การสื่อสารเพื่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดยกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

นายอภิชา น้อมศิริ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญานิเทศศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชานิเทศศาสตรพัฒนาการ ภาควิชาการประชาสัมพันธ์
คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2552

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Communication for the Empowerment Health Network by Health Education Division, Department of Health Service Support

Mr.Aphicha Nomsiri

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Arts Program in Development Communication
Department of Public Relations
Faculty of Communication Arts
Chulalongkorn University
Academic Year 2009

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	การสื่อสารเพื่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดยกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
โดย	นายอภิชา น้อมศิริ
สาขาวิชา	นิเทศศาสตรพัฒนาการ
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ ดร.กาญจนา แก้วเทพ

คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญามหาบัณฑิต

..... คณบดีคณะนิเทศศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.ยุบล เบ็ญจรงค์กิจ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.ปรมะ สตะเวทิน)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร.กาญจนา แก้วเทพ)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภัสวลี นิติเกษตรสุนทร)

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

นายอภิชา น้อมศิริ: การสื่อสารเพื่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดยกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (COMMUNICATION FOR THE EMPOWERMENT HEALTH NETWORK BY HEALTH EDUCATION DIVISION, DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รศ.ดร.กาญจนา แก้วเทพ, 271 หน้า.

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) เพื่อศึกษาพัฒนาการของการเสริมสร้างความความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดย กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2) เพื่อศึกษารูปแบบการสื่อสารของภาคีเครือข่ายการสื่อสารเพื่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดย กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (3) เพื่อศึกษาลักษณะองค์ประกอบของภาคีเครือข่ายการสื่อสารเพื่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดย กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (4) เพื่อศึกษาปัจจัยที่เป็นข้อส่งเสริมและปัจจัยที่เป็นข้อจำกัดของการสื่อสารต่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดย กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ผลการศึกษาวิจัยพบว่า

(1.) **พัฒนาการของการเสริมสร้างความความเข้มแข็งของภาคีเครือข่าย** แบ่งเป็น 4 ขั้น ได้แก่ ขั้นตระหนักและก่อตัวของภาคีเครือข่ายสุขภาพ ขั้นการสร้างพันธกรณีและการบริหารภาคีเครือข่ายสุขภาพ ขั้นการรักษาความสัมพันธ์และความต่อเนื่องของภาคีเครือข่ายสุขภาพ และขั้นการพัฒนาความสัมพันธ์ของภาคีเครือข่ายสุขภาพ และการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ

(2.) **รูปแบบการสื่อสารของภาคีเครือข่ายการสื่อสาร** ผลการวิจัยพบว่า 2.1) ประเภทของภาคีเครือข่ายสุขภาพ 2.1.1) จำแนกตามระดับชั้น แบ่งได้เป็น 2 ระดับชั้น ได้แก่ ภาคีเครือข่ายสนับสนุน และภาคีเครือข่ายระดับปฏิบัติการ 2.1.2) จำแนกตามประเภทการดำเนินงาน พบว่า เป็นภาคีเครือข่ายสนับสนุน 2.1.3) จำแนกตามประเด็น พบว่า เป็นภาคีเครือข่ายสุขภาพ 2.1.4) จำแนกตามรูปแบบโครงสร้างหรือความสัมพันธ์ พบว่า มีลักษณะผสมผสาน 2.2) ลักษณะและทิศทางการสื่อสารของภาคีเครือข่าย พบว่า มีลักษณะและทิศทางการสื่อสารแบบผสมผสาน 2.3) รูปแบบวิธีการจัดโครงสร้างของภาคีเครือข่าย พบว่า เป็นรูปแบบของเครือข่ายที่มีความซับซ้อน

(3.) **ลักษณะองค์ประกอบของภาคีเครือข่ายการสื่อสาร** ผลการวิจัยพบว่า *3.1) ประเด็นในการสื่อสาร* พบว่า เนื้อหาที่ใช้ ได้แก่ 3.1.1) ชุดความรู้เรื่องการศึกษาภาคีเครือข่ายสุขภาพ 3.1.2) ชุดความรู้เรื่องสุขภาพ *3.2) ลักษณะหรือประเภทของกิจกรรมที่ใช้* พบว่า กิจกรรมที่ใช้มี 7 กิจกรรมหลัก ได้แก่ 3.2.1) จัดทำทำเนียบภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพ 3.2.2) จัดทำแนวทางการดำเนินงานสุขศึกษาสำหรับภาคีเครือข่าย 3.2.3) แนวทางการดำเนินงานพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ 3.2.4) บทเรียนการพัฒนาชมรมสร้างสุขภาพสู่ความเข้มแข็ง 3.2.5) สัมมนา ถ่ายทอดและส่งเสริมประสานการดำเนินงานสร้างสุขภาพของภาคีเครือข่าย 3.2.6) นิเทศติดตามผลการดำเนินงาน 3.2.7) จัดทำสรุปรายงานผลการดำเนินงานโครงการฯ *3.3) ประเภทของสื่อที่ใช้ใน การนำเสนอ* 3.3.1) สื่อสิ่งพิมพ์ 3.3.2) สื่อบุคคล 3.3.3) สื่อกิจกรรม 3.3.4) สไลด์ PowerPoint กับ LCD Projector *3.4) สมาชิกของภาคีเครือข่ายสุขภาพ* พบว่า มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข บุคลากรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แกนนำชุมชน และแกนนำชมรมสร้างสุขภาพ ผู้ดำเนินรายการวิทยุชุมชน และนักวิชาการของกองสุขศึกษา *3.5) โครงสร้างตำแหน่งหรือการเชื่อมต่อภายในภาคีเครือข่าย* พบว่า เป็นศูนย์กลางของเครือข่ายในระดับประเทศ และเปลี่ยนบทบาทหน้าที่พันธมิตรที่สนับสนุน

(4.) **ปัจจัยที่เป็นข้อส่งเสริมและปัจจัยที่เป็นข้อจำกัด** พบว่า *4.1) ปัจจัยที่เป็นข้อส่งเสริม* 4.1.1) จากมุมมองของคนใน ได้แก่ ก.) การมีผู้ประสานภาคีเครือข่ายในระดับจังหวัด ข.) การสนับสนุนของผู้บริหาร ค.) การได้การสนับสนุนจากหน่วยงานภายนอก ง.) การได้การสนับสนุนงบประมาณ จ.) มีจิตอาสา 4.1.2) จากมุมมองของภาคีเครือข่ายระดับปฏิบัติการที่มีความเข้มแข็ง พบว่า ก.) การปฏิสัมพันธ์ที่ดี ข.) การได้การสนับสนุนจากหน่วยงานภายนอก ค.) การได้การสนับสนุนงบประมาณ ง.) มีการจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง จ.) มีการประชาสัมพันธ์กิจกรรมภาคีเครือข่ายสุขภาพ ฉ.) การมีทีมงานที่มีความเข้มแข็ง *4.2) ปัจจัยที่เป็นข้อจำกัด* 4.2.1) จากมุมมองของคนใน พบว่า ก.) ขาดผู้ที่มีความสามารถในการพัฒนาเครือข่าย ข.) การขาดความต่อเนื่อง ค.) ขาดการประสานความร่วมมือ ง.) โครงสร้างการบริหารงานภายในของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จ.) ปัญหาของระบบการบริหารงานแบบระบบราชการ 4.2.2) จากมุมมองของภาคีเครือข่ายระดับปฏิบัติการที่มีความเข้มแข็ง พบว่า ก.) ข้อจำกัดเรื่องเวลา ข.) การได้การสนับสนุนจากหน่วยงานภายนอกมีไม่เพียงพอ ค.) ความสามารถของผู้จัดการภาคีเครือข่าย ง.) ปัญหาของระบบการบริหารงานแบบระบบราชการ จ.) โครงสร้างการบริหารงานภายในของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ฉ.) ขาดการบรรจุลงในตัวชี้วัดของผู้ตรวจราชการ

ภาควิชา การประชาสัมพันธ์ ลายมือชื่อนิสิต อภิชา น้อมศิริ

สาขาวิชา นิเทศศาสตรพัฒนาการ ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ปีการศึกษา 2552

508 47692 28 : MAJOR DEVELOPMENT COMMUNICATION

KEYWORDS : COMMUNICATION / EMPOWERMENT / HEALTH NETWORK / HEALTH EDUCATION DIVISION / HEALTH SERVICE SUPPORT

APHICHA NOMSIRI : COMMUNICATION FOR THE EMPOWERMENT HEALTH NETWORK BY HEALTH EDUCATION DIVISION, DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT. THESIS ADVISOR: ASSOC. PROF. KANJANA KAEWTHEP, Ph.D., 271 pp.

This qualitative study aims to identify (1) development of the empowerment health network (2) patterns of network communication of the empowerment health network (3) elements of network communications of the empowerment health network (4) factors that promote and limit communication of the empowerment health network by Health Education Division, Department of Health Service Support. The result shows.

(1) Development of the empowerment of the health network is divided into 4 phases which are 1) awareness and initiation 2) creation of an obligation and health network management 3) maintenance and sustainability of the health network and 4) relationship development among health networks and empowerment.

(2) Patterns of network communication of the health network 2.1) classification of health network 2.1.1) by category is supporting network and operating network 2.1.2) by operation type is supporting network 2.1.3) by issue is health network 2.1.4) by structure or relationship is comprehensive 2.2) characteristic and direction of health network communication is comprehensive and 2.3) health network structure is a complexity network.

(3) Elements of network communication of the health network comprise of 3.1) the communication issue includes a package of health education network studies and a package of health education 3.2) Activities which are mostly applied are 3.2.1) organizing a health promotion network directory 3.2.2) developing health education guideline for alliances 3.2.3.) developing health behaviour improvement guideline 3.2.4) lessons to develop a health promotion to empowerment group 3.2.5) Seminar, distribution and support the coordination among health networks 3.2.6) supervision and projects monitoring 3.2.7) project summary report 3.3) type of media in presentation 3.3.1) prints 3.3.2) Personal Media 3.3.3) media activity 3.3.4) PowerPoint slides with LCD Projector 3.4) members of the health network which are healthcare workers, local government officer, community leaders and health promotion group leaders, hosts of local radio programmes and experts from Division of Health Education 3.5) infrastructure of the network accepted as the centre of the national network and its role is changed to be a supporting alliance.

(4) Promoting factors and limitation in communication of the empowerment health network: The promoting factors perceived by insiders' perspective are a) network coordinators working in a provincial level b) fully support from an executive level c) support from external agencies d) funding support and f) volunteers while those of alliances in empowered operating networks' perspective are a) good interaction b) support from external agencies c) funding support d) the continuity of activitites e) the advertisement of the health network activities and f) strong teamwork. The limitations noticed by insiders' perspective are a) lack of personnel who are capable of developing the network b) lack of sustainability c) lack of collaboration d) infrastructure of the provincial health office e) the government administration system. From the alliances in empowered operating networks' point of view in limitations, they claimed a) time constraint b) insufficient support from external agencies c) health network managers' capability d) the government administration system e) infrastructure of the provincial health office and f) not included as an indicator for inspection by the government inspectors.

Department : Public Relation Student's Signature Aphicha Nomsiri

Field of Study : Development Communication Advisor's Signature Kanjana

Academic Year : 2009

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาในระดับปริญญามหาบัณฑิตของคณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งกว่าวิทยานิพนธ์ฉบับนี้จะสำเร็จลุล่วงมาได้นั้น ผู้วิจัยได้รับความช่วยเหลือและสนับสนุนจากบุคคลหลายฝ่ายเป็นอย่างดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งรองศาสตราจารย์ ดร.กาญจนา แก้วเทพ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้คำแนะนำ คำปรึกษา ตักเตือน และคอยดูแลเอาใจใส่ผู้วิจัยตลอดการทำวิทยานิพนธ์อย่างดีเยี่ยม นอกจากนี้ผู้วิจัยยังขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.ปรมะ สตะเวทิน ที่กรุณารับเป็นประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภัสวลี นิติเกษตรสุนทร กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัยที่กรุณาสละเวลารับเป็นกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการกองสุขศึกษา คุณเพ็ญศรี เกิดนาค ที่ให้ข้อมูลและให้ความอนุเคราะห์ให้ใช้สถานที่กองสุขศึกษาในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมถึงขอขอบคุณหัวหน้ากลุ่มพันธมิตรการสร้างสุขภาพ คุณนวลจันทร์ ศักดิ์ธนากูล และ คุณบุญตา เจนสุขอุดม ที่เสียสละเวลาให้ข้อมูล คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนให้ความช่วยเหลือผู้วิจัยในเรื่องต่างๆ ตลอดระยะเวลาการเก็บข้อมูลที่กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และที่ลืมไปไม่ได้คือบุคลากรกองสุขศึกษาทุกท่านที่กรุณาเอื้อเฟื้อข้อมูลและเสียสละเวลาให้ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์เพื่อนำข้อมูลมาประกอบจัดทำวิทยานิพนธ์

ผู้วิจัยขอขอบคุณ คุณสุกัญญา ไผทโสภณ คุณดนัย วิสิทธิโชค คุณศศิวรรณ ชนะศุภโชค คุณสินีลักษณ์ จิรสัตย์สุนทร และคุณวิไลพร คลีกร ที่เสียสละเวลาให้ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์เพื่อนำข้อมูลมาประกอบจัดทำวิทยานิพนธ์

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน โดยเฉพาะ คณาจารย์คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทุกท่านที่ได้มอบองค์ความรู้ทางด้านนิเทศศาสตร์แก่ผู้วิจัยจนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ของผู้วิจัยเสร็จสิ้น โดยสมบูรณ์

ขอบคุณเพื่อนๆ นิเทศศาสตร์พัฒนาการ รุ่นที่ 30 ที่ร่วมเรียนร่วมทำกิจกรรมและแบ่งปันประสบการณ์ตลอดระยะเวลา 2 ปี

และที่สำคัญที่สุดคือ ขอกราบขอบพระคุณคุณพ่อและคุณแม่ และน้องๆ ผู้ซึ่งคอยเป็นห่วงและคอยให้กำลังใจผู้วิจัยเสมอมาจนผู้วิจัยมีวันนี้

สารบัญ

หน้า

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

บทที่

1. บทนำ

ที่มาและความสำคัญของปัญหา..... 1
ปัญหานำวิจัย..... 11
วัตถุประสงค์ของการวิจัย..... 11
ขอบเขตของการวิจัย..... 11
นิยามศัพท์..... 12
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ..... 15
กรอบแนวคิดงานวิจัย..... 16

2. แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวกับการสื่อสารสุขภาพ..... 17
แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับเครือข่ายการสื่อสาร..... 30
แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวกับการสื่อสารแบบมีส่วนร่วม..... 65
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... 76

3. ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย..... 83

หน้า

3. ระเบียบวิธีวิจัย (ต่อ)

ประชากร..... 84
กลุ่มตัวอย่าง..... 84
ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย..... 88
วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล..... 88
เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ..... 93
การวิเคราะห์ข้อมูล..... 100
การนำเสนอข้อมูล..... 101

4. ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 : ข้อมูลเบื้องต้น..... 103
1. วิวัฒนาการงานสุขศึกษาไทย..... 103
2. จากนโยบายด้านสุขภาพมาสู่กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ..... 115
ส่วนที่ 2 : ผลการวิจัย..... 123
1. พัฒนาการของการเสริมสร้างความความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดย กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ..... 123
2. รูปแบบการสื่อสารของเครือข่ายการสื่อสารเพื่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดย กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ..... 161
3. ลักษณะองค์ประกอบของเครือข่ายการสื่อสารเพื่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดย กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ..... 174
4. ปัจจัยที่เป็นข้อส่งเสริมและปัจจัยที่เป็นข้อจำกัดของการสื่อสารต่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดย กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ..... 204

หน้า

5. สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย..... 228
อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ..... 247
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป..... 256

รายการอ้างอิง..... 257

ภาคผนวก..... 268

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์..... 287

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
ภาพที่ 1	แผนภาพแสดงกรอบแนวคิดการศึกษาวิจัยเรื่อง “การสื่อสารเพื่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดยกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ”.....	16
ภาพที่ 2	แผนภาพแสดง Health Communication Model : HCM	20
ภาพที่ 3	แผนภาพแสดงการสื่อสารทางเดียวในแนวดิ่ง.....	36
ภาพที่ 4	แผนภาพแสดงการสื่อสารในแนวระนาบ ทั้งแบบทางเดียว – สองทาง.....	37
ภาพที่ 5	แผนภาพแสดงทิศทางการไหลของข้อมูลในเครือข่าย.....	37
ภาพที่ 6	แผนภาพแสดงลักษณะการแพร่กระจายของข้อมูล.....	38
ภาพที่ 7	แผนภาพแสดงเครือข่ายการสื่อสารแบบลูกโซ่ (Chain Network).....	39
ภาพที่ 8	แผนภาพแสดงเครือข่ายการสื่อสารแบบตัววาย (Y Network).....	39
ภาพที่ 9	แผนภาพแสดงเครือข่ายการสื่อสารแบบวงล้อ (Wheel Network)…….	40
ภาพที่ 10	แผนภาพแสดงเครือข่ายการสื่อสารแบบวงกลม (Circle Network)……...	41
ภาพที่ 11	แผนภาพแสดงเครือข่ายการสื่อสารแบบทุกช่องทาง (All Channel Network)……....	41
ภาพที่ 12	แผนภาพแสดงเครือข่ายการสื่อสารแบบทุกช่องทาง (Complexity Network)…….....	41
ภาพที่ 13	แผนภาพแสดงล่าม สะพาน ผู้ปลีกวิเวก คู่ปลีกวิเวก…….	53
ภาพที่ 14	แผนภาพแสดงผู้ควบคุมข้อมูล ดาวเด่น คบขอบข่าย……	54
ภาพที่ 15	แผนภาพแสดงโครงสร้างของ Network และพันธมิตร.....	55
ภาพที่ 16	แผนภาพแสดงกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน.....	72
ภาพที่ 17	ความเชื่อมโยงประเด็นยุทธศาสตร์ของกระทรวงกับกองสุขศึกษา ยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข……...	118
ภาพที่ 18	โครงสร้างการเชื่อมประสานการดำเนินงานสุขศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพ ส่วนกลาง และส่วนภูมิภาค……..	122
ภาพที่ 19	แผ่นภาพแสดงพัฒนาการของการเสริมสร้างความความเข้มแข็งของภาคีเครือข่าย สุขภาพโดยกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2545-2551)……..	123
ภาพที่ 20	แผนภาพโครงสร้างคณะกรรมการบริหารโครงการสร้างพันธมิตรการสร้างสุขภาพ.....	141

ภาพที่ **หน้า**

ภาพที่ 21 แผนภาพโครงสร้างเครือข่ายพันธมิตรการสร้างสุขภาพพันธมิตร…….. 147
ภาพที่ 22 แผนภาพแสดงการประสานเครือข่ายพันธมิตรการสร้างสุขภาพส่วนกลาง.. 148
ภาพที่ 23 แผนภาพแสดงการประสานเครือข่ายพันธมิตรการสร้างสุขภาพระดับจังหวัด..... 149
ภาพที่ 24 แผนภาพแสดระดับชั้นของภาคีเครือข่ายสุขภาพของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ประจำปีงบประมาณ 2551 ที่มีลักษณะเป็นแบบ “ซุปเปอร์เครือข่าย” (Supra Network)..... 164
ภาพที่ 25 แผนภาพแสดงโครงสร้างความสัมพันธ์ของภาคีเครือข่ายสุขภาพมีลักษณะผสมผสานทั้งแบบเครือข่ายตามแนวตั้ง และเครือข่ายตามแนวนอน..... 168
ภาพที่ 26 แผนภาพแสดงรูปแบบวิธีการจัดโครงสร้างเครือข่ายแบบซับซ้อน (Complexity Network)ของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพ ในปีงบประมาณ 2551..... 172
ภาพที่ 27 แผนภาพแสดงรูปแบบวิธีการจัดโครงสร้างเครือข่ายแบบซับซ้อน (Complexity Network)ของภาคีเครือข่ายสุขภาพระดับปฏิบัติการ โครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพ ในปีงบประมาณ 2551..... 173
ภาพที่ 28 แผนภาพแสดงกิจกรรมสัมมนาถ่ายทอดและส่งเสริมประสานการดำเนินงานสร้างสุขภาพของภาคีเครือข่ายภายใต้โครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพ ในปีงบประมาณ 2551..... 189
ภาพที่ 29 แผนภาพแสดงสมาชิกของภาคีเครือข่ายสุขภาพระดับปฏิบัติการ ภายใต้โครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพ ในปีงบประมาณ 2551……. 198
ภาพที่ 30 แผนภาพแสดงสมาชิกของภาคีเครือข่ายสุขภาพระดับปฏิบัติการ ภายใต้โครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพ ในปีงบประมาณ 2551..... 199
ภาพที่ 31 แผนภาพแสดงโครงสร้างตำแหน่งภายในภาคีเครือข่ายสุขภาพ กองสุขศึกษา ภายใต้โครงการส่งเสริม การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพ **ในปีงบประมาณ 2551**..... 202

ภาพที่ **หน้า**

ภาพที่ 32 แผนภาพแสดงโครงสร้างตำแหน่งภายในภาคีเครือข่ายสุขภาพระดับปฏิบัติการของกองสุขศึกษา ภายใต้โครงการส่งเสริม การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพ ในปีงบประมาณ 2551..... 203

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันกระแสการสร้างเสริมสุขภาพได้เข้ามามีบทบาทต่อการดำเนินชีวิตของประชาชนมากขึ้น คุณภาพของประชาชนในประเทศโดยเฉพาะด้านสุขภาพได้รับการกำหนดให้เป็นยุทธศาสตร์ของระบบสุขภาพเชิงรุก ซึ่งเน้นการจัดระบบสุขภาพให้เป็นระบบเชิงรุก เพื่อให้สามารถจัดการกับปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนและมีความหลากหลายแต่สามารถหลีกเลี่ยงหรือแม้แต่สามารถป้องกันได้ (ปาริชาต สถาปิตานนท์. 2546) สุขภาพยังเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญที่บ่งบอกถึงความเจริญก้าวหน้าของประเทศ ในปัจจุบันสังคมโลกมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตและสุขภาพของประชาชน การเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียวคงไม่เพียงพอที่จะทำให้ประชาชนทุกคนมีสุขภาพดี ซึ่งเป็นเป้าหมายสูงสุดของระบบสุขภาพ การที่ประชาชนจะมีสุขภาพดีได้นั้น ประชาชนจะต้องสามารถที่จะพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพได้มากขึ้น สามารถเข้ามามีส่วนร่วมดูแลและบริหารจัดการระบบสุขภาพได้ โดยถือว่าสุขภาพเป็นเรื่องของประชาชนทุกคน และเพื่อประชาชนทุกคน (All for Health and Health for All) จึงทำให้ระบบเน้นที่การ “สร้าง” สุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพ

ในราวหนึ่งทศวรรษที่ผ่านมา ระบบสุขภาพไทยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งในเชิงแนวคิด นโยบาย โครงสร้าง กลไกการจัดการ และบทบาทของภาคส่วนต่างๆ พัฒนาการสำคัญๆ ที่เกิดขึ้นในระยะหนึ่งทศวรรษดังกล่าวสะท้อนพลวัตใหม่ของการพัฒนาสุขภาพในสังคมไทย แม้จะมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในหลายด้านและบางเหตุการณ์อาจเป็นเค้ารางของปัญหาที่จะเกิดขึ้นและต้องการแก้ไขในอนาคต แต่ในกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่ผ่านมาก็มีพัฒนาการที่อาจถือได้ว่าเป็นบุพนิมิตของระบบสุขภาพไทยที่กำลังเปลี่ยนแปลงไปสู่คุณภาพใหม่ปรากฏให้เห็นอย่างเด่นชัด อาทิ

- กระแสความตื่นตัวและการใส่ใจเรื่องสุขภาพ

กระแสความตื่นตัวและการใส่ใจเรื่องสุขภาพที่ค่อย ๆ ก่อตัวขึ้นอย่างต่อเนื่องสะท้อนจิตสำนึกใหม่ในเรื่องสุขภาพของสังคมไทย ความตื่นตัวนี้ด้านหนึ่งเป็นผลมาจากการตระหนักถึงภัยคุกคามจากโรคร้ายที่การแพทย์สมัยใหม่ไม่สามารถให้คำตอบได้ ในหมู่ชนชั้นกลางที่มีชีวิต

แปลกแยกอยู่ในเมืองและต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรังและโรคมะเร็ง การใส่ใจเรื่องสุขภาพและการแพทย์ทางเลือกกลายเป็นทางออกจากภาวะบีบคั้นของวิถีชีวิตสมัยใหม่ ในขณะที่กระแสสุขภาพก่อตัวท่ามกลางชาวบ้านที่ต้องการหาทางออกจากปัญหาสุขภาพที่เป็นผลลัพธ์ของเศรษฐกิจและระบบการผลิตแบบอุตสาหกรรมการเกษตร กลายเป็นความตื่นตัวต่อเกษตรชีวภาพ เกษตรปลอดสาร และเกษตรอินทรีย์ ความตื่นตัวต่อภัยคุกคามสุขภาพและโรคภัยไข้เจ็บที่มากับชีวิตที่ขาดดุลยภาพและห่างเหินจากธรรมชาติทำให้เกิดกระแสความตื่นตัวและการใส่ใจเรื่องสุขภาพอย่างไม่เคยปรากฏมาก่อน ความนิยมในเรื่องอาหารสุขภาพ การแพทย์ทางเลือก การออกกำลังกาย ตลอดจนการเกิดกลุ่มและชมรมสุขภาพต่างๆ ที่แพร่หลายขึ้นสะท้อนการเกิดจิตสำนึกสุขภาพใหม่ที่ถือว่า สุขภาพไม่ใช่สิ่งที่ผูกขาดหรือหยิบยื่นให้โดยสถาบันทางการแพทย์ แต่เป็นหน้าที่ของทุกคนที่จะต้องใส่ใจและแสวงหา

- การก่อตัวและความเข้มแข็งของการสร้างเสริมสุขภาพ

กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพที่ก่อตั้งโดยการนำรายได้ส่วนหนึ่งจากภาษีรัฐที่ได้จากสุราและบุหรี่นับเป็นนวัตกรรมสำคัญที่มีเพียงไม่กี่ประเทศในโลกเท่านั้นที่สามารถดำเนินการให้เกิดขึ้นได้ งบประมาณจากกองทุนและการดำเนินการของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ร่วมกับองค์กรภาคีและเครือข่ายที่กว้างขวางทั้งในภาครัฐ ภาคธุรกิจ ภาคสังคมและชุมชนได้ทำให้งานด้านการสร้างเสริมสุขภาพขยายตัวและเข้มแข็งขึ้นทั้งในด้านการสร้างเสริมสุขภาพในระดับบุคคล การเกิดกลุ่มและชมรมสุขภาพต่างๆ การส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียน ชุมชน สถานที่ทำงาน ตลอดจนการรณรงค์ให้เกิดกระแสสังคมด้านสุขภาพ เช่นเรื่องสุรา บุหรี่ การออกกำลังกาย และการรับประทานอาหารหวาน เป็นต้น ด้วยรูปแบบการนำเสนอที่น่าสนใจและมีผลกระทบ การรณรงค์ดังกล่าวได้เปิดมิติใหม่ของการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งหากมีการดำเนินการที่ต่อเนื่องก็จะสามารถสร้างจิตสำนึกสุขภาพให้เป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมและวิถีชีวิตของชาวไทยได้

- ความเคลื่อนไหวเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพ

กระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพที่ได้ก่อตัวมาเป็นระยะเวลากว่า 5 ปีที่ผ่านมาได้สร้างปรากฏการณ์การมีส่วนร่วมของสังคมวงกว้างในการที่จะร่วมกันกำหนดทิศทางการพัฒนาและคุณลักษณะของระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ ด้วยการใช้ยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาที่ทำงานประสานกันทั้งด้านวิชาการ ด้านสังคม และการเมือง เพื่อผลักดันให้ธรรมนูญสุขภาพของคนไทยที่ใช้เป็นกรอบแนวทางที่ทุกภาคส่วนร่วมกันดำเนินการสร้างสุขภาวะได้อย่างมีเอกภาพ โดยเน้นให้ระบบสุขภาพทั้งระบบทำงานเชื่อมประสานกันและเชื่อมโยงกับภาคประชาชนผ่านกระบวนการสมัชชาสุขภาพที่เปิดโอกาสให้ประชาชนและสถาบันทางสังคมเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น แม้ว่า

ร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติจะยังไม่ผ่านการรับรองของสภาสภานิติบัญญัติแห่งชาติ แต่กระบวนการขับเคลื่อนการปฏิรูปที่เปิดกว้างและเน้นการมีส่วนร่วมได้ก่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ของสังคมอย่างกว้างขวาง กระบวนการเรียนรู้ดังกล่าวเป็นรากฐานสำคัญของระบบสุขภาพไทยที่จะพัฒนาไปสู่การมีส่วนร่วมและความเข้มแข็งของระบบสุขภาพภาคประชาชน

- แนวคิดใหม่ กระบวนทัศน์ใหม่

การก่อตัวของแนวคิดใหม่ๆ หรือสุขภาพในกระบวนทัศน์ใหม่ที่เกิดขึ้นอย่างช้าๆ นั้นเป็นปฏิกิริยาตอบโต้ข้อจำกัดของกรอบวิธีคิดแบบแยกส่วนที่พันธนาการระบบสุขภาพไทยมาช้านาน วิธีคิดการแพทย์แบบแยกส่วนอาจเพียงพอสำหรับการแก้ปัญหาความเจ็บป่วยทางกายได้ แต่เป็นวิธีคิดที่ไม่เพียงพอในการเข้าถึงสุขภาวะที่ไปพ้นจากมิติทางกายภาพ แนวคิดสุขภาพในกระบวนทัศน์ใหม่ เช่น สุขภาพองค์รวมที่เน้นการบูรณาการอย่างมีดุลยภาพของส่วนต่างๆ เพื่อให้เกิดความสมดุลพอดี แนวคิดสุขภาวะทางจิตวิญญาณที่ชี้ให้เห็นถึงสุขภาวะที่เชื่อมโยงกับมิติทางปัญญา ศาสนธรรม และโลกุตรวิสัย หรือจินตนาการระบบบริการสุขภาพใหม่ที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ ซึ่งเน้นการสร้างความละเอียดอ่อนต่อมิติของความเป็นมนุษย์ให้ระบบบริการมีความอ่อนโยนต่อชีวิตและอ่อนไหวต่อความทุกข์ของเพื่อนมนุษย์โดยถือว่าการทำงานสุขภาพเป็นโอกาสของการเรียนรู้และขัดเกลาตนเองให้เข้าถึงความสมบูรณ์และศักยภาพสูงสุดของความเป็นมนุษย์ แนวคิดสุขภาพกระบวนทัศน์ใหม่ที่เกิดขึ้นในระบบสุขภาพไทยนี้สะท้อนให้เห็นถึงศักยภาพที่จะพัฒนาไปให้พ้นจากกรอบจำกัดเดิมๆเพื่อการเรียนรู้ที่จะไปให้ถึงสุขภาวะในความหมายที่กว้างไกลและลุ่มลึกยิ่งขึ้น

กระแสความเจริญก้าวหน้าของเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในปัจจุบันนับว่าเป็นหนึ่งในเครื่องมือสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพในลักษณะต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการป้องกัน การดูแลรักษา รวมทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion) ตลอดจนการจัดระบบการบริการสุขภาพในระดับต่างๆ (Health Care Services) แต่เนื่องด้วยปริมาณที่มหาศาลของข้อมูลที่เกี่ยวกับสุขภาพที่มีอยู่มากมาย และมีการปรับเปลี่ยนอย่างรวดเร็วอยู่ตลอดเวลาในปัจจุบัน ทำให้บทบาทของศาสตร์ด้านการสื่อสารเพื่อสุขภาพ (Health Communication) เริ่มมีบทบาทและความต้องการที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้นเรื่อยๆ ทั้งนี้ เพราะการสื่อสารแบบเดิมที่เคยใช้เป็นหลักคือ การสื่อสารมวลชนและการสื่อสารระหว่างบุคคลเริ่มไม่สามารถที่ครอบคลุมผลสัมฤทธิ์ทางด้านสุขภาพที่ต้องการได้ รูปแบบและกระบวนการสื่อสารจึงจำเป็นต้องการพัฒนาทั้งในส่วนที่เกี่ยวข้องกับองค์ความรู้และประสบการณ์ต่างๆ เพื่อให้สามารถตอบรับและสอดคล้องกับความต้องการที่หลากหลายในด้านสุขภาพของสังคมปัจจุบันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั่วถึง และยุติธรรม (ชัยวัฒน์ ล้วนคงสมจิตร. 2549)

แต่จะเห็นได้ว่าทุกวันนี้เราทุกคนมีโอกาสเสี่ยงต่อโรคต่างๆมากมาย โดยเฉพาะโรคที่ไม่ติดเชื้อแต่มีความเรื้อรัง ซึ่งเป็นผลมาจากความเจริญก้าวหน้าทางวัตถุ เทคโนโลยีการสื่อสารต่างๆ ที่สามารถเข้าถึงการรับรู้ของคนและสามารถโน้มน้าวให้ปฏิบัติตามได้ง่าย ทำให้การที่จะหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ด้วยตนเองเป็นสิ่งที่ทำได้ยาก การพึ่งพาสังคมและชุมชนให้เข้ามามีส่วนร่วมจึงเป็นปัจจัยแวดล้อมที่มีความจำเป็น โดยผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในชุมชนได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข แกนนำชมรมสุขภาพ เป็นต้น ซึ่งสามารถเรียกได้ว่าเป็น “เครือข่ายสุขภาพ”

เครือข่าย (Network) จัดเป็นกลยุทธ์การสื่อสารสุขภาพที่มีประสิทธิภาพวิธีหนึ่ง ซึ่งเป็นกระบวนการทางสังคมอันเกิดจากการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล องค์กร สถาบัน โดยมีเป้าหมาย วัตถุประสงค์ และความต้องการร่วมกัน ในวันนี้ “เครือข่าย” กำลังกลายเป็นเรื่อง “ฮิต” ได้รับความนิยมนำมาใช้ในการป้องกัน และแก้ปัญหาของชุมชนรวมทั้งปัญหาสุขภาพที่นับวันมีความซับซ้อนและเกี่ยวข้องกับบุคคลหลายฝ่าย จึงจำเป็น ต้องใช้การทำงานแบบเครือข่ายที่ทุกๆฝ่าย ที่เกี่ยวข้องมาร่วมมือกัน ซึ่งเป็นกลยุทธ์การสร้างแข็งเชื่อมอ่อนเสริมอ่อนผสานแข็ง แม้ว่าการทำงานแบบเครือข่ายจะเป็นเรื่องที่ดีและมีผลดีต่อการดำเนินงานต่าง ๆ แต่การสร้างเครือข่ายไม่ใช่เรื่องง่าย มีเครือข่ายจำนวนมากที่ก่อตั้งขึ้นมาไม่มีกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอทำให้ต้องเลิกล้มไป ดังนั้นความชัดเจนของเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของเครือข่าย “ว่าทำเพื่ออะไร” จึงมีความสำคัญ ซึ่งจะทำให้กำหนดทิศทางและกิจกรรมของเครือข่ายที่มีความชัดเจนได้

เสถียร จิรรังสิมันต์ ได้ให้ความหมายของเครือข่ายไว้ว่า เครือข่าย คือ การเชื่อมโยงร้อยรัดเอาความพยายามและการดำเนินงานของฝ่ายต่าง ๆ เข้าด้วยกันอย่างเป็นระบบและอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อปฏิบัติภารกิจอย่างใดอย่างหนึ่งร่วมกันโดยที่แต่ละฝ่ายยังคงปฏิบัติภารกิจหลักของตนต่อไปอย่างไม่สูญเสียเอกลักษณ์และปรัชญาของตนเอง การเชื่อมโยงนี้อาจเป็นรูปของการรวมตัวกันแบบหลวมๆ เฉพาะกิจตามความจำเป็น หรืออาจอยู่ในรูปของการจัดองค์กรที่เป็นโครงสร้างของความสัมพันธ์กันอย่างชัดเจน (http://www.nesac.go.th/document/show11.php?did=06110001)

Paul Starkey (1997) ให้ความหมายของ "เครือข่าย" ว่า คือ กลุ่มของคนหรือองค์กรที่สมัครใจแลกเปลี่ยนข่าวสารข้อมูลระหว่างกัน หรือทำกิจกรรมร่วมกันในลักษณะที่บุคคลหรือองค์กรสมาชิกยังคงมีความเป็นอิสระในการดำเนินกิจกรรมของตน การสร้างเครือข่ายเป็นการทำให้บุคคลและองค์กรที่กระจัดกระจายได้ติดต่อและแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารและการร่วมมือกันด้วยความสมัครใจ อีกทั้งให้สมาชิกในเครือข่ายมีความสัมพันธ์กันฉันท์เพื่อนที่ต่างก็มีความเป็นอิสระมากกว่าสร้างการคบค้าสมาคมแบบพึ่งพิง

ทีมวิจัยภาคสนามในโครงการสนับสนุนเครือข่ายองค์กรชุมชนได้ช่วยกันนิยามความหมายของคำว่า "เครือข่าย" สรุปได้ว่า เครือข่าย คือ กลุ่ม/องค์กรหลาย ๆ กลุ่มมารวมตัวกัน ประสานเชื่อมโยง สร้างความสัมพันธ์ ถักทอ สร้างสรรค์กิจกรรมบนพื้นฐานของความเอื้ออาทร เกิดพลังในการทำงานให้บรรลุเป้าหมายทุกองค์กรและชุมชนเข้มแข็ง หัวใจของเครือข่าย คือ การเชื่อมความสัมพันธ์ พลังของเครือข่าย คือ เป้าหมายและความพยายามที่จะทำให้บรรลุเป้าหมาย คำว่าองค์กรเครือข่าย กับเครือข่ายองค์กร มีความหมายต่างกัน องค์กรเครือข่าย คือ องค์กร ในขณะที่เครือข่ายองค์กร คือ เครือข่าย

