



รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

การพัฒนารูปแบบการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็กยากจน
กรณีศึกษาหมู่บ้านนายม จังหวัดชัยภูมิ ประเทศไทย

The Development of Communication Model for Malnutrition Problem Solving in
Poor Children: A case study Nayom Village, Chaiyapoom, Thailand

ผศ.ดร.พรรณพิลาศ กุลติลก

โครงการวิจัยประเภทงบประมาณเงินรายได้มหาวิทยาลัย

เงินรายได้ส่วนงาน มหาวิทยาลัยบูรพา

ประจำปีงบประมาณ 2562

คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์

มหาวิทยาลัยบูรพา

2564

สัญญาเลขที่ Huso04/2562

รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

การพัฒนารูปแบบการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็กยากจน
กรณีศึกษาหมู่บ้านนายม จังหวัดชัยภูมิ ประเทศไทย

The Development of Communication Model for Malnutrition Problem Solving in
Poor Children: A case study Nayom Village, Chaiyapoom, Thailand

ผศ.ดร.พรรณพิลาศ กุลติลก

ภาควิชานิเทศศาสตร์ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์

มหาวิทยาลัยบูรพา

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากเงินรายได้ของคณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ประจำปีงบประมาณ 2562 เป็นงานวิจัยเพื่อเป็นการต่อยอดองค์ความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารเพื่อสุขภาพ รวมถึงสร้างองค์ความรู้ใหม่เรื่องการพัฒนาแนวทางการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการเด็กที่เหมาะสมกับชุมชนที่ประสบปัญหาในประเทศไทย ตลอดจนนำผลการวิจัยที่ได้จัดทำเป็นข้อเสนอแนะให้แก่หน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง อันได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล และโรงเรียนประจำหมู่บ้าน ได้นำไปประยุกต์ใช้ในการแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็กต่อไป

ขอขอบคุณคณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ได้ให้การสนับสนุนทุนในการทำวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้การสนับสนุนเพื่อให้งานวิจัยครั้งนี้ผ่านพ้นไปได้ด้วยดี ประโยชน์ที่เกิดจากงานวิจัยครั้งนี้ย่อมเป็นผลมาจากการสนับสนุนของทุกท่าน ผู้วิจัยจึงขอขอบพระคุณมา ณ ที่นี้

ผศ.ดร.พรรณพิลาศ กุลติลก

กรกฎาคม 2564

การพัฒนาแนวทางการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็กยากจน กรณีศึกษาหมู่บ้านนายม จังหวัดชัยภูมิ

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาการยอมรับแนวทางการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็กยากจนที่อาศัยอยู่ในถิ่นทุรกันดาร กรณีศึกษาหมู่บ้านนายม จังหวัดชัยภูมิ โดยทำการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตอย่างมีส่วนร่วม และการสนทนากลุ่มกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย อันได้แก่ ตัวแทนจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำหมู่บ้าน องค์กรบริหารส่วนตำบล โรงเรียนประจำหมู่บ้านและผู้ปกครอง ผลการวิจัยพบว่า แนวทางการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวประกอบไปด้วย 1. การวิเคราะห์ปัจจัยภายในภายนอกที่เกี่ยวข้องอย่างรอบด้าน 2. การกำหนดกลุ่มเป้าหมายที่ครอบคลุมทั้งผู้ปกครองและเด็ก 3. การกำหนดวัตถุประสงค์การสื่อสารโดยมุ่งเน้นการสร้างการรับรู้ในผลกระทบจากปัญหาและกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมในรูปแบบสร้างนำซ่อม 4. การกำหนดสารหลักที่เข้าใจง่าย นำไปปฏิบัติได้จริง และใช้ภาษาถิ่นเป็นหลัก 5. การผสมผสานสื่อของชุมชนอันได้แก่ สื่อบุคคล สื่อหอกระจายเสียง และสื่อกิจกรรม โดยเน้นการสื่อสารสองทางและการมีส่วนร่วม 6. การประเมินผลโดยการบูรณาการเข้ากับกิจกรรมและการประเมินอย่างต่อเนื่องผ่านการสังเกตการณ์ 7. การต่อยอดโดยการสื่อสารอย่างสม่ำเสมอและขยายเครือข่ายความร่วมมือไปยังกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชน

คำสำคัญ: การสื่อสารสุขภาพ ตุพโภชนาการในเด็ก การสื่อสารแบบมีส่วนร่วม

The Development of Communication Guidelines for Malnutrition Problem Solving in Poor Children: A case study Nayom Village, Chaiyapoom

Abstract

This research aims to develop and study the acceptance of guidelines on communication for solving problem on malnutrition of impoverished children living in remote areas: case study of Na Yom Village, Chaiyaphum Province. The research is conducted through in-depth interview, participant observation, and focus group with some stakeholders including representatives of sub-district health promoting hospitals, village health volunteers, village leaders, sub-district administrative organizations, village schools, and parents. The results revealed that the guidelines on communication for solving problem on malnutrition of impoverished children living in remote areas consisted of: 1) analysis on related internal and external factors; 2) target group determination covering parents and children; 3) establishment of communication objectives with emphasis on creating perception on effects caused by those problems and stimulating preventive behaviors in the form of before and after concept; 4) determination of main message that could be understood easily and practical with the main use of dialects; 5) integration of media that is the strength of communities including personal media, news tower media, and activity media by emphasizing on two-way communication and participation; 5) evaluation of communication by integrating with consecutive activities and evaluation through observation; and 6) development for sustainability through regular communication and expansion of collaborative network to other groups in communities.

Keywords: Health Communication, Malnutrition in Children, Participatory Communication

สารบัญ

	หน้า
บทที่ 1: บทนำ	
ที่มาและความสำคัญ	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	6
กรอบแนวคิดในการวิจัย	7
ขอบเขตของการวิจัย	7
นิยามศัพท์เฉพาะ	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย	9
บทที่ 2: แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง	
แนวคิดเกี่ยวกับภาวะโภชนาการ	11
แนวคิดการสื่อสารสุขภาพ	17
แนวคิดการสื่อสารแบบมีส่วนร่วม	30
แนวคิดการสื่อสารชุมชน	39
แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม	47
แนวคิดการพัฒนาที่ยั่งยืน	50
บทที่ 3: ระเบียบวิธีวิจัย	
ขั้นตอนที่ 1: การสัมภาษณ์เชิงลึก	56
ขั้นตอนที่ 2: การสังเกตอย่างมีส่วนร่วม	57
ขั้นตอนที่ 3: การสนทนากลุ่ม	59
การวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูล	61

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4: สถานการณ์การสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็กในพื้นที่ หมู่บ้านนายม จังหวัดชัยภูมิ ประเทศไทย	
สถานการณ์ทุพโภชนาการในเด็ก	63
กระบวนการการแก้ไขภาวะทุพโภชนาการในเด็ก	67
รูปแบบการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็ก	69
บทที่ 5: การพัฒนารูปแบบการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็กยากจน	
ขั้นตอนที่ 1: การร่วมวางแผนพัฒนาแผนงานรูปแบบการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาทุพ โภชนาการกับร่วมกับตัวแทนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและการนำแผนงานไปทดลองปฏิบัติ จริง	74
ขั้นตอนที่ 2: (โครงร่าง) รูปแบบการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็ก ใน พื้นที่หมู่บ้านนายม จังหวัดชัยภูมิ	89
ขั้นตอนที่ 3: การจัดทำข้อเสนอแนะในการนำต้นแบบการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาทุพ โภชนาการในเด็กยากจนไปประยุกต์ใช้	97
บทที่ 6: สรุปและอภิปรายผลการวิจัย	
สรุปผลการวิจัย	107
อภิปรายผลการวิจัย	116
ข้อเสนอในการนำไปใช้	125
ข้อเสนอสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป	125
บรรณานุกรม	127
ภาคผนวก	134

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 5.1 บทบาทการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	74
ตารางที่ 5.2 การวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบ SWOT Analysis	89
ตารางที่ 5.3 วัตถุประสงค์การสื่อสารและตัวชี้วัดความสำเร็จ	90
ตารางที่ 5.4 แนวทางการประเมินผล	96
ตารางที่ 5.5 รายละเอียดกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	98

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย	7
ภาพที่ 2.1 แบบจำลองการสื่อสารสุขภาพ	19
ภาพที่ 2.2 แบบจำลองการสื่อสารสุขภาพในการแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็กยากจน ในถิ่นทุรกันดาร	21
ภาพที่ 2.3 องค์ประกอบของสมรรถนะด้านการสื่อสาร	26
ภาพที่ 2.4 ระดับการมีส่วนร่วมในการสื่อสาร	35
ภาพที่ 3.1 ขั้นตอนของการศึกษาตามวัตถุประสงค์การวิจัย	55
ภาพที่ 4.1 กระบวนการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็ก	72
ภาพที่ 5.1 ตัวอย่างใบปลิวให้ความรู้เรื่องสัดส่วนอาหารที่เหมาะสม	94
ภาพที่ 5.2 หนังสือนิทานหนูนิดไม่ยอมกินผัก	95
ภาพที่ 5.3 ตัวอย่างกิจกรรม	95
ภาพที่ 5.4 รูปแบบการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็กยากจน	106

บทที่ 1

ที่มาและความสำคัญ

ในปัจจุบันประชากรประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกกำลังเผชิญหน้ากับปัญหาภาวะสารอาหารในรูปแบบที่แตกต่างกันไป โดย 9 ใน 10 ของประเทศทั่วโลกประสบปัญหาทุพโภชนาการ 2 ลักษณะในเวลาเดียวกัน (Double Burden of Malnutrition) ซึ่งหมายถึง การที่มีคนที่น้ำหนักเกินมาก และคนที่ขาดสารอาหารมากเป็นสัดส่วนที่สูง โดยจำนวนของคนประสบปัญหาขาดอาหารเรื้อรังมีมากถึง 815 ล้านคน และสิ่งที่น่ากังวลเป็นอย่างมากคือ เด็กจำนวน 1 ใน 10 คนทั่วโลกเผชิญกับภาวะความไม่มั่นคงทางอาหาร ซึ่งการเจริญเติบโตและภาวะโภชนาการของเด็กเป็นเครื่องบ่งชี้ภาวะทางเศรษฐกิจของประเทศ (ลัดดา เหมาะสุวรรณ, 2557) ประเทศที่พัฒนาแล้วภาวะโภชนาการเกินหรือโรคอ้วนในเด็กมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่ประเทศด้อยพัฒนายังพบปัญหาภาวะโภชนาการต่ำกว่าเกณฑ์ (จักรินทร์ ปริมาณนท์, ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์ และสมเกียรติ วรเดช, 2561) โดยประมาณ 1 ใน 5 ของเด็กในประเทศกำลังพัฒนามีภาวะโภชนาการต่ำกว่าเกณฑ์ และประมาณ 1 ใน 10 ของการเสียชีวิตของเด็กทั่วโลกมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ (Psaki, Bhutta, Ahmed, Bessong, Islam et al., 2012) นอกจากนี้ยังพบว่า ในแต่ละปีมีเด็กเสียชีวิตจากการขาดสารอาหารประมาณ 3.5 ล้านคนทั่วโลก (Sharghi, Kamran and Faridan, 2011)

จากสภาพปัญหาดังกล่าว ส่งผลให้องค์การสหประชาชาติ (United Nations: UN) ได้วางเป้าหมายในการขจัดความหิวโหยและปรับปรุงโภชนาการให้เป็นหนึ่งในเป้าหมายของการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) เพื่อใช้เป็นทิศทางพัฒนาของประชาคมโลก ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 – พ.ศ. 2573 ครอบคลุมระยะเวลา 15 ปี ทั้งนี้แก่นคิดหลักของการขจัดความหิวโหยภายใต้เป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืนคือ การให้ความสำคัญกับการเข้าถึงอาหารที่เพียงพอและมีคุณค่าทางโภชนาการตลอดทั้งปีเพื่อมีสุขภาพที่ดี ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคร้ายอันมีสาเหตุจากโภชนาการที่ไม่สมบูรณ์ ประกอบกับองค์การอาหารและเกษตรแห่งสหประชาชาติ (Food and Agriculture Organization of the United Nations: FAO) ได้เสนอแผนปฏิบัติการยุทธศาสตร์เกี่ยวกับโภชนาการในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้เพื่อสนับสนุนความมั่นคงทางอาหารโดยได้ระบุถึงการส่งเสริมการผลิตอาหารที่มาจากแหล่งอาหารท้องถิ่นและให้ความสำคัญต่อความปลอดภัยของคุณค่าของอาหาร โดยมีผู้ปกครอง ครู และผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียนและวัยเรียนเป็นกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญ เนื่องจากเป็นบุคคลที่มีบทบาทในการผลิตหรือประกอบอาหารให้เด็กรับประทานแต่ละมื้อ (เจตินภา

แสงสว่าง, ศิริวรรณ ชูกำเนิด, ปารีชาติ ชูประดิษฐ์, ศรีสุภาภรณ์ บิณฑาประสิทธิ์ และทองใหญ่ วัฒนศาสตร์, 2560)

สำหรับประเทศไทยได้มีการดำเนินงานที่สอดคล้องกับกรอบการพัฒนาที่ยั่งยืนนี้โดยนำมาใช้ในการวางทิศทางแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) และได้สร้างกลไกการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์และการผลักดันระดับนโยบายภายใต้การบริหารจัดการของคณะกรรมการเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน (กพย.) ซึ่งจากการดำเนินการแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการดังกล่าวส่งผลให้ประเทศไทยมีสัดส่วนผู้ขาดสารอาหารลดลงอย่างต่อเนื่อง ส่วนการโภชนาการในวัยเด็กก็มีสัดส่วนที่ดีขึ้นเช่นเดียวกัน

อย่างไรก็ตามจากผลสำรวจซึ่งจัดทำขึ้นโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติด้วยการสนับสนุนจากองค์การยูนิเซฟ (United Nations Children's Fund: UNICEF) ได้เปิดเผยว่า ถึงแม้ความเป็นอยู่ของเด็กไทยได้รับการพัฒนามาตลอดช่วงระยะเวลาที่ผ่านมานี้ แต่จากการสำรวจพบว่าเด็กในสังคมไทยโดยเฉพาะอย่างยิ่ง เด็กและเยาวชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ชนบทและมีฐานะยากจน ส่วนใหญ่ล้วนประสบปัญหาด้านสุขภาพอันเกิดจากการไม่ได้รับประทานอาหารที่ถูกต้องตามโภชนาการ โดยพบในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือสูงที่สุดถึงร้อยละ 44 ภาคเหนือร้อยละ 35 ภาคใต้ร้อยละ 18 และภาคกลางร้อยละ 5 ตามลำดับ ทั้งนี้ตัวเลขดังกล่าวมีความสอดคล้องกับภาวะยากจนในแต่ละพื้นที่อีกด้วย (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2559)

ทั้งนี้ความปลอดภัยของอาหารและคุณค่าทางโภชนาการนับว่ามีความสำคัญอย่างยิ่งต่อเด็ก โดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีเนื่องจากเป็นช่วงวัยที่สมองมีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว หากเด็กมีภาวะโภชนาการต่ำกว่าเกณฑ์ มีความเสี่ยงสูงจากการเกิดโรคติดเชื้อและอาจส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย เกิดภาวะแคระแกร็นในเด็ก พัฒนาการล่าช้า ภาวะเขาน้ำปัญญาต่ำ รวมไปถึงมีความเสี่ยงในการเสียชีวิต (เจิดนภา แสงสว่าง, ศิริวรรณ ชูกำเนิด, ปารีชาติ ชูประดิษฐ์, ศรีสุภาภรณ์ บิณฑาประสิทธิ์ และทองใหญ่ วัฒนศาสตร์, 2560, Mohseni, M., Aryankhesal, A., 2020) และยังมีผลต่อคุณภาพชีวิตและสถานะทางการเงินเนื่องจากเพิ่มค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ รวมถึงการสูญเสียสุขภาพจากภาวะพิการและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (วิชัย เอกพลากร, 2559) โดยปัญหานี้สืบเนื่องมาจากความยากจน ความไม่รู้ถึงความสำคัญของอาหารและโภชนาการ มีความเข้าใจ/ สนใจน้อยต่อประโยชน์และคุณค่าของสารอาหารที่จำเป็นต่อร่างกาย ขาดความสามารถในการจัดหาอาหารให้กับเด็ก รวมไปถึงความเชื่อที่ผิดในการบริโภคอาหาร (พชร ศิลวรรณโณ, 2550) ดังนั้น การเลี้ยงดูเด็กให้มีโภชนาการที่ดีและสมดุลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ช่วงแรกของชีวิตเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้เด็กไม่ประสบปัญหาโภชนาการ (Mohseni, M., Aryankhesal, A., 2020)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การสื่อสารมีส่วนช่วยในการแก้ปัญหาเรื่องสุขภาพได้หลายประการ ไม่ว่าจะเป็น 1) ช่วยให้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่ถูกต้องรวดเร็ว 2) ช่วยให้ข้อมูลข่าวสารเพื่อแก้ไขความเข้าใจผิดด้านสุขภาพอนามัย และ 3) ช่วยให้ข่าวสารเพื่อกระตุ้นให้เกิดการตระหนักด้านสุขภาพ (กาญจนา แก้วเทพ และเชียรชัย อิศรเดช, 2549) เนื่องจากการรับรู้ข้อมูลข่าวสารสุขภาพที่ถูกต้องจากแหล่งที่เชื่อถือได้นับเป็นปัจจัยสำคัญสำหรับกระตุ้นให้เกิดความตื่นตัว ความตระหนักในการสร้างค่านิยมและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ หรืออาจกล่าวได้ว่า การสื่อสารเป็นเครื่องมือสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ (พนา ทองมีอาคม และเพ็ญพักตร์ เตียวสมบุรณ์ กิจ, 2551) ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ จิตลดาพรรณ โสวะภาสร์ (2548) และสมาน ขำคล้าย สาร์ตัน พวงเงิน และสนธยา คมขำ (2549) ที่พบว่า การสื่อสารให้หน่วยงานส่วนท้องถิ่นที่เกี่ยวข้อง ผู้ดูแลเด็กและประชาชนได้รับความรู้และตระหนักในปัญหาสุขภาพโภชนาการในเด็ก รวมถึงมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาทำให้มีความรู้ ความเข้าใจ นำไปสู่การลดจำนวนสุขภาพโภชนาการในเด็กได้ดียิ่งขึ้น นอกจากนี้ งานวิจัยในอดีตได้ระบุว่า การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพของตนเองในชุมชนโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ก่อให้เกิดกลุ่มผู้สนใจในการดูแลสุขภาพตนเอง เกิดผู้นำอย่างไม่เป็นทางการ เกิดกิจกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองตามวิถีพื้นบ้าน อีกทั้งการพบปะ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นทำให้เกิดการเรียนรู้ และการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงในการแก้ไขปัญหาของชุมชน (อารีรัตน์ ดิลกธนากุล, 2540)

โดยงานวิจัยในอดีตของไทยที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารสุขภาพสามารถจำแนกประเด็นที่ทำการศึกษา ตามองค์ประกอบของการสื่อสารอันได้แก่ ผู้ส่งสาร เนื้อหา ช่องทางการสื่อสาร และผู้รับสาร ได้ดังต่อไปนี้ (จำเริญ ไยชิต และคณะ, 2547, ณัฐนันท์ ศิริเจริญ, 2555, ประจักษ์ ก๊กก้อง, 2557, วาสนา จันทร์สว่าง, 2548, ศิริพร พันธุ์ลี และวัฒนา วณิชชานนท์, 2555)

1) ประเด็นผู้ส่งสาร (Sender) ส่วนใหญ่นักวิจัยได้ดำเนินการศึกษาเรื่องกลยุทธ์การสื่อสารสุขภาพของผู้ส่งสาร รองลงมาคือ การใช้สื่อเพื่อเผยแพร่ความรู้เรื่องสุขภาพของผู้ส่งสาร ซึ่งพบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการสื่อสารสุขภาพในประเด็นผู้ส่งสารคือ ความน่าเชื่อถือของผู้ส่งสาร และคุณสมบัติของผู้ส่งสารสุขภาพที่ดีที่ควรมีทักษะในการสื่อสาร มีพื้นฐานความรู้ความเข้าใจในด้านสุขภาพ ด้านการสื่อสารเชิงบูรณาการ และมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี

2) ประเด็นเนื้อหา (Message) ส่วนใหญ่แล้วงานวิจัยในอดีต มุ่งศึกษาสุขภาพในฐานะโรคภัยโดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคไม่ติดต่อ โดยได้มีการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพอันนำไปสู่การแก้ไขปัญหาสุขภาพ ซึ่งพบว่าปัจจัยเรื่องความสมดุลในการนำเสนอเนื้อหาข้อมูล และความต่อเนื่องของข้อมูลมีผลต่อความสำเร็จในการสื่อสารสุขภาพ

3) ประเด็นช่องทางการสื่อสาร (Channel) ส่วนใหญ่แล้วมุ่งศึกษาประสิทธิภาพการใช้สื่อในการสื่อสารสุขภาพ โดยมองสื่อหรือช่องทางการสื่อสารในการสร้างผลกระทบต่อผู้รับสารมากกว่าการสร้างการมีส่วนร่วมในการสื่อสาร ซึ่งพบว่าสื่อที่มีความเหมาะสมจะต้องเป็นสื่อที่หลากหลายเหมาะสมสำหรับประโยชน์การใช้งานของชุมชน รวมถึงเป็นสื่อที่คนในชุมชนสามารถเข้าถึงได้ง่าย อย่างไรก็ตามสื่อบุคคลเป็นสื่อที่มีประสิทธิภาพสูงสุดสำหรับการสื่อสารสุขภาพในชุมชน

4) ประเด็นผู้รับสาร (Receiver) ส่วนใหญ่แล้วมุ่งศึกษาประชาชนทั่วไปมากกว่ากลุ่มเป้าหมายที่มีความเฉพาะเจาะจง โดยเน้นไปที่การศึกษาการเปิดรับสื่อและการศึกษาพฤติกรรมสื่อสารที่มีผลต่อการสื่อสารสุขภาพ ซึ่งพบว่าการสื่อสารสุขภาพที่ประสบความสำเร็จนั้นผู้รับสารต้องมีส่วนร่วมในการสื่อสารรณรงค์นั้น ๆ

ทั้งนี้งานวิจัยในอดีตพบว่ารูปแบบของการสื่อสารควรเป็นการสื่อสารสองทางที่ผู้รับสารและผู้ส่งสารมีปฏิริยาโต้ตอบกันได้ และมีทิศทางไหลของข่าวสารที่หลากหลาย อีกทั้งเป็นการสื่อสารแบบมีส่วนร่วม โดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง

อย่างไรก็ตามจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในอดีตพบว่างานวิจัยในประเทศไทยส่วนใหญ่ที่ทำการศึกษาในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับภาวะทุพโภชนาการในเด็กนั้น ส่วนใหญ่ได้ดำเนินการศึกษาในขอบเขตของสาธารณสุขศาสตร์ พยาบาลศาสตร์ รวมไปถึงวิทยาศาสตร์การแพทย์แต่ยังไม่พบงานวิจัยในด้านนิเทศศาสตร์เท่าใดนัก โดยงานวิจัยในอดีตมุ่งดำเนินการศึกษาสภาพปัญหาทุพโภชนาการเด็กในพื้นที่ที่แตกต่างกันออกไปรวมถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อปัญหาดังกล่าว และพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อภาวะทุพโภชนาการในเด็กประกอบไปด้วย 3 ปัจจัยสำคัญ ดังต่อไปนี้ (กมล วัฒนายิ่งเจริญชัย, 2541, จักรินทร์ ปริมาณนธ์, ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์ และสมเกียรติ วรรณเดช, 2561, จิตลดาวรรณ โสวะภาสน์, 2548, เจิดนภา แสงสว่าง, ศิริวรรณ ชูกำเนิด, ปารีชาติ ชูประดิษฐ์, ศรีสุกาญจน์ บิณฑา ประสิทธิ์ และทองใหญ่ วัฒนศาสตร์, 2560, บุญยง บัวมูล, 2540, เบญจมาศ เวทย์จรัสและคณะ, 2550, พิษณุ อุดตมะเวทิน, 2540 พูลธวรรณ เชียงวดี, 2544, สมาน ข้าคล้ายและคณะ, 2549 และอบเชย วงศ์ทอง, 2542) ดังต่อไปนี้

1) ปัจจัยด้านมารดา/ ผู้ปกครอง ได้แก่ การที่มารดามีความพร้อมในการตั้งครรถ์ในวัยที่เหมาะสม การมีระดับการศึกษาตามเกณฑ์ และมีการทำงานที่ดีทำให้เพิ่มประสิทธิภาพในการเข้าถึงข้อมูลและมีความรู้ความเข้าใจเรื่องภาวะโภชนาการ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ปกครองของเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการส่วนใหญ่นั้นมีการให้ความหมายทุพโภชนาการที่แตกต่างไปจากการแพทย์สมัยใหม่รวมทั้งไม่ยอมรับว่าเด็กมีภาวะทุพโภชนาการตามที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้แจ้ง

2) ปัจจัยด้านเด็ก ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนที่มีความสัมพันธ์กับการเติบโตของเด็ก อีกทั้งปัจจัยเรื่องลำดับของการเป็นบุตรตั้งแต่ลำดับที่ 3 ขึ้นไปส่งผลให้มีความเสี่ยงเนื่องจากอาจได้รับการดูแลกามารดาหรือสมาชิกในครอบครัวไม่ทั่วถึงและอาจเชื่อมโยงไปถึงภาระค่าใช้จ่ายที่อาจตามมา

3) ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ รายได้ของครอบครัวที่ไม่เพียงพอทำให้ความสามารถในการเข้าถึงแหล่งอาหารที่ครบถ้วนได้ยากกว่าครอบครัวที่มีรายได้เพียงพอ ซึ่งรายได้นั้นส่งผลไปยังสถานะความมั่นคงของครอบครัว และสุขลักษณะภายในบ้าน นอกจากนี้สิ่งแวดล้อมที่ถูกระบุถึงในอดีตได้แก่ หน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็นองค์กรประชาชน ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ปกครอง รวมถึงร้านค้าในชุมชน ไม่ทราบสภาพปัญหาที่แท้จริงรวมไปถึงไม่ได้ดำเนินการแก้ไขปัญหาย่างถูกต้องทำให้การดูแลแก้ไขปัญหาไม่ทั่วถึง

ทั้งนี้โครงการวิจัยในอดีตได้มีการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการด้านอาหารและโภชนาการโดยใช้กระบวนการกำหนดนโยบายการจัดการมื้ออาหาร การเพิ่มความรู้เรื่องภาวะโภชนาการแก่ผู้ปกครอง และการปรับเปลี่ยนทัศนคติของผู้ปกครอง

ในขณะเดียวกันจากการทบทวนวรรณกรรมด้านการสื่อสารสุขภาพ พบว่ามีแนวโน้มการเติบโตเป็นอย่างมาก ไม่ว่าจะเป็นการศึกษาพัฒนาการองค์ความรู้ด้านการสื่อสารสุขภาพ การศึกษาสื่อ การศึกษาสาร และการศึกษากลุ่มเป้าหมายในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ แต่ยังไม่พบงานวิจัยในประเทศไทยที่ศึกษาในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารสุขภาพเพื่อแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็กเช่นกัน

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า การส่งเสริมสุขภาพมีความจำเป็นที่จะต้องนำแนวคิดการสื่อสารสุขภาพมาประยุกต์ใช้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระดับชุมชน การสื่อสารสุขภาพจะเป็นส่วนสำคัญในการสร้างโอกาสการเรียนรู้ให้กับประชาชน เพื่อให้ประชาชนได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่ถูกต้อง เนื่องจากชุมชนเป็นแหล่งเรียนรู้ที่ใกล้ชิดกับประชาชนและเหมาะสมกับบริบทความต้องการการแก้ปัญหาสุขภาพของชุมชน รวมทั้งเปิดโอกาสให้สมาชิกในชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการสื่อสารเป็นการเสริมพลังความเข้มแข็งให้แก่ชุมชนด้านการพัฒนาสุขภาพ (ศิริวรรณ ตีทขาว, 2559)

ดังนั้นงานวิจัยชิ้นนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็กยากจนที่อาศัยอยู่ในถิ่นทุรกันดารและพัฒนาแผนงานการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาพร้อมทั้งนำไปปฏิบัติเพื่อทดสอบจริง ผ่านการวิจัยที่กระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วมที่เหมาะสมกับบริบทหรือภูมิปัญญาดั้งเดิมของชุมชน โดยเลือกหมู่บ้านนายม จังหวัดชัยภูมิเป็นกรณีศึกษาในครั้งนี้ เนื่องจากเป็นหมู่บ้านที่ประชาชนมีรายได้ต่ำกว่าเกณฑ์เป็นจำนวนมาก อีกทั้งยังอยู่ในพื้นที่ภาค

ตะวันออกเฉียงเหนือที่พบว่าเด็กมีปัญหาด้านสุขภาพอันเกิดจากการไม่ได้รับประทานอาหารที่ถูกต้องตามโภชนาการในสัดส่วนที่สูงกว่าภาคอื่นๆ นอกจากนี้ ดวงพร คำณูวัฒน์ และคณะ (2550) ได้อธิบายว่า สุขภาพเกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตความเป็นอยู่และมีลักษณะเฉพาะเมื่อพิจารณาในมิติของพื้นที่ การสื่อสารสุขภาพที่ได้ผลควรเป็นการสื่อสารที่มีลักษณะเฉพาะพื้นที่เช่นกัน ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยตามกระบวนการเพิ่มศักยภาพของชุมชน อันประกอบไปด้วย การสำรวจความพร้อมของชุมชน การนำข้อมูลมาวิเคราะห์สังเคราะห์ การออกแบบกิจกรรม การนำไปปฏิบัติ และการแพร่กระจายสร้างความคงทน ผ่านวิธีการวิจัยแบบปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ทั้งนี้เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในการสื่อสารเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าวเพื่อให้มีความสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาประเทศอย่างยั่งยืนต่อไป

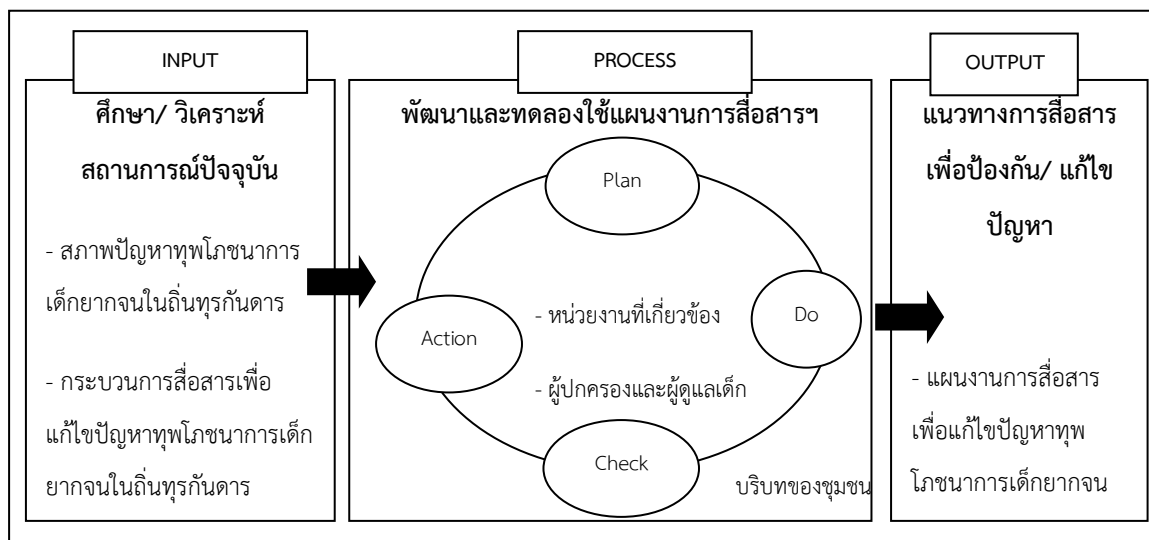
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็กยากจนที่อาศัยอยู่ในถิ่นทุรกันดาร
2. เพื่อพัฒนาแผนงานการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็กยากจนที่อาศัยอยู่ในถิ่นทุรกันดาร
3. เพื่อศึกษาความเหมาะสมของแผนงานการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็กยากจนที่อาศัยอยู่ในถิ่นทุรกันดาร

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยนี้พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งแนวคิดการสื่อสารสุขภาพและการสื่อสารแบบมีส่วนร่วมที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน (Community Context) โดยเน้นการให้ความสำคัญกับผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในประเด็นทุพโภชนาการเด็กในชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมหรือเกี่ยวข้องในทุกขั้นตอนของการพัฒนา ไม่ว่าจะเป็นการวางแผน การดำเนินการตามแผน การติดตามประเมินผลและการรับประโยชน์จากการพัฒนา โดยมีรายละเอียดดังนี้

แผนภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย



ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตการวิจัยด้านพื้นที่

งานวิจัยชิ้นนี้ดำเนินการศึกษาในพื้นที่ หมู่บ้านนายม ตำบลสระพัง อำเภอบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิเป็นกรณีศึกษาเนื่องจากจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2559) พบว่าพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีเด็กที่มีปัญหาด้านสุขภาพอันเกิดจากการไม่ได้รับประทานอาหารที่ถูกต้องตามโภชนาการในสัดส่วนที่สูงกว่าภาคอื่น ๆ ถึงร้อยละ 44 โดยตัวเลขดังกล่าวมีความสอดคล้องกับภาวะยากจนในแต่ละพื้นที่ และเมื่อประเมินสถานะความยากจนของจังหวัดต่าง ๆ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบว่า จากรายงานเส้นความยากจน (Poverty Line) ของประชาชนในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2543 – 2560 จากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ ประมวลผลโดย สำนักพัฒนาฐานข้อมูลและตัวชี้วัดภาวะสังคมนั้น พบว่า จังหวัดชัยภูมิมียุทธศาสตร์เส้นความยากจนที่ค่อนข้างต่ำติด 1 ใน 3 ของจังหวัดที่มีค่าเส้นความยากจนต่ำที่สุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประจำปี พ.ศ. 2560 คือ อยู่ที่ 2,331 บาท/ คน/ เดือน (เส้นความยากจน โดยเฉลี่ยของประชากรไทยคือ 2,686 บาท/ คน/ เดือน) แต่เมื่อผู้วิจัยลงสำรวจข้อมูลเบื้องต้นของประชาชนที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านดังกล่าว พบว่าประชาชนส่วนใหญ่ยังมีรายได้ที่ต่ำกว่า 2,331 บาท/ คน/ เดือน ซึ่งถือว่าเป็นผู้ประสบสถานะความยากจน อีกทั้งลักษณะของผู้ปกครอง/ ผู้ดูแลเด็กในหมู่บ้านส่วนใหญ่เป็นคนชรา รายได้ต่อเดือนมาจากสวัสดิการของรัฐ และมีการศึกษาในระดับประถมศึกษา

ซึ่งสอดคล้องกับปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะทุพโภชนาการของเด็กดั่งที่ปรากฏในข้อค้นพบของงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในอดีต ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการวิจัยในพื้นที่ดังกล่าว

ขอบเขตการวิจัยด้านระยะเวลา

งานวิจัยชิ้นนี้เป็นการวิจัยที่ได้ดำเนินการศึกษาในช่วง ปี พ.ศ. 2562 – 2564 เท่านั้น

ขอบเขตการวิจัยด้านเนื้อหา

งานวิจัยชิ้นนี้ดำเนินการศึกษาในประเด็นการสื่อสารสุขภาพเพื่อแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็กยากจน ตามแนวทางการสื่อสารสุขภาพและการสื่อสารแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาแนวทางการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว

ขอบเขตการวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัย

งานวิจัยชิ้นนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และการสนทนากลุ่มกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในประเด็นปัญหาทุพโภชนาการในเด็กยากจนของชุมชน

นิยามศัพท์เฉพาะ

แผนงานการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็กยากจน หมายถึง การออกแบบกระบวนการสื่อสารสุขภาพในรูปแบบสร้างนำซ่อม โดยเริ่มจากกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูล การตั้งวัตถุประสงค์ การกำหนดกลยุทธ์ กลวิธีและประเมินผลการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็กยากจน

การสื่อสารเพื่อสุขภาพ หมายถึง การสื่อสารที่เปิดโอกาสให้ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพได้ง่ายและทั่วถึง มีการจัดองค์ความรู้แบบมีส่วนร่วมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในหมู่ประชาชน ทำให้ชุมชนมีศักยภาพในการเสริมสร้างสุขภาพและแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็กยากจนด้วยตัวของชุมชนเอง

การสื่อสารแบบมีส่วนร่วม หมายถึง การสื่อสารที่เปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในประเด็นปัญหาทุพโภชนาการในเด็กยากจนในชุมชนได้มีส่วนร่วมในการวางแผน การดำเนินกิจกรรม การใช้ประโยชน์ การได้รับผลประโยชน์ และการประเมินผลเพื่อแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็กยากจน

ปัญหาทุพโภชนาการในเด็กยากจน หมายถึง ปัญหาภาวะร่างกายของเด็กอายุ 0-5 ปีที่อยู่ในครอบครัวที่มีรายได้น้อยกว่า 2,331 บาท/ คน/ เดือน ได้รับอาหารไม่เพียงพอหรือมากเกินไปเกินความต้องการของร่างกาย ทำให้เกิดความไม่สมดุลและส่งผลเสียต่อร่างกายและจิตใจ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1. ประโยชน์ในทางวิชาการ การวิจัยในครั้งนี้เป็นการต่อยอดองค์ความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารเพื่อสุขภาพ นอกจากนี้ยังเป็นการสร้างองค์ความรู้เรื่องการพัฒนาแนวทางการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการเด็กที่เหมาะสมกับชุมชนที่ประสบปัญหาในประเทศไทย
2. ประโยชน์ในการประยุกต์ใช้ การวิจัยครั้งนี้จะนำผลการวิจัยที่ได้จัดทำเป็นข้อเสนอแนะให้แก่หน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง อันได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล และโรงเรียนประจำหมู่บ้าน ในชุมชนอื่น ๆ ได้นำไปประยุกต์ใช้ในการแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็ก ซึ่งผลการศึกษานี้มีความสอดคล้องกับแผนนโยบายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) ขององค์การสหประชาชาติ

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่นำมาเป็นกรอบในการศึกษาวิจัยเรื่อง “การพัฒนา รูปแบบการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็กยากจน กรณีศึกษาหมู่บ้านนายม จังหวัด ชัยภูมิ ประเทศไทย” ครั้งนี้ มีดังต่อไปนี้

- แนวคิดเกี่ยวกับภาวะโภชนาการ
- แนวคิดการสื่อสารสุขภาพ
- แนวคิดการสื่อสารแบบมีส่วนร่วม
- แนวคิดการสื่อสารชุมชน
- แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม
- แนวคิดการพัฒนาที่ยั่งยืน

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดข้างต้นไปใช้ร่วมกันตลอดทั้งกระบวนการ นับตั้งแต่เป็น ข้อมูลพื้นฐานในการสร้างข้อคำถามเพื่อสัมภาษณ์กับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในปัญหาทุพโภชนาการในเด็ก รวมถึงนำไปเป็นกรอบในการพัฒนา การทดลองใช้และศึกษาการยอมรับแผนงานการสื่อสารดังกล่าว เพื่อกระตุ้นให้กลุ่มเป้าหมายมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพให้แข็งแรงเป็นการป้องกันปัญหาความ เจ็บป่วยในลักษณะการสร้างนำซ่อม ตามแนวคิดการสื่อสารสุขภาพ ภายใต้วิธีการสื่อสารแบบมีส่วนร่วมของคนในชุมชน ในระดับการวางแผน (Participation in Planning) การดำเนินกิจกรรม (Participation in Implementation) การมีส่วนร่วมในการใช้ประโยชน์ (Participation in Utilization) การมีส่วนร่วมในการได้รับผลประโยชน์ (Participation in Benefit-sharing) และ การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Participation in Evaluation) เพื่อก่อให้เกิดการพัฒนาที่มาจากชุมชน ลดการพึ่งพิงจากสังคมภายนอก ตามแนวทางการพัฒนาชุมชนอย่างยั่งยืนต่อไป โดยรายละเอียดของ แนวคิดข้างต้นมีดังต่อไปนี้

แนวคิดเกี่ยวกับภาวะโภชนาการ

โภชนาการเป็นสิ่งจำเป็นต่อชีวิตของมนุษย์ทุกคนเพื่อการเจริญเติบโตของร่างกายและ พัฒนาการทางสมองและเพื่อไปซ่อมแซม ทดแทนสิ่งที่สึกหรอในร่างกาย โดยโภชนาการที่มนุษย์ได้รับ จะต้องมียุทธศาสตร์และปริมาณเพียงพอที่จะทำให้ร่างกายแข็งแรง สุขภาพอนามัยดี มีสมรรถภาพในการ ทำงานสูง (พชร ศิลาสุวรรณโณ, 2550) อีกทั้งสุขภาพกายที่สมบูรณ์และภาวะโภชนาการที่เหมาะสม เป็นเงื่อนไขพื้นฐานของโอกาสในการเรียนรู้และมีพัฒนาการที่สมวัยของเด็กปฐมวัย ซึ่งเป็นปัจจัย กำหนดคุณภาพประชากรของประเทศในระยะยาว

ความหมายและประเภทของภาวะโภชนาการ

ภาวะโภชนาการ (Nutrition Status) หมายถึง สภาวะทางสุขภาพของบุคคลมีผลเนื่องมาจากการรับประทานอาหาร การย่อยอาหาร การดูดซึม การขนส่ง การสะสม และผลของการเผาผลาญ สารอาหารในระดับเซลล์ (จักรินทร์ ปริมาณนท์, ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์ และสมเกียรติ วรรณเดช, 2561) โดยภาวะโภชนาการแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

- 1) ภาวะโภชนาการที่ดี (Good Nutritional Status) คือ ภาวะที่ร่างกายได้รับอาหารที่มีคุณค่าครบถ้วน มีสัดส่วนและปริมาณเพียงพอต่อความต้องการของร่างกายทำให้สุขภาพดี
- 2) ภาวะทุพโภชนาการ (Malnutrition) คือ ภาวะที่ร่างกายได้รับอาหารที่ไม่เพียงพอหรือมากเกินไปเกินความต้องการของร่างกาย ทำให้เกิดความไม่สมดุลและส่งผลเสียต่อร่างกายและจิตใจ

ในประเทศที่พัฒนาแล้วพบว่า แนวโน้มของภาวะโภชนาการเกินเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องและส่งผลให้เกิดโรคต่าง ๆ อันเป็นสาเหตุสำคัญของปัญหาสุขภาพ โดยเฉพาะการป่วยด้วยโรคติดต่อไม่เรื้อรัง (WHO, 2016) ในขณะที่โดยประมาณ 1 ใน 5 ของเด็กในประเทศกำลังพัฒนามีภาวะโภชนาการต่ำกว่าเกณฑ์ และประมาณ 1 ใน 10 ของการเสียชีวิตของเด็กทั่วโลกมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ (Psaki, Bhutta, Ahmed, Bessong, Islam et al., 2012)

นอกจากนั้นยังพบว่า ในแต่ละปีมีเด็กเสียชีวิตจากการขาดสารอาหารประมาณ 3.5 ล้านคนทั่วโลก (Sharghi, Kamran and Faridan, 2011) อีกทั้งยังมีผลต่อคุณภาพชีวิต และความสูญเสียทาง

เศรษฐกิจเนื่องจากเพิ่มค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ และการสูญเสียสุขภาพจากภาวะพิการและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร

วิธีการวัดและประเมินภาวะโภชนาการ

สำหรับการวัดและประเมินภาวะโภชนาการในเด็ก ตามมาตรฐานสำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2558 ใช้เกณฑ์การประเมิน 3 ประเภท ดังนี้ (จักรินทร์ ปริมานนท์, ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์ และสมเกียรติ วรรณ, 2561)

1) น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ (Weight for Age) เป็นผลรวมของน้ำหนักกล้ามเนื้อ ไขมัน น้ำ และกระดูก น้ำหนักตามเกณฑ์อายุเป็นดัชนีบ่งชี้ถึงความสัมพันธ์ของการเจริญเติบโตของน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นตามอายุของเด็ก ซึ่งเป็นดัชนีที่นิยมแพร่หลายในการประเมินการขาดโปรตีนและพลังงาน โดยเกณฑ์การประเมินน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ มีจุดเด่นคือ สามารถสะท้อนขนาดของปัญหาการขาดอาหารโดยรวม ทั้งการขาดโปรตีนและพลังงานแบบเฉียบพลันที่ทำให้เด็กผอม หรือการขาดโปรตีนและพลังงานแบบเรื้อรังที่ทำให้เด็กตัวเตี้ย อย่างไรก็ตามเกณฑ์ดังกล่าวมีข้อจำกัดหลายประการ เช่น จำเป็นที่ต้องทราบอายุที่แท้จริงของเด็ก อาจมีการแปรผลที่คลาดเคลื่อนในกรณีเด็กที่มีปัญหาสุขภาพ การขาดโปรตีนและพลังงานอย่างรุนแรงจะทำให้มีอาการบวม อาจมีการแปลผลคลาดเคลื่อนในกรณีที่เด็กมีส่วนสูงที่แตกต่างกันอย่างชัดเจน อีกทั้งเป็นดัชนีบ่งชี้ที่ไม่เหมาะสำหรับการประเมินภาวะโภชนาการเกิน

2) ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ (Height for Age) เป็นดัชนีบ่งชี้การเจริญเติบโตที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องจากอดีตถึงปัจจุบัน โดยสามารถบ่งชี้การขาดโปรตีน และพลังงานแบบเรื้อรังในระยะเวลานานได้ดี โดยเกณฑ์ดังกล่าวเป็นดัชนีบ่งชี้การเจริญเติบโตได้ดีกว่าน้ำหนักตามเกณฑ์อายุและสามารถสะท้อนระดับพัฒนาการเจริญเติบโตในท้องถิ่นโดยรวม อย่างไรก็ตามข้อจำกัดของการใช้ตัวบ่งชี้ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุคือ จำเป็นที่ต้องทราบอายุที่แท้จริงของเด็ก อีกทั้งไม่เหมาะสมสำหรับเป็นดัชนีในการติดตามประเมินผลโครงการที่ดำเนินการระยะสั้น

3) น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง (Weight for Height) เป็นดัชนีบ่งชี้ที่มีความไวในการสะท้อนการเจริญเติบโตในปัจจุบัน แม้ไม่ทราบอายุที่แท้จริงซึ่งเป็นจุดเด่นสำคัญ นอกจากนั้นยังเป็นดัชนีบ่งชี้ที่ใช้ประเมินภาวะโภชนาการทั้งขาดและเกินได้ เหมาะสำหรับการติดตามประเมินผลโครงการระยะสั้น แต่อย่างไรก็ตามข้อจำกัดของดัชนีดังกล่าวคือ อาจมีการแปลผลคลาดเคลื่อนในกรณีที่ประเมินผลในเขตชนบท หรือชุมชนที่มีเศรษฐกิจยากจน อาจจะได้ความชุกของเด็กขาดสารอาหารต่ำกว่าความ

เป็นจริงได้เพราะมักจะมีเด็กเตี้ยแต่มีน้ำหนักส่วนกับความสูงอยู่จำนวนหนึ่ง และดัชนีนี้จะประเมินได้เพียงเด็กมีรูปร่างผอม สมส่วน หรืออ้วนเท่านั้น

ผลกระทบจากภาวะทุพโภชนาการ

ทั้งนี้ผลกระทบที่เกิดจากการมีภาวะทุพโภชนาการ แบ่งออกเป็น ผลจากการมีภาวะต่ำกว่าเกณฑ์ และผลจากการมีภาวะโภชนาการเกิน ดังนี้

1. ภาวะต่ำกว่าเกณฑ์ (Underweight) เป็นภาวะที่ร่างกายได้รับอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย อาจขาดสารอาหารหรือขาดพลังงาน ส่งผลต่อการเกิดความเสียหายในการเจ็บป่วย พัฒนาการของสมองและอวัยวะอื่น ๆ ล่าช้า รวมไปถึงเสียชีวิต
2. ภาวะโภชนาการเกิน (Overweight) เป็นภาวะที่ร่างกายได้รับสารอาหารมากเกินไปเกินความต้องการของร่างกาย สารอาหารที่มากเกินไปจะถูกเก็บสะสมไว้ในร่างกาย ทำให้เป็นโรคอ้วน เป็นจุดเริ่มต้นของโรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง การเป็นโรคเบาหวานในอนาคต รวมถึงประสบปัญหาในการหายใจและเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดกระดูกหัก

ปัญหาทุพโภชนาการนั้นไม่เพียงแต่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อด้านสุขภาพเท่านั้น หากแต่ยังมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและความสูญเสียทางเศรษฐกิจเนื่องจากเพิ่มค่าใช้จ่ายทางสุขภาพและการสูญเสียสุขภาพจากภาวะพิการการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (วิชัย เอกพลากร, 2559) รวมไปถึงความสามารถในการเรียนรู้ พัฒนาการด้านอารมณ์และหน้าที่ (นัยพินิจ คชภักดี, 2543) ดังนั้นภาวะโภชนาการที่ดีจึงเป็นรากฐานที่สำคัญในการพัฒนาสังคม และเศรษฐกิจของประเทศ โดยในงานวิจัยชิ้นนี้มุ่งศึกษาประเด็นภาวะต่ำกว่าเกณฑ์ (Underweight) เท่านั้น

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะโภชนาการ

สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะโภชนาการ พบว่าประกอบไปด้วย คุณลักษณะของมารดา ทารก และปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

- 1) ปัจจัยของมารดา เป็นปัจจัยที่สำคัญโดยตรงต่อโภชนาการของเด็ก โดยอายุถือเป็นปัจจัยที่แสดงให้เห็นถึงการมีวุฒิภาวะและความพร้อมในการตั้งครรภ์ ส่วนระดับการศึกษาของมารดาที่สูงขึ้นสะท้อนให้เห็นถึงความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและความรู้ความเข้าใจในเรื่องภาวะ

โภชนาการที่จะสามารถนำมาใช้ในการเลี้ยงดูบุตร นอกจากนี้การประกอบอาชีพของมารดายังเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความสามารถในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของมารดา

ดังผลการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะโภชนาการต่ำของเด็กวัยก่อนเรียนในอำเภอภูผินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะเตี้ยและผอมของเด็ก ได้แก่ อายุแม่ตอนตั้งครรภ์ ระดับการศึกษาของแม่ และรายได้ของครอบครัว (ประสิทธิ์ เขจรจิตร, นิภาพร ชุตินันต์ และบังอร ภูมิพล, 2556) และสอดคล้องกับผลการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการในเด็กวัยก่อนเรียน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี ที่พบว่า ระดับการศึกษาของผู้ปกครองเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการในเด็กวัยก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญ (ปราณี ทัดศรี, 2557) นอกจากนี้ไม่เพียงแต่ในประเทศไทยเท่านั้น จากการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะทุพโภชนาการของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในเมือง Nghean ประเทศเวียดนาม พบว่า มารดาที่จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นมีความสัมพันธ์ต่อการมีภาวะโภชนาการต่ำกว่าเกณฑ์ของเด็กประมาณ 1.7 เท่า (Nguyen Ngoc Hien & Sin Kam, 2008)

