอยู่ในรูปแบบคณะกรรมการดำเนินงาน หน่วยงานนำนโยบายระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ ประกอบด้วย ผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน องค์กรบริหารส่วนจังหวัดเป็นรองประธาน สนับสนุนรถกู้ชีพ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นเลขานุการ สนับสนุนทักษะ วิชาการต่างๆ องค์กรบริหารส่วนตำบลสนับสนุนงบประมาณดำเนินการในพื้นที่ แต่ละหน่วยงานต้องทำงานประสานงานกันจึงจะทำให้การนำนโยบายไปปฏิบัติประสบผลสำเร็จ และสอดคล้องกับการศึกษาของ อัญญาวุธ พรชัย (2549) ซึ่งได้ศึกษาการนำนโยบายไปปฏิบัติ ศึกษากรณีโครงการธนาคารประชาชนของธนาคารออมสินสำนักงานใหญ่ พบว่าลักษณะของหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ มีผลต่อความสำเร็จและมีผลกระทบต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติ

5.2.1.5 ด้านทัศนคติของผู้ปฏิบัติ การนำนโยบายการสื่อสารสุขภาพไปปฏิบัติ ด้านทัศนคติ อยู่ในระดับมาก ซึ่งทัศนคติของผู้ปฏิบัติงานจะถูกกลั่นกรองผ่านการรับรู้ของผู้นำนโยบายไปปฏิบัติที่ซึ่งนโยบายได้ถูกส่งผ่านไป ตอบสนองผู้นำนโยบายไปปฏิบัติมีอยู่ 3 ประการที่จะส่งผลต่อความสามารถและความตั้งใจในการดำเนินนโยบาย ซึ่งได้แก่ (1) การรับรู้และความเข้าใจของผู้ปฏิบัติที่มีต่อนโยบาย (2) ทิศทางในการตอบสนองต่อนโยบายของผู้ปฏิบัติ เช่น การยอมรับการเป็นกลาง การปฏิเสธ และ (3) ระดับการตอบสนองในตัวนโยบายของผู้ปฏิบัติ เป็นเรื่องสำคัญที่ ภาควิชาเวชศาสตร์สุขภาพตำบลหนองกิงเพลมีทัศนคติที่ดีต่อการนำนโยบายการสื่อสารสุขภาพไปปฏิบัติ จะส่งผลให้การดำเนินงานตรงตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ วิโรจน์ เชมรัมย์ (2554 : 190) ซึ่งได้ศึกษาการนำนโยบายระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ อยู่ในระดับมาก และสอดคล้องกับการศึกษาของ ธิดา ประุงเกียรติ

(2546 : บทคัดย่อ) ซึ่งได้ศึกษาการนำนโยบายควบคุมโรคในแรงงานต่างด้าวไปปฏิบัติ ซึ่งพบว่าสิ่งที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติ ได้แก่ ทักษะของผู้ปฏิบัติ และตัวผู้ปฏิบัติ

5.2.2 การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพในการนำนโยบายการสื่อสารสุขภาพไปปฏิบัติ

5.2.2.1 ด้านการให้ข้อมูล การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพในการนำนโยบายการสื่อสารสุขภาพไปปฏิบัติ ด้านการให้ข้อมูล พบว่า มีค่าเฉลี่ยสูงสุด อยู่ในระดับมาก ซึ่งภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพตำบลหนองกิงเพลได้รับข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อที่จะได้ดำเนินงานสื่อสารสุขภาพในชุมชนได้อย่างถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ขนิษฐา ป่าตาล (2547 : บทคัดย่อ) ซึ่งได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนที่มีค่อนนโยบายประกันภัยเอื้ออาทร:กรณีศึกษาประชาชนในเขตจังหวัดนครพนม มีส่วนร่วมรับรู้ข้อมูลข่าวสารในระดับมาก ทำให้มีความเข้าใจในนโยบายประกันภัยเอื้ออาทรของรัฐบาล

5.2.2.2 ด้านการเปิดรับความคิดเห็นจากประชาชน การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพในการนำนโยบายการสื่อสารสุขภาพไปปฏิบัติ ด้านการเปิดรับความคิดเห็นจากประชาชน อยู่ในระดับมาก ซึ่งภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพตำบลหนองกิงเพลมีการเปิดรับความคิดเห็นจากประชาชน โดยการประชุมประชาคมหมู่บ้าน การประชุมประจำเดือน ทำให้ได้ทราบข้อคิดเห็นของประชาชนและกลุ่มต่างๆ ในชุมชนนั้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สรวงสุดา ไตรปรกรณ์ กุศล (2544 : บทคัดย่อ) กระบวนการนำแนวคิดการมีส่วนร่วมไปประยุกต์ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน การนำแนวคิดการมีส่วนร่วมไปใช้ในกระบวนการแก้ไขปัญหาของชุมชน ช่วยกระตุ้นให้ชุมชนมีความตื่นตัวในการพูดคุย แสดงความคิดเห็นร่วมกันถึงปัญหาในชุมชนมากยิ่งขึ้น