องค์กรเครือข่าย อาจหมายถึงองค์กรบริหารเครือข่าย องค์กรสมาชิกของเครือข่าย หรือภาพรวมขององค์กรที่มีความสัมพันธ์กันในแวดวงอะไรสักอย่างหนึ่ง แต่เครือข่ายองค์กรไม่ได้เน้นที่รูปลักษณ์ขององค์กร แต่เน้นลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างองค์กร

Adam Burke (1999: 76-79) กล่าวว่า การที่เครือข่ายดำรงอยู่ได้ก็ด้วยเหตุผลหลายประการ เช่น เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร เพื่อเป็นศูนย์รวมของการสนับสนุน เพื่อให้เกิดประโยชน์จากการมีประสบการณ์แตกต่างกัน เพื่อเป็นช่องทางสำหรับแหล่งทุน เครือข่ายเป็นเวทีในการเจรจาต่อรองกับหน่วยงานหรือองค์กรอื่น ๆ

Burke อธิบายว่า เครือข่ายกับการติดต่อสื่อสารมีความสัมพันธ์กัน กล่าวคือ ที่ระดับชุมชน การติดต่อสื่อสารทำได้อย่างรวดเร็วแบบปากต่อปากในกลุ่มคนรู้จักมักคุ้น โครงการพัฒนามีส่วนควบคุมกระบวนการดังกล่าวผ่านการจัดตั้งกลุ่ม/องค์กรชุมชน หรือประชาชนกลุ่ม เป้าหมายของโครงการ วิธีการแบบปากต่อปากในกลุ่มคนรู้จักมักคุ้นถูกนำมาใช้และค่อนข้างจะประสบความสำเร็จ รูปแบบนี้เป็นลักษณะที่สำคัญของวิธีการติดต่อสื่อสารแบบมีส่วนร่วม บางทีปัจจัยหลักที่เกี่ยวข้องคือความสมดุลระหว่างเครือข่ายหลวม ๆ ที่มีอยู่ของชุมชน กับโครงสร้างแบบทางการที่ทำให้ข้อมูลข่าวสารไหลเวียนได้ดีขึ้นที่นักพัฒนานำเข้ามา เช่น เครือข่ายระดับหมู่บ้านใน Bangladesh, and "Naam" เครือข่ายใน Burkina Faso. การศึกษาของ UNICEF ใน West Africa แสดงให้เห็นว่าโครงการที่ดำเนินการในพื้นที่ดังกล่าวต้องมุ่งวางเงื่อนไขพื้นฐานเพื่อสร้างสภาพ แวดล้อมให้เอื้อกับการทำกิจกรรมขั้นต่อไป ซึ่งรวมถึงการสร้างศักยภาพของประชาชน และกลุ่มองค์กร เพื่อให้โครงสร้างหรือองค์กรในท้องถิ่นสามารถดำเนินการกิจกรรมต่างๆ ในการสร้างเครือข่ายตั้งแต่การจูงใจเพื่อนมาร่วมเครือข่ายจนถึงการเกลี้ยกล่อมระดับนโยบายให้สนับสนุนกิจกรรมของเครือข่าย การทำให้เกิดเครือข่ายระดับชุมชนขึ้นกิจกรรมเสริมสร้างศักยภาพนั้นจะแตกต่างกันไปในแต่ละ

พื้นที่การศึกษาของ UNICEF สรุปว่า เครือข่ายองค์กรเป็นช่องทางที่มีคุณค่าอย่างยิ่งสำหรับการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพภาคประชาชน (http://www.northphc.org/doc/mananet.doc)

จากการสังเคราะห์เครือข่ายในหลายประเทศ Starkey พบว่า เครือข่ายอาจจัดตั้งขึ้นอย่างเป็นทางการจากหน่วยราชการหรือหน่วยงานพัฒนาเอกชน หรืออาจเกิดขึ้นแบบไม่เป็นทางการด้วยการวางแผนและการทำกิจกรรมร่วมกันของบุคคลหรือองค์กรที่สมัครใจ โครงสร้างของเครือข่ายมีได้หลายรูปแบบ แต่ก็มีความสำคัญน้อยกว่ากระบวนการติดต่อกันหลายทิศทางของสมาชิกภายในเครือข่าย เครือข่ายไม่ใช่การส่งจดหมายข่าวไปให้สมาชิกตามรายชื่อเท่านั้น แต่ต้องมีการแลกเปลี่ยนข่าวสารข้อมูลระหว่างกัน ช่องทางการแลกเปลี่ยนและการร่วมมือภายในเครือข่ายสามารถจัดขึ้นในลักษณะการประชุม การประชุมเชิงปฏิบัติการหรือการทดลอง การสัมมนา การเผยแพร่เอกสาร และการทำกิจกรรมร่วมกัน

มีรายงานการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเครือข่ายสุขภาพที่น่าสนใจมากมาย อาทิ

- จารุณี พัชรพิมานสกุล (2542) ได้ทำการศึกษาเรื่อง “การศึกษาเครือข่ายการสื่อสารของกลุ่มชีวจิต”
- หริสุดา ปัณฑวนันท์ (2544) ศึกษาเรื่อง”การสื่อสารและเครือข่ายการรณรงค์ “เมาไม่ขับ”
- พรโสภิต จงมีสุข (2545) ได้ทำการศึกษาเรื่อง “เครือข่ายและกระบวนการสื่อสารในการรณรงค์เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ของชมรมหัวใจไร้สาร”
- ชัยวัฒน์ ล้วนคงสมจิตร (2549) ได้ทำการศึกษาเรื่อง “การสื่อสารในเครือข่ายของโครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ มูลนิธิหมอชาวบ้าน”
- สุรัชตา ราคา (2550) ได้ทำการศึกษาเรื่อง “กระบวนการสื่อสารกับเยาวชนของเครือข่ายครูนักรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่”
- กมลวัทน์ วันวิชัย (2550) ได้ทำการศึกษาเรื่อง “การสื่อสารในเครือข่ายละครรณรงค์งดเหล้า”

จากรายงานการศึกษาวิจัยในข้างต้นพบว่าเครือข่ายที่มีการรวมตัวและมีการสร้างขึ้นในปัจจุบันมักจะเป็นเครือข่ายภาคประชาชนและเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชน (NGO) เป็นส่วนใหญ่ โดยในส่วนของเครือข่ายภาคประชาชนนั้น เกิดจากการรวมตัวของภาคประชาชนในพื้นที่ต่างๆ โดยเฉพาะในชุมชนชนบท เป็นการรวมของปัจเจกบุคคล กลุ่มคนและเครือข่าย โดยอาศัยวัฒนธรรมชุมชน กระบวนการทำงานร่วมกับภาคีอื่น ๆ และระบบเทคโนโลยีเป็นเครื่องหนุนเสริมให้เกิดการรวมตัว โดยเครือข่ายภาคประชาชนเกิดขึ้นทั้งจากการเห็นความจำเป็นในการรวมพลัง

เพื่อแก้ไขปัญหาเกิดจากการเรียนรู้และการถ่ายทอดประสบการณ์ร่วมกัน โดยมีลักษณะเป็นกระบวนการที่เป็นไปตามธรรมชาติและเกิดขึ้นจากการส่งเสริมโดยหน่วยงานภาครัฐหรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่ต้องการให้องค์กร ชุมชน และสังคม มีความเข้มแข็ง มีศักยภาพในการที่จะพัฒนาตนเองตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายของภาครัฐหรือหน่วยงานที่กำหนดไว้

กระบวนการทำงานของเครือข่ายภาคประชาชนนั้น สามารถจำแนกเป็น 2 ระดับใหญ่ ๆ คือ ระดับแรกเป็นการเพิ่มความเข้มแข็งให้กับชุมชนในการปรับเปลี่ยนเรียนรู้และการจัดการตัวเองของชุมชนและระดับที่ 2 เป็นการสร้างโอกาส สร้างศักยภาพของเครือข่ายและขยายกลุ่มองค์กรชุมชน ไปยังเครือข่ายอื่น ๆ จนถึงระดับจังหวัดและระดับประเทศหรือข้ามพรมแดนนอกเขตการปกครองที่โยงใยกันอย่างทั่วถึง การรวมตัวของภาคประชาชนเหล่านี้เป็นพลังที่ช่วยเสริมสร้างให้เกิดการพึ่งพาตนเอง และการพัฒนาสังคม โดยมีเป้าหมายหลัก คือ การเรียนรู้ การสืบทอดภูมิปัญญาและการปรับตัวของชุมชน รวมทั้งการมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนท้องถิ่นและการพัฒนาประเทศ โดยเครือข่ายภาคประชาชนจะมีการกำหนดความเป็นเครือข่ายผ่านกิจกรรม ฐานอาชีพและกระบวนการเชื่อมโยง เช่น เครือข่ายป่าชุมชน เครือข่ายกลุ่มสัจจะสะสมทรัพย์ เครือข่ายประมงพื้นบ้าน เครือข่ายอุตสาหกรรมชุมชน เครือข่ายวิทยุชุมชน เป็นต้น องค์กรเครือข่ายภาคประชาชนเหล่านี้ มีกิจกรรมและความต่อเนื่องบนพื้นฐานของการพึ่งพาตนเองและวัฒนธรรมชุมชน กระบวนการทำงานส่วนใหญ่จึงเป็นไปเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน การจัดการทรัพยากรในชุมชน และการทำงานร่วมกับภาครัฐ ซึ่งเป็นรากฐานให้เกิดแนวร่วม ในระดับที่สูงขึ้นไป เช่น การเป็นส่วนหนึ่งของกองทุนหมู่บ้าน กลุ่มอาชีพในระดับตำบลและการเข้าร่วมเป็นภาคประชาชนสังคมระดับจังหวัด กระบวนการเครือข่ายภาคประชาชนนี้นับว่ามีบทบาทที่สำคัญต่อการพัฒนาประเทศ เพราะว่าเป็นพลังของแผ่นดินที่เกี่ยวข้องกับประชาชนที่มีจำนวนมาก

ข้อดีหรือจุดแข็ง คือ การใช้ระบบวัฒนธรรม ความเชื่อ ความไว้วางใจและการเข้าใจถึงสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นในระดับชุมชน เป็นเครื่องมือในการเชื่อมโยงและการสานสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน รวมทั้งการพัฒนาบนพื้นฐานแห่งความเข้าใจและความสอดคล้องในวิถีชีวิตและธรรมชาติของสรรพสิ่ง ซึ่งในมิติหลัง คือ การสร้างวัฒนธรรมของตนเองในการดำรงอยู่ในสังคม

ข้อจำกัดของเครือข่ายภาคประชาชน อยู่ที่ขาดการเรียนรู้ในเชิงมหภาคและระดับโลก การปรับตัวของชุมชน การจัดระบบการจัดการตัวเอง การสนับสนุนอย่างเป็นระบบทั้งจากภาครัฐและภาคเอกชน การขาดผู้นำ รวมทั้งการขาดระบบการจัดการเครือข่ายที่จะทำให้เครือข่ายมีกิจกรรมที่ต่อเนื่อง (พระมหาสุทิตย์ อาภากโร, 2548)

ส่วนเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชน (NGO) เป็นอีกภาคส่วนหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาสังคม โดยมีพัฒนาการมาจากการช่วยเหลือด้านมนุษยธรรมขององค์กรระหว่างประเทศ ที่เข้ามาสนับสนุนการทำงานและการเรียนรู้ของภาคประชาชน หลังจากนั้นจึงมีการสนับสนุนให้องค์กรและภาคประชาชนให้ดำเนินการจัดการในประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นในสังคม โดยมีเป้าหมายเพื่อร่วมคลี่คลายปัญหาในสังคม เป็นภาคส่วนที่มีแนวทางในการทำงานที่หลากหลายและมีความพยายามที่จะแสวงหาและเสนอแนวทางเลือกในการพัฒนาประเทศ เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพในการพัฒนาและมีความสามารถในการพึ่งตนเอง โดยมีบทบาทที่สำคัญ คือ การนำเสนอและผลักดันการแก้ไขปัญหาของผู้ด้อยโอกาสในสังคมให้ปรากฏขึ้น เช่น ในด้านสิทธิมนุษยชน การอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม สวัสดิการและแรงงาน เป็นต้น ซึ่งลักษณะงานขององค์กรพัฒนาเอกชน คือ การเน้นการเสริมสร้างกระบวนการพัฒนา การสร้างจิตสำนึก การรวมกลุ่มและการเผยแพร่ให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน โดยมีขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมอย่างต่อเนื่องตามภารกิจที่เกิดขึ้นในแต่ละช่วงเวลา

จุดแข็งของภาคองค์กรพัฒนาเอกชน คือ การมุ่งเน้นในการเสนอทางเลือกในการพัฒนาสังคม การส่งเสริมให้ประชาชนมีความสามารถในการพึ่งพาตนเอง และการเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาประเทศ

ในขณะเดียวกันก็มีข้อจำกัดทั้งในเรื่องของงบประมาณในการดำเนินการ การขาดจิตสำนึกของกลุ่มผลประโยชน์บางกลุ่ม รวมทั้งการดำเนินงาน ที่ขัดผลประโยชน์ต่อกลุ่มอิทธิพล จึงทำให้กระบวนการทำงานขององค์กรพัฒนาเอกชนเป็นที่สงสัยเคลือบแคลงของภาครัฐและภาคประชาชน และในบางครั้งการใช้กิจกรรมบางประเภทเป็นเครื่องมือในการทำงานเป็นสิ่งที่ไม่เหมาะสมกับบริบทในสังคมไทย ยิ่งทำให้การยอมรับในการทำงานขององค์กรพัฒนาเอกชนมีข้อจำกัดมากขึ้น (พระมหาสุทิตย์ อาภากโร, 2548)

สิ่งที่น่าสังเกตคือเครือข่ายที่มีการรวมตัวและมีการสร้างขึ้นเป็นเครือข่ายของภาคประชาชน และเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชน (NGO) เสียเป็นส่วนมากไม่ได้เป็นเครือข่ายที่สร้างหรือมีการดำเนินการโดยภาครัฐแต่อย่างใด ทั้งที่เครือข่ายภาครัฐมีความเสถียรและมีความมั่นคงสูง สามารถเป็นพลังขับเคลื่อนสังคมให้ดำเนินไปอย่างเป็นระบบด้วยนโยบายของภาครัฐแต่ละช่วงเวลา แต่ด้วยระบบที่มีมาอย่างยาวนานนั้น ได้สร้างความสัมพันธ์เชิงอำนาจและการรวมศูนย์ที่ยากแก่การนำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม เพราะเป็นการวางรากฐาน/การวางแผนที่มาจากส่วนบนหรือผู้ที่มีอำนาจ การสร้างอำนาจนิยมของภาครัฐดังกล่าว ได้กลายเป็นการสะสมปัญหาเชิงโครงสร้างให้เกิดขึ้นอีกต่อกระบวนการพัฒนาในสังคมไทยในช่วงที่ผ่านมา แต่อย่างไรก็ตาม ใน

ระยะต่อมาภาครัฐเองก็ได้มีการปรับตัว/ปฏิรูปกระบวนการทำงาน โดยการสนับสนุนกระบวนการทำงานแบบมีส่วนร่วมมากขึ้น เช่น การส่งเสริมให้ภาคประชาชนมีการรวมกลุ่ม เป็นเครือข่ายและมีการปรึกษาหารือกันมากขึ้น โดยผ่านช่องทางด้านกฎหมายและกระบวนการทำงาน โดยกระบวนการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการพัฒนาภาครัฐนั้น จะมีการดำเนินการในลักษณะของงานด้านการพัฒนาชุมชนที่ภาครัฐเป็นผู้ให้แนวคิดกระบวนการทำงานมากกว่ากระบวนการส่งเสริมการเรียนรู้ของภาคประชาชน และการส่งเสริมความเป็นเครือข่ายของภาครัฐนั้น มักจะเป็นการจัดตั้งมากกว่าเน้นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของภาคประชาชน

กลุ่ม องค์กร เครือข่าย ที่เกิดขึ้นจากการจัดตั้งภาครัฐเหล่านี้ ส่วนใหญ่มุ่งเน้นกระบวนการพัฒนาและการเข้าไปส่งเสริมการทำงานในระดับชุมชน อำเภอ และจังหวัด โดยเป็นการเชื่อมประสานการทำงานระหว่างภาครัฐกับภาคประชาชนที่มีลักษณะทั้งที่เป็นแนวดิ่ง คือ จากบนลงล่าง และแนวนอน คือ การทำงานร่วมกันในระดับพื้นที่ เป็นผู้ให้มากกว่าผู้รับ ขาดการวางแผนร่วมกันระหว่างชาวบ้านและรัฐ ดังนั้น กลุ่ม องค์กร เครือข่ายของรัฐหรือโครงการต่างๆ ที่ภาครัฐสนับสนุนเหล่านี้ เมื่อโครงการตามภารกิจนั้นๆ สิ้นสุดลง ความสัมพันธ์และความต่อเนื่องรวมทั้งการเรียนรู้ก็สิ้นสุดลงด้วยเช่นกัน เป็นความไม่ต่อเนื่อง และไม่ก่อให้เกิดกระบวนการพัฒนาเป็นเครือข่ายที่ยั่งยืน

จากสถานการณ์ดังกล่าว ภาครัฐจึงได้มีการปรับตัวในการที่จะปฏิบัติงานร่วมกับชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมากขึ้น โดยจะเห็นได้จากในปัจจุบันมีองค์กรอิสระใหม่ของภาครัฐมากมาย ซึ่งองค์กรเหล่านั้นต่างก็มุ่งเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของฝ่ายต่างๆ เช่น สถาบันพระปกเกล้า สภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (พอช.) กองทุนเพื่อสังคม (SIF) หรือแม้กระทั่งกองทุนหมู่บ้าน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าภาครัฐได้มีแนวทางในการขับเคลื่อนสังคมร่วมกับภาคประชาชนให้เป็นไปในทิศทางที่เหมาะสมกับสถานการณ์มากขึ้น

ข้อดีของเครือข่ายภาครัฐ คือ การเสริมสร้างมวลชนบนพื้นฐานแห่งความมั่นคงของชาติและการส่งเสริมการพัฒนาที่ตอบสนองต่อนโยบายของรัฐและการพัฒนาประเทศในภาพรวม โดยมีระบบระเบียบการจัดการที่เป็นเอกลักษณ์เฉพาะของตนเอง รวมทั้งมีแนวทางการขับเคลื่อนสังคมด้วยกิจกรรมที่หลากหลายตามภารกิจของกระทรวงและกรมกองต่าง ๆ

ข้อจำกัด คือ กระบวนการดำเนินการ เช่น เป็นการวางแผนที่มิได้มาจากการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน ขาดความยืดหยุ่นในกระบวนการทำงาน ขาดการกระจายความรับผิดชอบให้กับ

ชุมชนท้องถิ่นอย่างแท้จริงและขาดการส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของผู้คนในสังคม รวมทั้งปัญหาการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่บางส่วน (พระมหาสุทิตย์ อาภากโร, 2548)

จากแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ.2550 - 2554) ได้คำนึงถึงการพัฒนาอย่างบูรณาการเป็นองค์รวม และมีความสมดุลพอดีที่มุ่งเน้นให้คนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา และสุขภาพดีเป็นผลจากสังคมดี เพื่อสร้างสุขภาพพอเพียงภายใต้แนวคิดปรัชญา เศรษฐกิจพอเพียง จึงจำเป็นต้องสร้างสังคมส่วนรวมที่ดีโดยการระดมพลังสังคมทุกระดับให้เข้มแข็งเพื่อขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงสังคมระบบสุขภาพด้วยการมีส่วนร่วมปฏิบัติการ และร่วมรับผิดชอบของภาคี เครือข่ายการพัฒนาทั้งภาครัฐ องค์กรท้องถิ่น องค์กรชุมชน ภาคประชาสังคมและประชาชน องค์กรเอกชน สาธารณประโยชน์ ที่เข้มแข็งอันเป็นรากฐานของสังคมอยู่เย็นเป็นสุข

การเสริมสร้างสุขภาพชุมชนให้มีความเข้มแข็ง จึงจำเป็นต้องมีการสร้างและพัฒนาเครือข่ายสุขภาพในระดับพื้นที่ซึ่งประกอบด้วย แกนนำสุขภาพในชุมชน ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรภาคประชาชน และอาสาสมัครอื่นๆ ในพื้นที่ โดยมีหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่เป็นหน่วยงานเชื่อมประสาน และสนับสนุนให้เครือข่ายด้านสุขภาพในพื้นที่ดังกล่าว มีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านสุขภาพในชุมชนในลักษณะบูรณาการเพื่อสุขภาพดีของชุมชนบนพื้นฐานเศรษฐกิจพอเพียงด้านสุขภาพในระดับครอบครัว และชุมชน

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นหน่วยงานของภาครัฐ เป็นผู้ที่มีส่วนสำคัญในการดำเนินการสร้างเสริมสนับสนุนการมีส่วนร่วมขององค์กร ภาคี เครือข่าย สร้างสุขภาพเพื่อสร้างและพัฒนาเครือข่ายพันธมิตรทุกระดับให้มีให้มีความเข้มแข็งและยั่งยืน ภายใต้กลยุทธ์ “ใช้พื้นที่เป็นฐาน บูรณาการทุกภาคส่วน สร้างกระบวนการเรียนรู้ สู่วิถีชุมชน” ซึ่งในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจมุ่งที่จะศึกษาถึง การสื่อสารเพื่อการเสริมสร้างความความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดย กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ภายใต้โครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพ ที่มีการดำเนินการโดยกลุ่มงานพันธมิตรสร้างสุขภาพ กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากผู้วิจัยมีความคิดว่าภาคีเครือข่ายที่เกิดจากการดำเนินการโดยองค์กรภาครัฐยังมีน้อย อีกทั้งการเสริมสร้างและพัฒนาเครือข่ายให้มีความเข้มแข็ง มีความยั่งยืน และสามารถพึ่งพาตนเองได้นั้นยังไม่มีมากนัก และในการศึกษาวิจัยครั้งนี้มีความมุ่งหมายเพื่อให้ทราบถึงพัฒนาการการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพว่ามีความเป็นมาอย่างไร รวมถึงในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจมุ่งที่จะศึกษาเพื่อให้ทราบถึงรูปแบบ ลักษณะองค์ประกอบ รวมถึงปัจจัย

ส่งเสริมและปัจจัยที่เป็นข้อจำกัดของการสื่อสารต่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายสุขภาพ โดย กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ว่าเป็นอย่างไร เพื่อนำผลที่ได้จากการศึกษาวิจัยมาใช้เป็นแบบอย่างให้กับการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายด้านอื่นๆ ต่อไป

ปัญหานำวิจัย

1. พัฒนาการของการเสริมสร้างความความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดย กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพเป็นอย่างไร
2. รูปแบบการสื่อสารของเครือข่ายการสื่อสารเพื่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดย กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพเป็นอย่างไร
3. ลักษณะองค์ประกอบของเครือข่ายการสื่อสารเพื่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดย กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพเป็นอย่างไร
4. ปัจจัยที่เป็นข้อส่งเสริมและปัจจัยที่เป็นข้อจำกัดของการสื่อสารเพื่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดย กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพัฒนาการของการเสริมสร้างความความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดย กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
2. เพื่อศึกษารูปแบบการสื่อสารของเครือข่ายการสื่อสารเพื่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดย กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
3. เพื่อศึกษาลักษณะองค์ประกอบของเครือข่ายการสื่อสารเพื่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดย กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
4. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เป็นข้อส่งเสริมและปัจจัยที่เป็นข้อจำกัดของการสื่อสารต่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดย กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ขอบเขตของการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมุ่งศึกษาการสื่อสารเพื่อการเสริมสร้างความความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ ที่ดำเนินการโดยกลุ่มงานพันธมิตรสร้างสุขภาพ กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ภายใต้โครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายใน

การดำเนินงานสร้างสุขภาพ ในปีงบประมาณ 2551 โดยผู้วิจัยจะดำเนินการศึกษาพัฒนาการของการเสริมสร้างความความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ ศึกษารูปแบบของการสื่อสาร และศึกษาลักษณะองค์ประกอบของเครือข่ายการสื่อสาร นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้ศึกษาถึงปัจจัยที่ส่งเสริมและปัจจัยที่เป็นข้อจำกัดของการสื่อสารเพื่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพที่ดำเนินการโดยกองสุขศึกษาทั้งจากทัศนะคนวงใน และทัศนะคนวงนอก เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาพัฒนาให้การเสริมสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายสุขภาพ ดังกล่าวประสบความสำเร็จสูงสุด

นิยามศัพท์

การสื่อสาร หมายถึง วิธีการสื่อสารต่างๆ ที่ดำเนินการโดยกลุ่มงานพันธมิตรสร้างสุขภาพ กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข เพื่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งภาคีเครือข่ายสุขภาพ ภายใต้โครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพ ในปีงบ ประมาณ 2551 ได้แก่ รูปแบบของภาคีเครือข่ายการสื่อสาร ลักษณะองค์ประกอบของภาคีเครือข่ายการสื่อสาร

รูปแบบการสื่อสารของภาคีเครือข่ายการสื่อสาร หมายถึง การสื่อสารในลักษณะต่างๆ ซึ่งมีการจำแนกในหลายลักษณะตามเกณฑ์ที่ใช้ในการพิจารณาต่างกันไป ภายใต้โครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพ ในปีงบ ประมาณ 2551 ที่มีกองสุขศึกษาเป็นส่วนหนึ่งในภาคีเครือข่ายสุขภาพและเป็นผู้ดำเนินการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดยในที่นี้จะวิเคราะห์ถึงรูปแบบการสื่อสาร 3 ลักษณะ ได้แก่

1.) ประเภทของภาคีเครือข่ายการสื่อสารจำแนกตามระดับชั้นของภาคีเครือข่าย ได้แก่ เครือข่ายชั้นเดียว และซุปเปอร์เครือข่าย และจำแนกตามประเภทการดำเนินงานของภาคีเครือข่าย อาทิ เครือข่ายทางความคิด เครือข่ายเชิงกิจกรรม เครือข่ายสนับสนุน เครือข่ายโครงสร้างหน้าที่ เป็นต้น
2.) ลักษณะและทิศทางการสื่อสารของภาคีเครือข่าย ซึ่งจำแนกตามทิศทางการสื่อสารแบ่งเป็น 2 รูปแบบ คือ การสื่อสารทางเดียว และการสื่อสารสองทาง และจำแนกตามลักษณะการใช้งาน แบ่งเป็น 2 รูปแบบ คือ การสื่อสารแบบเป็นทางการ การสื่อสารแบบไม่เป็นทางการ
3.) รูปแบบวิธีการจัดโครงสร้างการสื่อสารของภาคีเครือข่าย ซึ่งจำแนกตามแบบของการสื่อสารแยกออกได้เป็น 2 แบบ คือ การสื่อสารแบบมีศูนย์กลางหรือรวมศูนย์ และการสื่อสารแบบกระจายอำนาจ การสื่อสารแบบมีศูนย์กลางหรือรวมศูนย์ ได้แก่ เครือข่ายการสื่อสารแบบลูกโซ่ เครือข่ายการสื่อสารแบบตัววาย เครือข่ายการสื่อสารแบบวงล้อ

และการสื่อสารแบบกระจายอำนาจ ได้แก่ เครือข่ายการสื่อสารแบบวงกลม และเครือข่ายการสื่อสารแบบทุกช่องทาง

ลักษณะองค์ประกอบของเครือข่ายการสื่อสาร หมายถึง ประเด็นในการสื่อสาร อาทิ เนื้อหาที่ใช้ ลักษณะหรือประเภทของกิจกรรมที่ใช้ ประเภทของสื่อที่ใช้ นอกจากนี้ยังหมายถึงสมาชิกของภาคีเครือข่ายสุขภาพ และโครงสร้างตำแหน่งหรือการเชื่อมต่อภายในภาคีเครือข่าย ที่มีกองสุขศึกษาเป็นส่วนหนึ่งในภาคีเครือข่ายสุขภาพและเป็นผู้ดำเนินการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับภาคีเครือข่ายสุขภาพ ภายใต้โครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพ ในปีงบ ประมาณ 2551

การเสริมสร้างความเข็มแข็ง หมายถึง การที่กลุ่มงานพันธมิตรสร้างสุขภาพ กองสุขศึกษา กรงสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข จัดกิจกรรมภายใต้โครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพ ในปีงบประมาณ 2551 ให้แก่ ภาคีเครือข่ายที่ดำเนินงานสร้างสุขภาพในระดับปฏิบัติการ ได้แก่ หน่วยงานหรือองค์กรภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชน โดยมีการกำหนดกิจกรรม ดังนี้

1. การจัดทำทำเนียบภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพ
2. การจัดทำแนวทางการดำเนินงานสุขศึกษาสำหรับภาคีเครือข่าย ได้แก่
   - แนวทางการดำเนินงานพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ
   - บทเรียนการพัฒนาชมรมสร้างสุขภาพสู่ความเข้มแข็ง
3. การจัดเวที ถ่ายทอดและส่งเสริมประสานการดำเนินงานสร้างสุขภาพของภาคีเครือข่าย 4 ภาค
4. นิเทศติดตามผลการดำเนินงาน
5. การจัดทำสรุปรายงานผลการดำเนินงานโครงการฯ

ซึ่งในกิจกรรมดังกล่าวนี้เป็นการส่งเสริมกระบวนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพในลักษณะ “ร่วมคิด ร่วมทำ และร่วมเรียนรู้” เพื่อเป็นการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ เป็นการกระตุ้นและสร้างกระบวนการทำงานแบบมีส่วนร่วม อันจะนำไปสู่การพัฒนาการสร้างสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืนในระยะยาว

ความยั่งยืน หมายถึง การที่ภาคีเครือข่ายสุขภาพ ร่วมกันดำเนินกิจกรรมสร้างสุขภาพในชุมชนหรือในพื้นที่อย่างต่อเนื่องด้วยทรัพยากรภายในชุมชน ดำรงรักษาไว้ซึ่งสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการสร้างสุขภาพและร่วมกันปรับปรุงแก้ไข สิ่งที่คุกคามต่อสุขภาพให้เหมาะสมกับสภาพพื้นที่

ตลอดจนมีการเผยแพร่แนวคิดที่เป็นแบบอย่างในการดำเนินการสร้างสุขภาพแก่บุคคล กลุ่ม หรือเครือข่ายที่สนใจ ได้นำแนวคิดรวมทั้งวิธีการปฏิบัติไปดำเนินการในชุมชนอื่นๆต่อ ไป

ภาคีเครือข่ายสุขภาพ หมายถึง กลุ่มของคนหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านสุขภาพ โดยต่างมีทรัพยากรของตัวเอง มีเป้าหมาย มีวิธีการทำงานและมีกลุ่มเป้าหมายของตัวเอง กลุ่มหรือองค์กร เหล่านี้มีการเข้ามาประสานงานเพื่อขอความช่วยเหลือหรือขอความร่วมมือจากกลุ่มอื่นๆ เพื่อแก้ปัญหาด้านสุขภาพ ภาคีเครือข่ายสุขภาพในงานวิจัยนี้คือภาคีเครือข่ายสุขภาพระดับสนับสนุน และภาคีเครือข่ายสุขภาพระดับปฏิบัติการ ที่เข้าร่วมกิจกรรมภายใต้โครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพ ในปีงบ ประมาณ 2551 ได้แก่

1. ภาคีเครือข่ายสุขภาพระดับสนับสนุน
   - หน่วยงานหรือองค์กรภาครัฐ ได้แก่ กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
2. ภาคีเครือข่ายสุขภาพระดับปฏิบัติการ
   - หน่วยงานหรือองค์กรภาครัฐ ได้แก่ หน่วยงานสาธารณสุขระดับ จังหวัด อำเภอ ตำบล
   - องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล สำนักงานเขตกรุงเทพ
   - ภาคประชาชน ได้แก่ ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข ชมรมสร้างสุขภาพ ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา วิทยุชุมชน ศิลปินท้องถิ่น หรือกลุ่ม/ชมรมต่างๆ

ปัจจัยที่เป็นข้อส่งเสริม หมายถึง องค์ประกอบที่มีส่วนผลักดันให้ภาคีเครือข่ายสุขภาพมีความเข้มแข็ง ซึ่งเป็นข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์บุคลากรในกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข และภาคีเครือข่ายสุขภาพระดับปฏิบัติการที่มีความเข้มแข็ง ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยอาจแบ่งเป็นปัจจัยภายในภาคีเครือข่ายและปัจจัยภายนอกภาคีเครือข่าย ที่สนับสนุนและเสริมสร้างการพัฒนาศักยภาพของภาคีเครือข่ายสุขภาพมีความเข้มแข็ง

ปัจจัยที่เป็นข้อจำกัด หมายถึง องค์ประกอบที่ที่เป็นข้อจำกัดที่มีส่วนทำให้ภาคีเครือข่ายสุขภาพไม่มีความเข้มแข็ง ซึ่งเป็นข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์บุคลากรในกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข และภาคีเครือข่ายสุขภาพระดับปฏิบัติการที่มีความเข้มแข็ง ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยอาจแบ่งเป็นปัจจัยภายในภาคีเครือข่ายและปัจจัย

ภายนอกภาคีเครือข่าย ที่มีผลต่อการเสริมสร้างการพัฒนาศักยภาพของภาคีเครือข่ายสุขภาพให้มีความเข้มแข็ง

พัฒนาการ หมายถึง การริเริ่มการดำเนินงานการสร้างพันธมิตรการสร้างสุขภาพภายใต้การดำเนินงานของกองสุขศึกษา ตั้งแต่ปี 2547-2551 โดยพิจารณาจากขั้นตอนในเชิงทฤษฎีเครือข่ายแบ่งเป็น 4 ขั้น ได้แก่ ขั้นตระหนักและก่อตัวของเครือข่าย ขั้นการสร้างพันธกรณีและการบริหารเครือข่าย ขั้นการพัฒนาความสัมพันธ์และการใช้ประโยชน์ ขั้นการรักษาความสัมพันธ์และความต่อเนื่อง

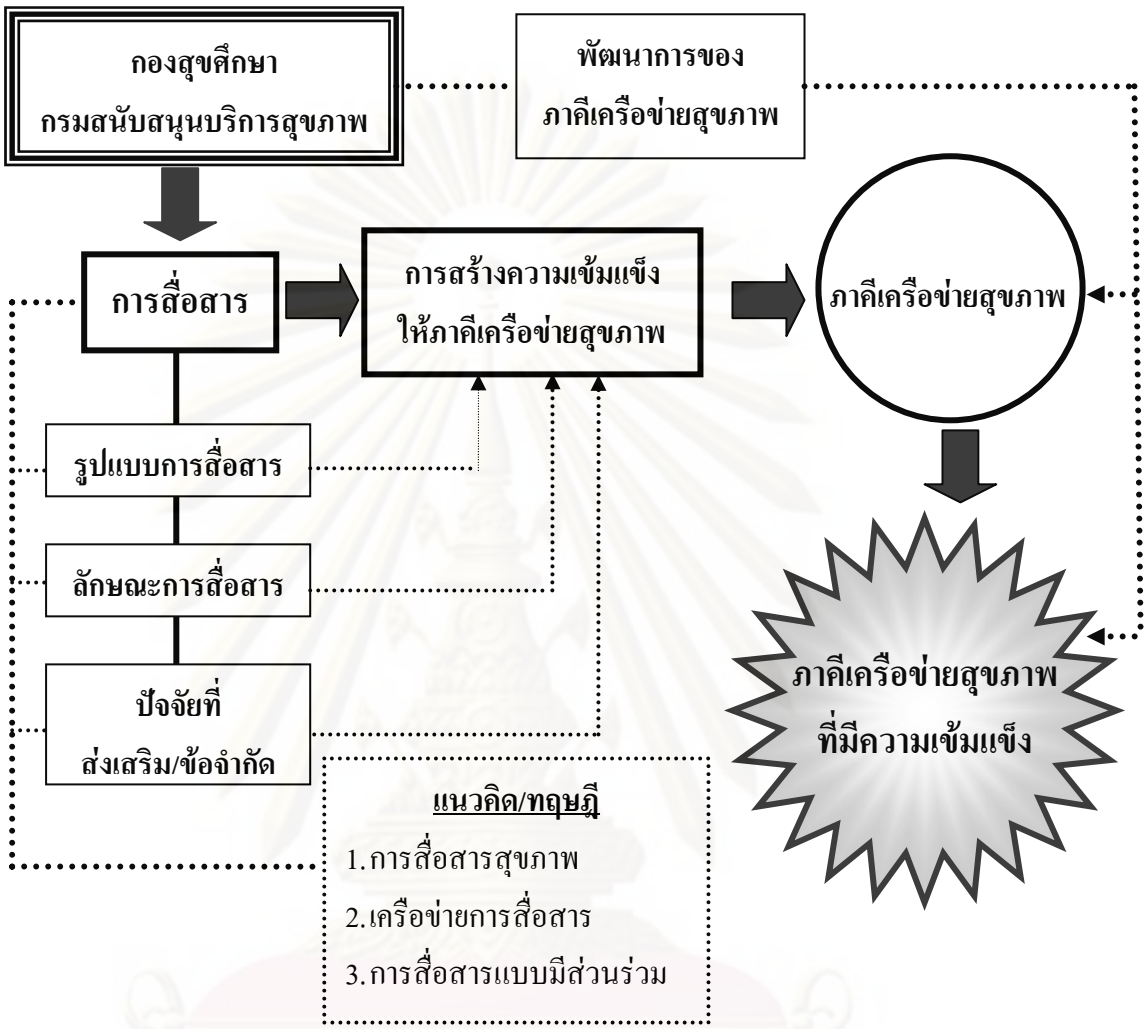
กองสุขศึกษา หมายถึง กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งหน่วยงานของภาครัฐที่มีหน้าที่ดำเนินการส่งเสริมสนับสนุนการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคีเครือข่ายสร้างสุขภาพเพื่อสร้างและพัฒนาเครือข่ายพันธมิตรทุกระดับให้มีการส่งเสริมสนับสนุนให้เครือข่ายภาคประชาชนมีการจัดการเรียนรู้ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการเสริมสร้าง และพัฒนาความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพให้กับหน่วยงานภาครัฐ นำไปสู่การพัฒนาภาคีเครือข่ายสุขภาพให้เกิดความยั่งยืนต่อไป
2. เพื่อเป็นประโยชน์ในการศึกษาถึงรูปแบบ และลักษณะองค์ประกอบของภาคีเครือข่ายการสื่อสารที่มีการดำเนินงานโดยหน่วยงานภาครัฐ เพื่อเกิดการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพให้มีความเข้มแข็ง และ เกิดความยั่งยืนต่อไป
3. เพื่อเป็นแนวทางในการเสริมสร้างและพัฒนาความเข้มแข็งเพื่อให้เกิดความยั่งยืนกับภาคีเครือข่ายสุขภาพ และภาคีเครือข่ายอื่นๆต่อไป