2) ปัจจัยของทารก เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมีภาวะโภชนาการ โดยเฉพาะปัจจัยทางคุณลักษณะทางประชากรของทารก เช่น น้ำหนักแรกคลอด ลำดับที่ของบุตร และปัจจัยการเจ็บป่วยเป็นต้น ดังผลการศึกษาภาวะโภชนาการและพัฒนาการของเด็กวัยก่อนเรียนในเขตพื้นที่รอบมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี จังหวัดนครราชสีมา ของ นพพร อึ้งอาภรณ์ (2556) พบว่า ภาวะแรกคลอดมีความสัมพันธ์กับการเติบโตของเด็ก อีกทั้งปัจจัยเรื่องลำดับของการเป็นบุตรตั้งแต่ลำดับที่ 4 ขึ้นไปส่งผลให้มีความเสี่ยงเนื่องจากอาจได้รับการดูแลจากมารดาหรือสมาชิกในครอบครัวไม่ทั่วถึงและอาจเชื่อมโยงไปถึงภาระค่าใช้จ่ายที่อาจตามมา และสอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะทุพโภชนาการของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในเมือง Nghean ประเทศเวียดนาม พบว่า เด็กที่มีน้ำหนักแรกคลอดต่ำ มีความสัมพันธ์ต่อการมีภาวะโภชนาการต่ำกว่าเกณฑ์ (Nguyen Ngoc Hien & Sin Kam, 2008) เช่นเดียวกัน

3) ปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม ได้แก่ รายได้ของครอบครัวที่ไม่เพียงพอทำให้ความสามารถในการเข้าถึงแหล่งอาหารที่ครบถ้วนได้ยากกว่าครอบครัวที่มีรายได้เพียงพอ ซึ่งรายได้นั้นส่งผลไปยังสถานะความมั่นคงของครอบครัว และสุขลักษณะในบ้าน นอกจากนี้การที่ครอบครัวมีการโยกย้ายบ่อยครั้งเนื่องจากสถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ยังส่งผลต่อภาวะโภชนาการของเด็กอีกด้วย ดังผลการวิจัยเรื่อง การประเมินปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะทุพโภชนาการของเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี ในประเทศอิหร่าน (Sharghi A1, Kamran A, Faridan M., 2011) ที่ระบุว่าปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อมในครอบครัวนั้นส่งผลโดยตรงต่อภาวะทุพโภชนาการในเด็ก

นอกจากนี้จากผลการวิจัยของพินิจ ฟ้าอำนวยผล (2549) ที่ได้ทำการศึกษาเรื่อง ข้อมูลทางสังคมที่กระทบต่อสุขภาพ พบว่า ปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคมมีผลกระทบต่อสุขภาพและการใช้บริการสุขภาพในลักษณะที่หลากหลาย โดยเฉพาะการเจ็บป่วยจากโรค ซึ่งมักจะมีปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคต่างกัน นอกจากนี้ปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม ทั้งในระดับครัวเรือนและในระดับพื้นที่ ยังมีผลต่อปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพและโรคที่เกี่ยวข้องกับภาวะทางโภชนาการ ซึ่งควรจะศึกษาติดตามอย่างต่อเนื่องเพื่อลดช่องว่างระหว่างพื้นที่ และระหว่างกลุ่มของครัวเรือนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสังคมที่แตกต่างกัน

จักรินทร์ ปริมาณนท์, บุญญพัฒน์ ไชยเมล์ และสมเกียรติ วรรณเดช (2561) ได้ให้ข้อเสนอแนะในการป้องกันปัญหาภาวะโภชนาการที่ต่ำกว่าเกณฑ์นี้ว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่จะก่อให้เกิดภาวะทุพโภชนาการในเด็ก เช่น การจัดกิจกรรมหรือโครงการที่สร้างความตระหนักถึงการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น การให้บริการวางแผนครอบครัวที่มีความครอบคลุม การส่งเสริมให้มารดาเข้ารับบริการฝากครรภ์ตามเกณฑ์ รวมถึงกระบวนการเยี่ยมหลังคลอดที่เพิ่มประสิทธิภาพในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร การเลี้ยงดูบุตรอย่างถูกวิธี และมีการให้ความรู้ในเรื่องของสุขลักษณะและสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและรอบบริเวณบ้านเพื่อเป็นการดูแลสุขภาพของมารดาและทารกอย่างเป็นองค์รวม

สถานการณ์ปัจจุบันของปัญหาทุพโภชนาการในประเทศไทย

จากการดำเนินการแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการของหน่วยงานภาครัฐและอื่น ๆ ส่งผลให้ประเทศไทยมีสัดส่วนผู้ขาดสารอาหารลดลงอย่างต่อเนื่อง ส่วนการโภชนาการในวัยเด็กก็มีสัดส่วนที่ดีขึ้นเช่นเดียวกัน แต่อย่างไรก็ตามจากผลสำรวจซึ่งจัดทำขึ้นโดย สำนักงานสถิติแห่งชาติด้วยการสนับสนุนจากองค์การยูนิเซฟ ได้เปิดเผยว่า ถึงแม้ความเป็นอยู่ของเด็กไทยได้รับการพัฒนาตลอดช่วงระยะเวลาที่ผ่านไปผ่านมา แต่จากการสำรวจพบว่าเด็กในสังคมไทยโดยเฉพาะอย่างยิ่ง เด็กและเยาวชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ชนบทและมีฐานะยากจน ส่วนใหญ่ล้วนประสบปัญหาด้านสุขภาพอันเกิดจากการไม่ได้รับประทานอาหารที่ถูกต้องตามโภชนาการ โดยพบในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือสูงที่สุดถึงร้อยละ 44 ภาคเหนือร้อยละ 35 ภาคใต้ร้อยละ 18 และภาคกลางร้อยละ 5 ตามลำดับ ทั้งนี้ตัวเลขดังกล่าวมีความสอดคล้องกับภาวะยากจนในแต่ละพื้นที่อีกด้วย (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2559) โดยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มีภาวะทุพโภชนาการในด้านต่างๆ ดังนี้

- ความสูงเมื่อเทียบกับอายุต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 16.3

- น้ำหนักเทียบกับอายุต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 9.2
- น้ำหนักเทียบกับความสูงต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 6.7

ทั้งนี้เด็กที่อยู่ในครัวเรือนที่ยากจนมาก มีภาวะเตี้ยแคระแกร็นและน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานสูงกว่าเด็กที่อยู่ในครัวเรือนที่ร่ำรวยมาก นอกจากนี้สถานการณ์ที่น่าเป็นห่วงคือ ภาวะโภชนาการเกิน คือ มีจำนวนเด็กอ้วนมากขึ้นโดยเฉพาะในเมืองใหญ่ โดยจากการทบทวนเอกสารพบว่า การเลี้ยงดูเด็กให้มีโภชนาการที่ดีและสมดุลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ช่วงแรกของชีวิตเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้เด็กไม่ประสบปัญหาโภชนาการ

การส่งเสริมสุขภาพเพื่อแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการ

การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) หมายถึง กระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยเห็นความสำคัญและตระหนักในการเพิ่มสมรรถนะการควบคุมและปรับปรุงสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน (วาสนา จันทรสว่าง, 2548)

สำหรับการส่งเสริมสุขภาพในภาครัฐนั้น สำนักส่งเสริมสุขภาพ ให้คำจำกัดความว่า เป็นกระบวนการสร้างศักยภาพของบุคคลในการพัฒนาศักยภาพของตนเองให้เต็มศักยภาพเพื่อการบรรลุสุขภาพดีทุกมิติ โดยการส่งเสริมสุขภาพ มีความหมายสองประการ ประการแรกคือ การส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้ร่างกายเจริญเติบโตเหมาะสมตามวัย มีความแข็งแรง สมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยส่งเสริมให้ประชาชนทุกกลุ่มอายุได้รับการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวม และอีกประการหนึ่ง เป็นการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคที่เกิดขึ้น ซึ่งเกี่ยวกับพันธุกรรมและพฤติกรรม โดยมุ่งเน้นที่การปรับบทบาทของประชาชนและชุมชน

ทั้งนี้กระบวนการส่งเสริมสุขภาพต้องอาศัยกระบวนการสื่อสารเพื่อโน้มน้าวชักจูงใจ การสร้างกระแสสังคม สร้างค่านิยมด้านสุขภาพ สร้างการเรียนรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ การสร้างความเข้าใจร่วมกันโดยเฉพาะในเรื่องของการป้องกัน การจัดการสิ่งแวดล้อมทั้งทางกายภาพ การเมืองและสังคม เพื่อสนับสนุนสุขภาพของบุคคลที่พึงประสงค์ ดังที่ เทพิน พัทธานุรักษ์ (2546) ได้แบ่งกลุ่มความหมายของสุขภาพ (ที่ดี) ออกเป็น 5 ชุด ดังนี้

1. สุขภาพดี คือ การไม่มีความเจ็บป่วย
2. สุขภาพดี คือ ความแข็งแรง ซึ่งแบ่งออกได้เป็น ความแข็งแรงเชิงโครงสร้างของร่างกาย และความแข็งแรงในอันที่จะต่อสู้กับอาการเจ็บไข้ได้ป่วย

3. สุขภาพดี คือ ความสามารถของบุคคลในการกระทำได้ตามบทบาทหน้าที่
4. สุขภาพดี คือ การมีดุลยภาพระหว่างองค์ประกอบและปัจจัยต่างๆ อันได้แก่ กาย จิต สังคม สิ่งแวดล้อม ตามการให้นิยาม “สุขภาพ” ของกรมอนามัยโลก (WHO)
5. สุขภาพดี คือ การมีความสัมพันธ์ทางสังคมที่ดี

จากรายละเอียดในแนวคิดโภชนาการดังที่ได้กล่าวไปข้างต้นนั้น ผู้วิจัยได้นำเอาเกณฑ์การประเมินภาวะโภชนาการในเด็กและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการมาใช้ในการรายงานผลสถานการณ์ภาวะทุพโภชนาการในเด็กยากจน กรณีศึกษาหมู่บ้านนายม จังหวัดชัยภูมิ และได้นำข้อมูลเหล่านี้ไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการสร้างข้อความในการสัมภาษณ์กับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในปัญหาทุพโภชนาการในเด็ก เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาพัฒนาแนวทางการสื่อสารแก้ไขปัญหาดังกล่าว อันส่งผลให้เด็กที่เป็นกลุ่มเป้าหมายมีสุขภาพที่ดีขึ้นตามวัตถุประสงค์ของการสื่อสารเพื่อสุขภาพต่อไป

แนวคิดการสื่อสารสุขภาพ

สถานการณ์สุขภาพของประชากรในประเทศ ถือเป็นดัชนีหนึ่งที่สามารถชี้วัดระดับการพัฒนาของประเทศนั้น ๆ ได้ ด้วยเหตุนี้หน่วยงานและองค์กรต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้องกับงานด้านส่งเสริมสุขภาพของประชาชนจึงพยายามหาวิธีการทำให้ประชาชนรู้จักวิธีป้องกันและรักษาสุขภาพอย่างถูกต้อง โดยหนึ่งในวิธีการที่มีความสำคัญเป็นอย่างมากคือ การสื่อสารสุขภาพ

ความหมายของการสื่อสารสุขภาพ

การสื่อสารสุขภาพ (Health Communication) หมายถึง การดำเนินงานเพื่อการสื่อสารสองทาง ระหว่างผู้รับสารและผู้ส่งสาร ที่เปิดโอกาสให้ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพได้ง่ายและทั่วถึง มีการจัดองค์ความรู้แบบมีส่วนร่วมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในหมู่ประชาชน โดยการสื่อสารด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ในเรื่องของปฏิบัติการทางความรู้ด้านสุขภาพ ทำให้ชุมชนหรือองค์กรชุมชนมีศักยภาพในการเสริมสร้างสุขภาพและแก้ปัญหาสุขภาพของชุมชน และต้องมีการจัดการความรู้ด้านสุขภาพด้วยตัวของชุมชนเองเพื่อให้ประชาชนได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนเข้ามามีบทบาทด้านสุขภาพมากขึ้น (ศิริพร พันธูลีและวัฒนา วณิชานนท์, 2555)

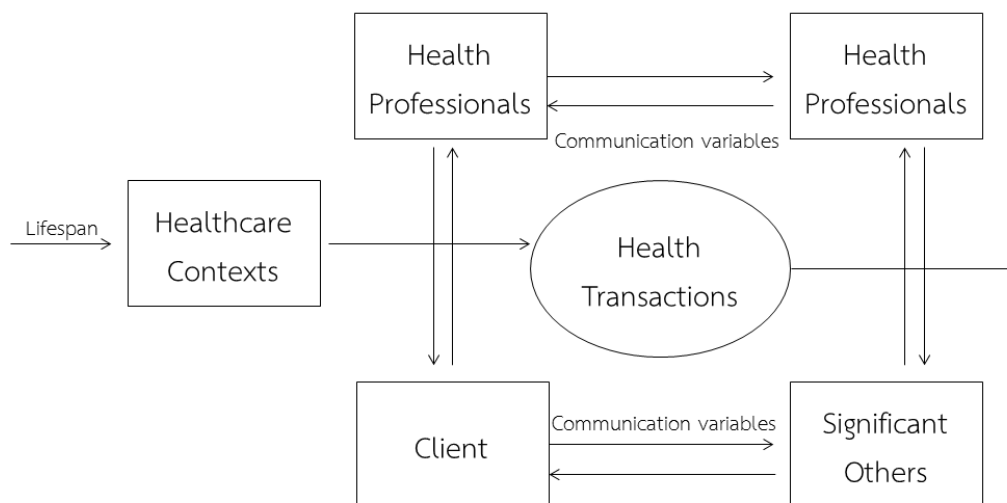
กาญจนา แก้วเทพ และเอียร์ชัย อิศรเดช (2549) ได้ระบุว่า การสื่อสารมีส่วนช่วยเรื่องสุขภาพได้หลายประการ ดังต่อไปนี้

1. ช่วยในการให้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องด้านสุขภาพ
2. ช่วยให้ข้อมูลข่าวสารที่แก้ไขความเข้าใจผิดในด้านสุขภาพ
3. ช่วยให้ข่าวสารข้อมูลที่กระตุ้นให้เกิดความตระหนักด้านสุขภาพ

อย่างไรก็ตามงานในวิจัยในอดีตพบว่าการสร้างความรู้ให้แก่ประชาชนอาจเป็นสิ่งที่ไม่เพียงพอเนื่องจากในงานวิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพของการเผยแพร่ข่าวสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขที่มีต่อความรู้และความตระหนักของประชาชนเกี่ยวกับความปลอดภัยในการบริโภคอาหาร ของ อังคณา มั่งมีทรัพย์ (2534) พบว่า เมื่อวัดความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับความปลอดภัยในการบริโภคอาหาร พบว่าประชาชนส่วนใหญ่มีการตระหนักอยู่ในขั้นดี แต่แม้จะมีความรู้และความตระหนักในเกณฑ์สูง แต่ความรู้และความตระหนักดังกล่าวกลับไม่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภค หรือหากเมื่อประชาชนมีความรู้แต่เป็นความรู้ที่ไม่สมบูรณ์อาจทำให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง (กาญจณี หวังถิรอำนาจ, 2531)

จากแบบจำลองการสื่อสารสุขภาพ (Health Communication Model: HCM) ซึ่งพัฒนาโดย Northouse and Northouse (1998) (อ้างถึงใน Dianne Berry (2007)) ได้ให้ความหมายของการสื่อสารสุขภาพไว้ว่า หมายถึง กระบวนการถ่ายทอดข่าวสารด้านสุขภาพระหว่างผู้ที่มีส่วนร่วมในการบริการด้านสุขภาพ คือผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์ต่อผู้รับบริการ ผู้ป่วย หรือประชาชนที่เข้ามารับบริการทั่วไปในบทบาทของการดูแลรักษาสุขภาพ ดังภาพต่อไปนี้

แผนภาพที่ 2.1 แบบจำลองการสื่อสารสุขภาพ



ที่มา: Northouse and Northouse (1998) (อ้างถึงใน Dianne Berry (2007))

แบบจำลองข้างต้นเน้นที่การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในสภาวะแวดล้อมของการดูแลสุขภาพ อันได้แก่ ความสัมพันธ์ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน และบริบท ดังนี้

1. ความสัมพันธ์ (Relationships) : ตามแบบจำลองข้างต้นความสัมพันธ์ได้ถูกแบ่งออกเป็น 3 องค์ประกอบ ได้แก่

- ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ (Health Professional) หมายถึง บุคลากรที่อยู่ในสายวิชาชีพ สาธารณสุข ซึ่งในงานวิจัยชิ้นนี้หมายถึง ตัวแทนนักสาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งบุคลากรเหล่านี้มีส่วนในการสร้างวิถีชีวิต ทศนคติ ค่านิยม ความเชื่อ ความรู้ความเข้าใจในประเด็นสุขภาพต่อผู้ที่มีปฏิสัมพันธ์ด้วย
- ผู้รับบริการ (Clients) หมายถึง คนไข้หรือบุคคลที่เข้ามารับบริการด้านสุขภาพในสถานการณ์ต่าง ๆ ซึ่งในงานวิจัยชิ้นนี้หมายถึง ผู้ดูแลเด็กที่มีปัญหาทุพโภชนาการ และตัวเด็กเอง โดยผู้รับบริการเหล่านี้มีลักษณะปัจเจกที่มีความแตกต่างกันในด้านความรู้ ทศนคติ ค่านิยม ความเชื่อ ที่ทำให้มีความสามารถในการรับรู้ประเด็นด้านสุขภาพได้ไม่เท่ากัน

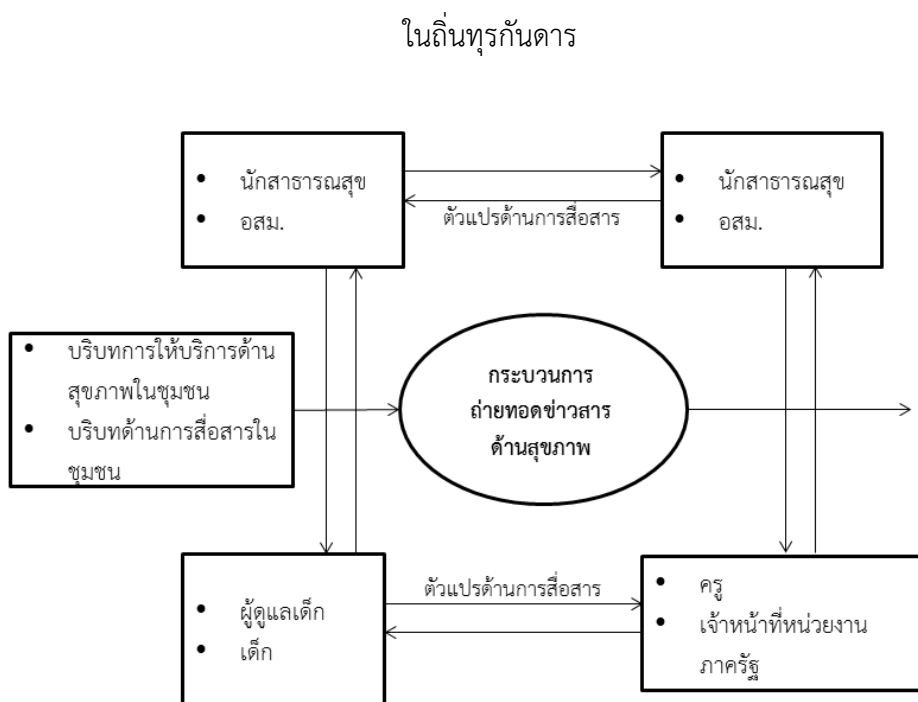
- บุคคลที่มีความสัมพันธ์อื่น (Significant Others) หมายถึง บุคคลที่ผู้รับบริการมีความสัมพันธ์ในทุกระดับสาธารณสุข ซึ่งในงานวิจัยชิ้นนี้หมายถึง ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน อาทิ ตัวแทนองค์การบริหารประจำตำบล ตัวแทนองค์กรส่วนปกครองท้องถิ่น ตัวแทนโรงเรียนในชุมชน เป็นต้น บุคคลเหล่านี้จะมีส่วนร่วมในกระบวนการสื่อสารสุขภาพในลักษณะที่เป็นเครือข่ายที่อยู่รอบตัวผู้มารับบริการ

2. การปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน (Transaction): ตามแบบจำลองข้างต้นการปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน หมายถึง กระบวนการถ่ายทอดข่าวสารด้านสุขภาพที่เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการก่อให้เกิดการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วมในการสื่อสารสุขภาพ และในส่วนของตัวแปรด้านการสื่อสาร แบบจำลองนี้ได้มีการนำเสนอภาพวงกลมตรงกลางที่แสดงถึงกระบวนการถ่ายทอดสารสุขภาพที่ออกมาในลักษณะเป็นวงกลมเพื่อแสดงว่า กระบวนการสื่อสารเป็นมิติที่มีความเคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่องและไม่ที่สิ้นสุดโดยทำการเคลื่อนไหวเพื่อส่งต่อข่าวสารระหว่างเครือข่ายของผู้ที่มีส่วนร่วมในกระบวนการตามที่อยู่ในกรอบสี่เหลี่ยมของแบบจำลอง นอกจากนั้นความเคลื่อนไหวนี้บ่งบอกถึงความไม่หยุดนิ่งของกระบวนการสื่อสารสุขภาพที่มีตัวแปรตามเหตุการณ์ สภาวะแวดล้อมในสังคมนั้น ๆ

3. บริบท (Context): บริบทที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ แบ่งออกได้เป็น 2 ระดับ อันได้แก่ บริบทด้านการให้บริการด้านสุขภาพที่แตกต่างกันไปตามสภาพแวดล้อมการบริการสุขภาพในแต่ละแห่ง และบริบทด้านการสื่อสารของบุคลากรที่มีส่วนร่วมในกระบวนการสื่อสารสุขภาพ

แบบจำลองข้างต้นนี้ได้สะท้อนให้เห็นถึงองค์ประกอบของกระบวนการสื่อสารสุขภาพ และความสัมพันธ์ของแต่ละองค์ประกอบ ซึ่งในการสื่อสารสุขภาพเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด จำเป็นต้องตระหนักถึงความสัมพันธ์ของทุกองค์ประกอบดังกล่าว โดยในการศึกษาครั้งนี้มีความสัมพันธ์ของแต่ละองค์ประกอบดังแผนภาพต่อไปนี้

แผนภาพที่ 2.2 แบบจำลองการสื่อสารสุขภาพในการแก้ไขปัญหาสุขภาพโภชนาการในเด็กยากจน



พัฒนาการของการสื่อสารสุขภาพ

ศาสตร์การสื่อสารเพื่อสุขภาพได้มีการริเริ่มและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยเริ่มจากนักวิชาการกลุ่มหนึ่งที่พยายามนำศาสตร์การสื่อสารไปใช้ในกระบวนการซ่อมแซมสุขภาพและป้องกันโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ จากการประมวลองค์ความรู้เรื่องการสื่อสารสุขภาพโดย มุทิตา โพธิ์กะสังข์ (2551) ทั้งในสถาบันการศึกษาและนอกสถาบันการศึกษา พบว่า ที่ผ่านมานักวิจัยได้มีความสนใจที่จะศึกษาเรื่องสุขภาพกับการสื่อสารอย่างต่อเนื่อง โดยหากมองในแง่การสื่อสาร ประเด็นในการศึกษามีตั้งแต่การศึกษาองค์ประกอบการสื่อสาร ไม่ว่าจะเป็น ผู้ส่งสาร สาร ช่องทางการสื่อสาร และผู้รับสารของประเด็นสุขภาพ หรือหากมองในมุมสุขภาพ ได้มีการศึกษาทั้งในประเด็นคุณภาพชีวิต การตลาดและสิทธิ ซึ่งพนา ทองมีอาคม และเพ็ญพักตร์ เตียวสมบุญณกิจ (2552) ได้ระบุว่า จุดเริ่มต้นที่ทำให้เกิดความสนใจศึกษาวิจัยเรื่องการสื่อสารสุขภาพมีหลากหลายเหตุผล ได้แก่

1. เป็นเรื่องใกล้ตัว ไม่ว่าจะเป็นความสนใจส่วนตัว การประสบปัญหาจากคนใกล้ตัว สื่อใกล้ตัว หรืออาจเป็นปัญหาของตนเองที่กำลังเดือดร้อน

2. เป็นเรื่องกระแสสังคมที่ปัจจุบันนี้คนหันมาใส่ใจเรื่องสุขภาพมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการกำหนดวาระของรัฐบาล สื่อมวลชน หรือองค์กรต่าง ๆ ที่ปลูกเร้าให้คนหันมาใส่ใจ การสร้างเสริมสุขภาพให้แข็งแรง
3. มีจุดเริ่มต้นจากปัญหาในการสื่อสารของผู้ที่ต้องสื่อสารเรื่องสุขภาพ จึงต้องการแสวงหาวิธีการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว

องค์ประกอบของการสื่อสารสุขภาพ

การสื่อสารสุขภาพเป็นกระบวนการที่ส่งผลโดยตรงต่อการปรับปรุงภาวะสุขภาพของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคมโดยรวม โดยมีการผสมผสานวัฒนธรรมใหม่ผ่านสื่อประเภทต่าง ๆ ตามความเหมาะสม เพื่อให้สามารถส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายตามต้องการได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยองค์ประกอบของการสื่อสารสุขภาพ ประกอบไปด้วย (วาสนา จันทรสว่าง, 2548)

1. *ผู้ส่งสาร* หมายถึง ผู้นำด้านสุขภาพหรือผู้ปฏิบัติการด้านสุขภาพ ซึ่งมีบทบาทในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงสู่กลุ่มเป้าหมาย ซึ่งผู้ส่งสารควรมีลักษณะดังต่อไปนี้

- มีความรู้ความสามารถ มีทักษะการสื่อสาร สามารถสื่อสารเพื่อเปิดโอกาสให้ ผู้อื่นมีส่วนร่วมและเปลี่ยนแปลงความรู้สู่การปฏิบัติได้
- มีบุคลิกที่ดี น่าเชื่อถือ ศรัทธา
- มีความรับผิดชอบต่องานและมีจิตสาธารณะ

อย่างไรก็ตาม ดวงพร คำคุณวัฒน์ และคณะ (2548) ได้ระบุว่า การสื่อสารเรื่องราวเกี่ยวกับสุขภาพนั้น ถือเป็นเรื่องเฉพาะทางที่ต้องอาศัยผู้รู้และผู้เชี่ยวชาญ ในขณะที่ผู้ทำงานท้องถิ่นมีลักษณะเป็นทีมงานขนาดเล็ก คนหนึ่งต้องปฏิบัติหน้าที่หลายอย่างและส่วนใหญ่ไม่มีความรู้ด้านสุขภาพ การนำเสนอเรื่องราวด้านสุขภาพจึงเป็นลักษณะตั้งรับ ไม่สามารถปฏิบัติงานในลักษณะเป็นผู้ตั้งประเด็นและติดตามข้อมูลมานำเสนอได้

2. *เนื้อหาของสาร* ได้แก่ ความรู้ ความเข้าใจ การสร้างจิตสำนึกเพื่อการสร้างเสริมปรับเปลี่ยนและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม เพื่อพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิต โดยคุณลักษณะของสารที่ดีควรมีลักษณะดังต่อไปนี้

- มีข้อมูลเพียงพอในการนำไปปฏิบัติได้

- เนื้อหาถ่าย ชัดเจนเป็นรูปธรรม
- มีความสร้างสรรค์
- สอดคล้องกับวัตถุประสงค์และบริบทของชุมชน สังคม
- ดำเนินการทดสอบสารก่อนนำไปใช้และปรับแก้ให้มีความเหมาะสมกับผู้รับสาร

3. *สื่อหรือช่องทาง* รวมไปถึงกิจกรรม รูปแบบและวิธีการสื่อสาร โดยมีการใช้สื่อมวลชนและสื่อชุมชนในสัดส่วนที่เหมาะสม ซึ่งคุณลักษณะของสื่อที่ดีควรมีลักษณะดังต่อไปนี้

- สามารถเข้าถึงผู้รับได้
- ได้รับความนิยมและน่าเชื่อถือในกลุ่มผู้รับสาร
- มีการผสมผสานสื่อและกิจกรรมพิเศษ

จากผลการวิจัยในอดีตพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเปิดรับสื่อ มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมด้านสุขภาพ ซึ่งสะท้อนให้เห็นอิทธิพลของสื่อที่ยังคงใช้ได้กับแนวคิดการสื่อสารสุขภาพ

ทั้งนี้จากผลการวิจัยโครงการ “สถานภาพการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพของสื่อท้องถิ่น” โดยดวงพร คำณัฐวัฒน์และคณะ (2548) พบว่า แม้ว่าปัจจุบันประชาชนจะเปิดรับข่าวสารจากสื่อมวลชนส่วนกลางอย่างมาก แต่สื่อมวลชนท้องถิ่นก็ยังได้รับความคาดหวังให้นำเสนอความรู้และเรื่องราวข่าวสารด้านสุขภาพในแง่มุมต่าง ๆ สู่ประชาชนในท้องถิ่น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สื่อวิทยุกระจายเสียงและหอกระจายข่าว เนื่องมาจากผู้ทำงานสื่อท้องถิ่นมักจะรู้จักผู้รับสาร จึงเข้าใจความคิด ความเชื่อและความต้องการของผู้รับสาร รู้จักสภาพสังคมและวัฒนธรรมท้องถิ่น เข้าใจ ปัญหาและความเป็นไปในท้องถิ่น จึงสามารถนำเสนอเรื่องราว หรือประเด็นปัญหาในท้องถิ่นได้ดี ในขณะที่เดียวกันผู้รับสารเองก็รู้จักคุ้นเคยกับผู้ปฏิบัติงานสื่อท้องถิ่นเช่นกัน อย่างไรก็ตามผู้ทำงานสื่อท้องถิ่นต่างพบปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ทั้งในด้านข้อจำกัดของข้อมูล นโยบายหน่วยงาน ความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ความรู้ความสามารถของผู้ปฏิบัติงาน ตลอดจนความพร้อมด้านงบประมาณ อุปกรณ์และอื่น ๆ

4. *กลุ่มเป้าหมายในการรณรงค์* ทั้งกลุ่มเป้าหมายหลัก กลุ่มเป้าหมายรอง และประชาชนทั่วไป โดยการกำหนดกลุ่มเป้าหมายที่ตื้นนั้น ควรเป็นกลุ่มเป้าหมายที่แท้จริงและมีการแบ่งกลุ่มย่อยเพื่อส่งสารเฉพาะเหมาะสมกับกลุ่มผู้รับ และเพื่อกระตุ้นให้กลุ่มเป้าหมายมีปฏิกริยาโต้ตอบ

5. ผลของการสื่อสาร ซึ่งอาจเกิดขึ้นในรูปแบบของการรับรู้ ความสนใจ ความตระหนัก และการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ โดยการสื่อสารเพื่อการพัฒนาด้านสุขภาพเป็นการสื่อสารที่มีเป้าหมายและต้องการให้บรรลุอย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ ทศนคติ และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามที่คุณ์ส่งสารปรารถนา

6. ผลกระทบ คือประโยชน์หรือโทษที่เกิดขึ้นตามมาจากการดำเนินงานของโครงการรณรงค์ โดยแบ่งออกได้เป็นทั้งผลกระทบระยะสั้น และผลกระทบระยะยาว

นอกจากนี้จากผลการวิจัยของจำเริญ ไยชิด และคณะ (2547) เรื่อง การสื่อสารในระดับชุมชนเพื่อแก้ปัญหาเอดส์ในจังหวัดเชียงราย พบว่า รูปแบบของการสื่อสารควรเป็นการสื่อสารสองทางที่คุณ์ส่งสารและคุณ์รับสารมีปฏิริยาโต้ตอบกันได้ เพื่อให้การสื่อสารนั้นตรงใจคุณ์รับสาร ขณะที่คุณ์รับสารสามารถสะท้อนในกระบวนการสื่อสารมายังคุณ์ส่งสารได้ นอกจากนี้ยังมีทิศทางการไหลของข่าวสารในทิศทางที่หลากหลาย ได้แก่ การไหลของข่าวสารจากสื่อภายนอกเข้าสู่ชุมชน การใช้สื่อเพื่อกระตุ้นให้เกิดการสื่อสารภายในชุมชนกันเอง นอกจากนี้ การใช้สื่อเพื่อส่งสารเรื่องราวของชุมชนออกไปยังบุคคลภายนอก และสื่อที่ใช้ควรเป็นสื่อที่มีความหลากหลายและเหมาะสมสำหรับประโยชน์การใช้งานของชุมชน อีกทั้งควรเป็นสื่อที่คนในชุมชนสามารถเข้าถึงได้ตลอดเวลา

ทั้งนี้ Apfell F. (1999) อธิบายว่า การสื่อสารเพื่อสุขภาพที่มีประสิทธิภาพควรจะต้องพิจารณาปัจจัยต่าง ๆ อันประกอบด้วย

- การเข้าถึงเนื้อหาด้านสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย
- การทวนซ้ำที่ต้องมีความต่อเนื่องในบางประเด็นเพื่อให้เกิดผลกระทบตามที่คาดหวัง
- ความถูกต้องของเนื้อหาและเท่าทันเวลา
- ความเชื่อถือได้ของเนื้อหา มีหลักฐานอ้างอิง
- ความสมดุลของเนื้อหา
- ความสามารถในการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย
- ความเหมาะสมกับความแตกต่างในเชิงวัฒนธรรม
- ความสามารถในการสื่อสารความเข้าใจกับกลุ่มเป้าหมายที่มีความหลากหลาย
- การเชื่อมประสานองค์ประกอบของการสื่อสารในทุกมิติ

ปัจจุบันการสื่อสารสุขภาพได้มีการเปลี่ยนแปลงทั้งในด้านช่องทางการสื่อสารที่หลากหลายมากขึ้น อีกทั้งประชาชนหรือผู้รับสารก็ต้องการข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่มีคุณภาพ ถูกต้อง และน่าเชื่อถือ ดังนั้นความท้าทายของการสื่อสารสุขภาพในปัจจุบันคือ การออกแบบการสื่อสารสุขภาพที่สามารถสร้างแรงจูงใจให้ประชาชนสนใจข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพและนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง (ประจักษ์ ก๊กก้อง, 2557) โดยกระบวนการดำเนินงานของการสื่อสารสุขภาพ ประกอบไปด้วย

- การกำหนดนโยบายการสื่อสารสุขภาพ
- การสร้างการรับรู้และเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารสุขภาพ
- การสื่อสารเพื่อการโน้มน้าวใจให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ
- การกำกับดูแลให้การสื่อสารเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้
- การดำเนินผลการดำเนินงานเพื่อสุขภาพ

นักสื่อสารสุขภาพ

นอกจากองค์ประกอบที่ได้กล่าวมา จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยสำคัญที่จะส่งผลให้การสื่อสารสุขภาพดำเนินไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ คือ นักสื่อสารสุขภาพที่มีคุณสมบัติที่เหมาะสม ซึ่งเกศินี จุฑาวิจิตรและคณะ (2550) ได้ทำการศึกษาเรื่องคุณลักษณะที่พึงประสงค์และการรวมกลุ่มนักสื่อสารสุขภาพ พบว่า นักสื่อสารสุขภาพจะต้องเป็นคนที่มีความสามารถในการบูรณาการศาสตร์ด้านสุขภาพเข้ากับศาสตร์และศิลปะของการสื่อสาร สอดคล้องกับผลการวิจัยเรื่องการสื่อสารสุขภาพกับชุมชนคนพัทลุง โดยณัฐนันท์ ศิริเจริญ (2555) พบว่า คุณสมบัติของผู้ที่เหมาะสมเข้ามาทำหน้าที่นักสื่อสารสุขภาพได้แก่

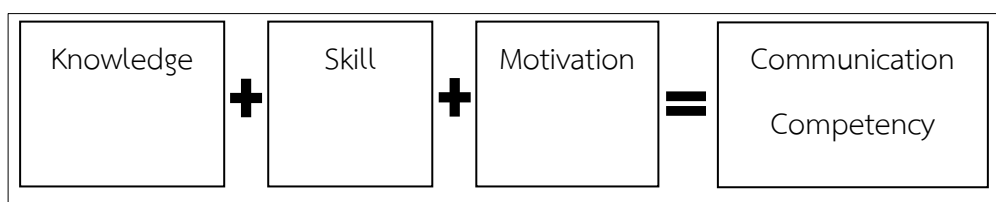
1. มีทักษะในการสื่อสาร (Communication Skills) เช่น วิธีการพูดคุย วิธีการสัมภาษณ์ วิธีการให้ข้อมูล วิธีการชี้แนะบอกสอน วิธีการสื่อสารเพื่อผ่อนคลายความเครียดทั้งในรูปแบบการสื่อสารรูปแบบเผชิญหน้า รูปแบบกลุ่มเล็ก กลุ่มใหญ่ กล่าวคือ มีความเข้าใจอย่างถ่องแท้เกี่ยวกับกระบวนการสื่อสารทั้งในรูปแบบวจนภาษาและอวจนภาษา และเข้าใจในวัตถุประสงค์ของการสื่อสารนั้น ๆ

2. มีพื้นฐานความรู้ความเข้าใจในด้านการสื่อสารเชิงบูรณาการ (Integrated Communication) โดยใช้เครื่องมือการสื่อสารหลากหลายรูปแบบ อาทิ การจัดกิจกรรม การประชาสัมพันธ์ การโฆษณา เป็นต้น ผ่านสื่อดั้งเดิมและสื่อใหม่อย่างเหมาะสม

3) มีจิตใจในการให้บริการ (Service Mind) สามารถรับมือกับปัญหาสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายได้ และพิจารณาถึงสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน นอกจากนี้ยังสื่อบุคคลดังกล่าวควรเป็นผู้ที่มีความน่าเชื่อถือเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพด้านการโน้มน้าวใจอีกด้วย (ประจักษ์ กีก้อง, 2557)

Lawrence B. Rosenfeld & Roy M. Berko (1990) (อ้างถึงใน อมรรัตน์ ทิพย์เลิศและคณะ, 2547) ได้อธิบายถึงองค์ประกอบ 3 ประการของสมรรถนะด้านการสื่อสาร (The Components of Communication Competency) เอาไว้ ดังแผนภาพต่อไปนี้

แผนภาพที่ 2.3 องค์ประกอบของสมรรถนะด้านการสื่อสาร



- 1) ผู้สื่อสารต้องเข้าใจความรู้ความสามารถและทักษะของตนเอง รวมถึงเข้าใจสถานการณ์
- 2) ผู้สื่อสารต้องรู้จักใช้ความรู้และทักษะที่มี โดยต้องรู้ว่าจะใช้ความรู้เรื่องใดและนำมาใช้อย่างไรซึ่งเป็นเรื่องของการปฏิบัติและนำประสบการณ์มาใช้
- 3) ผู้สื่อสารต้องมีแรงจูงใจในการสื่อสารให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

นอกจากนี้จากงานวิจัยเรื่อง ความต้องการและความเป็นไปได้ในการพัฒนาการสื่อสารและนักสื่อสารสุขภาพ โดย มาลี บุญศิริพันธ์และคณะ (2548) ได้ระบุไว้ว่า นักสื่อสารสุขภาพเป็นผู้ที่จะสนองให้การดำเนินงานสื่อสารสุขภาพสัมฤทธิ์ผล และในกระบวนการสร้างนักสื่อสารสุขภาพให้ได้ตามประสงค์นั้น ต้องพัฒนาให้วิชาชีพนักสื่อสารสุขภาพเป็นที่ยอมรับต่อสังคม โดยการอบรมความรู้ด้านการสื่อสารเพื่อสุขภาพแก่บุคลากรที่ทำหน้าที่เผยแพร่ข่าวสารด้านสุขภาพ รวมทั้งบุคคลที่มีศักยภาพและมีความสนใจในการสื่อสารสุขภาพแต่ยังขาดประสบการณ์และความรู้ด้านการสื่อสารที่ถูกต้อง

เพื่อให้บุคลากรดังกล่าว สามารถแก้ปัญหาและปฏิบัติงานด้านการสื่อสารสุขภาพได้ในแนวทางที่ถูกต้องมากยิ่งขึ้น

สำหรับแนวทางการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพของท้องถิ่น นักสื่อสารสุขภาพควรมีบทบาทร่วมสร้างเสริม เฝ้าระวัง ป้องกัน และแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนในท้องถิ่น เป็นสื่อกลางข้อมูลสุขภาพที่คนท้องถิ่นสามารถเข้าถึงได้สะดวกและหนุนเสริมงานของภาครัฐ นอกจากนี้ นักสื่อสารสุขภาพควรมีใจรักและทัศนคติที่ดีต่องานชุมชน จิตสาธารณะ มนุษย์สัมพันธ์ดี เชื่อมมั่นในตนเอง มีไหวพริบความคิดริเริ่ม สามารถจัดระบบความคิด ทักษะการสื่อสาร พัฒนาตนเองตลอดเวลา และปฏิบัติตนเป็นตัวอย่างด้านสุขภาพ ทำงานด้วยการสำรวจวิเคราะห์ข้อมูล วางแผนและจัดกิจกรรมโดยใช้นวัตกรรมปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ มุ่งมั่น และมีจริยธรรม (ดวงพร คำคุณวัฒน์และคณะ, 2550)

ในการสื่อสารสุขภาพแนวใหม่ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนงานเกี่ยวกับการสื่อสารสุขภาพในสังคมไทย ได้ให้ความสนใจต่อการนำเสนอแนวคิดการสื่อสารในแนวทางต่าง ๆ เช่น แนวคิดการสื่อสารสุขภาพแบบสร้างน่าซ่อม โดยเป็นการสื่อสารเพื่อสร้างความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพก่อนที่ปัญหาจะเกิด เป็นการสร้างคุณค่าใหม่ให้กับเรื่องสุขภาพ กล่าวคือ การสร้างความคิด ความเชื่อในหลักการพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพแบบพึ่งพาตนเองโดยกำหนดประเด็นในการสร้างสื่อการเรียนรู้ด้านสุขภาพแบบพึ่งพาตนเอง และการปรับสมดุลชีวิตเพื่อดูแลตนเองได้ ป้องกันก่อนการเจ็บป่วยเพื่อลดความพึ่งพิงระบบบริการสุขภาพ และแนวคิดการสื่อสารอย่างมีส่วนร่วม โดยให้ชุมชนกลุ่มเป้าหมายและผู้มีส่วนร่วมในการสื่อสารมีบทบาทในการแก้ไขปัญหาสุขภาพร่วมกัน เป็นต้น ดังรายละเอียดต่อไปนี้

การสื่อสารด้านสุขภาพในชุมชน

การสื่อสารด้านสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมในชุมชนที่มีประสิทธิภาพ ต้องอาศัยมิติการสื่อสารของชุมชน ดังนี้ (ศิริพร พันธุ์ลีและวัฒนา วณิชชานนท์, 2555)

1. *มิติของคน* ประกอบด้วย ผู้รู้หรือปราชญ์ชาวบ้าน ผู้นำชุมชน หรือผู้มีความรู้เฉพาะด้านในชุมชน
2. *มิติของความรู้* ประกอบด้วย ความรู้ที่เป็นภูมิปัญญาชาวบ้าน ความรู้ทางวิชาการที่มาจากชุมชน หรือองค์กรต่างๆ ได้สะสมและพัฒนาขึ้น

3. *มิติของทรัพยากร* ได้แก่ ที่ดิน ป่าไม้ แหล่งน้ำ พืช สัตว์ เงินทุนและผลผลิตของชุมชน

ทั้งนี้ขั้นตอนการดำเนินงานสื่อสารด้านสุขภาพในชุมชน ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่

1. *รู้ชุมชน* คือการศึกษาและวิเคราะห์ให้ทราบถึงสถานการณ์ในเรื่องต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและการสื่อสารด้านสุขภาพของประชาชนภายในชุมชน ไม่ว่าจะเป็น ฐานะสุขภาพของประชาชน ทัศนคติภาพทางการสื่อสารภายในชุมชน วัฏลักษณะของประชาชน วัฒนธรรมและโครงสร้างของชุมชน รวมถึงรู้แหล่งทรัพยากร เป็นต้น
2. *วางแผน* คือ การคิดและกำหนดไว้ล่วงหน้าในการสื่อสารว่าจะดำเนินการอย่างไร โดยนำข้อมูลจากการศึกษาชุมชนมาเป็นพื้นฐาน ร่วมคิดและวางแผนร่วมกับประชาชนในท้องถิ่น ซึ่งเรื่องที่จะกำหนดในการวางแผนคือ ปัญหาสุขภาพที่จะทำการแก้ไข/ ส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในท้องถิ่น วัตถุประสงค์ในการสื่อสาร กลุ่มเป้าหมายที่จะทำการสื่อสาร วิธีการสื่อสารต่าง ๆ ซึ่งกำหนดตามลักษณะของกลุ่มเป้าหมายทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนและกำหนดการดำเนินงาน ทรัพยากรและงบประมาณ การติดตามผลที่เกิดขึ้นจากการสื่อสาร โดยประชุมปรึกษาหารือและเขียนเป็นแผนปฏิบัติงานเพื่อให้ทีมงานได้มีแนวทางในการทำงานและจัดทำโครงการเสนอต่อหน่วยงานปกครองส่วนท้องถิ่นต่อไป
3. *เตรียมการ* คือ การเตรียมความพร้อมขององค์ประกอบและขั้นตอนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารเพื่อให้การสื่อสารด้านสุขภาพไปสู่ประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการเตรียมความพร้อมควรมีการเตรียมในเรื่องต่าง ๆ ที่ครอบคลุม ไม่ว่าจะเป็น เตรียมผู้สื่อสาร เตรียมสถานที่ เตรียมวัสดุ/ อุปกรณ์ เตรียมสื่อ เตรียมกลุ่มเป้าหมาย เตรียมแผนแก้ปัญหาล่วงหน้า เป็นต้น
4. *การดำเนินการสื่อสาร* คือ การทำกิจกรรมตามที่ได้ร่วมกันวางแผนดำเนินการไว้โดยสิ่งที่ควรคำนึงคือ การทำการสื่อสารให้มีความครอบคลุมทั้งชุมชน และการจัดกิจกรรมการสื่อสารอย่างสม่ำเสมอ สร้างกระแสให้ชุมชนเห็นความสำคัญของปัญหา

สุขภาพในชุมชนเพื่อกระตุ้นให้ประชาชนมีความตื่นตัวในการรับข้อมูลข่าวสารและ
แก้ปัญหาชุมชนด้วยตนเอง

5. *การประเมินผล* คือ การวัดผลจากการทำงานว่าสิ่งที่ดำเนินการไปนั้น เกิดผลอย่างไร มีปัจจัยใดทำให้เกิดผลและไม่เกิดผล โดยทำการประเมินผลตามวัตถุประสงค์ของการดำเนินการที่ได้วางไว้

นอกจากนี้จากงานวิจัยในอดีตพบว่า ความท้าทายของการสื่อสารสุขภาพในชุมชนซึ่งเป็นประเด็นที่ควรได้รับการพัฒนาเพื่อให้การสื่อสารเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ คือ การหาแนวทางที่จะทำให้สื่อท้องถิ่นสามารถนำเสนอเนื้อหาด้านสุขภาพได้ตรงกับที่ผู้รับสารส่วนใหญ่มีความต้องการ รวมทั้งหาวิธีการสร้างความร่วมมือระหว่างผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง ดังที่กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการ ได้เสนอแนวทางที่มุ่งส่งเสริมให้การสื่อสารสุขภาพในชุมชนดำเนินไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ คือ การอาศัยการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน ไม่ว่าจะเป็น คนในชุมชน ผู้นำชุมชน โรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพตำบล หน่วยงานส่วนท้องถิ่นต่าง ๆ โดยมีคณะทำงานเป็นแกนหลักในการขับเคลื่อนกระตุ้นพลังของชุมชนและขยายเครือข่ายการสื่อสารสุขภาพสู่กลุ่มต่าง ๆ ในชุมชนเพื่อช่วยให้การสื่อสารครอบคลุมพื้นที่ในชุมชนมากขึ้น ซึ่งแนวทางดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดการสื่อสารแบบมีส่วนร่วม ดังรายละเอียดตามแนวคิดที่จะได้กล่าวต่อไป

ทั้งนี้จากการศึกษางานวิจัยในอดีต เรื่อง การสื่อสารในระดับชุมชนเพื่อแก้ปัญหาเอดส์ในจังหวัดเชียงราย ของ จำเริญ โยชิตและคณะ (2547) พบว่า ลักษณะการสื่อสารของชุมชนที่สัมพันธ์กับการแก้ไขปัญหาเอดส์ประกอบไปด้วย การสื่อสารระหว่างบุคคล การสื่อสารระหว่างกลุ่ม เช่น การกล่าวตักเตือนหรือแนะนำระหว่างกันในการป้องกันและหยุดยั้งการติดเชื้อเอดส์ของคนในชุมชน โดยพบว่ามีการใช้สื่อต่าง ๆ ทั้งสื่อบุคคล เช่น กลุ่มผู้ติดเชื้อ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่ามี การรับข่าวสารจากสื่อมวลชนทั้งวิทยุ โทรทัศน์ มีการใช้สื่อเฉพาะกิจเป็นการจัดกิจกรรมรณรงค์ รวมถึงการใช้สื่อพื้นบ้าน ได้แก่ การใช้เพลงพื้นบ้านและประเพณีของชุมชนเป็นสื่อการรณรงค์ ด้วยการสอดแทรกเนื้อหาเรื่องโรคเอดส์ อย่างไรก็ตามข้อค้นพบที่น่าสนใจของงานวิจัย คือ โครงสร้างความสัมพันธ์ของชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบเครือญาติและวิถีคิดของชุมชนที่ใช้คุณธรรมและหลักศาสนา ส่งผลให้ชุมชนมีศักยภาพในการแก้ไขปัญหาเอดส์

นอกจากนี้การศึกษาเรื่อง รูปแบบการสื่อสารต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน โดย ศิริวรรณ ตีฆาขาว (2559) พบว่า กระบวนการสื่อสารสุขภาพของชุมชนตามโครงการหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคฯ มี 3 ระยะคือ 1) ระยะก่อนดำเนินโครงการ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะ

ประชุมชี้แจงสร้างความเข้าใจในรายละเอียดแก่ชุมชน 2) ระยะระหว่างดำเนินโครงการ มีการสื่อสารเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพใน 2 กลุ่ม คือ กลุ่มแกนนำ ซึ่งทำการสื่อสารผ่านการประชุม การอบรมและสื่อออนไลน์ ส่วนกลุ่มประชาชน ทำการสื่อสารผ่านการประชุม หอกระจายข่าว เสียยตามสาย สิ่งพิมพ์และสื่อบุคคล 3) ระยะหลังดำเนินโครงการ แกนนำ ชุมชนและ อสม. พุดคุยรายบุคคลเพื่อประเมินความรู้ด้านสุขภาพ และจัดเวทีประชาคมสื่อสารข้อมูลผลประเมินการมีส่วนร่วมและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้กับประชาชนและภาคีเครือข่ายได้รับรู้ ซึ่งทั้ง 3 ระยะ แกนนำชุมชนและอสม. จะทำหน้าที่หลักในการให้ข้อมูลกับประชาชนในประเด็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ผ่านช่องทางที่ประชาชนเข้าถึงได้ง่ายและสะดวก ได้แก่ ประชุม หอกระจายข่าว และสื่อบุคคล