5.2.2.3 ด้านการปรึกษาหารือ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพในการนำนโยบายการสื่อสารสุขภาพไปปฏิบัติ ด้านการปรึกษาหารือ อยู่ในระดับมาก ในการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพในชุมชนภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพในตำบลหนองกิงเพลมีการปรึกษาหารือร่วมกัน เพื่อจะได้ระบุประเด็นหรือข้อสงสัยต่างๆ ได้ชัดเจนยิ่งขึ้น มีการประชุมประจำเดือนร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นต้น

5.2.2.4 ด้านการวางแผนร่วมกัน การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพในการนำนโยบายการสื่อสารสุขภาพไปปฏิบัติ ด้านการวางแผนร่วมกัน อยู่ในระดับมาก แต่ค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ในการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพในตำบลหนองกิงเพล ยังขาดการวางแผนการดำเนินงานร่วมกัน อาจเกิดจากสภาวะงานที่เร่งด่วนจำเป็นต้องปฏิบัติอย่างรวดเร็ว ทำให้ไม่มีการวางแผนงานร่วมกัน หรืออาจเกิดจากชุมชนคิดว่าสิ่งที่เจ้าหน้าที่พาปฏิบัติเป็นสิ่งที่ดีแล้วไม่จำเป็นต้อง

ต้องวางแผนด้วยก็ได้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ จีรภา สุขสวัสดิ์ (2547 : บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขตำบลเสมีค อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานด้านการวางแผนร่วมกันอยู่ในระดับปานกลาง

5.2.2.5 ด้านการร่วมปฏิบัติ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพในการนำนโยบายการสื่อสารสุขภาพไปปฏิบัติ ด้านการร่วมปฏิบัติ อยู่ในระดับมาก เป็นด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูง รองจากด้านการให้ข้อมูล ในการปฏิบัติงานด้านการสื่อสารสุขภาพของภาคีเครือข่ายของตำบลหนองกิงเพลมีการปฏิบัติงานร่วมกัน เช่น องค์การบริหารส่วนตำบลมีการสนับสนุนงบประมาณสถานที่ในการจัดกิจกรรม ผู้นำชุมชนเป็นคนประสานกลุ่มหรือเครือข่ายในพื้นที่ อาสาสมัครสาธารณสุขปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สรวงสุดา ไตรปรกรณ์กุล (2544 : บทคัดย่อ) วิจัยเรื่อง กระบวนการนำแนวคิดการมีส่วนร่วมไปประยุกต์ในการแก้ไขปัญห สุขภาพชุมชน โดยใช้การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการแก้ไข ปัญหาการเสพสารเสพติคในกลุ่มเยาวชน โดยผ่านกระบวนการวิเคราะห์สถานการณ์ การวางแผน การปฏิบัติ และการประเมินผล มีการวางแผนและการปฏิบัติในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน

5.2.2.6 ด้านการร่วมประเมินผล การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพ ในการนำนโยบายการสื่อสารสุขภาพไปปฏิบัติ ด้านการร่วมประเมินผล อยู่ในระดับมาก แต่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดเท่ากับด้านการวางแผนร่วมกัน ในการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพของภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพตำบลหนองกิงเพลยังขาดการประเมินผลการดำเนินงาน กิจกรรมร่วมกัน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษา จีรภา สุขสวัสดิ์ (2547 : บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขตำบลเสมีค อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข ในการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานด้านการประเมินผลอยู่ในระดับปานกลาง

5.2.3 ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพ

5.2.3.1 ปัญหาของผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ การดำเนินงานสื่อสารสุขภาพของภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพตำบลหนองกิงเพล ปัญหาของผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ พบว่า ไม่มี ความชำนาญในการใช้เครื่องคอมพิวเตอร์เพื่อผลิตสื่อ ขาดทักษะในการสื่อสารที่ดี และขาดความรู้ ด้านสุขภาพ ตามลำดับ เนื่องจากภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพของตำบลหนองกิงเพลส่วนใหญ่จะเป็น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การศึกษาระดับประถมศึกษา ส่งผลให้ไม่มีทักษะและความรู้ ในเรื่องดังกล่าว

5.2.3.2 ปัญหาในการจัดกิจกรรม การดำเนินงานสื่อสารสุขภาพของภาคีเครือข่าย ด้านสุขภาพตำบลหนองกิงเพล ปัญหาในการจัดกิจกรรม พบว่า ขาดงบประมาณในการจัดกิจกรรม ด้านสุขภาพ เวลาในการจัดกิจกรรมไม่ตรงกับเวลาที่ชาวบ้านสะดวก และการประชาสัมพันธ์ ไม่ทั่วถึง ตามลำดับ ซึ่งในการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ จะจัดช่วงกลางวันเป็นเวลาที่ชาวบ้านไปทำงาน ชาวบ้านก็ไม่ได้รับข่าวสารว่าจะมีกิจกรรมด้านสุขภาพช่วงเวลาใด