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดงานวิจัย



ภาพที่ 1 : แผนภาพแสดงกรอบแนวคิดการศึกษาวิจัยเรื่อง “การสื่อสารเพื่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดยกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ”

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่อง *"การสื่อสารเพื่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดยกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ"* ผู้วิจัยได้ ได้นำแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาเป็นกรอบในการศึกษาวิจัย เป็นพื้นฐานในการวิเคราะห์ และอภิปรายผล ดังนี้

1. แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวกับการสื่อสารสุขภาพ
2. แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับเครือข่ายการสื่อสาร
3. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวกับการสื่อสารแบบมีส่วนร่วม
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิด ทฤษฎีทีเกี่ยวกับการสื่อสารสุขภาพ

ความหมาย แนวคิด และขอบเขตของการสื่อสารสุขภาพ

โลกปัจจุบันและแนวโน้มในอนาคต เป็นโลกแห่งการสื่อสาร ที่นับวันจะพัฒนาก้าวหน้าต่อไปอย่างไม่หยุดยั้ง การสื่อสารสุขภาพจึงนับเป็นยุทธศาสตร์ที่จะสร้างและขับเคลื่อนขบวนการของงานสุขศึกษาส่งเสริมและสร้างเสริมสุขภาพด้วยการผสมผสานนิเทศศาสตร์ และสาธารณสุขศาสตร์ รวมทั้งศาสตร์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องด้านสุขภาพ อาทิสังคมศาสตร์ พฤติกรรมศาสตร์ ตลอดจนศาสตร์แห่งการใช้ภูมิปัญญาไทย ภูมิปัญญาท้องถิ่น การศึกษาเรื่องการสื่อสารสุขภาพจึงเป็นความสำคัญและจำเป็นสำหรับนักสาธารณสุข ในการที่จะพัฒนาองค์ความรู้เสริมสร้างทักษะการปฏิบัติการและการดำเนินงานด้านสุขภาพอย่างรู้เท่าทัน (Health Literacy) ด้วยการบูรณาการระหว่างองค์ความรู้ด้านการสื่อสารและสุขภาพที่มีประสิทธิภาพตามแนวทางของการสื่อสาร การสุขศึกษา การส่งเสริมและการสร้างเสริมสุขภาพ

การสื่อสารสุขภาพ (Health Communication) คือการศึกษาและการใช้กลยุทธ์ การสื่อสารในงานสุขภาพ เป็นกลวิธีในการนำเสนอข้อมูลการเผยแพร่ข่าวสารความรู้ด้านสุขภาพผ่านสื่อต่างๆ เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายและประชาชนทั่วไปได้รับรู้ สนใจ ตระหนักในเรื่องของสุขภาพโดยการ เน้น

กระบวนการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ตามวัตถุประสงค์ของการสื่อสาร คือ แจ้งให้ทราบ (to inform) สอนหรือให้การศึกษา (to educate) สร้างความพอใจหรือความบันเทิง (to entertain) และเสนอหรือโน้มน้าวชักจูงใจ (to persuade) ทั้งนี้เพื่อความสำเร็จในการดำเนินงานสื่อสารเพื่อสุขภาพ (Communication for health) เกิดการเรียนรู้และพัฒนาองค์ความรู้อย่างรู้เท่าทันในด้านสุขภาพ (Health Literacy) แนวคิดของการสื่อสารสุขภาพมองได้หลากหลายมิติเพราะเรื่องของสุขภาพเป็นพลวัตร มีความต่อเนื่องในวิถีชีวิตของบุคคล เป็นเรื่องเกี่ยวกับสุขภาวะที่สมบูรณ์และเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุลทั้งทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งหมายถึง การมีสติและปัญญา กินดีอยู่ดีในสังคมและสิ่งแวดล้อมที่ดี รวมถึงการมีหลักการแห่งชีวิตที่ดีงาม (Spiritual well being) ซึ่งเกี่ยวข้องกับทุกอย่างทุกงานทั้งด้านสาธารณสุข เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม การอยู่ร่วมกันในสังคมและการอยู่ร่วมกันด้วยสันติภาพ (วาสนา จันทร์สว่าง. 2548)

ความหมายของการสื่อสารเพื่อสุขภาพ

Shart และ Poier,(1988) (อ้างในมุนา วงศ์สาโรจน์ 2545) กล่าวว่า “การสื่อสารเพื่อสุขภาพ” (Health Communication) เป็นคำที่ได้รับการยอมรับอย่างเป็นเอกฉันท์แทนคำว่า “การสื่อสารสายสุขภาพ” (Medical Communication) แต่อย่างไรก็ตามการรับรู้และความเข้าในเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่าง “การสื่อสาร” (Communication) และ “สุขภาพ” (Health) ในปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันว่า ยังไม่เป็นที่ลงตัวนัก ทั้งนี้เป็นเพราะยังไม่มีความหมายหรือคำนิยามใดที่ลงตัวหรือที่เป็นมาตรฐานที่เป็นที่ยอมรับร่วมกันเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของศาสตร์ทั้ง 2 ศาสตร์ดังกล่าว “การสื่อสาร “ และ “สุขภาพ” โดยพอจะยกตัวอย่างความหมาย หรือคำนิยามที่มักได้รับการอ้างถึงหลักๆ ในปัจจุบัน ดังเช่น

1. WHO Washington (1996) ให้ความหมาย “การสื่อสารเพื่อสุขภาพ” ว่า “เป็นการใช้กลยุทธ์หลักๆ ในการบอกกล่าวหรือการแจ้ง (Inform) ให้สาธารณชนทราบเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพด้วยการใช้การสื่อสารมวลชน (Mass Communication) และการใช้สื่อประสมประเภทต่างๆ (Multimedia) รวมทั้งนวัตกรรมทางด้านเทคโนโลยีสารสนเทศต่างๆ โดยมุ่งเผยแพร่เนื้อหา ข้อมูลด้านสุขภาพที่เป็นประโยชน์ต่อสาธารณชน เพื่อให้เกิดการตระหนักในประเด็นดังกล่าว ทั้งในระดับปัจเจกบุคคล และในระดับสังคม อีกทั้งยังรวมถึงการให้ความสำคัญเกี่ยวกับการพัฒนาสุขภาพ (Health development) ด้วย” โดย WHO ได้ให้คำอธิบายเพิ่มเติมดังนี้คือ

“การสื่อสารเพื่อสุขภาพ” เป็นกระบวนการที่ส่งผลโดยตรงต่อการปรับปรุงสุขภาพทั้งในระดับปัจเจกบุคคล และระดับสังคมโดยรวม โดยมีการผสมผสานวัฒนธรรมใหม่ๆ (Modern

Cultures) ผ่านสื่อประเภทต่างๆ ตามความเหมาะสมเพื่อให้สามารถที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายตามที่ต้องการได้ มีงานศึกษาวิจัยหลายเล่มที่แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่า การใช้ทฤษฎีการสื่อสารในการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion) จะสามารถช่วยสร้างพลังให้กับการนำเสนอประเด็นเกี่ยวกับสุขภาพต่อสังคมได้ อีกทั้งยังสามารถเสริมแรงให้คนในสังคมสามารถค้นหา หรือเรียนรู้ข้อมูลด้านสุขภาพเพิ่มเติม เพื่อการพัฒนาสุขภาพ หรือสร้างวิถีชีวิต (lifestyle) สู่การมีสุขภาพที่ดีให้กับตนเองได้

ทั้งนี้ WHO ได้อธิบายเพิ่มเติมว่า “การสื่อสารเพื่อสุขภาพ” จะประกอบด้วยศาสตร์หลายๆ สาขา ดังเช่น สาระบันเทิง (Edutainment หรือ Entertain-Education) การสื่อสารระหว่างบุคคล (Interpersonal Communication) การชี้นำโดยสื่อมวลชน (Media Advocacy) การสื่อสารในองค์กร (Organization Communication) การสื่อสารเพื่อสังคม (Social Communication and Social Marketing) ฯลฯ ซึ่งประเด็นเนื้อหาด้านสุขภาพต่างๆ จะถูกนำเสนอโดยใช้สื่อที่มีความหลากหลายรูปแบบ อาจเป็นเช่น การเล่าเรื่อง การแสดงละครหุ่นเชิด การนำเสนอด้วยเพลง ฯลฯ รวมทั้งการใช้สื่อประสมที่ประกอบด้วยเทคโนโลยีสารสนเทศที่ทันสมัยต่างๆ ในปัจจุบัน เพื่อให้สามารถเพิ่มการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพแก่กลุ่มเป้าหมายได้มากขึ้น และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2. Ratzan และคณะ (1994) (อ้างในมุนา วงศ์สาโรจน์, 2545) กล่าวว่า “การสื่อสารเพื่อสุขภาพ” คือ “การใช้ศิลปะและเทคนิคในการบอกกล่าว หรือ การแจ้งให้ทราบ (Inform) รวมทั้งการสร้างอิทธิพล (Influence) และการจูงใจ (Motivate) แก่กลุ่มเป้าหมาย ทั้งในระดับปัจเจบุคคล ระดับองค์กร และสาธารณชน เกี่ยวกับประเด็นด้านสุขภาพ ส่วนขอบเขตของการสื่อสารเพื่อสุขภาพนั้นจะรวมถึงการป้องกันโรค (Disease prevention) การสร้างเสริมสุขภาพ (health promotion) นโยบายและธุรกิจเกี่ยวกับการบริการสุขภาพ (Health care Policy and Business) อีกทั้งยังรวมถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งในระดับปัจเจบุคคล และในระดับสังคมโดยรวม”

3. Freimuth (1998) (อ้างถึงใน วาสนา จันทร์สว่าง, 2533) กล่าวว่า “การสื่อสารเพื่อสุขภาพ” คือ “การให้ศึกษาหรือให้การเรียนรู้ โดยใช้กลยุทธ์ต่างๆ ในการบอกกล่าว หรือการแจ้งให้ทราบ (inform) เพื่อก่อให้เกิดอิทธิพล (Influence) ต่อปัจเจกบุคคลและต่อสังคมต่อการสร้างเสริมสุขภาพตามที่ต้องการ”

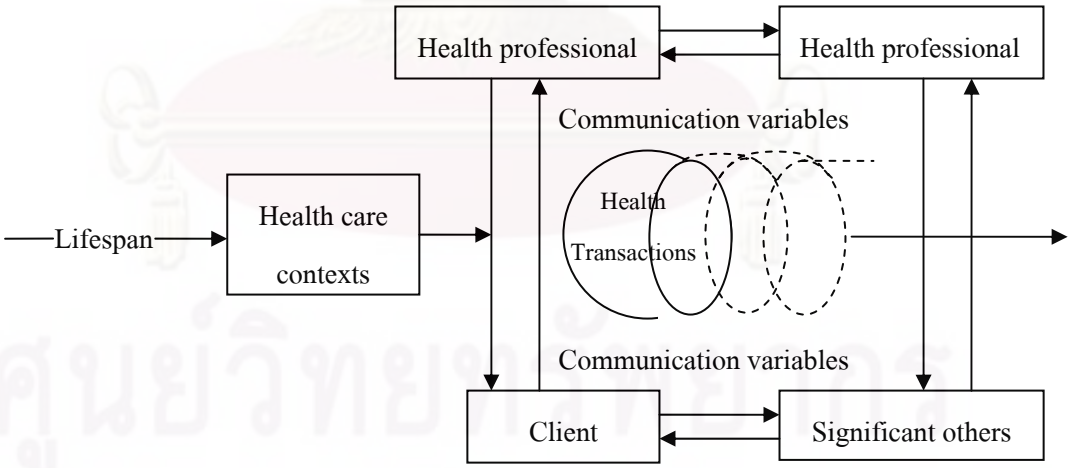
นอกจากนี้ยังมีนิยามอื่นๆ อีกมากมายที่ต่างกำหนดกันขึ้นมา ขึ้นอยู่กับประเด็นและบริบทของการศึกษาวิจัยของแต่ละคน หรือแต่ละองค์กร แต่ก็ยังนับว่าไม่สามารถที่จะหาข้อสรุปที่ลงตัวที่เป็นมาตรฐานร่วมกันได้ในปัจจุบัน

แบบจำลองการสื่อสารเพื่อสุขภาพ (Health Communication Model : HCM)

แบบจำลองการสื่อสารเพื่อสุขภาพของ (King, I.M.: 1981) นี้ เป็นแบบจำลองที่อยู่ภายใต้คำจำกัดความ (Northouse : 1992) ที่ว่า “การสื่อสารเพื่อสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการปฏิสัมพันธ์ของมนุษย์ในกระบวนการดูแลรักษาสุขภาพ” และแนวคิดที่ว่าความต้องการความรู้และทักษะในการสื่อสารเพื่อสุขภาพนี้ไม่ได้ถูกตีกรอบจำกัดอยู่แต่เฉพาะกับแพทย์ที่ทำการรักษาอยู่เท่านั้น แต่มันเป็นความจำเป็นต่อผู้ทำงานด้านสาธารณสุขทุกแขนง ไม่ว่าจะเป็นเภสัชกร พยาบาล นักกายภาพบำบัด เทคนิคการแพทย์ ฯลฯ ที่เป็นผู้ให้บริการด้านสุขภาพ ตลอดจนประชาชนทั่วไปที่เป็นผู้รับบริการด้านสุขภาพต่างๆ จำเป็นต้องใช้กระบวนการสื่อสารนี้ให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด

แบบจำลอง HCM นี้ นำเสนอแนวคิดว่าการสื่อสารเพื่อสุขภาพ หมายถึง กระบวนการถ่ายทอดข่าวสารด้านสุขภาพ ระหว่างผู้ที่มีส่วนร่วมในการให้บริการด้านสุขภาพ คือ ผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขที่มีความสัมพันธ์ต่อผู้มารับบริการ ผู้ป่วย หรือประชาชนที่เข้ามารับบริการทั่วไปในบทของการดูแลรักษาสุขภาพ

HEALTH COMMUNICATION: STRATEGIES FOR HEALTH PROFESSIONALS



ภาพที่ 2 : แผนภาพแสดง Health Communication Model : HCM

แบบจำลองนี้เน้นการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น ในสภาวะแวดล้อมของการดูแลรักษาสุขภาพ 3 ประการ คือ

1. ความสัมพันธ์ (Relationships)
2. การปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน (Transaction)
3. บริบท (Context)

ความสัมพันธ์ (Relationships)

แบบจำลองนี้แสดงความสัมพันธ์ (Relationships) ขององค์ประกอบหลัก 3 ประการ คือ

ผู้ให้บริการสาธารณสุข (Health Professional) ในที่นี้หมายถึง บุคลากรที่ได้อยู่ในสายวิชาชีพสาธารณสุขต่างๆ ที่ได้รับการศึกษา การอบรม มีประสบการณ์ในการให้บริการด้านสุขภาพต่อบุคคลอื่น อันได้แก่ แพทย์ พยาบาล บุคลากรที่ให้บริการสาธารณสุขทุกแขนง นักบำบัดกายภาพบำบัด เภสัชกร จิตแพทย์ เทคนิคการแพทย์ และผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพในสาขาต่างๆ

บุคลากรสาธารณสุขเหล่านี้ มีส่วนในการสร้างวิถีชีวิต ทัศนคติ ค่านิยม ความเชื่อ ความรู้ความเข้าใจ ประเด็นสุขภาพต่อผู้คนที่เขามีปฏิสัมพันธ์ด้วย ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยที่เข้ามารับบริการรักษา หรือคนที่เข้ามารับบริการประเภทต่างๆ หรือคนที่ต้องการแสวงหาข้อมูลข่าวสาร ด้านสุขภาพ หรือคนประชาชนในสังคมทั่วไปที่มีความใส่ใจในสุขภาพ

ผู้รับบริการ (Clients) ผู้รับบริการ หรือลูกค้า หรือคนข้า เป็นความหมายของ clients ที่หมายถึง บุคคลที่มารับบริการด้านสุขภาพในสถานการณ์ต่างๆ อาจเป็นคนไข้ที่เจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษาผ่าตัด ฉีดยา ฉายแสง ถ่ายเลือดในสถานพยาบาล หรือผู้ป่วยนอกที่มารับการรักษาและรักยากลับบ้าน หรือมารับคำแนะนำเรื่องสุขภาพทั่วไป หรือประชาชนทั่วไปที่เป็นผู้มาติดต่อเกี่ยวข้องด้านสุขภาพ

ผู้รับบริการเหล่านี้มีความเป็นปัจเจกที่มีความต่างในความรู้ ทัศนคติ ค่านิยม ที่ทำให้ความสามารถในการรับรู้ประเด็นสุขภาพได้ไม่เท่ากัน การที่ผู้ชำนาญการด้านสุขภาพจะมีปฏิสัมพันธ์เพื่อให้เกิดผลการเปลี่ยนความคิด หรือพฤติกรรมด้านการดูแลรักษาสุขภาพจึงต่างกัน

และปัจจัยที่ส่งผลต่อลักษณะความเป็นปัจเจของผู้รับสารอีกปัจจัยหนึ่ง คือ เครือข่ายทางสังคม (Social Network) ของผู้รับบริการที่เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่สำคัญต่อการสื่อสารเพื่อสุขภาพประการที่สาม ต่อไปนี้

บุคคลที่มีความสัมพันธ์อื่นๆ (Significant Others) บุคคลที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญเหล่านี้ คือเครือข่ายทางสังคม ของผู้รับบริการ (Social Network) ที่หมายถึงบุคคลที่ผู้รับบริการ (Clients) มีความสัมพันธ์ในทุกระดับ อาจเป็นสมาชิกในครอบครัว (สามี ภรรยา ญาติ พี่น้อง) เพื่อนร่วมห้องพัก เพื่อนในชั้นเรียน เพื่อนร่วมงาน ที่เกี่ยวข้องและมีอิทธิพลต่อผู้รับบริการด้านสุขภาพเหล่านี้ เพราะบุคคลที่มีความสัมพันธ์เหล่านี้มีส่วนร่วมในกระบวนการสื่อสารเพื่อสุขภาพในลักษณะที่เป็นเครือข่ายที่อยู่รอบตัวของผู้เข้ารับบริการ การทำงานของเครือข่ายอาจเป็นการให้คำแนะนำ ชี้ชวน ชักจูงใจให้ไปรับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลต่างๆ ต่อเมื่อรับการรักษาพยาบาลแล้วกลับไปอยู่บ้าน สมาชิกในครอบครัวจะเป็นผู้พยาบาลที่ใกล้ชิด มากกว่าหมอหรือพยาบาลที่โรงพยาบาล และการได้มาซึ่งข่าวสารสุขภาพอาจมาจากเครือข่ายทางสังคมระดับต่างๆ ที่เข้ามามีส่วนร่วมเป็นเครือข่ายเหล่านี้นี่เอง

การปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน (Transaction)

การปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน (Transaction) ในที่นี้เป็นคำจำกัดความที่หมายถึง กระบวนการถ่ายทอดข่าวสารด้านสุขภาพที่เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการก่อให้เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เข้ามามีส่วนร่วมในการสื่อสารเพื่อสุขภาพ กระบวนการสื่อสารในที่นี้ใช้ภาษาเพื่อการสื่อสารทั้ง วัจนะ และ อวัจนะภาษา เพื่อทำการส่งสารด้านสุขภาพจากผู้ให้บริการสุขภาพสู่ผู้รับบริการ และรวมถึงกระบวนการแสวงหาข่าวสารของผู้รับบริการสุขภาพ อันส่งผลต่อการรับรู้ การตีความข่าวสาร สุขภาพของผู้รับบริการ

Communication variables แบบจำลองนี้ได้มีการนำเสนอภาพวงกลมตรงกลาง ที่แสดงถึงกระบวนการถ่ายทอดสารสุขภาพที่ออกมาในลักษณะเป็นวงกลม เพื่อแสดงว่ากระบวนการสื่อสารเป็นมิติที่มีความเคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่อง และไม่มีที่สิ้นสุด ทำการเคลื่อนไหวเพื่อส่งต่อข่าวสารสุขภาพระหว่างเครือข่ายของผู้ที่มีส่วนร่วมในกระบวนการนี้ที่อยู่ในกรอบสี่เหลี่ยม หมายถึง การสื่อสารของผู้ให้บริการสุขภาพ ผู้รับบริการสุขภาพ และเครือข่ายทางสังคมของผู้รับบริการที่มีการสื่อสารถึงกันในลักษณะ โต้ตอบไปมาสองทาง (Two-way Communication) ในขณะเดียวกันความเคลื่อนไหวนี้บ่งบอกถึงความไม่หยุดนิ่งของกระบวนการสื่อสารเพื่อสุขภาพ (Communication variables) ที่มีตัวแปรที่แปรตามเหตุการณ์ สภาวะแวดล้อม ของแต่ละชีวิตแต่ละสังคม แต่ละสถานการณ์ที่มีการผันแปรอย่างต่อเนื่อง

บริบท (Contexts)

องค์ประกอบหลักตัวที่สามของกระบวนการสื่อสารเพื่อสุขภาพคือบริบทของการดูแลรักษาสุขภาพ ซึ่งเป็นบริบทของการสื่อสารด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลที่สำคัญมากต่อการติดต่อสื่อสารในกลุ่มผู้ให้บริการ ผู้รับบริการและเครือข่าย ที่เป็นสมาชิกในครอบครัว และรวมถึงบุคคลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยบริบทอาจแบ่งได้เป็น 2 ระดับ คือ

ระดับที่หนึ่ บริบทของการดูแลรักษาสุขภาพ ที่หมายถึงสภาพแวดล้อม สถานที่ และการจัดการในระบบบริการสุขภาพ อย่างเช่น ในโรงพยาบาล บ้านพักคนชรา คลินิกสำหรับผู้ป่วยภายนอกทั่วไป ห้องในโรงพยาบาล สำนักงานแพทย์ คลินิก หรือห้องคอยพบแพทย์ ห้องไอซียู (ICU : Intensive Care Unit) บริบทที่เป็นสภาวะแวดล้อมในระบบการให้บริการสาธารณสุขเหล่านี้จะเป็นตัวกำหนดรูปแบบของการติดต่อสื่อสารในวิธีที่แตกต่างกันไปตามสภาพแวดล้อมการบริการสุขภาพในแต่ละแห่ง

ส่วนในอีกระดับหนึ่ง บริบทของการดูแลสุขภาพจะหมายถึงรูปแบบการสื่อสารของบุคลากรผู้มีส่วนร่วมภายในกรอบการสื่อสารเพื่อสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นในรูปแบบการสื่อสารระหว่างบุคคล (Interpersonal Communication) หนึ่ง-ต่อ-หนึ่ง หรือสามฝ่าย หรือกลุ่มเล็กๆ (Small Group Communication) หลายกลุ่ม และระหว่างบุคคลต่างๆ ในกลุ่มขนาดใหญ่

องค์ประกอบของแบบจำลองการสื่อสารด้านสุขภาพ (HCM) นี้จึงเป็นการสรุปให้เป็นความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิสัมพันธ์ของการสื่อสารสุขภาพ ของบุคคลที่เป็นทั้งที่เป็นผู้ให้และรับบริการสาธารณสุข และเครือข่ายการสื่อสารสุขภาพทางสังคม ภายใต้บริบทด้านสุขภาพที่ก่อตัวขึ้น ทำให้เชื่อได้ว่าในขณะที่ความซับซ้อนของมิติในการดูแลสุขภาพจะเพิ่มสูงมากขึ้นเรื่อยๆ แต่จะสามารถมีความเข้าใจด้านการสื่อสารด้านสุขภาพมากยิ่งขึ้นตามไปด้วยมุมมองของแบบจำลองนี้ไม่ปฏิเสธความสำคัญของแหล่งข่าวสาร (Source) ข่าวสาร (Message) ช่องทางการสื่อสาร (Channel) หรือผู้รับสาร (Receiver) แต่อย่างใด แต่เพื่อเป็นการนำเสนอปัจจัยต่างๆ เหล่านี้เพิ่มขึ้น เพราะเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการสื่อสารเพื่อสุขภาพ

แนวคิดที่สอดรับกับปัจจัยเรื่องความสำคัญของเครือข่ายการสื่อสารตามทฤษฎีนี้ประกอบได้กับทฤษฎีของ Roger (Roger : 1981) ที่กล่าวไว้ว่าโครงสร้างการสื่อสารหรือเครือข่าย (Communication Structure of Network) เกิดจากการติดต่อสื่อสารระหว่างกันจนเกิดเป็นรูปแบบ (Pattern) แห่งความเกี่ยวพันกันขึ้นมา และความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันขององค์ประกอบที่อยู่ใน

เครือข่ายนี้จะประกอบไปด้วย สมาชิกที่อยู่ในเครือข่ายและนอกเครือข่าย โดยมีลักษณะเชื่อมโยงและถ่ายทอดข่าวสาร วิธีการศึกษาเพื่อระบุโครงสร้างการสื่อสารในระบบเครือข่ายนี้ จะใช้การวิเคราะห์การไหลของข้อมูลข่าวสาร ซึ่งอาศัยความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเป็นหน่วยในการวิเคราะห์ ดังนั้นสถานภาพของสมาชิกแต่ละคนในเครือข่ายต้องสัมพันธ์กับการสื่อสารระหว่างบุคคล

กิจกรรมของการสื่อสารเพื่อสุขภาพ

Ratzan (1994) (อ้างถึงในมุนา วงศ์ศาโรจน์, 2545) กล่าวว่า “การสื่อสารเพื่อสุขภาพจะประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆ ที่เชื่อมประสานซึ่งกัน และกัน เพื่อสนองตอบต่อการมีสุขภาวะที่ดีในกลุ่มเป้าหมายในระดับที่แตกต่างกันไป ไม่ว่าจะเป็นระดับสังคม ระดับกลุ่ม หรือระดับปัจเจกบุคคล” ทั้งนี้กิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวกับการสื่อสารเพื่อสุขภาพดังกล่าวมักจะประกอบด้วย

1. สุขศึกษา (Health Education) เป็นกิจกรรมที่มุ่งสู่การส่งเสริมการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีโดยการแจ้งให้ทราบ การให้การศึกษาแก่ปัจเจกบุคคลผ่านสื่อและกิจกรรมต่างๆ
2. การสื่อสารเพื่อสังคม (Social Marketing) หรือการสื่อสารเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนในสังคม เป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ หรือการเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพสู่พฤติกรรมทางบวก โดยใช้หลักการตลาดเข้ามาเสริมกับสื่อมวลชนประเภทต่างๆ
3. การชี้นำ (Advocacy) มักเป็นกิจกรรมที่ใช้สื่อสารมวลชนในการส่งเสริมนโยบาย กฎระเบียบ และโครงการต่างๆ เพื่อการส่งเสริมสุขภาพในระดับต่างๆ
4. การสื่อสารเกี่ยวกับภาวะเสี่ยง (Risk Communication) มักเป็นกิจกรรมเกี่ยวกับสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับเฉพาะกลุ่ม ที่จะต้องมีการพิจารณาภาวะการณ์แวดล้อม และวิธีการ ตลอดจนทางเลือกต่างๆ ในการจัดการกับภาวะเสี่ยงนั้นๆ เช่น การให้คำปรึกษาส่วนตัว (Individual counseling) เป็นต้น
5. การสื่อสารกับผู้ป่วย (Patient Communication) จะเกี่ยวกับการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะด้านสุขภาพเพื่อการบำบัดรักษา การให้ความรู้ ความเข้าใจในรูปแบบ และวิธีการต่างๆ เช่น การสื่อสารระหว่างผู้ให้การรักษากับคนไข้ (Provider-patient communication) และที่กำลังเป็นที่นิยมคือ การสื่อสารระหว่างกลุ่มเพื่อ หรือกลุ่มที่อยู่ในสภาพเดียวกัน หรือที่เคยอยู่ในสภาพเดียวกันมาก่อน เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ระหว่างกัน และกันที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (Peer-to-peer communication)
6. การให้ข้อมูลด้านสุขภาพ (Consumer Health Information) จะเป็นการช่วยให้บุคคลเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง และสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนได้ หรือของ

ครอบครัวได้รวมทั้งการนำเสนอข้อมูลด้านสุขภาพในลักษณะต่างๆ เช่น การประกันสุขภาพ การป้องกันและการดูแลสุขภาพของตนเอง ฯลฯ

7. การใช้สื่อใหม่ประเภทต่างๆ (New media) ซึ่งในที่นี้หมายถึงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารต่างๆ ทั้งนี้เป็นเพราะกระแสความเจริญก้าวหน้าของเทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสารในปัจจุบัน โดยเฉพาะการใช้อินเทอร์เน็ต และ WWW ต่างๆ ที่นำมาเสริมกับสื่อประเภทเดิมที่มีการใช้กันมากในการสื่อสารเพื่อสุขภาพ คือ สื่อมวลชน และการสื่อสารระหว่างบุคคลเพื่อที่จะทำให้การแพร่กระจายแนวคิด วิธีการเกี่ยวกับการสื่อสารเพื่อสุขภาพสามารถกระจายได้มาก และทั่วถึงยิ่งขึ้น ดังเช่น Telehealth ที่เป็นการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศขยายการให้บริการเกี่ยวกับสุขภาพในขณะที่ Telemedicine ก็จะมีลักษณะคล้ายๆ กัน แต่จะมุ่งการบริการที่เฉพาะกลุ่ม หรือเฉพาะเรื่องมากกว่า มักรวมเรื่องของการบำบัดรักษาด้วย (Clinical care) โดยมีการใช้สื่อสมัยใหม่เข้ามาในรูปแบบของ web site, on-line services ต่างๆ และยังรวมถึงพวก CD-ROM/DVD ต่างๆ เป็นต้น

และในปัจจุบันกระแสของ Interactive Health Communication ได้รับความสนใจมากขึ้นในการที่เปิดโอกาสให้ใครก็ได้ที่สนใจ หรือคนป่วย หรือแม้แต่นักวิชาการด้วยกันเองเมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ แนวคิดระหว่างกัน และกัน ผ่านสื่อ และเทคโนโลยีสารสนเทศที่ทันสมัยในปัจจุบัน โดยอาจมีการแตกย่อยออกเป็นกลุ่มเฉพาะเล็กๆ อีกเช่น Consumer Health Informatics ที่เน้นการบริการด้านสุขภาพเฉพาะกับกลุ่มลูกค้าที่เป็นสมาชิกเท่านั้น เป็นต้น

การสื่อสารเพื่อสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ

จากผลการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการสื่อสารเพื่อสุขภาพที่ผ่านมาตลอดระยะเวลา 35 ปี ผู้รู้ และผู้ที่มีประสบการณ์ในสาขาการสื่อสารเพื่อสุขภาพต่างให้ข้อสรุปร่วมกันว่า การสื่อสารเพื่อสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ ควรจะต้องประกอบด้วยคุณลักษณะต่างๆ ดังต่อไปนี้คือ (Franklin Apfel: The Nuffield Trust, 1998)

1. การที่สามารถเข้าถึงเนื้อหาด้านสุขภาพ (Availability) ของกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ที่มีความต้องการที่หลากหลายต่างกันได้ โดยโอกาสในการเข้าถึงอาจอยู่ในรูปแบบของสื่อประเภทต่างๆ ทั้งที่เป็นสื่อเดิม และสื่อใหม่ หรือสื่อประสม เป็นต้น

2. ความต่อเนื่อง และการทวนซ้ำ (Repetition) ที่จะต้องมีความต่อเนื่อง และอาจต้องมีการทวนซ้ำในบางประเด็นเพื่อให้เกิดผลกระทบตามที่คาดหวังและหรือเพื่อเป็นการส่งต่อสู่คนกลุ่มใหม่ คนรุ่นใหม่ในประเด็นสุขภาพที่ต้องการให้เกิดขึ้นถาวร

3. ความถูกต้องของเนื้อหา หรือข้อมูล (Accuracy)

4. ความเชื่อถือได้ของเนื้อหา หรือ ข้อมูล (Reliability) ที่จะต้องมีการตรวจสอบ หรือปรับให้ทันสมัยอยู่ตลอดเวลา หรือสอดคล้องกันสถานการณ์ที่เป็นจริง

5. ความสามารถในการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายที่เป็นจำนวนมาก (Reach)

6. ความต่อเนื่องของเนื้อหา หรือข้อมูล (Consistency) ที่จะต้องมีความต่อเนื่อง และสอดคล้องกับแหล่งข้อมูลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องด้วย

7. การเท่าทันต่อเวลา (Timeliness) โดยที่เนื้อหา หรือข้อมูลจะต้องสามารถสนองตอบความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย หรือสถานการณ์ปัญหาต่างๆ ตามที่ต้องการได้

8. ความสมดุล (Balance) เนื้อหา หรือข้อมูล หรือรวมทั้งวิธีการต่างๆ ต้องมีความสมดุลในการนำเสนอ ทั้งในส่วนที่เกี่ยวข้องกับผลประโยชน์ หรือส่วนที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงต่างๆ การนำเสนอต้องมีความเที่ยงตรง

9. ความเหมาะสมกับความแตกต่างในเชิงวัฒนธรรม สังคม สิ่งแวดล้อม (Culturally sensitive) ของกลุ่มเป้าหมายแต่ละกลุ่ม

10. ความสามารถในการที่จะสื่อสารความเข้าใจ (Understandability) กับกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ที่มีความหลากหลายแตกต่างกัน

11. การมีแหล่างอ้างอิงที่เชื่อถือได้ (Evidence-based) ทั้งนี้เป็นสิ่งที่จำเป็นมาก โดยอาจได้มาจากการสำรวจ การศึกษาวิจัย หรือแม้แต่ได้มาจากผลการดำเนินงาน การถอดบทเรียนจากกิจกรรมหรือจากโครงการอื่นๆเป็นต้น

12. การเชื่อมประสาน (Multidimensionality) ต้องกมีการเชื่อมประสานจากหลากหลายมิติ ไม่ว่าจะเป็นการเชื่อมประสานสื่อในรูปแบบของการใช้สื่อประสม การเชื่อมประสานภาคี การเชื่อมประสานนโยบายกิจกรรม โครงการต่างๆ ที่สอดคล้องซึ่งกันและกัน

โดยภาพรวมแล้ว การสื่อสารเพื่อสุขภาพที่มีประสิทธิภาพจะต้องประกอบด้วยการใช้สื่อและการใช้ช่องทางต่างๆ ที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายที่แตกต่างกัน ซึ่งก็หมายถึงความต้องการก็แตกต่างกันไปด้วย ดังนั้น การใช้สื่อแต่ละประเภทก็จะต้องมีความแตกต่างกันไป ไม่ว่าจะเป็นสื่อสารมวลชน ทั้งในรูปของสื่อเดิม และสื่อใหม่ การใช้สื่อสารระหว่างบุคคล ที่รวมทั้งกลุ่มเพื่อนฝูง กลุ่มนักวิชาการ สมาชิกในครอบครัวเดียวกัน หรือแม้แต่คนในชุมชนอื่นๆ ซึ่งทั้งนี้ทั้งนั้นพวกเขาอาจจะใช้ทั้งการสื่อสารแบบพบหน้าค่าตา (Face-to-face Communication) และการสื่อสารผ่านสื่อเทคโนโลยีสารสนเทศต่างๆ ก็ได้ ซึ่งก็จะแล้วแต่ความเหมาะสมในแต่ละกรณีไป ดังนั้น การประเมินผลเกี่ยวกับการสื่อสารเพื่อสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นการประเมินในด้านกลุยทธ์ การประเมินในด้านสื่อประเภทต่างๆ หรือการประเมินในด้านเนื้อหารวมทั้งการประเมินในด้านวิธีการ

หรือกลยุทธ์ที่ใช้ ฯลฯ จึงเป็นสิ่งพื้นฐานที่สุดที่มีความจำเป็นมากต่อประสิทธิภาพการสื่อสารเพื่อสุขภาพ

ยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพ

ประเวศ วะสี (2546) ได้กล่าวถึงยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพว่าในยุคปัจจุบันผู้คนกำลังเผชิญกับโรคภัยไข้เจ็บที่ไม่กลัวเทคโนโลยี แต่ต้องอาศัยการรวมพลัง อาศัยบทบาทของภาคีหลายๆ ฝ่ายมารวมเป็นจิตวิญญาณของการส่งเสริมสุขภาพยุคใหม่ซึ่งมียุทธศาสตร์สำคัญ คือ

1. การสร้างนโยบายสาธารณสุขเพื่อสุขภาพ (Building healthy Public Policy) ผู้บริหารสามารถส่งเสริมสุขภาพได้มากเนื่องจากสุขภาพและสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์กัน สิ่งแวดล้อมที่กระทบต่อชีวิตมนุษย์มากคือ สังคม การเมืองและเศรษฐกิจ ซึ่งมีผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม ผู้มีอำนาจหรือผู้บริหารมีโอกาสตัดสินใจสร้างนโยบาย เพื่อก่อให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพต่อประชาชนได้อย่างมาก เช่น นโยบายเกี่ยวกับการออกกำลังกาย การสนทนาเพื่อผ่อนคลายความเครียด การตรวจสุขภาพประจำปี

2. การสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Creating Support Environment) มนุษย์เกี่ยวพันกับสิ่งแวดล้อมอยู่ตลอดเวลาในชีวิตประจำวัน ไม่ว่าจะเป็นการเรียน การทำงาน การพักผ่อน การอยู่อาศัย ฯลฯ จึงควรมีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ เช่น การออกแบบที่ปลอดภัย สะอาด ร่มรื่น น่าพึงพอใจ ปราศจากมลภาวะตลอดจนมีมาตรการเพื่องดพฤติกรรมที่บั่นทอนสุขภาพ เช่น จัดเขตปลอดบุหรี่ เขตสูบบุหรี่ จำกัดความเร็วของยวดยานห้ามทิ้งสิ่งเน่าเสีย มีสถานที่หรือกำหนดวันฟังธรรมะ

3. การสร้างพลังให้ชุมชนดำเนินการเอง (Strengthen Community Action) ชุมชนนับเป็นกลไกที่สำคัญและมีพลังมากหากส่งเสริมอย่างเหมาะสม แล้วพลังนี้จะสร้างและสนับสนุนในด้านการให้คำปรึกษา ทางด้านวิชาการ ข้อมูลข่าวสาร งบประมาณ ดำเนินนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อบทบาทชุมชน

4. การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Developing Personal Skills) การให้สุขศึกษาและแนะนำทักษะชีวิต เพื่อให้ประชากรทราบถึง ข้อมูล เหตุผล ความสำคัญและทางเลือกในการควบคุมสุขภาพของตนเองและสิ่งแวดล้อม ซึ่งทำให้ประชาชนเรียนรู้เพื่อเตรียมตนเองให้ก้าวผ่านระยะต่างๆ ของชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ

5. การปฏิรูปบริการสาธารณสุข (Re-Orientation Health Service) ผู้ให้บริการสุขภาพในระดับต่างๆ จำเป็นต้องทำงานประสานกัน ทั้งจะต้องร่วมงานกับหน่วยงานต่างๆ เช่น นักปกครอง ตำรวจ นักพัฒนา นักวิชาการ ชุมชน ฯลฯ เพื่อก่อให้เกิดการประสานงาน ร่วมแรงร่วมใจ การ

พัฒนาที่เป็นองค์รวมในด้านสุขภาพ (Holistic) ผู้ให้บริการสุขภาพ่ต้องเป็นแบบอย่างที่ดี และส่งเสริมให้บุคคลมีจิตวิญญาณของการส่งเสริมสุขภาพ มีการแสวงหาการมีสุขภาพที่ดี และจัดสภาพแวดล้อมที่ก่อให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพ

6. การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) การส่งเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการสร้างสังคมต้องอาสัยความรู้ความเข้าใจ ทั้งตัวสังคมและวิธีการแก้ปัญหาสุขภาพตั้งแต่ระดับ บุคคลชุมชนสถาบันจนถึงระดับนโยบายที่ต้องอาศัยศาสตร์หลายๆ แขนงประกอบกัน เพื่อกำหนดวิธีการที่สามารถลดปัญหาสุขภาพได้จริงและประหยัดตลอดจนติดตามผล และดำเนินการอย่างเป็นระบบระเบียบ

7. การสร้างกำลังด้านการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion and Personal) ผู้ปฏิบัติงานด้านส่งเสริมสุขภาพต้องมีคุณสมบัติพิเศษ คือ สามารถระดมพลังของฝ่ายต่างๆ ให้เข้ามาร่วมกันได้ ประกอบกับมีความรู้และทักษะพื้นฐานด้านสาธารณสุข จึงควรมีการส่งเสริมให้มีบุคลากรเพื่อการส่งเสริมสุขภาพให้เพียงพอ

การส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน และส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจในการที่จะเรียนรู้การป้องกันโรค และควบคุมโรคต่างๆ เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิต ความกินดีอยู่ดี โดยส่วนรวมสู่การมีสุขภาพดีถ้วนหน้า บทบาทต่างๆ ของสื่อมวลชนจึงเป็นช่องทางในการประชาสัมพันธ์งานด้านสาธารณสุข ทางหนึ่ง (วาสนา จันทร์สว่าง, 2533) คือ

1. การเผยแพร่ข่าวสาร และการเผยแพร่ความรู้ในงานสาธารณสุข ไปยังประชาชนกลุ่มเป้าหมายหลัก และกลุ่มเป้าหมายรอง โดยกลุ่มเป้าหมายหลัก หมายถึง ผู้ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนั้นโดยตรง เช่นการรณรงค์งดสูบบุหรี่ กลุ่มเป้าหมายหลัก คือ ผู้สูบบุหรี่ และกลุ่มเป้าหมายรอง คือ สมาชิกในครอบครัว ผู้ใกล้ชิด และผู้ร่วมงาน รวมทั้งบุคคลทั่วไปที่จะได้รับผลกระทบจากผู้สูบบุหรี่ เป็นต้น การเผยแพร่ความรู้ และข่าวสารสาธารณสุขไปยังกลุ่มเป้าหมายในเรื่องต่างๆ มีความสำคัญมาก เพราะวัตถุประสงค์ที่สำคัญคือ เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ทำให้มีสุขภาพอนามัยดี ไม่ต้องเจ็บปวดด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้ ซึ่งจะเป็นผลดีทางด้านเศรษฐกิจของตนเอง และครอบครัวได้ ตลอดจนส่งผลต่อการประหยัดงบประมาณของรัฐบาลในค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษาพยาบาลประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ

2. การโน้มน้าวใจ และการชักจูงให้คล้อยตาม และปฏิบัติตามในเรื่องต่างๆ กรณีนี้ต่างจากการเผยแพร่ข่าวสารให้ความรู้ โดยการให้ความรู้เพื่อทำความเข้าใจ เพื่อเปลี่ยนทัศนคติ แต่การโน้มน้าวใจ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปลี่ยนทัศนคติ และให้เกิดเป็นพฤติกรรม

ในการส่งเสริมในงานสาธารณสุขนั้น งานด้านการให้ข่าวสารเป็นสิ่งที่ไม่ยากเท่ากับงานด้านการชักจูงใจ เพื่อให้ประชาชนเกิดทัศนคติ และมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ดังนั้นในการรณรงค์ในขั้นตอนการชักจูงนี้จะประสบผลสำเร็จก็ต่อเมื่อ

- วางแผนรณรงค์เข้าใจถึงชีวิต ความเชื่อ และทัศนคติของประชาชน รวมทั้งเข้าใจถึงปัจจัยทางสังคมซึ่งกำหนดวิถีชีวิตของประชาชน
- ใช้สื่อต่างๆ ผสมกัน โดยใช้สื่อแต่ละชนิดในวิถีทาง และเวลาที่ถูกต้อง เพื่อช่วยให้เกิดประโยชน์มากที่สุดในการสื่อสาร (ปรมะ สตะเวทิน , 2532)

1. การป้องกันแก้ไขความเข้าใจผิด โรคติดต่อบางโรคก่อให้เกิดความหวาดกลัวในหมู่ประชาชนทั่วไป เช่น โรคเอดส์ ประชาชนยังขาดความรู้ และมีความเข้าใจผิดๆ ทั้งในเรื่องการป้องกัน และการติดต่อ ฉะนั้นจึงจำเป็นต้องใช้สื่อโทรทัศน์เป็นช่องทางในการประชาสัมพันธ์เผยแพร่ข่าวสาร เพื่อป้องกันและควบคุมโรค
2. การกระตุ้นเตือน ในการสาธารณสุขนั้นการกระตุ้นเตือนหมายถึง การย้ำ หรือการซ้ำ หรือการเสนอข่าวเป็นระยะๆ เพื่อให้ผู้รับปฏิบัติตามในการกระตุ้นผู้ถูกกระตุ้นอาจมีประสบการณ์ความรู้ และความเข้าใจ แต่ยังไม่เปลี่ยนพฤติกรรม การกระตุ้นเตือนเป็นการกระตุ้นย้ำเตือนให้เปลี่ยนพฤติกรรม หรือให้ปฏิบัติตามที่ถูกกระตุ้นเตือน
3. การเสนอข่าวด่วนในบางครั้งเช่น กรณีการเกิดโรคติดต่อ หรือโรคระบาด ซึ่งเป็นความร้ายแรง รุนแรงและรวดเร็วมาก จำเป็นต้องมีการประชาสัมพันธ์อย่างเร่งด่วน โดยเสนอข่าวด่วนเพื่อให้ประชาชนทราบถึงโรคติดต่อหรือโรคระบาดนั้น ซึ่งถ้ามีการใช้เทคนิค หรือกลวิธีที่ทั้งในประเทศ และระหว่างประเทศแล้ว จะสามารถป้องกัน และควบคุมการแพร่กระจายของโรคได้อย่างทันต่อเหตุการณ์
4. การเตรียมชุมชน ในกรณีปกติไม่มีโรคติดต่อ หรือโรคระบาดในชุมชน เพื่อความไม่ประมาท ต้องมีการเตรียมชุมชนกลุ่มเป้าหมายไว้โดยเฉพาะประชาชนในวัยที่ต้องระมัดระวังในเรื่องโรคภัยไข้เจ็บ เช่น เด็ก ผู้ใหญ่ วัยชรา เป็นต้น ต้องมีการเผยแพร่ ข่าวสารในงานสาธารณสุขตลอดเวลา ในเรื่องต่างๆ ตามเทศกาล เช่น ก่อนถึงฤดูฝน ต้องเตรียมความพร้อมในเรื่องการป้องกันไข้เลือดออก หรือโรคอื่นที่เกิดขึ้นชุกในฤดูฝน เป็นต้น

โดยสรุปอาจกล่าวได้ว่า “การสื่อสารเพื่อสุขภาพ” เป็นศาสตร์ที่มีความหลากหลายที่จำเป็นต้องเชื่อมโยงองค์ประกอบที่สำคัญต่างๆ เข้ามาไว้ร่วมกันอย่างสมดุล ไม่ว่าจะเป็นเชิงกายภาพ วิชาชีพ สติปัญญา สังคม และอารมณ์ ดังแนวคิดเชิงสุขภาพเชิงชีววิทยาสังคม (Biosocial Perspective) ที่สะท้อนสู่แนวคิดที่ชัดเจนเกี่ยวกับการสื่อสารเพื่อสุขภาพว่า การสื่อสารเพื่อสุขภาพเป็นสหมิติ (Multidimensional) ไม่ว่าจะเป็นประเภท หรือรูปแบบการสื่อสาร 2 ประเภทที่ได้รับ

ความนิยมมากคือการสื่อสารระหว่างบุคคล(Interpersonal Communication) และการสื่อสารมวลชน (Mass Communication) แต่ประเด็นที่สำคัญก็คือ การสามารถในการเชื่อมประสานกับการสื่อสารประเภทอื่นๆ และการเชื่อมประสานกับประเด็นสุขภาพ ประเด็นจริยธรรม เพื่อจุดมุ่งหมายที่จะนำไปสู่การป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพให้กับสังคมโดยรวมได้อย่างทั่วถึงและยุติธรรม

จึงอาจกล่าวโดยสรุปในท้ายที่สุดนี้ว่า “การสื่อสารเพื่อสุขภาพ” นับว่าเป็นหนึ่งในศาสตร์ที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งต่อมวลมนุษย์ในศตวรรษปัจจุบัน เป็นเพราะความเจริญก้าวหน้าของเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารที่เป็นไปอย่างรวดเร็วในปัจจุบัน ทำให้ส่งผลต่อวิถีชีวิตและความเป็นอยู่ของผู้คนในสังคมทุกระดับ รวมทั้งในเรื่องที่เกี่ยวกับสุขภาพด้วย ดังนั้นการสื่อสารเพื่อสุขภาพจึงนับว่าเป็นอีกกลไกหนึ่ง ในการที่จะใช้เป็นเครื่องมือในการช่วยสร้างกระบวนการต่างๆ สู่การสร้างสุขภาพที่ดีโดยทั่วกันตามกระแสแนวคิดเรื่องสุขภาพในปัจจุบันที่ว่าสุขภาพจะต้องครอบคลุมทั้งเรื่องกาย ใจ สังคม สิ่งแวดล้อม และนโยบาย

แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับ เครือข่ายการสื่อสาร

แนวคิดเกี่ยวกับเครือข่าย

“เครือข่าย” เป็นสิ่งที่ประกอบสร้างขึ้นจากการเชื่อมโยงกันของบุคคลหลายคนผ่านเรื่องราวที่ทำให้เกิดความรู้สึกร่วมว่าเป็นพวกเดียวกัน และ/หรือมีเป้าหมายในการกระทำอะไรบางอย่างร่วมกัน เครือข่ายอาจหมายถึง องค์กรที่มีการจัดตั้งแบบเป็นทางการและมีวัตถุประสงค์เชิงปฏิบัติการชัดเจน หรืออาจเป็นเครือข่ายทางสังคมที่ดำรงอยู่ตามธรรมชาติสอดคล้องกับวิถีชีวิตตามปกติของชุมชน โดยเครือข่ายที่มีการจัดตั้งมักมีประเด็นการสื่อสารที่ค่อนข้างชัดเจน ส่วนเครือข่ายทางสังคมมักมีประเด็นการสื่อสารที่หลากหลายครอบคลุมทั้งเรื่องราวเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และการเมือง (กาญจนา แก้วเทพ และคณะ, 2549)

ความหมายของเครือข่าย

การรวมตัวกันเป็นเครือข่ายมีพื้นฐานอยู่บนวัตถุประสงค์ในการรวมตัว แต่ละเครือข่ายก็มีที่มาแตกต่างกัน ความหมายและธรรมชาติของเครือข่ายการสื่อสารจะช่วยพิจารณาได้ว่าการรวมตัวของกลุ่มใดเป็นเครือข่ายการสื่อสารที่แท้จริง ซึ่งมีผู้ที่ให้ความหมายของเครือข่ายดังนี้

อรรณพ พงษ์วาท (2539) อธิบายลักษณะของเครือข่ายไว้ว่า เป็นการเชื่อมโยงร้อยรัดเอาความพยายาม และการดำเนินงานของฝ่ายต่างๆ เข้าด้วยกันอย่างเป็นระบบ และอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อปฏิบัติภารกิจอย่างใดอย่างหนึ่งร่วมกัน โดยแต่ละฝ่ายยังคงปฏิบัติภารกิจหลักของตนไปอย่างไม่เสียเอกลักษณ์ และปรัชญาของตนเอง การเชื่อมโยงนี้อาจเป็นรูปของการรวมตัวกันแบบหลวมๆ เฉพาะภารกิจตามความจำเป็น หรืออาจอยู่ในรูปของการจัดองค์กรที่เป็นโครงสร้างของความสัมพันธ์กันอย่างชัดเจน เครือข่ายความร่วมมือเป็นไปได้ทั้งในระดับปัจเจกบุคคล องค์กร และสถาบัน อาจมีขอบเขต และขนาดตั้งแต่เล็กๆ ภายในชุมชนไปจนถึงระดับจังหวัด ภูมิภาค ประเทศ และระหว่างประเทศ

ชวนวล คณานุกูล (2542) ศึกษาเรื่อง พฤติกรรมการเล่นและเครือข่ายการสื่อสารของผู้เล่นหวยใต้ดิน กล่าวว่า เครือข่ายคือ ระบบการแพร่กระจายข้อมูลหรือการติดตามสัมพันธ์กันในบรรดาสมาชิกของกลุ่ม

ถิรนันท์ อนวัชศิริวงศ์ (2526) (อ้างในจารุณี พัชรพิมานสกุล, 2542) เครือข่ายการสื่อสาร หมายถึง ระบบการแพร่กระจายข้อมูลข่าวสารในบรรดาสมาชิกของกลุ่ม ซึ่งมีทั้งเครือข่ายแบบเป็นทางการ และไม่เป็นทางการ

พัชนี เชยจรรยา, เมตตา วิวัฒนานุกูล และถิรนันท์ อนวัชศิริวงศ์ (2541) ให้ความหมายของเครือข่ายการสื่อสาร ว่าเป็นระบบการแพร่กระจายข้อมูลในบรรดาสมาชิกของกลุ่ม โดยเครือข่ายการสื่อสารนี้มีลักษณะต่างจากช่องทางการสื่อสาร ซึ่งเป็นเพียงตัวกลางการสื่อสารระหว่างผู้รับสารและผู้ส่งสาร

กาญจนา แก้วเทพ (2538) เครือข่ายหมายถึง รูปแบบหนึ่งของการประสานงานของบุคคล กลุ่ม หรือองค์กรหลายๆ องค์กร องค์กรที่ต่างก็มีทรัพยากรของตัวเอง มีเป้าหมายมีวิธีทำงานและมีกลุ่มเป้าหมายของตัวเอง บุคคลกลุ่มหรือองค์กรเหล่านี้ได้เข้ามาประสานกันอย่างมีระยะเวลายาวนานพอสมควร แม้อาจจะไม่ได้มีกิจกรรมร่วมกันอย่างสม่ำเสมอก็ตาม แต่ก็จะมีรากฐานเอาไว้ (เปรียบเสมือนการมีสายโทรศัพท์ต่อเอาไว้ เมื่อฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งมีความต้องการที่จะขอความช่วยเหลือหรือขอความร่วมมือจากกลุ่มอื่นๆ เพื่อแก้ปัญหา ก็สามารถติดต่อได้)

Rogers (1995) (อ้างถึงในอรอนันต์ วุฒิเสน, 2543) ได้กล่าวถึงคุณลักษณะของเครือข่ายการสื่อสารว่า เป็นการเชื่อมโยงระหว่างบุคคลโดยทิศทางไหลของข่าวสาร วิธีวิเคราะห์เครือข่ายการสื่อสารเป็นการจัดกลุ่มบุคคลที่มีความคล้ายคลึงกันทางการสื่อสารในการเชื่อมโยงเครือข่าย

ดังนั้นบุคคลที่ใกล้ชิดกันจึงจัดอยู่ในกลุ่มเดียวกันคามคล้ายกันทางการสื่อสาร (Communication Proximity) เป็นระดับการเชื่อมโยงของบุคคลสองคนในเครือข่ายการสื่อสารที่มีการซ้อนทับกัน

Rogers (1981) อธิบายเรื่องเครือข่ายการสื่อสาร (Communication Network) ว่าคือ การติดต่อสื่อสารระหว่างกันจนเกิดเป็นรูปแบบ (Pattern) ขึ้นมาซึ่งประกอบไปด้วยสมาชิกที่อยู่ในเครือข่าย โดยมีลักษณะการเชื่อมโยงหรือมีความเกี่ยวพันโดยรูปแบบการถ่ายทอดข่าวสารนั้นเอง

หริสุดา ปัณฑวนันท์ (2544) กล่าวถึงเครือข่ายการสื่อสารว่า ธรรมชาติของเครือข่ายประกอบไปด้วยบุคคล กลุ่มคน หรือองค์กรที่เชื่อมโยงเข้าหากันด้วยการพูดคุย แลกเปลี่ยนข่าวสารเพื่อสร้างความเข้าใจระหว่างกัน จนเกิดเป็นรูปแบบที่สามารถเชื่อมสมาชิกของเครือข่ายเอาไว้ได้ โดยที่บุคคล กลุ่มคน หรือองค์กรที่เป็นสมาชิกของเครือข่ายนั้นยังคงมีอิสระในการควบคุม จัดการบริหารตนเอง แต่สามารถที่จะเข้าช่วยเหลือหรือสนับสนุนเครือข่ายได้เมื่อเครือข่ายต้องการ

จารุณี พัชรมานสกุล (2542) ศึกษาเรื่องเครือข่ายการสื่อสารของกลุ่มชีวจิต ได้กล่าวถึงธรรมชาติของเครือข่ายว่า สมาชิกจะสามารถเข้าออกจากกลุ่มได้ตลอดเวลา บุคคลที่มารวมตัวกันนั้น อาจจะเป็นผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรมอย่างใกล้ชิด หรือผู้ที่เฝ้าดูอยู่ห่างๆ ก็ได้

ประโยชน์ของเครือข่าย

เครือข่ายเป็นเครื่องมือหรือวิธีการทำงานร่วมกันที่มีประสิทธิภาพโดยเฉพาะในกรณีที่ต้องเผชิญปัญหาต่างๆ ที่ใหญ่โตและซับซ้อนเกิดกว่าใครจะเผชิญได้โดยลำพังเพียงผู้เดียว เช่น เอดส์ บุหรี่ เหล้า ยาเสพติด เป็นต้น การสร้างเครือข่ายหรือการทำงานเครือข่ายเป็นเครื่องมือที่ทำให้เกิดผลกระทบที่มากกว่าในระดับภูมิภาค ระดับชาติ และระดับนานาชาติ เพราะการทำงานแบบเครือข่ายเป็นการทำงานแบบ “ประสานพลังงาน” (Synergy) ประโยชน์ของการทำงานเป็นเครือข่ายอธิบายได้อีกนัยหนึ่งคือ (เสรี พงศ์พิศ, 2537)

- ก่อให้เกิดผลบางอย่างที่ใครคนเดียวทำให้เกิดไม่ได้
- ทำการรณรงค์ได้กว้างกว่าและมีประสิทธิภาพมากกว่า
- ส่งอิทธิพลต่อคนอื่นในเครือข่ายและนอกเครือข่าย
- ทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจในเรื่องหรือประเด็นหนึ่ง หรือ การต่อสู้หนึ่งชัดเจนมากยิ่งขึ้น เพราะแง่มุมหลายแง่มองจากหลายคน หลายองค์กร
- ร่วมมือกัน แบ่งงานกันทำ

- ลดงานที่ซ้ำซ้อนลง และลดการสิ้นเปลืองทรัพยากร
- ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิด ประสบการณ์ แรงบันดาลใจ และทัศนะต่างๆ
- ทำให้เกิดความสามัคคี ให้กำลังใจกัน และช่วยกันในรูปแบบต่างๆ ในบางกรณีช่วยให้สามารถระดมทุนได้ดี

ลักษณะร่วมของเครือข่าย

ไม่ว่าจะเป็นเครือข่ายแบบใด ลักษณะเฉพาะหรือลักษณะร่วมของทุกเครือข่ายจะมีลักษณะดังนี้ (เสรี พงศ์พิศ, 2537)

- เป็นกลุ่มองค์กรหรือบุคคลที่มาร่วมกันเพื่อดำเนินการตามวัตถุประสงค์และความสนใจที่ตั้งร่วมกัน
- เป็นเวทีเพื่อกิจกรรมทางสังคมโดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน
- ดำรงอยู่ได้ยาวนาน (ไม่ใช่เฉพาะกิจ) ด้วยการสื่อสารแบบใดแบบหนึ่งที่ต่อเนื่อง
- มีความรู้สึกผูกพันกับโครงสร้างที่พัฒนาขึ้นร่วมกัน และร่วมกันรับผิดชอบ
- มีฐานอยู่ที่ความเป็นเจ้าของร่วมกัน และความมุ่งมั่นที่จะทำตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้ร่วมกัน รวมทั้งเครื่องมือหรือวิธีการในการดำเนินการที่คิดไว้ร่วมกัน

องค์ประกอบของเครือข่าย

เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์ (2543) กล่าวถึงองค์ประกอบที่สำคัญของเครือข่าย

1. การรับข้อมูลร่วมกัน (Common perception) สมาชิกที่เข้ามาอยู่ในเครือข่าย ต้องมีความรู้สึกนึกคิด และการรับรู้ร่วมกัน ถึงเหตุผลการเข้าร่วมเป็นเครือข่าย อาทิ มีความเข้าใจปัญหาและมีสำนึกในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน มีประสบการณ์ในปัญหาร่วมกัน มีความต้องการความช่วยเหลือในลักษณะที่คล้ายคลึงกัน เป็นต้น ซึ่งจะส่งผลให้สมาชิกของเครือข่ายเกิดความรู้สึกผูกพันในการดำเนินกิจกรรมบางอย่างร่วมกันเพื่อแก้ปัญหาความเดือดร้อนที่เกิดขึ้น

2. การมีวิสัยทัศน์ร่วมกัน (Common vision) เป็นการมองเห็นภาพของจุดมุ่งหมายในอนาคตร่วมกันระหว่างสมาชิกในกลุ่ม การรับรู้เข้าใจถึงทิศทางเดียวกัน และการมีเป้าหมายที่จะได้ไปด้วยกันจะช่วยทำให้ขบวนการเคลื่อนไหวมีพลัง เกิดเอกภาพ และช่วยบรรเทาความขัดแย้งอันเกิดจากมุมมองความคิดที่แตกต่างลงไปได้ ในทางตรงข้าม เมื่อใดที่วิสัยทัศน์หรือเป้าหมายส่วนตัวขัดแย้งกับวิสัยทัศน์หรือเป้าหมายของเครือข่าย พฤติกรรมการปฏิบัติของสมาชิกก็จะเริ่มแตกต่าง

จากสิ่งที่สมาชิกเครือข่ายกระทำร่วมกัน ดังนั้น แม้ว่าวิสัยทัศน์ร่วมจะเป็นสิ่งที่ต้องใช้เวลาในการสร้างให้เกิดขึ้น แต่ก็จำเป็นต้องสร้างให้เกิดขึ้นให้ได้ และสมาชิกของเครือข่ายก็ควรมีวิสัยทัศน์ย่อมส่วนตัวที่สอดคล้องไปด้วยกันกับวิสัยทัศน์ของเครือข่าย แม้อาจไม่ได้ซ้อนอย่างแนบสนิทกับวิสัยทัศน์ของเครือข่าย แต่อย่างน้อยก็ควรสอดรับไปในทางเดียวกัน

3. การมีผลประโยชน์และความสนใจร่วมกัน (Mutual interests/benefits) เครือข่ายเกิดจากการที่สมาชิกต่างคนก็ต่างมีความต้องการของตนเอง แต่ความต้องการเหล่านั้นจะไม่สามารถบรรลุผลสำเร็จได้หากสมาชิกต่างคนต่างอยู่ ความจำกัดนี้ทำให้เกิดการรวมตัวกันบทฐานของผลประโยชน์ร่วมที่มากเพียงพอจะดึงดูดให้รวมเป็นเครือข่าย ดังนั้นการรวมตัวเป็นเครือข่ายจึงต้องตั้งอยู่บนฐานของผล-ประโยชน์ที่มีร่วมกันซึ่งผลประโยชน์ในที่นี้ครอบคลุมทั้งผลประโยชน์ที่เป็นตัวเงิน และผลประโยชน์ ที่ไม่ใช่ตัวเงินด้วย อาทิ เกียรติยศ ชื่อเสียง การยอมรับโอกาสในความก้าวหน้า ความสุข ความพึงพอใจ ฯลฯ

4. การมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายอย่างกว้างขวาง (All stakeholders participation) การมีส่วนร่วมของสมาชิกในเครือข่าย นับเป็นกระบวนการที่สำคัญมากในการพัฒนาความเข้มแข็ง เพราะกระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายในเครือข่าย (All stakeholders in network) ย่อมเป็นเงื่อนไขที่ทำให้เกิดการร่วมรับรู้ ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ และร่วมลงมือกระทำอย่างแข็งขัน ดังนั้นสถานะของสมาชิกในเครือข่าย จึงควรเป็นไปในลักษณะของความเท่าเทียมกัน (Equal status) ในฐานะของ “หุ้นส่วน (Partner)” ของเครือข่าย ซึ่ง เป็นความสัมพันธ์ในแนวราบ (horizontal relationship) ที่เท่าเทียมกันแทนความสัมพันธ์ในแนวดิ่ง (Vertical relationship) หมายความว่า หากการรวมตัวเป็นเครือข่ายเกิดขึ้นระหว่างรัฐกับชุมชนท้องถิ่น หน่วยงานภาครัฐก็ต้องวางสถานะของตนเองเทียบเท่ากับประชาชนในฐานะของสมาชิกเครือข่าย มิใช่การวางตัวเป็นเจ้านายเหนือประชาชน อย่างไรก็ตาม แม้สิ่งนี้จะยากในทางปฏิบัติในหลายๆ กรณี เพราะต้องอาศัยการเปลี่ยนกรอบความคิดของสมาชิกในเครือข่าย และการสร้างบริบทแวดล้อมอื่นๆ เข้ามาประกอบด้วย แต่ก็ยังเป็นสิ่งที่จำเป็นต้องกระทำหากต้องการสร้างเครือข่ายที่เข้มแข็ง

5. การเสริมสร้างซึ่งกันและกัน (Complementary Relationship) องค์ประกอบที่จะทำให้เครือข่ายดำเนินไปอย่างต่อเนื่องก็คือ การที่สมาชิกของเครือข่ายต่างก็ต้องเสริมสร้างซึ่งกันและกัน โดยมีจุดแข็งของฝ่ายหนึ่งไปช่วยแก้ไขจุดอ่อนของอีกฝ่ายหนึ่ง ซึ่งจะทำให้ผลตอบแทนหรือผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการรวมตัวเป็นเครือข่ายมากกว่าการไม่สร้างเครือข่าย แต่ต่างคนต่างอยู่

6. การพึ่งพิงอิงร่วมกัน (Interdependence) เนื่องจากธรรมชาติความจำกัดของสมาชิกในเครือข่ายทั้งด้านทรัพยากร ความรู้ เงินทุน กำลังคน ฯลฯ สมาชิกของเครือข่ายจึงไม่สามารถดำรงอยู่ได้อย่างสมบูรณ์ด้วยตนเอง การจะทำให้เป้าหมายร่วมสำเร็จได้นั้น สมาชิกต่างจำเป็นต้องพึ่งพาซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกในเครือข่าย เพื่อทำให้เกิดการเสริมสร้างซึ่งกันและกัน การจะทำให้สมาชิกหรือหุ้นส่วนของเครือข่ายยึดโยงกันแน่นหนา จำเป็นต้องทำให้หุ้นส่วนแต่ละคนรู้สึกว่า

หากเอาหุ้นส่วนคนใดคนหนึ่งออกไปจะทำให้เครือข่ายล้มลงได้ การดำรงอยู่ของหุ้นส่วนแต่ละคนจึงจำเป็นต่อการดำรงอยู่ของเครือข่าย ซึ่งกันพึ่งพิงอิงร่วมกันนี้จะส่งผลให้สมาชิกต้องมีการปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันโดยอัตโนมัติ

7. การปฏิสัมพันธ์เชิงแลกเปลี่ยน (Interaction) หากสมาชิกในเครือข่ายไม่มีการปฏิสัมพันธ์กันแล้ว ก็ไม่ต่างกับการที่ต่างคนต่างอยู่ ไม่มีทางที่จะเกิดความร่วมมือกันได้ และจะไม่เกิดเครือข่ายความร่วมมืออย่างแท้จริง ดังนั้น สมาชิกในเครือข่ายต้องทำกิจกรรมร่วมกัน เพื่อให้เกิดการปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกด้วยกัน เช่น มีการติดต่อกันผ่านทางการเขียนหรือการพบปะพูดคุย การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน เป็นต้น ซึ่งผลของการปฏิสัมพันธ์นี้ ต้องก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเครือข่ายตามมาด้วยปฏิสัมพันธ์ดังกล่าวจะเป็นลักษณะความสัมพันธ์เชิงแลกเปลี่ยนระหว่างกัน (Reciprocal exchange) มิใช่ปฏิสัมพันธ์ฝ่ายเดียว (Unilateral exchange) ยิ่งสมาชิกมีการปฏิสัมพันธ์กันมากเท่าใด ก็จะยิ่งเกิดความผูกพันภายในระหว่างกันมากขึ้นเท่านั้นช่วยให้เกิดการเชื่อมโยงในระดับที่แน่แฟ้นมากขึ้น (Highly integrated) นอกจากนี้ การปฏิสัมพันธ์ยังช่วยให้เกิดการเรียนรู้ระหว่างกันมากขึ้น อันจะช่วยให้เครือข่ายเข้มแข็งยิ่งขึ้น

รูปแบบการสื่อสารภายในเครือข่าย

รูปแบบการสื่อสารเราสามารถจำแนกรูปแบบการสื่อสารได้ตามทิศทางการสื่อสาร ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ประเภท (พัชนี และคณะ, 2541)

1. การสื่อสารทางเดียว (One-way Communication) หมายถึง การสื่อสารที่ผู้ส่งสารถ่ายทอดข่าวสารหรือคำสั่งไปยังผู้รับสาร มีลักษณะเส้นตรง ไม่มีการย้อนกลับหรือดูปฏิกิริยาของผู้รับ โดยทั่วไปจะเป็นในรูปของนโยบาย คำสั่ง อาจผ่านสื่อมวลชนในการนำเสนอข่าวสารหรือรายงานข่าวสารต่างๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ ฯลฯ อย่างไรก็ตามสื่อสารแบบทางเดียวมีข้อได้เปรียบคือความรวดเร็ว เมื่อคนหลายคนร่วมกันคิดว่าจะตกลงกันได้ต้องใช้ระยะเวลาที่นาน แต่ถ้าคนเดียวเสนอความคิดเห็น ความคิดเห็นนั้นจะเกิดขึ้นได้รวดเร็วกว่า การสื่อสารแบบทางเดียวเหมาะกับสถานการณ์ที่ผู้สื่อความมีความรู้และความเชี่ยวชาญในเรื่องนั้นๆ สูงกว่าอีกฝ่ายหนึ่ง แต่การสื่อสารแบบนี้จะทำให้ขวัญและกำลังใจของอีกฝ่ายหนึ่งถูกกระทบกระเทือนไปด้วย

2. การสื่อสารแบบสองทาง (Two-way Communication) หมายถึง การสื่อสารที่ผู้ส่งสารและผู้รับสารสามารถส่งข่าวสาร และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างกัน และกันผู้ส่งสารจะให้ความสนใจในปฏิกิริยาโต้กลับของผู้รับสาร (Feed back) ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญมาก เป็นการเปิดโอกาสให้อีกฝ่ายได้แสดงความคิดเห็นและความเข้าใจในเรื่องต่างๆ นับว่าเป็นการลดช่องว่างทางการสื่อสารที่ดี ป้องกันการตีความหมายที่ผิด และสามารถสร้างขวัญ และการมีส่วนร่วมในการ

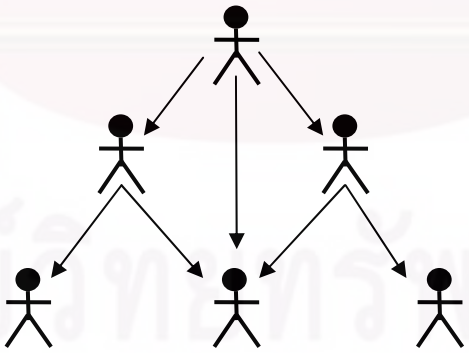
ดำเนินงานได้รวมถึงการสร้างความรู้สึกในการเป็นเจ้าของรวมกัน ซึ่งการสื่อสารในลักษณะนี้จะออกมาในลักษณะการ และการประชุมหรือการปรึกษาหารือ บุคคลที่ทำการสื่อสารในลักษณะนี้ควรเป็นบุคคลที่กระตือรือร้น (Active) ในการแสวงหาและรับฟัง รวมทั้งกระจายข่าวสารไปยังฝ่ายตรงข้ามไม่ควรนิ่งเฉย (Passive) รอให้ข่าวสารมาถึงตัวเองตลอดเวลา

นอกจากนี้ ปาริชาต สถาปิตานนท์ (2547) ได้กล่าวถึง การสื่อสารในเครือข่ายไว้ว่าเส้นทางการสื่อสารในเครือข่ายเกี่ยวข้องกับการกำหนดทิศทางในการสื่อสารเชิงอำนาจระหว่างบุคคลหนึ่งกับบุคคลอื่นๆ ทิศทางในการไหลเวียนข้อมูลข่าวสารในเครือข่ายขนาดเล็ก และทิศทางในการแพร่กระจายข่าวสารในเครือข่ายขนาดใหญ่ ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

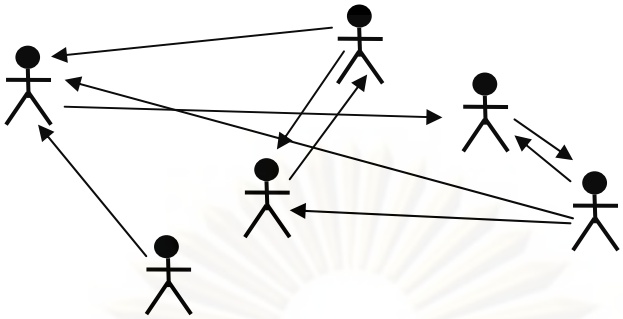
1. ทิศทางในการสื่อสาร (Direction) ทิศทางในการสื่อสาร ได้แก่ เส้นทางในการส่งต่อข้อมูลข่าวสารจากบุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่งในเครือข่าย โดยเฉพาะการค้นหาในประเด็นต่างๆ ดังนี้

1.1 ทิศทางการสื่อสารเป็นไปในลักษณะทางเดียว (One – way Communication) หรือเป็นไปในลักษณะสองทาง (Two – way communication)

1.2 ทิศทางในการสื่อสารเป็นไปในลักษณะการสื่อสารจากบุคคลที่มีอำนาจ/สถานภาพสูงกว่าไปสู่บุคคลที่มีอำนาจ/สถานภาพต่ำกว่า ที่เรียกว่า การสื่อสารในแนวดิ่ง (Vertical communication) หรือ เป็นไปในลักษณะการสื่อสารจากบุคคลที่ในระดับเดียวกัน ที่เรียกกันว่า การสื่อสารในแนวระนาบ (Horizontal communication)