กล่าวโดยสรุป การสื่อสารสุขภาพในชุมชนจะดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพได้ ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข โดยมีแกนหลักในการขับเคลื่อนกระตุ้นพลังของชุมชนผ่านการสื่อสารกับคนในชุมชนอย่างมีระบบ ดังผลการวิจัยเรื่อง การสื่อสารแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเพื่อรณรงค์ปัญหาเอดส์ ใน อ.เมือง จ.เชียงราย ของวิภาวี รุ่งสุวรรณ (2546) ที่พบว่า การสื่อสารรณรงค์โดยชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานทุกขั้นตอน สามารถแก้ไขปัญหาเอดส์ได้ดีกว่า การดำเนินงานของหน่วยงานภายนอกชุมชนเพียงอย่างเดียว เนื่องจากสามารถเข้าถึงคนในชุมชนได้มากกว่า ทำให้สามารถสร้างความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องตรงกันให้แก่คนในชุมชนได้ดีกว่า มีความต่อเนื่องเกิดการกระตุ้นย้ำเตือนให้คนในชุมชนได้ตระหนักถึงปัญหาเอดส์อยู่เสมอ แต่อย่างไรก็ตาม การสื่อสารรณรงค์โรคเอดส์จะเกิดผลสำเร็จได้เป็นอย่างดี ย่อมต้องอาศัยการดำเนินงานทั้งหน่วยงานภายนอก และการดำเนินงานของคนในชุมชนร่วมกัน เพื่อให้การแก้ไขปัญหาเอดส์เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากที่สุด

จากรายละเอียดในแนวคิดการสื่อสารสุขภาพดังที่ได้กล่าวไปข้างต้นนั้น ผู้วิจัยนำข้อมูลเหล่านี้ไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการสร้างข้อคำถามในการสัมภาษณ์กับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในปัญหาทุพโภชนาการในเด็กและใช้ประกอบการวางแผนการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการเด็กในชุมชนในรูปแบบการสร้างนำชมต่อไป

แนวคิดการสื่อสารแบบมีส่วนร่วม

แนวคิดการสื่อสารแบบมีส่วนร่วมเป็นแนวคิดที่มีความสัมพันธ์กับแนวคิดการพัฒนาแบบใหม่ โดยที่การสื่อสารแบบมีส่วนร่วมเชื่อมโยงอยู่กับแนวความคิดการพัฒนาแบบมีส่วนร่วม ซึ่งกล่าวไว้ว่า

ประชาชนเป็นผู้กระทำ ประชาชนมิใช่เป็นเพียงผู้รับการพัฒนาเท่านั้น หากแต่เป็นผู้ได้รับผลประโยชน์โดยตรงจากการพัฒนา

การสื่อสารแบบมีส่วนร่วม (Participatory Communication) หมายถึง การให้ประชาชนใช้การสื่อสารเพื่อเข้าไปมีส่วนร่วมในวิถีชีวิตสาธารณะ ซึ่งสื่อจะเป็นเสมือนช่องทางที่ประชาชนสามารถสื่อสารเรื่องราวและความต้องการออกไปสู่ภายนอกได้ นอกจากนั้นการสื่อสารแบบมีส่วนร่วมยังหมายความได้ถึง การให้ประชาชนเข้าไปมีส่วนร่วมในการสื่อสาร เช่น การก้าวเข้าไปเป็นผู้บริหาร ผู้ผลิต และผู้เผยแพร่ แทนที่การเป็นเพียงแค่ผู้บริโภคสื่อ (กาญจนา แก้วเทพ, 2548) โดยดำเนินการบนพื้นฐานของการเคารพความคิดเห็นของกันและกันและการร่วมกันซึ่งน้ำหนักเกี่ยวกับผลได้/ผลเสียต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากการตัดสินใจดำเนินการในด้านหนึ่ง ๆ อย่างรอบคอบ (ปาริชาติ สถาปิตานนท์, 2549) โดยกระบวนการสื่อสารที่จะใช้ในการสร้างการมีส่วนร่วมต้องอยู่ในรูปแบบ การสื่อสารในแบบจำลองเชิงพิธีกรรม (Ritualistic Model) ซึ่งมีคุณลักษณะสำคัญดังต่อไปนี้ (กาญจนา แก้วเทพ, 2547)

- เป้าหมายหลักของการสื่อสาร คือ การสร้างความเข้าใจร่วมกันระหว่างผู้ส่งและผู้รับสาร (Shared Meaning)
- ความสำคัญอยู่ที่ผู้ส่งและผู้รับสารซึ่งต้องทำความเข้าใจกันและกัน
- ทิศทางการไหลของข่าวสารเป็นแบบสองทางและเป็นแนวระนาบ
- บทบาทของผู้ส่งและผู้รับจะสลับสับเปลี่ยนกันไม่มีการผูกขาด
- หลังจากการสื่อสารสิ้นสุดแล้ว ทั้งผู้ส่งและผู้รับสารจะแลกเปลี่ยนข่าวสารและความคิดเห็นของกันและกัน

นอกจากนั้นการสื่อสารแบบมีส่วนร่วมยังเกี่ยวข้องกับกระบวนการที่บุคคลกลุ่มต่างๆ ที่หลากหลาย ได้ก้าวเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการเทคโนโลยีการสื่อสารต่าง ๆ ซึ่งมีอยู่ในชุมชน อาทิ หอกระจายข่าว เสียงตามสาย วิทยุชุมชน เป็นต้น โดยบุคคลเหล่านี้อาจเป็นทั้งผู้ฟังและผู้มีส่วนร่วมในกระบวนการผลิตสื่อและการเข้าร่วมตัดสินใจต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับนโยบายและการบริหารจัดการสื่อในชุมชนแบบทัดเทียมกับทีมงานที่รับผิดชอบหลัก

ตัวอย่างการสร้างการสื่อสารแบบมีส่วนร่วมที่ง่ายที่สุด ได้แก่ การประชุม ที่ถือเป็นช่องทางสื่อสารที่สามารถดำเนินการได้ทั้งรูปแบบเดิมคือ บนลงล่าง เช่น การให้ความสำคัญต่อประธานในการเป็นผู้ดำเนินการ และการสื่อสารแบบมีส่วนร่วม ที่มีการดำเนินการโดยนับตั้งแต่การจัดวาระการประชุมมาจากการเสนอความคิดเห็นของผู้เกี่ยวข้อง การวางรูปแบบการประชุมที่ประธาน

เป็นเพียงผู้ดำเนินการและเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมได้แสดงความคิดเห็นอย่างเสรี และภายหลังการประชุมมีการติดตามการดำเนินการโดยผู้เข้าร่วมประชุม ซึ่งหากดำเนินการประชุมในลักษณะดังกล่าวก็จะใกล้เคียงกับเวทีชาวบ้าน อันนำไปสู่การพัฒนาชุมชนแบบมีส่วนร่วม (กำจร หลุยยะพงศ์, 2557)

ทั้งนี้อาจกล่าวได้ว่า ความเป็นชุมชนที่เข้มแข็ง (Strong Community) จะเกิดขึ้นได้ สมาชิกในชุมชนต้องมีส่วนร่วมในการติดต่อสื่อสาร พูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ตลอดจนทำกิจกรรมร่วมกันเพื่อการพัฒนาชุมชนของตนให้บรรลุเป้าหมาย การมีส่วนร่วมของสมาชิกทุกคนภายในชุมชนนี้เอง จะเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนพลังภายในชุมชนให้กลายเป็นชุมชนเข้มแข็งได้ (วิสาขา ภูจินดา, 2558)

หลักการสำคัญ 3 ประการ ของแนวคิดการสื่อสารแบบมีส่วนร่วมมีดังนี้ (พิมชนก ดมดอก, 2560)

1. *การเข้าถึงสื่อ (Access)* หมายถึง การเข้าถึงสื่อที่ให้บริการแก่ชุมชน ซึ่งเปิดโอกาสให้ประชาชนเลือกรับรายการ หรือเข้าร่วมรับรายการในการเข้าไปจัดทำสิ่งที่ตนเป็นประโยชน์เองได้รวมทั้งเป็นช่องทางที่จะทำให้ประชาชนได้แสดงความคิดเห็นต่อรายการ และแสดงความต้องการไปยังผู้ผลิตรายการหรือองค์กรของผู้ผลิตสื่อได้
2. *การมีส่วนร่วม (Participation)* หมายถึง การที่ประชาชนสามารถเข้าไปมีส่วนร่วมในระบบการสื่อสารในทุกระดับ ทั้งในกระบวนการการผลิตรายการ การบริหารจัดการ และการวางแผนระบบการสื่อสารในชุมชน
3. *การจัดการด้วยตนเอง (Self-Management)* หมายถึง กระบวนการตัดสินใจของประชาชนในชุมชนที่มีอำนาจและสิทธิในการตัดสินใจ นับตั้งแต่เริ่มคิด กำหนดนโยบาย การวางแผน การลงทุน การกำหนดและการจัดสรรงบประมาณ เป็นต้น ซึ่งการมีส่วนร่วมในระดับการจัดการด้วยตนเองโดยประชาชนมีสิทธิและอำนาจในการตัดสินใจนี้ นับเป็นระดับการมีส่วนร่วมที่อยู่ในระดับสูงสุดและสำคัญที่สุด

ในขณะที่ อัครินทร์ นนทิหทัย (2551) ได้สรุปว่า หลักการสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารแบบมีส่วนร่วมมี 7 ประการ ดังนี้

1. *ความหลากหลายของผู้เข้าร่วม (Various Participants)* ยิ่งบุคคลมีความหลากหลายในด้านต่าง ๆ มากเท่าไร ความหลากหลายดังกล่าวจะส่งผลให้เสียงที่หลากหลายดังก้องขึ้น และสะท้อนความต้องการต่าง ๆ ร่วมกันได้ชัดเจนขึ้น
2. *การเข้าถึงสื่อ (Media Accessibility)* โอกาสของบุคคลในการเข้าถึงสื่อหรือช่องทางการสื่อสารต่าง ๆ โดยบุคคลมีสิทธิเสรีภาพอย่างเท่าเทียมกันในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและสื่อประเภทต่าง ๆ โดยบุคคลมีสิทธิในการสื่อสารและการแสดงความคิดเห็นของตนเกี่ยวกับเรื่องต่าง ๆ และการมีสิทธิใช้ประโยชน์จากสื่อสาธารณะ
3. *ความเชื่อมั่นในศักยภาพของมนุษย์ (Human Potential)* บุคคลที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาหนึ่ง ๆ จำเป็นต้องมีความเชื่อมั่นเกี่ยวกับศักยภาพของบุคคลกลุ่มต่าง ๆ โดยเฉพาะความเชื่อมั่นว่าทุกคนมีความสามารถเชิงสติปัญญา และความสามารถในการสื่อสารในการจัดการวิถีชีวิตของตนอย่างเป็นอิสระ
4. *ความโดดเด่นของสาร (Salient Messages)* ประเด็นที่สามารถกระตุ้นให้เกิดการสื่อสารแบบมีส่วนร่วมมักได้แก่ ประเด็นที่มีเนื้อหาสาระสอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชน
5. *การปรึกษาหารือ (Dialogue)* การสื่อสารแบบมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการที่ผู้เกี่ยวข้องหันหน้าเข้าหากัน และดำเนินการปรึกษาหารือร่วมกันเกี่ยวกับเรื่องราวต่างๆ โดยเป็นกระบวนการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน โดยกระบวนการดังกล่าวให้ความสำคัญกับการสื่อสารสองทางในทิศทางแบบแนวระนาบ ซึ่งเปิดโอกาสให้บุคคลที่เกี่ยวข้องได้แลกเปลี่ยนข้อมูล มุมมอง และทัศนคติต่าง ๆ อย่างสมดุล
6. *การสนับสนุน (Facilitation)* การดำเนินการสื่อสารแบบมีส่วนร่วมจำเป็นต้องเกิดขึ้นภายใต้การออกแบบระบบสนับสนุนต่าง ๆ และการกำหนดบทบาทให้บุคคลกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งทำหน้าที่เป็นผู้สนับสนุนกระบวนการมีส่วนร่วมให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ
7. *กระบวนการเชิงประชาธิปไตย (Democratic Process)* การสื่อสารแบบมีส่วนร่วมมิได้ส่งผลถึงการเปลี่ยนแปลงเชิงกายภาพเท่านั้น แต่ยังส่งผลต่อแนวคิดเรื่องอำนาจในชุมชน

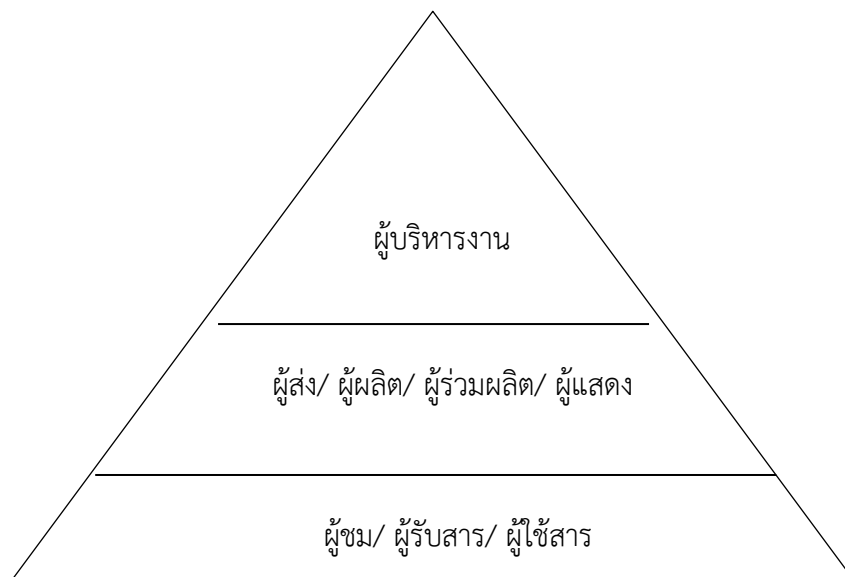
คือกระบวนการสื่อสารแบบมีส่วนร่วมเป็นการกระจายอำนาจจากบุคคลที่เคยมีอำนาจลงไปสู่ประชาชนในระดับชุมชน

สถาบันวิจัยสังคมและสถาบันวิจัยสภาวะแวดล้อมจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้จัดประเภทของการมีส่วนร่วมของประชาชน โดยอิงพัฒนาการของโครงการพัฒนาเป็นเกณฑ์ กล่าวคือ กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน ประกอบไปด้วยภารกิจสำคัญ 5 ประการ ดังนี้

1. *การมีส่วนร่วมในการวางแผน (Participation in Planning)* อันได้แก่ การที่ประชาชนมีบทบาทที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนโครงการ นับตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นในท้องถิ่น การกำหนดลำดับความสำคัญของปัญหา การกำหนดเป้าหมาย การกำหนดแนวทางในการดำเนินงาน รวมไปถึงการกำหนดแนวทางในการประเมินผลโครงการ เป็นต้น
2. *การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม (Participation in Implementation)* อันได้แก่ การสนับสนุนด้านทรัพยากรและการประสานความร่วมมือในการจัดกิจกรรมต่างๆ
3. *การมีส่วนร่วมในการใช้ประโยชน์ (Participation in Utilization)* อันได้แก่ การนำเอากิจกรรมต่าง ๆ มาใช้ให้เกิดประโยชน์ โดยเฉพาะในด้านการเพิ่มระดับการพึ่งตนเอง และการควบคุมทางสังคม
4. *การมีส่วนร่วมในการได้รับผลประโยชน์ (Participation in Benefit-sharing)* อันได้แก่ การแจกจ่ายประโยชน์ต่างๆ ในการพัฒนาอย่างยุติธรรม
5. *การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Participation in Evaluation)* อันได้แก่ การให้ประชาชนได้รับทราบถึงสภาพปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ เพื่อร่วมกันหาทางแก้ไขในลำดับต่อไป

ในขณะที่ กาญจนา แก้วเทพ (2548) ได้แบ่งการมีส่วนร่วมในการสื่อสารออกเป็น 3 ระดับ ดังภาพต่อไปนี้

ภาพที่ 2.4 ระดับการมีส่วนร่วมในการสื่อสาร



1. การมีส่วนร่วมในฐานะผู้ชม/ ผู้รับสาร/ ผู้ใช้สาร ที่มีความกระตือรือร้น มีปฏิริยาตอบกลับ
2. การมีส่วนร่วมในฐานะผู้ส่ง/ ผู้ผลิต/ ผู้ร่วมผลิต/ ผู้แสดง ทั้งในขั้นตอนก่อนการผลิต การผลิต และหลังการผลิต
3. การมีส่วนร่วมในระดับบริหารงาน ได้แก่ การเป็นผู้วางแผนกำหนดนโยบาย ซึ่งถือว่าเป็นระดับสูงสุดของการมีส่วนร่วม

จากแผนภาพข้างต้นแสดงให้เห็นว่า ระดับของการมีส่วนร่วมนั้น ยิ่งอยู่ในระดับยอดพีระมิตมากเท่าใด จำนวนคนหรือกลุ่มคนที่สามารถจะเข้าไปมีส่วนร่วมก็ยิ่งลดน้อยลงเท่านั้น อย่างไรก็ตามในการเข้าออกของการมีส่วนร่วมในการสื่อสารของคนในชุมชนไม่จำเป็นต้องเข้ามามีส่วนร่วมในแต่ละระดับพร้อม ๆ กัน แต่เป็นการเข้าออกตามความต้องการและศักยภาพของกลุ่มหรือเครือข่าย ซึ่งอาจไม่จำเป็นต้องเป็นไปตามลำดับขั้นตอน (ภัทรา บุรารักษ์, 2555)

ทั้งนี้การสื่อสารแบบมีส่วนร่วมสามารถพิจารณาได้จากองค์ประกอบของการสื่อสารดังนี้

1. เป้าหมายของการสื่อสารได้กำหนดให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในระดับใด

2. ลักษณะการสื่อสารสองทางและการมีปฏิสัมพันธ์ของการสื่อสาร ยิ่งการสื่อสารเอื้ออำนวยให้มีการตอบโต้กันมากขึ้นเท่าใด โอกาสที่ชุมชนจะเข้ามามีส่วนร่วมก็จะยิ่งมากขึ้นเท่านั้น
3. ประเภทของเนื้อหาสาร เป็นเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับสภาพความเป็นจริงของชุมชนหรือไม่ ประเด็นท้องถิ่นมีโอกาสที่จะได้เข้าไปเป็นเนื้อหาในสื่อมวลชนหรือไม่ นอกจากนี้วิธีการนำเสนอเนื้อหา หากมีลักษณะของการสนทนาแลกเปลี่ยนกัน แสวงหาความร่วมมือจากหลายฝ่าย และก่อให้เกิดการตัดสินใจโดยกลุ่มก็จะยิ่งทำให้เกิดการมีส่วนร่วมมากขึ้น
4. ประเภทของช่องทาง/ สื่อ โดยหลักการทั่วไปแล้วสื่อขนาดเล็ก เช่น สื่อเฉพาะกิจ จะเปิดโอกาสให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการสื่อสารได้มากกว่าสื่อมวลชน สื่อที่ชาวบ้านคุ้นเคย เช่น สื่อประเพณีก็จะเอื้ออำนวยให้ชาวบ้านเข้าร่วมได้ง่ายกว่าสื่อสมัยใหม่ที่ไม่คุ้นเคย
5. ผู้รับสารและการมีปฏิริยาป้อนกลับ การสื่อสารแบบมีส่วนร่วมเชื่อว่า ผู้รับสารมิใช่ผู้ที่ว่างเปล่าและไม่รู้อะไรเลยเกี่ยวกับเนื้อหาสารที่จะสื่อไป หากแต่ความรู้ที่ผู้รับสารมีนั้น อาจจะเป็นความรู้คนละชุดที่แตกต่างจากที่ผู้ส่งคาดคิดเอาไว้ อีกทั้งวิธีการรับสารของประชาชนก็เป็นไปอย่างกระตือรือร้นมักจะมีปฏิริยาป้อนกลับทั้งแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ

จากข้อมูลข้างต้นสะท้อนว่า การสื่อสารในระดับชุมชนเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดนั้น ควรเลือกใช้วิธีการสื่อสารด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม เนื่องจากประเด็นที่เกิดขึ้นในท้องถิ่นเป็นประเด็นที่สมาชิกในชุมชนมีความรู้สึกร่วมถึงความเป็นเจ้าของ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากเป็นประเด็นที่สมาชิกในชุมชนตระหนักถึงผลประโยชน์หรือผลกระทบที่อาจได้รับภายหลังยังส่งผลให้ผู้ที่เข้าร่วมให้ความร่วมมือและทำให้การสื่อสารเป็นไปตามวัตถุประสงค์ทางการสื่อสาร (ปาริชาติ สถาปิตานนท์, 2546) อีกทั้งยังก่อให้เกิดการพัฒนาที่มาจากชุมชน ลดการพึ่งพิงจากสังคมภายนอก ซึ่งส่วนใหญ่แล้วปัจจัยสำคัญที่กระตุ้นให้ชาวบ้านหรือสมาชิกในชุมชนมีส่วนร่วมหรือให้ความร่วมมือ (Collaborative Participation) จนก่อให้เกิดเป็นกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนที่มีประสิทธิภาพ คือ การมีกิจกรรม ที่เป็นกลไกส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วม (Activity-based Participation) (วรรณดี สุทธิรักษา, 2556) ดังตัวอย่างการณรงศ์สื่อสารสุขภาพสำหรับชุมชน ต.หันคา จ.ชัยนาท ที่ได้เปิดโอกาสให้

ชุมชนมีส่วนร่วมในการกำหนดประเด็นการรณรงค์เรื่องสุขภาพ จากนั้นดำเนินการวางแผนจัดการเพื่อสื่อสารข้อมูลให้คนในชุมชนป้องกันสุขภาพ และเผยแพร่ข้อมูลให้คนในชุมชนมีส่วนร่วมในการสื่อสารดังกล่าว ซึ่งผลการดำเนินงานพบว่า ชุมชนมีความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ ปรับพฤติกรรมเสี่ยงมากขึ้น (ดวงพร คำบุญวัฒน์, 2555)

นอกจากนั้นการสื่อสารแบบมีส่วนร่วมยังเกิดผลสัมฤทธิ์อย่างมีประสิทธิภาพเมื่อนำมาใช้เพื่อการป้องกันปัญหาทุพโภชนาการในเด็ก ดังผลการวิจัยของพชร ศิลาวรรณโน (2550) ที่พบว่า การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการป้องกันปัญหาภาวะทุพโภชนาการของนักเรียนนั้น ทำให้ผู้ปกครองเกิดความรู้ความเข้าใจในสภาพปัญหาทุพโภชนาการ รวมทั้งเกิดความตระหนักถึงความสำคัญของการเลี้ยงดูบุตร และเรียนรู้ที่จะมีส่วนร่วมในการป้องกันปัญหาทุพโภชนาการ ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอจากผลการวิจัยของสมาน ชำคล้าย สารัตน์ พวงเงิน และสนธยา คมขำ (2549) ที่ได้ระบุว่าในการสร้างแผนการจัดการแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็กนั้น ชุมชนควรมีส่วนร่วมในการให้ความรู้ด้านอาหารและโภชนาการแก่มารดาและครูที่ดูแลนักเรียนอย่างต่อเนื่อง

การมีส่วนร่วมเพื่อแก้ไขปัญหสุขภาพในชุมชนนั้น ควรมีการสร้างเครือข่ายภาคีสุขภาพ อันเป็นเครือข่ายที่เกิดจากการรวมตัวเป็นกลุ่มของคนหลากหลายอาชีพในท้องถิ่นนั้น ไม่ว่าจะเป็นกลุ่มเยาวชน ผู้นำท้องถิ่น ผู้นำชุมชน แม่บ้าน อาสาสมัคร หรือแกนนำต่างๆ รวมทั้งเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนั้นๆ โดยกลุ่มคนเหล่านี้พบปะสมาคมกันด้วยความสมัครใจ พุดคุยปรึกษาหารือและซักขวนกันในเรื่องที่เกี่ยวกับสุขภาพของชุมชน/ ท้องถิ่น เป็นการสร้างความสัมพันธ์ทางสังคมที่ก่อให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ทั้งนี้ลักษณะความสัมพันธ์เป็นความสัมพันธ์ในแนวนราบ (Horizontal) เน้นกระบวนการมีส่วนร่วมในการทำงานเป็นทีม (สุธาทิพย์ จันทรรักษ์, 2546)

ทั้งนี้แนวคิดการสื่อสารแบบมีส่วนร่วมเป็นแนวคิดที่มีความสัมพันธ์กับแนวคิดการพัฒนาแบบใหม่ โดยลักษณะการมีส่วนร่วมอาจพิจารณาได้ทั้งจากการใช้รูปแบบ เนื้อหา ช่องทางและผลลัพธ์ ดังต่อไปนี้ (กำจร หลุยยะพงศ์, 2557)

ในด้านรูปแบบ การสื่อสารแบบมีส่วนร่วมจะมุ่งเน้นการสื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกัน โดยใช้การสื่อสารแบบสองทางที่ผู้ส่งสารกับผู้รับสารผลัดกันสื่อสารและผู้ส่งสารเปิดโอกาสให้แก่ผู้คนในชุมชนสามารถมีส่วนร่วมได้ ทั้งขั้นตอนการวางแผน การผลิต การแพร่กระจายและการบริโภค ซึ่งรูปแบบเหล่านี้จะต่างไปจากในอดีตที่เน้นการสื่อสารแบบบนลงล่างหรือจากภาครัฐสู่ภาคประชาชน

ในด้านเนื้อหา การสื่อสารแบบมีส่วนร่วมจะมุ่งเน้นเนื้อหาการสื่อสารที่มีประโยชน์ต่อชุมชน มีลักษณะเฉพาะที่เป็น Liberative Content กล่าวคือ เป็นเนื้อหาที่สอดคล้องทั้งในแง่ประเด็นและวิถี

ชีวิตของชุมชน สามารถตอบสนองความต้องการของชุมชน และมีจุดมุ่งหมายเพื่อชุมชน ให้คนในชุมชนสามารถนำเนื้อหาดังกล่าวไม่ว่าจะเป็นความรู้หรือทักษะต่าง ๆ มาจัดการกับชีวิตตนเองได้ นอกจากนั้นเนื้อหาสาระของการสื่อสารแบบมีส่วนร่วมจะต้องยืดหยุ่น ปรับเปลี่ยนได้ เป็นไปตามแบบจำลองการสื่อสารเชิงพิธีกรรม (กาญจนา แก้วเทพ, 2547)

ในด้านช่องทางการสื่อสาร จะมีได้หลากหลายรูปแบบ ทั้งสื่อมวลชน สื่อบุคคล สื่อเฉพาะกิจ สื่อพื้นบ้าน แต่ทั้งหมดนั้นจะให้ความสนใจในผลลัพธ์ที่เกิดแก่การพัฒนาชุมชน อันเป็นแนวทางในการสร้างเสริมพลังอำนาจให้แก่ชุมชน

ทั้งนี้การสร้างเสริมพลังอำนาจให้แก่ชุมชน (Community Empowerment) นั้น เป็นกระบวนการที่ครอบคลุมไปถึงการเปลี่ยนแปลงระดับต่าง ๆ ทั้งปัจเจกบุคคล องค์กร และชุมชน เพื่อให้มีการใช้ทักษะและทรัพยากรของตนเองและชุมชนเพื่อตอบสนองความต้องการของสังคม สามารถมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจและทำให้เกิดต่อการตัดสินใจ และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับกว้าง ทำให้เกิดความเสมอภาคในการเข้าถึงทรัพยากร มีการระบุประเด็นปัญหาและหนทางแก้ไขเอง มีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชน มีความรู้สึกของการเป็นชุมชน จนเกิดเป็นระบบการช่วยเหลือกันอย่างเป็นธรรมชาติ (ชวนทอง ธนสุกาญจน์, 2546) นอกจากนี้การเปิดโอกาสให้คนของชุมชนเป็นผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนา นับเป็นการพัฒนาภูมิปัญญาเดิมของท้องถิ่นให้สอดคล้องกับความรู้ใหม่ทำให้ความรู้ทั้งสองส่วนมีพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางสังคมอย่างยั่งยืน

จะเห็นได้ว่าการนำแนวคิดการมีส่วนร่วมมาใช้ในการพัฒนาชุมชนนั้น ในมิติของการดำเนินผ่านกิจกรรมที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชนน่าจะเป็นสิ่งที่เอื้อต่อการมีส่วนร่วมมากที่สุด เนื่องจากชุมชนมีต้นทุนทางสังคมหรือภูมิปัญญาของตนเองที่สามารถนำมาดำเนินการปฏิบัติในเชิงกิจกรรมของชุมชนได้ ส่วนในมิติของการวางแผนและการตัดสินใจนั้นส่วนใหญ่แล้วสมาชิกในชุมชนอาจไม่ค่อยได้เข้ามามีส่วนร่วม หรือมีส่วนร่วมน้อยที่สุด ทั้งนี้อาจเป็นเพราะโครงสร้างของสังคมที่ยังคงยึดถือความคิดเห็นของผู้นำมากกว่าผู้ตาม นอกจากนั้นงานวิจัยในอดีตยังพบว่าในกระบวนการแก้ไขปัญหาลูกข่ายนั้นขาดความต่อเนื่องจริงจัง เป็นการดำเนินการในลักษณะชั่วคราว จึงไม่สามารถทำให้เกิดความตระหนักในปัญหาอย่างแท้จริงและไม่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระยะยาว (สรวงสุตา ไตรปกรณ์กุล, 2544)

นอกจากนี้ จินตวีร์ เกษมสุข (2561) ได้อธิบายว่า การประเมินความสำเร็จของกระบวนการมีส่วนร่วม คือ ต้องประเมินจากความรู้สึกของการเป็นเจ้าของชุมชน (Sense of Community) และ

เป็นเจ้าของกระบวนการและการทำงานร่วมกันมากกว่าความสำเร็จของผลลัพธ์กระบวนการ จึงจำเป็นต้องมีการแสวงหากระบวนการที่เหมาะสมกับแต่ละชุมชน

ดังนั้นการสื่อสารเพื่อแก้ปัญหาทุพโภชนาการในเด็กครั้งนี้ควรเปิดโอกาสให้คนในชุมชนและผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่ายได้มีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมในการร่วมคิด วางแผน และตัดสินใจจนไปถึงการลงมือปฏิบัติในเชิงกิจกรรมของชุมชนอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งหน่วยงานภาครัฐ ควรสร้างกลไกความร่วมมือกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในภาคส่วนต่าง ๆ มากขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่การแก้ไขปัญหาที่มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับบริบทของแต่ละชุมชน และดำเนินการประเมินผลจากกระบวนการทำงานตามวัตถุประสงค์ของการสื่อสารที่ได้กำหนดไว้

แนวคิดการสื่อสารชุมชน

การสื่อสารชุมชน (Community Communication) เป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนาชุมชน เนื่องจากเป็นกระบวนการสื่อสารที่ทำให้ชุมชนเจริญก้าวหน้าผ่านการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน ทำให้ชุมชนสามารถรับรู้ เรียนรู้ ข้อมูลข่าวสาร พร้อมนำมาประยุกต์ได้อย่างเหมาะสม โดยในอดีตที่ผ่านมา การมองการสื่อสารชุมชนจำกัดเฉพาะการสื่อสารชุมชนในความหมายพื้นที่กายภาพเท่านั้น และมุ่งเน้นการสื่อสารของคนในพื้นที่ชนบทเป็นหลักแต่ปัจจุบันเริ่มขยายสู่ชุมชนเมือง และมีการพัฒนาสู่การมองถึงสิทธิและอำนาจของชุมชนในการสร้างการมีส่วนร่วมของผู้คนในชุมชนชนบทให้มีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อการพัฒนาชุมชนเองหาใช่แต่การรอรับจากส่วนกลาง (กำจร หลุยยะพงศ์, 2557)

คุณลักษณะของการสื่อสารชุมชน

กาญจนา แก้วเทพ และคณะ (2543) ได้อธิบายคุณลักษณะของการสื่อสารชุมชน ดังต่อไปนี้

1. การสื่อสารชุมชนเป็นการสื่อสารสองทาง (Two-way communication) ที่ผู้ส่งสารและผู้รับสารสามารถมีปฏิริยาโต้ตอบกันได้ ทั้งในลักษณะที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ
2. การสื่อสารชุมชนมีทิศทางไหลของข่าวสารที่หลากหลาย ไม่ว่าจะเป็นจากบนลงล่าง ล่างสู่บนและแบบแนวนอน อีกทั้งการไหลเวียนภายในชุมชน ภายนอกสู่ภายในและภายในสู่

ภายนอกชุมชน ดังนั้นจากงานวิจัยในครั้งนี้ การสื่อสารเพื่อแก้ปัญหาพหุโภชนาการในชุมชน ชาวสารอาจจะไหลจากนักสาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังผู้ดูแลเด็ก จากผู้นำชุมชนไปยังผู้ดูแลเด็ก จากอาสาสมัครประจำหมู่บ้านไปยังเจ้าหน้าที่ของรัฐ หรือมีการแลกเปลี่ยนข่าวสารระหว่างกลุ่มคนในชุมชนด้วยกัน เป็นต้น

3. การสื่อสารชุมชนมีการกำหนดเป้าหมายของการสื่อสารเพื่อชุมชน โดยอาจแบ่งเป็น 3 ระดับ อันได้แก่
 - ระดับชุมชน มีเป้าหมายในการสื่อสารเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของชุมชน
 - ระดับหน่วยงานภายนอกชุมชน เป็นการสื่อสารที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงองค์กร หรือหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาและการสื่อสาร เช่น ในการวิจัยครั้งนี้ได้กระตุ้นการมีส่วนร่วมของหน่วยงานสาธารณสุขประจำชุมชน โรงเรียนประจำชุมชน เป็นต้น
 - ระดับสังคมส่วนรวม เป็นการสื่อสารที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางสังคม และวัฒนธรรมในวงกว้าง
4. การสื่อสารชุมชนเป็นการสื่อสารที่เกิดขึ้นและดำเนินการเพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชน/ คนในชุมชน

หน้าที่ของการสื่อสารชุมชน

Windhal et al. (1992) (อ้างถึงในกาญจนา แก้วเทพและคณะ, 2543) ได้กล่าวถึงหน้าที่ของการสื่อสารชุมชนไว้ดังต่อไปนี้

1. หน้าที่ในการแสดงออก (Expression Function) เนื่องจากการสื่อสารชุมชนเป็นการสื่อสารแบบมีส่วนร่วมของสมาชิกในชุมชน จึงเป็นการเปิดโอกาสให้สมาชิกได้แสดงออกเพื่อสร้างเอกลักษณ์ของตนเองได้
2. หน้าที่ทางสังคม (Social Function) เนื่องจากการสื่อสารในรูปแบบกระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วมเพื่อสร้างความรู้สึกร่วมเป็นชุมชนเดียวกัน

3. หน้าที่ในการให้ข้อมูลข่าวสาร (Information Function) เนื่องจากการสื่อสารชุมชนต้องมีทิศทางการไหลของข่าวสารอย่างรอบด้าน เพื่อเอื้อให้ผู้ที่เกี่ยวข้องได้แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารเพื่อยกระดับความรู้ ความเข้าใจในประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาชุมชน
4. หน้าที่ในการควบคุมการปฏิบัติการ (Control Activation Function) เนื่องจากการสื่อสารชุมชนเป็นการสื่อสารที่นำไปสู่การปฏิบัติเพื่อปรับปรุงหรือแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นของบุคคลและชุมชนได้

นอกจากนี้ประเด็นที่น่าสนใจในการดำเนินการสื่อสารชุมชนคือ สื่อของชุมชนเนื่องจากเป็นองค์ประกอบสำคัญของการสื่อสาร และมีความแตกต่างกับสื่อสารในระดับอื่น ๆ โดยสื่อของชุมชนนั้นมีเป้าหมายขั้นพื้นฐานคือ การจัดการข่าวสารหรือความรู้ที่ตอบสนองความต้องการของชุมชน รวมทั้งเพื่อเปิดโอกาสให้สมาชิกชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการสื่อสารของชุมชนเพื่อพัฒนาชุมชน

อย่างไรก็ดี ลักษณะของการสื่อสารชุมชนข้างต้นพิจารณาการสื่อสารชุมชนบนกรอบแนวคิดบทบาทหน้าที่นิยม (Functionalism) เป็นหลัก กล่าวคือ การมองว่าการสื่อสารชุมชนเป็นเครื่องมือช่วยให้เกิดการพัฒนาชุมชน แต่หากเขยิบไปสู่การวิเคราะห์การสื่อสารชุมชนและสื่อชุมชนด้วยกรอบสำนักมาร์กซิสม์ (Marxism) ก็จะพบว่า การสื่อสารชุมชนกลับมีบทบาทเพิ่มเติมอีกอย่างน้อย 3 ด้าน อันได้แก่ (กำจร หลุยยะพงศ์, 2557)

1. การเป็นเวทีแห่งการต่อสู้และเป็นเสมือนสื่อทางเลือก (Alternative Media) ที่ตอบโต้กับสื่อกระแสหลัก โดยเฉพาะการครอบงำจากรัฐและธุรกิจ ดังนั้นจึงเป็นพื้นที่ที่สามารถผลิตอุดมการณ์ต่อต้านอุดมการณ์หลักของสังคม
2. การเป็นส่วนหนึ่งของประชาคม (Civil Society) เนื่องจากการสื่อสารชุมชนถือเป็นพื้นที่ที่สามอันเพิ่มเติมขึ้นจากพื้นที่ของรัฐและธุรกิจ พื้นที่ดังกล่าวประชาชนสามารถเข้ามาสื่อสารเพื่อประโยชน์ได้อย่างเสรี
3. การเป็นตัวกลางในการเชื่อมร้อยการสื่อสารระหว่างรัฐ ธุรกิจและภาคประชาชน เพราะสื่อชุมชนมีลักษณะการสื่อสารที่กระจายตัวในหลากหลายทิศทาง ทำให้ผู้คนจากหลากหลายฝ่ายสามารถใช้สื่อนี้ได้อย่างเท่าเทียม

คุณสมบัติสื่อของชุมชน

1. สื่อของชุมชนควรเน้นการปรับปรุงให้เหมาะสมสำหรับประโยชน์การใช้งานของชุมชน ไม่ว่าจะตั้งวัตถุประสงค์การใช้ไว้เช่นใดก็ตาม

2. สื่อของชุมชนต้องเป็นสื่อที่คนในชุมชนสามารถเข้าถึงได้ตลอดเวลาเพื่อนำไปใช้ในการหาข่าวสาร
3. สื่อของชุมชน ต้องเป็นสื่อที่ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในหลากหลายบทบาทไม่ว่าจะเป็นผู้วางแผน ผู้ผลิต ผู้ใช้งาน ตามหลักการของการมีส่วนร่วม โดยไม่จำเป็นต้องเป็นผู้เชี่ยวชาญหรือมืออาชีพ
4. สื่อของชุมชนต้องเป็นสื่อที่แสดงออกถึงตัวตนของชุมชน ซึ่งเป็นการกำหนดของชุมชนเอง มิใช่ถูกกำหนดโดยบุคคลภายนอก
5. สื่อของชุมชนต้องเป็นเวทีสำหรับแลกเปลี่ยนข่าวสารและทัศนะของคนในชุมชน

ประเภทสื่อของชุมชน

สื่อของชุมชนนั้นมิได้หลากหลายประเภท ไม่ว่าจะเป็นสื่อบุคคล สื่อพื้นบ้าน สื่อประเพณี สื่อเฉพาะกิจ สื่อวัตถุ สื่อสถานที่ เป็นต้น โดยจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สื่อหลักที่นิยมนำมาใช้ในการสื่อสารในชุมชนประกอบไปด้วย สื่อดังต่อไปนี้

1. สื่อบุคคล

สื่อบุคคลนับเป็นสื่อที่มีประสิทธิภาพอย่างมากต่อการสื่อสารเพื่อการพัฒนาชุมชน เนื่องจากมีคุณลักษณะดังต่อไปนี้ (กาญจนา แก้วเทพ, 2551 และอมรรรัตน์ ทิพย์เลิศ, 2549)

- สื่อบุคคลมีลักษณะที่ยืดหยุ่น/ สร้างสรรค์/ ปรับเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์ แต่ทั้งนี้ ย่อมขึ้นอยู่กับความสามารถทางการสื่อสารของแต่ละบุคคลด้วย
- สื่อบุคคลมีลักษณะที่เหมาะสมที่จะนำมาใช้ในการพัฒนาตามกระบวนการทัศนทางเลือก เนื่องจากสื่อบุคคลมีประสิทธิภาพอย่างสูงในการพัฒนาคนตั้งแต่ระดับการสร้างความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรม อีกทั้งสื่อบุคคลยังสนับสนุนให้เกิดการสื่อสารแบบมีส่วนร่วมได้อีกด้วย
- สื่อบุคคลเป็นสื่อที่สามารถพัฒนาได้อย่างไม่รู้จัก ทำให้สื่อบุคคลสามารถเป็นทั้งผู้ส่งสารและผู้รับสารได้ในคนคนเดียว รวมทั้งมีการจัดการภายในหรือปรับตัวตาม

สถานการณ์เมื่ออยู่ในภาวะกดดันได้เป็นอย่างดี นอกจากนั้นยังสามารถยกระดับความสามารถในการสร้างและใช้สื่อประเภทอื่น ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นอีกด้วย

- สื่อบุคคลเป็นสื่อที่ทำงานได้ในทุกระดับของการสื่อสาร ตั้งแต่ระดับการสื่อสารภายในตนเอง การสื่อสารระหว่างบุคคล การสื่อสารในกลุ่ม ไปจนถึงการสื่อสารองค์กร การสื่อสารสาธารณะ และการสื่อสารมวลชน
- สื่อบุคคลมีลักษณะที่มีเจตนาหรือแรงจูงใจ ในขณะที่สื่อประเภทอื่น ๆ ซึ่งเป็นสื่อที่ไม่มีชีวิตลักษณะการใช้งานจะถูกกำหนดวัตถุประสงค์ไปตามมนุษย์ที่เข้าไปใช้ ทั้งนี้เจตนาหรือแรงจูงใจเป็น 1 ในคุณลักษณะที่สำคัญของการสื่อสาร เนื่องจากหากผู้ส่งสารมีความเชื่อหรือเข้าใจในเนื้อหาสารและสามารถแสดงเจตนาที่แท้จริงของตน จะมีแนวโน้มในการสื่อสารได้ตามที่ตนต้องการ
- สื่อบุคคลเป็นสื่อที่มีสายใยเชื่อมร้อยอยู่กับชุมชน ทำให้รับรู้ปัญหาของชุมชนได้อย่างแท้จริง และเมื่อออกแบบกิจกรรมทำให้ง่ายในการกระตุ้นให้สมาชิกคนอื่นในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม
- สื่อบุคคลเป็นสื่อที่สามารถรับรู้ปฏิกิริยาตอบกลับจากผู้รับสารทำให้สามารถแก้ไขปัญหาหรือสถานการณ์อันไม่พึงประสงค์ได้อย่างทันเวลา ตรงประเด็น
- สื่อบุคคลเป็นสื่อที่ไม่ต้องมีค่าใช้จ่ายสูง
- สื่อบุคคลเป็นสื่อที่มีความสามารถในการจัดการปัญหาความขัดแย้งได้

อย่างไรก็ตาม สื่อบุคคลนั้นย่อมมีข้อจำกัดหลายประการเช่นเดียวกับสื่อประเภทอื่น ๆ ไม่ว่าจะเป็น การที่เป็นสื่อในชุมชนทำให้เข้าถึงแหล่งข้อมูลได้ไม่กว้างขวางมากพอ เป็นต้น ทั้งนี้จากงานวิจัยในอดีตพบว่า สื่อบุคคลที่มีบทบาทในการเปลี่ยนแปลง/ พัฒนาชุมชนอย่างต่อเนื่องทั้งในด้านการศึกษา เศรษฐกิจ อาชีพ การสาธารณสุข สังคม วัฒนธรรมและการเมืองการปกครอง คือ ผู้นำชุมชนหรือผู้นำท้องถิ่น ทั้งแบบที่เป็นทางการและแบบไม่เป็นทางการ (จิตจำนง กิติเกียรติ, 2532, นพรัตน์ มุณีรัตน์, 2541, อมรรัตน์ ทิพย์เลิศ และคณะ, 2547) ดังต่อไปนี้

- ผู้นำแบบเป็นทางการ คือ ผู้นำที่มีอำนาจหน้าที่โดยได้รับการแต่งตั้งอย่างเป็นทางการให้ทราบทั่วกัน เช่น ผู้ใหญ่บ้าน ตัวแทนองค์การบริหารส่วนตำบล เป็นต้น

- ผู้นำแบบไม่เป็นทางการ คือ ผู้ที่เป็นที่น่าเชื่อถือ/ ยอมรับสำหรับสมาชิกในชุมชน สามารถโน้มน้าวใจสมาชิกในชุมชนได้ ถึงแม้ไม่ได้รับการแต่งตั้งให้ได้รับตำแหน่งใด ๆ อย่างเป็นทางการ

กาญจนา แก้วเทพ และคณะ (2549) ได้กล่าวว่า ในแง่ของการสื่อสาร ผู้นำชุมชนถือได้ว่าเป็นสื่อบุคคลที่มีประสิทธิภาพค่อนข้างสูงในการพัฒนาชุมชน เนื่องจากมีคุณสมบัติเฉพาะกลายประการ คือ มีความยืดหยุ่นสูง สามารถปรับตามสถานการณ์ได้ อีกทั้งเป็นตำแหน่งที่เกิดจากแนวคิดการพัฒนาสมัยใหม่ ตามกระบวนการพัฒนาแบบทางเลือกที่ต้องการให้ประชาชนมีการจัดตั้งรวมตัวกันเพื่อพัฒนาชุมชนตนเอง ทำให้เกิดการสื่อสารแบบมีส่วนร่วมได้มากกว่าสื่ออื่น ๆ

ทั้งนี้สื่อบุคคลถือว่าเป็นสื่อที่มีความเหมาะสมกับการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาของชุมชนเป็นอย่างมาก เนื่องจากเป็นสื่อที่อยู่ใกล้ชิดกับชุมชน ใช้ง่าย ไม่มีค่าใช้จ่ายสูง เป็นสื่อที่เหมาะสมสำหรับการสื่อสารเพื่อการพัฒนาได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นสื่อที่มีขีดความสามารถในการจัดการปัญหาความขัดแย้งต่าง ๆ ได้ดีเนื่องจากการสื่อสารสองทาง (อมรทิพย์ ทิพย์เลิศ, 2549)

สื่อบุคคลถือได้ว่าเป็นสื่อที่มีความสำคัญอย่างมากที่สุดในเรื่องของการสื่อสารเพื่อการพัฒนาของสังคมชนบทไทย (กาญจนา แก้วเทพ, 2543) โดยในการสื่อสารสุขภาพในชุมชนนั้น สื่อบุคคลที่มีบทบาทเป็นอย่างมากคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. มีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change Agents) การสื่อสารสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผน และประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้น โดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการ การฟื้นฟูสุขภาพ และจัดกิจกรรมพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชน จึงถือว่าเป็นสื่อบุคคลที่มีความสำคัญต่อการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานจึงต้องเป็น ผู้ที่มีความรู้ความสามารถในการสื่อสารสุขภาพในชุมชนหรือมีสมรรถนะด้านการสื่อสารสุขภาพในการปฏิบัติงานให้ประสบผลสำเร็จ ดังผลลัพธ์ของการรณรงค์เพื่อสุขภาพผู้สูงอายุชาววัดเกตุการาม สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย สาขาจังหวัดเชียงใหม่พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายรับรู้โครงการนี้จากสื่อบุคคล บอกกันปากต่อปาก จากลูกหลานมาบอก จากการเชิญชวนของผู้นำโครงการ ทีมงานและจากผู้สูงอายุที่เป็นเพื่อนกันหรือคนรู้จักกัน ส่วนสื่ออื่นๆ มีบทบาทรองลงมาได้แก่ จดหมาย หอกระจายข่าวของวัด นิทรรศการ เป็นต้น (วาสนา จันทร์สว่าง, 2548)

สรุปได้ว่าสื่อบุคคลเป็นสื่อขนาดเล็กที่เหมาะสมกับการสื่อสารในชุมชน เพราะมีคุณสมบัติความใกล้ชิดกับคนในชุมชนหรือในวัฒนธรรมเดียวกัน ทำให้น่าเชื่อถือ แต่อาจมีจุดด้อยคือ อาจมีทักษะการสื่อสารค่อนข้างน้อย จึงจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาความสามารถทางการสื่อสารเพื่อให้กลายเป็นช่างเชื่อมความสัมพันธ์ของคนในชุมชนและพัฒนาชุมชน

2. สื่อสิ่งพิมพ์ชุมชน

สื่อสิ่งพิมพ์ชุมชนมีลักษณะที่แตกต่างจากสื่อสิ่งพิมพ์ทั่วไป ทั้งในแง่ของรูปแบบที่จะต้องปรับให้มีรูปแบบอย่างง่ายเพื่อให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการผลิตและประหยัดต้นทุน รวมถึงเนื้อหาข่าวสารอาจต้องมีการขยายออกไปตามความสนใจของสมาชิกในชุมชน

3. สื่อหออกระจายข่าวหรือเสียงตามสาย

หออกระจายข่าวหรือเสียงตามสาย เป็นการพูดหรือเปิดเทปผ่านทางเครื่องขยายเสียงของหมู่บ้านเพื่อให้ได้ยินครอบคลุมทุกครัวเรือน มีข้อดีคือ การส่งสารที่สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้อย่างครอบคลุม รวมถึงการใช้งานที่ง่ายและมีค่าใช้จ่ายไม่สูง อีกทั้งการดำเนินงานไม่ซับซ้อน หรือต้องดึงคนเข้ามาเกี่ยวข้องในกระบวนการสื่อสารมากนัก

โดยคุณสมบัติของสื่อทางเสียงประกอบกับความคุ้นชินของสมาชิกในชุมชน ส่งผลให้หออกระจายข่าวในหมู่บ้านเป็นสื่อที่มีความน่าสนใจที่จะใช้นำมาให้ข้อมูลข่าวสารเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนในชุมชน อย่างไรก็ตามประสิทธิภาพของสื่อชนิดนี้ขึ้นอยู่กับทำเลที่ตั้งรวมถึงกำลังการส่งของเครื่องขยายเสียงและลำโพงด้วย นอกจากนี้เวลาปิดเปิดก็ต้องมีความเหมาะสมกับวิถีชีวิตของสมาชิกในชุมชน รวมถึงข้อมูลข่าวสารที่จะนำเสนอควรสั้น กระชับ และชัดเจน

ทั้งนี้หากมองในแง่ความเป็นเจ้าของสื่อ ความรู้สึกที่คนในชุมชนมีต่อหออกระจายเสียง ก็ยังถูกมองว่าเป็นสื่อของผู้นำหรือผู้ใหญ่บ้านมากกว่าเป็นสื่อของตนเองที่มีสิทธิ์ในการใช้ได้ (ภัทรา บุรารักษ์, 2555)

4. สื่อพื้นบ้าน

สื่อพื้นบ้าน เป็นสื่อที่เก่าแก่อยู่ในชุมชนและสังคมเป็นระยะเวลาอันยาวนาน ด้วยความยาวนานจึงมีความหลากหลาย อันได้แก่ สื่อวัตถุพื้นบ้าน สื่อพิธีกรรม และสื่อการแสดงพื้นบ้าน คุณสมบัติที่สำคัญประการหนึ่งคือ ความใกล้ชิดและเหมาะกับชุมชนแต่ละแห่ง เช่น ภาคเหนือก็จะมีสื่อพื้นบ้านที่ใช้ภาษาและวัฒนธรรมของตนต่างไปจากสื่อพื้นบ้านภาคใต้ ยิ่งไปกว่านั้นยังเรียกร้องให้

ชุมชนก้าวเข้ามามีส่วนร่วมค่อนข้างง่าย โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมในการรับฟัง แต่หากต้องการมีส่วนร่วมในการผลิตอาจต้องมีการฝึกฝนอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม คุณสมบัติแห่งความยาวนานก็อาจสร้างปัญหาของการหดหาย การเพี้ยน และเปลี่ยนแปลงของสื่อพื้นบ้าน จึงทำให้การใช้สื่อพื้นบ้านจำเป็นต้องหันกลับมาให้ความสำคัญต่อการพัฒนาสื่อพื้นบ้านไปพร้อม ๆ กัน โดยเฉพาะการเสริมบทบาทหน้าที่ของสื่อพื้นบ้านให้เข้มแข็ง (กำจร หลุยยะพงศ์, 2557)