5.2.3.3 ปัญหาด้านแหล่งข้อมูลที่ใช้ค้นคว้า การดำเนินงานสื่อสารสุขภาพของภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพตำบลหนองกิงเพล ปัญหาด้านแหล่งข้อมูลที่ใช้ค้นคว้า พบว่า ขาดแหล่งข้อมูลที่เพียงพอ ข้อมูลที่ได้ไม่กระชับ และข้อมูลมีเนื้อหาซากเกินไป ตามลำดับ ในพื้นที่ตำบลหนองกิงเพลขาดแหล่งข้อมูลสำหรับให้ประชาชนและภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพได้ค้นคว้าความรู้ เอกสารความรู้ที่เจ้าหน้าที่จัดทำเป็นวิชาการมากเกินไป ทำให้ประชาชนเข้าใจยาก

5.2.3.4 ปัญหาด้านสื่อที่ใช้ในการสื่อสารสุขภาพ การดำเนินงานสื่อสารสุขภาพของภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพตำบลหนองกิงเพล ปัญหาด้านสื่อที่ใช้ในการสื่อสารสุขภาพ พบว่า สื่อที่ใช้ไม่มีความน่าสนใจ และขาดช่องทางในการสื่อสาร ตามลำดับ สื่อด้านสุขภาพเป็นสื่อที่เข้าใจยากและเป็นวิชาการจะต้องมีรูปแบบการนำเสนอที่น่าสนใจ และช่องทางการสื่อสารในพื้นที่ควรมีมากขึ้น ภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพสามารถให้ความรู้หรือประชาสัมพันธ์งานสาธารณสุขได้

5.2.4 สิ่งที่ต้องการสนับสนุนการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพ

5.2.4.1 ด้านความรู้ความสามารถของผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ การดำเนินงานสื่อสารสุขภาพของภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพตำบลหนองกิงเพล ต้องการสนับสนุนด้านความรู้ความสามารถของผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ พบว่า ต้องการพัฒนาทักษะในการวิเคราะห์ สังเคราะห์ ข้อมูล ต้องการยานพาหนะรับ-ส่งในการทำงาน และต้องการพัฒนาทักษะในการใช้เครื่องมือ/อุปกรณ์ในการสื่อสารสุขภาพ ตามลำดับ จะเห็นว่าสิ่งที่ต้องการสนับสนุนมีความสอดคล้องกับปัญหาอุปสรรคของผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ

5.2.4.2 ด้านการจัดกิจกรรม การดำเนินงานสื่อสารสุขภาพของภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพตำบลหนองกิงเพล ต้องการสนับสนุนด้านการจัดกิจกรรม พบว่า ต้องการสนับสนุนงบประมาณในการจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ต้องการอุปกรณ์/เครื่องมือที่ทันสมัยและมีคุณภาพ และต้องการทีมร่วมปฏิบัติงาน

5.2.4.3 ด้านแหล่งข้อมูลที่ใช้ค้นคว้าข้อมูลด้านสุขภาพ การดำเนินงานสื่อสารสุขภาพของภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพตำบลหนองกิงเพล ต้องการสนับสนุนด้านแหล่งข้อมูลที่ใช้ค้นคว้าข้อมูลด้านสุขภาพ พบว่า ต้องการเนื้อหาที่ทันสมัย รวดเร็ว ทันต่อเหตุการณ์/สถานการณ์โรค

ต้องการเนื้อหาที่กระชับ ชัดเจน เข้าใจง่าย และต้องการแหล่งข้อมูลประเภทหนังสือ นิตยสาร บทความเอกสารที่เกี่ยวข้อง

5.2.4.4 ด้านสื่อที่ใช้ในการสื่อสารสุขภาพ การดำเนินงานสื่อสารสุขภาพของภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพตำบลหนองกิงเพล ต้องการสนับสนุนด้านสื่อที่ใช้ในการสื่อสารสุขภาพ พบว่าต้องการสื่อสำเร็จรูป เช่น ซีดี สปอค โฆษณาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพสามารถนำเสนอได้ทันที และต้องการเว็บไซต์กลาง เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ด้านสุขภาพ

จะเห็นว่าสิ่งที่ต้องการสนับสนุนมีความสอดคล้องกับปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ดวงพร คำภูณวัฒน์ และคณะ (2549 : 104) ศึกษาโครงการวิจัยและพัฒนาการสื่อสารสุขภาพของท้องถิ่น ปัญหาในการทำงานคือความไม่พร้อมด้านความรู้ทักษะในการสื่อสาร ข้อมูล และแหล่งข้อมูล ซึ่งต้องการพัฒนาศักยภาพด้านการพูด มีการสนับสนุนข้อมูลด้านสุขภาพรวมถึงภูมิปัญญาด้านสุขภาพของท้องถิ่นที่เชื่อถือได้ และทันต่อเหตุการณ์ และผลการศึกษาของ ดวงพร คำภูณวัฒน์ และคณะ (2551 : 82) ศึกษาการสื่อสารสุขภาพท้องถิ่น นักสื่อสารสุขภาพ ควรเป็นคนที่มีความตั้งใจจริงและมีจิตสาธารณะ มีความหลากหลายช่วยเสริมเติมเต็มซึ่งกันและกัน และ ข้อมูลและความรู้เรื่องสุขภาพ ช่องทางการสื่อสารคือ สื่อบุคคลและสื่อท้องถิ่นมีความสำคัญ