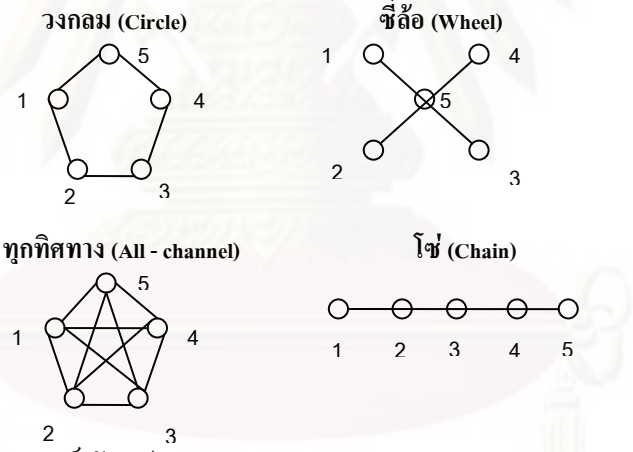


ภาพที่ 3 : แผนภาพแสดงการสื่อสารทางเดียวในแนวดิ่ง



ภาพที่ 4 : แผนภาพแสดงการสื่อสารในแนวระนาบ ทั้งแบบทางเดียว – สองทาง

2. ทิศทางการไหลเวียนของข้อมูลในเครือข่ายขนาดเล็ก (Information Flow) การไหลเวียนของข้อมูล (Flow) ได้แก่ การที่เรื่องราวหนึ่งถูกส่งต่อจากบุคคลหนึ่งไปยังบุคคลอื่นๆ ในเครือข่าย โดยในเครือข่ายขนาดเล็ก มักให้ความสนใจกับการแพร่กระจายข้อมูลในเครือข่ายว่ามีลักษณะแบบใด อาทิ แบบวงกลม (Circle) แบบซี่ล้อ (Wheel) แบบโซ่ (Chain) หรือแบบทุกทิศทาง (All – channel)

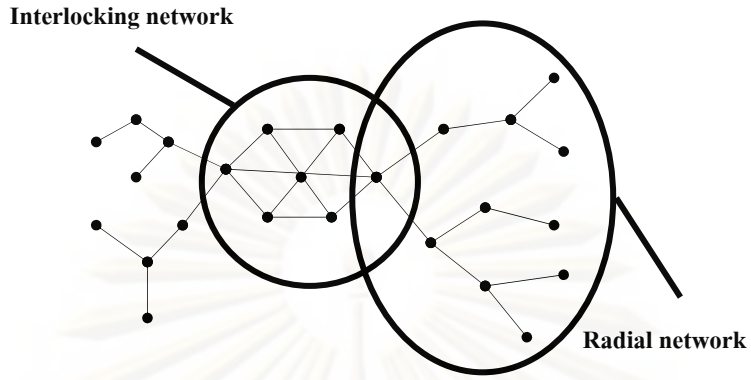


ที่มา ปาริชาต สถาปิตานนท์ ดัดแปลงจาก Rogers & Agarwala – Roger (1976)

ภาพที่ 5 : แผนภาพแสดงทิศทางการไหลของข้อมูลในเครือข่าย

3. ลักษณะการแพร่กระจายของข้อมูล (Information diffusion) การแพร่กระจายของข้อมูล ได้แก่ การที่ข้อมูลข่าวสารหนึ่งได้รับการบอกเล่าจากบุคคลหนึ่งไปยังบุคคลอื่นๆ ในระบบ โดยการวิเคราะห์การแพร่กระจายของข้อมูล นิยมศึกษาในประเด็นต่างๆ อาทิ ใครเชื่อมต่อกับใคร ข้อมูลข่าวสารไหลเวียนจากใครไปถึงใครกันบ้าง หรือจากกลุ่มใดไปยังกลุ่มใดบ้าง ข้อมูลข่าวสารไหลเวียนผ่านช่องทางอะไรกันบ้าง แต่ละช่องทางมีระดับความเป็นทางการเพียงใด เรื่องราวที่แตกต่างกันจะมีการไหลเวียนหรือกระจายผ่านกลุ่มสมาชิกในเครือข่ายแตกต่างกันหรือไม่ และ

แบบแผนการกระจายของข้อมูลอยู่ในลักษณะใด อาทิ การแพร่กระจายจากจุดหนึ่งออกไปสู่จุดอื่นๆ (Radial network)



ที่มา ปาริชาต สถาปิตานนท์ ดัดแปลงจาก Rogers & Kincaid 1981

ภาพที่ 6 : ลักษณะการแพร่กระจายของข้อมูล

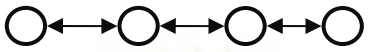
Harold J. Leavitt (อ้างใน กรชวัล หอมไกรลาส, 2540) ได้กล่าวถึงการทดลองเปรียบเทียบระหว่างการสื่อสารทางเดียวกับการสื่อสารสองทาง ซึ่งผลการทดลองปรากฏว่าการสื่อสารทางเดียวรวดเร็วกว่า แต่ในเรื่องของความถูกต้องแม่นยำ และการสร้างความมั่นใจแก่ผู้รับสารควรใช้การสื่อสารแบบสองทาง แต่ Leavitt ยังได้เสนอแนะว่า การสร้างความมั่นใจแก่ผู้รับสารควรใช้การสื่อสารสองทาง หากต้องการความรวดเร็วและความถูกต้องอย่างง่ายๆ ในการติดต่อสื่อสารแล้วการสื่อสารทางเดียวก็จะมีความเหมาะสมมากกว่า

Harold J. Leavitt (1964) (อ้างถึงใน จารุณี พัชรพิมานสกุล 2541) ได้ทำการทดลองเกี่ยวกับเครือข่ายการสื่อสาร โดยใช้แบบของการสื่อสารหลายแบบ พบว่าการสื่อสารแยกออกได้เป็น 2 แบบ คือ แบบที่มีศูนย์กลางกับแบบกระจายอำนาจ

1. การสื่อสารแบบมีศูนย์กลาง (Centralized Communication) เป็นการสื่อสารที่มีใครคนใดคนหนึ่งเป็นศูนย์กลาง หรือทางผ่าน โดยที่สมาชิกคนอื่นๆ ไม่มีการติดต่อโดยตรง แต่ต้องผ่านคนกลาง ซึ่งการสื่อสารแบบมีศูนย์กลางสามารถแบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ

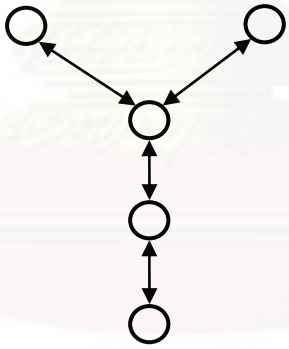
1.1 เครือข่ายการสื่อสารแบบลูกโซ่ (Chain Network) ได้แก่ เครือข่ายการสื่อสารที่สมาชิกแต่ละคนจะติดต่อไปยังสมาชิกคนอื่นที่อยู่ถัดไปเท่านั้น เนื่องจากมีข้อจำกัดในแง่การประสานงาน และการติดต่อระหว่างสมาชิกในกลุ่ม บางครั้งจึงเป็นความยากลำบากที่กลุ่มจะทำงานให้สำเร็จได้ตามที่ต้องการ การขาดความเป็นอิสระในการติดต่อสื่อสาร เพราะสมาชิกจะติดต่อกับ

บุคคลอื่นได้เพียง 1 คน หรือ 2 คน ที่ต่อจากเขาเท่านั้น จึงทำให้ความพึงพอใจของสมาชิกในกลุ่มค่อนข้างต่ำ ตำแหน่งศูนย์กลางอาจเป็นตำแหน่งหนึ่งตำแหน่งก็ได้



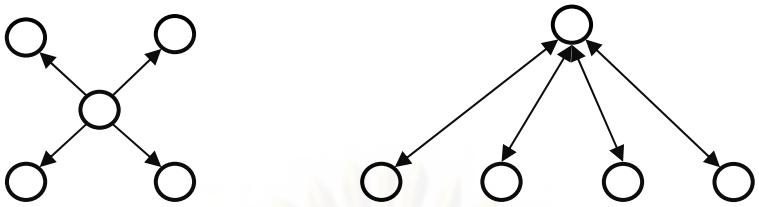
ภาพที่ 7 : แผนภาพแสดงเครือข่ายการสื่อสารแบบลูกโซ่ (Chain Network)

1.2 เครือข่ายการสื่อสารแบบตัววาย (Y Network) ได้แก่ เครือข่ายการสื่อสารที่มีสมาชิกที่อยู่ตรงกลางเพียง 2 คน ทำหน้าที่ประสานงาน และส่งข้อมูลที่ได้รับจากสมาชิกคนอื่นๆ ที่อยู่รอบนอก การสื่อสารแบบนี้มีความเหมาะสมกว่าแบบลูกโซ่ในแง่ที่ทำให้งานสำเร็จได้ดีกว่า เพราะข้อมูลสามารถผ่านทิศทางต่างๆ ได้มากกว่า แทนที่จะอาศัยที่อยู่ถัดไปเท่านั้น โดยปกติบุคคลที่อยู่ตรงกลางคน หรือสองคนเท่านั้นที่มีความพอใจต่อรูปแบบการสื่อสารแบบนี้ แต่ส่วนที่เหลือของกลุ่ม หรือผู้ที่อยู่รอบนอกมีความพอใจต่ำ รูปแบบของเครือข่ายการสื่อสารแบบตัววายนี้มักจะเกิดขึ้นในกลุ่มที่มีสมาชิกเพียง 1 คนหรือ 2 คน เท่านั้นที่เต็มใจจะรับทำงานและรับผิดชอบต่อผลสำเร็จของงาน ในขณะที่ส่วนที่เหลือของกลุ่มไม่ยอมรับผิดชอบ



ภาพที่ 8 : แผนภาพแสดงเครือข่ายการสื่อสารแบบตัววาย (Y Network)

เครือข่ายการสื่อสารแบบวงล้อ (Wheel Network) ได้แก่ เครือข่ายการสื่อสารที่มีสมาชิกคนหนึ่งเป็นผู้รับข่าวจากสมาชิกคนใดคนหนึ่งแล้วส่งข่าวนั้นไปยังสาชิกคนอื่นๆ บุคคลที่อยู่ตรงกลางของกลุ่มจะเป็นผู้ที่มีอำนาจอย่างแท้จริง และเป็นผู้นำของกลุ่ม เพราะเป็นผู้เดียวที่รับผิดชอบผลสำเร็จของงาน



ภาพที่ 9 : แผนภาพแสดงเครือข่ายการสื่อสารแบบวงล้อ (Wheel Network)

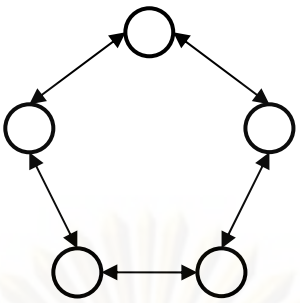
พรรณสิริ จิตรรัตน์ (2544) พบว่า เครือข่ายการสื่อสารของกลุ่มการเมืองท้องถิ่นใน จ. ชลบุรี มีลักษณะของเครือข่ายแบบมีศูนย์กลาง โดยมีตำแหน่งแกนนำใหญ่ และแกนนำย่อยที่สามารถระบุแบบแผนการสื่อสารภายในเครือข่ายได้อย่างมีระเบียบ

หริสุดา ปัณฑวนันท์ (2544) พบว่า ลักษณะเครือข่ายเมาไม่ขับเป็นรูปแบบศูนย์กลาง คือ น.พ.แท้จริง ศิริพานิช ทำหน้าที่เป็นแกนนำในการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน คอยป้อนข้อมูลข่าวสาร ให้กับสมาชิกในเครือข่าย

พรโสภิต จงมีสุข (2545) พบว่ารูปแบบการเครือข่ายการสื่อสารแบบวงล้อ คือมีผู้ที่ทำหน้าที่เป็นศูนย์กลาง คือ ทูตหัวใจไร้สารและเพื่อนมหาวิทยาลัย กระจายไปยังนักเรียนในโรงเรียนต่างๆ ทั้งในกรุงเทพมหานคร และในส่วนภูมิภาค

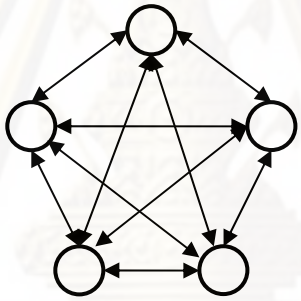
1. การสื่อสารแบบกระจายอำนาจ (Decentralized Network) เป็นการสื่อสารที่สมาชิกในกลุ่มติดต่อกันโดยอิสระ ไม่มีใครตัดสินใจคนเดียว แต่ร่วมกันคิดร่วมกันแก้ปัญหา เป็นวิธีที่ใช้ได้ตรงกับกระบวนการกลุ่มมาก เพราะทุกคนมีปฏิสัมพันธ์ (Interaction) ผลที่ออกมาจะได้ทั้งผลผลิต (Product) และกระบวนการ (Process) ของกลุ่ม หมายถึง การสื่อสารแบบนี้คำนึงถึงการเอาใจใส่ผู้ทำงานสิ่งแวดล้อมในการทำงาน ขวัญและกำลังใจของกลุ่มด้วย

1.1 เครือข่ายการสื่อสารแบบวงกลม (Circle Network) เป็นเครือข่ายการสื่อสารที่สมาชิกในกลุ่มทุกคนสามารถติดต่อกับสมาชิกที่อยู่ถัดจากคนทั้งสองข้าง สมาชิกทุกคนมีความพอใจและมีสถานะเท่าเทียมกัน ดังนั้นจะไม่มีสมาชิกคนใดสมาชิกคนใดภายในเครือข่ายที่จะเป็นศูนย์กลางของกลุ่มหรือผู้นำของกลุ่ม แต่จะขาดความเป็นระบบระเบียบและสร้างผลงานได้ช้า



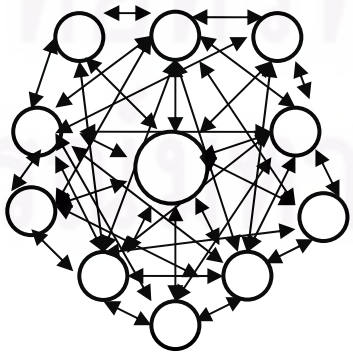
ภาพที่ 10 : เครือข่ายการสื่อสารแบบวงกลม (Circle Network)

2.2 เครือข่ายการสื่อสารแบบทุกช่องทาง (All Channel Network) เป็นเครือข่ายการสื่อสารที่เอื้อให้สมาชิกทุกคนมีปฏิสัมพันธ์อย่างทั่วถึงได้โดยตรง ไม่ต้องผ่านสมาชิกคนอื่นๆ อาจถือได้ว่าเป็นเครือข่ายการติดต่อที่สมบูรณ์ที่สุด เพราะไม่มีข้อจำกัดการสื่อสารของสมาชิก โดยเครือข่ายนี้จะเปิดโอกาสให้มีปฏิกิริยาย้อนกลับสูงที่สุด



ภาพที่ 11 : แผนภาพแสดงเครือข่ายการสื่อสารแบบทุกช่องทาง (All Channel Network)

อย่างไรก็ตาม ในยุคโลกาภิวัตน์นี้ รูปแบบของเครือข่ายในสังคมมีความซับซ้อนมากขึ้น อันเนื่องมาจากการผสมผสานและใช้หลายรูปแบบไปพร้อมกัน จึงปรากฏเป็นเครือข่ายซับซ้อน (Complexity Network) ดังภาพ



ภาพที่ 12 : แผนภาพแสดงเครือข่ายการสื่อสารแบบทุกช่องทาง (Complexity Network)

เป็นรูปแบบที่ซับซ้อนของเครือข่ายความร่วมมือ เนื่องจากมีหลายเครือข่ายที่เข้าร่วมมือกัน ลักษณะโครงข่ายความร่วมมือสามารถติดต่อสื่อสารกันทั้งระหว่างองค์กรที่เป็นศูนย์กลางของแต่ละเครือข่าย และมวลสมาชิกทั้งหมดของเครือข่ายและเมื่อเครือข่ายต้องการที่จะพัฒนาความร่วมมือก็จะส่งเสริมให้มีองค์กรร่วม เพื่อทำหน้าที่ประสานให้ทุกเครือข่ายหรือสมาชิกสามารถเข้ามาร่วมมือกันได้

Shaw (อ้างถึงในยุบล เบ็ญจรงค์กิจ, 2534) ทำการสรุปผลการวิจัยในเรื่องของเครือข่ายการสื่อสารไว้ในประเด็นสำคัญ ดังนี้

1. เครือข่ายแบบรวมอำนาจสู่ส่วนกลาง จะก่อให้เกิดผู้นำเพียงคนเดียว และเกิดขึ้นได้ง่ายกว่าแบบกระจายอำนาจเพราะคนกลางในโครงสร้างจะได้รับข่าวสารเกี่ยวกับปัญหามากกว่าสมาชิกคนอื่นๆ ทำให้เขาเป็นผู้ควบคุมความสำเร็จในการทำงานของกลุ่มเพราะเขาดำรงอยู่ในตำแหน่งตัวเชื่อมการสื่อสารที่สำคัญ

2. โครงสร้างการสื่อสารแบบกระจายอำนาจมีประสิทธิภาพมากกว่าในการแก้ปัญหาที่สลับ- ซับซ้อนแต่โครงสร้างการสื่อสารแบบรวมอำนาจมีประสิทธิภาพมากกว่าในการแก้ปัญหาง่ายๆ ในการทำงานง่ายๆ ใช้ข้อมูลข่าวสารจำนวนน้อยในงานที่องการข้อมูลเพียงประการเดียว เครือข่ายแบบรวมอำนาจจะทำงานโดยก่อให้เกิดข้อผิดพลาดน้อยและสำเร็จเร็วกว่าแบบขยายอำนาจ เพราะการติดต่อ สื่อสารแบบนี้เป็นการติดต่อทางเดียวที่ถูกครอบงำโดยผู้นำเพียงคนเดียว ความเป็นระเบียบถูกกำหนดขึ้นเพื่อไม่ให้มีข่าสารมาก ส่วนมากติดต่อสื่อสารแบบวงกลม สมาชิกของกลุ่มจะติดต่อกับบุคคล 2 คนได้ พวกเขาจึงใช้เวลามากกว่า แต่ในงานที่ต้องใช้ข้อมูลร่วมกันและต้องมีการปฏิบัติด้วยนั้น โครงสร้างการสื่อสารแบบกระจายอำนาจจะทำงานได้รวดเร็ว และมีข้อผิดพลาดน้อยกว่าแบบรวมอำนาจ

3. สภาวะข่าวสารท่วมท้นมักจะเกิดขึ้นในเครือข่ายการสื่อสารแบบรวมอำนาจ เพราะข่าวสารและการตัดสินใจจะไปรวมอยู่ที่จุดศูนย์กลางของเครือข่าย ทำให้ผู้นำโครงสร้างการสื่อสารแบบนั้นอยู่ในสภาวะข่าวสารท่วมท้นได้ ส่วนเครือข่ายการสื่อสารแบบกระจายอำนาจนั้นทุกคนต้องใช้ข้อมูลร่วมกัน ต้องเป็นผู้ตัดสินใจและเป็นผู้นำ ดังนั้นจึงเป็นการยากที่จะมีใครเกิดสภาวะข่าวสารท้วมท้นได้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประเภทของเครือข่ายการสื่อสาร

เมื่อเครือข่ายก่อตัวขึ้นย่อมต้องมีการเจริญเติบโตและพัฒนา การดำเนินไปของเครือข่ายในแต่ระยะนั้น ต้องอาศัยการสื่อสารภายในเครือข่ายซึ่งพัชนี เชยจรรยา และคณะ (2541) ได้สรุปถึงการเกิดขึ้นของเครือข่ายการสื่อสาร สามารถแบ่งได้ 2 ประเภทใหญ่ คือ

1. เครือข่ายการสื่อสารแบบไม่เป็นทางการ (Informal Network) หรือเครือข่ายการสื่อสารที่เกิดขึ้นเอง (Emergent Communication Network) เกิดขึ้นจากการสื่อสารระหว่างบุคคลซึ่งไม่มีใครได้รับมอบหมาย หรือบังคับให้ใช้การติดต่อผ่านทางช่องทางใดช่องทางหนึ่งอย่างตั้งใจ ตรงกันข้ามเครือข่ายเหล่านี้เกิดขึ้นเมื่อสมาชิกมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอย่างอิสระในอัตราความถี่และความเข้มข้นของการสื่อสารที่ต่างกัน จากการศึกษาพบว่าเมื่อเวลาผ่านไป เครือข่ายที่เกิดขึ้นนี้จะค่อยๆ กลายเป็นแหล่งข้อมูลที่ไม่เป็นระเบียบ (Unstructured)

ชิตาพร กันหลง (2542) พบว่า การสื่อสารแบบไม่เป็นทางการ เป็นการสื่อสารระหว่างองค์กรกับเครือข่ายที่มีความสนิทสนมคุ้นเคยกันเป็นอย่างดีแล้ว รูปแบบการสื่อสารจึงมักเป็นการพูดคุยกันตัวต่อตัวกันทางโทรศัพท์

อานันต์ วุฒิเสน (2543) พบว่าการสื่อสารในการประสานเครือข่ายแบบไม่เป็นทางการทำให้การสื่อสารเป็นไปอย่างรวดเร็ว เพราะข้อมูลข่าวสารที่ถ่ายทอดถึงกันสามารถตอบสนองความต้องการและช่วยกันแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นของทุกคน

จารุณี พัชรพิมานสกุล (2542) พบว่า ระบบการสื่อสารแบบไม่เป็นทางการ เป็นลักษณะการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารของกลุ่มต่างๆ ภายในเครือข่าย และดำเนินไปในลักษณะความสนิทคุ้นเคยและความสัมพันธ์ส่วนตัวในการเชื่อมโยงกลุ่มชีวจิตเข้าด้วยกัน

2. เครือข่ายการสื่อสารแบบเป็นทางการ (Formal Network) หรือเครือข่ายการสื่อสารที่ได้ถูกกำหนดไว้ (Prescribed Communication Network) เป็นประเภทของการสื่อสารระหว่างบุคคลซึ่งเกิดปฏิสัมพันธ์ในเครือข่ายที่ได้มีการวางแผนอย่างแน่นอน ดังนั้น เครือข่ายเหล่านี้มีโครงสร้างที่มีแบบแผน บทบาทและสถานภาพของสมาชิกจึงเป็นสิ่งที่ควรพิจารณาอย่างมากชีวิตในสังคมส่วนใหญ่ทุกวันนี้ต้องการวางรูปแบบเครือข่ายการสื่อสารแทบทั้งสิ้น

เมตตา กฤตวิทย์ และคณะ (2530) แบ่งประเภทเครือข่ายการสื่อสาร ออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ คือ

1. เครือข่ายการสื่อสารแบบไม่เป็นทางการ (Informal Network) หรือเครือข่ายการสื่อสารที่เกิดขึ้นเอง (Emergent Communication Network) เกิดขึ้นจากการสื่อสารระหว่างบุคคลซึ่งไม่มีใครได้รับมอบหมาย หรือบังคับให้ใช้การติดต่อผ่านช่องทางใดช่องทางหนึ่งอย่างตั้งใจ ตรงกันข้ามเครือข่ายเหล่านี้เกิดขึ้นเมื่อสมาชิกมีปฏิสัมพันธ์บุคคลอื่นอย่างอิสระในอัตราความถี่และความเข้มข้นของการสื่อสารที่ต่างกัน จากการศึกษา พบว่า เมื่อเวลาผ่านไป เครือข่ายที่เกิดขึ้นนี้จะค่อยๆ กลายเป็นแหล่งข้อมูลที่ไม่เป็นระเบียบ (Instructed)

2. เครือข่ายการสื่อสารแบบเป็นทางการ (Formal Network) หรือเครือข่ายการสื่อสารที่ได้ถูกกำหนดไว้ (Prescribed Communication Network) เป็นประเภทของการสื่อสารระหว่างบุคคลซึ่งเกิดปฏิสัมพันธ์ในเครือข่ายที่ได้มีการวางแผนอย่างแน่นอน ดังนั้น เครือข่ายเหล่านี้มีโครงสร้างที่มีแบบแผน บทบาทและสถานภาพของสมาชิกจึงเป็นสิ่งที่ควรพิจารณาอย่างมาก ชีวิตในสังคมส่วนใหญ่ทุกวันนี้ต้องการวางรูปแบบเครือข่ายการสื่อสารแทบทั้งสิ้น

เครือข่ายทั้งสองประเภทต่างมีตาข่ายต่อเนื่องกัน (Net Connectivity) คือ เส้นทางการติดต่อที่สมาชิกสามารถสื่อสารเข้าถึงสมาชิกอื่นในเครือข่ายแบบ “All Channel Net” คือ สมาชิกทุกคนจะมีทางติดต่อถึงกันได้หมด ในขณะที่เครือข่ายแบบ (Restricted Net) นั้น สมาชิกบางคนมีทางสื่อสารถึงบุคคลอื่นๆ ในเครือข่ายได้อย่างจำกัด หรืออาจไม่มีทางสื่อสารถึงบุคคลอื่นเลย

อภิสรา เกิดชูชื่น (2545) การสื่อสารกับพันธมิตรนั้นจะเป็นไปในรูปแบบการสื่อสารแบบทางการ เนื่องจากการสื่อสารกับพันธมิตรนั้น ส่วนใหญ่จะทำการสื่อสารในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับข้อกฎหมายระเบียบบังคับต่างๆ ซึ่งถือเป็นเรื่องสำคัญ

Robert Putnam (อ้างในเวทินี สตะเวทิน, 2542) พบว่า องค์ประกอบอย่างหนึ่งที่ทำให้เกิดการรวมตัวกันในการดำเนินกิจกรรมของคนในชุมชนจนเกิดความเข้มแข็งคือ การมีช่องทางการสื่อสารให้สมาชิกได้มีการพูดคุยถึงปัญหาร่วมกันทั้งในรูปแบบของการพูดคุยแบบที่เป็นทางการและแบบไม่เป็นทางการเป็นการเพิ่มจำนวนของสมาชิก เพื่อรองรับการเจริญเติบโตของเครือข่ายในเชิงปริมาณและคุณภาพ และโครงสร้างที่ซับซ้อนมากยิ่งขึ้น

เครือข่ายทั้งสองประเภทต่างมีตาข่ายต่อเนื่องกัน(Net Connectivity) คือ เส้นทางการติดต่อที่สมาชิกสามารถสื่อสารเข้าถึงสมาชิกอื่นในเครือข่ายแบบ “All Channel Net” คือสมาชิกทุกคนจะ

มีทางติดต่อถึงกันได้หมด ในขณะที่เครือข่ายแบบ “Restricted Net” นั้น สมาชิกบางคนมีการสื่อสารถึงบุคคลอื่นๆ ในเครือข่ายได้อย่างจำกัด หรืออาจไม่มีการสื่อสารถึงบุคคลอื่นเลย

นฤมล นิราทร (2543) ได้จำแนกประเภทของเครือข่ายทางสังคม ตามมิติ 4 มิติ ดังนี้

1. จำแนกตามพื้นที่ดำเนินการ เช่น เครือข่ายระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ จังหวัด ภาค และประเทศ

2. จำแนกตามกิจกรรมหรือประเด็นปัญหา เช่น เครือข่ายที่ทำงานด้านเด็ก สตรี สาธารณสุข เศรษฐกิจ พัฒนาชุมชน สิทธิมนุษยชน สิ่งแวดล้อม

3. จำแนกตามอาชีพหรือสถานภาพทางสังคม เช่น เครือข่ายด้านแรงงาน เครือข่ายกลุ่มพระสหธรรม เครือข่ายครูพิทักษ์สิทธิเด็ก เครือข่ายสารวัตรนักเรียน

4. จำแนกตามรูปแบบโครงสร้างหรือความสัมพันธ์ ทำให้เกิดเครือข่ายใน 2 ลักษณะ คือ เครือข่ายตามแนวตั้ง คือ (1) เครือข่ายที่มีโครงสร้างเป็นช่วงชั้น ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรภายในเครือข่ายไม่เท่ากัน และ (2) เครือข่ายตามแนวนอน เป็นเครือข่ายที่ความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรภายในเครือข่ายเท่าเทียมกัน

เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์ (2543) ได้แบ่งประเภทของเครือข่าย เพื่อประโยชน์ในการจำแนกกลุ่มบุคคลที่มีอยู่ให้ง่ายต่อความเข้าใจ เกณฑ์ในการแบ่งประเภทของเครือข่ายขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการใช้งาน เกณฑ์การแบ่งประเภทของเครือข่าย มีดังนี้

1. ขนาดของกลุ่ม ประเภทของเครือข่าย แบ่งตามขนาดของกลุ่มได้เป็น เครือข่ายรวม (Total Network) และ (2) เครือข่ายย่อย (Sub network) โดยที่เครือข่ายรวมเปรียบเสมือนสังคมใหญ่ในภาพรวม ในขณะที่เครือข่ายย่อยเปรียบเสมือนกลุ่มสังคมย่อยที่อยู่ในสังคมใหญ่

2. พื้นที่ ประเภทของเครือข่ายแบ่งตามพื้นที่ได้เป็น (1) เครือข่ายระดับหมู่บ้านในพื้นที่ตำบล (2) เครือข่ายระดับหมู่บ้านข้ามพื้นที่ตำบล (3) เครือข่ายระหว่างตำบลใดอำเภอใดอำเภอหนึ่ง (4) เครือข่ายระดับตำบลข้ามพื้นที่อำเภอ (5) เครือข่ายระดับอำเภอในจังหวัดใดจังหวัดหนึ่ง (6) เครือข่ายระดับอำเภอข้ามพรมแดนจังหวัด และ (7) เครือข่ายระหว่างจังหวัดในภูมิภาคใดภูมิภาคหนึ่ง

3. ประเภทที่สนใจร่วม ประเภทของเครือข่ายขึ้นกับประเด็นที่เครือข่ายนั้นสนใจ ซึ่งอาจแบ่งได้หลากหลาย เครือข่ายหนึ่งเครือข่ายอาจมีประเด็นที่สนใจหลายประเด็นรวมอยู่ก็ได้

4. วิชาชีพของสมาชิกกลุ่ม ประเภทของเครือข่ายแบ่งตามระดับวิชาชีพของสมาชิกในเครือข่าย เช่น เครือข่ายนักการเมือง เครือข่ายนักวิชาการ เครือข่ายนักธุรกิจ เครือข่ายสื่อมวลชน เป็นต้น ทั้งนี้อาจนับรวมเครือข่ายผู้นำชุมชนหรือผู้นำกลุ่มเข้ามาด้วย

5. บทบาทกลุ่ม ประเภทของเครือข่ายพิจารณาจากบทบาทหลักที่เครือข่ายนั้นดำเนินการอยู่ เช่น เครือข่ายรณรงค์ประชาสัมพันธ์ เครือข่ายการศึกษาวิจัย เครือข่ายเพื่อนการวิเคราะห์และเสนอนโยบาย เป็นต้น

6. ลักษณะภาคีที่ร่วมในเครือข่าย ประเภทของเครือข่ายแบ่งตามลักษณะภาคีในเครือข่าย เกิดได้สองลักษณะ คือ (1) เครือข่ายแนวนอน (Horizontal Network) เป็นการสร้างเครือข่ายของกลุ่มบุคคลที่มีลักษณะทางสังคมใกล้เคียงกัน เผชิญปัญหาที่คล้ายคลึงกัน เช่น การรวมกลุ่มระหว่างมูลนิธิกับ NGOs และ (2) เครือข่ายแนวตั้ง (Vertical Network) เป็นการสร้างเครือข่ายระหว่างภาคีที่แตกต่างกัน เช่น การรวมกลุ่มระหว่างหน่วยงานของรัฐกับองค์กร ชุมชน การรวมตัวระหว่างองค์กรท้องถิ่นกับมูลนิธิบริษัทธุรกิจ เป็นต้น

7. ระดับความเชื่อมโยง ประเภทของเครือข่ายที่แบ่งด้วยเกณฑ์นี้ใช้ระดับความเชื่อมโยงระหว่างบุคคลที่เป็นจุดศูนย์กลางของเครือข่ายกับภาคีต่างๆ ซึ่งอาจแบ่งออกเป็นเครือข่ายที่มีความเชื่อมโยงใกล้ชิดกันในระดับสูง เครือข่ายที่มีความเชื่อมโยงกันในระดับรองลงไปจนถึงเครือข่ายที่มีความเชื่อมโยงกันในระดับห่างออกไป การแบ่งในลักษณะนี้เป็นการประเมินระดับอิทธิพลของบุคคลที่เป็นศูนย์กลางเครือข่าย ที่จะมีต่อสมาชิกเครือข่ายนั้น

นอกจากนี้ สัมพันธ์ เตชะอธิก และคณะ (2537) ได้แบ่งประเภทของเครือข่ายออกเป็น 3 ประเภท คือ

1. เครือข่ายความคิด เป็นเครือข่ายที่เน้นการทำงานด้านความคิด ความรู้ หรือเทคนิคต่างๆ เครือข่ายเหล่านี้เป็นแหล่งผู้นำได้มีโอกาศเผยแพร่ความคิดของตนและได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ของตนกับคนอื่นๆ ทำให้เกิดความคิดที่ชัดเจนขึ้น เครือข่ายความคิดมักเน้นเครือข่ายของกลุ่มคนที่อยู่บนสภาพที่คล้ายคลึงกัน แต่อยู่ต่างถิ่นกันได้รวมตัวกัน สร้างเครือข่ายขึ้นเพื่อจะได้มีเวทีในการแลกเปลี่ยนประสบการ์กัน

2. เครือข่ายกิจกรรม เป็นเครือข่ายที่เน้นการช่วยเหลือร่วมมือกันในการทำกิจกรรม ส่วนมากเป็นเครือข่ายภายในชุมชนที่สมาชิกของเครือข่ายอาจเป็นเครือญาติกัน หรือมีสายสัมพันธ์เป็นครูและลูกศิษย์กันหรือาจร่วมอยู่ในกลุ่มกิจกรรมเดียวกัน ผู้นำชุมชนอาจจะมีเครือข่ายกิจกรรมโดยเฉพาะอยู่ในชุมชนตนเอง สมาชิกของเครือข่ายจะคอยช่วยเหลือร่วมมือกันยังผลให้งานพัฒนาของผู้นำประสบความสำเร็จ แต่ก็มีผู้นำบางทานที่มีบารมี สามารถระดมความร่วมมือ การทำกิจกรรมระหว่างหมู่บ้านทำให้เกิดการช่วยเหลือเกื้อกูลกันระหว่างหมู่บ้านได้

3. เครือข่ายสนับสนุนทุนกิจกรรมพัฒนาเพื่อแก้ปัญหาชุมชน นอกจากจะมีความคิดในการวิเคราะห์ทางออกในการแก้ปัญหา มีการทำกิจกรรมแก้ปัญหาแล้ว สิ่งหนึ่งที่มีความจำเป็นมาก คือ จะต้องมีทุน ที่มาของทุนเพื่อดำเนินกิจกรรมพัฒนาอาจมาจากการระดมทุนภายในหมู่บ้านโดยการระดมหุ้นจากสมาชิก หรืออาจเป็นทุนที่มาจากภายนอก เช่น การบริจาคหรือการช่วยเหลือจากแหล่งทุนภายนอก

กาญจนา แก้วเทพ (2551) ได้สรุปถึงการแบ่งประเภทของเครือข่ายได้เป็น 2 ประเภท คือ

1. เกณฑ์การแบ่ง เราสามารถใช้ “เกณฑ์” (Criteria) หลายเกณฑ์ในการจัดประเภทของเครือข่ายและทุกครั้งที่เปลี่ยนเกณฑ์ไป ผลของการจัดประเภทของเครือข่ายก็จะเปลี่ยนตามไปด้วย

ตัวอย่างเกณฑ์ที่เราสามารถจะใช้แบ่งประเภทของเครือข่ายจะมีดังนี้

1.1. ใช้ “ระดับชั้น” เป็นเกณฑ์ ก็อาจจะแบ่งเครือข่ายออกได้เป็น 2 แบบ เช่น เครือข่ายที่มีชั้นเดียวกับเครือข่ายที่เกิดขึ้นจากการเอาเครือข่ายเล็ก ๆ ไปต่อประสานเป็น “ซุปเปอร์เครือข่าย” (Supra Network) ขึ้นมา

การจัดเครือข่ายแบบชั้นเดียวกับแบบหลาย ๆ ชั้นอย่าง “ซุปเปอร์” นั้น จะมีนัยยะเรื่องของ “ขนาดเครือข่าย” เข้ามาเกี่ยวข้องทันที และต่อจากนั้น ตัวแปรเรื่อง “การบริหารจัดการเครือข่าย” ก็จะเข้าร่วมแจมด้วย ตามหลักการที่ว่า ยิ่งขนาดของเครือข่ายใหญ่มากยิ่งขึ้น ก็ยิ่งต้องการการบริหารจัดการเครือข่ายที่ดี มิฉะนั้น แทนที่เราจะได้ใช้เครือข่ายให้เป็นประโยชน์ เราอาจจะตกที่นั่ง “ลิงแก้ปมแห” ที่ยิ่งแก้ก็ยิ่งพันตัวหนาแน่นยิ่งขึ้น หรือเกิดภาวะ “ได้ไม่คุ้มเสีย” เป็นต้น

1.2. ใช้ “พื้นที่” เป็นเกณฑ์ ได้แก่ การจัดเครือข่ายตามพื้นที่ที่ใกล้เคียงกัน เช่น ในจังหวัดเดียวกัน เป็นเพื่อนบ้านใกล้เรือนเคียงกัน การใช้พื้นที่เป็นเกณฑ์จัดเครือข่ายนั้น จะมีผลสืบเนื่องต่อไปถึงเรื่อง “การเข้าถึงกันและกัน” (Accessibility) “ปริมาณความถี่ในการติดต่อสื่อสาร” (Frequency) เนื่องจาก “ความใกล้ชิดทางกายภาพ” ในแบบของ “หนึ่งมิตรชิดใกล้” คนไทยสมัยก่อนจึงให้ความสำคัญกับ “เพื่อนบ้าน” เป็นอย่างมาก

1.3. ใช้ “ประเด็น” เป็นเกณฑ์ ได้แก่ การจัดเครือข่ายตาม “ประเด็น” ความสนใจ เช่น เครือข่ายรักษาสิ่งแวดล้อม เครือข่ายสมุนไพร เครือข่ายชมรมจักรยาน ฯลฯ เครือข่ายที่มีประเด็นความสนใจร่วมกันดังกล่าวนี้ จะมีจุดเด่นเรื่อง “คนคอเดียวกัน” ดังนั้น จะพูดคุย จะทำความเข้าใจกันได้ง่าย ทำกิจกรรมร่วมกันก็ง่าย แต่ก็อาจจะเผชิญกับปัญหาในเกณฑ์อื่น ๆ เช่น พื้นที่ ระยะทาง เป็นต้น