5. สื่อเฉพาะกิจอื่น ๆ

สื่อเฉพาะกิจ หมายถึง สื่อที่ถูกผลิตขึ้นมาโดยมีเนื้อหาสาระที่เฉพาะเจาะจงและมีเป้าหมายหลักอยู่ที่ผู้รับสารเฉพาะกลุ่ม (ปรมะ สตะเวทิน, 2532) ใช้ทำภารกิจเฉพาะเวลาและเฉพาะพื้นที่ ดังนั้น สื่อเฉพาะกิจจึงเป็นได้ทั้งสื่อสิ่งพิมพ์ สื่ออิเล็กทรอนิกส์ สื่อกิจกรรม และอื่น ๆ โดยที่สื่อเหล่านี้ต้องมีวัตถุประสงค์ในการสื่อสารไปยังกลุ่มเป้าหมายเรื่องใดเรื่องหนึ่งโดยเฉพาะ มีคุณลักษณะพิเศษคือ สื่อสารกับบุคคลในชุมชนได้ตรงตามความต้องการของผู้ผลิต ยิ่งไปกว่านั้นยังเป็นสื่อที่คนในชุมชนสามารถก้าวเข้ามามีส่วนร่วมในการผลิตแพร่กระจายได้ง่ายกว่าสื่อประเภทอื่น ๆ ด้วย

การเลือกใช้สื่อของชุมชน

ในการเลือกใช้สื่อของชุมชน ควรพิจารณาความเหมาะสมในแง่ต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นกลุ่มเป้าหมาย วัตถุประสงค์ สถานการณ์ งบประมาณในการสื่อสาร และคุณลักษณะข้อดีข้อจำกัดของสื่อแต่ละประเภทอีกด้วย โดยกำจร หลุยยะพงศ์ (2557) ได้อธิบายถึง 6 กลยุทธ์ในการใช้สื่อเพื่อการจัดการสื่อสารชุมชน ดังต่อไปนี้

1. กลยุทธ์การผสมสื่อ โดยการผสมจุดเด่นจุดด้อยของสื่อแต่ละประเภทในการดำเนินงาน เช่น การใช้สื่อเพื่อการรณรงค์อาจเริ่มต้นด้วยการใช้สื่อมวลชนเพื่อกระจายความรู้ จากนั้นจึงใช้สื่อชุมชนโดยเฉพาะสื่อพื้นบ้านทำงานต่อเนื่อง เป็นต้น ทั้งนี้การผสมสื่อยังอาจใช้ในกรณีการผสมระหว่างสื่อใหม่และสื่อเก่าเพื่อทำให้เกิดการพัฒนาได้ดีขึ้น
2. กลยุทธ์การเลือกใช้สื่อให้เหมาะกับผู้ส่งสารและผู้รับสาร โดยเป็นการคำนึงถึงศักยภาพ ความเหมาะสม ความคุ้นเคยต่อสื่อ รวมถึงเหตุผลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น การใช้สื่อเพื่อธำรงรักษาอัตลักษณ์ของผู้ส่งสาร เป็นต้น

3. กลยุทธ์การใช้และพัฒนาสื่อ โดยเฉพาะสื่อพื้นบ้าน มักจะเป็นสื่อที่เริ่มหดหายลง และมีลักษณะการถูกใช้แต่ไม่พัฒนา เช่นเดียวกับกับสื่อบุคคลและเครือข่ายการสื่อสาร ดังนั้นกาญจนา แก้วเทพ และคณะ (2551) จึงเสนอว่า ควรจะใช้และพัฒนาสื่อทั้งสองไปด้วยกัน
4. กลยุทธ์การบริหารจัดการสื่อหนังสือพิมพ์ สื่อกระจายเสียงและภาพในชุมชน เนื่องจากสื่อประเภทนี้เป็นสื่อที่ต้องอาศัยความรู้ด้านสื่อมวลชนในระดับหนึ่งจึงทำให้ต้องมีการบริหารจัดการ
5. กลยุทธ์การมองสื่อให้มากกว่าสื่อ โดยเฉพาะการหันมาให้ความสำคัญสื่อขนาดเล็กที่มีกลุ่มมองข้ามไป ซึ่งหากคนในชุมชนเข้าใจและมอบหน้าที่ให้เป็นสื่อแล้ว ก็จะทำให้เกิดการยกระดับการนำมาพัฒนาชุมชนได้ด้วย
6. กลยุทธ์การสร้างการมีส่วนร่วมในการสื่อสาร โดยสื่อชุมชนทั่วไปอาจไม่ค่อยประสบปัญหาการมีส่วนร่วมเพราะคุณสมบัติการเป็นเจ้าของสื่อของชุมชน โดยชุมชนและเพื่อชุมชน แต่หากมีการนำสื่อมวลชนมาใช้ในชุมชนจำเป็นต้องเปิดพื้นที่สาธารณะให้คนในชุมชนได้ก้าวเข้ามามีส่วนร่วมในลักษณะโดยชุมชน อันจะทำให้เป็นไปตามความต้องการของชุมชน

นอกจากนี้กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2549) ได้เสนอแนวทางที่มุ่งเสริมให้การสื่อสารสุขภาพในชุมชนดำเนินไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ นั่นคือ ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน ผู้นำชุมชน หน่วยงานต่าง ๆ ในชุมชนที่เกี่ยวข้อง โดยอาศัยการจัดกิจกรรมการสื่อสารกับคนในชุมชนอย่างมีระบบ มีขั้นตอน อาศัยทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนและควรมีเทคนิควิธีการใช้สื่อชุมชนที่เข้าถึงและตรงใจผู้รับสาร

การสื่อสารสุขภาพในงานวิจัยครั้งนี้นั้น เป็นการสื่อสารที่มุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน ดังนั้นผู้วิจัยได้ศึกษารูปแบบ/ บทบาทของการสื่อสารในชุมชน สื่อของชุมชน เพื่อให้การพัฒนาแบบการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาทุกโภชนาการในชุมชนครั้งนี้บรรลุวัตถุประสงค์ของการสื่อสารที่ได้กำหนดไว้

แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) เป็นวิจัยรูปแบบหนึ่งของการบูรณาการ การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research: AR) ซึ่งเป็น

กระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพที่มุ่งเน้นการเปลี่ยนแปลงและแก้ไขปัญหาร่วมกับนำบทเรียนของกระบวนการแก้ปัญหามาพัฒนาเป็นองค์ความรู้ที่ยั่งยืน โดยมีขั้นตอนประกอบด้วย ขั้นการวางแผน ขั้นการนำแผนไปปฏิบัติ ขั้นการสังเกตการณ์เปลี่ยนแปลงและขั้นการสะท้อนผลการดำเนินการ ร่วมกับการวิจัยแบบมีส่วนร่วม (Participatory Research: PR) เข้าด้วยกัน เพื่อให้เกิดการนำองค์ความรู้จากงานวิจัยมาใช้พัฒนาระบบเพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายเกิดการเข้าถึงข้อมูลที่มีคุณภาพและเป็นจริงและนำมาใช้ประโยชน์ได้อย่างเหมาะสม ซึ่งการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้ นับเป็นมิติใหม่ของรูปแบบวิธีวิจัยเพื่อการพัฒนาชุมชนระดับท้องถิ่น

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) หมายถึง วิธีการที่ให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยเฉพาะอย่างยิ่งสมาชิกในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมวิจัย เป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์ โดยอาศัยการมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการวิจัย นับตั้งแต่การกำหนดปัญหา การดำเนินการ การวิเคราะห์ข้อมูล ตลอดจนหาแนวทางในการแก้ปัญหาหรือส่งเสริมกิจกรรม (สุภางค์ จันทวานิช, 2547) โดยมีวัตถุประสงค์มุ่งไปที่การแก้ปัญหาในการพัฒนาและการใช้ประโยชน์จากผลของการวิจัย (กมล สุตประเสริฐ, 2540)

สัญญา ยีอราน และ ศิวีไลซ์ วนรัตน์วิจิตร (2561) ได้อธิบายว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ถูกนำมาใช้ในการทำงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของประชาชนโดยการเข้าถึงปัจจัยกำหนดสุขภาพ การแทรกแซงชุมชน การส่งเสริมสุขภาพ และที่สำคัญคือ นโยบายของระบบสุขภาพ ซึ่งดำเนินการโดยนักวิจัยได้เข้าร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนในทุกขั้นตอนของการวิจัย นับตั้งแต่การออกแบบ การดำเนินงานและการรวบรวมข้อมูลสู่การวิเคราะห์ ทั้งนี้แนวทางวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมักจะมีเป้าหมายเพิ่มเติมที่โดดเด่นคือ การส่งเสริมจิตสำนึกที่สำคัญของผู้เข้าร่วมการวิจัยให้บรรลุความเข้าใจมากขึ้นเพื่อวัตถุประสงค์คือ การเปลี่ยนแปลงและได้รับผลลัพธ์ความรู้และที่สำคัญคือ ความสำเร็จสู่การพัฒนางานสาธารณสุขสามารถเกิดขึ้นได้ระหว่างการดำเนินการวิจัย

กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ประกอบไปด้วยกิจกรรมการวิจัยดังต่อไปนี้ (ไพโรจน์ ชลารักษ์, 2548)

1. ขั้นการศึกษาบริบท ในขั้นนี้นักวิจัยจะทำการกำหนดพื้นที่หรืออาณาบริเวณที่จะทำการศึกษาวิจัย โดยมีการเชิญชวนให้ชาวบ้านเข้ามามีส่วนร่วม
2. ขั้นการกำหนดปัญหา ในขั้นนี้นักวิจัยสรุปคำถามหรือปัญหา รวมทั้งอธิบายเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ของการแก้ไขปัญหมาให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องได้เห็นภาพและเกิดความเข้าใจตรงกัน

3. ขั้นการวางแผนปฏิบัติงานวิจัย ในขั้นนี้นักวิจัยจัดทำขั้นตอนการปฏิบัติงานวิจัยให้ชัดเจน รวมทั้งระบุผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการทำวิจัยแต่ละฝ่าย พร้อมทั้งแผนการปรับปรุงหรือปรับเปลี่ยนวิธีการวิจัย จากนั้นเข้าร่วมดำเนินงานติดตาม ตรวจสอบ ผลการวิจัยทุกขั้นตอน โดยชาวบ้านมีส่วนร่วมในการลงมือปฏิบัติตามแผนการวิจัย

4. ขั้นการติดตาม ตรวจสอบและปรับปรุง ในขั้นนี้นักวิจัยมีส่วนร่วมในการพิจารณาหาแนวทางปรับปรุงแก้ไขการดำเนินงานการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมโดยอาศัยข้อมูลจากทุกฝ่าย และชาวบ้านรวมถึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจะเข้าร่วมรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงพร้อมทั้งให้ข้อมูลย้อนกลับที่แสดงถึงความพึงพอใจและความสำเร็จของการวิจัย

5. ขั้นการสรุปผลการวิจัย ในขั้นนี้นักวิจัยจะทำการสรุปผลการวิจัยและเรียบเรียงเผยแพร่ให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้รับทราบต่อไป

หลักการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม

หลักการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม มีดังต่อไปนี้ (พันธุ์ทิพย์ รามสูต, 2540)

1. ให้ความสำคัญและเคารพต่อภูมิความรู้ของชาวบ้าน โดยยอมรับว่าความรู้พื้นบ้านตลอดจนระบบการสร้างความรู้ และกำเนิดความรู้ในวิธีอื่นที่แตกต่างไปจากของนักวิชาการ

2. ปรับปรุงความสามารถและศักยภาพของชาวบ้านด้วยการส่งเสริม ยกย่องและพัฒนาความเชื่อมั่นในตัวเองของเขา ให้สามารถวิเคราะห์และสังเคราะห์สถานการณ์ปัญหาของเขาเอง

3. ให้ความรู้ที่เหมาะสมกับชาวบ้านและคนยากจน โดยให้สามารถได้รับความรู้ที่เกิดขึ้นในระบบสังคมของเขา และสามารถที่จะทำความเข้าใจ แปลความหมาย ตลอดจนนำไปใช้ได้เหมาะสม

4. สนใจปริทัศน์ของชาวบ้าน โดยการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมจะช่วยเปิดเผยให้เห็นคำถามที่ตรงกับปัญหาของชาวบ้าน

5. ปลดปล่อยความคิด การวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมจะช่วยให้ชาวบ้านและคนยากจนสามารถใช้ความคิดเห็นของตนอย่างเต็มที่

ดังที่ได้กล่าวมานั้นจะเห็นได้ว่าวิธีการวิจัยแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมทำให้ได้รับผลการวิจัยที่มาจากมุมมองของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียโดยตรงในระบบสุขภาพซึ่งอาจขาดหายไปสำหรับผู้กำหนดนโยบายสุขภาพ อีกทั้งการยอมรับบทบาทของหลากหลายปัจจัยและสาเหตุในการอธิบายถึงความเป็นจริงจะมีประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับผู้กำหนดนโยบายในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจริงในระบบ (สัญญา ยีอราน และ ศิวีไลซ์ วนรัตน์วิจิตร, 2561) ดังนั้นในงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้

เลือกใช้วิธีการวิจัยแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเนื่องจากมีความสอดคล้องกับสภาพปัญหาที่ได้ศึกษา สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัยและสอดคล้องกับผลลัพธ์ที่ต้องการจากการศึกษา

จากแนวคิดที่ได้กล่าวมานั้น ผู้วิจัยได้นำมาเป็นกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์และอภิปรายผลการวิจัยให้เกิดความเหมาะสมและนำไปสู่ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์เพื่อการพัฒนาแนวทางการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็กยากจน พื้นที่หมู่บ้านนายม อำเภอบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ อันเป็นการใช้องค์ความรู้เป็นพื้นฐานในการพัฒนากระบวนการสื่อสารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ อันจะนำไปสู่การลดความสูญเสียทางบุคลากร เศรษฐกิจ และสังคมต่อไป

แนวคิดการพัฒนาที่ยั่งยืน

แนวคิดการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Concept) ได้เริ่มต้นในการประชุมสหประชาชาติ ปี พ.ศ.2535 ในหัวข้อว่าด้วยสิ่งแวดล้อมและการพัฒนา โดยที่ประชุมเห็นชอบให้ประกาศหลักการแห่งสิ่งแวดล้อมและแผนปฏิบัติการเพื่อเป็นแผนแม่บทของโลกสำหรับการดำเนินงานที่จะทำให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืนทั้งในด้านสังคม เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม ต่อมาในปี พ.ศ.2558 องค์การสหประชาชาติได้กำหนดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน หรือ Sustainable Development Goals: SDGs เพื่อใช้เป็นทิศทางการพัฒนาของประชาคมโลก ตั้งแต่เดือนกันยายน พ.ศ. 2558 ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ.2573 โดยประกอบไปด้วย 17 เป้าหมายดังต่อไปนี้ (พัชรินทร์ อรุณรัตติยากร, 2560)

1. ขจัดความยากจน
2. ขจัดความหิวโหย บรรลุเป้าความมั่นคงทางอาหาร ปรับปรุงโภชนาการ และสนับสนุนการทำเกษตรกรรมยั่งยืน
3. สร้างหลักประกันให้คนมีชีวิตที่มีคุณภาพและส่งเสริมสุขภาวะที่ดีของคนทุกเพศทุกวัย
4. สร้างหลักประกันให้การศึกษาที่มีคุณภาพอย่างเท่าเทียมและครอบคลุม และส่งเสริมโอกาสในการเรียนรู้ตลอดชีวิตสำหรับทุกคน
5. บรรลุความเท่าเทียมระหว่างเพศและเสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่สตรีและเด็กหญิง
6. สร้างหลักประกันให้มีน้ำใช้และมีการบริหารจัดการน้ำและสุขาภิบาลอย่างยั่งยืนสำหรับทุกคน
7. สร้างหลักประกันให้ทุกคนสามารถเข้าถึงพลังงานสมัยใหม่ในราคาที่ย่อมเยาและยั่งยืน

8. ส่งเสริมการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจที่ยั่งยืนและครอบคลุมและการจ้างงานเต็มอัตรา และงานที่มีคุณค่าสำหรับทุกคน
9. สร้างโครงสร้างพื้นฐานที่มีความต้านทานและยืดหยุ่นต่อการเปลี่ยนแปลง เสริมสร้างการพัฒนาอุตสาหกรรมที่ครอบคลุมและยั่งยืน ส่งเสริมนวัตกรรม
10. ลดความไม่เท่าเทียมทั้งภายในและระหว่างประเทศ
11. ทำให้เมืองและการตั้งถิ่นฐานของมนุษย์มีความปลอดภัย ความต้านทานและยืดหยุ่นต่อการเปลี่ยนแปลงอย่างครอบคลุม ยั่งยืน
12. สร้างหลักประกันให้มีแบบแผนการบริโภคและการผลิตที่ยั่งยืน
13. ดำเนินการอย่างเร่งด่วนเพื่อต่อสู้กับสถานะการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและผลกระทบ
14. อนุรักษ์และใช้มหาสมุทร ทะเล และทรัพยากรทางทะเลอื่นๆ เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน
15. ปกป้อง ป่าฟื้นฟู และส่งเสริมการใช้ระบบนิเวศบนบก การบริหารจัดการป่าอย่างยั่งยืน การต่อต้านการแปรสภาพเป็นทะเลทราย หยุดยั้งการเสื่อมโทรมของดินและฟื้นฟูสภาพ และหยุดยั้งการสูญเสียความหลากหลายทางชีวภาพ
16. สนับสนุนสังคมที่สงบสุขและครอบคลุมสำหรับการพัฒนาที่ยั่งยืน จัดให้มีการเข้าถึงความยุติธรรมสำหรับทุกคน และสร้างสถาบันที่มีประสิทธิภาพ มีความรับผิดชอบ มีความครอบคลุมในทุกระดับ
17. เสริมสร้างความแข็งแกร่งของกลไกการดำเนินงานและฟื้นฟูหุ้นส่วนความร่วมมือระดับโลกเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน

ทั้งนี้ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยชิ้นนี้โดยตรง คือการจัดความหิวโหยภายใต้เป้าหมายที่ 2 ของการพัฒนาที่ยั่งยืน โดยเป้าหมายดังกล่าวมีเป้าหมายย่อยดังต่อไปนี้ (เสถียร ฉันทะ และคณะ, 2561)

- เป้าประสงค์ที่ 2.1: ยุติความหิวโหยและการสร้างหลักประกันให้ทุกคนโดยเฉพาะอย่างยิ่งคนยากจน และประชากรที่อยู่ในภาวะเปราะบาง รวมทั้งทารกสามารถเข้าถึงอาหารที่ปลอดภัย มีคุณค่าทางโภชนาการและมีความพอเพียงตลอดทั้งปีภายในปี พ.ศ.2573
- เป้าประสงค์ 2.2 : ยุติภาวะทุพโภชนาการทุกรูปแบบและแก้ไขปัญหาความต้องการสารอาหารของหญิงวัยรุ่น หญิงตั้งครรภ์และให้นมบุตร และผู้สูงอายุภายในปีพ.ศ. 2573

รวมถึงบรรลุปเป้าหมายที่ตกลงร่วมกันระหว่างประเทศว่าด้วยภาวะแคะแกระ็นและพอมแห่งในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ภายในปี พ.ศ.2568

- เป้าประสงค์ 2.3 : เพิ่มผลผลิตทางการเกษตรและรายได้ของผู้ผลิตอาหารรายเล็กโดยเฉพาะผู้หญิง คนพื้นเมือง เกษตรกรแบบครอบครัว คนเลี้ยงปศุสัตว์ ชาวประมงให้เพิ่มขึ้นเป็นสองเท่า โดยรวมถึงการเข้าถึงที่ดินและทรัพยากรและปัจจัยนำเข้าในการผลิต ความรู้ บริการทางการเงิน ตลาด และโอกาสสำหรับการเพิ่มมูลค่าและการจ้างงานนอกฟาร์มอย่างปลอดภัยและเท่าเทียม
- เป้าประสงค์ 2.4 : สร้างหลักประกันว่าจะมีระบบการผลิตอาหารที่ยั่งยืนและดำเนินการตามแนวปฏิบัติทางการเกษตรที่มีภูมิคุ้มกันที่จะเพิ่มผลผลิตและการผลิต ซึ่งจะช่วยรักษาระบบนิเวศ เสริมขีดความสามารถในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ ภาวะอากาศรุนแรง ภัยแล้ง อุทกภัยและภัยพิบัติอื่นๆ และจะช่วยพัฒนาที่ดินและคุณภาพดินอย่างต่อเนื่องภายในปี พ.ศ. 2573
- เป้าประสงค์ 2.5 : รักษาหรือคงไว้ซึ่งความหลากหลายทางพันธุกรรมของเมล็ดพันธุ์พืชที่ใช้เพาะปลูกสัตว์ในไร่นาและที่เลี้ยงตามบ้านเรือน และชนิดพันธุ์ตามธรรมชาติที่เกี่ยวข้องกับพืชและสัตว์เหล่านั้น รวมถึงให้มีธนาคารเมล็ดพันธุ์และพืชที่มีการจัดการที่ดีและมีความหลากหลายทั้งในระดับประเทศ ระดับภูมิภาคและระดับนานาชาติ และสร้างหลักประกันว่าจะมีการเข้าถึงและแบ่งปันผลประโยชน์ที่เกิดจากการใช้ทรัพยากรทางพันธุกรรมและองค์ความรู้ท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นธรรมและเท่าเทียมตามที่ตกลงกันระหว่างประเทศภายในปี พ.ศ. 2573

นอกจากเป้าหมายของการพัฒนาที่ยั่งยืนข้างต้น เพื่อใช้เป็นทิศทางการพัฒนาของประชาคมโลกตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 – พ.ศ. 2573 นั้น ยังมีองค์กรอื่น ๆ ที่ตระหนักในปัญหาดังกล่าว เช่น องค์กรอาหารและเกษตรแห่งสหประชาชาติได้เสนอแผนปฏิบัติการยุทธศาสตร์เกี่ยวกับโภชนาการในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้เพื่อสนับสนุนความมั่นคงทางอาหารโดยมีผู้ปกครอง ครู และผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียน และวัยเรียนเป็นกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญ สำหรับประเทศไทยนั้น มีนโยบายและยุทธศาสตร์การจัดการด้านอาหารและโภชนาการระดับประเทศในหลายระดับ ไม่ว่าจะเป็น แผนยุทธศาสตร์การพัฒนา ระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12

(พ.ศ. 2560 - 2564) กรอบยุทธศาสตร์การจัดการด้านอาหารของประเทศไทย ฉบับที่สอง พ.ศ.2561-2580 ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) เป็นต้น

อย่างไรก็ตามจากการรายงานของไทยพับลิกา (2560) พบว่าประเทศไทยยังไม่สามารถบรรลุเป้าหมาย การยุติความหิวโหย การมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีได้ โดยงานวิจัยชิ้นนี้มุ่งพัฒนาเพื่อหวังว่าจะสามารถเป็นส่วนหนึ่งในการร่วมแก้ปัญหาทุพโภชนาการในเด็กตามเป้าประสงค์ที่ 2.2 ของแนวทางการพัฒนาที่ยั่งยืนดังกล่าว

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นจะเห็นได้ว่า การสื่อสารมีส่วนช่วยในการแก้ปัญหาเรื่องสุขภาพได้หลายประการ เนื่องจากการรับรู้ข้อมูลข่าวสารสุขภาพที่ถูกต้องจากแหล่งที่เชื่อถือได้นับเป็นปัจจัยสำคัญสำหรับกระตุ้นให้เกิดความตื่นตัว ความตระหนักในการสร้างค่านิยมและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ นอกจากนี้งานวิจัยในอดีตยังสะท้อนให้เห็นว่าการสื่อสารแบบมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาก็ทำให้กลุ่มเป้าหมายมีความรู้ ความเข้าใจ นำไปสู่การลดจำนวนทุพโภชนาการในเด็กได้ดี อีกทั้งการพบปะแลกเปลี่ยนความคิดเห็นทำให้เกิดการเรียนรู้ และการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงในการแก้ไขสุขภาพของชุมชน อย่างไรก็ตามจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในอดีตพบว่างานวิจัยในประเทศไทยส่วนใหญ่ที่ทำการศึกษาในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับภาวะทุพโภชนาการในเด็กนั้น ส่วนใหญ่ได้ดำเนินการศึกษาในขอบเขตของสาธารณสุขศาสตร์ พยาบาลศาสตร์ รวมไปถึงวิทยาศาสตร์การแพทย์แต่ยังไม่พบบงานวิจัยในด้านนิเทศศาสตร์เท่าใดนัก โดยงานวิจัยในอดีตมุ่งดำเนินการศึกษาสภาพปัญหาทุพโภชนาการเด็กในพื้นที่ที่แตกต่างกันออกไปรวมถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อปัญหาดังกล่าว ในขณะที่เดียวกันจากการทบทวนวรรณกรรมด้านการสื่อสารสุขภาพ ยังไม่พบบงานวิจัยในประเทศไทยที่ศึกษาในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารสุขภาพเพื่อแก้ไขปัญหามหาทุพโภชนาการในเด็กเช่นกัน

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า การส่งเสริมสุขภาพมีความจำเป็นที่จะต้องนำแนวคิดการสื่อสารสุขภาพมาประยุกต์ใช้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระดับชุมชน การสื่อสารสุขภาพจะเป็นส่วนสำคัญในการสร้างโอกาสการเรียนรู้ให้กับประชาชน เพื่อให้ประชาชนได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่ถูกต้อง เนื่องจากชุมชนเป็นแหล่งเรียนรู้ที่ใกล้ชิดกับประชาชนและเหมาะสมกับบริบทความต้องการการแก้ปัญหาสุขภาพของชุมชน รวมทั้งเปิดโอกาสให้สมาชิกในชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมเพื่อให้การสื่อสารเกิดประสิทธิภาพและชุมชนสามารถสานต่อได้อย่างยั่งยืน

บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เป็นการวิจัยที่มุ่งสร้างแนวทางการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็กยากจน โดยได้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ผ่านขั้นตอนการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตอย่างมีส่วนร่วม และการสนทนากลุ่ม เพื่อมุ่งสู่การพัฒนาการเรียนรู้ร่วมกันและรวบรวมข้อมูลที่ได้รับคำตอบที่เหมาะสมกับวัตถุประสงค์วิจัยมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยในอดีตที่ได้ระบุว่า การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพของตนเอง ในชุมชนโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมพบว่า เกิดกลุ่มผู้สนใจในการดูแลสุขภาพตนเอง เกิดผู้นำอย่างไม่เป็นทางการ เกิดกิจกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองตามวิถีพื้นบ้าน อีกทั้งการพบปะแลกเปลี่ยนความคิดเห็นทำให้เกิดการเรียนรู้ และการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงในการแก้ไขปัญหาของชุมชน นอกจากนี้จากการทบทวนงานวิจัยในอดีตพบว่านิยมใช้หลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาภาวะทุพโภชนาการ (เจ็ดนภา แสงสว่าง, ศิริวรรณ ชูกำเนิด, ปารีชาติ ชูประดิษฐ์, ศรีสุภาภรณ์ บินทาประสิทธิ์ และทองใหญ่ วัฒนธรรม, 2560, เบญจมาศ เวทย์จรัสและคณะ, 2550, พชร ศิละวรรณโณ, 2550, อารีรัตน์ ดิลกธนากุล, 2540) โดยขั้นตอนของการศึกษานี้มีรายละเอียดดังแสดงให้เห็นดังแผนภาพต่อไปนี้

แผนภาพที่ 3.1 ขั้นตอนของการศึกษาตามวัตถุประสงค์การวิจัย



ขั้นตอนที่ 1: การสัมภาษณ์เชิงลึก

แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการศึกษา

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) เนื่องจากต้องการกลุ่มตัวอย่างที่มีข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ต้องการศึกษามากและลึกตรงประเด็นที่ต้องการศึกษาผสมผสานกับเทคนิคการสุ่มตัวอย่างแบบสโนว์บอล (Snowball Sampling) โดยให้ผู้ให้ข้อมูลหลักแนะนำผู้ที่มีความเกี่ยวข้องอีกทอดหนึ่ง เพื่อให้มั่นใจว่าสามารถเข้าถึงผู้ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดได้ เนื่องจากผู้ที่อยู่ในชุมชนมีความรู้ความเข้าใจถึงบทบาทและหน้าที่ของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียมากกว่าผู้วิจัยที่เป็นบุคคลภายนอก ดังรายละเอียดต่อไปนี้

●	ตัวแทนจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	2 คน
●	อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	2 คน
●	ตัวแทนผู้นำหมู่บ้าน	2 คน
●	ตัวแทนองค์การบริหารส่วนตำบล	2 คน
●	ตัวแทนโรงเรียนประจำหมู่บ้าน	2 คน
●	ผู้ปกครองเด็ก/ ผู้ดูแลเด็ก	10 คน
	รวมทั้งสิ้น	20 คน

ทั้งนี้ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวพิจารณาจากแผนปฏิบัติการยุทธศาสตร์โภชนาการในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้เพื่อสนับสนุนความมั่นคงทางอาหาร ซึ่งดำเนินการโดยองค์การอาหารและเกษตรแห่งสหประชาชาติ ที่ได้ระบุว่าผู้ปกครอง ครู และผู้ดูแลเด็กเป็นกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญ เนื่องจากเป็นบุคคลที่มีบทบาทในการผลิตหรือประกอบอาหารให้เด็กรับประทานในแต่ละมื้อ และจากการทบทวนงานวิจัยในอดีตพบว่า ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการสื่อสารสุขภาพในชุมชนประกอบไปด้วยเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุข ผู้นำชุมชน ครู และผู้ปกครอง จึงส่งผลให้ผู้วิจัยเลือกสัมภาษณ์ตัวแทนจากกลุ่มดังกล่าวทุกกลุ่มเพื่อให้ได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการเก็บข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้เป็นแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-Structure Interview) โดยตั้งแนวคำถาม (Guideline Questions) ที่เป็นคำถามกว้าง ๆ เปิดโอกาส

ให้ผู้ให้สัมภาษณ์สามารถให้ข้อมูลได้อย่างเต็มที่และผู้วิจัยสามารถยืดหยุ่นในการสัมภาษณ์ประเด็นต่างๆ ที่น่าสนใจเพิ่มเติมได้ โดยผู้วิจัยทำการทบทวนงานวิจัยและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง จากนั้นจึงได้พัฒนาข้อคำถามขึ้นมาโดยเน้นความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย โดยคำถามที่ใช้เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์ประกอบด้วยคำถามในประเด็นสถานภาพและปัจจัยที่ส่งผลต่อปัญหาด้านโภชนาการของเด็กยากจนในหมู่บ้าน การบริหารจัดการปัญหาดังกล่าวและรูปแบบการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาในปัจจุบัน ดังตัวอย่างแนวทางคำถามต่อไปนี้

- 1) สถานการณ์ทุพโภชนาการในเด็กภายในหมู่บ้านในปัจจุบันเป็นอย่างไร
- 2) ปัจจัยที่ก่อให้เกิดปัญหาทุพโภชนาการในเด็กภายในหมู่บ้านมีปัจจัยใดบ้าง
- 3) แนวทางการแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็กภายในหมู่บ้านในปัจจุบันเป็นอย่างไร (มุ่งเน้นแนวทางการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหา)
- 4) ผลลัพธ์จากการแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็กภายในหมู่บ้านในปัจจุบันเป็นอย่างไร
- 5) ปัญหา อุปสรรคและข้อจำกัดจากการแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็กภายในหมู่บ้านในปัจจุบันเป็นอย่างไร
- 6) ข้อเสนอแนะต่อแนวทางการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็กภายในหมู่บ้าน

ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยการนำแนวคำถามฉบับสมบูรณ์ไปให้นักวิชาการผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเพื่อนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงและแก้ไขแนวคำถามให้มีความครอบคลุมและชัดเจนตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย นอกจากนี้เนื่องจากการเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกในครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลด้วยตนเอง (Face Validity) ดังนั้นได้มีการตรวจสอบข้อมูลพร้อมทั้งทำความเข้าใจกับผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informants) เป็นระยะ เพื่อควบคุมปัญหาในเรื่องความเที่ยงตรงของข้อมูล และมีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลหลักกับเอกสารต่าง ๆ เช่น เอกสารที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ทุพโภชนาการในชุมชน เอกสารการดำเนินกิจกรรมอาหารกลางวันในโรงเรียนของชุมชน เป็นต้น และตรวจสอบระหว่างผู้ให้ข้อมูลหลักด้วยกันเองอีกด้วย ซึ่งเป็นการตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data Triangulation)

ขั้นตอนที่ 2: การสังเกตอย่างมีส่วนร่วม

แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการศึกษา

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ผสมผสานกับเทคนิคการสุ่มตัวอย่างแบบสโนว์บอล (Snowball Sampling) โดยให้ผู้ให้ข้อมูลหลักแนะนำผู้ที่มีความเกี่ยวข้องอีกทอดหนึ่ง เพื่อให้มั่นใจว่าสามารถเข้าถึงผู้ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดได้ ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนนี้เป็นกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนที่ 1 อันประกอบไปด้วย

●	ตัวแทนจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	2 คน
●	อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	2 คน
●	ตัวแทนผู้นำหมู่บ้าน	2 คน
●	ตัวแทนองค์การบริหารส่วนตำบล	2 คน
●	ตัวแทนโรงเรียนประจำหมู่บ้าน	2 คน
●	ผู้ผู้ปกครองเด็ก/ ผู้ดูแลเด็ก	22 คน
	รวมทั้งสิ้น	32 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยนำผลการวิจัยที่ได้จากการเก็บข้อมูลในขั้นตอนที่ 1 มาดำเนินการพัฒนาแผนงานรูปแบบการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการ โดยวางบทบาทให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียแต่ละกลุ่มมีบทบาทที่แตกต่างกันไปตามแนวคิดการสื่อสารแบบมีส่วนร่วม ได้แก่ บทบาทการเป็นผู้บริหาร บทบาทการเป็นผู้สื่อสาร และบทบาทการเป็นผู้รับสาร โดยมีขั้นตอนการดำเนินดังนี้

1. ร่วมวางแผนพัฒนาแผนงานรูปแบบการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการกับร่วมกับตัวแทนผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ตามโครงสร้างการพัฒนาแผนงาน อันประกอบไปด้วย
 - การวิเคราะห์ข้อมูล
 - การกำหนดกลุ่มเป้าหมายในการสื่อสาร
 - การกำหนดวัตถุประสงค์
 - การกำหนดกลยุทธ์
 - สาร
 - สื่อ
 - การกำหนดกลวิธี
 - รายละเอียดของกิจกรรมการสื่อสาร

- การกำหนดแนวทางการประเมินผล
2. ชุมชนดำเนินการทดลองนำแผนงานที่ได้มาใช้งานจริง ในรูปแบบโครงการการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพโภชนาการในเด็ก โดยให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้มีส่วนร่วม

ขั้นตอนที่ 3: การสนทนากลุ่ม

แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการศึกษา

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จากผู้ที่ได้เข้าร่วมในโครงการการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพโภชนาการในเด็ก (ขั้นตอนที่ 2) เนื่องจากเป็นผู้ที่ได้มีส่วนร่วมตามกระบวนการอย่างครบถ้วน อันประกอบไปด้วย

●	ตัวแทนจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	2 คน
●	อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	2 คน
●	ตัวแทนผู้นำหมู่บ้าน	2 คน
●	ตัวแทนองค์การบริหารส่วนตำบล	2 คน
●	ตัวแทนโรงเรียนประจำหมู่บ้าน	2 คน
●	ผู้ปกครองเด็ก/ ผู้ดูแลเด็ก	5 คน
	รวมทั้งสิ้น	15 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการเก็บข้อมูลในการศึกษาขั้นตอนนี้เป็นแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-Structure Interview) โดยตั้งแนวคำถาม (Guideline Questions) โดยยึดแนวความคิดการสื่อสารสุขภาพและการสื่อสารแบบมีส่วนร่วมประกอบกับแนวคิดโภชนาการตามที่ได้ระบุไว้ในกรอบการวิจัย เพื่อดำเนินการตรวจสอบว่าแผนงานรูปแบบการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพโภชนาการที่พัฒนาขึ้นมาในขั้นตอนที่ 2 นั้นมีความเหมาะสมหรือไม่ แต่อย่างไรก็ตามการตั้งแนวคำถามนั้นเป็นแนวคำถามที่เปิดโอกาสให้ผู้ร่วมสนทนาสามารถให้ข้อมูลได้อย่างเต็มที่ และผู้ดำเนินการ (Moderator) สามารถยืดหยุ่นในการอภิปรายประเด็นต่าง ๆ ที่น่าสนใจเพิ่มเติมได้ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยการนำแนวคำถามฉบับสมบูรณ์ไปให้นักวิชาการ

ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเพื่อนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงและแก้ไขแนวคำถามให้มีความครอบคลุมและชัดเจนตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย นอกจากนี้เนื่องจากการเก็บข้อมูลจากการสนทนากลุ่มในครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลด้วยตนเอง (Face Validity) ดังนั้นจึงได้มีการตรวจสอบข้อมูลพร้อมทั้งทำความเข้าใจกับผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informants) เป็นระยะ เพื่อควบคุมปัญหาในเรื่องความเที่ยงตรงของข้อมูล และยังได้มีการตรวจสอบความเชื่อมั่นของข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลหลักกับเอกสารต่าง ๆ และตรวจสอบระหว่างผู้ให้ข้อมูลหลักด้วยกันเองด้วย ซึ่งเป็นการตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data Triangulation) โดยโครงสร้างคำถามที่ใช้การสนทนาหลังจากที่ผู้ดำเนินการได้อธิบายสรุปถึงโครงสร้างแผนงานรูปแบบการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาทุกโชนาการที่พัฒนาขึ้นมาแล้วนั้น ประกอบด้วย 6 ประเด็นหลักได้แก่

- ความเหมาะสมของการระบุกลุ่มเป้าหมายในแผนงานการสื่อสาร
- ความเหมาะสมของการระบุวัตถุประสงค์ในแผนงานการสื่อสาร
- ความเหมาะสมขององค์ประกอบสารที่สอดคล้องกับแนวคิดการสื่อสารสุขภาพและการสื่อสารแบบมีส่วนร่วมของชุมชน
- ความเหมาะสมขององค์ประกอบด้านสื่อและกิจกรรม
- ความเหมาะสมของแนวทางการประเมินผล
- แนวทางการต่อยอดเพื่อให้เกิดความยั่งยืนของการพัฒนา และข้อเสนอแนะอื่น ๆ สำหรับการปรับปรุงแผนงานรูปแบบการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาทุกโชนาการ

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

งานวิจัยชิ้นนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โดย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เป็นที่เรียบร้อยแล้ว นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างดังรายละเอียดต่อไปนี้

- **เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย:** ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้าและการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้จะไม่มีผลกระทบต่อผู้เข้าร่วมวิจัยแต่ประการใด
- **มาตรการในการรักษาความลับของข้อมูล:** ข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยจะถูกเก็บรักษาไว้ในคอมพิวเตอร์ที่ต้องใส่รหัสผ่านและมีเพียงผู้วิจัยที่สามารถเข้าถึงได้เท่านั้น นอกจากนี้สำหรับข้อมูลที่เป็นเอกสาร ผู้วิจัยจะจัดเก็บเอกสารไว้ในตู้เก็บเอกสารที่ปิด

ลือด้วยกุญแจ ในที่ทำงานของผู้วิจัยและมีเพียงผู้วิจัยที่จะสามารถเข้าถึงเอกสารนั้น ๆ ได้ ทั้งนี้ในการรายงานผลการวิจัยจะเป็นข้อมูลโดยภาพรวมแต่อาจจะมีคุณสมบัติบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นรายบุคคล เช่น ผู้ให้ทุนวิจัย เป็นต้น

- **ระยะเวลาในการเก็บรักษาข้อมูล:** เก็บไว้ 1 ปีหลังจากงานวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่
- **วิธีการทำลายข้อมูลหลังจากเสร็จสิ้นการวิจัย:** ในขณะที่ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยจะจัดเก็บเอกสารต่าง ๆ ของโครงการวิจัยไว้ในคอมพิวเตอร์ส่วนตัวของผู้วิจัย หลังจากโครงการสิ้นสุดลงแล้วเอกสารต่าง ๆ จะถูกทำลายด้วยตัวผู้วิจัยเองโดยการลบเอกสารจากเครื่องคอมพิวเตอร์แบบถาวร
- **การรายงานผลการวิจัย:** ผู้วิจัยป้องกันความเสี่ยงโดยการไม่ระบุชื่อ นามสกุล ของกลุ่มตัวอย่างในการรายงาน/ นำเสนอผลการวิจัย

การวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูล

ผู้วิจัยทำการถอดบทสัมภาษณ์ของกลุ่มผู้ให้สัมภาษณ์และวิเคราะห์ข้อมูลแต่ละประเด็นภายใต้วัตถุประสงค์การวิจัย กรอบการวิจัย และแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. การสร้างกรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual Framework): เพื่อใช้เป็นแนวทางเบื้องต้นในการเก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้การทบทวนเอกสาร วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาเป็นกรอบในการวิจัย
2. การอ่านอักษรข้อความที่บันทึก (Text Reading) และจัดระบบข้อมูล (Data Organizing): ถอดเทปบทสัมภาษณ์ ทบทวน ตรวจสอบข้อมูลที่ได้อ่านและทำการสรุปข้อมูลเบื้องต้นโดยจำแนกให้เป็นหมวดหมู่ ตามวัตถุประสงค์ของงานวิจัย
3. การจัดแสดงข้อมูล (Data Display) และลดขนาดข้อมูล (Data Reduction): เป็นการสร้างข้อสรุปชั่วคราวของข้อมูล โดยผู้วิจัยแสดงข้อมูล คำสัมภาษณ์บางส่วนมาแสดงเป็นหลักฐานประกอบในหมวดหรือกลุ่มข้อมูลที่จัดตั้งไว้ เพื่อแสดงให้เห็นถึงความเข้าใจและชัดเจนมากยิ่งขึ้น
4. การสร้างบทสรุปของข้อมูล (Conclusion Drawing) ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้
5. การสอบทานความจริง/ ความแม่นยำของข้อมูล (Verification): เพื่อยืนยันความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูล

6. อธิบายความหมายของข้อค้นพบ (Interpretation) โดยการวิเคราะห์การวิจัยทั้งหมดและสร้างบทสรุป จากนั้นทำการตรวจสอบยืนยันผลที่ได้จากการวิจัยกับแนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยที่นำมาเป็นกรอบในการวิจัยนี้ว่ามีความแตกต่างหรือคล้ายคลึงกัน พร้อมทั้งเสนอข้อเสนอแนะและแนวทางการศึกษาวิจัยในอนาคตเพื่อใช้ประยุกต์ต่อไป โดยการเขียนเชิงพรรณนา (Descriptive Writing)

บทที่ 4

สถานการณ์การสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็กในพื้นที่

หมู่บ้านนายม จังหวัดชัยภูมิ ประเทศไทย

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอันประกอบไปด้วย ตัวแทนจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตัวแทนผู้นำหมู่บ้าน ตัวแทนองค์การบริหารส่วนตำบล ตัวแทนโรงเรียนประจำหมู่บ้าน และผู้ปกครองเด็ก/ ผู้ดูแลเด็ก จำนวน 20 คน ในประเด็นทุพโภชนาการในเด็กยากจนที่อาศัยอยู่ในถิ่นทุรกันดาร พบว่า สถานภาพและปัจจัยที่ส่งผลต่อปัญหาด้านโภชนาการของเด็กยากจนในหมู่บ้าน การบริหารจัดการปัญหาดังกล่าวและรูปแบบการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาที่ดำเนินการในพื้นที่หมู่บ้านนายม จังหวัดชัยภูมิ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. สถานการณ์ทุพโภชนาการในเด็ก

ตามมาตรฐานสำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขได้ใช้เกณฑ์ในการประเมินภาวะโภชนาการ 3 เกณฑ์ ได้แก่ น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ และน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง ซึ่งจากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำตำบลและผู้นำชุมชน อันได้แก่ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล พบว่า ในช่วงระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2557 – 2561) มีจำนวนเด็กที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ในสัดส่วนที่ไม่แตกต่างกันนัก โดยเด็กส่วนใหญ่ที่ประสบปัญหา อาศัยอยู่กับปู่ย่าตายาย เนื่องจากพ่อแม่ต้องย้ายถิ่นฐานไปทำงานต่างจังหวัด ซึ่งปู่ย่าตายายนั้นมีอายุมากและฐานะยากจน สามารถเลี้ยงดูบุตรหลานได้ตามอัตภาพของตน ตามที่ผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่ได้ระบุว่า “กินพออิ่ม มีอะไรก็กินสิ่งนั้น กินตามมีตามเกิด” ประกอบกับวัฒนธรรมการรับประทานอาหารของผู้คนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่เน้นการรับประทานข้าวเหนียวคู่กับน้ำพริก ทำให้เด็กไม่ได้รับคุณค่าสารอาหารที่ครบถ้วน

จากการสัมภาษณ์พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะทุพโภชนาการในเด็กนั้น ประกอบไปด้วยหลากหลายปัจจัย ดังบทสัมภาษณ์ต่อไปนี้

“สถานการณ์ภาวะโภชนาการจากอดีตถึงปัจจุบัน มีเด็กน้ำหนักน้อยและค่อนข้างน้อย จำนวนใกล้เคียงกันมากและมีจำนวนเท่ากัน ซึ่งปัจจัยที่ส่งผลต่อโภชนาการน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ พบว่า มีทั้งเรื่องฐานะทางครอบครัวยากจน ทำให้แม่ไม่ได้เลี้ยงดูลูกหลังคลอดต้องไปทำงานนอกบ้านหรือต่างจังหวัด ผู้ดูแล ผู้ดูแลทารกเป็น ย่า ยาย ป้าหรือญาติ หรือแม่กระทั่งพฤติกรรมการเล่นของเด็กตามวัฒนธรรมประเพณี เช่น อาหารของเด็กไม่มีการดูแลเอาใจใส่ หรือเรื่องเด็กน้ำหนักน้อยแต่แรกคลอดน้อยกว่า 2500 กรัม และมารดาตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 20 ปี ทั้งหมดนี้ส่งผลทั้งหมด” ตัวแทนเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 9 กรกฎาคม 2562

โดยหากแบ่งปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดปัญหาทุโภชนาการในเด็กออกเป็นหมวดหมู่สามารถแบ่งได้เป็น 4 ปัจจัย อันได้แก่ ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านผู้เลี้ยงดูเด็ก ปัจจัยด้านน้ำหนักแรกคลอดของเด็ก และปัจจัยด้านมารดา ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ

จากการสัมภาษณ์พบว่า ฐานะทางครอบครัวที่ยากจนส่งผลให้พ่อแม่/ ผู้ปกครองต้องพลัดถิ่นไปทำงานต่างจังหวัด ไม่ได้เลี้ยงดูลูกด้วยตนเอง เด็กต้องอาศัยอยู่กับผู้สูงอายุ เช่น ปู่ ย่า ตา ยาย ซึ่งเลี้ยงดูตามอัตภาพของตน เด็กจึงไม่ได้กินนมแม่และไม่ได้รับประทานอาหารที่เหมาะสม ในขณะที่บางครอบครัวนั้น ความยากจนส่งผลให้ไม่สามารถจัดหาอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการให้เด็กได้ ดังบทสัมภาษณ์ต่อไปนี้

“ครอบครัวที่ตกขายได้ตกเกณฑ์ หรือยากจน ครอบครัวนั้นจะชัดเจนมากกว่าเด็กไม่ได้รับสารอาหารและอาหารที่สมควรได้รับตามวัย เช่น กินนมผสมถึงอายุต้องเปลี่ยนสูตรนมก็ไม่มีเงินซื้อตามสูตร หรือพอถึงวัยกินอาหารเป็นหลักก็ได้กินอาหารที่ไม่ครบหมู่ และแนวโน้มสถานการณ์ในพื้นที่ในภาพรวมภาวะขาดแคลนสารอาหารยังคงเกิดในครอบครัวที่มีปัญหาเศรษฐกิจ” ตัวแทนเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 9 กรกฎาคม 2562

“ปัญหาหลักมาจากรายได้ของพ่อแม่ พอรายได้ก็น้อย รายได้ไม่เพียงพอที่ส่งผลต่อความเป็นอยู่ของเด็ก อาหารการกินก็ค่อนข้างขาดแคลน” ตัวแทนผู้นำหมู่บ้าน, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 9 กรกฎาคม 2562

“ส่วนใหญ่แม่จะแบ่งออกเป็น 2 แบบคือ ไปรับจ้างแล้วฝากลูกไว้กับปู่ย่าตายาย กับอีกแบบหนึ่งคือ อยู่บ้านเลี้ยงลูกรายได้หลักมาจากสามี คนที่ออกไปรับจ้างแล้วต้องฝากลูกไว้ก็ไม่มีโอกาสให้นมลูก เด็กก็ต้องกินนมผง นมผงตั้งแต่เกิด” ตัวแทนผู้นำหมู่บ้าน, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 11 กรกฎาคม 2562

“จริง ๆ แม่คลอดลูกคนแรกรัฐก็ให้เงิน 600 บาท 6 เดือน แต่มันก็คงไม่ได้เพียงพอสำหรับค่าใช้จ่ายทั้งหมด แม่ก็ออกไปหางานทำ รับจ้าง แล้วฝากลูกไว้ให้คนแก่เลี้ยงซึ่งก็เลี้ยงกันตามอัตภาพ” ตัวแทนองค์การบริหารส่วนตำบล, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 11 กรกฎาคม 2562

“ความยากจนมีผลมาก เช่น พ่อแม่ไปรับจ้าง ปล่อยลูกไว้กับปู่ย่าตายายที่บ้าน ที่ไม่มีงานทำและไม่ได้ส่งเงินกลับมาให้พอกับการดูแลให้ดี คนแก่ที่บ้านก็ทำได้แค่หาอาหารให้หลานพอได้กิน หรือบางบ้านด้วยความยากจนแต่อยากให้ลูกไปทำงานด้วย เช่น ไปรับจ้างตัดอ้อยก็ให้ลูกไปด้วย เช้า กลางวันกินอยู่ในไร่แบบไม่ถูกสุขอนามัย แบบนี้ก็เยอะ” ตัวแทนครูโรงเรียนประจำชุมชน, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 9 กรกฎาคม 2562

“ยายได้เงินคนแก่ (สวัสดิการรัฐ) 600 บาท แล้วมีไปรับจ้างบ้าง ลูกหลานให้บ้าง หนึ่งเดือนรวมแล้วได้ประมาณ 3,000 บาท ต้องเลี้ยงตัวเอง เลี้ยงหลานอีก 2 คน ก็ทำได้แค่เลี้ยงให้เขาโต กินกันไปตามมีตามเกิด” ตัวแทนผู้ดูแลเด็ก, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 11 กรกฎาคม 2562

2) ปัจจัยด้านผู้เลี้ยงดูเด็ก จากการสัมภาษณ์พบว่า พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กนั้นอยู่ในรูปแบบการจัดหาอาหารให้เด็กได้รับประทานแต่พออิ่ม เนื่องจากผู้เลี้ยงดูเด็กไม่ได้ตระหนักถึงผลเสียที่อาจเกิดตามมาจากอาหารขาดสารอาหารดังกล่าว อย่างไรก็ตามผู้เลี้ยงดูส่วนใหญ่มีความรู้พื้นฐานด้านโภชนาการ เช่น มีความรู้ว่าปลาและนมเป็นอาหารที่มีประโยชน์กับเด็ก แต่ไม่ได้เกิดพฤติกรรมตามความรู้ที่มีเนื่องจากข้อจำกัดด้านพฤติกรรมการใช้ชีวิตและปัจจัยด้านเศรษฐกิจดังที่กล่าวไปข้างต้น รวมไปถึงวัฒนธรรมการกินของท้องถิ่น ดังบทสัมภาษณ์ต่อไปนี้