5.3 ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษานำนโยบายการสื่อสารสุขภาพไปปฏิบัติ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพในการนำนโยบายการสื่อสารสุขภาพไปปฏิบัติ ปัญหาอุปสรรคและสิ่งที่ต้องการสนับสนุนการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพ ในส่วนที่พบว่าเป็นปัญหาผู้วิจัยจึงได้ให้ข้อเสนอแนะ เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานต่อไป ดังต่อไปนี้

5.3.1 ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

5.3.1.1 การนำนโยบายการสื่อสารสุขภาพไปปฏิบัติในพื้นที่ ควรจะให้การสนับสนุนทรัพยากรในการดำเนินงานแก่ภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพมากขึ้นกว่าเดิมทั้งในด้านงบประมาณจากหน่วยงานภาครัฐ และองค์กรในพื้นที่ เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจัดสรรงบประมาณเพิ่มเติม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ตามที่ภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพเสนอของงบประมาณ เป็นต้น และควรมีการสนับสนุนสิ่งที่ใช้ดำเนินงานในพื้นที่เพิ่มมากขึ้น เช่น เครื่องมือในการผลิตสื่อที่ทันสมัย อุปกรณ์ที่ใช้ในการสื่อสารสื่อสำเร็จรูปที่เข้ากับสถานการณ์ในปัจจุบัน ทำให้สามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและทันต่อสถานการณ์

5.3.1.2 แหล่งที่มาของข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่ภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพยังรับข้อมูลได้น้อย คือ ห้องสมุด ซึ่งในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขในพื้นที่ควรมีแหล่งความรู้สำหรับภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพและประชาชน ได้ค้นคว้าข้อมูลเพิ่มมากขึ้น เพื่อจะได้สะดวกต่อการดำเนินงาน ความรู้ เอกสารวิชาการ นิตยสาร ควรจะมีลักษณะของเนื้อหาที่กระชับ เป็นปัจจุบัน เข้าใจได้ง่าย และเข้ากับสถานการณ์ในปัจจุบัน

5.3.1.3 การมีส่วนร่วมในการวางแผนการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพในชุมชน ควรมีการเปิดโอกาสให้ภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพได้เข้ามาวางแผนการดำเนินแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุขในพื้นที่ของตนเองมากขึ้น เพื่อจะได้แก้ไขปัญหาคือถูกต้องและตรงกับความต้องการของประชาชนมากที่สุด ควรมีการประชุมวางแผนการดำเนินงานที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม เมื่อมีการดำเนินกิจกรรมในชุมชนเสร็จเรียบร้อยแล้วควรมีการประชุมสรุปผลการดำเนินงานและเปิดโอกาสให้ภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพได้มีส่วนร่วมในการประเมินผลการดำเนินงานว่าสำเร็จตามวัตถุประสงค์และที่ชุมชนต้องการหรือไม่

5.3.1.4 ควรมีการพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอตามความต้องการของภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพ เช่น ทักษะในการวิเคราะห์ สังเคราะห์ ข้อมูลทักษะการสื่อสาร ทักษะในการใช้เครื่องมือ/อุปกรณ์ในการสื่อสาร เป็นต้น เพื่อให้ภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพสามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5.3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

5.3.2.1 ควรศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อระดับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพ

5.3.2.2 ควรศึกษาแนวทางการพัฒนาการสื่อสารสุขภาพของท้องถิ่น

5.3.2.3 ควรศึกษาแรงจูงใจของภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพในการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

เอกสารอ้างอิง

- กมลรัฐ อินทรทัศน์. การพัฒนาองค์ความรู้การสื่อสารเพื่อสุขภาพ (Health Communication).
โครงการการพัฒนาองค์ความรู้การสื่อสารเพื่อสุขภาพ : สำนักงานกองทุนสนับสนุน
การสร้างเสริมสุขภาพ, 2547.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. แนวทางการดำเนินงานการสื่อสารด้านสุขภาพในชุมชน.
กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว, 2549.
- กล้า ทองขาว. การนำนโยบายและแผนการศึกษาไปปฏิบัติ : แนวคิด ทฤษฎีและ
แนวทางการดำเนินงาน. นนทบุรี : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช, 2548.
- กาญจนา แก้วเทพ. เครื่องมือการทำงานพัฒนาแนววัฒนธรรมชุมชน. กรุงเทพมหานคร :
สภาคาทอลิกแห่งประเทศไทยเพื่อการพัฒนา (สคทพ.), 2538.
- เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์. การจัดการเครือข่าย : กลยุทธ์สำคัญสู่ความสำเร็จของการปฏิรูป
การศึกษา. กรุงเทพมหานคร : บริษัท ส.เอเชียเพรส จำกัด, 2543.
- ขนิษฐา ป่าตาล. ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนที่มีค่อนโยบายประกันภัยเอื้ออาทร.
การค้นคว้าอิสระปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต : มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต,
2547.
- จิรภา สุขสวัสดิ์. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐาน
ของอาสาสมัครสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ปริญญาการจัดการมหาบัณฑิต :
มหาวิทยาลัยบูรพา, 2547.
- จุมพล รอดคำดี. สื่อมวลชนเพื่อการพัฒนา. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,
2542.
- จุมพล หนีพานิข. การวิเคราะห์นโยบาย ขอบข่าย แนวคิด ทฤษฎี และกรณีตัวอย่าง. พิมพ์ครั้งที่ 3.
นนทบุรี : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช, 2549.
- ดวงพร คำบุญวัฒน์ และคณะ. รายงานการวิจัยการสื่อสารสุขภาพของท้องถิ่น. สถาบันวิจัย
ระบบสาธารณสุข : กระทรวงสาธารณสุข, 2549.
- ถวิลวดี นุรีกุล. การมีส่วนร่วม : แนวคิด ทฤษฎีและกระบวนการ. กรุงเทพมหานคร :
สถาบันพระปกเกล้า, 2548.
- ธิดา ปรงเกียรติ. การนำนโยบายควบคุมโรคในแรงงานต่างด้าวไปปฏิบัติ. วิทยานิพนธ์ปริญญา
การศึกษามหาบัณฑิต : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2546.
- บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์สุวีริยาสาส์น, 2545.