1.4. ใช้ “เป้าหมาย” หรือ “ประโยชน์การใช้” เครือข่ายเป็นเกณฑ์ ดังตัวอย่างของเครือข่ายต่อไปนี้

1.4.1 เครือข่ายการทำกิจกรรมร่วมกันเพื่อมุ่งหวังที่จะผลักดันนโยบาย เช่น เครือข่ายของผู้พิการที่มาร่วมทำกิจกรรมร่วมกันเพื่อเรียกร้องให้รัฐมีนโยบายที่หนุนช่วยคนพิการ

1.4.2 เครือข่ายที่มีเป้าหมายของการแลกเปลี่ยนข้อมูล / ข่าวสาร เช่น สำนักข่าวต่าง ๆ ที่สานเครือข่ายกันเอาไว้

1.4.3 เครือข่ายที่มีเป้าหมายของการช่วยเหลือกันในยามที่ต้องการ (Mutual Aid) เป็นรูปแบบเครือข่ายที่เคยมีมากที่สุดในสังคมไทย เช่น การลงแขกเกี่ยวข้าว

1.4.4 เครือข่ายที่มีเป้าหมายของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แต่เดิมนั้น ในแวดวงนักวิชาการและสถาบันการศึกษาจะมีการจัดวางเครือข่ายแลกเปลี่ยนความรู้กันที่แสดงออกมาเป็นกิจกรรม เช่น การประชุมสัมมนาประจำปี แต่ปัจจุบันนี้ การจัดรูปแบบเครือข่ายดังกล่าวได้ขยายตัวและแพร่หลายมากขึ้นในภาคส่วนอื่น ๆ ของสังคม เช่น ภาคธุรกิจ ภาคองค์กรพัฒนาเอกชน รวมทั้งภาคองค์กรประชาชน

2. ผลสืบเนื่อง จากการจำแนกประเภทของเครือข่ายนั้น จะมีผลสืบเนื่องตามมาอยู่ 2 ประการ คือ ประเภทของกิจกรรม และการได้ประโยชน์และค่าใช้จ่าย / การลงทุนของเครือข่าย (Benefit and Cost)

2.1. ผลสืบเนื่องต่อประเภทของกิจกรรม เนื่องจากเครือข่ายแต่ละประเภทจะมีลักษณะของกิจกรรมคนละแบบ เช่น เครือข่ายกิจกรรมผลักดันนโยบาย ก็จะมีกิจกรรมประเภท “รวมพลสำแดงพลัง ชุมนุมเรียกร้อง ยื่นหนังสือเปิดผนึก...” แต่ถ้าเป็นประเภทเครือข่ายช่วยเหลือกัน ก็จะเป็นกิจกรรมประเภท “ร่วมแรงร่วมใจ ร่วมด้วยช่วยกัน” มากกว่า

2.2. การใช้ประโยชน์และค่าใช้จ่าย / การลงทุนของเครือข่าย โดยปกติเมื่อเวลาพูดถึงเรื่อง “เครือข่าย” เรามักจะมองเห็นแง่มุมที่จะได้ประโยชน์นานัปการจากการมีเครือข่าย เช่น ได้การเรียนรู้แบบก้าวกระโดด (โดยเรียนรู้จากเพื่อน ๆ ไม่ต้องลองผิดลองถูกด้วยตนเอง) ได้พลังอำนาจต่อรอง ทั้งนี้ ยังไม่ต้องนับผลประโยชน์ในแง่รูปธรรมต่าง ๆ

อย่างไรก็ตาม ข้อเท็จจริงอีกด้านหนึ่งที่ไม่ควรลืมก็คือ เหรียญอีกด้านหนึ่งของเครือข่ายก็คือ เครือข่ายนั้นจำเป็นต้อง “มีค่าใช้จ่าย / มีการลงทุน” ตัวอย่างเช่น ต้องมีการลงทุนทรัพยากรเวลา (เช่น ต้องไปเยี่ยมเยียนให้กำลังใจ ไปร่วมประชุม ฯลฯ) ต้องมีการลงทุนเรื่องการติดต่อสื่อสารที่ดีและสม่ำเสมอ (เช่น ต้องตอบจดหมาย) ต้องมีการบริหารจัดการ (เช่น การแบ่งบทบาทหน้าที่กันทำงาน) ต้องยึดหลัก “ซึ่งกันและกัน ทีเขาทีเรา หรือผลประโยชน์ต่างตอบแทน” ซึ่งหลักการนี้ต้องมาจาก “จิตใจที่พร้อมทั้งการเป็นผู้ให้และผู้รับ” ดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น

หากปราศจากการจ่ายหรือการลงทุนที่เพียงพอและดีพอ เราก็ไม่อาจจะธำรงรักษาเครือข่ายเอาไว้ใช้ประโยชน์ได้อย่างยาวนาน หรือได้ใช้ในยามจำเป็นหรือยามต้องการ และคุณประโยชน์-ค่าใช้จ่ายของเครือข่ายนั้นก็จะแตกต่างกันไปตามประเภทของเครือข่ายแต่ละชนิด

ลักษณะการวิเคราะห์เครือข่ายการสื่อสาร

ลักษณะการวิเคราะห์เครือข่ายการสื่อสาร ที่ใช้ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลวิเคราะห์ดังนั้น สภาพของสมาชิกแต่ละคนในกลุ่มก็จะต้องสัมพันธ์กับการสื่อสารบุคคล ยิ่งมีสถานภาพสูง เช่นเป็นหัวหน้า การสื่อสารมักจะออกมาในรูปการเสนอความคิดเห็น และรับเอาความคิดเห็นจากสมาชิกอื่นๆ ความสัมพันธ์ระหว่างการสื่อสารและสถานะภาพของสมาชิกอาจแยกได้เป็น 3 ลักษณะคือ (วินิจ เกตุขำ, 2522)

1. การสื่อสารมักมีแนวโน้มไปสู่บุคคลที่มีสถานภาพสูงในกลุ่ม เช่น หัวหน้า หรือประธานกลุ่มจะมีการสื่อสารกับคนอื่นในกลุ่มมากกว่าลูกน้องหรือสมาชิก เพราะอย่างน้อยหัวหน้าจะต้องคอยประสานงาน รับฟังสมาชิกในกลุ่ม
2. การสื่อสารจะมีแนวโน้มไปสู่บุคคลที่มีสถานภาพเท่าเทียมกัน มากกว่าแตกต่างกัน เช่น กลุ่มที่มีคนหลายฐานะ ต่างวัยวุมิ คุณวุมิกันมากๆ จะมีการสื่อสารน้อยกว่าในกลุ่มที่มีฐานะวัยวุฒิ คุณวุฒิ เท่าเทียมกัน
3. การสื่อสารจะไม่ค่อยเกิดขึ้นในกลุ่มบุคคลที่มีสถานภาพเหลื่อมล้ำต่ำสูงกว่ากัน หรือสถานภาพไม่เป็นที่บ่งชัด

Rogers และ Kincaid จากหนังสือ Communication Networks (อ้างในชวนวล คณานุกูล, 2542) ได้กล่าวถึงเรื่องนี้ว่า เครือข่ายการสื่อสาร คือ ระบบการแพร่กระจายข้อมูล หรือการติดต่อสัมพันธ์กันในบรรดาสมาชิกของกลุ่ม โดยระบบการแพร่กระจายข้อมูลจะมี 2 ลักษณะ คือ

1. เครือข่ายความสัมพันธ์ส่วนบุคคลแบบกระจาย (Radial Personal network) คือ การที่บุคคลหนึ่งมีการติดต่อสัมพันธ์กับหลายๆ คน แต่ในกลุ่มที่เขาติดต่อจะไม่มีการติดต่อสัมพันธ์ระหว่างกันเลย ส่วนใหญ่บุคคลที่ติดต่อจะมีความผูกพันกันแบบผิวเผิน (Weak Tie) เช่น เป็นเพียงคนรู้จัก หรือผู้ร่วมงาน เป็นต้น
2. เครือข่ายความสัมพันธ์ส่วนบุคคลแบบซ้อนติดกัน (Interlocking Personal Network) คือ การที่บุคคลหนึ่งมีการติดต่อสัมพันธ์กับคนอื่นๆ อีกหลายคน โดยกลุ่มคนในเครือข่ายจะมีการติดต่อสัมพันธ์ถึงกันหมด และความสัมพันธ์จะเป็นแบบแน่นแฟ้น (Strong Tie) เช่น เพื่อนสนิท หรือญาติ โดยแต่ละคนจะมีลักษณะที่เหมือนกันหรือคล้ายกันมาก

ในเครือข่ายการสื่อสารจะมีลักษณะของความผูกพันระหว่างบุคคล 3 ลักษณะคือ

1. ความผูกพันแบบสนิทสนมแน่นแฟ้น (Strong Tie)
2. ความผูกพันแบบผิวเผิน (Weak Tie)
3. ไม่มีความผูกพัน (Absent)

โดยระดับของความผูกพันจะมีมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับ

1. ผลรวมของจำนวนเวลาที่มีการติดต่อสัมพันธ์กัน
2. ความเข้มข้นของอารมณ์ ความรู้สึกคุ้นเคยในการติดต่อสัมพันธ์กัน
3. ความคุ้นเคยสนิทสนมไว้ใจ เชื่อใจซึ่งกันและกันของคู่สื่อสาร
4. การช่วยเหลือซึ่งกันและกันของคู่สื่อสาร

นอกจากนี้ Rogers และ Kincaid ยังกล่าวไว้ในหนังสือ Communication Networks (อ้างในชวนวล คุณานุกูล, 2542) ว่า นอกจากคู่สื่อสารจะมีลักษณะความผูกพันต่อกันในแบบต่างๆ แล้วในการติดต่อสื่อสารแต่ละครั้ง คุณลักษณะของคู่สื่อสารที่เหมือนกัน และแตกต่างกันจะเป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถทำนายได้ว่า “ใครจะถ่ายทอดข่าวสารต่อไปยังใครและในการถ่ายทอดข่าวสารนั้นจะมีประสิทธิภาพเพียงไร” คุณลักษณะที่เหมือนกัน (Homophily) หมายถึง ระดับความเหมือนกันของบุคคลสองคนที่มีปฏิกิริยาสัมพันธ์ต่อกันในด้านต่างๆ เช่น ความเชื่อ ค่านิยม การศึกษา สถานภาพทางสังคม ความชอบ เป็นต้น ซึ่งตรงกันข้ามกับคุณลักษณะที่แตกต่างกัน (Heterophily) ซึ่งหมายถึง ระดับความแตกต่างกันของบุคคลทั้งสองที่ปฏิกิริยาสัมพันธ์กันในด้านต่างๆ ดังกล่าวมีผู้ให้ทัศนะว่า “การสื่อสารจะเกิดขึ้นได้บ่อยครั้ง มีประสิทธิภาพ และเป็นไปได้ด้วยความราบรื่นนั้นเมื่อผู้ร่วมสื่อสารมีลักษณะที่คล้ายคลึงกัน”

จะเห็นได้ว่าโครงสร้างของการติดต่อสื่อสารสามารถมีอิทธิพลต่อความรู้สึกของคนรวมทั้งยังมีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพการทำงานของกลุ่มในด้านความรวดเร็ว ความถูกต้อง และการปรับตัว ด้วยนอกเหนือจากรูปแบบการไหลของข่าวสารภายในกลุ่มแล้ว ยังมีเรื่องของความแตกต่างของบทบาทของบุคคลในเครือข่ายการสื่อสาร ที่เป็นส่วนหนึ่งในการวิเคราะห์เครือข่ายการสื่อสาร

เครือข่ายเป็นสิ่งที่ประกอบสร้างขึ้นจากการเชื่อมโยงกันของบุคคลหลายคนผ่านเรื่องราวที่ทำให้เกิดความรู้สึกร่วมว่าเป็นพวกเดียวกัน หรือมีเป้าหมายในการทำอะไรบางอย่างร่วมกัน ในแต่ละเครือข่ายจึงมักจะมีเนื้อหาหลักที่คนในเครือข่ายสื่อสารกัน โดยเนื้อหานั้นมักจะทำหน้าที่สะท้อนถึงอัตลักษณ์ของกลุ่มหรือแสดงความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมกัน

จากการพิจารณาความหมายของเครือข่ายดังกล่าวข้างต้นจะพบว่าองค์ประกอบหลักที่ปรากฏในแต่ละเครือข่ายคือ สมาชิกในเครือข่าย การเชื่อมต่อกันภายในเครือข่าย และประเด็นการสื่อสาร ซึ่งแต่ละองค์ประกอบต่างมีความสำคัญต่อบทบาทและการดำรงอยู่ของเครือข่าย กล่าวคือ

1. สมาชิกในเครือข่าย

เครือข่ายทุกเครือข่ายประกอบด้วยสมาชิก โดยหน่วยของสมาชิกมักจะเป็นบุคคล แต่สานภาพของบุคคลในเครือข่ายอาจมีหลากหลาย เช่น อาจเป็นบุคคลธรรมดา เป็นตัวแทนของกลุ่ม หมู่บ้าน องค์กรธุรกิจ หน่วยงานระดับท้องถิ่น ระดับประเทศก้ได้ และนอกจากบุคคลที่เป็นสมาชิกโดยตรงในเครือข่ายแล้ว ในแต่ละเครือข่ายอาจจะมีบุคคลที่เรียกว่า พันธมิตร ที่มิได้เป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายโดยตรง แต่จะมีส่วนช่วยสนับสนุนเครือข่ายในเรื่องต่างๆ เช่น การแลกเปลี่ยนข้อมูลให้ข้อคิดเห็น อำนวยความสะดวกในการติดต่อประสานงาน หรืออื่นๆ กลุ่มบุคคล พันธมิตร มักจะมีการเชื่อมโยงกับสมาชิกในเครือข่ายแบบเฉพาะกิจหรือในบางโอกาส เท่านั้น

ในการพิจารณาองค์ประกอบด้านสมาชิกในเครือข่ายจะทำให้เราสามารถจำแนกประเภทของเครือข่ายได้เป็น 2 ประเภท (อ้างในปาริชาติ สถาปิตานนท์, 2547) คือ

1. เครือข่ายแบบผูกพันภายใน (Bonding Network) เป็นเครือข่ายที่ประกอบด้วยสมาชิกที่มีคุณลักษณะต่างๆ เหมือนกันในระดับสูง สมาชิกในเครือข่ายมักจะมีความรู้สึก ความเชื่ออุดมการณ์และประสบการณ์ที่คล้ายๆ กันหรือใกล้เคียงกัน ทำให้สมาชิกในเครือข่ายมีความเข้าใจกันสูง มีความไว้วางใจกันสูง อันทำให้การประสานงานภายในเครือข่ายเป็นไปได้โดยสะดวก แต่เครือข่ายในลักษณะนี้ มีจุดอ่อนที่มีโอกาสปิดกั้นการรับรู้ข้อมูลข่าวสารใหม่ๆ จากภายนอก โดยเฉพาะข้อมูลข่าวสารหรือความเชื่อที่แตกต่างไปจากกลุ่มของตน

2. เครือข่ายแบบเชื่อมต่อความหลากหลาย (Bridging Network) เป็นเครือข่ายที่ประกอบด้วยสมาชิกที่มีความแตกต่างหลากหลายในเชิงความคิด ความรู้สึกความเชื่ออุดมการณ์ และ ประสบการณ์ แต่อาจมีเป้าหมายร่วมกัน หรือมีความเชื่อมั่นร่วมกันในพลังของเครือข่าย ในฐานะทางออกที่สามารถตอบสนองความต้องการของตนได้ เครือข่ายในลักษณะนี้ มีโอกาสได้รับข้อมูลข่าวสารใหม่ๆ จากภายนอก ไหลเวียนผ่านสมาชิกในเครือข่ายไปสู่สมาชิกอื่นๆ ในเครือข่ายในระดับสูง แต่ก็มีโอกาสที่จะมีความขัดแย้งกันสูงด้วย อย่างไรก็ตาม หากมีการจัดการที่ดี โดยเฉพาะการกระตุ้นให้สมาชิกในเครือข่ายมีโอกาสรับฟังและแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกัน รวมทั้งร่วมกันกำหนดกฎกติกาต่างๆ ให้ชัดเจน จะทำให้สมาชิกในเครือข่ายมีโอกาสในการฝึกการเปิดใจกว้าง รับฟังความคิดเห็นใหม่ๆ และหาข้อสรุปต่างๆ ร่วมกัน อันจะนำไปสู่การลดความขัดแย้ง เสริมสร้างพลังในการเผชิญกับปัญหาและสามารถค้นหาทางออกที่เหมาะสมได้ดี

2. การเชื่อมต่อกันภายในเครือข่าย

การเชื่อมโยง หมายถึง การที่บุคคล/กลุ่มบุคคลอย่างน้อย 2 คน / กลุ่ม มีสัมพันธภาพกัน และมีการติดต่อสื่อสารกัน อนึ่ง ในระบบสังคมหนึ่งๆ อาจมีความเป็นไปได้น้อยมากที่บุคคลจะแยกตัวเป็นอิสระโดยไม่มีการติดต่อสื่อสาร หรือพบปะกับบุคคลอื่นๆ แต่ในทางปฏิบัติบุคคลมักมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นๆ ในลักษณะกลุ่มย่อยต่างๆ โดยในเครือข่ายหนึ่งอาจจะประกอบด้วยกลุ่มย่อยหลายๆ กลุ่ม ที่มีการเชื่อมโยงติดต่อสื่อสารกัน

สมาชิกในเครือข่ายแต่ละคนเสมือนเป็นจุดสำหรับการต่อเชื่อมหรือ Nodes สมาชิกที่มีศักยภาพในการกระจายข้อมูลข่าวสารไปยังจุดอื่นๆ จะเรียกว่าตัวต่อ หรือ Hubs ซึ่งจะเป็น Nodes ที่มีเส้นทางเชื่อมต่อมากนั่นเองในบรรดา Nodes และตัวต่อทั้งหลายภายในเครือข่ายนั้น สามารถจำแนกได้หลายประเภท ตามบทบาทที่แสดงออกเชิงการสื่อสารของบุคคลต่างๆ ในเครือข่าย (ปาริชาต สถาปิตานนท์, 2547) คือ

1. บทบาทเบื้องต้นของบุคคลในเครือข่าย โดยภาพรวม ในแต่ละเครือข่ายมักประกอบไปด้วยบุคคล 3 กลุ่ม ได้แก่ แกนนำเครือข่าย สมาชิกและพันธมิตร

1.1 แกนนำเครือข่าย มักได้แก่ บุคคลที่สมาชิกเครือข่ายศรัทธา เชื่อถือ ยกย่อง โดยอาจประกอบด้วยแกนนำเครือข่ายอย่างเป็นทางการ ซึ่งมีการประกาศให้รับรู้โดยทั่วกัน และแกนนำเครือข่ายอย่างไม่เป็นทางการ ซึ่งเป็นบุคคลที่สมาชิกเครือข่ายมักจะขอความคิดเห็นในวาระต่างๆ โดยแกนนำเครือข่ายมีบทบาทสำคัญในด้านต่างๆ อาทิ เป็นส่วนหนึ่งของการริเริ่มเครือข่าย เป็นบุคคลที่มีบทบาทในการตัดสินใจดำเนินกิจกรรมต่างๆ ของเครือข่าย ทั้งในด้านการกระจายข้อมูลข่าวสารสู่สมาชิก การริเริ่มตั้งประเด็นต่างๆ ของเครือข่าย ทั้งในด้านการกระจายข้อมูลข่าวสารสู่สมาชิก การริ่เริ่มตั้งประเด็นต่างๆ การจัดกระบวนการต่างๆ ในการระดมสมอง หรือรับฟังความคิดเห็นจากสมาชิก การแสวงหาแนวทางในการผลักดันให้เกิดกระบวนการตัดสินใจของเครือข่ายในเรื่องต่างๆ

1.2 สมาชิกเครือข่าย ได้แก่ บุคคลที่เป็นส่วนหนึ่งของเครือข่าย ทั้งในด้านการทำกิจกรรมต่างๆ การร่วมเสนอความคิดเห็น และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจต่างๆ ตลอดจนร่วมรับผิดชอบกับผลต่างๆ ที่เกิดขึ้นภายหลังการตัดสินใจ โดยการที่บุคคลก้าวเข้ามาเป็นสมาชิกของเครือข่ายหนึ่งๆ มิดได้หมายความว่า บุคคลไม่สามารถเป็นสมาชิกของเครือข่ายอื่นได้ แต่ในทางปฏิบัติ บุคคลหนึ่งๆ สามารถเป็นสมาชิกได้หลายเครือข่าย ซึ่งอยู่กับความสนใจ การแบ่งบทบาท/หน้าที่ เวลา ตลอดจนความรู้สึกไว้เนื้อเชื่อใจของสมาชิกอื่นๆ ในเครือข่าย

1.3 พันธมิตร ได้แก่ บุคคลที่มิได้เป็นส่วนหนึ่งของเครือข่าย แต่มีส่วนช่วยสนับสนุนเครือข่ายในเรื่องต่างๆ อาทิ การแลกเปลี่ยนข้อมูล หรือข้อคิดเห็นต่างๆ การอำนวยความสะดวกใน

ด้านการติดต่อประสานงานกับบุคคลอื่นๆ การให้การสนับสนุนด้านนโยบาย กิจกรรม บุคลากร ตลอดจนงบประมาณต่างๆ เป็นต้น

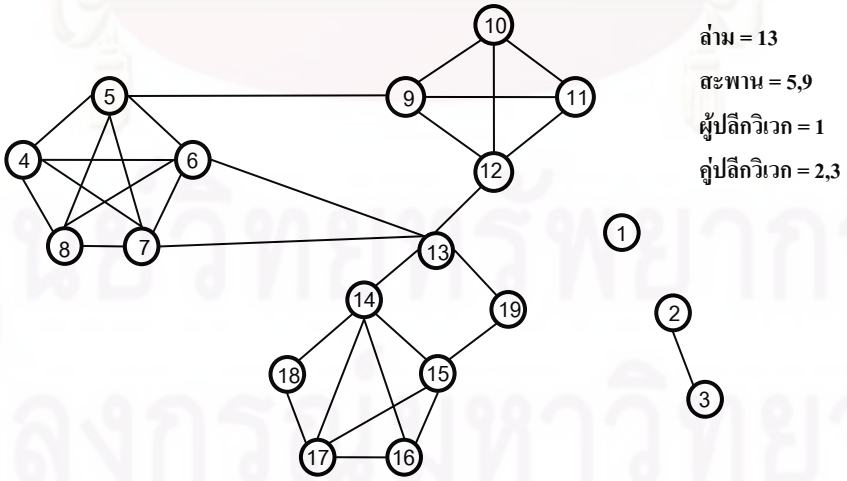
2. บทบาทเชิงการสื่อสาร หากนำการสื่อสารเข้ามาเป็นแนวทางในการแบ่งบทบาทของสมาชิกในเครือข่าย และกลุ่มองค์กรต่างๆ ตามคุณลักษณะที่เหมาะสม นักวิชาการด้านการสื่อสารนิยมแบ่งบทบาทของสมาชิกและองค์กรในเครือข่าย ดังต่อไปนี้

2.1 บทบาทของกลุ่มบุคคลที่เป็นตัวต่อต่างๆ (Hubs) ในเครือข่าย

2.1.2 ล่าม (Liaison) ได้แก่ คนที่ไม่ได้สังกัดอยู่ในกลุ่มย่อยกลุ่มใดในเครือข่ายแต่ทำหน้าที่เป็นตัวเชื่อมกับกลุ่มต่างๆ หรือบุคคลต่างๆ ที่ไม่ได้ติดต่อสื่อสารกันเข้าด้วยกัน ทั้งในเชิงการส่งต่อข้อมูลและการรับข้อมูลเพื่อมากระจายต่อในเครือข่าย โดยทั่วไปล่ามจะเป็นบุคคลที่มีความเป็นกลาง (Betweenness) สูง

2.1.3 สะพาน (Bridge) คือ คนที่เป็นสมาชิกกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งในเครือข่าย และมีบทบาทเป็นตัวเชื่อมกับสมาชิกกลุ่มอื่นๆ ในเครือข่าย โดยคนที่ทำหน้าที่เป็นสะพานมีความแตกต่างจากคนที่เป็นล่ามคือ ล่ามไม่ได้สังกัดกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งในเครือข่าย ในขณะที่คนที่ทำหน้าที่เป็นสะพานเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มย่อยใดกลุ่มหนึ่งในเครือข่าย และทำหน้าที่ในการประสานงานกับบุคคลในกลุ่มอื่นๆ

2.1.4 ผู้ปลีกวิเวก (Isolate role) คือ บุคคลที่เป็นสมาชิกของเครือข่าย แต่มักเก็บตัวไม่ค่อยสุงสิงหรือติดต่อสื่อสารกับสมาชิกคนอื่นๆ ในเครือข่าย บางครั้งเราอาจพบว่า มีคู่ปลีกวิเวก ซึ่งได้แก่บุคคลคู่หนึ่งที่เป็นสมาชิกของเครือข่ายแต่ติดต่อกันเองโดยไม่สนใจติดต่อกับสมาชิกคนอื่นๆ ในเครือข่ายการมีผู้ปลีกวิเวก ทำให้จุดที่ควรจะมีการเชื่อมต่อขาดการเชื่อมต่อเกิดเป็นช่องว่างและเป็นอุปสรรคที่ทำให้สมาชิกในเครือข่ายไม่สามารถรับรู้ข้อมูลข่าวสารได้อย่างทั่วถึง

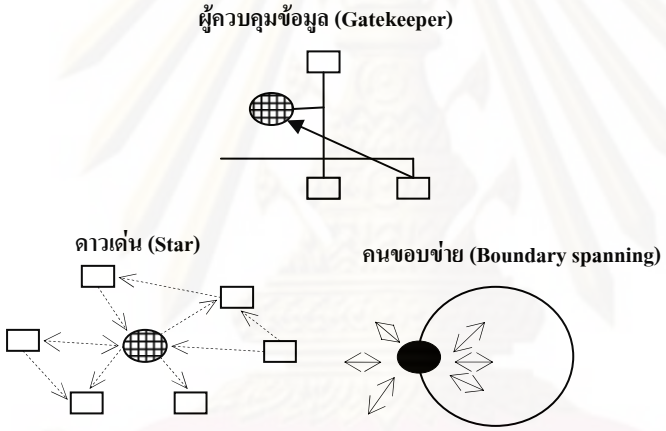


ที่มา ปาริชาติ สถาปิตานนท์ ดัดแปลงจาก Littlejohn (1992)

ภาพที่ 13 : แผนภาพแสดงล่าม สะพาน ผู้ปลีกวิเวก คู่ปลีกวิเวก

2.1.5 ดาวเด่น (Star) คือ คนที่เป็นตัวเชื่อมกับคนอื่นๆ ในกลุ่มต่างๆ ของเครือข่าย เป็นจำนวนมากทั้งบุคคลที่อยู่ในกลุ่มของตน และบุคคลที่เป็นสมาชิกของกลุ่มอื่นๆ ในเครือข่าย โดยทำหน้าที่ในการส่งต่อข้อมูลและการรับข้อมูลเพื่อมากระจายต่อในเครือข่าย บุคคลที่เป็นดาวเด่น มักเป็นบุคคลที่สมาชิกจากกลุ่มต่างๆ สามารถเข้าถึงได้ (Reachable) โดยตรง ทำให้มีลักษณะของการเป็นศูนย์กลาง (Center) สูงคนขอบข่าย (Boundary spanning) ได้แก่บุคคลที่เชื่อมต่อระหว่างเครือข่ายตนกับสังคมภายนอกอันทำให้เกิดการหมุนเวียนหรือแลกเปลี่ยนข้อมูลภายในเครือข่ายกับข้อมูลอื่นๆ ในสภาวะแวดล้อม

2.1.6 คนควบคุมข้อมูล (Gatekeeper) ได้แก่บุคคลที่มีบทบาทในการควบคุมการกระจายข้อมูลหรือการหมุนเวียนข้อมูลระหว่างสมาชิกต่างๆ ในเครือข่าย อาจเป็นบุคคลคนเดียวกับล่าม สะพาน หรือดาวเด่นก็ได้ แต่ที่สำคัญคือจะเป็นผู้ที่มีข้อมูลอยู่ในมือและมีอำนาจในการตัดสินใจแพร่กระจายข้อมูลไปยังบุคคลอื่นๆ



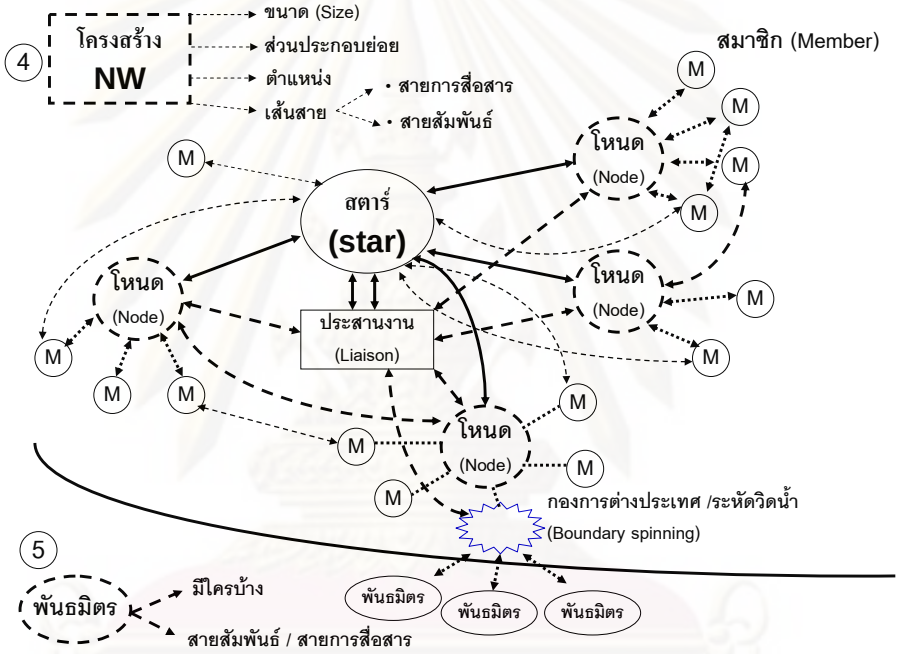
ที่มา ปาริชาต สถาปิตานนท์ ดัดแปลงจาก Farance, Monge, Russell (1997)

ภาพที่ 14 : แผนภาพแสดงผู้ควบคุมข้อมูล ดาวเด่น คบขอบข่าย

ในทางปฏิบัติ เราอาจพบว่า คนที่ทำหน้าที่ควบคุมข้อมูล อาจเป็นบุคคลเดียวกับบุคคลที่เป็นล่าม สะพาน หรือดาวเด่น ทั้งนี้เนื่องจากการตัดสินว่า ใครเป็นคนควบคุมข้อมูล มักกระทำบนพื้นฐานของการพิจารณาว่าใครเป็นผู้มีข้อมูลอยู่ในมือ และมีอำนาจในการตัดสินใจแพร่กระจายข้อมูลไปยังบุคคลอื่น ในขณะที่บุคคลที่มีบทบาทเป็นตัวต่อ ไม่ว่าจะเป็นล่าม สะพาน หรือดาวเด่น มักพิจารณาบนฐานคิดของปริมาณเส้นทาง (Line) ในการติดต่อและแพร่กระจายข้อมูลสู่บุคคลอื่นๆ ในกลุ่มและในเครือข่าย โดยไม่คำนึงว่าบุคคลดังกล่าวจะมีข้อมูลอยู่ในมือ และมีอำนาจในการตัดสินใจแพร่กระจายข้อมูลหรือไม่

นอกจากนี้เรายังพบว่า บุคคลที่เป็นแกนนำเครือข่าย อาจเป็นคนเดียวกับบุคลที่เป็นล่าม สะพาน หรือดาวเด่นอีกด้วย ทั้งนี้เนื่องจากการพิจารณาความเป็นแกนนำเครือข่ายมักพิจารณาด้วยเกณฑ์ของการที่บุคคลอื่นๆ ในเครือข่ายให้ความเคารพ ยกย่อง และมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของสมาชิก ในขณะที่บุคคลซึ่งเป็นล่าม สะพาน หรือดาวเด่น พิจารณาโดยอิงเส้นทางในการติดต่อและแพร่กระจายข้อมูลบุคคลอื่นๆ นั่นเอง

กาญจนา แก้วเทพ (2551) กล่าวถึง ตำแหน่งต่าง ๆ ในโครงสร้างของเครือข่าย เพื่อให้รู้ว่าเครือข่ายนั้น มีส่วนประกอบย่อยใดกันบ้าง เพราะส่วนประกอบย่อยที่อยู่ในตำแหน่งต่าง ๆ จะมีภาระหน้าที่ที่แตกต่างกันไป



ภาพที่ 15 : แผนภาพแสดงโครงสร้างของ Network และพันธมิตร

ตำแหน่งที่ 1 : ศูนย์กลางของเครือข่าย (สตาร์ / Star) เนื่องจาก “เครือข่าย” เป็นรูปแบบการจัดความสัมพันธ์ของผู้คน ดังนั้น “ตำแหน่งที่เป็นศูนย์กลางของเครือข่าย เป็นดาวหรือสตาร์ประจำกลุ่ม ก็คือ ตำแหน่งที่มี “เส้นสายความสัมพันธ์จากสมาชิกคนอื่น ๆ” พุ่งเข้ามาหามากที่สุด ตำแหน่งนี้อาจจะเป็นหัวหน้าเครือข่าย ประธานของเครือข่าย ฯลฯ

ตำแหน่งที่ 2 : ผู้ประสานงาน / ติดต่อสื่อสาร (liaison) ในขณะที่ “สตาร์” เป็นชุมทางเส้นสายความสัมพันธ์นั้น “ผู้ประสานงาน” ก็จะทำหน้าที่เป็น “ชุมทางของเส้นทางการติดต่อสื่อสาร” ซึ่งเป็นตำแหน่งที่สำคัญอีกตำแหน่งหนึ่ง เนื่องจากการติดต่อสื่อสารนั้นเป็นเสมือน “เส้นใยประสาท” ของเครือข่าย หากเส้นประสาทอักเสบหรือพิการ เครือข่ายก็จะเป็นอัมพาตอย่างแน่นอน ในเครือข่ายขนาดเล็ก สตาร์กับผู้ประสานงาน / ติดต่อสื่อสารอาจจะเป็นคน ๆ เดียวกัน แต่ใน

เครือข่ายขนาดใหญ่ มักจะต้องแยกเป็นตำแหน่งต่างหากเพื่อแบ่งงานกันทำ แต่ทว่า สตาร์กับผู้ประสานงานจะต้องทำงานร่วมกันอย่างใกล้ชิด

ตำแหน่งที่ 3 : ชุมสายย่อย / โหนด (Node) ในกรณีที่เครือข่ายมีขนาดใหญ่หรือครอบคลุมพื้นที่กว้างขวางมาก ๆ เนื่องจากสตาร์นั้นเป็นมนุษย์ธรรมดา จึงต้องมีข้อจำกัดทั้งเรื่องเวลาและพื้นที่ซึ่งอาจจะทำให้ไม่สามารถติดต่อกับสมาชิกได้อย่างทั่วถึง ในลักษณะแบบนี้ก็จำเป็นต้องมี “ชุมสายย่อย ๆ หรือโหนด” มาทำหน้าที่ประสานงานเป็นตัวกลางระหว่างสมาชิกแต่ละกลุ่มกับสตาร์และผู้ประสานงาน

ตำแหน่งที่ 4 : สมาชิก (Member) สมาชิกนับเป็นส่วนประกอบที่สำคัญสำหรับการดำรงอยู่และความเข้มแข็งของเครือข่ายเช่นเดียวกันแม้จะดูเป็นตำแหน่งปกติธรรมดาก็ตาม ทั้งนี้เพราะเครือข่ายที่เข้มแข็งก็ต้องมีสมาชิกที่มีความกระตือรือร้นเท่านั้น

ลักษณะของสมาชิกในเครือข่ายนั้น จะแตกต่างจากสมาชิกในกลุ่ม / องค์กรดังที่กล่าวมาแล้ว คือ สมาชิกแต่ละคนสามารถจะมีเส้นสายสัมพันธ์และเส้นสายการสื่อสารได้หลาย ๆ ระดับทั้งการสัมพันธ์กับสตาร์ / ผู้ประสานงาน / ชุมสายย่อย ๆ โหนด / หรือกับสมาชิกด้วยกันเอง และยิ่งสมาชิกมีเส้นสายความสัมพันธ์และการติดต่อสื่อสารมากเท่าใด ก็จะเปรียบเสมือนตาข่ายที่มีการสานสอดกันอย่างหนาแน่นทำให้มีความเข้มแข็งที่จะรองรับภารกิจหรือเผชิญกับปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ได้อย่างดี นอกจากนี้ยังมีสมาชิกที่มีคุณลักษณะพิเศษแตกต่างจากสมาชิกทั่วๆ ไป อยู่ 2 ประเภท คือ

1. ระหัดวิดน้ำตรงชายเขต (Boundary Spinning) สมาชิกประเภทนี้จะทำหน้าที่คล้าย ๆ กองการต่างประเทศคือ เป็นผู้ที่ติดต่อประสานงานกับข้างนอก เช่น เป็นผู้นำข่าวสารความเคลื่อนไหว / ความรู้ / ประสบการณ์จากภายในเครือข่ายออกไปสู่โลกภายนอก และในเวลาเดียวกันก็นำเอาความเคลื่อนไหว / ความรู้ / ประสบการณ์จากโลกภายนอกเข้ามาสู่เครือข่าย ซึ่งเป็นการทำหน้าที่เสมือนระหัดวิดน้ำเข้าออกที่นา ตำแหน่งระหัดวิดน้ำนี้ มีความสำคัญต่อการพัฒนาเครือข่ายเนื่องจากความเจริญเติบโตของเครือข่ายนั้น นอกจากจะมาจากปัจจัยภายในแล้ว ก็ยังขึ้นอยู่กับการเรียนรู้จากโลกภายนอกไปพร้อม ๆ กัน ตำแหน่งระหัดวิดน้ำนี้อาจจะมีการแต่งตั้งอย่างเป็นทางการหรือเป็นการทำหน้าที่อย่างไม่เป็นทางการก็ได้