“หลายบ้านปัญหาเกิดจากความไม่รู้ เอาสะดวกไว้ก่อน โดยเฉพาะภาคอีสานไม่ได้กินเน้นอาหารแต่เน้นข้าวเหนียว ผู้ใหญ่กินแบบนี้ ก็ให้เด็กกินแบบนี้ด้วย ไม่ได้คำนึงว่าเด็กต้องการโปรตีนเพื่อไปใช้ในการเจริญเติบโตนะ ไม่ได้คิดขนาดนั้น” ตัวแทนครูโรงเรียนประจำชุมชน, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 9 กรกฎาคม 2562

“บ้านเรากินแจ่ว (น้ำพริก) กับข้าวเหนียว มีอะไรก็กินอย่างนั้น หลานเราก็กินเหมือนกัน บางทีกินแจ่วไม่ได้ก็จิ้มเกลือหรือต้มไข่ รู้นะว่าต้องกิน 3 มื้อ” ตัวแทนผู้ดูแลเด็ก, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 11 กรกฎาคม 2562

“เขาก็บอกนะว่ากินปลา กินนมจะฉลาด อันนี้ย้ายรู้แต่ก็ไม่ได้กินทุกวัน วันไหนมีก็เอานื้อให้หลานกินด้วย แบ่งมาทำแจ่วด้วย” ตัวแทนผู้ดูแลเด็ก, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 11 กรกฎาคม 2562

“ปัญหาของเด็กที่เราเจอมีทั้งพอมเกินไป อ้วนเกินไป คือมีทั้งกลุ่มขาด กลุ่มเกิน ในเรื่องการบริโภคเท่าที่เราสังเกต พ่อแม่ไม่ได้เลี้ยงลูกเอง ปูย่าตายายเลี้ยง ซึ่งบางคนก็ดูแลตัวเองลำบากเลยกลายเป็นว่า อาหารที่จัดให้เด็กคือ อาหารใกล้มือ ซื้อง่าย มีอะไรกินอย่างนั้น” ตัวแทนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 9 กรกฎาคม 2562

3) ปัจจัยด้านน้ำหนักแรกคลอดของเด็ก จากการสัมภาษณ์พบว่า น้ำหนักแรกคลอดของเด็กส่งผลต่อภาวะทุพโภชนาการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัมมักจะประสบปัญหาทุพโภชนาการตามมา ดังบทสัมภาษณ์ต่อไปนี้

“น้ำหนักแรกคลอดของเด็กมีผลมาก เด็กที่ตัวเล็กน้ำหนักน้อยมากตั้งแต่คลอด มีแนวโน้มประสบปัญหาทุพโภชนาการตามมา” ตัวแทนเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 9 กรกฎาคม 2562

4) ปัจจัยด้านมารดา จากการสัมภาษณ์พบว่า หนึ่งในปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะทุพโภชนาการในเด็กคือ มารดา เนื่องจากเด็กที่มีปัญหาส่วนใหญ่นั้น เป็นเด็กที่มารดาตั้งครรภ์ในขณะที่อายุต่ำกว่า 20 ปี ขาดความพร้อมในการดูแลเด็ก ดังบทสัมภาษณ์ต่อไปนี้

“เรื่องวัยหรือความพร้อมของแม่มีผลมาก บางเรื่องเป็นเรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ เช่น ความสะอาดของขูดนมหัวนมอุปกรณ์ขูดนมไม่สะอาดเด็กถ่ายอุจจาระร่วงอาเจียนน้ำหนักลดลงได้ ซึ่งก็เจอว่าแม่ที่เป็นวัยรุ่น อายุไม่ถึง 20 ปีจะขาดความใส่ใจมากกว่าแม่ที่อายุเหมาะสม” ตัวแทนเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 9 กรกฎาคม 2562

“ตัวเองท้องตอนอายุ 18 ก็กินปกติคะ กินส้มตำ กินอาหารทุกอย่างเหมือนเดิม ตอนให้หมาก็กินเหมือนเดิม กินที่มี ไม่ได้ไปสรรหาว่าต้องกินอะไร เพราะเราไม่ได้เลือกได้” ตัวแทนผู้ปกครอง/ ผู้ดูแลเด็ก, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 11 กรกฎาคม 2562

แต่อย่างไรก็ตาม จากการสัมภาษณ์พบว่า ในพื้นที่ชนบทนั้นมีจุดแข็งสำคัญคือ มีวัฒนธรรมการอยู่ร่วมกันแบบพึ่งพา เช่น การเกื้อกูลจากเพื่อนบ้าน ประกอบกับมีแหล่งอาหารตามธรรมชาติ จึงทำให้เด็กได้รับประทานอาหารครบทุกมื้อแต่อาจไม่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ ดังบทสัมภาษณ์ต่อไปนี้

“บ้านนอกมีข้อดีอยู่อย่างหนึ่ง คือ เราแบ่งปันกัน ถ้าอีกบ้านไม่มีหรือขาดแคลนเราก็ดูแลกัน เด็กอาจจะได้สารอาหารไม่ครบก็จริง แต่อย่างไรก็มีกินทุกมื้อไม่ได้ขาด” ตัวแทนองค์การบริหารส่วนตำบล, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 11 กรกฎาคม 2562

“บ้านเรามีลำห้วย มีปลา มีหอย มีต้นกล้วย มีผักต่าง ๆ ที่นำมาใช้ทำอาหารได้ ทำให้การเข้าถึงอาหารมีมากพอ แต่ถ้าจะกินแบบครบหมู่ตามหลักโภชนาการอันนี้ค่อนข้างยาก เพราะมันก็แล้วแต่ว่าวันนี้จะมีอะไรกิน เลือกไม่ได้ สำหรับคนที่ยากจน” ตัวแทนผู้นำหมู่บ้าน, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 11 กรกฎาคม 2562

สรุปได้ว่า ในปัจจุบันสถานการณ์เด็กที่มีปัญหาทุพโภชนาการค่อนข้างคงที่ โดยปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการศึกษาทุพโภชนาการในเด็กในพื้นที่หมู่บ้านนายม จังหวัดชัยภูมิ ได้แก่ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านผู้ดูแลเด็ก ปัจจัยด้านน้ำหนักร่างกาย และปัจจัยด้านมารดา

2. กระบวนการการแก้ไขภาวะทุพโภชนาการในเด็ก

ในส่วนของกระบวนการการแก้ไขภาวะทุพโภชนาการในเด็กนั้น จากการสัมภาษณ์พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการส่งเสริมและป้องกัน ติดตามเฝ้าระวังภาวะโภชนาการและเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง เพื่อลดการเกิดภาวะทุพโภชนาการในเด็ก โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ลงพื้นที่วัดน้ำหนัก ส่วนสูงของเด็กในหมู่บ้านของตนทุกไตรมาส และทุกเดือนสำหรับเด็กที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ จากนั้นหากพบว่าเด็กมีภาวะทุพโภชนาการ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จะส่งรายชื่อดังกล่าวให้แก่เจ้าหน้าที่

สาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อประเมินพัฒนาการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สติปัญญาและให้ความรู้เพื่อแก้ไขปัญหาต่อไป ดังบทสัมภาษณ์ต่อไปนี้

“อสม.เผ่าระวังโดยการชั่งน้ำหนัก/ วัดความยาว ทุก 3 เดือนรายที่น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ชั่งทุกเดือน รายที่มีพัฒนาการล่าช้าจะได้รับการกระตุ้นโดยอสม.ที่ผ่านการอบรมและส่งต่อเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลประเมินพัฒนาการทุกเดือน ส่วนในสถานบริการหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพก็จัดมุมส่งเสริมพัฒนาการเด็กมีแบบประเมินด้านร่างกายจิตใจสติปัญญา” ตัวแทนเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 9 กรกฎาคม 2562

“อสม. จะเข้าไปตามบ้าน ไปเจาะเลือด วัดความดัน วัดน้ำหนัก ส่วนสูง บางรอบก็มีของไปให้ เช่น เกลือไอโอดีน พอตรวจเสร็จเราก็จะรายงานไปที่ รพสต.” ตัวแทนอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 9 กรกฎาคม 2562

นอกจากหน่วยงานด้านสาธารณสุขแล้ว โรงเรียนประจำหมู่บ้านก็ได้ดำเนินการในการแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็กโดยการจัดอาหารมื้อเที่ยงครอบคลุมอาหารหลัก อาหารว่าง และผลิตภัณฑ์อาหารที่จำหน่ายในโรงเรียนที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการให้กับนักเรียนทุกคน แต่อย่างไรก็ตามจากการสัมภาษณ์พบว่า เด็กที่มีฐานะยากจนและประสบปัญหาทุพโภชนาการนั้นส่วนใหญ่มีเด็กเรียนเนื่องจากต้องติดตามผู้ปกครองที่ไปทำงานรับจ้างต่างจังหวัด จึงทำให้ไม่ได้รับประทานอาหารมื้อเที่ยงที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการด้วย ดังบทสัมภาษณ์ต่อไปนี้

“โรงเรียนได้จัดอาหารกลางวันที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการให้ในทุกวันที่มาโรงเรียน มีนมโรงเรียนให้เด็กทุกคน แต่ปัญหามันก็สืบเนื่องมาจากความยากจน คือ เด็กต้องขาดโรงเรียนตามพ่อแม่ไปรับจ้าง พอรับจ้างเสร็จก็กลับมา มา ๆ หาย ๆ ทำให้การมาโรงเรียนขาดช่วง และก็ส่งผลให้ไม่ได้กินอาหาร กินนมโรงเรียน กลายเป็นว่าขาดทั้งความรู้ ขาดทั้งสารอาหาร” ตัวแทนครูโรงเรียนประจำชุมชน, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 9 กรกฎาคม 2562

“ถ้าเด็กที่ยากจนมาโรงเรียน และโรงเรียนมีอาหารกลางวันเหลือ เราก็จะห่อใส่ถุงให้เด็กนำไปกินมื้อเย็นที่บ้าน ซึ่งก็แน่นอนว่าเป็นอาหารที่มีสารอาหารครบ แต่ปัญหาที่เหมือนเดิมคือ เด็กที่มีปัญหาไม่มาโรงเรียนสม่ำเสมอ หรือช่วงปิดเทอมทั้งอาหารกลางวันและ

นมโรงเรียนก็จะมี” ตัวแทนครูโรงเรียนประจำชุมชน, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 9 กรกฎาคม 2562

“เราไปร้อ้อย 3 เดือน ก็เอาลูกไปด้วย สงสารไม่รู้จะให้อยู่กับใคร ก็ให้พี่คนโต ป.4 ดูแลน้องเล็ก ๆ ให้หาข้าวให้น้องกินตอนเที่ยงหรือซื้อขนมให้น้องกิน ให้เงินไว้ 10 บาท 15 บาท ซื้อขนมแบ่งกัน” ตัวแทนผู้ปกครอง/ ผู้ดูแลเด็ก, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 11 กรกฎาคม 2562

“ในโรงเรียนเราพยายามควบคุมทุกอย่าง ทั้งร้านขนมที่มาขาย เราก็จะพยายามควบคุมเท่าที่ทำได้ เช่น เน้นให้ขายนม ผลไม้ ขนมที่พอจะมีประโยชน์ ไม่ขายน้ำอัดลม” ตัวแทนครูโรงเรียนประจำชุมชน, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 9 กรกฎาคม 2562

สรุปได้ว่ากระบวนการแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการเด็กในชุมชนมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นผู้รับผิดชอบหลัก โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ลงพื้นที่วัดน้ำหนัก ส่วนสูงของเด็กในหมู่บ้านของตน จากนั้นหากพบว่าเด็กมีภาวะทุพโภชนาการ จึงจะส่งรายชื่อดังกล่าวให้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อประเมินพัฒนาการและให้ความรู้เพื่อแก้ไขปัญหาต่อไป นอกจากนี้โรงเรียนประจำหมู่บ้านก็ได้ดำเนินการในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยการจัดอาหารมื้อเพียงที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการให้กับนักเรียนทุกคน

3. รูปแบบการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็ก

ในส่วนของรูปแบบการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็กนั้น จากการสัมภาษณ์พบว่ารูปแบบการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็กแบ่งออกเป็น 2 รูปแบบหลัก คือ การสื่อสารที่เป็นกิจวัตร และการสื่อสารเฉพาะกิจ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

3.1 รูปแบบการสื่อสารที่เป็นกิจวัตร

สำหรับรูปแบบการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็กรูปแบบแรก จากการสัมภาษณ์พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการสื่อสารเพื่อให้ความรู้เบื้องต้นกับเด็กและผู้ปกครองเมื่อพบความผิดปกติทางโภชนาการของเด็กในการตรวจสุขภาพประจำไตรมาสและประจำเดือน เป็นการสื่อสารแบบพบปะหน้าตา (Face-to-Face

Communication) โดยไม่มีสื่ออื่น ๆ ในการให้ความรู้ความเข้าใจ และในรายที่พบปัญหาทุพโภชนาการผู้ปกครองต้องพาเด็กไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ประจำอยู่ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จากนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะให้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการดูแลโภชนาการของเด็กที่เหมาะสม โดยเป็นการสื่อสารแบบพบปะหน้าตา (Face-to-Face Communication) โดยไม่มีสื่ออื่นในการให้ความรู้ความเข้าใจเช่นเดียวกัน ดังบทสัมภาษณ์ต่อไปนี้

“อสม. จะเป็นตัวแทนในการไปพบปะพูดคุยกับชาวบ้าน เพราะต้องไปตรวจสุขภาพตามรอบที่กำหนด เช่น ทุกไตรมาสสำหรับคนปกติ และทุกเดือนสำหรับคนที่ผิดปกติ แล้วค่อยส่งมาให้คุยกับสาธารณสุขที่ รพสต. (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล)” ตัวแทนอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 11 กรกฎาคม 2562

“เวลาคุยก็คุยปกติ ไม่ได้มีสื่ออะไรไป ก็คุยกัน บอกเขาว่ามีอะไรผิดปกติและต้องไปหาหมอที่ รพสต. (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล)นะ” ตัวแทนอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 11 กรกฎาคม 2562

ทั้งนี้การสื่อสารแบบพบปะหน้าตานั้นเป็นการสื่อสารที่มีความเหมาะสมกับการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาในชุมชน เนื่องจากเป็นรูปแบบการสื่อสารที่เปิดโอกาสให้ผู้รับสารสามารถซักถามได้ทันที ทั้งยังสามารถยืดหยุ่นการนำเสนอเนื้อหาได้ แต่อย่างไรก็ตามจากการสัมภาษณ์พบว่าการไม่ใช้สื่ออื่นใดประกอบการสื่อสารนั้นทำให้ไม่ได้ผลลัพธ์ที่เกิดประสิทธิภาพเท่าที่ควร นอกจากนั้นจากการสัมภาษณ์พบว่า การสื่อสารส่วนในรูปแบบนี้มุ่งเน้นการสื่อสารกับเด็กที่ประสบปัญหาทุพโภชนาการแล้ว ซึ่งเป็นการแก้ไขปัญหาที่ปลายเหตุ

นอกจากการให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแล้ว จากการสัมภาษณ์พบว่าโรงเรียนเป็นหนึ่งในหน่วยงานสำคัญที่ได้สอดแทรกความรู้เรื่องการรับประทานอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการให้นักเรียนในทุกระดับชั้น แต่ทั้งนี้การรับข้อมูลและนำไปปรับใช้นั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านเด็กและครอบครัวเป็นสำคัญ

3.2 รูปแบบการสื่อสารเฉพาะกิจ

สำหรับรูปแบบการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็กรูปแบบที่สอง จากการสัมภาษณ์พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้ดำเนินการจัดกิจกรรมพิเศษเพื่อให้ความรู้ความเข้าใจแก่เด็กและผู้ปกครองที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านตามวาระพิเศษต่าง ๆ โดยได้รับงบประมาณสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐ อาทิ องค์การบริหารส่วนตำบล เป็นต้น ซึ่งรูปแบบของการจัดกิจกรรมส่วนใหญ่เป็นการดำเนินกิจกรรมโดยเชียววิทยากรผู้มีความรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพและโภชนาการมาบรรยายให้ความรู้แก่กลุ่มเป้าหมาย พร้อมทั้งมีการมอบสิ่งเสริมแรงทางบวกเพื่อให้เกิดการเข้าร่วมกิจกรรม ไม่ว่าจะเป็นอาหาร นม ขนม รวมไปถึงเบี้ยเลี้ยงค่าเดินทางมาเข้าร่วมกิจกรรม เป็นต้น

นอกจากการจัดกิจกรรมโดยเจ้าหน้าที่ทางด้านสาธารณสุขแล้ว อีกหนึ่งผู้มีส่วนเกี่ยวข้องสำคัญในการแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการคือ โรงเรียนประจำหมู่บ้าน ซึ่งได้มีการจัดการให้ความรู้เรื่องโภชนาการในเด็กสอดแทรกไปกับการให้ข้อมูลการเตรียมความพร้อมต่างๆ สำหรับผู้ปกครองของนักเรียนใหม่ในวันปฐมนิเทศ ซึ่งจัดขึ้นปีการศึกษาละ 1 ครั้ง ในรูปแบบการบรรยาย ดังบทสัมภาษณ์ต่อไปนี้

“วันปฐมนิเทศที่เชิญผู้ปกครองเด็กมา ทางโรงเรียนก็จะแทรกเรื่องการดูแลอาหารการกินที่ถูกต้องให้กับผู้ปกครองได้รับทราบ 1 ปี เราก็มักจะจัดหลัก ๆ เลยหนึ่งครั้ง เป็นการบรรยาย ชี้แจงเรื่องต่าง ๆ ผู้ปกครองที่มาก็เชื่อเราบ้าง เช่น เราอธิบายเรื่องอาหาร 5 หมู่ บางคนก็บอกว่าเอาสิ่งที่เราบอกไปทำตาม บางคนก็เหมือนฟังไปนึ่ง ๆ และผู้ปกครองก็ไม่ได้มาทุกคน เขาก็ต้องไปทำมาหากิน ไปรับจ้างที่ถ้าหยุดมาร่วมปฐมนิเทศก็จะขาดรายได้เลี้ยงครอบครัวไป 1 วัน” ตัวแทนครูโรงเรียนประจำชุมชน, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 9 กรกฎาคม 2562

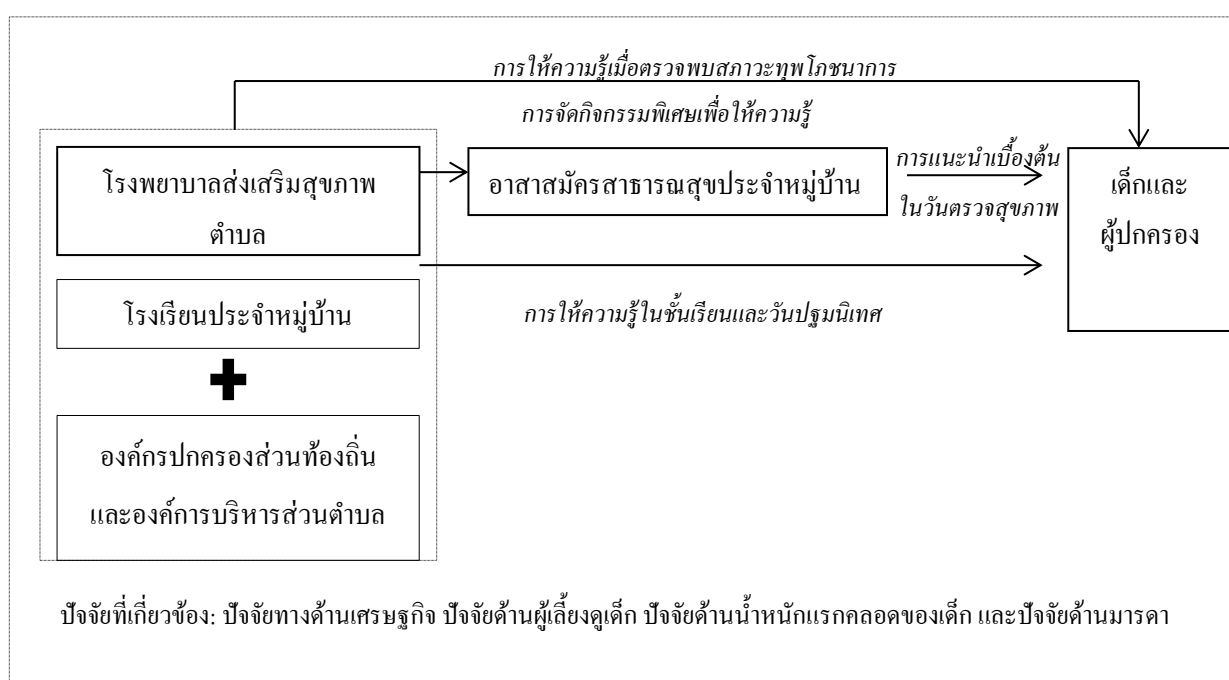
“เวลาที่เรายคุยกับผู้ปกครองเสร็จ ผลลัพธ์หลาย ๆ ครั้งมันเหมือนกับ รู้เข้าใจ แต่ไม่ทำตาม 100% อาจจะเป็นเพราะเงื่อนไขข้อจำกัดทางการเงินของเขา หรือเรื่องการยึดความสะดวกเป็นหลักอย่างที่เราบอกไป” ตัวแทนครูโรงเรียนประจำชุมชน, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 9 กรกฎาคม 2562

ทั้งนี้จากการสัมภาษณ์พบว่าไม่พบการใช้สื่ออื่น ๆ นอกเหนือจากสื่อบุคคลในการดำเนินการสื่อสารรูปแบบการสื่อสารเฉพาะกิจ ทั้งนี้ในการสื่อสารทั้งในรูปแบบการสื่อสารที่เป็นกิจวัตรและเฉพาะกิจนั้น ผู้นำชุมชนซึ่งประกอบไปด้วย ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน และเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล ทำหน้าที่สื่อสารผ่านหอกระจายเสียงของหมู่บ้านเพื่อประชาสัมพันธ์ให้กับเด็กและ

ผู้ปกครองได้รับทราบข้อมูลข่าวสารและกระตุ้นให้เกิดการเข้าร่วมกิจกรรม แต่อย่างไรก็ตามการใช้สื่อหอกระจายเสียงดังกล่าว เป็นการใช้กับสื่อกิจกรรมเฉพาะกิจเท่านั้น

สรุปได้ว่าสถานการณ์ปัจจุบันในการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการเด็กในชุมชนหมู่บ้านนายม จังหวัดชัยภูมิ มีดังแผนภาพต่อไปนี้

แผนภาพที่ 4.1 กระบวนการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็ก



จากแผนภาพข้างต้น พบว่า สื่อบุคคลเป็นสื่อที่มีความสำคัญในกระบวนการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็กเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เนื่องจากทำหน้าที่เสมือนเป็นด่านแรกในการให้ความรู้ความเข้าใจกับกลุ่มเป้าหมายอย่างใกล้ชิด อีกทั้งยังเป็นตัวกลางระหว่างเด็ก/ผู้ปกครองและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำตำบล ดังนั้นการให้ความสำคัญกับการพัฒนาทักษะและความรู้ของสื่อบุคคลเพื่อให้เกิดการสื่อสารเพื่อป้องกันปัญหาดังกล่าวจึงเป็นสิ่งที่พึงกระทำ ทั้งนี้สื่อบุคคลถือว่าเป็นสื่อที่มีความเหมาะสมกับการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว เนื่องจากเป็นสื่อที่อยู่ใกล้ชิดกับชุมชน ใช้ง่าย ไม่มีค่าใช้จ่ายสูง เป็นสื่อที่เหมาะสมสำหรับการสื่อสารเพื่อการพัฒนาได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นสื่อที่มีขีดความสามารถในการจัดการปัญหาความขัดแย้งต่าง ๆ ได้ดีเนื่องจากการสื่อสารสองทาง

อย่างไรก็ตามจากการสัมภาษณ์พบว่ากระบวนการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็กของชุมชนนั้น เป็นการสื่อสารจากเจ้าหน้าที่ของรัฐ/ข้าราชการ/ ผู้นำชุมชน ไปยังกลุ่มเป้าหมายอันได้แก่ ผู้ปกครองและผู้เลี้ยงเด็ก ซึ่งเป็นการสื่อสารจากบนลงล่างและเป็นการสื่อสารโดยไม่มีส่วนร่วม

จากผลการวิจัยข้างต้นผู้วิจัยได้นำไปใช้เป็นข้อมูลในการหารือร่วมกับกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อจัดทำแผนงานรูปแบบการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการ ซึ่งเรื่องที่จะกำหนดในการวางแผนคือ การวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน วัตถุประสงค์ในการสื่อสาร กลุ่มเป้าหมายที่จะทำการสื่อสาร วิธีการสื่อสารต่าง ๆ ซึ่งกำหนดตามลักษณะของกลุ่มเป้าหมายทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนและกำหนดการดำเนินงาน การติดตามผลที่เกิดขึ้นจากการสื่อสาร และดำเนินการทดลองใช้ รวมถึงการประเมินผลจากการใช้งานดังกล่าวและทำการให้ข้อเสนอแนะ ดังผลการวิจัยในบทต่อไป

บทที่ 5

การพัฒนาแบบแผนการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็กยากจน

จากข้อมูลสถานการณ์การสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็กในพื้นที่หมู่บ้านนายม จังหวัดชัยภูมิ ประเทศไทย ตามที่ได้นำเสนอก่อนหน้านี้ ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่นำมาดำเนินการพัฒนาแผนงานรูปแบบการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการ จากนั้นได้ดำเนินการนำแผนงานดังกล่าวไปทดลองใช้และทำการประเมินผล เพื่อศึกษารูปแบบการสื่อสารที่มีความเหมาะสมต่อการแก้ไข ปัญหาทุพโภชนาการในเด็กยากจนที่อาศัยอยู่ในถิ่นทุรกันดารและจัดทำข้อเสนอแนะในการนำ ต้นแบบไปประยุกต์ใช้ โดยมีรายละเอียดการดำเนินการดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1: การร่วมวางแผนพัฒนาแผนงานรูปแบบการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการกับร่วมกับตัวแทนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและการนำแผนงานไปทดลองปฏิบัติจริง

ในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยได้ร่วมวางแผนพัฒนาแผนงานรูปแบบการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการกับร่วมกับตัวแทนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการสื่อสารสุขภาพในท้องถิ่น โดยวางบทบาทให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียแต่ละกลุ่มมีบทบาทที่แตกต่างกันไปตามแนวคิดการสื่อสารแบบมีส่วนร่วม ได้แก่ บทบาทการเป็นผู้บริหาร บทบาทการเป็นผู้สื่อสาร และบทบาทการเป็นผู้รับสาร ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 5.1 บทบาทการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

ลำดับ	กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	บทบาท			จำนวน
		ผู้บริหาร	ผู้สื่อสาร	ผู้รับสาร	
1	ตัวแทนจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	/	/		2 คน
2	อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน		/		2 คน
3	ตัวแทนผู้นำหมู่บ้าน		/		2 คน

ลำดับ	กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	บทบาท			จำนวน
		ผู้บริหาร	ผู้สื่อสาร	ผู้รับสาร	
4	ตัวแทนองค์การบริหารส่วนตำบล		/		2 คน
5	ตัวแทนโรงเรียนประจำหมู่บ้าน		/		2 คน
6	ผู้ปกครองเด็ก/ ผู้ดูแลเด็ก			/	22 คน
รวมทั้งสิ้น					32 คน

ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ตัวอย่างการสื่อสารแบบมีส่วนร่วมที่ทำได้ง่ายที่สุดในชุมชน คือ การประชุม ผู้วิจัยจึงได้เลือกใช้การจัดประชุมเพื่อนำไปสู่การพัฒนาชุมชนแบบมีส่วนร่วม

ในการวางแผนพัฒนาแผนการสื่อสารในครั้งนี้ ขั้นตอนแรกของการประชุม ผู้วิจัยได้รายงานผลการศึกษาศาสนาการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพโภชนาการในหมู่บ้านที่ได้จัดทำขึ้นก่อนหน้าให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกท่านได้รับทราบ จากนั้นได้ชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการดำเนินการสื่อสารในครั้งนี้ และอธิบายถึงองค์ประกอบของแผนการสื่อสารที่ต้องการการระดมสมองจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียตามหัวข้ออันประกอบไปด้วย

- การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น
- การกำหนดวัตถุประสงค์การสื่อสาร
- การกำหนดกลุ่มเป้าหมายในการสื่อสาร
- การกำหนดกลยุทธ์การสื่อสาร
- การกำหนดกลวิธีการสื่อสาร
- การกำหนดแนวทางการประเมินผล

ทั้งนี้ผู้วิจัยได้อธิบายขอบเขตว่าการให้ข้อเสนอต่อโครงร่างแผนงานการสื่อสารครั้งนี้ต้องตั้งอยู่บนเงื่อนไขของความเป็นไปได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของงบประมาณและระยะเวลา จากนั้นผู้วิจัยจึงได้เปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้เสนอและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในแต่ละส่วนอย่างอิสระ จากนั้นได้กำหนดเวลาสำหรับประเมินความเป็นไปได้ของแต่ละกิจกรรมที่ถูกรับรอง มีการรวมกิจกรรมที่มีความคล้ายคลึงกัน และตัดบางกิจกรรมที่ไม่สามารถเป็นไปได้ออก ทั้งนี้กระบวนการดังกล่าวให้ความสำคัญกับความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่ายเป็นสำคัญ ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นเพียงผู้ให้ข้อมูลเบื้องต้นและเป็นผู้สนับสนุน (Facilitator) ให้การประชุมเป็นไปอย่างราบรื่นเท่านั้น

โดยจากการสังเกตการณ์พบว่า ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้ให้ความสนใจต่อการประชุม มีส่วนร่วมในการสำรวจปัญหา วิเคราะห์ปัญหา และหาวิธีการแก้ปัญหาาร่วมกัน นอกจากนี้ส่วนใหญ่มองเห็นประโยชน์ของการจัดทำแผนงานการสื่อสารในครั้งนี้ และยินดีเข้าร่วมในการนำไปทดลองใช้ในขั้นตอนต่อไป ทั้งนี้สามารถสรุปความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำไปสู่การออกแบบแผนงานการสื่อสารนั้น ผู้วิจัยได้นำเสนอให้ผู้เข้าร่วมทุกคนได้นำเสนอและวิเคราะห์ข้อมูลตามแนวทางการวิเคราะห์ข้อมูลแบบ SWOT Analysis ซึ่งเป็นการวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรคที่ส่งผลต่อการสื่อสารในครั้งนี้ โดยจากการสังเกตพบว่า ผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่มีความกระตือรือร้นในการนำเสนอข้อมูลทั้งปัจจัยภายในและภายนอก โดยผู้เข้าร่วมได้นำเสนอประเด็นต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

ประเด็นการวิเคราะห์จุดแข็ง

จากการนำเสนอความเห็นในประเด็นจุดแข็งที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารสุขภาพหรือการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพโภชนาการในเด็กยากจนในชุมชนบ้านนายม ต.บ้านแท่น จ.ชัยภูมิ พบว่า จุดแข็งสำคัญคือ ความร่วมมือในการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่อยู่ในบทบาทผู้ส่งสารในชุมชน ไม่ว่าจะเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงเรียนประจำหมู่บ้าน ทั้งในรูปแบบของการสื่อสารแบบกิจวัตรและการสื่อสารเฉพาะกิจ ดังตัวอย่างบทสัมภาษณ์ต่อไปนี้

“อสม. ออกตรวจทุก 3 เดือน เวลาไปเจออะไรที่ไม่ตามเกณฑ์ก็มีอาหารเสริมให้ มีแนะนำส่งเสริมให้กินนม กินไข่ มีแจกด้วย เราเองก็บอกประโยชน์ บอกโทษ ให้ความรู้”
ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 28 มกราคม 2563

“เวลาฝากท้อง ไปที่ รพสต. มันก็มีสมุดฝากท้อง เราก็แนะนำเปิดให้ดูว่าตรงนี้นะ คลอดแล้วต้องทำแบบนี้ละ ดูแลลูกแบบนี้ละ ให้ลูกกินแบบนี้ละ เราบอกข้อมูลทั้งหมด”
ตัวแทนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 28 มกราคม 2563

“เราแนะนำผู้ปกครองตลอดว่าอาหารที่มีประโยชน์และหาง่าย ทำง่าย คืออะไรบ้าง เช่น ไข่ ให้เตรียมไว้เลย” ตัวแทนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 28 มกราคม 2563

“ทางโรงเรียนบอกถึงประโยชน์ของการดื่มนมตลอด ยิ่งเด็กที่ตัวเล็ก ๆ น้ำหนักไม่ขึ้น ต่ำเกณฑ์ คุณครูจะคอยบอกเลยว่าให้ดื่มนม จะได้โตไว ๆ” ตัวแทนโรงเรียนประจำหมู่บ้าน, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 28 มกราคม 2563

“โรงเรียนมีจัดอาหารกลางวันที่ครบ 5 หมู่ มีนมโรงเรียนให้ พอปิดเทอมก็มีจัดให้ไปคนละ 30 กล่อง แล้วก็ย้ำว่าต้องกิน เตือนไปว่าครูรู้ว่าใครเอาไปขายต่อ ใครไม่กินมันไม่ดีอย่างไร เราก็บอก” ตัวแทนโรงเรียนประจำหมู่บ้าน, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 28 มกราคม 2563

“ถ้าอยู่โรงเรียน ครูบังคับเด็กเลยว่าดื่มนมหมดไหม ไม่อยากดื่มนมก็ต้องคอยบอกให้นั่งดื่ม ค่อย ๆ ดื่มนะลูก แล้วก็ย้ำตลอดว่าควรกินอาหารแบบไหน ถ้ามาโรงเรียนต้องได้ความรู้เกี่ยวกับการกินอาหารกลับไป” ตัวแทนโรงเรียนประจำหมู่บ้าน, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 28 มกราคม 2563

โดยทั้ง 3 กลุ่มที่กล่าวมาข้างต้นนั้น นับว่าเป็นสื่อมีบุคคลที่มีความสำคัญกับการสื่อสารสุขภาพในชุมชนเป็นอย่างมาก เนื่องจากมีความน่าเชื่อถือในประเด็นดังกล่าว ดังตัวอย่างบทสัมภาษณ์ต่อไปนี้

“เวลาคุณหมอของรพสต. เจ้าหน้าที่ อสม. หรือครูพูดจะค่อนข้างได้ผล ชาวบ้านจะฟัง” ตัวแทนผู้นำหมู่บ้าน, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 28 มกราคม 2563

“ส่วนใหญ่ถ้าชาวบ้านพูดกันเองส่วนมากไม่ค่อยฟัง แต่พอคุณหมอเรียกไปแล้วบอก ว่าต้องทำอะไรยังไง อันนี้จะเชื่อฟังทันที” ตัวแทนผู้ปกครองเด็ก, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 28 มกราคม 2563

นอกจากนี้จุดแข็งสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารในชุมชนคือ สื่อหอกระจายเสียง ซึ่งเป็นสื่อท้องถิ่นที่สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ครอบคลุมทุกครัวเรือน อีกทั้งยังสามารถปรับสารให้มีความเหมาะสมกับผู้รับสาร อาทิ ภาษาที่ใช้ เนื้อหาที่ดึงดูดใจ เพลงประกอบ เป็นต้น ดังตัวอย่างบทสัมภาษณ์ต่อไปนี้

“หอกกระจายข่าวอันนี้ดีมาก ทุกบ้านได้ยิน ตอนเช้า ๆ ทำงานบ้านก็ได้ฟังไปด้วย”
ตัวแทนผู้ปกครองเด็ก, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 28 มกราคม 2563

“ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน หรือคนที่มาพูดเขาจะมีเรื่องมาประชาสัมพันธ์ตอนเช้า ๆ ได้ยิน
กันทั้งหมู่บ้าน เหมือนการแจ้งข่าวมีอะไรก็ได้รู้พร้อมกัน” ตัวแทนผู้ปกครองเด็ก, สัมภาษณ์
เมื่อวันที่ 28 มกราคม 2563

อย่างไรก็ตามในการจัดกิจกรรมเฉพาะกิจต่าง ๆ ในชุมชนยังมีการใช้สื่ออื่น ๆ ที่กระตุ้นให้การ
สื่อสารมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

“ก็เวลาทำกิจกรรมบางทีก็จะมีแผ่นพับ ถ้ามีเครื่องฉายก็จะเอาขึ้นจอให้ดู มีไวเนล
ฟิวเจอร์บอร์ด เอาออกมาเป็นซีดี” ตัวแทนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, สัมภาษณ์เมื่อ
วันที่ 28 มกราคม 2563

ประเด็นการวิเคราะห์จุดอ่อน

ในส่วนของการนำเสนอจุดอ่อนนั้น ผู้เข้าร่วมประชุมได้นำเสนอว่าจุดอ่อนของชุมชนที่ส่งผล
ต่อประเด็นสุขภาพโภชนาการในเด็กของชุมชนรวมถึงประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหา
ดังกล่าว ประกอบไปด้วย การไม่มีความรู้ในด้านโภชนาการอย่างเพียงพอ การพลัดถิ่นไปทำงานต่าง
พื้นที่หรือการทำงานที่ไม่มีเวลาแน่นอนทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ได้ รวมถึงส่งผลกระทบต่อ
ขาดการสื่อสารภายในครอบครัวถึงการกินอาหารที่เหมาะสม นอกจากนี้กลุ่มผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็ก
บางคนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการกินอาหารที่มีประโยชน์ต่อเด็กแต่เฝ้าติดตามความเคยชินเนื่องจาก
ไม่ตระหนักถึงผลกระทบที่ตามมา ดังตัวอย่างบทสัมภาษณ์ต่อไปนี้

“เวลาจัดกิจกรรมให้ความรู้ผู้ปกครองประชุมผู้ปกครอง ปฐมนิเทศ เขิญเจ้าหน้าที่
รพสต. มาสอนที่โรงเรียน คนที่มาแล้วก็กลายเป็นคุณตาคุณยายที่อายุมากแล้วมา ไม่ใช่พ่อแม่
ของเด็ก หรือส่วนมากก็ไม่มีเวลามาร่วม” ตัวแทนโรงเรียนประจำหมู่บ้าน, สัมภาษณ์เมื่อวันที่
28 มกราคม 2563

“ชุมชนของเราบางช่วงก็ไปตัดอ้อยไปเมืองกาญ (จังหวัดกาญจนบุรี) พ่อแม่ก็เอาเด็ก
ไปด้วย อันนี้เมียเยอะมาก มีทุกระดับชั้น ก็ไม่ได้กินเหมาะสม หนังสือก็ไม่ได้เรียน ความรู้ไม่ได้

อาหาร นมที่โรงเรียนจัดให้ก็ไม่ได้รับ เวลาที่มีกิจกรรมก็ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมทั้งพ่อแม่ ทั้งเด็ก”
ตัวแทนโรงเรียนประจำหมู่บ้าน, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 28 มกราคม 2563

“บางทีเด็กได้เงินไปซื้ออะไรกินเอง อยากกินอะไรไปกินเลย พ่อแม่หรือคนที่ดูแล ไม่ได้บอกว่าจะอะไรกินได้ กินไม่ได้ เด็กก็จะเลือกซื้อสิ่งที่ชอบ ไม่ได้เลือกซื้อของที่มีประโยชน์ แล้วก็มากินก่อนมือ ทำให้มีก่อนกินอาหาร กินอาหารที่มีประโยชน์ได้น้อยหรือบางทีพออิ่ม แล้วก็ไม่ได้กินอาหารมื้อหลัก” ตัวแทนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 28 มกราคม 2563

“พ่อแม่ถึงแม้จะอยู่บ้าน แต่ก็ไม่ได้ดูแลเพราะเวลาทำงานไม่ตรงกับเวลาอาหารของ ลูก บางคนทำงานกะดึก บางคนออกเช้ามากจนไม่ได้เตรียมอาหารไว้ กลับมาดึกลูกนอน แล้ว” ตัวแทนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 28 มกราคม 2563

“ช่วงที่แจกนมกลับไป เด็กบางคนก็ไม่ค่อยกินเพราะเป็นนมจืด บางคนพ่อแม่ก็ บังคับได้ แต่พ่อแม่ส่วนใหญ่ก็ไม่บังคับ ไม่เห็นว่ามันจำเป็น ถ้าเด็กไม่กินก็เอาไปให้คนอื่นกิน”
ตัวแทนผู้ปกครองเด็ก, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 28 มกราคม 2563

“เด็กบางคนก็เอานมโรงเรียนไปขาย ไปแจก หรือไปแลกเอาอย่างอื่น เพราะไม่รู้ว่าจะ ทำไม่ต้องกิน กินไปทำไม ไม่มีครูบังคับเหมือนอยู่โรงเรียน” ตัวแทนผู้ปกครองเด็ก, สัมภาษณ์ เมื่อวันที่ 28 มกราคม 2563

“บางทีมีความรู้แล้ว แต่เลี้ยงตามความเคยชิน ความสบาย ไม่อยากขัดลูกหลาน ตามใจ ก็ให้กินที่อยากกินหรืออันไหนไม่อยากกินก็ไม่ได้ว่าอะไร เพราะไม่เห็นผลว่าในวัน ช้างหน้ามันจะเกิดผลเสียตามมาอย่างไร” ตัวแทนผู้ปกครองเด็ก, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 28 มกราคม 2563

“ด้วยความที่อยากจะทำใจ อยากให้ลูกหลานได้กินอะไรอร่อย ๆ ก็ไม่ได้นึกถึง ผลลัพธ์ เช่น น้ำอัดลมนี้ ผู้ใหญ่เป็นคนยื่นให้เด็กกินเองเลย พอเด็กได้กินครั้งแรกติดใจ ก็ขอ กินอีก ผู้ใหญ่ก็ไม่อยากขัดใจ มันก็ไม่ดีต่อสุขภาพของเด็ก” ตัวแทนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 28 มกราคม 2563

ประเด็นการวิเคราะห์โอกาส

สำหรับการนำเสนอโอกาสที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพโภชนาการในเด็กยากจนนั้นพบว่า มีโอกาสสำคัญคือ การสนับสนุนในการจัดกิจกรรมทั้งในด้านเงินทุนและทรัพยากรอื่น ๆ จากหน่วยงานภาครัฐในวาระสำคัญต่าง ๆ ดังตัวอย่างบทสัมภาษณ์ต่อไปนี้

“อบต. ก็มีงบประมาณส่วนหนึ่งที่ส่งเสริมโรงเรียน จัดหาอาหารกลางวัน นมโรงเรียน แต่ก็มีบางครั้งก็มีขาดช่วง” ตัวแทนองค์การบริหารส่วนตำบล, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 28 มกราคม 2563

“มีงบสนับสนุนจากหน่วยงานภายนอกสำหรับกิจกรรมในวาระพิเศษต่าง ๆ เช่น ได้งบจากโครงการพระราชดำริ” ตัวแทนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 28 มกราคม 2563

ประเด็นการวิเคราะห์อุปสรรค

ในส่วนของการวิเคราะห์อุปสรรคในการดำเนินการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพโภชนาการให้สำเร็จได้นั้น ผู้เข้าร่วมประชุมให้ความเห็นไปในทิศทางเดียวกันคือ ปัจจัยเรื่องความขาดแคลนทุนสนับสนุนงบประมาณอย่างต่อเนื่อง ดังตัวอย่างบทสัมภาษณ์ต่อไปนี้

“งบที่เราได้มา นาน ๆ ที ถึงได้ อย่างในวาระสำคัญต่าง ๆ หรือรัฐมีโครงการที่เกี่ยวข้องมา ไม่ได้ต่อเนื่อง หรือมันไม่ได้มาที่เรื่องนี้เรื่องเดียว” ตัวแทนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 28 มกราคม 2563

อย่างไรก็ตาม จากประเด็นดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยได้ทำหน้าที่เป็นผู้แยกหมวดหมู่ของข้อมูลจากการประชุมร่วมกับข้อมูลจากการลงพื้นที่เก็บข้อมูลตามรายละเอียดที่ได้ระบุไว้ในบทที่ 4 และสรุปให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้รับทราบอีกครั้ง จากนั้นได้หารือถึงการกำหนดวัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมายในการสื่อสาร ดังรายละเอียดต่อไปนี้

การกำหนดวัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมายในการสื่อสาร

ในการกำหนดวัตถุประสงค์ในการสื่อสารครั้งนี้ ผู้เข้าร่วมประชุมมีความคิดเห็นตรงกันว่า ควรดำเนินการสื่อสารเพื่อสร้างความตระหนักในผลกระทบอันเกิดจากภาวะทุพโภชนาการในเด็กให้แก่กลุ่มผู้ปกครอง/ ผู้ดูแลเด็ก เพื่อกระตุ้นให้ผู้ปกครอง/ ผู้ดูแลเด็กเกิดพฤติกรรมการดูแลจัดเตรียมอาหารให้เด็กอย่างถูกหลักโภชนาการ และเพื่อให้เด็กมีความรู้และทัศนคติที่ดีต่อการรับประทานอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ ดังตัวอย่างบทสัมภาษณ์ต่อไปนี้

“หลัก ๆ เลยคือ ควรทำเพื่อให้พ่อแม่หรือปู่ ย่า ตา ยาย ที่เลี้ยงลูกเลี้ยงหลานรู้ว่า โทษของการที่ให้กินตามความเคยชิน ไม่กินอาหารที่มีประโยชน์มันเป็นอย่างไร” อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 28 มกราคม 2563

“ถ้าเขารู้ว่า การที่เด็กไม่ได้รับสารอาหารที่ดีมีประโยชน์ต่อร่างกายแล้วมันจะทำให้เกิด ความเสียหายอะไรกับตัวเด็กบ้าง เขาน่าจะกลัว แล้วก็เปลี่ยนแปลงวิธีการเลี้ยงดู” ตัวแทนองค์การบริหารส่วนตำบล, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 28 มกราคม 2563

“หลายคนรู้ว่าเด็กควรกินอะไรบ้าง แต่ไม่ให้ความสำคัญ ถ้าเราทำให้เขาเห็นความสำคัญได้ ยิ่งทำให้เห็นภาพชัด ๆ เลยว่าถ้าลูกหลานกินแบบนี้ในวันนี้ วันข้างหน้าจะมีผลอย่างไร อันนี้ น่าจะได้ผลดี” ตัวแทนผู้นำหมู่บ้าน, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 28 มกราคม 2563

“ควรทำให้เขารู้ว่าอาหารที่ดีสำหรับเด็กคืออะไร โทษคืออะไรถ้าละเลย แล้วกระตุ้นให้เค้าเกิดพฤติกรรมตามความรู้ที่ได้” ตัวแทนจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 28 มกราคม 2563

“เด็กเองก็ควรเกิดความรู้ว่าอะไรดี อะไรไม่ดีสำหรับตัวเขา” ตัวแทนโรงเรียนประจำหมู่บ้าน, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 28 มกราคม 2563

จากนั้นผู้เข้าร่วมประชุมได้หารือร่วมกันและมีความคิดเห็นตรงกันว่า กลุ่มเป้าหมายในการสื่อสารครั้งนี้ มี 2 กลุ่ม คือ 1. กลุ่มผู้ปกครอง/ ผู้ดูแลเด็กเนื่องจากเป็นผู้ที่มีบทบาทในการจัดเตรียมอาหารให้แก่เด็ก 2. กลุ่มเด็กวัยอนุบาลอายุ 3-5 ปี เนื่องจากเป็นกลุ่มที่อยู่ในช่วงอายุที่สอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ (อายุ 0-5 ปี) อีกทั้งอยู่ในวัยที่สามารถสื่อสารได้ และเริ่มเลือกซื้ออาหารเองได้ ดังตัวอย่างบทสัมภาษณ์ดังต่อไปนี้

“ต้องเริ่มจากคนที่ทำอาหารไว้ให้เด็ก พ่อแม่ก็ได้ หรือคนที่ดูแลเด็ก จะเป็นปู่ ย่า ตา ยาย ลุง ป้า น้า อา ควรมีความรู้ทั้งหมด จะได้ดูแลเด็กได้ถูกต้อง” ตัวแทนผู้นำหมู่บ้าน, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 28 มกราคม 2563

“อยากให้เน้นที่ผู้ปกครองทั้งหมด อยากให้ได้รู้ว่าความจำเป็นของการกินอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการมันสำคัญแค่ไหน ถ้าปล่อยปละละเลย เอาตามความสะดวก ผลลัพธ์มันจะเป็นอย่างไร” ตัวแทนโรงเรียนประจำหมู่บ้าน, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 28 มกราคม 2563

“เด็กนี้ควรเอาเป็นเด็กที่เข้าโรงเรียนแล้ว เขาพูดคุ้ยรู้เรื่อง” อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 28 มกราคม 2563

“เด็กอนุบาลนี้ก็ควรได้รับความรู้ตรงนี้ เพราะหลายคนได้เงินมาโรงเรียนแล้วไปเลือกซื้ออาหาร ขนเองแล้ว ถ้าเขารู้ว่าอะไรดีไม่ดี จะได้เลือกได้ถูก” ผู้ปกครองเด็ก, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 28 มกราคม 2563

เมื่อผู้เข้าร่วมประชุมได้กำหนดวัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมายในการสื่อสารเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนข้อมูลให้ผู้เข้าร่วมประชุมทุกคนรับทราบตรงกัน จากนั้นได้ดำเนินการในขั้นตอนกำหนดกลยุทธ์ในการสื่อสารที่จะทำให้การสื่อสารบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ได้ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

การกำหนดกลยุทธ์

ในขั้นตอนการกำหนดกลยุทธ์การสื่อสารนั้น ผู้เข้าร่วมประชุมได้พิจารณาข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ในเบื้องต้น และนำเสนอแนวทางการสื่อสารโดยแบ่งออกเป็นประเด็นกลยุทธ์การออกแบบสื่อ และกลยุทธ์การใช้สื่อ ที่มีความเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายทั้ง 2 กลุ่ม เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตามวัตถุประสงค์ที่ได้กำหนดไว้

โดยในส่วนของกลยุทธ์การสื่อสารนั้น ผู้เข้าร่วมประชุมให้ความเห็นว่า สารควรมุ่งเน้นเนื้อหาที่การแสดงให้เห็นถึงผลกระทบที่เกิดจากปัญหาทุพโภชนาการ ควบคู่ไปกับการให้ความรู้เรื่องการรับประทานอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ และควรเป็นความรู้ที่กลุ่มเป้าหมายสามารถนำไปปฏิบัติได้ทันที ดังตัวอย่างบทสัมภาษณ์ต่อไปนี้

“เนื้อหาที่ใช้ในกิจกรรม อยากรู้อยากเห็นโทษของการไม่ปฏิบัติตาม” ตัวแทน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 28 มกราคม 2563

“ตอนนี้ส่วนใหญ่รู้ว่าควรให้เด็กกินอะไร แต่ไม่สนใจเรื่องผลกระทบ ดังนั้นควรเป็น
การบอกว่าถ้าไม่กินตามนี้จะเกิดอะไรขึ้น แล้วค่อยเสริมว่าการกินที่ดีเป็นอย่างไรเอาแบบที่ไป
ทำตามได้ไม่ยาก” อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 28 มกราคม
2563

“สำหรับเด็กเล็ก ควรบอกเขาว่าควรกินอะไร ไม่ควรกินอะไร โทษคืออะไร” ตัวแทน
โรงเรียนประจำหมู่บ้าน, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 28 มกราคม 2563