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

- ประชุม รอดประเสริฐ. นโยบายและการวางแผน : หลักการและทฤษฎี. พิมพ์ครั้งที่ 8.
กรุงเทพมหานคร : เนติกุลการพิมพ์, 2547.
- ประยูร ศรีประสาธน์. รายงานการวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน
ของคณะกรรมการการศึกษาประจำโรงเรียนประถมศึกษา. ปทุมธานี :
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2542.
- ประหยัด จตุพรพิทักษ์กุล. เครือข่ายการเรียนรู้เกี่ยวกับระบบเกษตรกรรมทางเลือกของชุมชน.
วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต คณะศึกษาศาสตร์: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่,
2538.
- ปาริชาติ สถาปิตานนท์. การสื่อสารแบบมีส่วนร่วมและการพัฒนาชุมชน : จากแนวคิดสู่ปฏิบัติการ
วิจัยในสังคมไทย. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย, 2549.
- แผนงานวิจัยและพัฒนาาระบบสื่อสารสุขภาพสู่ประชาชน. การสื่อสารสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2.
พรชัย ชูชัยวัฒน์พงศ์. การนำนโยบายการศึกษาค้นอาชีพไปปฏิบัติ กรณีศึกษาโรงเรียนฝึกออาชีพ
กรุงเทพมหานคร (บางรัก). วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต :
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2549.
- พระมหาสุทิตย์ อากาศโร. เครือข่าย : ธรรมชาติ ความรู้ และการจัดการ. กรุงเทพมหานคร :
โครงการเสริมสร้างการเรียนรู้เพื่อชุมชนเป็นสุข (สรส.), 2547.
- มาลี บุญศิริพันธ์. เสรีภาพหนังสือพิมพ์ไทย. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2548.
เรื่องวิทย์ เกษสุวรรณ. การนำนโยบายไปปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : บพิธการพิมพ์,
2551.
- วนิดา วีระกุล. การถ่ายโอนงานสุขภาพชุมชนสู่การกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครอง
ส่วนท้องถิ่น : การดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน. กรุงเทพมหานคร, 2547.
- วรงค์ จันทรศร. การนำนโยบายไปปฏิบัติ. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์กราฟิฟอร์แมท, 2540.
- วรงค์ จันทรศร. การบริหารเพื่อการพัฒนาของกระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร : มูลนิธิ
สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2532.
- วิโรจน์ เขมรัมย์ย์. การนำนโยบายระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ. วิทยานิพนธ์ปริญญา
รัฐประศาสนศาสตรดุษฎีบัณฑิต : มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี, 2554.
- ศุภชัย ขาวประภาส. นโยบายสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย, 2548.

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

- ส่งศรี ชมพูนุวงศ์. เอกสารประกอบการเรียนการสอนวิชาวิจัย. นครศรีธรรมราช : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏราชวิทยาลัย, 2549
- สมชาย วรกิงเกษมสกุล. ระเบียบวิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. อุดรธานี : อักษรศิลป์การพิมพ์, 2553.
- สมบัติ ชำรงธัญวงศ์. การวิเคราะห์นโยบายสาธารณะเชิงประจักษ์ : ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อ นโยบายการประถมศึกษาของไทย (พ.ศ. 2523-2527). วิทยานิพนธ์ปริญญาบริหาร การพัฒนาคุณวุฒิปบัณฑิต : สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, 2531.
- สรวงสุตา ไตรปกรณ์กุล. กระบวนการนำแนวคิดการมีส่วนร่วมไปประยุกต์ในการแก้ไขปัญหา สุขภาพชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต การพยาบาลชุมชน : มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2544.
- สุรชาติพิทย์ จันทรรักษ์. ภาคีสุภาพ : การรวมพลังเพื่อสุขภาพ. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ : กระทรวงสาธารณสุข, 2546.
- อดิน รพีพัฒน์. การมีส่วนร่วมของประชาชนในงานพัฒนา. กรุงเทพมหานคร : ศูนย์การศึกษา นโยบายสาธารณสุข, 2547
- อภิญา กังสนารักษ์. รูปแบบการบริหารแบบมีส่วนร่วมในองค์กรที่มีประสิทธิผลระดับคณะ ของสถาบันอุดมศึกษา. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2544.
- อัญญาพร พรัชชัย. การนำนโยบายไปปฏิบัติ : ศึกษาเฉพาะกรณีโครงการธนาคารประชาชน ของธนาคารออมสินสำนักงานใหญ่. วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตร์ มหาบัณฑิต : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2549.
- อุทัย บุญประเสริฐ. นโยบายและวิธีการเขียนนโยบาย. กรุงเทพมหานคร : คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2527.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถาม

เรื่อง การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพในการนำนโยบายการสื่อสารสุขภาพไปปฏิบัติ
จังหวัดอุบลราชธานี

เลขที่แบบสอบถาม.....