2. สมาชิกผู้โดดเดี่ยว (Isolated Member) มีสมาชิกบางคนที่อยู่ใน “ภาวะเสี่ยง” ต่อการสายขาดอย่างมาก เช่น เป็นผู้ที่มีสายสัมพันธ์อยู่สายเดี่ยวกับสตาร์ ในขณะที่สตาร์มีภารกิจมากอาจจะไม่มีเวลาติดต่อ หรือหากมีการเปลี่ยนแปลงศูนย์กลาง ก็อาจจะขาดหายไปเลย ดังนั้น ควรจะมีการปรับแก้ไขภาวะความเสี่ยงดังกล่าว

ในแต่ละเครือข่ายมักจะประกอบด้วยเส้นต่อเชื่อมกันจำนวนหนึ่ง ถ้าเส้นต่อเชื่อมมีเป็นจำนวนมากเครือข่ายนั้นก็จะมีความเหนียวแน่นและมีพลังในการทำงานร่วมกันมาก แต่ความเหนียวแน่นและยั่งยืนของเครือข่ายยังขึ้นกับความสมดุลภายใจ ซึ่งหมายถึงมีความเท่าเทียมกันในเชิงโอกาสในการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างกัน ถ้ามีความเท่าเทียมกันสูง เครือข่ายจะมีความสมดุลและมีความยั่งยืนสูง ในการวิเคราะห์ความสมดุลสามารถทำได้โดยพิจารณาว่า คู่สื่อสารหรือกลุ่มย่อยต่างๆ ในเครือข่าย มีโอกาสให้ข้อมูลข่าวสารหรือรับข้อมูลเรื่องต่างๆ เพียงใด มีการแลกเปลี่ยนมุมมอง และการค้นหาข้อสรุปร่วมกันอย่างเท่าเทียมเพียงใด

3. ประเด็นการสื่อสาร

ประเด็นการสื่อสารจะเกี่ยวข้องกับมูลเหตุการณ์ก่อกำหนดเครือข่าย วัตถุประสงค์ และภารกิจของเครือข่าย บางเครือข่ายประเด็นการสื่อสารอาจจะแคบมีลักษณะเฉพาะเรื่องเฉพาะกิจ แต่บางเครือข่ายประเด็นการสื่อสารอาจกว้างขวางครอบคลุมไปทุกเรื่อง ประเด็นการสื่อสารบางเรื่องมีปัญหาเป็นตัวตั้ง บางเรื่องเป็นเรื่องของการสืบทอดคุณค่า หรือพัฒนาสิ่งที่มีอยู่แล้ว ซึ่งถ้าเป็นเรื่องของปัญหามักมีความซับซ้อนที่ยากต่อการแก้ไขทั้งโดยบุคคลหรือกลุ่มเดียวตามลำพัง และมักมีความเร่งรัดในเรื่องเวลาที่ต้องเข้าไปเผชิญปัญหา ทำให้ความเข้มข้นของการสื่อสารภายในเครือข่ายสูง แต่ถ้าปัญหาคลี่คลายไป ความเข้มข้นหรือความต่อเนื่องของการสื่อสารในเครือข่ายอาจจะหายไป

การศึกษาถึงรูปแบบการสื่อสารภายในเครือข่ายจะช่วยสำรวจทิศทางการไหลเวียนของข่าวสารและรูปแบบการประสานงานภายในเครือข่าย โดยนำมาพิจารณาพัฒนาการของ “โครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่” ในการสร้างเครือข่ายเพื่อร่วมกันรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ โดยที่สมาชิกของเครือข่ายอาจจะมีบทบาทหน้าที่ที่แตกต่างกันออกไปเนื่องจากแต่ละหน่วยงาน องค์กรมาจากที่ต่างกัน และมีศักยภาพรวมถึงความสามารถในการทำงานให้กับเครือข่ายต่างกัน ดังที่ (ปาริชาติ วลัยเสถียร, 2543) ได้จำแนกประเภทเครือข่ายตามประเภทการดำเนินงาน ดังนี้

1. เครือข่ายความคิด เป็นเครือข่ายที่เน้นการทำงานด้านความคิด ความรู้ หรือเทคนิคต่างๆ เครือข่ายเหล่านี้เป็นแหล่งที่ผู้นำได้มีโอกาสเผยแพร่แนวความคิดของตนและได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ของตนกับคนอื่นๆ ทำให้เกิดความคิดที่ชัดเจนขึ้น เครือข่ายความคิดมักเน้นเครือข่ายของกลุ่มคนที่อยู่บนสถานภาพที่คล้ายคลึงกัน แต่อยู่ต่างถิ่นกันได้รวมตัวกันสร้างเครือข่ายขึ้นเพื่อจะได้มีเวทีในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน เช่น เครือข่ายกลุ่มครู เครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชน เป็นต้น

2. เครือข่ายกิจกรรม เป็นเครือข่ายที่เน้นการช่วยเหลือ ร่วมมือกันในการทำกิจกรรม ส่วนมากมักเป็นเครือข่ายภายในชุมชนที่สมาชิกของเครือข่ายอาจเป็นเครือญาติกัน หรือมีสายสัมพันธ์เป็นครู และลูกศิษย์กัน หรืออาจร่วมอยู่ในกลุ่มกิจกรรมเดียวกัน ผู้นำชุมชนจะมีเครือข่ายกิจกรรมโดยเฉพาะอยู่ในชุมชนของตนเองอยู่ สมาชิกของเครืองข่ายจะคอยช่วยเหลือหรือร่วมมือกัน ยังผลให้งานพัฒนาของผู้นำประสบความสำเร็จ แต่ก็มีผู้นำบางท่านที่มีบารมีสามารถระดมความร่วมมือ การทำกิจกรรมระหว่างหมู่บ้านทำให้เกิดการช่วยเหลือเกื้อกูลกันระหว่างหมู่บ้านได้

3. เครือข่ายสนับสนุนทุน กิจกรรมพัฒนาเพื่แก้ปัญหาชุมชน นอกจากจะมีความคิดในการวิเคราห์ทางออกในการแก้ปัญหา มีการทำกิจกรรมการแก้ปัญหาแล้วสิ่งหนึ่งที่มีความจำเป็นมาก คือ จะต้องมีทุน ที่มาของทุนเพื่อดำเนินกิจกรรมการพัฒนาอาจมาจากการระดมทุนภายในหมู่บ้านโดยการระดมหุ้นจากสมาชิก หรือ อาจเป็นทุนที่มาจากภายนอก เช่น การบริจาคหรือการช่วยเหลือจากแหล่งทุนภายนอก

ผลสัมฤทธิ์ของความเป็นเครือข่าย

ในกระบวนการทำงานของเครือข่ายนั้นสิ่งหนึ่งทีได้รับนอกจากผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่กำหนดไว้ คือ ความร่วมมือและความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ผลสัมฤทธิ์ของความเป็นเครือข่ายที่ก่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้และการพัฒนาที่ต่อเนื่องมีดังนี้ (พระมหาสุทิตย์ อาภากโร, 2547)

1. เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน ไม่ว่าจะเป็นปัจเจกบุคคลและผู้ที่เข้ามาดำเนินการร่วมกับเครือข่าย สิ่งหนึ่งที่ถือว่าเป็นกระบวนการเรียนรู้และเป็นทุนภายในตนเองคือ ทุกคนมีความรู้ความสามารถและมีประสบการณ์มากขึ้น หลังจากที่ได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และมีการทำงานร่วมกัน โดยกระบวนการเรียนรู้นั้นจะช่วยให้บุคคล และองค์การได้มีการปรับตัวในการแสวงหาความรู้ใหม่ วิธีการใหม่ และแนวร่วมใหม่อย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นผลให้การทำงานในด้านต่างๆ ของเครือข่ายมีประสิทธิภาพมากขึ้น

2. การเพิ่มโอกาสในการแก้ปัญหา กลุ่มเครือข่ายจำนวนไม่น้อยเช่นกันที่พยายามผลักดันในการแก้ปัญหาภายในกลุ่มองค์กรของตนแต่ส่วนหนึ่งไม่ประสบความสำเร็จเนื่องจากปัญหาที่ประสบอยู่นั้นเป็นปัญหาที่สลับซับซ้อน และเกี่ยวข้องกับกลุ่มองค์กรอื่นๆ หรือปัญหาอื่นๆ การรวมกลุ่ม และการประสานงานกับภาคีที่เกี่ยวข้อง จึงเป็นการเพิ่มโอกาสในการแก้ไขปัญหาเพราะเป็นการระดมความเห็น และความร่วมมือจากฝ่ายต่างๆ ที่จะนำไปสู่การแก้ปัญหาอย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งถ้าไม่มีการรวมตัวเป็นเครือข่ายแล้ว โอกาสในการแก้ปัญหานั้นๆ อาจไม่ได้รับการตอบสนองเพราะขาดแนวร่วมในการดำเนินงานร่วมกันนั่นเอง

3. เกิดการพึ่งพาตนเอง เมื่อเครือข่ายมีกระบวนการทำงานที่เข้มแข็งและสามารถแก้ไขปัญหาของเครือข่ายได้แล้ว เครือข่ายและสมาชิกเครือข่ายก็สามารถที่จะพึ่งพาตนเองได้ โดยการพึ่งพาตนเองนั้นเป็นทั้งการพึ่งพาตนเองในเรื่องของทุน ทรัพยากร ความรู้ และการจัดการ ที่จะนำไปสู่การพัฒนาสังคมหรือชุมชนโดยรวมนั่นเอง และนับว่าเป็นการพัฒนาศักยภาพของเครือข่ายที่ต่อเนื่อง ตัวอย่างเช่น กลุ่มเกษตรกรที่ทำงานด้านเกษตรกรรมทางเลือกและเกษตรอินทรีย์ที่ร่วมกันทั้งการผลิตและการจำหน่ายผลิตภัณฑ์ร่วมกันครบทั้งวงจร ทำให้สามารถพึ่งพาตนเองได้ทั้งระบบ

4. เกิดการจัดการทรัพยากรในท้องถิ่น การรวมกลุ่มกันเป็นเครือข่ายนับว่าเป็นหนึ่งในความสำเร็จที่จะสามารถร่วมกันพัฒนาและจัดการทรัพยากรในท้องถิ่นของตนได้ร่วมกันและเข้มแข็ง เช่น เครือข่ายอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมของชาวบ้านหินกรูดและบ้านบ่อนอก จ.ประจวบคีรีขันธ์

5. เกิดกระบวนการผลักดันเชิงนโยบาย จะเห็นได้ว่าในปัจจุบันประเด็นปัญหาสาธารณะจำนวนไม่น้อยที่เกิดขึ้นและสามารถนำไปสู่ข้อยุติด้วยพลังของเครือข่ายและการจัดการเชิงนโยบาย เช่น การรวมกลุ่มขององค์กรเครือข่ายด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อผลักดัน พ.ร.บ. ป่าชุมชน เป็นต้น

6. เกิดอำนาจหรือพลัง อำนาจหรือพลังจะไม่สามารถเกิดขึ้นได้อย่างเข้มแข็งถ้าไม่มีการรวมตัวกันเป็นเครือข่าย เพราะเครือข่ายทำให้เกิดความสามัคคี เกิดมิตรภาพ และการพึ่งพาอาศัยกันและกัน ซึ่งในที่สุดก็นำพาไปสู่ความสำเร็จร่วมกันและยั่งยืน

แนวคิดในการจัดการเครือข่าย

แนวคิดในการจัดการเครือข่ายนั้น เป็นแนวคิดที่เกิดขึ้นนับตั้งแต่ปัจเจบุคคลเริ่มมีการติดต่อ สื่อสารเพื่อที่จะคบค้าสมาคมกับบุคคลอื่นหรือกลุ่มและเครือข่ายอื่นๆ ซึ่งแนวคิดนั้นเป็นไปเพื่อที่จะพัฒนาศักยภาพของตนเองโดยคาดหวังถึงยุทธศาสตร์ความเป็นเครือข่ายในการแก้ไขปัญหาและการพัฒนากระบวนการเรียนรู้ โดยแนวคิดดังกล่าวเป็นหลักการเบื้องต้นที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของบุคคลผู้ที่ได้เห็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในสังคม และมีความต้องการที่จะแก้ไขสถานการณ์นั้น ด้วยพลังกลุ่มและเครือข่าย ในที่นี้จะกล่าวถึงหลักการที่สำคัญของการจัดการเครือข่าย โดยมุ่งเน้นกระบวนการจัดการตัวเองของเครือข่าย โดยนัยต่างๆ ดังนี้

ปาริชาต สถาปิตานนท์ และชัยวัฒน์ ถิระพันธุ์ (2546) ได้กล่าวถึงแนวคิดของการจัดการเครือข่าย โดยยกตัวอย่างแนวคิดการจัดการเครือข่ายของกลุ่ม “พันธมิตรแห่งดวงดาว” หรือ “Star Alliances” ว่า เกิดความคิดของแกนนำในกลุ่มสายการบิน ผู้ประกอบการธุรกิจโรงแรม รถเช่า ธุรกิจการท่องเที่ยว และผู้โดยสาร ที่ต้องการเชื่อมโยงกระบวนการทางธุรกิจเข้าด้วยกัน เพื่อให้เกิดผลที่ดีต่อการให้การบริการและการจัดการเชิงธุรกิจโดยจุดสำคัญของแนวคิด คือ การรวมกลุ่ม

จากองค์กรที่เคยเป็นคู่แข่งให้หันหน้าเข้าหากัน ผนวกความร่วมมือ จนเป็นพันธมิตรในเชิงธุรกิจที่เอื้อประโยชน์ต่อกันและกัน แทนการทุ่มเทในการแข่งขันอย่างที่เป็นมาในอดีตโดยยึดจุดหมายร่วมและการจัดสรรผลประโยชน์ระหว่างกัน ซึ่งแนวคิดดังกล่าวก่อให้เกิดประเด็นเชิงยุทธศาสตร์ที่สำคัญต่อการจัดการเครือข่าย ซึ่งมี 6 ประการ โดยมีการประสานสอดคล้องกันอย่างเหมาะสมเพื่อให้เกิดการเชื่อมโยงเป็นแสงสว่างแห่งดวงดาว คือ

1. จุดมุ่งหมายร่วม การทำงานเครือข่ายจะเกิดประสิทธิภาพสูงหากทุกฝ่ายสามารถกำหนดจุดหมายร่วมกันได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งจุดหมายที่ทุกฝ่ายเห็นและต้องการให้เกิดขึ้น
2. บุคคล ในการทำงานของเครือข่ายนั้น บุคคลในเครือข่ายจะต้องมีจิตสำนึกร่วม มีความถนัดในงานที่ทำ และมีส่วนร่วมในกระบวนการทำงาน รวมทั้งได้รับผลประโยชน์จากความเป็นสมาชิกในเครือข่าย
3. การเชื่อมโยง การทำงานของเครือข่ายจำเป็นต้องมียุทธศาสตร์ในการเชื่อมโยงที่มีความเหมาะสม โดยอาจเชื่อมต่อกันผ่านการทำกิจกรรมต่างๆ การเชื่อมต่อโดยมีศูนย์ประสานงาน และการเชื่อมต่อโดยเทคโนโลยี
4. การสร้างความรู้สึกร่วม หลังจากการเข้าร่วมเป็นเครือข่ายแล้วทุกฝ่ายจะต้องมีความรู้สึกร่วมกับกระบวนการทำงานของเครือข่าย เพื่อให้เกิดพลังในการผลักดันเป้าหมาย
5. การพัฒนาระบบที่โปร่งใส ตรวจสอบได้ ระบบการทำงานของเครือข่ายจะต้องสามารถและพัฒนาให้เกิดระบบการบริหารจัดการที่โปร่งใสและตรวจสอบได้จากทุกฝ่าย ซึ่งจะเป็นการสร้างความรู้สึกที่ดีต่อทุกฝ่ายและผู้ที่จะเข้ามาร่วมเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่าย
6. การจัดระบบข้อมูลข่าวสาร ระบบการติดต่อสื่อสารและสารสนเทศเป็นสิ่งที่มีความสำคัญยิ่งต่อความยั่งยืนของเครือข่าย เพราะจะช่วยให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และทราบถึงกิจกรรมความเคลื่อนไหวของเครือข่าย

ในทางพุทธศาสนาสนับสนุนการรวมพลังเป็นหมู่คณะเป็นสหธรรมิกเพื่อประโยชน์ต่อการสร้างสรรค์ความดีงามและความสงบเรียบร้อยในสังคมโดยให้บุคคลผู้ที่เป็นกัลยาณมิตรช่วยพัฒนาหมู่คณะ ให้เป็นสังคมแห่งการเรียนรู้และการจัดการ เพื่อประโยชน์และความสุขของคนหมู่มาก โดยมีหลักธรรมและวิธีการปฏิบัติที่ว่าด้วยการจัดการหมู่คณะและการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอย่างมากมาย ดังเช่น หลักความสามัคคี ที่สนับสนุนความสมานฉันท์และการรวมกลุ่มของปัจเจกบุคคล กล่าวคือ เมื่อบุคคลมีการพัฒนาตนเองได้ดีแล้ว ย่อมก้าวไปสู่การพัฒนาชุมชน สังคมที่ตนเองอาศัยอยู่ และสังคมที่เปนส่วนหนึ่งของบุคคลนั้น ก็ทำหน้าที่ในการพัฒนาคนและทั้งปัจเจกบุคคล ชุมชน องค์กร ก็ยึดหลักการความสามัคคี คือการมอบความเป็นใหญ่แก่หมู่คณะในการที่จะจัดการและปกครอบเพื่อมีชีวิตที่ดีร่วมกัน (พระธรรมปิฎก, 2543)

ส่วนหลักธรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการหมู่คณะและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลนั้น มีหลักธรรมที่เกี่ยวข้อง เช่น หลักแห่งอปริหานิยธรรมซึ่งเป็นหลักธรรมที่ว่าด้วยความไม่เสื่อมแห่งหมู่ชน เป็นหลักการที่เสริมสร้างความเป็นปึกแผ่นแห่งสังคม 7 ประการ เช่น มีการประชุมกันอย่างเนืองนิตย์ การพร้อมเพรียงกันประชุม พร้อมเพรียงกันเลิกประชุม พร้อมเพรียงกันทำกิจที่พึงทำเป็นต้น ซึ่งการประชุมและการพร้อมเพรียงกันทำกิจที่พึงกระทำนั้น ก็คือ กระบวนการจัดการความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และกลุ่มคนที่ทุกฝ่ายต่างเข้ามาเรียนรู้ โดยไม่ยึดความคิดเห็นของตนเองเป็นใหญ่ เห็นคุณค่าซึ่งกันและกัน จนสามารถที่จะระดมความคิดเห็น หรือศักยภาพของแต่ละบุคคลออกมาอย่างเต็มที่ ด้วยการยอมรับความแตกต่างของบุคคลและนำความคิดเห็นเหล่านั้นไปสู่วิธีการปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมยิ่งขึ้น

ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาความเข้มแข็งของเครือข่าย

จากกระบวนการและวิธีการจัดการเครือข่ายดังกล่าวข้างต้น พบว่ามีปัจจัยหลายประการที่มีผลต่อการพัฒนาความเข้มแข็งของเครือข่าย ในที่นี้จะกล่าวถึงปัจจัยต่างๆ ซึ่งมีทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกของเครือข่ายที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาความเข้มแข็งของเครือข่าย ดังนี้

ปัจจัยภายใน ที่มีผลต่อการพัฒนาความเข้มแข็งของเครือข่าย ได้แก่ การมีส่วนร่วมของภาคประชาชน จิตสำนึกต่อส่วนรวมของปัจเจกบุคคลการมีผู้นำเครือข่ายที่มีความรู้ ความสามารถ การมีระบบการบริหารจัดการในเครือข่ายที่เป็นระบบหรือมีกลไกที่เหมาะสมกับเครือข่าย การมีระบบสารสนเทศ/ข้อมูล/ระบบการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การมีพันธกรณีที่สร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกัน การจัดการและการพัฒนาความรู้อย่างต่อเนื่องการเสริมสร้างภูมิความรู้และขบวนการทางปัญญา และการมีกิจกรรมที่ต่อเนื่อง

ปัจจัยภายนอก ได้แก่ การส่งเสริมจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น แหล่งทุน สถาบันวิชาการ หน่วยงานวิจัย และกองทุนสนับสนุนต่างๆ การมีเวทีสาธารณะ ขบวนการประชาสังคม และสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดการรวมพลังเครือข่าย เช่น เหตุการณ์ทางธรรมชาติ สภาพปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน เป็นต้น

สมพันธ์ เตชะอธิก (2537) ได้กล่าวถึงปัจจัยความเข้มแข็งของเครือข่ายในระดับชุมชนไว้ 2 ลักษณะ คือ

1. เครือข่ายภายในชุมชน มีข้อควรพิจารณาอยู่ 3 ประการ คือ การมีส่วนร่วมของชาวบ้าน ผลของกิจกรรม และความเข้มแข็งของผู้นำ

2. เครือข่ายภายนอกชุมชน ได้แก่ การเชื่อมโยงหน่วยงานของท้องถิ่น และกระบวนการเรียนรู้ของคนนอกชุมชน

สาขาวิชารัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช (2545) ได้ศึกษาปัจจัยที่เสริมสร้างความเข้มแข็งของการพัฒนาเครือข่ายภาคประชาชนตามโครงการประสานความร่วมมือระหว่างสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติกับเครือข่ายภาคประชาชน พบว่า

ปัจจัยที่ส่งเสริมต่อการพัฒนาความเข้มแข็งของเครือข่ายภาคประชาชน คือ

1. ความหลากหลายของกลุ่ม องค์กร เครือข่ายที่มีอยู่ในสังคม
2. การสร้างเวทีการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างกลุ่มองค์กรของภาคประชาชนด้วยกันและกับภาครัฐ/นักวิชาการ
3. การสร้างระบบฐานข้อมูลขององค์กรเครือข่ายที่เป็นระบบ
4. การเฝ้าติดตามประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่
5. การเข้าใจและยอมรับในกระบวนการทำงานของกันและกัน
6. ทรัพยากรในชุมชนท้องถิ่น
7. ทุนจากทั้งภายในและภายนอกชุมชน
8. การประสานงานความร่วมมือขององค์กรชุมชนในเชิงผลประโยชน์ต่างตอบแทน

ในขณะที่ข้อจำกัดต่อกระบวนการพัฒนาของเครือข่ายภาคประชาชน คือ

1. นโยบายของภาครัฐบางนโยบายที่ขาดการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน
2. การประสานงานที่มิได้อยู่บนพื้นฐานของความเข้าใจร่วมกับภาคประชาชน
3. ขาดงบประมาณ/ทุนดำเนินการ
4. ขาดองค์ความรู้และหน่วยงานที่สนับสนุนอย่างจริงจัง
5. ขาดการพึ่งพาตนเองในด้านต่างๆ ทั้งทางเทคโนโลยี ทุน หรือบุคลากร ผู้นำ
6. ขาดกระบวนการเรียนรู้และการพัฒนาที่ยังไม่มีความต่อเนื่อง

Scheuing Eberherd (1994 อ้างใน นฤมล นิราธร, 2542) กล่าวถึงความสำเร็จของการทำงานแบบเครือข่ายว่า ไม่ได้ตัดสินเพียงการหาเครือข่ายเท่านั้น แต่จะต้องมองให้ไกลถึงผลสำเร็จของงานจากองค์กรเครือข่ายด้วย สิ่งสำคัญต่อความสำเร็จในการทำงานเครือข่าย ได้แก่

1. การมีพันธะสัญญาที่หนักแน่นระหว่างกัน หมายถึง การมีอุดมการณ์และความสัมพันธ์ที่เหนียวแน่ แล้วยังหมายถึงการมีมิตรภาพที่ใกล้ชิด มีสายสัมพันธ์ระหว่างกันด้วย การมีมิตรภาพและสายสัมพันธ์นั้นมิใช่สิ่งที่จะสร้างได้ข้ามคืน แต่หมายถึง การผ่านกระบวนการทำงานความสำเร็จ ความล้มเหลวร่วมกันและร่วมปรึกษาหารือกันอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ

2. การพัฒนาอยู่ตลอดเวลา เครือข่ายการทำงาน จำมีประโยชน์อย่างเต็มศักยภาพ ก็ต่อเมื่อแต่ละองค์กรที่มาร่วมเป็นเครือข่ายมีการปรับปรุงพัฒนาตนเองอยู่ต่อเวลา

3. การรักษาพันธกรณีระยะยาว คือ การสร้างพันธกรณีระยะยาวมีความเกี่ยวพันกับองค์ประกอบในข้อแรก เพราะการปรับปรุงพัฒนาอยู่ตลอดเวลาต้องการข้อผูกพันระยะยาวเพื่อที่จะสามารถแลกเปลี่ยนทรัพยากรการทำงานร่วมกัน และสร้างผลงานที่เป็นประโยชน์ รวมถึงการระดมทุนในระยะยาว นอกจากนี้ “การติดต่อสื่อสาร” เป็นเครื่องมือหนึ่งที่จะรักษาความสัมพันธ์ในการสร้างมิตรภาพ การร่วมสุขร่วมทุกข์ และประวัติศาสตร์

4. การเสริมพลังการทำงานได้แก่ การสนับสนุนให้องค์กรเครือข่ายได้มีโอกาสแสดงความสามารถ ตลอดจนใช้วิจารณญาณของตนในการร่วมคิด ร่วมแก้ปัญหาต่างๆ เช่น การหาทุน การจัดกิจกรรมเสริมสร้างความสัมพันธ์ การเสริมทักษะ การสร้างเครือข่ายให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน และการสร้างความสัมพันธ์กับหน่วยงานทางวิชาการต่างๆ นอกจากนี้การเสริมพลังในการทำงานยังหมายถึง ความสามารถในการจัดหาทรัพยากรในลักษณะๆ ที่จำเป็นต่อการทำงายของเครือข่าย

5. ภาวะผู้นำ เป็นสิ่งที่มีความสำคัญไม่น้อยกว่าองค์ประกอบใดๆ ภาวะผู้นำ หมายถึง การสร้างวิสัยทัศน์ในเชิงกลยุทธ์ รวมทั้งการชักจูงที่โน้มน้าวให้ผู้อื่นเห็นความสำคัญของสิ่งที่จะทำงานร่วมกันและยังหมายถึงการจัดหาทรัพยากรที่จำเป็นต่อการทำงาน เพื่อเสริมสร้างความสัมพันธ์ระหว่างเครือข่ายและผลสำเร็จของงาน นอกจากนั้น ผู้นำ จะต้องมีความซื่อสัตย์ สุจริต ขยันเสียสละเพื่อประโยชน์ส่วนรวม

ส่วนการศึกษาของ ปาน กิมปี (2540) ได้กล่าวถึง วิธีการจัดการเครือข่ายการเรียนรู้ ที่ประสบผลสำเร็จว่า ควรมีการดำเนินการใน 2 ลักษณะ คือ

1. ส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ ได้แก่ การเสริมสร้างกิจกรรมให้คนในชุมชนมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างเป็นระบบ โดยการวิเคราะห์สภาพปัญหา แสวงหาทางเลือกสำหรับการแก้ไขปัญหา ตลอดจนการประสานงานเพื่อจัดกิจกรรมส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้

2. สร้างเครือข่ายการเรียนรู้ ได้แก่ การประสานเชื่อมโยง หน่วยงานต่างๆ ในชุมชน และองค์กรภายนอกชุมชน เพื่อให้เข้ามามีบทบาทในการส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง และจะต้องมีการระดมทรัพยากรความรู้วิทยากร อาคารสถานที่ ฯลฯ เพื่อให้มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของเครือข่ายการเรียนรู้ที่สำคัญได้แก่ 1) ปัจจัยภายใน

ได้แก่ ความตระหนักปัญหาการมีผู้นำชุมชนที่มีความสามารถในการสร้างกระบวนการเรียนรู้ของกลุ่ม การจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง และความสามารถในการเชื่อมโยงกับองค์กรเครือข่ายโดยเน้นกระบวนการเรียนรู้เพื่อการพึ่งตนเอง 2) ปัจจัยภายนอก ได้แก่ การเผยแพร่แนวคิดใหม่เกี่ยวกับการพัฒนา การให้ความสำคัญและความต่อเนื่องของนโยบายภาครัฐ ความร่วมมือและการสนับสนุนจากองค์กรภายนอกที่เกี่ยวข้อง

ส่วนการศึกษาของ ประหยัด จตุพรพิทักษ์กุล (2538) ที่ได้ศึกษาเครือข่ายการเรียนรู้เกี่ยวกับระบบการเกษตรกรรมทางเลือกของชุมชนพบว่า มีเงื่อนไขและปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของเครือข่ายหลายประการ คือ ความสัมพันธ์ทางสังคมของชุมชนที่มีความสัมพันธ์ทางเครือญาติสูง บทเรียนการเผชิญวิกฤติการณ์ปัญหาร่วมกัน การเรียนรู้ปัญหาบทเรียน และการแก้ไขปัญหา วัฒนธรรม ประเพณีที่ทำให้การพบปะ การผลิตทางอุดมการณ์ในการดำเนินชีวิต องค์กรชุมชนหรือการรวมกลุ่มทำกิจกรรมแก้ไขปัญหา ระบบการจัดการกลุ่มเครือข่าย ความสามารถของผู้นำ การคมนาคมและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ สถานการณ์ทางการเมือง ทั้งในระดับชุมชน เช่น การปกป้องทรัพยากรชุมชนและระดับชาติ ที่เป็นกระแสสนับสนุนบรรยากาศแบบประชาธิปไตย และการสนับสนุนจากภายนอกที่เกี่ยวข้องการทำงานในด้านนั้นๆ ทั้งด้านความรู้ ข่าวสาร ทุน และกระบวนการ

นอกจากการพิจารณาถึงปัจจัยที่มีผลต่อความเข้มแข็งของเครือข่ายแล้วสิ่งที่ผู้ที่ทำงานด้านเครือข่ายจะต้องคำนึง คือ การเรียนรู้และการปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์และความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ซึ่ง ปาริชาต สถาปิตานนท์ และชัยวัฒน์ ถิระพันธุ์ (2546) ได้เสนอข้อควรคำนึงในการทำงานและการจัดการเครือข่ายไว้ 5 ขั้นตอน คือ

1. เครือข่ายประกอบด้วยสมาชิกที่หลากหลาย กล่าวคือ สมาชิกในเครือข่ายส่วนใหญ่มีความสนใจในการทำงาน มีแนวคิด วิธีการ มีเป้าหมาย และวัตถุประสงค์ที่หลากหลาย ดังนั้น ในการดำเนินการกับบุคคลฝ่ายต่างๆ ในเครือข่าย จึงต้องคำนึงถึงความหลากหลายของสมาชิก
2. เครือข่ายที่ดีและมีประสิทธิภาพนั้นจะต้องมีชีวิตชีวา กล่าวคือ ควรมีกระบวนการที่เกื้อหนุนความสามารถของสมาชิกในฐานะปัจเจกบุคคลให้สูงขึ้น เพื่อให้ปัจเจกบุคคลได้พัฒนาตนเอง และพัฒนากลุ่มและเครือข่ายให้ไปสู่เป้าหมายของสังคมร่วมกัน โดยความมีชีวิตชีวานั้น ยังหมายถึงการมีกิจกรรมที่ต่อเนื่อง การมีความเลื่อนไหลของข้อมูลข่าวสาร และการรักษาความสัมพันธ์ของมวลสมาชิก
3. เครือข่ายที่ดีและมีประสิทธิภาพจะต้องมีการไหลเลื่อนของข้อมูล ข่าวสาร กล่าวคือ เครือข่ายจะต้องมีการจัดการกับข้อมูลข่าวสาร มีการกระจายระบบสารสนเทศแก่สมาชิก ที่สามารถ

ให้ความหมาย หรือมุมมองในการดำเนินกิจกรรมของเครือข่าย ซึ่งข้อมูลสารสนเทศนั้น จะต้องมาจากการวิเคราะห์บนฐานข้อมูลที่มีความจำเป็นต่อการพัฒนาเครือข่าย

4. เครือข่ายจำเป็นต้องมีชุมทาง (Hub) ที่หลากหลาย โดยชุมทางหรืออาจเรียกว่า “ศูนย์ประสานงาน” ควรมีกระจายอยู่ในสถานที่ต่างๆ และทำหน้าที่สื่อสารเรื่องราวให้สมาชิกทราบ โดยเฉพาะข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์และกิจกรรมความเคลื่อนไหวของเครือข่าย

5. เครือข่ายจำเป็นต้องมีผู้จัดการเครือข่าย (Network Manager) เพื่อช่วยดูแลกิจกรรมและประเมินความต้องการของสมาชิกในเครือข่ายโดยการสนับสนุนการบริการต่างๆ ที่สมาชิกต้องการ เช่น ช่วยจัดระบบข้อมูลข่าวสารการกำหนดยุทธศาสตร์และเป้าหมายในการทำงาน ตลอดจนช่วยวิเคราะห์ระบบและสภาวะแวดล้อมต่างๆ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายร่วมกัน โดยผู้จัดการเครือข่ายอาจเป็นเพียงผู้ที่สมาชิกในเครือข่ายมอบหมายให้ดำเนินการแทนสมาชิกในบางช่วงเท่านั้น นอกจากนี้เครือข่ายควรมีทีมจัดการ ที่มีความรู้ความสามารถ มีความคิดสร้างสรรค์และสามารถเรียนรู้ได้เร็ว รอบรู้ต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น รวมทั้งสามารถจัดการ “ชุมทาง” ที่เป็นพื้นที่ทำงานของเครือข่ายในท้องถิ่นต่างๆ

จากผลการศึกษาดังกล่าว จะเห็นได้ว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาความเข้มแข็งและความสำเร็จของเครือข่ายนั้นมาจากปัจจัยที่หลากหลายทั้งปัจจัยภายในเครือข่ายที่เป็นการจัดการในระดับปัจเจกบุคคล ระดับกลุ่มและเครือข่าย และปัจจัยภายนอกที่สนับสนุนให้เกิดกระบวนการเรียนรู้และ การปรับตัว รวมทั้งขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมที่เข้ามาเสริมสร้างการพัฒนาศักยภาพของเครือข่าย โดยปัจจัยในแต่ละด้านนั้นจะมีความเกี่ยวข้องกับฐานคิด บริบททางสังคมและสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงเวลานั้นๆ อยู่เสมอ ดังนั้น การเสริมสร้างความเป็นเครือข่ายให้เป็นเครือข่ายที่มีความเข้มแข็ง มีชีวิตชีวานั้น จะต้องศึกษาถึงสถานการณ์และปัจจัยต่างๆ ตามที่กล่าวแล้ว และมีการปรับเปลี่ยน เรียนรู้ รวมทั้งมีการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง

แนวคิดเกี่ยวกับการสื่อสารแบบมีส่วนร่วม (Participatory Communication)

แนวคิดเรื่องการสื่อสารแบบมีส่วนร่วมเกิดขึ้นในชุมชนต่าง ๆ ในประเทศไทยมาช้านาน ตัวอย่างที่มองเห็นได้ง่าย ๆ และชัดเจน คือ ประเพณีลงแขกเกี่ยวข้าว ที่เกิดขึ้นในหมู่บ้านเกษตรกรทั่วประเทศ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าสาเหตุของการที่ต้อง“ร่วมกัน” ลงแขกเกี่ยวข้าวนั้นเพราะความเห็นพ้องต้องกันว่า ถ้าจะเก็บเกี่ยวผลผลิตโดยคนในครอบครัวเดียวกันอาจไม่สำเร็จหรืออาจใช้เวลามาก แต่ถ้ามีการร่วมแรงร่วมใจกัน นอกจากจะทำให้ได้งานแล้ว อีกสิ่งหนึ่งที่ติดตามมาด้วย คือ การได้กระชับความสัมพันธ์ของคนในหมู่บ้าน คนหนุ่ม-สาวได้รู้จักกัน คนแก่ได้ถ่ายทอดความรู้ ภูมิปัญญาให้แก่คนรุ่นหลัง ซึ่งทั้งหมดนี้มาจากการที่ “คน” ได้ใช้ “การสื่อสาร” ในรูปแบบพิธีลงแขก

เกี่ยวข้าวเพื่อการ “มีส่วนร่วม” กันปฏิบัติภารกิจภายในชุมชน หากจะตีความในเรื่องของการสื่อสารแบบมีส่วนร่วมให้เกิดความชัดเจนยิ่งขึ้นว่า “การสื่อสาร” เข้าไปมีบทบาทอย่างไรใน “การมีส่วนร่วม” และสุดท้ายทำไมจึงเข้าไปมีบทบาทในชุมชน (สุนทรี ลิลา, 2548)

องค์การสหประชาชาติ (1975) โดยองค์การการศึกษา วิทยาศาสตร์ และวัฒนธรรมแห่งชาติ (UNESCO) ได้ให้ความหมายของ “การมีส่วนร่วม” ไว้ว่า คือ การเข้าร่วมไปของประชาชนและมีความจุดมุ่งหมายในการเข้าร่วม โดยแบ่งเป็นระดับต่าง ๆ ดังนี้

- กระบวนการการตัดสินใจ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมได้ตัดสินใจกำหนดเป้าหมายของสังคมชุมชนและจัดสรรทรัพยากรให้บรรลุตามเป้าหมายนั้น ๆ
- ในการปฏิบัติตามแผนงานหรือร่วมกิจกรรมโครงการต่าง ๆ ต้องเป็นไปโดยสมัครใจ

Wertheim (1981) กล่าวว่า การมีส่วนร่วม คือ การที่ประชาชนจะเข้าไปมีส่วนใน การตัดสินใจในระดับต่าง ๆ ในการจัดการบริหารภายในชุมชนของตนและการเมือง เพื่อร่วมกันกำหนดความต้องการให้ชุมชนของตน