ทั้งนี้การนำเสนอเนื้อหาควรเข้าใจง่าย ไม่ใช้ภาษาที่เป็นทางการ/วิชาการ ใช้ภาษาท้องถิ่น
และไม่ใช้สารที่ทำให้เกิดความรู้สึกเชิงลบ ดังตัวอย่างบทสัมภาษณ์ต่อไปนี้

“อย่าใช้คำยาก ๆ คำวิชาการ คำหมอ ชาวบ้านเขาไม่เข้าใจ” ตัวแทนผู้นำหมู่บ้าน,
สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 28 มกราคม 2563

“ใช้ภาษาอีสานก็จะรู้สึกกันเอง ชาวบ้านบางคน คนแก่ ภาษากลางเขาก็ฟังไม่ถนัด”
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 28 มกราคม 2563

“ใช้เนื้อหาที่มันไม่ยาก ง่ายต่อการจดจำ สั้น ๆ แต่เอาไปปฏิบัติได้จริง” ตัวแทน
ผู้ปกครอง, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 28 มกราคม 2563

“เวลาคูย เวลาสอนต้องไม่ตี หรือไปบอกว่าตอนนี้เลี้ยงลูกเลี้ยงหลานอาหารการกิน
ไม่ถูกต้อง เพราะดูจากที่เคยไปคูย ถ้าเราไปบอกว่า คุณแม่ตอนนี้ลูกหลานพัฒนาการล่าช้านะ
น้ำหนักก็ตกเกณฑ์ เค้าจะต่อต้านเรา โกรธเราเลย” ตัวแทนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 28 มกราคม 2563

“พูดแบบให้คำแนะนำ ให้ข้อมูล ให้ความรู้แบบนี้ได้ แต่ไปตำหนิไม่ได้เลย” ตัวแทน
องค์การบริหารส่วนตำบล, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 28 มกราคม 2563

สำหรับการกำหนดกลยุทธ์สื่อที่ใช้ในการสื่อสารสุขภาพครั้งนี้ ผู้ร่วมประชุมให้ความเห็นว่า
สื่อบุคคลเป็นสื่อที่มีประสิทธิภาพสูงสุดสำหรับการสื่อสารในชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคคลที่มีความ

นำเชื่อถือในประเด็นสุขภาพ เช่น บุคลากรทางการแพทย์จากโรงพยาบาลประจำอำเภอ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และครูในโรงเรียนประจำชุมชน เป็นต้น

นอกจากนี้สื่อในชุมชนที่มีความเหมาะสมในการสื่อสารรณรงค์ประกอบไปด้วย การจัดกิจกรรม หอกระจายเสียงในหมู่บ้าน แผ่นพับหรือสื่อที่แจกแต่ละครัวเรือน รวมไปถึงสื่อการเรียนการสอนที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายที่เป็นเด็ก เนื่องจากสื่อเหล่านี้สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ นอกจากนี้ควรมีการมอบของรางวัลเพื่อกระตุ้นให้เกิดการเข้าร่วมกิจกรรม ดังตัวอย่างบทสัมภาษณ์ดังต่อไปนี้

“ควรจัดในรูปแบบการเชิญประชุม แล้วมาบอกที่มาที่ไปว่าทำไมมันถึงเกิดขึ้น มีของแจกมาให้ด้วย เน้นพวกข้าว ไข่ อาหารที่มีประโยชน์ ส่วนที่จะทำกับเด็กก็อยากให้เป็นของเล่นที่มี ประโยชน์ หรือพวกหนังสือนิทาน เครื่องเขียนที่ดึงดูด” ตัวแทนโรงเรียนประจำหมู่บ้าน, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 28 มกราคม 2563

“สื่อประกอบกิจกรรม อยากรจะได้เป็นแผ่นพับสี เอาตัวใหญ่ ๆ ไม่ต้องเขียนเยอะ หรือพวกปฏิทินแขวนที่อยู่ได้ตลอดทั้งปี แล้วก็อยากให้เป็นสีสดชัดเจน” ตัวแทนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 28 มกราคม 2563

“ควรมีของให้ มันสามารถเป็นตัวอย่างให้ดูได้ และเป็นเหมือนของรางวัลที่มาร่วมกิจกรรม อย่างเราเองเคยให้เกลือไอโอดีน นม ไข่ แล้วบอกชาวบ้านว่าควรกินอะไร” ตัวแทน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 28 มกราคม 2563

“นอกจากกิจกรรมก็ใช้หอกระจายเสียงแจ้งข่าวว่าจะมีกิจกรรมนะ แล้วก็ใช้หอกระจายเสียงให้ความรู้สม่ำเสมอแทรกไปอย่างต่อเนื่อง อันนี้ก็ว่าจะดี” ตัวแทนองค์การบริหารส่วนตำบล, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 28 มกราคม 2563

จากความเห็นข้างต้นประกอบกับการวิเคราะห์ข้อมูลจากการเก็บข้อมูลเบื้องต้น จึงนำมาสู่การกำหนดสื่อหลักในการสื่อสารครั้งนี้ คือ สื่อบุคคล สื่อกิจกรรม (สื่อเฉพาะกิจ) สื่อหอกระจายเสียง และสื่อรองคือ สิ่งพิมพ์ประกอบการจัดกิจกรรม รวมถึงของที่ระลึกจากการเข้าร่วมกิจกรรมที่สามารถเป็นสื่อในการให้ความรู้ได้

การกำหนดกลวิธี

สำหรับการหารือประเด็นรายละเอียดของการสื่อสารที่จะจัดทำขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็กยากจนนั้น ยึดตามแนวทางของกลยุทธ์ในรายละเอียดข้างต้นคือ การออกแบบสารที่มุ่งเน้นการแสดงผลกระทบที่เกิดจากปัญหาทุพโภชนาการ ควบคู่ไปกับการให้ความรู้เรื่องการรับประทานอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ โดยเป็นความรู้ที่กลุ่มเป้าหมายสามารถนำไปปฏิบัติได้ทันที เข้าใจง่าย ไม่ใช้ภาษาที่เป็นทางการ/ วิชาการ ใช้ภาษาท้องถิ่น ไม่ใช่สารที่ทำให้เกิดความรู้สึกเชิงลบ และทำการสื่อสารผ่านสื่อบุคคลที่มีความน่าเชื่อถือในประเด็นสุขภาพ ร่วมกับสื่อในชุมชนประกอบไปด้วย การจัดกิจกรรมที่มีการมอบรางวัลเพื่อกระตุ้นให้เกิดการเข้าร่วม สื่อหอกระจายเสียงในหมู่บ้าน แผ่นพับหรือสื่อที่แจกแต่ละครัวเรือน รวมไปถึงสื่อการเรียนการสอนที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายที่เป็นเด็ก

โดยผู้ร่วมประชุมให้ความเห็นว่า ในรายละเอียดของการดำเนินกิจกรรมการสื่อสารควรมุ่งเน้นกิจกรรมที่สร้างการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน และออกแบบกิจกรรมให้มีความแตกต่างกันไปตามกลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มผู้ปกครองและกลุ่มเด็ก ดังตัวอย่างบทสัมภาษณ์ดังต่อไปนี้

“นั่งฟังอย่างเดียว บางทีมันก็จำไม่ค่อยได้ ถ้าได้พูดคุย ได้ลงมือทำมันน่าจะเข้าใจหรือจำได้ดีกว่า” ตัวแทนผู้ปกครอง, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 28 มกราคม 2563

“ถ้าเป็นเกม เป็นอะไรที่ได้ลุ้น ได้ชิงรางวัล อันนี้จะตั้งใจฟังมาก” ตัวแทนผู้ปกครอง, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 28 มกราคม 2563

“ให้ความรู้ ถามคำถาม ให้รางวัลเป็นอาหารที่มีประโยชน์ให้เขาเอาไปใช้ได้จริงก็ดี” อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 28 มกราคม 2563

“เด็กกับผู้ใหญ่ก็ต่างกัน อย่างผู้ใหญ่ส่วนมากรู้อยู่แล้วว่าอะไรดีไม่ดีแต่ลืมคิดไปว่าแล้วมันมีผลกระทบอะไร อันนี้ก็ต้องทำให้เห็นผลกระทบ ส่วนเด็กเล็ก ๆ คงต้องให้รู้ก่อนว่าอะไรดี อะไรไม่ดี เนื้อหาที่เอาไปสอน ไปคุย มันก็ต้องต่างกัน กิจกรรมก็ต่างกัน” ตัวแทนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 28 มกราคม 2563

“เด็กเขาชอบฟังนิทาน ชอบดูภาพสีสวย ๆ เวลาให้ความรู้ต้องเป็นการสอดแทรกเขาจะสนใจมากกว่า” ตัวแทนโรงเรียนประจำหมู่บ้าน, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 28 มกราคม 2563

“ให้ผู้ปกครองเอาความรู้ที่ได้มาสอนเด็กโดยที่มีสื่อช่วยอันนี้ก็ดี ผู้ปกครองเองก็ได้ ทบทวน ความรู้ ได้พูดคุยใกล้ชิดในครอบครัว” ตัวแทนโรงเรียนประจำหมู่บ้าน, สัมภาษณ์ เมื่อวันที่ 28 มกราคม 2563

นอกจากนี้ในส่วนของช่วงเวลาและสถานที่ในการดำเนินกิจกรรม ผู้เข้าร่วมประชุมมีความ คิดเห็นว่า ควรเป็นช่วงฤดูฝน เนื่องจากชาวบ้าน ผู้ปกครองเด็กไม่ได้ไปรับจ้างต่างถิ่น สามารถเข้าร่วม กิจกรรมได้ โดยหากต้องการประหยัดค่าใช้จ่ายต่าง ๆ และเข้าถึงกลุ่มผู้ปกครองได้โดยตรง ควร กำหนดวันดำเนินกิจกรรมเป็นช่วงเวลาเปิดภาคเรียนที่ 1 เนื่องจากทางโรงเรียนมีการจัดกิจกรรม ปฐมนิเทศผู้ปกครองนักเรียนในช่วงเวลาดังกล่าวเป็นประจำทุกปี ซึ่งสามารถสอดแทรกกิจกรรมการ สื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาทุกโภชนาการนี้ได้ ดังตัวอย่างบทสัมภาษณ์ดังต่อไปนี้

“ช่วงเวลาอาจจะในช่วงเปิดเทอม เดือนพฤษภาคม เป็นหน้าฝนที่ผู้ปกครองยัง ไม่ได้พา ไปไหน ไม่ได้ไปตัดอ้อย ไปเมืองกาญ (จังหวัดกาญจนบุรี) จะไปช่วงตั้งแต่ปีใหม่ถึง เดือนเมษายน” ตัวแทนโรงเรียนประจำหมู่บ้าน, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 28 มกราคม 2563

“โรงเรียนมีจัดปฐมนิเทศผู้ปกครองทุกปี ก็จะเป็นช่วงพฤษภาคม ก่อนวันเปิดเทอม นิดหน่อย ปกติก็จะให้ความรู้เรื่องโภชนาการไปด้วย ถ้าเอามารวมตรงนี้ได้ก็น่าจะสะดวกกับ ผู้ปกครอง มาทีเดียวเลย” ตัวแทนโรงเรียน ประจำหมู่บ้าน, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 28 มกราคม 2563

“ปกติโรงเรียนก็จะเชิญมาให้ความรู้ผู้ปกครองบ้างอยู่แล้ว ถ้าจัดกิจกรรมที่โรงเรียนก็ ดี ช่วงเวลาเหมาะสม สถานที่เหมาะสม” ตัวแทนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 28 มกราคม 2563

นอกเหนือจากการสื่อสารเฉพาะกิจในวันปฐมนิเทศ ผู้เข้าร่วมประชุมได้เสนอว่า หากมีการ สื่อสารเป็นประจำจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้ลงพื้นที่เป็นประจำ ร่วมกับการ สื่อสารให้ความรู้จากผู้นำชุมชนผ่านสื่อหอกระจายเสียงอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้การสื่อสารเป็นไป อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากมีการตอกย้ำการรับรู้ ดังตัวอย่างบทสัมภาษณ์ต่อไปนี้

“อสม. เขาต้องไปวัดส่วนสูง วัดน้ำหนักเด็กตามบ้านเป็นประจำอยู่แล้ว ถ้ามีการให้ ความรู้หรือกำชับวิธีการกิน โทษของการละเลยไปด้วยตลอด ก็น่าจะช่วยให้” ตัวแทน องค์การบริหารส่วนตำบล, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 28 มกราคม 2563

“เวลาที่ผู้ใหญ่บ้าน หรือใครที่มาแจ้งข่าวตอนเช้า ๆ ผ่านหอกระจายเสียง ก็อยากให้เราช่วยพูดกำชับเรื่องนี้ลงไป มันก็เหมือนได้ย้ำ ซ้ำ ๆ ให้ไม่หลงลืม” ตัวแทนผู้ปกครอง, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 28 มกราคม 2563

ทั้งนี้จากการหารือถึงแนวทางการสื่อสารข้างต้นพบว่า ผู้เข้าร่วมประชุมซึ่งเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อประเด็นการแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็กยากจน ให้ความสนใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรมการสื่อสารที่จะเกิดขึ้นและจะบอกต่อไปยังผู้ที่เกี่ยวข้องคนอื่น ๆ โดยผู้วิจัยได้แจ้งว่าในการจัดกิจกรรมครั้งนี้มีงบประมาณสนับสนุนรวม 15,000 บาท โดยเป็นงบประมาณในการผลิตสื่อ จัดหาของรางวัล สำหรับกลุ่มเป้าหมาย

การกำหนดแนวทางการประเมินผล

จากวัตถุประสงค์ทางการสื่อสารในครั้งนี่คือ 1. เพื่อสร้างความตระหนักในผลกระทบอันเกิดจากภาวะทุพโภชนาการในเด็กให้แก่กลุ่มผู้ปกครอง/ ผู้ดูแลเด็ก 2. เพื่อกระตุ้นให้ผู้ปกครอง/ ผู้ดูแลเด็กเกิดพฤติกรรมการดูแลจัดเตรียมอาหารให้เด็กอย่างถูกหลักโภชนาการ และ 3. เพื่อให้เด็กมีความรู้และทัศนคติที่ดีต่อการรับประทานอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ ผู้เข้าร่วมประชุมได้หารือในการทำการลงรายละเอียดตัวชี้วัดเพื่อให้มีความเป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น เพื่อทำการประเมินผลในช่วงท้ายของกิจกรรม

ในส่วนของวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 นั้น ผู้เข้าร่วมการประชุมให้ความเห็นว่า ควรระบุตัวชี้วัดความสำเร็จเป็นการเกิดความรู้ ความเข้าใจ ในผลกระทบอันเกิดจากภาวะทุพโภชนาการในเด็ก โดยสามารถประเมินได้จากการทดสอบความรู้ ความเข้าใจเปรียบเทียบ ระหว่างความรู้ก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมและความรู้หลังการเข้าร่วมกิจกรรม ทั้งนี้ควรบูรณาการการประเมินเข้าร่วมกับการดำเนินกิจกรรมในรูปแบบของกิจกรรมร่วมสนุก ดังตัวอย่างบทสัมภาษณ์ต่อไปนี้

“น่าจะต้องดูว่าผู้ปกครองที่เข้าร่วมกิจกรรมมีความรู้เพิ่มมากขึ้นไหม รู้ไหมว่าหากไม่ปฏิบัติตามจะเกิดผลกระทบกับลูกหลานทั้งในปัจจุบันและอนาคต” ตัวแทนโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล, สัมภาษณ์ เมื่อวันที่ 28 มกราคม 2563

“ถ้าเอาแบบให้เห็นชัด ๆ ก็เอาเป็นมีแบบทดสอบก่อน หลัง แบบทำได้ง่าย ไม่เสียเวลานาน วัดความรู้ความเข้าใจได้เลย” ตัวแทนโรงเรียนประจำหมู่บ้าน, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 28 มกราคม 2563

สำหรับวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 ผู้เข้าร่วมประชุมให้ความเห็นว่า ควรระบุตัวชี้วัดความสำเร็จเป็น ผู้ปกครองเด็ก/ ผู้ดูแลเด็กมีความตั้งใจที่จะดูแลจัดเตรียมอาหารให้เด็กอย่างถูกหลักโภชนาการ โดยสามารถประเมินได้จากการสอบถามผู้ปกครอง/ ผู้ดูแลเด็กหลังจากจบกิจกรรมและการสอบถามใน ระหว่างการลงพื้นที่ตรวจสอบสภาพแต่ละครัวเรือนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านว่า ได้มี พฤติกรรมตามที่ตั้งใจหรือไม่ แต่อย่างไรก็ตามผู้เข้าร่วมประชุมให้ข้อคิดเห็นว่าการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมเป็นสิ่งที่อาจไม่สามารถวัดผลได้ทันทีในระยะสั้น รวมถึงวัดผลได้ค่อนข้างยากเนื่องจากเป็น พฤติกรรมที่เกิดขึ้นในแต่ละครัวเรือนและอาจมีปัจจัยอื่น ๆ เข้ามามีอิทธิพลให้ไม่เกิดการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัจจัยเรื่องรายได้ของผู้ปกครอง/ ผู้ดูแลเด็ก ดังตัวอย่างบทสัมภาษณ์ ต่อไปนี้

“อันนี้คงต้องให้ อสม. สอบถาม เวลาไปซิ่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงเด็กตามบ้านว่ามี พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปไหม เด็กกินอะไรเป็นอาหาร ดูแลกันอย่างไร” ตัวแทน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 28 มกราคม 2563

“มันอาจจะวัดไม่ได้ทันที แล้วบางครอบครัวเขาอาจจะยากจะให้ลูกหลานกินดีขึ้น แต่ เขาอาจจะไม่มีเงิน ไม่มีอาหารที่เหมาะสม ก็อาจจะกินแบบตามมีตามเกิดบ้าง” ตัวแทน องค์การบริหารส่วนตำบล, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 28 มกราคม 2563

สำหรับวัตถุประสงค์ข้อที่ 3 ผู้เข้าร่วมประชุมให้ความเห็นว่า ควรระบุตัวชี้วัดความสำเร็จเป็น เด็กในชุมชนมีความรู้และทัศนคติที่ดีต่อการรับประทานอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ โดย สามารถประเมินได้จากการทดสอบความรู้หลังการเข้าร่วมกิจกรรมหรือระหว่างการทำกิจกรรม โดย เป็นข้อคำถามที่สอดคล้องกับระดับอายุของเด็ก ดังตัวอย่างบทสัมภาษณ์ต่อไปนี้

“ข้อนี้วัดจากเด็กได้เลย ถามคำถามง่าย ๆ ระหว่างทำกิจกรรม หรือหลังจากจบ กิจกรรมก็ได้ เอาเป็นคำถามที่ได้ให้ความรู้เขาไปด้วยในตัวอันนี้ก็จะดี เช่น ให้เลือกว่าอาหาร แบบไหนที่ควรกิน พอเด็กตอบก็สามารถสอนต่อได้ว่า แต่ละอันมีประโยชน์หรือมีโทษ อย่างไร” ตัวแทนโรงเรียนประจำหมู่บ้าน, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 28 มกราคม 2563

ทั้งนี้จากการร่วมแสดงความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมประชุมในทุกหัวข้อ ผู้วิจัยได้นำมาเรียบเรียง และเพิ่มเติมรายละเอียดเพื่อเป็นแนวทางให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้นำไปปฏิบัติ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 2: (โครงร่าง) รูปแบบการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็ก ในพื้นที่หมู่บ้าน นายนม จังหวัดชัยภูมิ

การวิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เข้าร่วมการประชุมจัดทำโครงร่างฯ ครั้งนี้ได้ร่วมกันนำเสนอข้อมูลและวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรคตามแนวทาง SWOT Analysis ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ตารางที่ 5.2 การวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบ SWOT Analysis

จุดแข็ง (Strength)	จุดอ่อน (Weakness)
<ul style="list-style-type: none"> - เจ้าหน้าที่รพสต. อสม. และครูเป็นบุคคลที่ทำหน้าที่การสื่อสารในประเด็นสุขภาพได้เป็นอย่างดี - คนในชุมชนมีความเชื่อถือเจ้าหน้าที่รพสต. อสม. และครู เป็นอย่างมาก - อสม. เข้าถึงครัวเรือนต่าง ๆ ในชุมชนอย่างสม่ำเสมอ - การสื่อสารระหว่าง อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและครูกับคนในชุมชนมีความยืดหยุ่นเนื่องจากเป็นการสื่อสารแบบพบปะหน้าตา - รพสต. และหน่วยงานในชุมชนมีการจัดกิจกรรมการสื่อสารเพื่อสุขภาพแบบเฉพาะกิจ - โรงเรียนประจำหมู่บ้านได้ให้ความรู้เรื่องโภชนาการกับผู้ปกครองในวันประชุมนิเทศนักเรียนใหม่ - ครูได้ให้ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับโภชนาการแก่เด็กในโรงเรียนอย่างสม่ำเสมอ - ชุมชนมีสื่อหอกระจายเสียงที่สามารถเข้าถึงคนในชุมชนได้อย่างครอบคลุม 	<ul style="list-style-type: none"> - สมาชิกในชุมชนส่วนใหญ่ต้องทำงานหาเลี้ยงชีพจึงไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างทั่วถึง - นักเรียนต้องไปทำงานกับพ่อแม่ไม่สามารถมาโรงเรียนได้สม่ำเสมอ จึงขาดความรู้เรื่องโภชนาการ - ผู้เลี้ยงดูเด็กส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุในครอบครัวซึ่งไม่มีความรู้ทางโภชนาการมากนัก - ผู้เลี้ยงดูเด็กส่วนใหญ่ไม่มีความรู้เรื่องผลกระทบจากภาวะทุพโภชนาการ - ในการสื่อสารระหว่าง อสม./ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับคนในชุมชนไม่มีสื่อประกอบการสื่อสารที่น่าสนใจ

จุดแข็ง (Strength)	จุดอ่อน (Weakness)
- เจ้าหน้าที่รพสต. มีสื่อเฉพาะกิจ เช่น แผ่นพับ ป้ายไว้นิล ในการจัดกิจกรรมเฉพาะกิจ	
โอกาส (Opportunity)	อุปสรรค (Threaten)
- หน่วยงานภาครัฐ เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล ได้ให้ทุนสนับสนุนกิจกรรมการสื่อสารเพื่อสุขภาพ	- ขาดแหล่งทุนสนับสนุนงบประมาณอย่างต่อเนื่อง - วัฒนธรรมการรับประทานอาหารของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

วัตถุประสงค์การสื่อสารและตัวชี้วัดความสำเร็จ

ตารางที่ 5.3 วัตถุประสงค์การสื่อสารและตัวชี้วัดความสำเร็จ

ลำดับ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด
1	เพื่อสร้างความตระหนักในผลกระทบอันเกิดจากภาวะทุพโภชนาการในเด็กให้แก่กลุ่มผู้ปกครอง/ ผู้ดูแลเด็ก	ผู้ปกครองเด็ก/ ผู้ดูแลเด็ก มีความรู้ ความเข้าใจ ในผลกระทบอันเกิดจากภาวะทุพโภชนาการในเด็ก
2	เพื่อกระตุ้นให้ผู้ปกครอง/ ผู้ดูแลเด็กเกิดพฤติกรรมการดูแลจัดเตรียมอาหารให้เด็กอย่างถูกต้องหลักโภชนาการ	ผู้ปกครองเด็ก/ ผู้ดูแลเด็กเกิดพฤติกรรมการดูแลจัดเตรียมอาหารให้เด็กอย่างถูกต้องหลักโภชนาการ
3	เพื่อให้เด็กมีความรู้และทัศนคติที่ดีต่อการรับประทานอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ	เด็กในชุมชนมีความรู้และทัศนคติที่ดีต่อการรับประทานอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ

กลุ่มเป้าหมายในการสื่อสาร

1. กลุ่มเป้าหมายหลัก: ผู้ปกครอง/ ผู้ดูแลเด็กที่มีบุตรหลานวัยแรกเกิด – 5 ปี และอาศัยอยู่ในหมู่บ้านนายม ต.นายม อ.บ้านแท่น จ.ชัยภูมิ

2. กลุ่มเป้าหมายรอง: เด็กระดับปฐมวัย (อายุ 3-5 ปี) ที่เข้าเรียนระดับอนุบาล โรงเรียนบ้านนายม ต.นายม อ.บ้านแท่น จ.ชัยภูมิ

การออกแบบสาร

การออกแบบสารในการสื่อสารครั้งนี้ มุ่งเน้นเนื้อหาที่การแสดงให้เห็นถึงผลกระทบที่เกิดจากปัญหาทุพโภชนาการ ควบคู่ไปกับการให้ความรู้เรื่องการรับประทานอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ และควรเป็นความรู้ที่กลุ่มเป้าหมายสามารถนำไปปฏิบัติได้ทันที อีกทั้งการนำเสนอเนื้อหาควรเข้าใจง่าย ไม่ใช่ภาษาที่เป็นทางการ/ วิชาการ ใช้ภาษาท้องถิ่น จึงนำมาสู่การกำหนดสารหลัก (Key Message) ในการสื่อสารครั้งนี้ คือ

“3 ดี: อาหารดี สุขภาพดี สมองดี ชีวิตมีสุข”

โดยสารหลักนี้ครอบคลุมเนื้อหาในการทำกิจกรรมเรื่องการให้ความรู้เกี่ยวกับการประกอบ/ จัดหาอาหารให้กับบุตรหลานอย่างถูกหลักโภชนาการจะนำไปสู่การมีสุขภาพร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง อันเป็นองค์ประกอบสำคัญที่จะทำให้บุตรหลานดำเนินชีวิตได้อย่างเป็นสุข ไม่เกิดผลกระทบทางลบต่อร่างกาย สติปัญญา และการใช้ชีวิตในอนาคต

การใช้สื่อในการสื่อสาร

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า *สื่อบุคคล* เป็นสื่อที่มีประสิทธิภาพสูงสุดสำหรับการสื่อสารในชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคคลที่มีความน่าเชื่อถือในประเด็นสุขภาพ เช่น บุคลากรทางการแพทย์จากโรงพยาบาลประจำอำเภอ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และครูในโรงเรียนประจำชุมชน เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่าสื่อในชุมชนที่มีความเหมาะสมในการสื่อสารรณรงค์ประกอบไปด้วย *การจัดกิจกรรม หอกระจายเสียง* ในหมู่บ้าน *แผ่นพับหรือสื่อที่แจกแต่ละครัวเรือน* รวมไปถึง *สื่อการเรียนการสอน* ที่เหมาะกับกลุ่มเป้าหมายที่เป็นเด็ก เป็นต้น เนื่องจากสื่อเหล่านี้สามารถเข้าถึงประชาชนในหมู่บ้านได้อย่างครอบคลุม ไม่เสียค่าใช้จ่ายในการซื้อพื้นที่สื่อ จึงนำมาสู่การกำหนดสื่อหลักในการสื่อสารครั้งนี้ คือ *สื่อบุคคล สื่อกิจกรรม (สื่อเฉพาะกิจ) สื่อหอกระจายเสียง และสื่อสิ่งพิมพ์* ประกอบการจัดกิจกรรม

รายละเอียดกิจกรรม

กิจกรรมที่ 1: การให้ความรู้ผ่านหอกระจายเสียง

ช่วงเวลา 1-31 พฤษภาคม พ.ศ. 2563 เนื่องจากเป็นช่วงเวลาเปิดภาคเรียน

(ทั้งนี้การทดลองดำเนินกิจกรรมจริงได้ถูกเลื่อนออกไปเป็น 1-31 สิงหาคม พ.ศ. 2563 เนื่องจากสถานการณ์โควิด)

รายละเอียด

1. ผู้นำหมู่บ้านสอดแทรกความรู้เรื่องการรับประทานอาหารให้ถูกหลักโภชนาการ รวมถึงประโยชน์และโทษที่อาจเกิดขึ้นกับเด็กเล็กหากไม่ปฏิบัติตามแนวทางดังกล่าว โดยเป็นการสอดแทรกในช่วงสุดท้ายของการแจ้งข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ให้กับคนในชุมชนได้รับทราบ

2. ผู้นำหมู่บ้านเชิญชวนให้ผู้ปกครอง/ ผู้ดูแลเด็กเข้าร่วมกิจกรรมปฐมนิเทศผู้ปกครองของนักเรียนระดับอนุบาล โรงเรียนบ้านนายม ซึ่งมีกิจกรรม “3 ดี: อาหารดี สุขภาพดี สมองดี ชีวีมีสุข” เป็นส่วนหนึ่งของการปฐมนิเทศ

กิจกรรมที่ 2: การให้ความรู้ในกิจกรรมเฉพาะกิจ

ชื่อกิจกรรม “3 ดี: อาหารดี สุขภาพดี สมองดี ชีวีมีสุข”

ช่วงเวลา 1-31 พฤษภาคม พ.ศ. 2563 เนื่องจากเป็นช่วงเวลาเปิดภาคเรียน

(ทั้งนี้การทดลองดำเนินกิจกรรมจริงได้ถูกเลื่อนออกไปเป็น 1-31 สิงหาคม พ.ศ. 2563 เนื่องจากสถานการณ์โควิด)

สถานที่ โรงเรียนบ้านนายม อ.บ้านแท่น จ.ชัยภูมิ

วิทยากร

1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
2. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

3. ครูในโรงเรียนประจำชุมชน

ผู้เข้าร่วมกิจกรรม

1. ผู้ปกครอง/ ผู้ดูแลเด็ก
2. นักเรียนระดับอนุบาล (อายุ 3-5 ปี)

รายละเอียด

1. ตัวแทนโรงเรียนร่วมกับตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งแจ้งผลการติดตามจากการชั่งน้ำหนัก ผลสรุปพัฒนาการด้านร่างกายสัมพันธ์กับช่วงวัยพัฒนาการกล้ามเนื้อ (จากการประเมินผลจากสมุดประจำตัวเด็ก

2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทดสอบความรู้เบื้องต้นของผู้ปกครอง/ ผู้ดูแลเด็กเกี่ยวกับผลกระทบอันเกิดจากภาวะทุพโภชนาการในเด็ก โดยการถามคำถามและให้รางวัลเล็กน้อยเป็นอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย อาทิ ไข่ไก่ เนื้อสัตว์ นม เป็นต้น

3. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้ความรู้เกี่ยวกับการกินอาหารและพัฒนาการที่สำคัญในช่วงวัยของเด็ก โดยมีสื่อสิ่งพิมพ์ประกอบการให้ความรู้ซึ่งเป็นสื่อความรู้จากสำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ประกอบกับสื่อความรู้ที่ผู้วิจัยร่วมผลิต ดังตัวอย่างต่อไปนี้

ภาพที่ 5.1 ตัวอย่างใบปลิวให้ความรู้เรื่องสัดส่วนอาหารที่เหมาะสม



4. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้ความรู้เรื่องแนวทางการประกอบอาหารที่ง่ายและได้ประโยชน์สอดคล้องกับธงโภชนาการสำหรับเด็ก จากนั้นเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมแบ่งปัน “เมนูลูกรัก” โดยการเล่าถึงเมนูอาหารของคนที่ทำได้ง่ายและได้ประโยชน์ตามธงโภชนาการ พร้อมรับของรางวัลจากการร่วมกิจกรรมเป็นอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย อาทิ ไข่ไก่ เนื้อสัตว์ นม เป็นต้น

5. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทดสอบความรู้ของผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเด็กเกี่ยวกับผลกระทบอันเกิดจากภาวะทุพโภชนาการในเด็กและแนวทางการดูแลจัดเตรียมอาหารให้เด็กอย่างถูกหลักโภชนาการ โดยการถามคำถาม

6. ตัวแทนครูโรงเรียนประจำชุมชนชี้แจงกิจกรรม “นิทานของหนู” ให้แก่ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเด็ก ได้รับรู้ จากนั้นได้นำผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเด็กไปที่ห้องเรียน เพื่อร่วมกิจกรรมดังกล่าว โดยครูประจำชั้นเป็นผู้เล่านิทานเรื่องหนูนิดไม่ยอมกินผักซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับการกระตุ้นให้เด็กเกิดทัศนคติที่ดีต่อการกินอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ และผลกระทบที่เกิดจากการหลีกเลี่ยงอาหารดังกล่าวให้เด็ก ๆ ฟัง พร้อมทั้งถามคำถามที่เกี่ยวข้อง และแจกหนังสือนิทานให้เด็ก ๆ ทุกคน โดยกำชับให้ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเด็กได้ไปอ่าน/เล่าให้ลูกหลานของตนฟังที่บ้านอย่างสม่ำเสมอ จากนั้นได้มอบ

กระเป๋าสามดี ซึ่งเป็นกระเป๋านักเรียนที่ใส่อาหาร ขนมที่มีประโยชน์ ผลไม้ และนม รวมทั้งเครื่องเขียน ให้กับเด็กทุกคนเพื่อเป็นการเสริมแรงทางบวกในการเป็นเด็กดี

นอกจากนี้ตัวแทนครูโรงเรียนประจำชุมชนยังได้นำหนังสือนิทานกระเป๋าสามดี ไปมอบให้นักเรียนที่ไม่ได้มาโรงเรียนในวันดังกล่าวอีกด้วย

ภาพที่ 5.2 หนังสือนิทานหนูนิดไม่ยากกินผัก



ภาพที่ 5.3 ตัวอย่างกิจกรรม



7. ตัวแทนครูโรงเรียนประจำชุมชนขอความร่วมมือให้ผู้ปกครอง/ ผู้ดูแลเด็กดำเนินการตาม คำแนะนำการจัดเตรียมอาหารให้เด็กและการให้ความรู้เรื่องอาหารที่มีประโยชน์แก่เด็กอยู่เสมอ

**** ทั้งนี้รายละเอียดต่างๆ สามารถปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสมเมื่อนำไปใช้งานจริง**

กิจกรรมที่ 3: การติดตามผลและให้ความรู้จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ช่วงเวลา ตุลาคม – ธันวาคม พ.ศ. 2563

รายละเอียด

1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสอดแทรกการติดตามผลการดูแลอาหารสำหรับเด็กในช่วงลงพื้นที่เพื่อวัดส่วนสูง ชั่งน้ำหนัก และตรวจสอบข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพแต่ละครัวเรือน

2. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสอดแทรกการให้ความรู้ ตอกย้ำแนวทางการดูแลอาหารสำหรับเด็ก ประโยชน์และโทษของการไม่ปฏิบัติตามแนวทางดังกล่าว ในช่วงลงพื้นที่เพื่อวัดส่วนสูง ชั่งน้ำหนัก และตรวจสอบข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพแต่ละครัวเรือน

การประเมินผล

ตารางที่ 5.4 แนวทางการประเมินผล

ลำดับ	ตัวชี้วัดความสำเร็จ	วิธีการประเมินผล
วัตถุประสงค์ที่ 1: เพื่อสร้างความตระหนักในผลกระทบอันเกิดจากภาวะทุพโภชนาการในเด็กให้แก่กลุ่มผู้ปกครอง/ ผู้ดูแลเด็ก		
1.	ผู้ปกครองเด็ก/ ผู้ดูแลเด็ก มีความรู้ ความเข้าใจ ในผลกระทบอันเกิดจากภาวะทุพโภชนาการในเด็ก	การทดสอบความรู้ ความเข้าใจผู้ปกครอง/ ผู้ดูแลเด็ก เปรียบเทียบ ระหว่างความรู้ก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม (Pre-test) และความรู้หลังการเข้าร่วมกิจกรรม (Post-test)
วัตถุประสงค์ที่ 2: เพื่อกระตุ้นให้ผู้ปกครอง/ ผู้ดูแลเด็กเกิดพฤติกรรมการดูแลจัดเตรียมอาหารให้เด็กอย่างถูกหลักโภชนาการ		
2.	ผู้ปกครองเด็ก/ ผู้ดูแลเด็กมีความตั้งใจที่จะดูแลจัดเตรียม	- การสอบถามผู้ปกครอง/ ผู้ดูแลเด็กถึงความตั้งใจในการนำความรู้ไปใช้หลังจากจบกิจกรรม

ลำดับ	ตัวชี้วัดความสำเร็จ	วิธีการประเมินผล
	อาหารให้เด็กอย่างถูกต้องหลักโภชนาการ	- การสอบถามผู้ปกครอง/ ผู้ดูแลเด็กในระหว่างการลงพื้นที่ตรวจสอบคุณภาพแต่ละครัวเรือนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
วัตถุประสงค์ที่ 3: เพื่อให้เด็กมีความรู้และทัศนคติที่ดีต่อการรับประทานอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ		
3.	เด็กในชุมชนมีความรู้และทัศนคติที่ดีต่อการรับประทานอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ	การทดสอบความรู้หลังการเข้าร่วมกิจกรรมหรือระหว่างการทำกิจกรรม โดยเป็นข้อคำถามที่สอดคล้องกับระดับอายุของเด็ก

ทั้งนี้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้ดำเนินการทดลองนำแผนงานมาใช้งานจริงระหว่างเดือนกรกฎาคม - ธันวาคม พ.ศ. 2563 เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) ส่งผลให้มีการเลื่อนวันเปิดภาคการศึกษาที่ 1 ประจำปีการศึกษา 2563 จากเดิมเดือน พฤษภาคม เป็นเดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2563

จากกระบวนการพัฒนาโครงสร้างแผนการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็ก และการทดลองใช้ พบว่า ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียส่วนใหญ่มีแนวโน้มที่ดีในการให้ความร่วมมือกับการดำเนินโครงการสื่อสารสุขภาพในชุมชน และยินดีที่จะเข้าร่วมการทำสนทนากลุ่มเพื่อให้ข้อเสนอแนะต่อการจัดทำข้อเสนอแนะในการนำต้นแบบการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็กยากจนไปประยุกต์ใช้ในขั้นตอนต่อไป

ขั้นตอนที่ 3: การจัดทำข้อเสนอแนะในการนำต้นแบบการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็กยากจนไปประยุกต์ใช้

ในขั้นตอนที่ 3 ผู้วิจัยได้นำข้อมูลโครงสร้างรูปแบบการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็กยากจนในถิ่นทุรกันดารที่ได้พัฒนามาจากผลการดำเนินการในขั้นตอนก่อนหน้า มาใช้ในการดำเนินการสนทนากลุ่มกับตัวแทนผู้ที่ได้เข้าร่วมในโครงการการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการ

ในเด็ก (ขั้นตอนที่ 2) จำนวน 15 คน เนื่องจากเป็นผู้ที่ได้มีส่วนร่วมตามกระบวนการอย่างครบถ้วน
อันประกอบไปด้วย

ตารางที่ 5.5 รายละเอียดกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

ลำดับ	กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	จำนวน
1	ตัวแทนจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	2 คน
2	อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	2 คน
3	ตัวแทนผู้นำหมู่บ้าน	2 คน
4	ตัวแทนองค์การบริหารส่วนตำบล	2 คน
5	ตัวแทนโรงเรียนประจำหมู่บ้าน	2 คน
6	ผู้ปกครองเด็ก/ ผู้ดูแลเด็ก	5 คน
		รวมทั้งสิ้น 15 คน

ผู้ดำเนินการได้อธิบายสรุปถึงโครงร่างแผนงานรูปแบบการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาทุก
โภชนาการที่พัฒนาขึ้นมาแล้วนั้น จากนั้นได้ดำเนินการสนทนาประกอบด้วยความเหมาะสมทั้ง 4
ประเด็นหลักและอื่น ๆ ได้แก่

- ความเหมาะสมของการระบุกลุ่มเป้าหมายในแผนงานการสื่อสาร
- ความเหมาะสมของการระบุวัตถุประสงค์ในแผนงานการสื่อสาร
- ความเหมาะสมของขององค์ประกอบสาร
- ความเหมาะสมของขององค์ประกอบด้านสื่อและกิจกรรม
- ความเหมาะสมของของแนวทางการประเมินผล
- แนวทางการต่อยอดเพื่อให้เกิดความยั่งยืนของการพัฒนาและข้อเสนอแนะ
อื่น ๆ สำหรับการปรับปรุงแผนงานรูปแบบการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาทุก
โภชนาการ

ดังผลการวิจัยดังต่อไปนี้

1. ความเหมาะสมของการระบุกลุ่มเป้าหมายในแผนงานการสื่อสาร จากการสนทนากลุ่มพบว่า ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมดเห็นด้วยกับการตั้งกลุ่มเป้าหมายในการสื่อสารครั้งนี้ เนื่องจากเป็นกลุ่มเป้าหมายที่แท้จริงและมีการแบ่งกลุ่มย่อยเพื่อส่งสารเฉพาะเหมาะสมกับกลุ่ม โดยการตั้งกลุ่มผู้ปกครอง/ ผู้ดูแลเด็กเป็นกลุ่มเป้าหมายหลักนั้น ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีความเห็นว่ามีเหมาะสมเป็นอย่างมากเนื่องจากเป็นผู้ที่มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลจัดเตรียมอาหารให้แก่เด็กในการปกครองโดยตรง รวมถึงมีผลต่อการหล่อหลอมพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารให้แก่เด็กในการดูแลของตน และเห็นด้วยกับการตั้งกลุ่มเป้าหมายรองเป็นเด็กอายุ 3-5 ปี เนื่องจากเป็นเด็กที่ได้เข้าเรียนในระดับปฐมวัยแล้ว สามารถเข้าร่วมกิจกรรมที่ดำเนินการโดยโรงเรียนได้อย่างสะดวก และเป็นกลุ่มที่สามารถกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ได้โดยไม่ยากนัก ดังตัวอย่างบทสัมภาษณ์ดังต่อไปนี้

“ผู้ปกครองสำคัญที่สุดค่ะสำหรับเด็กเล็ก เนื่องจากเป็นคนเตรียมอาหาร ดูแลการกินอยู่ของเด็กตลอด ยกเว้นแค่ช่วงที่มาโรงเรียน” ตัวแทนจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 3 ตุลาคม 2563

“ต้องให้คนที่ดูแลเด็ก ใกล้ชิดกับเด็กมีความรู้ เขาเป็นคนทำอาหาร ซื่ออาหาร แล้วก็ก็เป็นคนที่สามารถบอกกับเด็กได้ว่าควรกินอะไร” ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 3 ตุลาคม 2563

“พอเราได้มาฟัง เหมือนได้ย้ำกับตัวเองว่าจะอะไรดีสำหรับลูกหลานของเรา เลยคิดว่าคนที่ควรเข้าร่วมกิจกรรมที่สุดก็คือ แม่ หรือคนที่ดูแลลูก” ตัวแทนผู้ปกครองเด็ก/ ผู้ดูแลเด็ก, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 3 ตุลาคม 2563

“เด็กก็เป็นกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญ เพราะคือตัวเขาเอง บางทีเขาไม่ได้อยู่กับพ่อแม่หรือกับ ครูตลอด การที่เขาได้ชิมชั้บตรงนี้ เขาก็จะนำไปใช้ได้” ตัวแทนโรงเรียนประจำหมู่บ้าน, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 3 ตุลาคม 2563

2. ความเหมาะสมของการระบุวัตถุประสงค์ในแผนงานการสื่อสาร ซึ่งวัตถุประสงค์ในครั้งนี้ประกอบไปด้วย 1) เพื่อสร้างความตระหนักในผลกระทบอันเกิดจากภาวะทุพโภชนาการในเด็กให้แก่กลุ่มผู้ปกครอง/ ผู้ดูแลเด็ก 2) เพื่อกระตุ้นให้ผู้ปกครอง/ ผู้ดูแลเด็กเกิดพฤติกรรมดูแลจัดเตรียมอาหารให้เด็กอย่างถูกหลักโภชนาการ และ 3) เพื่อให้เด็กมีความรู้และทัศนคติที่ดีต่อการรับประทานอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ

จากการสนทนากลุ่มพบว่า ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเห็นด้วยว่า ควรเน้นถึงการกระตุ้นให้เห็นโทษจากการไม่ปฏิบัติตามแนวทางการกินอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ เนื่องจากผู้ปกครอง/ ผู้ดูแลเด็ก ย่อมไม่ต้องการให้เกิดผลลัพธ์เชิงลบกับบุตรหลานของตน จึงมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามแนวทางการกินอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ อีกทั้งเห็นด้วยกับวัตถุประสงค์การให้ความรู้และสร้างทัศนคติที่ดีต่อการรับประทานอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการให้แก่เด็ก เนื่องจากการสร้างความรู้พื้นฐานให้เด็กเกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อไปในอนาคต ดังตัวอย่างบทสัมภาษณ์ดังต่อไปนี้

“ที่ผ่านมาเชื่อว่าส่วนใหญ่รู้ว่าควรให้ลูกกินอะไร แต่บางทีอาจไม่ใส่ใจเพราะไม่เห็นโทษที่ชัดเจน การได้เห็นโทษก็สามารถทำให้เกิดพฤติกรรมตามที่ควรจะเป็นได้มากขึ้น ”
ตัวแทนจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 3 ตุลาคม 2563

“ส่วนมากก็รู้ว่ากินอันนี้ดี บำรุงร่างกาย แต่ไม่ได้รู้ว่าถ้าไม่กินมันจะเกิดอะไรขึ้นกับลูกหลานเรา ถ้าพ่อแม่ได้รู้ก็จะได้ระวังมากขึ้น ” ตัวแทนผู้นำหมู่บ้าน, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 3 ตุลาคม 2563

“เด็กควรกินนม กินไข่ เพราะมันช่วยให้โต อันนี้น่าจะรู้กันหมดเพราะได้ยินมาตลอด แต่พอบอกว่าถ้าไม่กินนม กินไข่ มันจะเกิดโทษ อันนี้จะเริ่มกลัว ไม่อยากให้ลูกหลานตัวเองเจอแบบนั้นก็น่าจะช่วยให้ดูแลอาหารให้ลูกดีขึ้นเท่าที่พอทำได้” ตัวแทนองค์การบริหารส่วนตำบล, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 3 ตุลาคม 2563

“ให้เด็กเขาได้รู้ด้วยอันนี้ดี เพราะบางทีเราไม่ได้อยู่กับเขา หรือบางทีเราอยู่แต่บอกอะไรเขาก็ไม่เชื่อเรา ถ้าเขารู้ เราก็จะสบายใจได้เช่นว่าเวลาให้เงินไปเขาจะซื้อของดี ๆ กิน”
ตัวแทนผู้ปกครองเด็ก/ ผู้ดูแลเด็ก, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 3 ตุลาคม 2563

3. ความเหมาะสมของขององค์ประกอบสาร จากการสนทนากลุ่มพบว่า ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียส่วนใหญ่ได้ให้ความเห็นว่าสารมีความง่าย ไม่ซับซ้อน เห็นภาพ ชัดเจนอีกทั้งมีความน่าสนใจเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายทั้งสารสำหรับกลุ่มผู้ปกครอง/ ผู้ดูแลเด็ก และสารสำหรับเด็ก ดังตัวอย่างบทสนทนาดังต่อไปนี้

“เนื้อหามันครบถ้วนค่ะ คือในการสื่อสารกับผู้ปกครองก็ควรได้ทราบทั้งในส่วนลูกควรกิน อะไร หากไม่กินจะเกิดโทษอย่างไร โดยเนื้อหาไม่เยอะมากอันนี้คือสิ่งที่ดี เอาให้ชัดเจน ให้จำได้ได้ ไม่ต้องรายละเอียดมาก ส่วนเด็กเขาก็ควรได้รับเนื้อหาที่เหมาะสมกับวัยเขา

เป็นนิทานที่เขาสามารถเข้าใจได้ง่าย มีแบบอย่างที่ชัดเจนด้วยจากนิทาน” ตัวแทนจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 3 ตุลาคม 2563

“เด็กเขาชอบนิทานอยู่แล้ว มันทำให้เขาสนใจมากกว่าเรามานั่งสอนปกติทั่วไป ส่วนพ่อ แม่ ปู่ย่าตายายที่มาฟังพอเนื้อหามันทำตามได้ง่าย เห็นโทษชัดเจน เขาก็จดจำ” ตัวแทนจากโรงเรียนประจำหมู่บ้าน, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 3 ตุลาคม 2563

4. ความเหมาะสมขององค์ประกอบด้านสื่อและกิจกรรม จากการสนทนากลุ่มพบว่า ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมดเห็นด้วยกับการใช้สื่อบุคคลเป็นสื่อหลักในการดำเนินการสื่อสารเนื่องจากเป็นสื่อที่สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้อย่างแท้จริง และเป็นสื่อที่สามารถโน้มน้าวให้กลุ่มเป้าหมายเกิดพฤติกรรมที่ต้องการได้ รวมทั้งสื่อกิจกรรมสามารถเรียกความสนใจแก่กลุ่มเป้าหมายได้ดี อีกทั้งเห็นด้วยกับการมีสื่อเสริมเช่น หอกระจายเสียง ใบบลิฟเพื่อให้การสื่อสารมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น แต่อย่างไรก็ตามหากเปลี่ยนจากใบบลิฟเป็นสิ่งที่ใช้งานได้ไม่ทิ้ง เช่น ปฏิทินแขวน จะทำให้สื่อสิ่งพิมพ์อยู่ได้นานมากยิ่งขึ้น ดังตัวอย่างบทสนทนาดังต่อไปนี้

“จริง ๆ คนนี้แหละที่มีผลที่สุด ถ้าสำหรับเรื่องสุขภาพของเด็กก็ต้องเป็นรพสต. อสม. แล้วก็ครู อันนี้พูดไปจะเชื่อมากกว่าคนอื่นพูด” ตัวแทนผู้นำหมู่บ้าน, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 3 ตุลาคม 2563

“เวลาเราจัดกิจกรรมมันก็เป็นเราคนมารวมตัวกัน มาทำอะไรร่วมกัน มีของรางวัลเล็ก ๆ น้อย ๆ ก็ทำให้ชาวบ้านสนใจ เด็ก ๆ ก็ตื่นต้นเวลามีกิจกรรมพิเศษมา” ตัวแทนโรงเรียนประจำหมู่บ้าน, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 3 ตุลาคม 2563

“หอกระจายเสียงก็ดีได้ยินกันไปทั่วหมู่บ้าน พอได้ยินซ้ำ ๆ ก็จำได้ ไม่ลืม แล้วก็ประหยัดเงินไม่ต้องไปทำสื่อ” ตัวแทนผู้ปกครองเด็ก/ ผู้ดูแลเด็ก, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 3 ตุลาคม 2563

“ใบบลิฟมันก็ดีตอนทำกิจกรรม แต่เสียดายมันอยู่ได้ไม่นาน ถ้าเป็นอย่างอื่นที่มันอยู่ได้นาน เห็นได้เรื่อย ๆ อย่างพวกปฏิทินแขวน มันน่าจะมีประโยชน์แล้วเห็นซ้ำ ๆ ก็เป็นการย้ำเตือนเรา แต่คงมีข้อเสียเรื่องมันแพงกว่า” ตัวแทนผู้ปกครองเด็ก/ ผู้ดูแลเด็ก, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 3 ตุลาคม 2563

5. ความเหมาะสมของของแนวทางการประเมินผล จากการสนทนากลุ่มพบว่า ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียให้ความเห็นว่า การประเมินผลแบบก่อนร่วมกิจกรรมและหลังร่วมกิจกรรมเพื่อวัดความรู้ความเข้าใจในกลุ่มเป้าหมายนั้นเป็นสิ่งที่เห็นผลชัดเจน แต่อย่างไรก็ตามสิ่งที่ควรเพิ่มเติมจากแนวทางการประเมินผลที่ได้นำเสนอคือ ในการประเมินผลควรมีการระบุให้ชัดเจนว่าปัจจัยใดที่ส่งผลทางบวก ปัจจัยใดที่ส่งผลทางลบ เพื่อนำไปพิจารณาปรับปรุงแก้ไขต่อไป ดังตัวอย่างบทสนทนาดังต่อไปนี้

“ที่ถามเลยว่าตอนแรกรู้แคไหน ตอนหลังรู้แคไหนอันนี้ดี มันเห็นชัดเลย แต่บางอันมันวัดยาก คือหลังจากกลับบ้านไป อาจจะมีอะไรที่ต้องทำอะไรถ้าไม่ทำจะเกิดโทษอะไร แต่ที่ไม่ทำเพราะมีอะไรอย่างอื่นมาเกี่ยวไหม” ตัวแทนจากองค์การบริหารส่วนตำบล, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 3 ตุลาคม 2563