คำชี้แจง แบบสอบถาม ประกอบด้วย 5 ตอน ดังนี้

- ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล
- ตอนที่ 2 การนำนโยบายการสื่อสารสุขภาพไปปฏิบัติ
- ตอนที่ 3 การได้รับข้อมูลข่าวสาร
- ตอนที่ 4 การมีส่วนร่วมของการสื่อสารสุขภาพในชุมชน
- ตอนที่ 5 ปัญหาอุปสรรคและสิ่งที่ต้องการสนับสนุนการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพ

แบบสอบถามชุดนี้เป็นการศึกษาเพื่อทำการค้นคว้าอิสระ ของนักศึกษาปริญญาโท สาขารัฐประศาสนศาสตร์ คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพในการนำนโยบายการสื่อสารสุขภาพไปปฏิบัติ จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพ จังหวัดอุบลราชธานี ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามของท่าน จะไม่มีผลใดๆ ต่อตัวท่าน โปรดตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาการดำเนินงานสุขภาพศึกษาและประชาสัมพันธ์ต่อไป

ขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

นางเพ็ญพิไล ชื้อศักดิ์

นักศึกษาปริญญาโท รัฐประศาสนศาสตร์

มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

สำหรับภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพ

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามฉบับนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพในการนำนโยบายการสื่อสารสุขภาพไปปฏิบัติ
2. แบบสอบถามฉบับนี้แบ่งออกเป็น 5 ตอน

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง โปรดเติมข้อมูลลงในช่องว่าง และทำเครื่องหมาย / ในช่อง () หน้าข้อความที่เป็นจริง

1. เพศ

() ชาย () หญิง

2. อายุ.....ปี

3. การศึกษาสูงสุด

() ประถมศึกษา () มัธยมศึกษา
 () อนุปริญญา () ปริญญาตรี
 () ปริญญาโท () อื่นๆ ระบุ.....

ตอนที่ 2 การนำนโยบายการสื่อสารสุขภาพไปปฏิบัติ

คำชี้แจง โปรดขีดเครื่องหมาย / ลงในช่อง ที่ตรงกับระดับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยที่

5 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด 4 หมายถึง เห็นด้วยมาก

3 หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง 2 หมายถึง เห็นด้วยน้อย

1 หมายถึง ไม่เห็นด้วย

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่เห็นด้วย
1. วัตถุประสงค์ของนโยบาย					
1.1 การดำเนินงานสื่อสารสุขภาพมีการกำหนดวัตถุประสงค์ในการดำเนินงานในพื้นที่ที่ชัดเจน					
1.2 วัตถุประสงค์ในการดำเนินงานมีความสอดคล้องกับความเป็นจริง					
1.3 วัตถุประสงค์ในการดำเนินงานสามารถตรวจสอบและวัดได้ง่าย					
2. ทริพยากรของนโยบาย					
2.1 การดำเนินงานสื่อสารสุขภาพในพื้นที่ได้รับงบประมาณที่เพียงพอ					
2.2 การดำเนินงานสื่อสารสุขภาพมีสิ่งสนับสนุนการดำเนินงานที่เพียงพอ (แผ่นพับ โปสเตอร์ ซีดี ไลน์ลฯ)					
3. การสื่อสารระหว่างองค์กร					
3.1 การชี้แจงแนวทางการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพในพื้นที่ที่มีความชัดเจน เข้าใจง่าย แน่นนอน					

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่เห็นด้วย
3.2 การได้รับข้อมูลด้านสุขภาพที่มีความเป็นจริงและเที่ยงตรง					
3.3 แหล่งข้อมูลด้านสุขภาพมีความถูกต้องแน่นอนหรือเป็นหนึ่งเดียว					
4. ลักษณะของหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ					
4.1 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)					
4.2 สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล					
4.3 ครู					
4.4 ผู้นำชุมชน					
4.5 ประชาชนชาวบ้าน					
4.6 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข					
5. ทักษะของผู้ปฏิบัติ					
5.1 การรับรู้และเข้าใจในการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพในพื้นที่					
5.2 การตอบสนองการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพในพื้นที่ (เห็นด้วยและยอมรับ)					
5.3 ระดับการตอบสนองการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพในพื้นที่ (การให้ความร่วมมือ)					

ตอนที่ 3 การได้รับข้อมูลข่าวสาร

คำชี้แจง โปรดขีดเครื่องหมาย / ลงในช่อง ที่ตรงกับระดับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยที่

- 5 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด 4 หมายถึง เห็นด้วยมาก
 3 หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง 2 หมายถึง เห็นด้วยน้อย
 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วย

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่เห็นด้วย
แหล่งที่มาของข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่ได้รับ					
1.1 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด					
1.2 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ					
1.3 โรงพยาบาลชุมชน					
1.4 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล					
1.5 โรงเรียน					
1.6 องค์การบริหารส่วนตำบล					
1.7 ประชาชนชาวบ้าน					
1.8 ห้องสมุด					
1.9 สื่ออิเล็กทรอนิกส์					
1.10 หนังสือพิมพ์					
1.11 วิทยุชุมชน					
1.12 อาสาสมัครสาธารณสุข					

ตอนที่ 4 การมีส่วนร่วมของการสื่อสารสุขภาพในชุมชน

คำชี้แจง โปรดขีดเครื่องหมาย / ลงในช่อง ที่ตรงกับระดับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยที่

- 5 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด 4 หมายถึง เห็นด้วยมาก
 3 หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง 2 หมายถึง เห็นด้วยน้อย
 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วย

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่เห็นด้วย
1. ท่านได้มีส่วนร่วมในการให้ข้อมูล การสื่อสารสุขภาพในชุมชน					
2. ท่านได้มีส่วนร่วมในการเปิดรับความคิดเห็นจากประชาชนในการสื่อสารสุขภาพในชุมชน					
3. ท่านได้มีส่วนร่วมในการปรึกษาหารือการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพในชุมชน					
4. ท่านได้มีส่วนร่วมในการวางแผนการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพในชุมชน					
5. ท่านได้มีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสื่อสารสุขภาพในชุมชน					
6. ท่านได้มีส่วนร่วมในการประเมินผลการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพในชุมชน					

ตอนที่ 5 ปัญหาอุปสรรคและสิ่งที่ต้องการสนับสนุนการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดเติมข้อมูลลงในช่องว่าง และทำเครื่องหมาย / ในช่อง () หน้าข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นท่านมากที่สุด

5.1 ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพ

1. ปัญหาของผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- () ขาดทักษะในการสังเคราะห์ข้อมูล
- () ขาดทักษะในการสื่อสารที่ดี
- () ขาดทักษะในการใช้สื่อ
- () ขาดทักษะการเป็นผู้นำ
- () ขาดความรู้ทางด้านสุขภาพ จึงต้องใช้เวลาในการเรียนรู้งาน
- () ไม่สามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาของท้องถิ่นได้
- () ได้รับข้อมูลจากแหล่งความรู้ไม่ต่อเนื่อง ไม่ทันต่อความต้องการ
- () ปริมาณงานที่มาก จึงไม่สามารถทำงานให้ครอบคลุมได้
- () ไม่สามารถกำหนดตารางทำงานที่แน่นอนได้เนื่องจากมีงานประจำ
- () ไม่มีเวลาติดตามผล หลังจากให้ความรู้ด้านสุขภาพแล้ว
- () ไม่มีความชำนาญในการใช้อุปกรณ์/เครื่องมือในการสื่อสารสุขภาพ
- () ไม่มีความชำนาญในการใช้เครื่องคอมพิวเตอร์เพื่อผลิตสื่อ
- () ไม่มียานพาหนะรับ-ส่งในการปฏิบัติงาน
- () อื่นๆ (โปรดระบุ).....

2. ปัญหาในการจัดกิจกรรม (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- () ขาดวิทยากร
- () ขาดบุคลากรเผยแพร่ข่าวสาร
- () ขาดทีมร่วมปฏิบัติงาน
- () ขาดการมีส่วนร่วมของประชาชน
- () ขาดสถานที่ที่เหมาะสมในการจัดกิจกรรม
- () การประชาสัมพันธ์ไม่ทั่วถึง
- () ผู้บริหารหน่วยงานไม่เห็นความสำคัญของการสื่อสารสุขภาพ
- () ผู้ประสานงานในพื้นที่เปลี่ยนคนบ่อย ทำให้ไม่มีความต่อเนื่อง
- () เวลาในการจัดกิจกรรมไม่ตรงกับเวลาที่ชาวบ้านสะดวก

- () ความแตกต่างของภาษาที่ใช้ในการสื่อสาร
- () ขาดแหล่งทุนสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง
- () ขาดงบประมาณในการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ
- () ขาดเครื่องมือที่ใช้ผลิตสื่อเพื่อใช้ในการจัดกิจกรรม
- () อุปกรณ์/เครื่องมือชำรุด ขาดการบำรุงรักษา
- () อื่นๆ (โปรดระบุ).....

3. ปัญหาด้านแหล่งข้อมูลที่ใช้ค้นคว้าข้อมูล (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- () ขาดแหล่งข้อมูลที่เพียงพอ
- () ข้อมูลที่ได้ไม่น่าเชื่อถือ
- () ข้อมูลที่ได้ไม่ทันสมัย
- () ข้อมูลที่ได้ไม่กระชับ
- () ข้อมูลมีเนื้อหาที่ยากเกินไป
- () อื่นๆ (โปรดระบุ).....