“จริง ๆ มันอาจจะมีปัจจัยอีกหลายอย่างที่ส่งผลต่อพฤติกรรม ถ้าเรามีการดูตรงนั้นเพิ่มเข้ามา มันก็จะเห็นที่มาที่ไปของพฤติกรรมชัดเจน แม่นยำมากยิ่งขึ้น” ตัวแทนจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 3 ตุลาคม 2563

6. แนวทางการต่อยอดเพื่อให้เกิดความยั่งยืนของการพัฒนาและข้อเสนอแนะอื่นๆ สำหรับการปรับปรุงแผนงานรูปแบบการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการ จากการสนทนากลุ่มพบว่า ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่า ควรมีการสื่อสารอย่างสม่ำเสมอ ขยายความครอบคลุมให้ทั่วถึงทั้งตำบล สร้างกลุ่มกิจกรรมสำหรับแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็กโดยตรง และขยายไปยังกลุ่มต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ชมรมผู้สูงอายุประจำชุมชนเนื่องจากมีบทบาทเป็นผู้ดูแลบุตรหลานในครัวเรือน เป็นต้น ผ่านวิธีการสื่อสารที่สามารถกระตุ้นให้ประชาชนมีความตื่นตัวในการรับข้อมูลข่าวสารและแก้ไขปัญหาสุขภาพของบุตรหลานด้วยตนเอง ดังตัวอย่างบทสนทนาดังต่อไปนี้

“จริง ๆ เรามีเรื่องสุขภาพที่ต้องให้ข้อมูลกับชาวบ้านอยู่หลายเรื่อง มันเลยทำให้พอมีเรื่องใหม่มา ชาวบ้านอาจจะเลิกสนใจเรื่องเก่าที่เคยให้ข้อมูลไว้ ถ้าอยากให้มันยั่งยืนคนที่เกี่ยวข้องต้องช่วยกัน พูดเรื่องนี้อย่างต่อเนื่อง อาจจะไม่จำเป็นต้องจัดกิจกรรมขึ้นมาเป็นพิเศษ แต่สามารถสอดแทรกไปกับกิจกรรมอื่น ๆ ได้ ให้เรื่องนี้มันไม่หายไป เป็นการช่วย รพ

สด. ด้วยอีกทาง” ตัวแทนจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 3 ตุลาคม 2563

“ในหมู่บ้านเรามีเครือข่ายเยอะ แล้วก็ยังมีข้ามหมู่บ้านด้วย อย่างทุกวันนี้คนเลี้ยงเด็กส่วนมากเป็นปู่ ย่า ตา ยาย ที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ถ้ามีการขอความร่วมมือสอดแทรกข้อมูลพวกนี้ลงไปให้เขาอย่างต่อเนื่องมันก็จะดี มันก็เป็นการเพิ่มเครือข่าย ถ้าจะให้ดีให้มันครอบคลุมไปทั้งตำบล” ตัวแทนโรงเรียนประจำหมู่บ้าน , สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 3 ตุลาคม 2563

ทั้งนี้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้ให้ข้อเสนอว่า เพื่อให้ปัญหาทุพโภชนาการในเด็กหมดไป ควรมีการแก้ไขปัญหาจากต้นทาง อาทิ การจัดกิจกรรมที่สร้างความตระหนักถึงการตั้งครรภ์ไม่พร้อมให้แก่วัยรุ่นในหมู่บ้าน การให้ความรู้เรื่องการวางแผนครอบครัว การกระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์เห็นความสำคัญของการฝากครรภ์ตามเกณฑ์ที่กำหนด รวมถึงการจัดกิจกรรมเยี่ยมหลังคลอดจากผู้ที่มีความรู้เรื่องโภชนาการที่เหมาะสมสำหรับแม่และบุตร เป็นต้น ดังความคิดเห็นต่อไปนี้

“อีกหนึ่งปัญหาที่ถ้าเราแก้ได้ เรื่องทุพโภชนาการในเด็กก็อาจดีขึ้น คือ เรื่องการวางแผน ครอบครัว ภาวะตั้งครรภ์ในวัยรุ่น รวมไปถึงจนถึงปัญหาการตั้งครรภ์ในภาวะไม่พร้อม เพราะมันเป็นหนึ่งในต้นเหตุของปัญหานี้” ตัวแทนจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 3 ตุลาคม 2563

“ความไม่พร้อมนี้เป็นปัจจัยสำคัญ มันเกี่ยวกับเรื่องรายได้ ความสามารถในการเลี้ยงดูความใส่ใจต่าง ๆ ทั้งหมด ถ้ามีการกิจกรรมกับคนกลุ่มนี้มากขึ้น เช่น กลุ่มแม่วัยใส หรือไปพูดคุยหลังคลอดนอกเหนือจากการมาพบคุณหมอที่ รพสต. น่าจะพอกระตุ้นเขาได้” ตัวแทนจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 3 ตุลาคม 2563

จากการสนทนากลุ่มข้างต้นสรุปได้ว่า ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมดเห็นด้วยกับการตั้งกลุ่มเป้าหมายในการสื่อสารเป็นกลุ่มผู้ปกครอง/ ผู้ดูแลเด็กเป็นกลุ่มเป้าหมายหลัก เนื่องจากเป็นผู้ที่มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลจัดเตรียมอาหารให้แก่เด็กในการปกครองโดยตรง รวมถึงมีผลต่อการหล่อหลอมพฤติกรรมรับประทานอาหารให้แก่เด็กในการดูแลของตน และเห็นด้วยกับการตั้งกลุ่มเป้าหมายรองเป็นเด็กอายุ 3-5 ปี เนื่องจากเป็นเด็กที่ได้เข้าเรียนในระดับปฐมวัยแล้ว สามารถ

เข้าร่วมกิจกรรมที่ดำเนินการโดยโรงเรียนได้อย่างสะดวก และเป็นกลุ่มที่สามารถกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ได้โดยไม่ยากนัก นอกจากนี้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเห็นด้วยว่าการระบุวัตถุประสงค์ในแผนงานการสื่อสาร ซึ่งวัตถุประสงค์ในครั้งนี้นี้ประกอบไปด้วย 1) เพื่อสร้างความตระหนักในผลกระทบอันเกิดจากภาวะทุพโภชนาการในเด็กให้แก่กลุ่มผู้ปกครอง/ ผู้ดูแลเด็ก 2) เพื่อกระตุ้นให้ผู้ปกครอง/ ผู้ดูแลเด็กเกิดพฤติกรรมการดูแลจัดเตรียมอาหารให้เด็กอย่างถูกหลักโภชนาการ และ 3) เพื่อให้เด็กมีความรู้และทัศนคติที่ดีต่อการรับประทานอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการมีความเหมาะสม เนื่องจากผู้ปกครอง/ ผู้ดูแลเด็ก ย่อมไม่ต้องการให้เกิดผลลัพธ์เชิงลบกับบุตรหลานของตน เมื่อมีความรู้เรื่องโภชนาการจึงมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามแนวทางการกินอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ อีกทั้งการให้ความรู้และสร้างทัศนคติที่ดีต่อการรับประทานอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการให้แก่เด็กเป็นการสร้างความรู้พื้นฐานให้เด็กเกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อไปในอนาคต

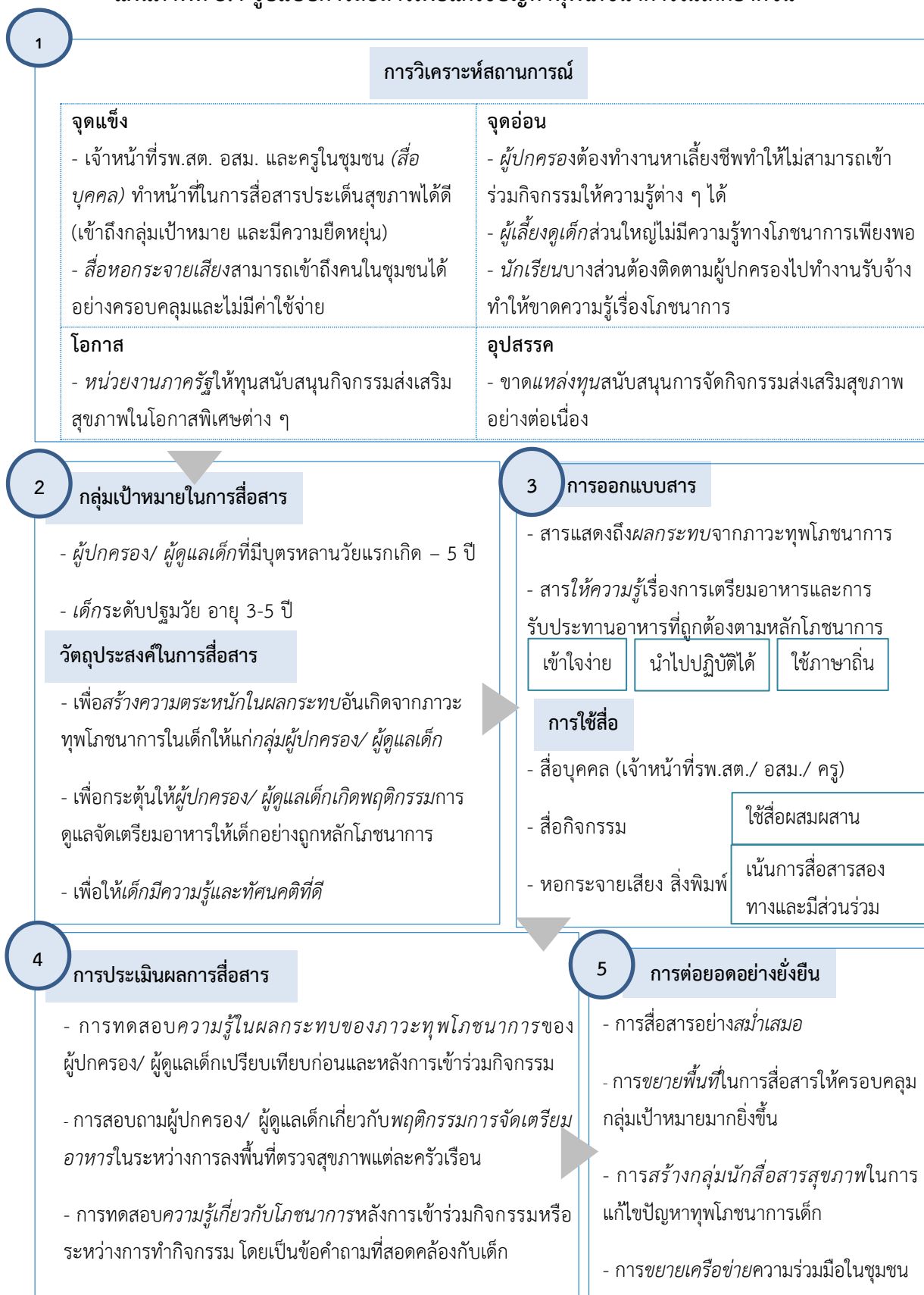
ในส่วนของความเหมาะสมของขององค์ประกอบสาร พบว่า ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียส่วนใหญ่ได้ให้ความเห็นว่าสารมีความง่าย ไม่ซับซ้อน เห็นภาพ ชัดเจน อีกทั้งมีความน่าสนใจ เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายทั้งสารสำหรับกลุ่มผู้ปกครอง/ ผู้ดูแลเด็ก และสารสำหรับเด็ก ในขณะที่องค์ประกอบด้านสื่อและกิจกรรม พบว่า ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมดเห็นด้วยกับการใช้สื่อบุคคลเป็นสื่อหลักในการดำเนินการสื่อสารเนื่องจากเป็นสื่อที่สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้อย่างแท้จริง และเป็นสื่อที่สามารถโน้มน้าวให้กลุ่มเป้าหมายเกิดพฤติกรรมที่ต้องการได้ รวมทั้งสื่อกิจกรรมสามารถเรียกความสนใจแก่กลุ่มเป้าหมายได้ดี อีกทั้งเห็นด้วยกับการมีสื่อเสริมเช่น หอกระจายเสียง ใบปลิวเพื่อให้การสื่อสารมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น แต่อย่างไรก็ตามหากเปลี่ยนจากใบปลิวเป็นสิ่งที่ใช้งานได้ไม่ทิ้ง เช่น ปฏิทินแขวน จะทำให้สื่อสิ่งพิมพ์อยู่ได้นานมากยิ่งขึ้น

สำหรับความเหมาะสมของของแนวทางการประเมินผล พบว่า ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียให้ความเห็นว่า การประเมินผลแบบก่อนร่วมกิจกรรมและหลังร่วมกิจกรรมเพื่อวัดความรู้ ความเข้าใจในกลุ่มเป้าหมายนั้นเป็นสิ่งที่เห็นผลชัดเจน แต่อย่างไรก็ตามสิ่งที่ควรเพิ่มเติมจากแนวทางการประเมินผลที่ได้นำเสนอคือ ในการประเมินผลควรมีการระบุให้ชัดเจนว่าปัจจัยใดที่ส่งผลทางบวก ปัจจัยใดที่ส่งผลทางลบ เพื่อนำไปพิจารณาปรับปรุงแก้ไขต่อไป นอกจากนี้แนวทางการต่อยอดเพื่อให้เกิดความยั่งยืนของการพัฒนาพบว่า ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่าควรมีการสื่อสารอย่างสม่ำเสมอ ขยายความครอบคลุมให้ทั่วถึงทั้งตำบล สร้างกลุ่มกิจกรรมสำหรับแก้ไขปัญหาคาทุพโภชนาการในเด็กโดยตรง และขยายไปยังกลุ่มต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ผู้มีส่วนได้

ส่วนเสียได้ให้ข้อเสนอว่า เพื่อให้ปัญหาทุพโภชนาการในเด็กหมดไป ควรมีการแก้ไขปัญหามาจากต้นทางด้วยเช่นกัน

ทั้งนี้ต้นแบบการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็กยากจนดังที่ได้กล่าวไปข้างต้นนี้เป็นเพียงข้อเสนอแนะในการนำไปประยุกต์ใช้ โดยแต่ละชุมชนสามารถปรับใช้ได้ตามความเหมาะสมกับปัญหาและทรัพยากรต่าง ๆ ของตน เพื่อให้เกิดการจัดการความรู้ด้านสุขภาพด้วยตัวของชุมชนเอง อันเป็นการส่งเสริมศักยภาพในการเสริมสร้างสุขภาพและแก้ปัญหาสุขภาพของชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพต่อไปในอนาคต

แผนภาพที่ 5.4 รูปแบบการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็กยากจน



บทที่ 6

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็กยากจนกรณีศึกษา หมู่บ้านนายม จังหวัดชัยภูมิ ประเทศไทย (The Development of Communication Model for Malnutrition Problem Solving in Poor Children: A Case Study Nayom Village, Chaiyapoom, Thailand) เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้หลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ผ่านขั้นตอนการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตอย่างมีส่วนร่วม และการสนทนากลุ่ม กับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการสื่อสารสุขภาพในชุมชนและผู้ดูแลเด็ก/ ผู้ที่มีบทบาทในการผลิตหรือประกอบอาหารให้เด็กรับประทานในแต่ละมื้อ โดยผู้วิจัยใช้แนวคิดเกี่ยวกับภาวะโภชนาการ แนวคิดการสื่อสารสุขภาพ แนวคิดการสื่อสารแบบมีส่วนร่วม แนวคิดการสื่อสารชุมชน รวมถึงงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เป็นกรอบแนวคิดและแนวทางในการวิเคราะห์ โดยสามารถสรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้ดังต่อไปนี้

สรุปผลการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 1: เพื่อศึกษาสถานการณ์การสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็กยากจนที่อาศัยอยู่ในถิ่นทุรกันดาร

สำหรับการดำเนินการวิจัยในขั้นตอนที่ 1 ผู้วิจัยได้ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในประเด็นทุพโภชนาการในเด็กยากจนที่อาศัยอยู่ในถิ่นทุรกันดารพบว่า สถานภาพและปัจจัยที่ส่งผลต่อปัญหาด้านโภชนาการของเด็กยากจนในหมู่บ้าน การบริหารจัดการปัญหาดังกล่าวและรูปแบบการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาที่ดำเนินการในพื้นที่หมู่บ้านนายม จังหวัดชัยภูมิ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. สถานการณ์ทุพโภชนาการในเด็ก

ตามมาตรฐานสำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขได้ใช้เกณฑ์ในการประเมินภาวะโภชนาการ 3 เกณฑ์ ได้แก่ น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ และน้ำหนักตาม

เกณฑ์ส่วนสูง ซึ่งจากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำตำบลและผู้นำชุมชน อันได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล พบว่า ในช่วงระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2557 – 2561) มีจำนวนเด็กที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ในสัดส่วนที่ไม่แตกต่างกันนัก โดยเด็กส่วนใหญ่ที่ประสบปัญหา อาศัยอยู่กับปู่ย่าตายาย เนื่องจากพ่อแม่ต้องย้ายถิ่นฐานไปทำงานต่างจังหวัด ซึ่งปู่ย่าตายายนั้นมีอายุมากและฐานะยากจน สามารถเลี้ยงดูบุตรหลานได้ตามอัตภาพของตนประกอบกับวัฒนธรรมการรับประทานอาหารของผู้คนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่เน้นการรับประทานข้าวเหนียวคู่กับน้ำพริก ทำให้เด็กไม่ได้รับคุณค่าสารอาหารที่ครบถ้วน แต่อย่างไรก็ตามในพื้นที่ชนบทนั้นมีจุดแข็งสำคัญคือมีวัฒนธรรมการอยู่ร่วมกันแบบพึ่งพา เช่น การเกื้อกูลจากเพื่อนบ้าน จึงทำให้เด็กได้รับประทานอาหารครบทุกมื้อแต่อาจไม่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ ทั้งนี้จากการสัมภาษณ์พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะทุพโภชนาการในเด็กนั้น ประกอบไปด้วย 1) ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ คือ ฐานะทางครอบครัวยากจนส่งผลให้พ่อแม่ต้องพลัดถิ่นไปทำงานต่างจังหวัด ไม่ได้เลี้ยงดูลูกด้วยตนเอง และด้วยฐานะดังกล่าวส่งผลให้ไม่สามารถจัดหาอาหารที่เหมาะสมให้กับเด็กได้ 2) ปัจจัยด้านผู้เลี้ยงดูเด็กพบว่า พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กนั้นอยู่ในรูปแบบการจัดการจัดหาอาหารให้เด็กได้รับประทานแต่พออิ่ม เนื่องจากผู้เลี้ยงดูเด็กไม่ได้ตระหนักถึงผลเสียที่อาจเกิดตามมาจากการขาดสารอาหารดังกล่าว อย่างไรก็ตามผู้เลี้ยงดูส่วนใหญ่มีความรู้พื้นฐานด้านโภชนาการ แต่ไม่ได้เกิดพฤติกรรมตามความรู้ที่มีเนื่องจากข้อจำกัดด้านพฤติกรรมการใช้ชีวิตและปัจจัยด้านเศรษฐกิจ 3) ปัจจัยด้านน้ำหนักแรกคลอดของเด็ก โดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัมมักจะประสบปัญหาทุพโภชนาการตามมา และ 4) ปัจจัยด้านมารดา ซึ่งพบว่าเด็กที่มีปัญหาส่วนใหญ่ นั้น เป็นเด็กที่มารดาตั้งครรภ์ในขณะที่อายุต่ำกว่า 20 ปี ขาดความพร้อมในการดูแลเด็ก

2. กระบวนการแก้ไขภาวะทุพโภชนาการในเด็ก

จากการสัมภาษณ์พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลสุภาพประจำตำบลเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการส่งเสริมและป้องกัน ติดตามเฝ้าระวังภาวะโภชนาการและเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง เพื่อลดการเกิดภาวะทุพโภชนาการในเด็ก โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ลงพื้นที่วัดน้ำหนัก ส่วนสูงของเด็กในหมู่บ้านของตนทุกไตรมาส และทุกเดือนสำหรับเด็กที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ จากนั้นหากพบว่าเด็กมีภาวะทุพโภชนาการ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จะส่งรายชื่อดังกล่าวให้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลสุภาพประจำตำบลเพื่อประเมินพัฒนาการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สติปัญญาและให้ความรู้เพื่อแก้ไขปัญหาต่อไป โดยนอกจากหน่วยงานด้านสาธารณสุขแล้ว โรงเรียนประจำหมู่บ้านก็ได้ดำเนินการในการแก้ไขปัญหาดูแลทุพโภชนาการในเด็กโดยการจัดอาหารมื้อเที่ยงครบคลุมอาหารหลัก อาหารว่าง และผลิตภัณฑ์อาหารที่

จำหน่ายในโรงเรียนที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการให้กับนักเรียนทุกคน แต่อย่างไรก็ตามจากการสัมภาษณ์พบว่า เด็กที่มีฐานะยากจนและประสบปัญหาทุพโภชนาการนั้นส่วนใหญ่มักขาดเรียนเนื่องจากต้องติดตามผู้ปกครองที่ไปทำงานรับจ้างต่างจังหวัด จึงทำให้ไม่ได้รับประทานอาหารมื้อเที่ยงที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการด้วย

3. รูปแบบการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็ก

จากการสัมภาษณ์พบว่ารูปแบบการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็กแบ่งออกเป็น 2 รูปแบบหลัก คือ การสื่อสารที่เป็นกิจวัตร และการสื่อสารเฉพาะกิจ โดยในส่วน 1) รูปแบบการสื่อสารที่เป็นกิจวัตร จากการสัมภาษณ์พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการสื่อสารเพื่อให้ความรู้เบื้องต้นกับเด็กและผู้ปกครองเมื่อพบความผิดปกติทางโภชนาการของเด็กในการตรวจสุขภาพประจำไตรมาสและประจำเดือน เป็นการสื่อสารแบบพบปะหน้าตาโดยไม่มีสื่ออื่น ๆ ในการให้ความรู้ความเข้าใจ และในรายที่พบปัญหาทุพโภชนาการผู้ปกครองต้องพาเด็กไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ประจำอยู่ ณ โรงพยาบาลสุขภาพประจำตำบล จากนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะให้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการดูแลโภชนาการของเด็กที่เหมาะสมรวมถึงผลกระทบหากเด็กไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร โดยเป็นการสื่อสารแบบพบปะหน้าตาโดยไม่มีสื่ออื่น ๆ ในการให้ความรู้ความเข้าใจเช่นเดียวกัน นอกจากนี้จากการสัมภาษณ์พบว่า การสื่อสารส่วนในรูปแบบนี้มุ่งเน้นการสื่อสารกับเด็กที่ประสบปัญหาทุพโภชนาการแล้ว ซึ่งเป็นการแก้ไขปัญหาที่ปลายเหตุ นอกจากการให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแล้ว จากการสัมภาษณ์พบว่าโรงเรียนเป็นหนึ่งในหน่วยงานสำคัญที่ได้สอดแทรกความรู้เรื่องการรับประทานอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการให้นักเรียนในทุกระดับชั้น แต่ทั้งนี้การรับข้อมูลและนำไปปรับใช้นั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านเด็กและครอบครัวเป็นสำคัญ และ 2) รูปแบบการสื่อสารเฉพาะกิจ จากการสัมภาษณ์พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและโรงพยาบาลสุขภาพประจำตำบล ได้ดำเนินการจัดกิจกรรมพิเศษเพื่อให้ความรู้ความเข้าใจแก่เด็กและผู้ปกครองที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านตามวาระพิเศษต่าง ๆ โดยได้รับงบประมาณสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐ อาทิ องค์การบริหารส่วนตำบล เป็นต้น ซึ่งรูปแบบของการจัดกิจกรรมส่วนใหญ่เป็นการดำเนินกิจกรรมโดยเชิญวิทยากรผู้มีความรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพและโภชนาการมาบรรยายให้ความรู้แก่กลุ่มเป้าหมาย พร้อมทั้งมีการมอบสิ่งเสริมแรงทางบวกเพื่อให้เกิดการเข้าร่วมกิจกรรม ไม่ว่าจะเป็นอาหาร นม ขนม รวมไปถึงเบี้ยเลี้ยงค่าเดินทางมาเข้าร่วมกิจกรรม เป็นต้น นอกจากการจัดกิจกรรมโดยเจ้าหน้าที่ทางด้านสาธารณสุขแล้ว อีกหนึ่งผู้มีส่วนเกี่ยวข้องสำคัญในการแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการคือ โรงเรียนประจำหมู่บ้าน ซึ่งได้มีการจัดการให้ความรู้เรื่องโภชนาการในเด็กสอดแทรกไปกับการให้ข้อมูลการเตรียมความพร้อมต่างๆ สำหรับ

ผู้ปกครองของนักเรียนใหม่ในวันปฐมนิเทศ ซึ่งจัดขึ้นปีการศึกษาละ 1 ครั้ง ทั้งนี้จากการสัมภาษณ์พบว่าไม่พบการใช้สื่ออื่น ๆ นอกเหนือจากสื่อบุคคลในการดำเนินการสื่อสารรูปแบบการสื่อสารเฉพาะกิจ ทั้งนี้ในการสื่อสารทั้งในรูปแบบการสื่อสารที่เป็นกิจวัตรและเฉพาะกิจนั้น ผู้นำชุมชนซึ่งประกอบไปด้วย ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน และเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล ทำหน้าที่สื่อสารผ่านหอกระจายเสียงของหมู่บ้านเพื่อประชาสัมพันธ์ให้กับเด็กและผู้ปกครองได้รับทราบข้อมูลข่าวสารและกระตุ้นเพื่อให้เกิดการเข้าร่วมกิจกรรม ทั้งนี้จากผลการวิจัยดังกล่าว พบว่า สื่อบุคคลเป็นสื่อที่มีความสำคัญในกระบวนการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็กเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เนื่องจากทำหน้าที่เสมือนเป็นด่านแรกในการให้ความรู้ความเข้าใจกับกลุ่มเป้าหมายอย่างใกล้ชิด อีกทั้งยังเป็นตัวกลางระหว่างเด็ก/ ผู้ปกครองและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำตำบล อย่างไรก็ตามจากการสัมภาษณ์พบว่ากระบวนการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็กของชุมชนนั้น เป็นการสื่อสารจากเจ้าหน้าที่ของรัฐ/ ข้าราชการ/ ผู้นำชุมชน ไปยังกลุ่มเป้าหมายอันได้แก่ ผู้ปกครองและผู้เลี้ยงเด็ก ซึ่งเป็นการสื่อสารจากบนลงล่างและเป็นการสื่อสารโดยไม่มีส่วนร่วม

วัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 2: เพื่อพัฒนาแผนงานการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็กที่ยากจนที่อาศัยอยู่ในถิ่นทุรกันดาร

สำหรับการดำเนินการวิจัยในขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยได้ดำเนินการร่วมจัดทำแผนงานรูปแบบการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการดังกล่าวกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จากนั้นนำแผนงานดังกล่าวไปทดลองใช้จริงและดำเนินการประเมินผลลัพธ์จากการทดลองนำแผนงานไปปฏิบัติ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปพัฒนาโครงสร้างรูปแบบการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็กที่ยากจนที่อาศัยในถิ่นทุรกันดารต่อไป โดยสรุปผลการวิจัยได้ตั้งรายละเอียดดังต่อไปนี้

ในการจัดทำแผนงานฯ ได้เริ่มจากการวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรค ตามแนวทางการวิเคราะห์ SWOT Analysis พบว่า ในประเด็นจุดแข็งที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็กที่ยากจนในชุมชนบ้านนายม ต.บ้านแท่น จ.ชัยภูมิ นั้น จุดแข็งสำคัญคือความร่วมมือในการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่อยู่ในบทบาทผู้ส่งสารในชุมชน ไม่ว่าจะเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงเรียนประจำหมู่บ้าน ทั้งในรูปแบบของการสื่อสารแบบกิจวัตรและการสื่อสารเฉพาะกิจ โดยทั้ง 3 กลุ่มที่กล่าวมาข้างต้นนั้น นับว่าเป็นสื่อมีบุคคลที่มีความสำคัญกับการสื่อสารสุขภาพในชุมชนเป็น

อย่างมาก เนื่องจากมีความน่าเชื่อถือในประเด็นดังกล่าว นอกจากนี้จุดแข็งสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารในชุมชนคือ สื่อหออกระจายเสียง ซึ่งเป็นสื่อท้องถิ่นที่สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ครอบคลุมทุกครัวเรือน อีกทั้งยังสามารถปรับสารให้มีความเหมาะสมกับผู้รับสาร อย่างไรก็ตามในการจัดกิจกรรมเฉพาะกิจต่าง ๆ ในชุมชนยังมีการใช้สื่ออื่น ๆ ที่กระตุ้นให้การสื่อสารมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ในส่วนของการนำเสนอจุดอ่อนนั้น ผู้เข้าร่วมประชุมได้นำเสนอว่าจุดอ่อนของชุมชนที่ส่งผลกระทบต่อประเด็นสุขภาพโภชนาการในเด็กของชุมชนรวมถึงประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว ประกอบไปด้วย การไม่มีความรู้ในด้านโภชนาการอย่างเพียงพอ การพลัดถิ่นไปทำงานต่างพื้นที่หรือการทำงานที่ไม่มีเวลาแน่นอนทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ได้ รวมถึงส่งผลกระทบต่อ การขาดการสื่อสารภายในครอบครัวถึงการกินอาหารที่เหมาะสม นอกจากนี้กลุ่มผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กบางคนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการกินอาหารที่มีประโยชน์ต่อเด็กแต่เล็งดูตามความเคยชินเนื่องจากไม่ตระหนักถึงผลกระทบที่ตามมา

สำหรับโอกาสที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพโภชนาการในเด็กยกจนนั้นพบว่า มีโอกาสสำคัญคือ การสนับสนุนในการจัดกิจกรรมทั้งในด้านเงินทุนและทรัพยากรอื่น ๆ จากหน่วยงานภาครัฐในวาระสำคัญต่าง ๆ และในส่วนของการวิเคราะห์อุปสรรคในการดำเนินการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพโภชนาการให้สำเร็จได้นั้น ผู้เข้าร่วมประชุมให้ความเห็นไปในทิศทางเดียวกันคือ ปัจจัยเรื่องความขาดแหล่งทุนสนับสนุนงบประมาณอย่างต่อเนื่อง

การกำหนดวัตถุประสงค์ในการสื่อสารครั้งนี้ ผู้เข้าร่วมประชุมมีความคิดเห็นตรงกันว่า ควรดำเนินการสื่อสารเพื่อสร้างความตระหนักในผลกระทบอันเกิดจากภาวะสุขภาพโภชนาการในเด็กให้แก่กลุ่มผู้ปกครอง/ ผู้ดูแลเด็ก เพื่อกระตุ้นให้ผู้ปกครอง/ ผู้ดูแลเด็กเกิดพฤติกรรมการดูแลจัดเตรียมอาหารให้เด็กอย่างถูกหลักโภชนาการ และเพื่อให้เด็กมีความรู้และทัศนคติที่ดีต่อการรับประทาน อาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ โดยกลุ่มเป้าหมายในการสื่อสารครั้งนี้ มี 2 กลุ่ม คือ 1. กลุ่มผู้ปกครอง/ ผู้ดูแลเด็กเนื่องจากเป็นผู้ที่มีบทบาทในการจัดเตรียมอาหารให้แก่เด็ก 2. กลุ่มเด็กวัยอนุบาลอายุ 3-5 ปี เนื่องจากเป็นกลุ่มที่อยู่ในช่วงอายุที่สอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ (อายุ 0-5 ปี) อีกทั้งอยู่ในวัยที่สามารถสื่อสารได้ และเริ่มเลือกซื้ออาหารเองได้

ในขั้นตอนการกำหนดกลยุทธ์การสื่อสารนั้น ผู้เข้าร่วมประชุมได้พิจารณาข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ในเบื้องต้น และนำเสนอแนวทางการสื่อสารโดยแบ่งออกเป็นประเด็นกลยุทธ์การออกแบบสื่อ และกลยุทธ์การใช้สื่อ ที่มีความเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายทั้ง 2 กลุ่ม เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตาม

วัตถุประสงค์ที่ได้กำหนดไว้ โดยในส่วนของกลยุทธ์สาร ผู้เข้าร่วมประชุมให้ความเห็นว่า สารควรมุ่งเน้นเนื้อหาที่การแสดงให้เห็นถึงผลกระทบที่เกิดจากปัญหาทุพโภชนาการ ควบคู่ไปกับการให้ความรู้เรื่องการรับประทานอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ และควรเป็นความรู้ที่กลุ่มเป้าหมายสามารถนำไปปฏิบัติได้ทันที ทั้งนี้การนำเสนอเนื้อหาควรเข้าใจง่าย ไม่ใช้ภาษาที่เป็นทางการ/ วิชาการ ใช้ภาษาท้องถิ่น และไม่ใช้สารที่ทำให้เกิดความรู้สึกเชิงลบ

สำหรับการกำหนดกลยุทธ์สื่อที่ใช้ในการสื่อสารสุขภาพครั้งนี้ ผู้ร่วมประชุมให้ความเห็นว่า สื่อบุคคลเป็นสื่อที่มีประสิทธิภาพสูงสุดสำหรับการสื่อสารในชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคคลที่มีความน่าเชื่อถือในประเด็นสุขภาพ เช่น บุคลากรทางการแพทย์จากโรงพยาบาลประจำอำเภอ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และครูในโรงเรียนประจำชุมชน เป็นต้น นอกจากนี้สื่อในชุมชนที่มีความเหมาะสมในการสื่อสารณรงค์ประกอบไปด้วย การจัดกิจกรรม หอกระจายเสียงในหมู่บ้าน แผ่นพับหรือสื่อที่แจกแต่ละครัวเรือน รวมไปถึงสื่อการเรียนการสอนที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายที่เป็นเด็ก เนื่องจากสื่อเหล่านี้สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ นอกจากนี้ควรมีการมอบรางวัลเพื่อกระตุ้นให้เกิดการเข้าร่วมกิจกรรม และในรายละเอียดของการดำเนินกิจกรรมการสื่อสารควรมุ่งเน้นกิจกรรมที่สร้างการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน และออกแบบกิจกรรมให้มีความแตกต่างกันไปตามกลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มผู้ปกครองและกลุ่มเด็ก นอกจากนี้ในส่วนของช่วงเวลาและสถานที่ในการดำเนินกิจกรรม ผู้เข้าร่วมประชุมมีความคิดเห็นว่า ควรเป็นช่วงฤดูฝน เนื่องจากชาวบ้าน ผู้ปกครองเด็กไม่ได้ไปรับจ้างต่างถิ่น สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ โดยหากต้องการประหยัดค่าใช้จ่ายต่าง ๆ และเข้าถึงกลุ่มผู้ปกครองได้โดยตรง ควรกำหนดวันดำเนินกิจกรรมเป็นช่วงเวลาเปิดภาคเรียนที่ 1 เนื่องจากทางโรงเรียนมีการจัดกิจกรรมปฐมนิเทศผู้ปกครองนักเรียนในช่วงเวลาดังกล่าวเป็นประจำทุกปี ซึ่งสามารถสอดแทรกกิจกรรมการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการนี้ได้ นอกเหนือจากการสื่อสารเฉพาะกิจในวันปฐมนิเทศ ผู้เข้าร่วมประชุมได้เสนอว่า หากมีการสื่อสารเป็นประจำจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้ลงพื้นที่เป็นประจำ ร่วมกับการสื่อสารให้ความรู้จากผู้นำชุมชนผ่านสื่อหอกระจายเสียงอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้การสื่อสารเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากมีการต่อยอดการรับรู้

จากวัตถุประสงค์ทางการสื่อสารในครั้งนี้คือ 1. เพื่อสร้างความตระหนักในผลกระทบอันเกิดจากภาวะทุพโภชนาการในเด็กให้แก่กลุ่มผู้ปกครอง/ ผู้ดูแลเด็ก 2. เพื่อกระตุ้นให้ผู้ปกครอง/ ผู้ดูแลเด็กเกิดพฤติกรรมการดูแลจัดเตรียมอาหารให้เด็กอย่างถูกหลักโภชนาการ และ 3. เพื่อให้เด็กมีความรู้และทัศนคติที่ดีต่อการรับประทานอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ ผู้เข้าร่วมประชุมได้หารือในการทำการลงรายละเอียดตัวชี้วัดเพื่อให้มีความเป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น เพื่อทำการประเมินผลในช่วง

ท้ายของกิจกรรม โดยในส่วนของวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 นั้น ผู้เข้าร่วมการประชุมให้ความเห็นว่า ควรระบุตัวชี้วัดความสำเร็จเป็นการเกิดความรู้ ความเข้าใจ ในผลกระทบอันเกิดจากภาวะทุพโภชนาการในเด็ก โดยสามารถประเมินได้จากการทดสอบความรู้ ความเข้าใจเปรียบเทียบ ระหว่างความรู้ก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมและความรู้หลังการเข้าร่วมกิจกรรม ทั้งนี้ควรบูรณาการการประเมินเข้าร่วมกับการดำเนินกิจกรรมในรูปแบบของกิจกรรมร่วมสนุก สำหรับวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 ผู้เข้าร่วมประชุมให้ความเห็นว่า ควรระบุตัวชี้วัดความสำเร็จเป็นผู้ปกครองเด็ก/ ผู้ดูแลเด็กมีความตั้งใจที่จะดูแลจัดเตรียมอาหารให้เด็กอย่างถูกหลักโภชนาการ โดยสามารถประเมินได้จากการสอบถามผู้ปกครอง/ ผู้ดูแลเด็ก หลังจากจบกิจกรรมและการสอบถามในระหว่างการลงพื้นที่ ตรวจสุขภาพแต่ละครัวเรือนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านว่า ได้มีพฤติกรรมตามที่ตั้งใจหรือไม่ แต่อย่างไรก็ตามผู้เข้าร่วมประชุมให้ข้อคิดเห็นว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นสิ่งที่ยังอาจไม่สามารถวัดผลได้ทันทีในระยะสั้น รวมถึงวัดผลได้ค่อนข้างยากเนื่องจากเป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในแต่ละครัวเรือนและอาจมีปัจจัยอื่น ๆ เข้ามามีอิทธิพลให้ไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัจจัยเรื่องรายได้ของผู้ปกครอง/ ผู้ดูแลเด็ก และสุดท้าย สำหรับวัตถุประสงค์ข้อที่ 3 ผู้เข้าร่วมประชุมให้ความเห็นว่า ควรระบุตัวชี้วัดความสำเร็จเป็น เด็กในชุมชนมีความรู้และทัศนคติที่ดีต่อการรับประทานอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ โดยสามารถประเมินได้จากการทดสอบความรู้หลังการเข้าร่วมกิจกรรมหรือระหว่างการทำกิจกรรม โดยเป็นข้อคำถามที่สอดคล้องกับระดับอายุของเด็ก

ทั้งนี้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้ดำเนินการทดลองนำแผนงานมาทดลองใช้งานจริงระหว่างวันที่ 1-20 กรกฎาคม พ.ศ. 2563 เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (covid-19) ส่งผลให้มีการเลื่อนวันเปิดภาคการศึกษาที่ 1 ประจำปีการศึกษา 2563 จากเดิมเดือน พฤษภาคม เป็นเดือน กรกฎาคม พ.ศ.2563 และการทดลองใช้ พบว่า ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียส่วนใหญ่มีแนวโน้มที่ดีในการให้ความร่วมมือกับการดำเนินโครงการสื่อสารสุขภาพในชุมชน และยินดีที่จะเข้าร่วมการทำสนทนากลุ่มเพื่อให้ข้อเสนอแนะต่อการจัดทำข้อเสนอแนะในการนำต้นแบบการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็กยากจนไปประยุกต์ใช้ในขั้นตอนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 3: เพื่อศึกษาความเหมาะสมของแผนงานการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็กยากจนที่อาศัยอยู่ในถิ่นทุรกันดาร และจัดทำข้อเสนอแนะในการนำต้นแบบไปประยุกต์ใช้

สำหรับการดำเนินการวิจัยในขั้นตอนที่ 3 ผู้วิจัยได้ดำเนินการสนทนากลุ่มกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการ เพื่อสรุปรูปแบบการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาทุพ

โภชนาการในเด็กยากจนที่อาศัยอยู่ในถิ่นทุรกันดารและจัดทำข้อเสนอแนะในการนำไปประยุกต์ใช้ต่อไป โดยสรุปผลการวิจัยได้ตั้งรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ความเหมาะสมของการระบุกลุ่มเป้าหมายในแผนงานการสื่อสาร จากการสนทนากลุ่มพบว่า ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมดเห็นด้วยกับการตั้งกลุ่มเป้าหมายในการสื่อสารครั้งนี้ เนื่องจากเป็นกลุ่มเป้าหมายที่แท้จริงและมีการแบ่งกลุ่มย่อยเพื่อส่งสารเฉพาะเหมาะสมกับกลุ่ม โดยการตั้งกลุ่มผู้ปกครอง/ ผู้ดูแลเด็กเป็นกลุ่มเป้าหมายหลักนั้น ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีความเห็นว่ามีเหมาะสมเป็นอย่างมากเนื่องจากเป็นผู้ที่มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลจัดเตรียมอาหารให้แก่เด็กในการปกครองโดยตรง รวมถึงมีผลต่อการหล่อหลอมพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารให้แก่เด็กในการดูแลของตน และเห็นด้วยกับการตั้งกลุ่มเป้าหมายรองเป็นเด็กอายุ 3-5 ปี เนื่องจากเป็นเด็กที่ได้เข้าเรียนในระดับปฐมวัยแล้ว สามารถเข้าร่วมกิจกรรมที่ดำเนินการโดยโรงเรียนได้อย่างสะดวก และเป็นกลุ่มที่สามารถกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ได้โดยไม่ยากนัก

2. ความเหมาะสมของการระบุวัตถุประสงค์ในแผนงานการสื่อสาร ซึ่งวัตถุประสงค์ในครั้งนี้ประกอบไปด้วย 1) เพื่อสร้างความตระหนักในผลกระทบอันเกิดจากภาวะทุพโภชนาการในเด็กให้แก่กลุ่มผู้ปกครอง/ ผู้ดูแลเด็ก 2) เพื่อกระตุ้นให้ผู้ปกครอง/ ผู้ดูแลเด็กเกิดพฤติกรรมการดูแลจัดเตรียมอาหารให้เด็กอย่างถูกต้องหลักโภชนาการ และ 3) เพื่อให้เด็กมีความรู้และทัศนคติที่ดีต่อการรับประทานอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ จากการสนทนากลุ่มพบว่า ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเห็นด้วยว่า ควรเน้นถึงการกระตุ้นให้เห็นโทษจากการไม่ปฏิบัติตามแนวทางการกินอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ เนื่องจากผู้ปกครอง/ ผู้ดูแลเด็ก ย่อมไม่ต้องการให้เกิดผลลัพธ์เชิงลบกับบุตรหลานของตน จึงมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามแนวทางการกินอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ อีกทั้งเห็นด้วยกับวัตถุประสงค์การให้ความรู้และสร้างทัศนคติที่ดีต่อการรับประทานอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการให้แก่เด็ก เนื่องจากการสร้างความรู้พื้นฐานให้เด็กเกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อไปในอนาคต

3. ความเหมาะสมของขององค์ประกอบสาร จากการสนทนากลุ่มพบว่า ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียส่วนใหญ่ได้ให้ความเห็นว่าสารมีความง่าย ไม่ซับซ้อน เห็นภาพ ชัดเจนอีกทั้งมีความน่าสนใจเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายทั้งสารสำหรับกลุ่มผู้ปกครอง/ ผู้ดูแลเด็ก และสารสำหรับเด็ก

4. ความเหมาะสมของขององค์ประกอบด้านสื่อและกิจกรรม จากการสนทนากลุ่มพบว่า ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมดเห็นด้วยกับการใช้สื่อบุคคลเป็นสื่อหลักในการดำเนินการสื่อสารเนื่องจากเป็นสื่อที่สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้อย่างแท้จริง และเป็นสื่อที่สามารถโน้มน้าวให้กลุ่มเป้าหมายเกิด

พฤติกรรมที่ต้องการได้ รวมทั้งสื่อกิจกรรมสามารถเรียกความสนใจแก่กลุ่มเป้าหมายได้ดี อีกทั้งเห็นด้วยกับการมีสื่อเสริมเช่น หอกระจายเสียง ใบบลิวเพื่อให้การสื่อสารมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น แต่อย่างไรก็ตามหากเปลี่ยนจากใบบลิวเป็นสิ่งที่ใช้งานได้ ไม่ทิ้ง เช่น ปฏิทินแขวน จะทำให้สื่อสิ่งพิมพ์อยู่ได้นานมากยิ่งขึ้น

5. ความเหมาะสมของของแนวทางการประเมินผล จากการสนทนากลุ่มพบว่า ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียให้ความเห็นว่า การประเมินผลแบบก่อนร่วมกิจกรรมและหลังร่วมกิจกรรมเพื่อวัดความรู้ความเข้าใจในกลุ่มเป้าหมายนั้นเป็นสิ่งที่เห็นผลชัดเจน แต่อย่างไรก็ตามสิ่งที่ควรเพิ่มเติมจากแนวทางการประเมินผลที่ได้นำเสนอคือ ในการประเมินผลควรมีการระบุให้ชัดเจนว่าปัจจัยใดที่ส่งผลทางบวก ปัจจัยใดที่ส่งผลทางลบ เพื่อนำไปพิจารณาปรับปรุงแก้ไขต่อไป

6. แนวทางการต่อยอดเพื่อให้เกิดความยั่งยืนของการพัฒนาและข้อเสนอแนะอื่นๆ สำหรับการปรับปรุงแผนงานรูปแบบการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการ จากการสนทนากลุ่มพบว่า ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่า ควรมีการสื่อสารอย่างสม่ำเสมอ ขยายความครอบคลุมให้ทั่วถึงทั้งตำบล สร้างกลุ่มกิจกรรมสำหรับแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็กโดยตรง และขยายไปยังกลุ่มต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ชมรมผู้สูงอายุประจำชุมชนเนื่องจากมีบทบาทเป็นผู้ดูแลบุตรหลานในครัวเรือน เป็นต้น ผ่านวิธีการสื่อสารที่สามารถกระตุ้นให้ประชาชนมีความตื่นตัวในการรับข้อมูลข่าวสารและแก้ไขปัญหาสุขภาพของบุตรหลานด้วยตนเอง ทั้งนี้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้ให้ข้อเสนอแนะเพื่อให้ปัญหาทุพโภชนาการในเด็กหมดไป ควรมีการแก้ไขปัญหาจากต้นทาง อาทิ การจัดกิจกรรมที่สร้างความตระหนักถึงการตั้งครรภ์ไม่พร้อมให้แก่วัยรุ่นในหมู่บ้าน การให้ความรู้เรื่องการวางแผนครอบครัว การกระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์เห็นความสำคัญของการฝากครรภ์ตามเกณฑ์ที่กำหนด รวมถึงการจัดกิจกรรมเยี่ยมหลังคลอดจากผู้ที่มีความรู้เรื่องโภชนาการที่เหมาะสมสำหรับแม่และบุตร เป็นต้น

ทั้งนี้ต้นแบบการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็กยากจนดังที่ได้กล่าวไปข้างต้นนี้เป็นเพียงข้อเสนอแนะในการนำไปประยุกต์ใช้ โดยแต่ละชุมชนสามารถปรับใช้ได้ตามความเหมาะสมกับปัญหาและทรัพยากรต่าง ๆ ของตน เพื่อให้เกิดการจัดการความรู้ด้านสุขภาพด้วยตัวของชุมชนเอง อันเป็นการส่งเสริมศักยภาพในการเสริมสร้างสุขภาพและแก้ปัญหาสุขภาพของชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพต่อไปในอนาคต

อภิปรายผลการวิจัย

ส่วนที่1: สถานการณ์การสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็กยากจน

ในการศึกษาสถานการณ์เบื้องต้น พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะทุพโภชนาการในเด็กนั้น ประกอบไปด้วย 1) ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ คือ ฐานะทางครอบครัวที่ยากจนส่งผลให้พ่อแม่ต้องพลัดถิ่นไปทำงานต่างจังหวัด ไม่ได้เลี้ยงดูลูกด้วยตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับผลสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2559) พบว่า เด็กประมาณ 3 ล้านคนในประเทศไทยไม่ได้อาศัยอยู่กับพ่อแม่ ซึ่งพบสูงสุดในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและในครัวเรือนยากจน และด้วยฐานะดังกล่าวส่งผลให้ไม่สามารถจัดหาอาหารที่เหมาะสมให้กับเด็กได้ 2) ปัจจัยด้านผู้เลี้ยงดูเด็กพบว่า พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กนั้นอยู่ในรูปแบบการจัดหาอาหารให้เด็กได้รับประทานแต่พ้ออิม เนื่องจากผู้เลี้ยงดูเด็กไม่ได้ตระหนักถึงผลเสียที่อาจเกิดตามมาจากการขาดสารอาหารดังกล่าว อย่างไรก็ตามผู้เลี้ยงดูส่วนใหญ่มีความรู้พื้นฐานด้านโภชนาการแต่ไม่ได้เกิดพฤติกรรมตามความรู้ที่มีซึ่ง กาญจนี หวังธิรอำนวย (2531) ได้อธิบายว่า หากเมื่อประชาชนมีความรู้แต่เป็นความรู้ที่ไม่สมบูรณ์อาจทำให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง ประกอบกับข้อจำกัดด้านพฤติกรรมการใช้ชีวิตและปัจจัยด้านเศรษฐกิจจึงทำให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ 3) ปัจจัยด้านน้ำหนักแรกคลอดของเด็ก โดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัมมักจะประสบปัญหาทุพโภชนาการตามมา และ 4) ปัจจัยด้านมารดา ซึ่งพบว่าเด็กที่มีปัญหาส่วนใหญ่ นั้น เป็นเด็กที่มารดาตั้งครรภ์ในขณะที่อายุต่ำกว่า 20 ปี ขาดความพร้อมในการดูแลเด็ก ซึ่งผลการวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับผลการทบทวนวรรณกรรมเรื่องภาวะโภชนาการในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี (จักรินทร์ ปริมาณนท์, ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์ และสมเกียรติ วรรณเดช, 2561) ซึ่งพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะโภชนาการในเด็กต่ำกว่า 5 ปี ประกอบไปด้วย 3 ปัจจัยสำคัญ ดังต่อไปนี้ 1) ปัจจัยด้านมารดา ได้แก่ การที่มารดามีความพร้อมในการตั้งครรภ์ในวัยที่เหมาะสม การมีระดับการศึกษาตามเกณฑ์ และมีการทำงานที่ดีทำให้เพิ่มประสิทธิภาพในการเข้าถึงข้อมูลและมีความรู้ความเข้าใจเรื่องภาวะโภชนาการ 2) ปัจจัยด้านเด็ก ได้แก่ ภาวะแรกคลอดที่มีความสัมพันธ์กับการเติบโตของเด็ก อีกทั้งปัจจัยเรื่องลำดับของการเป็นบุตรตั้งแต่ลำดับที่ 3 ขึ้นไปส่งผลให้มีความเสี่ยงเนื่องจากอาจได้รับการดูแลจากมารดาหรือสมาชิกในครอบครัวไม่ทั่วถึงและอาจเชื่อมโยงไปถึงภาระค่าใช้จ่ายที่อาจตามมา และ 3) ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ รายได้ของครอบครัวที่ไม่เพียงพอทำให้ความสามารถในการเข้าถึงแหล่งอาหารที่ครบถ้วนได้ยากกว่าครอบครัวที่มีรายได้เพียงพอ ซึ่งรายได้นั้นส่งผลไปยังสถานะความมั่นคงของครอบครัว และ สุขลักษณะในบ้านอีกด้วย

จากการวิจัยพบว่ารูปแบบการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาคือ โภชนาการในเด็กในปัจจุบัน แบ่งออกเป็น 2 รูปแบบหลัก คือ การสื่อสารที่เป็นกิจวัตร และการสื่อสารเฉพาะกิจ โดยรูปแบบการสื่อสารที่เป็นกิจวัตร พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการสื่อสาร เพื่อให้ความรู้เบื้องต้นกับเด็กและผู้ปกครองเมื่อพบความผิดปกติทางโภชนาการของเด็กในการตรวจสุขภาพประจำไตรมาสและประจำเดือน เป็นการสื่อสารแบบพบปะหน้าตา (Face-to-Face Communication) โดยไม่มีสื่ออื่น ๆ ในการให้ความรู้ความเข้าใจ และในรายที่พบปัญหาทางโภชนาการ ผู้ปกครองต้องพาเด็กไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ประจำอยู่ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จากนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะให้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการดูแลโภชนาการของเด็กที่เหมาะสม ทั้งนี้การสื่อสารแบบพบปะหน้าตานับเป็นการสื่อสารที่มีความเหมาะสมกับการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาคือ โภชนาการ เนื่องจากเป็นรูปแบบการสื่อสารที่เปิดโอกาสให้ผู้รับสารสามารถซักถามได้ทันที ทั้งยังสามารถยืดหยุ่นการนำเสนอเนื้อหาได้ แต่อย่างไรก็ตามเพื่อให้การสื่อสารมีประสิทธิภาพมากขึ้น ควรมีการนำสื่ออื่น ๆ มาใช้ควบคู่กัน นอกจากนี้จากการวิจัยพบว่า การสื่อสารส่วนใหญ่ในรูปแบบนี้ มุ่งเน้นการสื่อสารกับเด็กที่ประสบปัญหาทางโภชนาการแล้ว ซึ่งเป็นการแก้ไขปัญหาคือ โภชนาการที่ปลายเหตุ ทางผู้มีส่วนได้ส่วนเสียควรดำเนินการสื่อสารเพื่อกระตุ้นให้เด็กและผู้ปกครองทุกคนในชุมชนใส่ใจสร้างเสริมสุขภาพให้แข็งแรงเพื่อเป็นการป้องกันปัญหาความเจ็บป่วย ในลักษณะ “การสร้างนำซ่อม” (หนึ่งททัย ขอผลกลาง และกิตติ กันภัย, 2553) เพื่อเป็นการป้องกันปัญหาที่ต้นเหตุ ทั้งนี้นอกจากการให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จากการวิจัยพบว่าโรงเรียนเป็นหนึ่งในหน่วยงานสำคัญที่ได้สอดแทรกความรู้เรื่องการรับประทานอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการให้แก่เด็กนักเรียนในทุกระดับชั้น แต่ทั้งนี้ การรับข้อมูลและนำไปปรับใช้นั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านเด็กและครอบครัวเป็นสำคัญ สำหรับรูปแบบการสื่อสารเฉพาะกิจ พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้ดำเนินการจัดกิจกรรมพิเศษเพื่อให้ความรู้ความเข้าใจแก่เด็กและผู้ปกครองที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านตามวาระพิเศษ โดยได้รับงบประมาณสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐ ซึ่งรูปแบบของการจัดกิจกรรมส่วนใหญ่เป็นการดำเนินกิจกรรมโดยเชิญวิทยากรผู้มีความรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพและโภชนาการมาบรรยายให้ความรู้แก่กลุ่มเป้าหมาย พร้อมทั้งมีการมอบสิ่งเสริมแรงทางบวกเพื่อให้เกิดการเข้าร่วมกิจกรรม นอกจากการจัดกิจกรรมโดยเจ้าหน้าที่ทางด้านสาธารณสุขแล้ว อีกหนึ่งผู้มีส่วนเกี่ยวข้องสำคัญในการแก้ไขปัญหาคือ โภชนาการคือ โรงเรียนประจำหมู่บ้าน ซึ่งได้มีการจัดการให้ความรู้เรื่องโภชนาการในเด็กสอดแทรกไปกับการให้ข้อมูลการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ปกครองของนักเรียนใหม่ ทั้งนี้ไม่พบการใช้สื่ออื่น ๆ นอกเหนือจากสื่อบุคคลในการดำเนินการสื่อสารรูปแบบการสื่อสารเฉพาะกิจ โดยในการสื่อสารทั้งในรูปแบบการสื่อสารที่เป็นกิจวัตรและเฉพาะกิจนั้น ผู้นำชุมชนซึ่งประกอบไปด้วย ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน และเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล มีบทบาทใน

การสื่อสารผ่านหอกระจายเสียงของหมู่บ้านก่อนการจัดกิจกรรมเพื่อประชาสัมพันธ์ให้กับเด็กและผู้ปกครองได้รับทราบข้อมูลข่าวสารและกระตุ้นเพื่อให้เกิดการเข้าร่วมกิจกรรม

จากผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า สื่อบุคคลเป็นสื่อที่มีความสำคัญในกระบวนการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพโภชนาการในเด็กเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งนับว่าเป็นนักสื่อสารสุขภาพประจำชุมชน เนื่องจากทำหน้าที่เสมือนเป็นด่านแรกในการให้ความรู้ความเข้าใจกับกลุ่มเป้าหมายอย่างใกล้ชิด อีกทั้งยังเป็นตัวกลางระหว่างเด็ก/ ผู้ปกครองและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำตำบล ตามที่กระทรวงสาธารณสุข (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2554) ได้ระบุว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนั้นมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change Agents) การสื่อสารข่าวสารสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผน และประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้น โดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการ การฟื้นฟูสุขภาพ และจัดกิจกรรมพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนในหมู่บ้าน/ ชุมชน ดังนั้นการให้ความสำคัญกับการพัฒนาทักษะและความรู้ของสื่อบุคคลเพื่อให้เกิดการสื่อสารเพื่อป้องกันปัญหาดังกล่าวจึงเป็นสิ่งที่พึงกระทำ ดังผลการวิจัยของ เกศินี จุฑาวิจิตร และคณะ (2550) ที่ได้ระบุว่านักสื่อสารสุขภาพจะต้องเป็นผู้ที่มีความสามารถในการบูรณาการศาสตร์ด้านสุขภาพเข้ากับศาสตร์และศิลปะของการสื่อสาร ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ ณัฐนันท์ ศิริเจริญ (2555) ที่พบว่า คุณสมบัติของผู้ที่เหมาะสมจะเข้ามาทำหน้าที่นักสื่อสารสุขภาพ ประกอบไปด้วย 1) มีทักษะในการสื่อสาร (Communication Skills) ทั้งในรูปแบบวจนภาษาและอวจนภาษา 2) มีพื้นฐานความรู้ความเข้าใจในด้านการสื่อสารเชิงบูรณาการ (Integrated Communication) โดยใช้เครื่องมือการสื่อสารหลากหลายรูปแบบ อาทิ การจัดกิจกรรม การประชาสัมพันธ์ การโฆษณา เป็นต้น ผ่านสื่อดั้งเดิมและสื่อใหม่อย่างเหมาะสมซึ่งจากผลการวิจัยข้างต้นพบว่า ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องไม่มีการใช้เครื่องมือการสื่อสารใด ๆ ควบคู่กับสื่อบุคคล และ 3) มีจิตใจในการให้บริการ (Service Mind) สามารถรับมือกับปัญหาสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายได้ นอกจากนี้สื่อบุคคลดังกล่าวควรเป็นผู้ที่มีความน่าเชื่อถือเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพด้านการโน้มน้าวใจอีกด้วย (ประจักษ์ ก๊กก้อง, 2557) ทั้งนี้สื่อบุคคลถือว่าเป็นสื่อที่มีความเหมาะสมกับการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว เนื่องจากเป็นสื่อที่อยู่ใกล้ชิดกับชุมชน ใช้ง่าย ไม่มีค่าใช้จ่ายสูง เป็นสื่อที่เหมาะสมสำหรับการสื่อสารเพื่อการพัฒนาได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นสื่อที่มีขีดความสามารถในการจัดการปัญหาความขัดแย้งต่างๆ ได้ดีเนื่องจากเป็นการสื่อสารสองทาง (อมรทิพย์ ทิพย์เลิศ, 2549) ซึ่งสื่อบุคคลถือได้ว่าเป็นสื่อที่มีความสำคัญอย่างมากที่สุดในเรื่องการสื่อสารเพื่อการพัฒนาของสังคมชนบทไทย (กาญจนา แก้วเทพ, 2543) อย่างไรก็ตามปัญหาของสื่อ

บุคคลมักเกี่ยวข้องกับความรู้และทักษะการสื่อสาร รวมถึงวิธีการปฏิบัติงานที่มีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล

อย่างไรก็ตามจากการสัมภาษณ์พบว่ากระบวนการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็กของชุมชนนั้น เป็นการสื่อสารจากเจ้าหน้าที่ของรัฐ/ข้าราชการ/ ผู้นำชุมชน ไปยังกลุ่มเป้าหมายอันได้แก่ ผู้ปกครองและผู้เลี้ยงเด็ก ซึ่งเป็นการสื่อสารจากบนลงล่างและเป็นการสื่อสารโดยไม่มีส่วนร่วม ทั้งนี้การสื่อสารในระดับชุมชนเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดนั้น ควรเลือกใช้วิธีการสื่อสารด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม (Participatory Communication) โดยให้ประชาชนเข้าไปมีส่วนร่วมในการสื่อสารมากกว่าการเป็นผู้รับสารเท่านั้น (กาญจนา แก้วเทพ, 2548) เนื่องจากประเด็นที่เกิดขึ้นในท้องถิ่นเป็นประเด็นที่สมาชิกในชุมชนมีความรู้สึกร่วมถึงความเป็นเจ้าของ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากเป็นประเด็นที่สมาชิกในชุมชนตระหนักถึงผลประโยชน์หรือผลกระทบที่อาจได้รับภายหลังยิ่งส่งผลให้ผู้ที่เข้าร่วมให้ความร่วมมือและทำให้การสื่อสารเป็นไปตามวัตถุประสงค์ทางการสื่อสาร (ปาริชาติ สถาปิตานนท์, 2546) อีกทั้งยังก่อให้เกิดการพัฒนาที่มาจากชุมชน ลดการพึ่งพิงจากสังคมภายนอก ดังนั้นการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็กนั้นควรเปิดโอกาสให้ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่ายได้มีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมในการร่วมคิด วางแผน และตัดสินใจจนถึงการลงมือปฏิบัติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหน่วยงานภาครัฐ ควรสร้างกลไกความร่วมมือกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในภาคส่วนต่าง ๆ ให้มากขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่การแก้ไขปัญหาที่มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับบริบทของแต่ละชุมชน

ส่วนที่ 2: การพัฒนารูปแบบการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็กยากจน

ในการพัฒนารูปแบบการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็กยากจนนั้น เริ่มต้นจาก *ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง* ไม่ว่าจะเป็นจุดแข็งของชุมชน ซึ่งจากการวิจัยพบว่า จุดแข็งสำคัญคือ ความร่วมมือในการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพดังกล่าวจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รวมไปถึงจุดแข็งในแง่ของสื่ออันได้แก่ สื่อบุคคลและสื่อหอกระจายเสียงในชุมชน ในขณะเดียวกันเมื่อพิจารณาด้านจุดอ่อน พบว่า จุดอ่อนที่สำคัญคือ ผู้ปกครอง/ ผู้เลี้ยงดูเด็กขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องโภชนาการเด็กอย่างเพียงพอ ไม่ตระหนักถึงผลกระทบที่ตามมาจากปัญหาทุพโภชนาการ และไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ที่ชุมชนจัดขึ้นเพื่อให้ความรู้ได้ เนื่องจากต้องไปทำงานต่างถิ่น นอกจากนี้เมื่อพิจารณาปัจจัยภายนอกพบว่า โอกาสสำคัญในการพัฒนาการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการเด็กในชุมชนนั้นคือ การสนับสนุนการจัดกิจกรรมจากหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้องในวาระสำคัญต่าง ๆ แต่อย่างไรก็ตามพบว่าอุปสรรคสำคัญคือ ชุมชนขาดการสนับสนุนในเรื่องเงินทุนและ

ทรัพยากรอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้การเริ่มต้นพัฒนาแผนงานจากการวิเคราะห์ข้อมูลของชุมชนดังที่ได้กล่าวไปนี้จะส่งผลดีต่อการพัฒนาแผนการสื่อสารในขั้นตอนต่อไป เนื่องจากเป็นการ “รู้ชุมชน” ตามแนวคิดการสื่อสารด้านสุขภาพในชุมชน ซึ่งประกอบไปด้วย การรู้สภาวะสุขภาพของประชาชน รู้ศักยภาพทางการสื่อสารภายในชุมชน รู้ลักษณะของประชาชน รู้วัฒนธรรมโครงสร้างของประชาชน และรู้แหล่งทรัพยากร (ศิริพร พันธูลี และวัฒนา วณิชชานนท์, 2555)

ในขั้นตอนที่ 2 คือ การกำหนดวัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมายในการสื่อสาร โดยในการพัฒนารูปแบบการสื่อสารในครั้งนี้ ได้กำหนดวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความตระหนักในผลกระทบของภาวะทุพโภชนาการในเด็กและกระตุ้นให้ผู้ปกครอง/ ผู้เลี้ยงดูเด็ก ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายหลักเกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้พบว่า เมื่อผู้ปกครอง/ ผู้เลี้ยงดูเด็กทราบถึงโทษ/ผลกระทบดังกล่าวจะเกิดความกลัว ไม่อยากให้บุตรหลานของตนต้องประสบกับผลกระทบเหล่านั้น อันจะทำให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ได้ นอกจากนี้สำหรับกลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มเด็กนั้น ควรมุ่งเน้นที่การให้ความรู้โภชนาการเบื้องต้น เพื่อก่อให้เกิดความรู้ ทักษะที่ดีกับการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และเกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมตามมา โดยการกำหนดวัตถุประสงค์ดังกล่าว สอดคล้องกับแนวคิด KAP คือ การสร้างความรู้ (Knowledge) ให้เกิดขึ้นกับผู้รับสาร เพื่อก่อให้เกิดทัศนคติ (Attitude) และพฤติกรรม (Practice) ที่เหมาะสมต่อไป (สุรพงษ์ โสธนะเสถียร, 2533)

ในขั้นตอนที่ 3 คือ การกำหนดกลยุทธ์และกลวิธีในการสื่อสาร โดยแบ่งออกเป็นกลยุทธ์สารและสื่อ โดยในส่วนของกลยุทธ์สารนั้น การพัฒนารูปแบบการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็กครั้งนี้ มุ่งเน้นการแสดงให้เห็นถึงโทษ/ผลกระทบที่เกิดจากปัญหาทุพโภชนาการซึ่งเป็นการสร้างสารโดยใช้จุดจูงใจด้านเหตุผลควบคู่กับด้านอารมณ์ โดยการใช้ความกลัวเป็นสิ่งดึงดูด (Fear Appeal) นี้ ชูชัย สมितिไกร (2561) อธิบายว่า เป็นสิ่งดึงดูดใจที่จะได้ผลดีเมื่อสารนั้นก่อก่อให้เกิดความกลัวในระดับปานกลาง และมีการนำเสนอทางออกของการแก้ไขปัญหาด้วย นอกจากนี้การพัฒนารูปแบบการสื่อสารในครั้งนี้สอดคล้องกับแนวคิดการสื่อสารสุขภาพแบบสร้างนำซ่อม โดยเป็นการสื่อสารเพื่อสร้างความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพก่อนที่ปัญหาจะเกิด เนื่องจากนอกจากการให้ความรู้เรื่องโทษแล้วยังมีการให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสม โดยการใช้เนื้อหาที่เข้าใจได้ง่าย ใช้ภาษาถิ่นนำไปปฏิบัติได้ทันที ซึ่งเป็นการสร้างคุณค่าใหม่ให้กับเรื่องสุขภาพ

สำหรับกลยุทธ์สื่อ นั้น การพัฒนารูปแบบการสื่อสารครั้งนี้ใช้กลยุทธ์การผสมสื่อ โดยคำนึงถึงการผสมจุดเด่นจุดด้อยของสื่อแต่ละประเภทในการดำเนินงานและการเลือกใช้สื่อให้เหมาะกับผู้ส่งสารและผู้รับสาร โดยจากการวิจัยพบว่าสื่อที่มีความเหมาะสมคือ สื่อบุคคล อันประกอบไปด้วยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และครูในโรงเรียนประจำชุมชน เนื่องจากบุคคลทั้ง 3 กลุ่มนี้มีความน่าเชื่อถือในประเด็นดังกล่าว อย่างไรก็ตาม

ตามคุณลักษณะของผู้ส่งสารจะมีอิทธิพลต่อการยอมรับสารและการเปลี่ยนแปลงทัศนคติได้ดี จะต้อง มีคุณลักษณะที่สำคัญคือ ความน่าเชื่อถือ (Credibility) เช่น การที่ผู้รับสารรับรู้ว่าคุณส่งสารมีความ เชื่อว่าชาญ มีใจเป็นกลาง น่าไว้วางใจ และความดึงดูดใจ (Attractiveness) เช่น การที่ผู้รับสารรับรู้ว่าคุณส่งสารมีคุณค่า น่านิยมยกย่อง (Solomon, 2009) นอกจากนั้นสื่อที่มีความเหมาะสมอันดับต่อมา คือ สื่อหออกระจายเสียงเนื่องจากเป็นสื่อชุมชนที่สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้อย่างครอบคลุมและไม่มีค่าใช้จ่าย โดยจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า สื่อหออกระจายเสียงเป็นสื่อที่มีศักยภาพในการสื่อสารประเด็นสุขภาพในชุมชนได้เป็นอย่างดี ทั้งในพื้นที่ประเทศไทยและในประเทศเพื่อนบ้านที่มีลักษณะของชุมชนใกล้เคียงกัน ดังเช่นผลการวิจัยของ Mbuya, Nkosinathi V.N.; Calleja, Ramon V., Jr.; Morimoto, Tomo; Thitsy, Sophavanh. (2020) ซึ่งพบว่าสื่อที่มีประสิทธิภาพทั้งในแง่ ความครอบคลุมและความน่าเชื่อถือในชุมชนที่เกิดปัญหาทุพโภชนาการในเด็ก ประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว อันดับหนึ่งคือ สื่อหออกระจายเสียง/ เสียงตามสายในหมู่บ้าน รองลงมา คือ สื่อโทรศัพท์มือถือ สื่อโทรทัศน์ และสื่อออนไลน์ตามลำดับ อย่างไรก็ตามถึงแม้หออกระจายเสียง เป็นสื่อที่ชุมชนคุ้นเคยเป็นอย่างดี มีต้นทุนที่ต่ำ และมีความสามารถเข้าถึงคนในชุมชนเป็นอย่างดี แต่ ความรู้สึกที่คนในชุมชนมีต่อหออกระจายเสียงก็ยังคงมองว่าเป็นสื่อของผู้เฒ่าหรือผู้ใหญ่บ้านมากกว่า เป็นสื่อของตนเองที่สามารถมีสิทธิในการใช้ได้ (ภัทรา บุรารักษ์, 2555) จึงอาจส่งผลต่อการรับรู้ว่าเป็น สื่อสำหรับการสื่อสารทางเดียวเท่านั้น นอกจากสื่อบุคคลและสื่อหออกระจายเสียงแล้ว จากการวิจัย พบว่าสื่อที่มีความเหมาะสมในการสื่อสารสุขภาพในชุมชนคือ สื่อกิจกรรมหรือสื่อเฉพาะกิจ ที่เปิด โอกาสให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการสื่อสารได้ ซึ่งผลการวิจัยของพร ศิละวรรณโณ (2550) ได้อธิบายว่า การเปิดโอกาสให้ผู้ปกครอง/ ผู้ดูแลเด็กได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมการสื่อสารนั้น ทำให้เกิดความรู้ความ เข้าใจในสภาวะปัญหาทุพโภชนาการ รวมทั้งตระหนักถึงความสำคัญของการเลี้ยงดูบุตรและเรียนรู้ที่จะ มีส่วนร่วมในการป้องกันภาวะทุพโภชนาการ อย่างไรก็ตามความน่าสนใจของผลการวิจัยที่พบใน ครั้งนี้คือ การจัดกิจกรรมเฉพาะกิจนั้นควรจัดขึ้นในฤดูฝนเนื่องจาก เป็นฤดูกาลที่ผู้ปกครอง/ ผู้ดูแล เด็กอาศัยอยู่ในชุมชน ไม่ย้ายถิ่นฐานไปทำงานต่างถิ่นจึงส่งผลให้สามารถเข้าร่วมกิจกรรมที่จัดขึ้นได้

สื่อที่ได้กล่าวมาข้างต้นนี้ล้วนเป็นสื่อชุมชนที่ชาวบ้านคุ้นเคย เอื้ออำนวยให้ชาวบ้านเข้าร่วมได้ ง่ายกว่าสื่อใหม่ที่ไม่คุ้นเคย ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายขั้นพื้นฐานของสื่อชุมชนคือ การจัดการข่าวสาร หรือความรู้ที่ตอบสนองความต้องการของชุมชน รวมทั้งเพื่อเปิดโอกาสให้สมาชิกชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการสื่อสารของชุมชนเพื่อพัฒนาชุมชน โดยผลการวิจัยในประเด็นการใช้สื่อในครั้งนี้สอดคล้อง กับงานวิจัยในอดีตที่พบว่า แกนนำชุมชนและอาสาสมัคร จะทำหน้าที่หลักในการให้ข้อมูลกับประชาชนใน ประเด็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ผ่านช่องทางที่ประชาชนเข้าถึงได้ง่ายและสะดวก ได้แก่ ประชุม หออกระจายข่าว และสื่อบุคคล โดยปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการสื่อสารสุขภาพของ

ชุมชน คือ ผู้นำชุมชนและการมีส่วนร่วมของสมาชิกชุมชน (ศิริวรรณ ตี๊กขาว, 2559) นอกจากนี้ ดวงพร คำบุญวัฒน์และคณะ (2550) ได้อธิบายว่า การสื่อสารสุขภาพในท้องถิ่นให้ประสบความสำเร็จ นั้น การทำการสื่อสารแบบให้คนในท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วม (Community Participation in Communication) เป็นเรื่องสำคัญและควรคำนึงถึงความสำคัญของข้อมูลและแหล่งข้อมูลท้องถิ่น (Local Content/ Resource) โดยความเข้าใจใน 3 ประการนี้เป็นความจำเป็นและลักษณะเด่นของการสื่อสารชุมชน ซึ่งทำให้การสื่อสารชุมชนมีความแตกต่างจากการสื่อสารทั่วไป เกิดการสื่อสารสุขภาพที่มีลักษณะเฉพาะท้องถิ่น สอดคล้องกับวิถีชีวิต และเป็นส่วนหนึ่งที่จะทำให้การสื่อสารสุขภาพมีความยั่งยืน

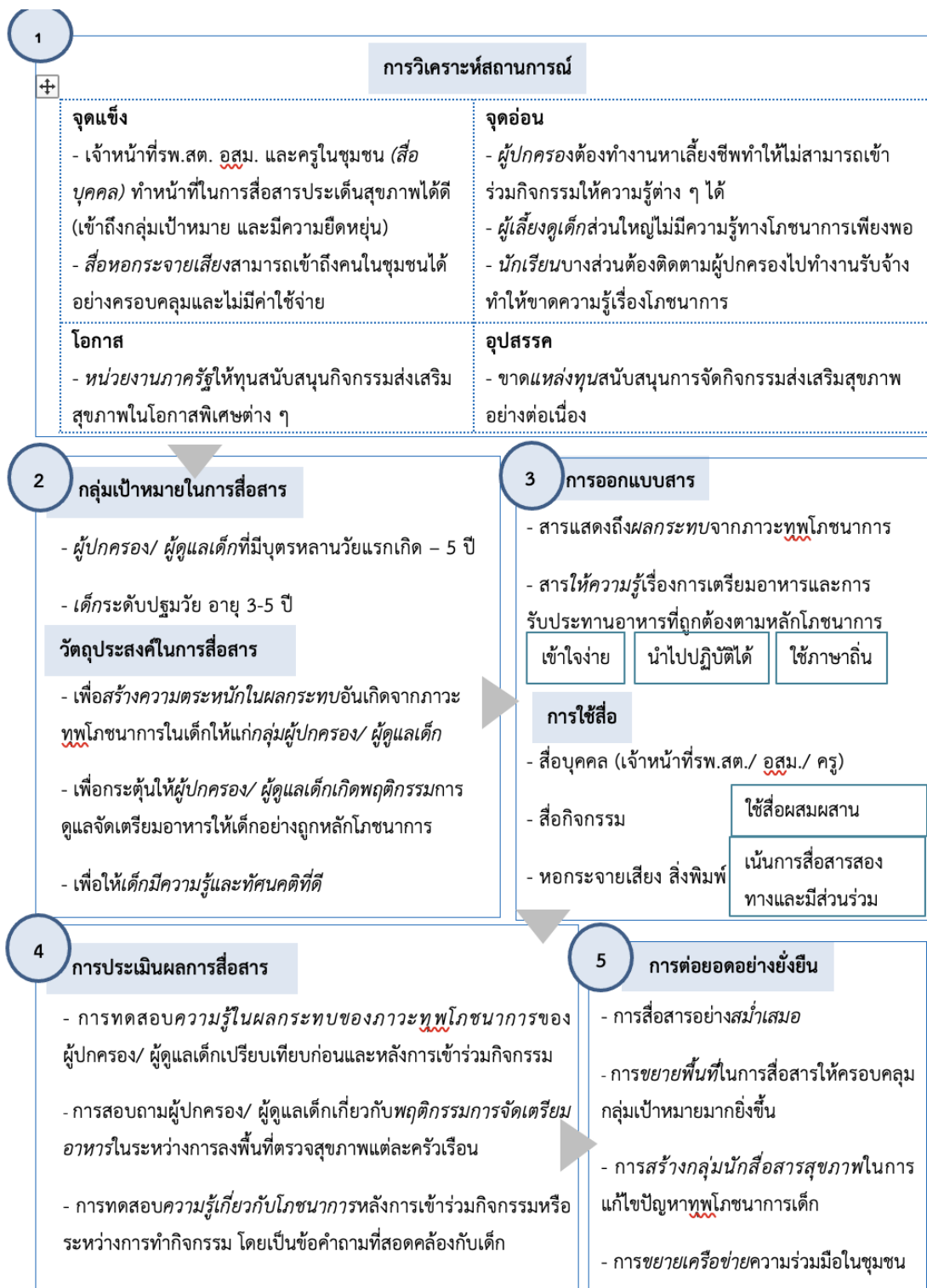
อย่างไรก็ตาม หนึ่งในปัญหาที่ส่งผลให้การสื่อสารสุขภาพในชุมชนไม่สามารถดำเนินการต่อเนื่องได้อย่างยั่งยืนนั้น คือ การขาดการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะเงินทุน ทรัพยากรในการดำเนินการจากแหล่งทุน/ หน่วยงานภายนอกและการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารที่มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้จากแนวคิดของ House (อ้างถึงใน รุ่งโรจน์ พุ่มรีว, 2546) ได้อธิบายว่า การสนับสนุนทางสังคม แบ่งออกได้เป็น 4 ประเภท คือ 1.แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นการแสดงออกถึงความห่วงใย เห็นอกเห็นใจ 2.แรงสนับสนุนทางการประเมินคุณค่า (Appraisal Support) เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนรู้ด้วยตนเอง 3. แรงสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) เป็นการให้ข้อมูลที่สามารถนำไปใช้ในการดำเนินงาน และ 4. แรงสนับสนุนทางด้านทรัพยากร (Instrumental Support) เป็นการช่วยเหลือในรูปแบบต่าง ๆ เช่น เงิน แรงงาน เวลา เป็นต้น ดังนั้นหากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ให้การสนับสนุนทรัพยากรเหล่านี้จะทำให้การสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพในเด็กยากจนสามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่องมากยิ่งขึ้น เพื่อแก้ไขปัญหาที่สอดคล้องกับงานวิจัยในอดีตที่พบว่าในกระบวนการแก้ไขปัญหาภาวะทุพโภชนาการส่วนใหญ่ นั้นขาดความต่อเนื่องจริงจัง เป็นการดำเนินการในลักษณะชั่วคราวชั่วคราว จึงไม่สามารถทำให้เกิดความตระหนักในปัญหาอย่างแท้จริงและไม่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระยะยาว (สรวงสุดา ไตรปรกรณ์กุล, 2544)

ขั้นตอนที่ 4 คือ การประเมินผลการสื่อสาร โดยจากผลการวิจัยพบว่าควรบูรณาการการประเมินกับกิจกรรมเฉพาะกิจที่จัดขึ้น ควบคู่ไปกับการประเมินผ่านการพูดคุยและการสังเกตการณ์ของเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเมื่อลงพื้นที่ตรวจสุขภาพตามครัวเรือน แต่อย่างไรก็ตามในการประเมินผลดังกล่าวต้องมีการกระทำอย่างต่อเนื่องและคำนึงว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นอาจมีปัจจัยภายนอก เช่น รายได้ของแต่ละครัวเรือนที่ไม่สามารถทำให้เกิดผลลัพธ์ได้ตามที่กำหนดไว้

ขั้นตอนที่ 5 คือ การต่อยอดเพื่อให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืนนั้น ผลการวิจัยพบว่าควรมีการสื่อสารที่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ สร้างเครือข่ายการสื่อสารที่แข็งแกร่งและครอบคลุมพื้นที่มากยิ่งขึ้น ดังตัวอย่างการศึกษาเครือข่ายการสื่อสารชุมชนทุ่งขวาง จ.ชลบุรี โดยสมสุข หินวิมาน และคณะ (2549) ที่พบว่าการศึกษาชุมชนสามารถดำรงอยู่ได้อย่างเข้มแข็งนั้น ส่วนหนึ่งมาจากการที่ชุมชนมีเครือข่ายการสื่อสารที่เข้มแข็งประกอบไปด้วยเครือข่ายจักสาน เครือข่ายร้านอาหาร และเครือข่ายวัด ที่ต่างพากันประสานการทำงานไปด้วยกัน ทำให้สามารถจัดการข้อมูลข่าวสารภายในและภายนอกชุมชนได้อย่างดี และควรมีการเพิ่มบทบาทของผู้นำชุมชนในการเป็นเครือข่ายด้านสุขภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งงานวิจัยในอดีตได้พบว่า ในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาภาวะทุพโภชนาการของเด็กให้สำเร็จและยั่งยืนขึ้นอยู่กับผู้นำชุมชน นายองค์การบริหารส่วนตำบลและปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลที่จะผลักดันให้เกิดเครือข่ายที่แข็งแกร่งต่อไป (จิตรลดาวรรณ โสวะภาสน์, 2548)

นอกจากนี้จากการวิจัยครั้งนี้ยังพบว่า การแก้ไขปัญหามหาทุพโภชนาการในเด็กนั้นจะยั่งยืนได้ เมื่อแก้ไขที่ต้นเหตุ คือ การสร้างความรู้ความเข้าใจกับมารดานับตั้งแต่ขั้นตอนของการตั้งครรภ์ เนื่องจากมารดาหลายคนมีความเชื่อด้านโภชนาการที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยในอดีตที่พบว่า ในบางชุมชนมีความเชื่อเกี่ยวกับโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์/ มารดาที่เพ็งคลอดบุตรที่ไม่ถูกต้อง เช่น หญิงหลังคลอดบุตรไม่ควรรับประทานไข่เพราะจะทำให้ลูกไม่สบาย เด็กเล็กไม่ควรรับประทานไก่เพราะจะทำให้เกิดพยาธิ เป็นต้น (สมาน ขำคล้าย สารัตน์ พวงเงิน และสนธยา คมขำ, 2549) โดยการให้ความรู้นี้ จักรินทร์ ปริมาณนธ์, ปุญญพัฒน์ ไชยเมธ และสมเกียรติ วรรณเดช (2561) ให้ข้อเสนอแนะว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่จะก่อให้เกิดภาวะทุพโภชนาการในเด็ก เช่น การจัดกิจกรรมหรือโครงการที่สร้างความตระหนักถึงการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น การให้บริการวางแผนครอบครัวที่มีความครอบคลุม การส่งเสริมให้มารดาเข้ารับบริการฝากครรภ์ตามเกณฑ์ รวมถึงกระบวนการเยี่ยมหลังคลอดที่เพิ่มประสิทธิภาพในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร การเลี้ยงดูบุตรอย่างถูกวิธี และมีการให้ความรู้ในเรื่องของสุขลักษณะและสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและรอบบริเวณบ้านเพื่อเป็นการดูแลสุขภาพของมารดาและทารกอย่างเป็นองค์รวม

โดยรายละเอียดภาพรวมของแผนงานมีดังต่อไปนี้



อย่างไรก็ตาม การนำแผนงานการสื่อสารสุขภาพแก้ไขปัญหาภาวะทุพโภชนาการในเด็กยากจนไปใช้นั้น ต้องคำนึงถึงความแตกต่างด้านมิติการสื่อสารชุมชน อันประกอบไปด้วย มิติของคน

มิติของความรู้ และมิติของทรัพยากร เพื่อให้เกิดการสื่อสารด้านสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมในชุมชนที่มีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอในการนำไปใช้

1. จากผลการวิจัยพบว่า ในการพัฒนารูปแบบการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็กยากจนนั้นควรมีการวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันทั้งปัจจัยภายในและภายนอกที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปสู่การวางแผนที่มีประสิทธิภาพสอดคล้องกับคุณลักษณะและข้อจำกัดที่แท้จริงของแต่ละชุมชน

2. จากผลการวิจัยพบว่า ในการพัฒนารูปแบบการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็กยากจนนั้นควรมีการกำหนดสารที่ใช้จุดดึงดูดใจด้านเหตุผลควบคู่กับด้านอารมณ์และสารควรมีความง่าย ใช้ภาษาถิ่น นำไปปฏิบัติได้จริง

3. จากผลการวิจัยพบว่า ในการพัฒนารูปแบบการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็กยากจนนั้นควรมีการใช้สื่อแบบผสมผสานทั้งสื่อบุคคลที่มีความน่าเชื่อถือในประเด็นสุขภาพและสื่อในชุมชนที่สามารถเข้าถึงคนในชุมชนอย่างแท้จริงเช่น สื่อหอกระจายเสียง สื่อกิจกรรม เป็นต้น โดยการสื่อสารควรเป็นการสื่อสารที่คำนึงถึงการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน

4. จากผลการวิจัยพบว่า ในการพัฒนารูปแบบการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็กยากจนจะเกิดความยั่งยืนได้นั้น แต่ละชุมชนควรมีการผลักดันให้เกิดการสนับสนุนงานสื่อสารสุขภาพในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นหน่วยงานด้านสุขภาพ หน่วยงานด้านการศึกษา และหน่วยงานด้านการปกครองส่วนท้องถิ่น อันเป็นการสร้างเครือข่ายที่เข้มแข็งเพื่อให้เกิดการสื่อสารสุขภาพในชุมชนอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

ข้อเสนอสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. งานวิจัยในครั้งนี้ได้ดำเนินการศึกษาเฉพาะเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการเท่านั้น แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าสถานการณ์ภาวะโภชนาการเกินในเด็กเป็นอีกหนึ่งปัญหาที่ควรได้รับการแก้ไขโดยด่วน ดังนั้นควรมีการวิจัยเพื่อศึกษาแนวทางการสื่อสารสุขภาพเพื่อแก้ปัญหาดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

2. งานวิจัยครั้งนี้ได้พัฒนาและทดลองใช้รูปแบบการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาพหุโภชนาการในเด็กในพื้นที่หมู่บ้านนายม จังหวัดชัยภูมิ เท่านั้น ในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการขยายขอบเขตพื้นที่ไปยังภูมิภาคต่าง ๆ เนื่องจาก แต่ละท้องถิ่นย่อมมีตัวแปรที่มีความแตกต่างกันออกไป ซึ่งการสื่อสารสุขภาพที่จะได้ผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพสูงสุดนั้นควรเป็นการสื่อสารสุขภาพที่มีลักษณะเฉพาะท้องถิ่นนั้น ๆ

บรรณานุกรม

- กมล สุดประเสริฐ. (2540). *การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงาน*. กรุงเทพฯ : สำนักงานโครงการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ กระทรวงศึกษาธิการ.
- กมลลา วัฒนายิ่งเจริญชัย. (2541). *ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการของเด็กนักเรียนประถมศึกษาในเขตอำเภอพล จังหวัดขอนแก่น*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ขอนแก่น.
- กาญจนา แก้วเทพ. (2543). *ศาสตร์แห่งสื่อและวัฒนธรรมศึกษา*. กรุงเทพฯ: เอดิชั่นเพรส โปรดักส์ จำกัด.
- กาญจนา แก้วเทพ และคณะ. (2543). *สื่อเพื่อชุมชน: การประมวลองค์ความรู้*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
- กาญจนา แก้วเทพ. (2547). *ศตวรรษใหม่ของการสื่อสารเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม*. กรุงเทพฯ : โครงการการพัฒนาองค์ความรู้การสื่อสารสุขภาพ.
- กาญจนา แก้วเทพ. (2548). *ก้าวต่อไปของการสื่อสารเพื่อการพัฒนาชุมชน*. กรุงเทพฯ : ซีโน ดีไซน์.
- กาญจนา แก้วเทพ และเจียรชัย อิศรเดช. (2549). *สื่อพื้นบ้านชาวบ้านรับงานสุขภาพ*. กรุงเทพฯ : โครงการสื่อพื้นบ้านสื่อสารสุข.
- กาญจนา แก้วเทพ, ชนิษฐา นิลผึ้ง และรัตติกาล เจนจัด. (2556). *สื่อสาร อาหาร สุขภาพ*. กรุงเทพฯ : ภาพพิมพ์.
- กาญจนา แก้วเทพ. (2551). *การจัดการความรู้เบื้องต้นเรื่องสื่อสารชุมชน*. กรุงเทพฯ : ภาพพิมพ์.
- กาญจณี หวังถิรอำนาจ. (2531). *การเปิดรับข่าวสารกับความรู้และการป้องกันโรคเอดส์ในหญิงอาชีพพิเศษและชายรักร่วมเพศ ในเขตกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์นิเทศศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เกศินี จุฑาวิจิตร และคณะ. (2550). *คุณลักษณะที่พึงประสงค์ นักสื่อสารสุขภาพ จังหวัดอุทัยธานี*. นอ สอ สอ จุด. เอกสารประกอบการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติปี 2549, 27-29 ตุลาคม 2549. กรุงเทพฯ : แผนงานวิจัยและพัฒนาระบบสื่อสารสุขภาพสู่ประชาชน.

- กำจร หลุยยะพงศ์. (2557). ทฤษฎีการสื่อสารชุมชน ใน *ปรัชญานิเทศศาสตร์และทฤษฎีการสื่อสาร หน่วยที่ 6-10*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมิกราช.
- จักรินทร์ ปริมาณนท์, ปุณณพัฒน์ ไชยเมตต์ และสมเกียรติ วรเดช. (2561). ภาวะโภชนาการและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะโภชนาการในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี: การทบทวนวรรณกรรม. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 5(1), 329-342.
- จิตลดาพรรณ โสวะภาสน์. (2548). *การพัฒนาบทบาทขององค์การบริหารส่วนตำบล และชุมชนในการแก้ไขปัญหา ภาวะทุพโภชนาการของนักเรียนประถมศึกษาในตำบลโนนสะอาด อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น*. วิทยานิพนธ์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ขอนแก่น.
- จินตวีร์ เกษมสุข. (2561). แนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชนเพื่อการพัฒนาชุมชนที่ยั่งยืน. *วารสารวิชาการมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, 26 (50), 169-186.
- เจตินภา แสงสว่าง, ศิริวรรณ ชูกำเนิด, ปาริชาติ ชูประดิษฐ์, ศรีสุกาญจน์ บินทาประสิทธิ์ และทองใหญ่ วัฒนศาสตร์. (2560). การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการด้านอาหารและโภชนาการโดยใช้ แนวทางอาหารของแม่ในเด็กก่อนวัยเรียน ศูนย์ศึกษาเด็กก่อนวัยเรียน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ*, 33(2), 146-158.
- จำเริญ โยชิต และคณะ. (2547). *การสื่อสารในระดับชุมชนเพื่อแก้ไขปัญหาเอดส์ใน จ. เชียงราย*. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม.
- ชนวนทอง ธนสุกาญจน์. (2546). *โครงการวิจัยระบบสุขภาพชุมชน*. กรุงเทพฯ : ภาควิชาสุขศึกษา และพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชูชัย สมितिไกร. (2561). *พฤติกรรมผู้บริโภค*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ณัฐนันท์ ศิริเจริญ. (2555). การสื่อสารสุขภาพกับชุมชนคนพัทลุง. *การประชุมวิชาการประจำปี 2555. "State of the Art in Global Health"*, 13-14 กุมภาพันธ์ 2555. นครราชสีมา: สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี.
- ดวงพร คำณวัฒน์ และคณะ. (2548). *สถานภาพการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพของสื่อท้องถิ่น*. นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

- ดวงพร คำบุญวัฒน์ และคณะ. (2550). *การสื่อสารสุขภาพท้องถิ่น : แนวคิด การดำเนินงานและการขยายผล*. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและสำนักงานกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ.
- ดวงพร คำบุญวัฒน์. (2555). *การสื่อสารชุมชน*. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยภาษาและวัฒนธรรมเอเชีย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เทพิน พัทธานรักษ์. (2546). “การคุกคามสุขภาพคือการคุกคามชีวิต”, *วารสารสังคมศาสตร์*. 61(1). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นัยพินิจ คชภักดี. (2543). *พัฒนาบุคลิกภาพเสริมสร้างเยาวชนปัญญา*. กรุงเทพฯ: นานมีบุ๊คส์.
- ประมะ สตะเวทิน. (2532). *หลักนิเทศศาสตร์*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประจักษ์ ก๊กก้อง. (2557). สมรรถนะด้านการสื่อสารสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. *สัปดาห์วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, 21(2), 187-197.
- ประสิทธิ์ เขจรจิตร, นิภาพร ชุตินันต์ และบังอร กุมพล. (2556). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะโภชนาการต่ำของเด็กวัยก่อนเรียนใน อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*. 6(3), 168-175.
- ปาริชาติ สถาปิตานนท์. (2546). *การสื่อสารสุขภาพ : ศักยภาพของสื่อมวลชนในการสร้างเสริมสุขภาพ*. กรุงเทพฯ : ภาพพิมพ์.
- ปาริชาติ สถาปิตานนท์. (2549). *การสื่อสารแบบมีส่วนร่วมและการพัฒนาชุมชน : จากแนวคิดสู่ปฏิบัติการวิจัยในสังคมไทย*. กรุงเทพฯ : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
- ปราณี ทัดศรี. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการในเด็กวัยก่อนเรียน ในเขตอำเภอเมืองจังหวัดปทุมธานี. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 32(1), 69-77.
- เพชร ศิละวรรณโณ. (2550). การมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง ในการป้องกันปัญหาภาวะทุพโภชนาการของนักเรียนปกากะญอ โรงเรียนบ้านห้วยกุ่ม จังหวัดแม่ฮ่องสอน. *วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต*. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. เชียงใหม่.
- พนา ทองมีอาคม และเพ็ญพัทธ์ เตียวสมบุญณกิจ. (2551). การสื่อสารสุขภาพ: ประโยชน์และความจำเป็นของการศึกษาด้านนิเทศศาสตร์และการบริหารด้านสุขภาพ. *วารสารวิชาการคณะนิเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต*, 12 (2), 9-18.

- พัชรินทร์ อรุณรัตติยากร. (2560) *เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน*. 20 ธันวาคม 2561, <http://www.thaicidatabase.net/index.php/menu-article/sustainable-development-goals-sdgs>.
- พันธุ์ทิพย์ रामสูต. (2540). *การวิจัยปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม*. กรุงเทพฯ : สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พินิจ พ้าอำนวยการ. (2549). *การทบทวนข้อมูลปัจจัยทางสังคมที่กระทบสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
- ไพโรจน์ ชลารักษ์. (2548). การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม. *วารสารราชภัฏตะวันตก*, 20-21.
- ภัทรา บุรารักษ์ กาญจนา แก้วเทพ และปภากร พุทธเส. (2555). *โทรทัศน์ท้องถิ่น: สื่อใหญ่ที่อยู่ได้ เพราะความรักของคนเล็ก ๆ ในสื่อที่ใช้ของใครที่ชอบ*. กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์.
- มาลี บุญศิริพันธ์ และคณะ. (2548). *ความต้องการและความเป็นไปได้ในการพัฒนาการสื่อสารสุขภาพและนักสื่อสารสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- มุกิตา โพธิ์กะสังข์. (2551). *เว็บไซต์สุขภาพ การสื่อสารสุขภาพแบบมีปฏิสัมพันธ์ และคุณภาพข้อมูลในเชิงการแพทย์และสาธารณสุข*. วิทยานิพนธ์นิเทศศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ลัดดา เหมาะสุวรรณ. (2557). *พัฒนาการเด็กและโภชนาการในเด็กที่คาดหวัง: ข้อเสนอแนะบทบาทศูนย์อนามัยเพื่อการพัฒนาการเด็กไทย*, 15 ธันวาคม 2562, <http://doh.hpc.go.th/data/mch/LaddaChildDev25082014.pdf>
- วรรณดี สุทธิวารการ. (2556). *การวิจัยเชิงปฏิบัติการ: การวิจัยเพื่อเสริมภาพและการสรรค์สร้าง*. กรุงเทพฯ: สยามปริทัศน์.
- วาสนา จันทร์สว่าง. (2548). *การสื่อสารสุขภาพ: กลยุทธ์ในงานสุขศึกษาและการสร้างเสริมสุขภาพ*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : เจริญดีมั่นคงการพิมพ์.
- วิชัย เอกพลากร. (2559). *การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5*, 12 ธันวาคม 2561. <http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4626>

- วิภาวี ธีวสุวรรณ. (2546). การสื่อสารแบบมีส่วนร่วมในชุมชนเพื่อรณรงค์ปัญหาเอดส์ ใน อ.เมือง จ. เชียงราย. วิทยานิพนธ์นิเทศศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิสาชา ภูจินดา. (2558) *แนวทางการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชนโดยใช้หลักนิเวศวิทยาอุตสาหกรรม*. สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์: กรุงเทพฯ.
- ศิริพร พันธุ์และวัฒนา วณิชชานนท์. (2555). *การวิจัยและพัฒนาการสื่อสารสุขภาพในระดับท้องถิ่น โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อเสริมสร้างสุขภาพของประชาชนชุมชนแม่ทราย จังหวัดแพร่*. 12 ธันวาคม 2561.
http://webpac.library.mju.ac.th:8080/mm/fulltext/research/2556/Siriporn_Phuntulee_2555
- ศิริวรรณ ตีทขาว. (2559). รูปแบบการสื่อสารต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน. *วารสารสุขศึกษาและสื่อสารสุขภาพ*, 2(2), 9-25.
- สรวงสุตา ไตรปรกรณ์กุล. (2544). *กระบวนการนำแนวคิดการมีส่วนร่วมไปประยุกต์ใช้ในการแก้ไขปัญหสุขภาพชุมชน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ขอนแก่น.
- สัญญา ยีอราน และศิริไลซ์ วรรณวีจิตร. (2561). การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมสู่ความสำเร็จการเปลี่ยนแปลงนโยบายในระบบสุขภาพ. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยการพยาบาลและสาธารณสุขภาคใต้*, 5(2), 288-300.
- สุธาทิพย์ จันทรรักษ์. (2546). *ภาคีสุขภาพ: การรวมพลังเพื่อสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สุภางค์ จันทวานิช. (2547). *วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ*. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุรพงษ์ โสธนะเสถียร. (2533). *การสื่อสารกับสังคม*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2559). การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย. 11 พฤษภาคม 2561. <https://www.unicef.org/thailand/th/reports/>

หนึ่งหทัย ขอมผลกลาง และกิตติ กันภัย. (2553). *งานวิจัยด้านการสื่อสารสุขภาพ: กลไกในการพัฒนาสังคม*. วิทยานิพนธ์นิเทศศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อบเชย วงศ์ทอง. (2542). *โภชนศาสตร์ครอบครัว*. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

อมรรัตน์ ทิพย์เลิศ และคณะ. (2547). *สมรรถนะด้านการสื่อสารของสื่อบุคคลกับการระดมพลังการพัฒนา*. มหาวิทยาลัยรังสิต : กรุงเทพฯ.

อมรรัตน์ ทิพย์เลิศ. (2549). *เปิดประตูสู่การรู้เท่าทันสื่อ : แนวคิดทฤษฎีและประสบการณ์รู้เท่าทันสื่อเพื่อสุขภาพ*. นนทบุรี : โครงการสื่อสร้างสรรค์สุขภาพ.

อารีรัตน์ ดิลกธนากุล. (2540). *การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพตนเองในชุมชน*. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. เชียงใหม่.

อังคณา มั่งมีทรัพย์. (2534). *ประสิทธิผลของการเผยแพร่ข่าวสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขที่มีต่อความรู้และความตระหนักของประชาชนเกี่ยวกับความปลอดภัยในการบริโภคอาหาร: ศึกษาเฉพาะกรณีประชาชนในเขตจังหวัดนครปฐม*. วิทยานิพนธ์วารสารศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ.

อัศรินทร์ นนทิตภัย. (2551) *การสื่อสารแบบมีส่วนร่วมของเยาวชนเพื่อการพัฒนารายการโทรทัศน์ TK Teen*. วิทยานิพนธ์นิเทศศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพฯ.

Apfell, F. (1999). The Pen is as Mighty as the Surgeon's Scalpel: Improving health communication impact. In proceedings of *The WHO European Health Communication Network Consultation on Health and Environmental Communication Policy*. London: WHO Regional Office for Europe by The Nuffield Trust.

Dianne Berry. (2207). *Health Communication: theory and practice*. Maidenhead: Open University Press

Mbuya, Nkosinathi V.N.; Calleja, Ramon V., Jr.; Morimoto, Tomo; Thitsy, Sophavanh. (2020). *Media and Messages for Nutrition and Health : Assessing Media Appropriateness for Nutrition and Health-Related Social and Behavior Change Communication in Four High Stunting-Burden Provinces of Lao PDR*. Health,

Nutrition and Population Discussion Paper;. World Bank, Washington, DC., World Bank. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/34363>

Mohseni, M., Aryankhesal, A. (2020). Developing a model for prevention of malnutrition among children under 5 years old. *BMC Health Services Research*, 20(1), 1-9.

Nguyen Ngoc Hien & Sin Kam. (2008). Nutritional Status and the Characteristics Related to Malnutrition in Children Under Five Years of Age in Nghean, Vietnam. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 41(4), 232-240.

Psaki, Bhutta, Ahmed, Bessong, Islam et al. (2012). Household food access and child malnutrition: results from the eight-country MAL-ED study. *Population health metrics journal*, 10(1), 24.

Sharghi, Kamran and Faridan. (2011). Evaluating risk factors for protein-energy malnutrition in children under the age of six years: a case-control study from Iran. *International journal of general medicine*, 4, 607-611.

Solomon, M. (2009). *Consumer behavior: Buying, having, and being*. (8th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.

ภาคผนวก

ภาพการดำเนินกิจกรรมนิทานของหนูและการมอบกระเป๋าสามดี



ภาพการสนทนากลุ่มกับตัวแทนผู้ที่ได้เข้าร่วมในโครงการและการติดตามผลกับ
กลุ่มเป้าหมายผู้ปกครอง/ ผู้ดูแลเด็กตามครัวเรือน และเด็กในโรงเรียนประจำชุมชน