4. ปัญหาด้านสื่อที่ใช้ในการสื่อสารสุขภาพ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- () สื่อที่ใช้ไม่มีความน่าสนใจ
- () ขาดช่องทางในการสื่อสาร เช่น หอกระจายข่าว เสียงตามสาย
- () อื่นๆ (โปรดระบุ).....

5. ปัญหาและอุปสรรคด้านอื่นๆ

.....

.....

.....

.....

5.2 สิ่งที่ต้องการสนับสนุนการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพ

1. ด้านความรู้ความสามารถของผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- () ต้องการพัฒนาทักษะในการวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูล
- () ต้องการพัฒนาทักษะในการสื่อสาร เช่น การใช้ภาษาเขียนภาษาพูดให้เหมาะสมกับ

กลุ่มเป้าหมาย การพูดในที่สาธารณะ

- () ต้องการพัฒนาทักษะในการผลิตรายการวิทยุ
- () ต้องการพัฒนาทักษะในการเขียนข่าว
- () ต้องการพัฒนาทักษะในการผลิตสื่อวีดิทัศน์

- () ต้องการพัฒนาทักษะในการผลิตสื่อสิ่งพิมพ์ (แผ่นพับ/ใบปลิว/โปสเตอร์)
- () ต้องการพัฒนาทักษะในการเป็นผู้นำด้านสุขภาพ
- () ต้องการพัฒนาทักษะในการใช้เครื่องมือ/อุปกรณ์ในการสื่อสารสุขภาพ
- () ต้องการพัฒนาทักษะในการใช้เครื่องคอมพิวเตอร์ในการผลิตสื่อ
- () ต้องการพัฒนาทักษะการสืบค้นสารสนเทศด้านสุขภาพ
- () ต้องการรับการพัฒนาศักยภาพ โดยการอบรม/ฝึกปฏิบัติการศึกษาดูงาน
- () ต้องการสร้างเครือข่าย/ชมรม/สมาคมนักสื่อสารสุขภาพเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้และให้

คำปรึกษาในการทำงาน

- () ต้องการยานพาหนะรับ-ส่งในการปฏิบัติงาน
- () อื่นๆ (โปรดระบุ).....

2. ด้านการจัดกิจกรรม (ตอบ ได้มากกว่า 1 ข้อ)

- () ต้องการวิทยากร/บุคลากรมาเผยแพร่ข่าวสาร
- () ต้องการทีมร่วมปฏิบัติงาน
- () ต้องการช่องทางในการประชาสัมพันธ์ที่มากขึ้น
- () ต้องการการสนับสนุนงบประมาณในการจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง
- () ต้องการอุปกรณ์/เครื่องมือที่ทันสมัยและมีคุณภาพ
- () อื่นๆ (โปรดระบุ).....

3. ด้านแหล่งข้อมูลที่ใช้ค้นคว้าข้อมูลด้านสุขภาพ (ตอบ ได้มากกว่า 1 ข้อ)

- () ต้องการแหล่งข้อมูลประเภทหนังสือ นิตยสาร บทความเอกสารที่เกี่ยวข้อง
- () ต้องการเนื้อหาในเชิงลึก
- () ต้องการเนื้อหาที่ทันสมัย รวดเร็ว ทันต่อเหตุการณ์/สถานการณ์โรค
- () ต้องการเนื้อหาที่กระชับ ชัดเจน เข้าใจง่าย
- () อื่นๆ (โปรดระบุ).....

4. ด้านสื่อที่ใช้ในการสื่อสารสุขภาพ (ตอบ ได้มากกว่า 1 ข้อ)

- () ต้องการสื่อสำเร็จรูป เช่น ซีดี เทป สปอตโฆษณาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ สามารถ

นำเสนอได้ทันที

- () ต้องการเว็บไซต์กลาง เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ด้านสุขภาพ
- () อื่นๆ (โปรดระบุ).....

5. สิ่งที่ต้องการได้รับการสนับสนุนในด้านอื่นๆ

.....

.....

.....

.....

*******ขอขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่ง ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตอบแบบสอบถาม*******



ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล

นางเพ็ญพิไล ชื่อศักดิ์

ประวัติการศึกษา

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช พ.ศ. 2536

สาขารณสุขศาสตรบัณฑิต

สาขาทันตสาธารณสุขชุมชน

ประวัติการทำงาน

พ.ศ. 2531-2534

โรงพยาบาลกุดข้าวปุ้น

อำเภอกุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี

พ.ศ. 2531-2542

โรงพยาบาลตระการพืชผล

อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี

พ.ศ. 2542-2544

โรงพยาบาลวารินชำราบ

อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

พ.ศ. 2544-2549

สำนักงานสาธารณสุขอำเภวารินชำราบ

อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

พ.ศ. 2549-ปัจจุบัน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

ตำแหน่งและสถานที่ทำงานปัจจุบัน

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

กลุ่มงานสนับสนุนบริการสุขภาพ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

267/15 ถนนพรหมเทพ อำเภอเมือง

จังหวัดอุบลราชธานี 34000

โทรศัพท์ 0831271459, 045261864