ยุวัฒน์ วุฒิเมธี (2526) กล่าวว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง การเปิดโอกาสให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการคิดริเริ่มการพิจารณาการตัดสินใจ การร่วมปฏิบัติ และร่วมรับผิดชอบในเรื่องต่างๆ ซึ่งมีผลกระทบถึงบุคคล การที่สามารถทำให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมกันในการพัฒนา เป็นการแก้ไขปัญหาและทำให้สภาพความเป็นอยู่ของประชาชนดีขึ้น เป็นที่ยอมรับกันว่า มนุษย์ทุกคนต่างมีความปรารถนาที่จะอยู่ร่วมกันกับผู้อื่นอย่างเป็นสุข ได้รับการปฏิบัติอย่างเป็นธรรมและเป็นที่ยอมรับของผู้อื่น สังคม รวมทั้งอุทิศตนเพื่อกิจกรรมของชุมชน

ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ (2527) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วม คือ การที่ประชาชนหรือชุมชนพัฒนาขีดความสามารถของตนในการจัดการ และควบคุมการใช้และการกระจายทรัพยากรและปัจจัยการผลิตที่มีอยู่ในสังคม เพื่อประโยชน์ต่อการดำรงชีวิตทางเศรษฐกิจและสังคมตามความจำเป็นอย่างสมศักดิ์ศรีในฐานะสมาชิกสังคม ในการมีส่วนร่วมของประชาชนได้พัฒนาการรับรู้และภูมิปัญญา ซึ่งแสดงออกในรูปแบบการตัดสินใจในการกำหนดชีวิตของตนอย่างเป็นตัวของตัวเอง

นิศากร วินิจฉัยภาพ (2530) กล่าวว่า การมีส่วนร่วม เป็นกระบวนการที่สมาชิกของกลุ่มเข้ามามีส่วนร่วมเกี่ยวข้องในกิจกรรมกลุ่ม โดยอาจเกี่ยวข้องในลักษณะการทำงานร่วมกัน การดำเนินการร่วมกันในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง หรือหลายเรื่อง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ

ประสบสุข ดีอินทร์ (2531) ได้กล่าวถึงการมีส่วนร่วมของประชาชน ว่าหมายถึง ความร่วมมือของประชาชนไม่ว่าของปัจเจกบุคคลหรือกลุ่มคนที่เห็นพ้องต้องกัน และเข้าร่วมรับผิดชอบหรือเข้าร่วมกิจกรรม ที่เป็นประโยชน์ต่อสังคมเพื่อดำเนินการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ต้องการ โดยการกระทำผ่านกลุ่มหรือองค์การ เพื่อให้บรรลุถึงการเปลี่ยนแปลงที่พึงประสงค์

Shirley A. White (1993) กล่าวว่า หลักสำคัญของการสื่อสารแบบมีส่วนร่วม (Participatory Communication Process) คือ กระบวนการร่วมกันคิด ฟัง และเคารพในความคิดเห็นของผู้อื่น ตระหนักในสิทธิและหน้าที่ของสมาชิกในชุมชน ร่วมสังคม วิเคราะห์ประเด็นปัญหาทางสังคม แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารซึ่งกันและกัน ตลอดจนกระบวนการร่วมกันค้นหาแนวทาง และตัดสินใจร่วมกันโดยอาศัยพื้นฐานของข้อมูล การสื่อสารแบบมีส่วนร่วมของสมาชิกในสังคมจะนำไปสู่การสร้างสำนึกเชิงสาธารณะและกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างสมาชิกในสังคม เพื่อนำไปสู่การพัฒนาและเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่เหมาะสมและเป็นที่ยอมรับของสมาชิกในสังคม

Davis (อ้างถึงในใจทิพย์ สอนดี, 2543) กล่าวว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง การเกี่ยวข้องทางด้านจิตใจและอารมณ์ของบุคคลหนึ่งในสถานการณ์กลุ่ม ซึ่งผลของการเกี่ยวข้องดังกล่าวเป็นเหตุเร้าใจให้กระทำการให้บรรลุจุดมุ่งหมายของกลุ่มนั้นด้วย ซึ่งการมีส่วนร่วมนี้เกิดจากแนวคิด 3 ประการ คือ

1. ความสนใจและห่วงกังวลร่วมกัน ซึ่งเกิดจากความสนใจและความห่วงกังวลของบุคคล ซึ่งบังเอิญพ้องต้องกัน กลายเป็นความสนใจและความห่วงกังวลร่วมกันของส่วนรวม
2. ความเดือดร้อนและความไม่พึงพอใจร่วมกันที่มีต่อสถานการณ์ที่เป็นอยู่จึงมีการลงมือกระทำร่วมกัน
3. การตกลงใจร่วมกันที่จะเปลี่ยนแปลงกลุ่มหรือชุมชนไปในทิศทางที่ปรารถนา การตัดสินใจร่วมกันนี้จะต้องรุนแรงมากพอที่จะทำให้เกิดความคิดริเริ่มกระทำการที่สนองตอบความเห็นชอบของคนส่วนใหญ่ที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมนั้น

กาญจนา แก้วเทพ (2548) แนวคิดเรื่องการมีส่วนร่วมของประชาชนถูกนำมาใช้เป็นแนวคิดหลักในงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารเพื่อการพัฒนา เรียกว่า “การสื่อสารแบบมีส่วนร่วม” (Participatory Communication) ซึ่งแนวคิดดังกล่าวมีอยู่ 2 แนวทาง ดังนี้

1. การที่ประชาชนได้ใช้การสื่อสารทุกรูปแบบเพื่อเป็นเครื่องมือเข้าไปสู่การมีส่วนร่วมในชีวิตสาธารณะ (Public Life) เพื่อจะนำไปสู่อำนาจในการตัดสินใจอย่างมีอิสระของประชาชน

2. การที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการสื่อสาร เช่น การผลิตรายการวิทยุชุมชน ประชาชนจะเข้ามามีส่วนร่วมในการออกแบบเนื้อหาหรือผลิต เป็นต้น

สุนทรี ลิลา (2548) กล่าวว่า "การมีส่วนร่วม" ของประชาชนที่เกิดขึ้นในชุมชนของตนนั้น จะต้องเกิดจากความสมัครใจ ประชาชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและมีส่วนร่วม ในทุกกระบวนการ สุดท้ายแล้วจะสามารถกำหนดทิศทางการพัฒนาท้องถิ่นตนเองได้อย่างเหมาะสมกับวิถีชีวิต ซึ่งเป็นแนวทางของการปกครองระบอบประชาธิปไตย

William Ervin (อ้างถึงในชลลดา กิจรื่นภิรมย์สุข, 2548) กล่าวว่า การมีส่วนร่วม คือ กระบวนการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมเกี่ยวข้องในการดำเนินงานพัฒนา ร่วมคิด ตัดสินใจและแก้ปัญหาของตนเอง เน้นการมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องอย่างแข็งขันของประชาชน ให้ความคิดสร้างสรรค์และความชำนาญของประชาชน แก้ไขปัญหาร่วมกับการใช้ทรัพยากรให้เหมาะสม และสนับสนุนติดตามผลการปฏิบัติงานขององค์การและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

William W. Reeder (อ้างถึงในบุญชัย เกิดปัญญาวัฒน์, 2535) กล่าวว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง การมีส่วนร่วมในการปะทะสังสรรค์ทางสังคม ซึ่งรวมทั้งการมีส่วนร่วมของปัจเจกบุคคลและการมีส่วนร่วมของทุกกลุ่ม

ปาริชาติ สถาปิตานนท์ (2549) กล่าวว่า แนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชน โดยทั่วไปจะมีความหมายกว้าง คือ การที่ประชาชนพัฒนาขีดความสามารถของตนในการจัดการ ควบคุมการใช้และกระจายทรัพยากรธรรมชาติตลอดจนปัจจัยการผลิตที่มีอยู่ในสังคม เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อการธำรงชีพทางเศรษฐกิจและสังคม การมีส่วนร่วมในความหมายนี้ จึงเป็นการมีส่วนร่วมของประชาชนตามแนวทางการปกครองในระบอบประชาธิปไตย ซึ่งเปิดโอกาสให้ประชาชนพัฒนาการรับรู้ สติปัญญาและความสามารถในการตัดสินใจกำหนดชีวิตด้วยตนเอง ดังนั้นการมีส่วนร่วมของประชาชนจึงเป็นทั้งวิธีการ (Means) และเป้าหมาย (Ends) ในเวลาเดียวกัน

นอกจากนี้ สุรสิทธิ์ วิทยารัฐ (2549) กล่าวว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง การเข้าร่วมอย่างแข็งขันของกลุ่มบุคคลที่มีส่วนได้ส่วนเสียในทุกขั้นตอนของโครงการพัฒนาชนบท การมีส่วนร่วมต้องเป็นไปในรูปที่ผู้ได้รับการพัฒนา เข้ามามีส่วนกระทำให้เกิดการพัฒนา มิใช่เป็นผู้รับการพัฒนาตลอดไป ทั้งนี้เป็นการเกื้อหนุนให้เกิดการพัฒนาที่แท้จริงและถาวร

ลักษณะของการสื่อสารแบบมีส่วนร่วม

ลักษณะของการมีส่วนร่วมนั้น ได้มีนักวิจัยหลายท่านรวบรวมไว้แตกต่างกันออกไป เพื่อความเข้าใจและครอบคลุมถึงเนื้อหาของการมีส่วนร่วม ผู้วิจัยจึงได้จัดลักษณะโดยรวมของการมีส่วนร่วม ได้แก่ เป้าหมายของการมีส่วนร่วม ขั้นตอนหรือกระบวนการของการมีส่วนร่วมและรูปแบบการมีส่วนร่วม ดังนี้

กาญจนา แก้วเทพ (2543) กล่าวถึง เป้าหมายของการสื่อสารแบบมีส่วนร่วมในระดับชุมชนมีดังต่อไปนี้

1. เพื่อกระตุ้นให้ชุมชนมองเห็นคุณค่าของตนเอง เช่นการนำเอาภูมิปัญญาของชาวบ้านมาเผยแพร่ในวงกว้าง

2. เพื่อสร้างความมั่นใจให้กับชาวบ้านที่เข้ามามีส่วนร่วมและให้เห็นคุณค่าและความเชื่อของเขา ตัวอย่างเช่น เมื่อมีการนำเอาความคิดเรื่องเศรษฐกิจแบบพอเพียงมาเผยแพร่ในวงกว้าง คนทั่วไปยอมรับผ่านการแสดงทัศนะผ่านสื่อ ก็จะทำให้ชุมชนมีความมั่นใจในคุณค่าของตนเอง

3. เพื่อพิสูจน์ความเชื่อของชุมชนที่เคยคิดว่า ตนเองไม่สามารถใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ที่ซับซ้อนได้ การเข้ามาร่วมฝึกฝนอบรมการผลิตสื่อจะพิสูจน์ให้ชาวบ้านเห็นว่าพวกเขาสามารถใช้เทคโนโลยีต่าง ๆ ได้หากมีโอกาส

4. เพื่อสร้างทักษะในการสร้างสื่อให้กับชุมชน เพื่อเป็นช่องทางที่ชุมชนจะส่งข่าวสารออกไปจากจุดยืน มุมมองและทัศนะของตนเอง

5. เพื่อให้ชุมชนได้แสดงความรู้สึก ปัญหา วิธีการวิเคราะห์ปัญหา รวมทั้งวิธีการแก้ปัญหาจากทัศนะของชุมชนเอง

6. ผลการสื่อสารของชุมชนที่อาจจะเกิดจากการริเริ่มของบางส่วนเสี้ยวของชุมชน หรือจากชุมชนใดชุมชนหนึ่ง จะช่วยยกระดับความมีสติและความรับผิดชอบให้กับทั้งชุมชน หรือกับชุมชนอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมกันแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น

7. เนื่องจากเนื้อหาของการสื่อสารเพื่อชุมชนนั้นจะเน้นเรื่องราวที่มีสาระประโยชน์ต่อชีวิตชุมชนเอง ดังนั้นสื่อประเภทนี้จึงช่วยเพิ่มสัดส่วนของการสร้างสื่อที่มีสาระให้กับชุมชนให้มีปริมาณเพิ่มมากขึ้น เพื่อถ่วงดุลกับการสื่อสารที่มุ่งเน้นแต่ความบันเทิงและการหลีกหนีปัญหา (Escapist) ที่สื่อจากภายนอกอัดฉีดเข้าไปในชุมชน

อคิน รพีพัฒน์ (2527) กล่าวถึงขั้นตอนการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนว่ามีขั้นตอน ดังนี้

1. ประชาชนมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา และความต้องการของชุมชน ตลอดจนเรียงลำดับความสำคัญของปัญหา ร่วมกับผู้ปฏิบัติงานในสนาม

2. ประชาชนมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาและแนวทางต่าง ๆ ที่นำมาใช้ในการแก้ไขปัญหา

3. ประชาชนมีส่วนร่วมในการพิจารณาแนวทางการและวิธีการที่จะใช้ในการแก้ปัญหาและวางแผนเพื่อแก้ปัญหาร่วมกันกับผู้ปฏิบัติงานในสนาม

4. ประชาชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามแผนเพื่อแก้ปัญหา

5. ประชาชนมีส่วนร่วมในการการติดตามผลการปฏิบัติงานในสนาม

นอกจากขั้นตอนของการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนแล้ว วันรักษ์ มิ่งมณีนาคิน (2531อ้างถึงใน ปราณี หมอนทองแดง, 2533) ยังได้ระบุถึงการมีส่วนร่วมของประชาชนที่แท้จริงว่า ควรจะหมายถึงการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ดังนี้ คือ

1. การมีส่วนร่วมในการศึกษาและวิเคราะห์ชุมชน เพื่อนำไปสู่การค้นหาปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของชุมชน ตลอดจนการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและการคัดเลือกปัญหาที่จะแก้ไขตามลำดับ ก่อนหรือหลัง ชาวบ้านต้องรู้ถึงปัญหาของเขาเอง มิใช่คนภายนอกชี้นำปัญหา

2. การมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา

3. การมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีและวางแผนในการแก้ปัญหา

4. การมีส่วนร่วมดำเนินการตามแผน เช่น การสละแรงงานและทรัพยากรต่าง ๆ

5. การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล

ในส่วนของ ปธาน สุวรรณมงคล (2526) ได้กล่าวถึงลักษณะการมีส่วนร่วม ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการตัดสินใจ

2. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินการ

3. การมีส่วนร่วมของชุมชนในผลประโยชน์

นอกจากลักษณะดังกล่าวแล้ว ปาริชาติ วลัยเสถียรและคณะ (2546) ยังได้กล่าวถึงลักษณะของการมีส่วนร่วมโดยอาจแบ่งเป็น

1. การสนับสนุนทรัพยากร คือ การสนับสนุนเงิน วัสดุอุปกรณ์ แรงงาน หรือการช่วยทำกิจกรรม คือ การเข้าร่วมในการวางแผน การประชุมแสดงความคิดเห็น การดำเนินการ การติดตามและประเมินผล

2. อำนาจหน้าที่ของผู้เข้าร่วม คือ เป็นผู้นำ เป็นกรรมการ เป็นสมาชิก ซึ่งลักษณะการมีส่วนร่วมนี้ แสดงถึงระดับอำนาจของผู้เข้าร่วม จึงมีการโต้แย้งว่าการมีส่วนร่วมโดยใช้วิธีการพัฒนาความสามารถของประชาชนเป็นเพียงการเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้าร่วมเพียงบางส่วน เพราะในหลายกรณีประชาชนไม่มีโอกาสเข้าร่วมในการตัดสินใจ ทางออกที่ควรจะเป็น คือ การเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) แก่ประชาชน

ปรัชญา เวสารัชช์ (2527) กล่าวถึงรูปแบบการมีส่วนร่วม มี 4 รูปแบบ ดังนี้

1. ร่วมแสดงความคิดเห็นผ่านการพูด เขียน หรือการแสดงความหมายผ่านรูปแบบอื่น ๆ ซึ่งการแสดงความคิดเห็นอาจเกิดขึ้นในขั้นตอนใดก็ได้
2. ร่วมสละทรัพยากรทางวัตถุ โดยการให้ยืมหรือให้เงิน วัสดุ กรรมสิทธิ์ในทรัพย์สิน หรือการใช้ประโยชน์จากสถานที่หรืออุปกรณ์ต่าง ๆ
3. การร่วมสละแรงกายในกิจกรรมนั้น ๆ
4. ร่วมสละเวลา เช่น ในการรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น การเข้าประชุม เป็นต้น

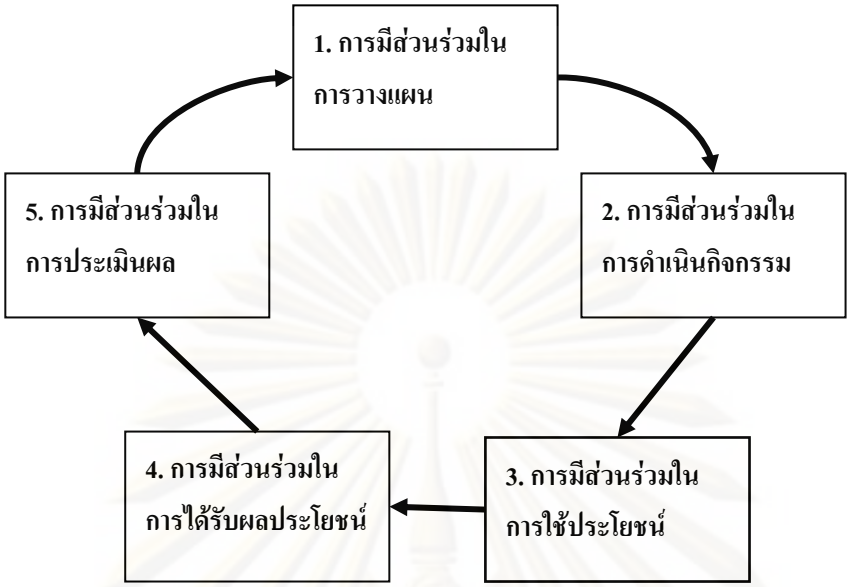
ระดับของการมีส่วนร่วม

กาญจนา แก้วเทพ (2543)การมีส่วนร่วมในการสื่อสารเพื่อชุมชนนั้นกระทำได้หลายระดับ ในที่นี้จะแบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยเรียงจากระดับที่น้อยที่สุดไปจนถึงมากที่สุด ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมในฐานะผู้รับสาร/ผู้ใช้สาร
2. การมีส่วนร่วมในฐานะผู้ส่ง/ผู้ผลิต/ผู้ร่วมแสดง
3. การมีส่วนร่วมในฐานะผู้วางแผนและกำหนดนโยบาย

สถาบันวิจัยสังคม และสถาบันวิจัยสภาวะแวดล้อม (2545 อ้างถึงในปาริชาติ สถาปิตานนท์ และคณะ, 2549) ได้จัดกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้ 5 ขั้นตอน

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ที่มา : สถาบันวิจัยสังคม และสถาบันวิจัยสภาวะแวดล้อม, 2545

แผนภาพที่ 16 : แผนภาพแสดงกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน

การมีส่วนร่วมในการวางแผน (Participation in Planning) ได้แก่ การที่ประชาชนมีบทบาทในกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนโครงการ นับตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา การกำหนดลำดับความสำคัญของปัญหา การกำหนดเป้าหมาย การกำหนดแนวทางในการดำเนินงาน การกำหนดแนวทางในการติดตามและประเมินผลโครงการ

1. การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม (Participation in Implementation) ได้แก่ การสนับสนุนด้านทรัพยากรต่างๆ และการประสานความร่วมมือในการจัดกิจกรรมต่างๆ

2. การมีส่วนร่วมในการใช้ประโยชน์ (Participation in Utilization) ได้แก่ การนำเอากิจกรรมต่างๆ มาใช้ให้เกิดประโยชน์ โดยเฉพาะในด้านการเพิ่มระดับการพึ่งตนเองและการควบคุมทางสังคม

3. การมีส่วนร่วมในการได้รับผลประโยชน์ (Participation in Benefit – Sharing) ได้แก่ การจ่ายแจกประโยชน์ต่าง ๆ ในการพัฒนาอย่างยุติธรรม

4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Participation in Evaluation) ได้แก่ การให้ประชาชนได้รับทราบถึงสภาพปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ เพื่อร่วมกันหาทางแก้ไขในลำดับต่อไป

การมีส่วนร่วมนั้นมีลักษณะที่เป็นกระบวนการพัฒนาและการมีส่วนร่วมที่เป็นนัยทางการเมือง (ปาริชาติ วลัยเสถียร และคณะ, 2546) ซึ่งผู้วิจัยจะกล่าวถึงระดับการมีส่วนร่วมใน

ลักษณะของกระบวนการพัฒนา นั่นคือ การมีส่วนร่วมที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่เริ่มจนถึงสิ้นสุด ได้แก่ การร่วมกันค้นหาปัญหา การวางแผน การตัดสินใจ การระดมทรัพยากร และเทคโนโลยีในท้องถิ่น การบริหารจัดการ การติดตามประเมินผล รวมทั้งการรับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้น โดยการพัฒนาจะต้องมีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของชุมชน

สมฤดี นิโครวัฒนยิ่งยง (อ้างถึงในกมลรัฐ อินทรทัศน์ และคณะ, 2544) กล่าวว่านอกจากนี้ยังสามารถแบ่งระดับการมีส่วนร่วม โดยการให้ประชาชนมีส่วนร่วมกับโครงการพัฒนาต่าง ๆ ได้ดังนี้

1. การโน้มน้าวจิตใจเพื่อเปลี่ยนแปลงทัศนคติของประชาชน แต่ไม่ได้ให้ประชาชนเข้าร่วมในการวางแผนหรือกระบวนการตัดสินใจ
2. การให้การศึกษา การให้ข้อมูลข่าวสาร เพื่อสร้างความเข้าใจในโครงการ
3. การรับฟังความคิดเห็นของประชาชน เจ้าหน้าที่แจ้งจุดยืนของตนในโครงการนั้น ๆ ให้ประชาชนทราบ และขอให้ประชาชนแสดงความคิดเห็นต่อประเด็นนั้น ๆ
4. การปรึกษาหารือทั้งฝ่ายเจ้าหน้าที่และประชาชน
5. การร่วมมือกัน ประชาชนมีตัวแทนอยู่ในคณะกรรมการและสิทธิออกเสียงขั้นการตัดสินใจจะต้องเข้าใจประเด็นได้โดยตัวแทนประชาชนจากพื้นที่นั้น ๆ
6. การมอบหมายอำนาจหน้าที่ การส่งมอบความรับผิดชอบให้กับสาธารณะชน หรือรัฐบาลท้องถิ่นที่มีความชำนาญเฉพาะเรื่องนั้น ๆ
7. การให้ประชาชนตัดสินใจเอง

สุรสิทธิ์ วิทยารัฐ (2549) กล่าวว่า ระดับการมีส่วนร่วมแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่

1. การมีส่วนร่วมแบบชายขอบ (Marginal Participation)เป็นการมีส่วนร่วมที่เกิดจากความสัมพันธ์เชิงอำนาจไม่เท่าเทียมกัน ฝ่ายหนึ่งรู้สึกด้อยอำนาจกว่าหรือมีทรัพยากรหรือความรู้ด้อยกว่า เป็นต้น
2. การมีส่วนร่วมแบบบางส่วน (Partial Participation) รัฐเป็นผู้กำหนดนโยบายลงมาว่าต้องการอะไร โดยที่รัฐรับรู้ความต้องการของชาวบ้าน ดังนั้น การมีส่วนร่วมก็เพียงแสดงความคิดเห็นในการดำเนินกิจกรรมบางส่วนเท่านั้น
3. การมีส่วนร่วมแบบสมบูรณ์ (Full Participation) เป็นการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนตั้งแต่การกำหนดปัญหา ความต้องการการตัดสินใจในแนวทางการแก้ปัญหา และความเท่าเทียมกันของทุกฝ่าย

ปัจจัยที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน

ปัจจัยที่ส่งเสริมต่อการมีส่วนร่วมสามารถมองได้หลากหลายแง่มุม และได้มีนักวิจัยหลายท่านได้รวบรวมปัจจัยที่ส่งเสริมต่อการมีส่วนร่วม ดังนี้

ไพบูลย์ เจริญทรัพย์ (2534) ในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในกิจกรรมการพัฒนา จะต้องมีปัจจัยที่เอื้ออำนวย หรือมีส่วนผลักดันให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมพัฒนาชุมชน โดยปัจจัยที่สำคัญมีดังนี้

1. ด้านนักพัฒนา โดยนักพัฒนาต้องมีความเข้าใจในเนื้อหาและกระบวนการทำงานแบบมีส่วนร่วมของประชาชน
2. ด้านประชาชน โดยประชาชนต้องเป็นผู้ตัดสินใจเริ่มกิจกรรมของตนเอง
3. การได้รับการสนับสนุนจากภายนอกในด้านต่าง ๆ เช่น เทคนิควิทยาการข้อมูลข่าวสาร การประสานงาน และอุปกรณ์ที่จำเป็น

William Reeder (อ้างถึงในกนกรัตน์ วงศ์ลักษณพันธ์, 2542) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่ได้ทำให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วมไว้ดังนี้

1. บุคคลและกลุ่มบุคคลจะเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมใด ๆ ก็ต่อเมื่อกิจกรรมนั้นสอดคล้องกับความเชื่อพื้นฐาน ทัศนคติ และค่านิยมของตน
2. บุคคลและกลุ่มบุคคลจะเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมใด ๆ ก็ต่อเมื่อกิจกรรมนั้นมีคุณค่าสอดคล้องกับผลประโยชน์ของตน
3. บุคคลและกลุ่มบุคคลจะเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมใด ๆ ก็ต่อเมื่อกิจกรรมนั้นมีเป้าหมายที่ส่งเสริมและปกป้อง รักษาผลประโยชน์ของตนเอง
4. บุคคลและกลุ่มบุคคลจะเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมใด ๆ ก็ต่อเมื่อตนเองได้เคยมีประสบการณ์ที่เป็นอคติต่อกิจกรรมนั้นมาแล้ว
5. บุคคลและกลุ่มบุคคลจะเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมใด ๆ ก็ต่อเมื่อกิจกรรมนั้นสอดคล้องกับสิ่งที่ตนเองได้มาหรือหวังเอาไว้
6. บุคคลและกลุ่มบุคคลจะเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมใด ๆ ย่อมขึ้นอยู่กับความคิดเห็นของตนเองเป็นใหญ่
7. การเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมใด ๆ ของบุคคลและกลุ่มบุคคลจะกระทำโดย การบีบบังคับไม่ได้

8. การเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมใด ๆ ของบุคคลและกลุ่มบุคคลย่อมขึ้นอยู่กับอุปนิสัยและจารีตประเพณี

9. บุคคลและกลุ่มบุคคลจะเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมใด ๆ ย่อมขึ้นอยู่กับโอกาสที่จะเอื้ออำนวย

10. การเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมใดๆ ของบุคคล และกลุ่มบุคคลย่อมขึ้นอยู่กับความสามารถ

11. บุคคลและกลุ่มบุคคลจะเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมใดๆ ก็ต่อเมื่อได้รับการสนับสนุน กระตุ้น ยั่วยุ และจูงใจให้เกิดขึ้น

กาญจนา แก้วเทพ (2543) ปัจจัยที่จะเข้ามามีส่วนกำหนดระดับความมากน้อยของ การมีส่วนร่วมนั้น จะเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบของการสื่อสาร ดังนี้

1. เป้าหมายของการสื่อสาร ต้องมีการกำหนดว่าจะให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในระดับใด

2. ลักษณะสองทาง และ Interactivity ของการสื่อสาร คือการเอื้อให้เกิดการโต้ตอบต่อกันให้มากที่สุด เพราะจะเป็นการส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนมากยิ่งขึ้นเท่านั้น

3. ใครคือผู้ส่งสารที่ทั่วถึง และมีประสิทธิภาพมากที่สุด

- ประเภทของเนื้อหาสารที่เกี่ยวพันกับสภาพความเป็นจริงของชุมชน
- ประเภทของช่องทาง สื่อที่ทั่วถึงและเปิดโอกาสให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมมากที่สุด
- ผู้รับและการมีปฏิกิริยาตอบกลับ ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ

ปาริชาติ วลัยเสถียรและคณะ (2546) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้ว่า

1. ปัจจัยเกี่ยวกับกลไกของภาครัฐ ทั้งในระดับนโยบาย มาตรการและระดับการปฏิบัติที่เอื้ออำนวย หรือสร้างช่องทางการมีส่วนร่วมของประชาชน จำเป็นที่จะต้องทำการพัฒนาเป็นระบบเปิด มีความโปร่งใส รับฟังความคิดเห็นของทุกฝ่ายและมีการตรวจสอบได้

2. ปัจจัยด้านประชาชน มีสำนึกต่อปัญหาและประโยชน์ร่วม มีสำนึกต่อความสามารถและภูมิปัญญาในการจัดการปัญหา ซึ่งเป็นผลจากประสบการณ์และการเรียนรู้ รวมทั้งมีการสร้างพลังเชื่อมโยงในรูปกลุ่ม องค์กร เครือข่ายและประชาสังคม

3. ปัจจัยด้านนักพัฒนา และองค์กรพัฒนา มีบทบาทในการกระตุ้น ส่งเสริมเอื้ออำนวยกระบวนการพัฒนา สนับสนุนข้อมูลข่าวสารและทรัพยากรตลอดจนร่วมเรียนรู้สมาชิกชุมชน

อำนาจ อนันตชัย (อ้างถึงในใจทิพย์ สอนดี, 2543) ได้กล่าวว่า ความสำเร็จของการระดมความร่วมมือขึ้นอยู่กับปัจจัย 3 ประการ คือ

1. การเข้ามามีส่วนร่วมตัดสินใจของประชาชนตั้งแต่แรกเริ่มว่ามีปัญหา สาเหตุของปัญหา การแก้ปัญหาด้วยการคิดจะทำโครงการอะไรที่เป็นประโยชน์ต่อประชาชน โดยใช้ประโยชน์จากแรงงาน ทรัพยากรท้องถิ่นอย่างเต็มที่
2. การผสมผสานแผนงานและโครงการด้วยการพัฒนาความรู้ ทักษะความสามารถด้านประชาชน และคุณภาพเจ้าหน้าที่เพื่อแก้ปัญหาความเดือดร้อน สนองประโยชน์ประชาชนได้ถูกต้องตามกาลเวลาและสถานที่
3. สร้างองค์กรท้องถิ่น กลไกการประสานงาน งบประมาณ ปัจจัย การดำเนินงานทั้งภาครัฐและภาคเอกชนตามความต้องการอันจำเป็นของประชาชน รวมทั้งการติดตามประเมินผลดูแลรักษาสืบไป

นอกจากนี้ Lee J Cary (อ้างถึงในปาริชาติ วลัยเสถียร, 2546) ได้สรุปเงื่อนไขของ การพัฒนาที่เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้ดังนี้ คือ

1. ประชาชนต้องมีความเต็มใจ เห็นประโยชน์ในการเข้าร่วม โดยมิได้ถูกบังคับหรือผลักดัน
2. ประชาชนต้องมีความพร้อมที่จะเข้ามามีส่วนร่วม และมีความเป็นไปได้ที่จะเข้าร่วมมือ นอกจากประชาชนมีความพร้อมในระดับหนึ่งแล้ว คือ มีสถานภาพทางเศรษฐกิจ วัฒนธรรม กายภาพที่ไม่ขัดขวาง มีโอกาสได้รับอำนาจการตัดสินใจในการกำหนดกิจกรรมที่ตนต้องการในระดับที่เหมาะสม
3. ประชาชนต้องมีความสามารถที่จะมีส่วนร่วม สามารถตัดสินใจด้วยตนเองในการดำเนินกิจกรรมหรือโครงการใดๆ ในทุกขั้นตอนหรือกระบวนการพัฒนา

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารแบบมีส่วนร่วม

ปริยานุช ปัญจวงศ์ (2540) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง “การเปิดรับข่าวสาร ความรู้ ทัศนคติ และการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสังคมของชาวบ้าน ในหมู่บ้านรอบศูนย์ศึกษาการพัฒนาพิกุลทอง อ.เมือง จ.นราธิวาส” เพื่อศึกษาพฤติกรรมการเปิดรับข่าวสาร ความรู้ ทัศนคติ และ

การมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสังคมของชาวบ้านในหมู่บ้านรอบศูนย์ศึกษาการพัฒนาพิกุลทอง ตลอดจนความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเปิดรับข่าวสาร ความรู้ ทัศนคติ และการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสังคม รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจที่ได้จากการเปิดรับข่าวสารเรื่องการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสังคม กับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสังคม โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวน 378 คน ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การแจกแจงความถี่, ค่าร้อยละ, ค่าเฉลี่ย t-test, การวิเคราะห์ความแปรปรวน, ค่าสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ซึ่งประมวลผลโดยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ผลการวิจัยพบว่า 1. ผู้ที่มีลักษณะประชากรแตกต่างกัน มีการเปิดรับข่าวสารเรื่องการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสังคมของศูนย์ศึกษาการพัฒนาพิกุลทองแตกต่างกัน 2. การเปิดรับข่าวสารมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรู้ ทัศนคติ และการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสังคม 3. ความพึงพอใจที่ได้จากการเปิดรับข่าวสารเรื่องการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสังคม

กนกรัตน์ วงศ์ลักษณพันธ์ (2542) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง “กลยุทธ์การสื่อสารของเจ้าที่บำบัดฟื้นฟูกับการมีส่วนร่วมกับกิจกรรมฟื้นฟูของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูเพื่อเลิกยาเสพติด” เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากลยุทธ์สื่อสารของเจ้าที่บำบัดฟื้นฟู ทักษะชีวิต พฤติกรรมการมีส่วนร่วมในกิจกรรมฟื้นฟู ทัศนคติต่อผู้เลิกยาเสพติด ผลการวิจัยพบว่า

1. กลยุทธ์สื่อสารของเจ้าหน้าที่บำบัดฟื้นฟู สามารถแบ่งได้ ดังนี้ กลยุทธ์การสื่อสารทั่วไป การสื่อสารระหว่างบุคคล การสื่อสารในกลุ่มและการสื่อสารในชุมชนบำบัด ทั้งนี้ในแต่ละประเภทการสื่อสารของเจ้าหน้าที่ จะใช้กลยุทธ์และเทคนิคที่หลากหลาย รูปแบบไม่มีแบบแผนกำหนดที่แน่นอน ซึ่งขึ้นอยู่กับเหตุการณ์ สถานการณ์การสื่อสาร และคำนึงถึงปัจจัยเกี่ยวกับพฤติกรรม ลักษณะนิสัยของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูเป็นประการสำคัญ แต่ทั้งนี้จะดำเนินการสื่อสารภายใต้ความรู้สึกที่ดีต่อกัน มีความจริงใจ แบ่งปันความรัก ความอบอุ่น และความเอื้ออาทร

2. ทักษะชีวิต ในระหว่างการบำบัดนั้น ผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูจะได้รับประโยชน์จากประสบการณ์การเรียนรู้ทักษะชีวิตต่างๆ จากกิจกรรมฟื้นฟู ตามตารางกิจกรรมประจำวันและทักษะชีวิตที่ได้รับนั้นจะเป็นประโยชน์ต่อการหลีกเลี่ยงยาเสพติด สามารถใช้ชีวิตได้อย่างปลอดภัยตลอดจนปรับเปลี่ยนเป็นบุคคลที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี

3. ทัศนคติต่อการเลิกยาเสพติด พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟู จะมีทัศนคติที่ดีต่อผู้เลิกยาเสพติดอย่างชัดเจน เมื่อได้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูในระยะเวลาหนึ่ง และสามารถตระหนักถึงคุณค่า ประโยชน์ของการเลิกยาเสพติด ตลอดจนเพิ่มความมุ่งมั่นที่จะเลิกยาเสพติดให้ขาดหาย โดยไม่กลับไปเสพซ้ำ

สิริอร สังข์ทอง (2550) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การเปิดรับข่าวสาร ความรู้ ทัศนคติ และการมีส่วนร่วมในโครงการ “ยืดอก พกถุง” ของ นิสิต นักศึกษามหาวิทยาลัยในเขตกรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า (1) นักศึกษามหาวิทยาลัยในเขตกรุงเทพมหานครที่มีลักษณะทางประชากรแตกต่างกัน มีการเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับโครงการ “ยืดอก พกถุง” แตกต่างกัน (2)นิสิต นักศึกษามหาวิทยาลัยในเขตกรุงเทพมหานครที่มีลักษณะทางประชากรแตกต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับโครงการ “ยืดอก พกถุง” แตกต่างกัน (3) นิสิต นักศึกษามหาวิทยาลัยในเขตกรุงเทพมหานครที่มีลักษณะทางประชากรแตกต่างกัน มีทัศนคติต่อโครงการ “ยืดอก พกถุง” แตกต่างกัน (4) นิสิต นักศึกษามหาวิทยาลัยในเขตกรุงเทพมหานครที่มีลักษณะทางประชากรแตกต่างกัน มีส่วนร่วมในโครงการ “ยืดอก พกถุง” แตกต่างกัน (5)การเปิดรับข่าวสาร เกี่ยวกับโครงการ “ยืดอก พกถุง” มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ การมีส่วนร่วมในโครงการ “ยืด อก พกถุง” (6) ความรู้ เกี่ยวกับโครงการ “ยืดอก พกถุง” มีความสัมพันธ์เชิงลบกับ การมีส่วนร่วมในโครงการ “ยืดอก พกถุง” (7) ทัศนคติเกี่ยวกับโครงการ “ยืดอก พกถุง” มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ การมีส่วนร่วมในโครงการ “ยืดอก พกถุง”

โชติกา ตั้งบุญเติม (2551) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การเปิดรับข่าวสาร ความรู้ ทัศนคติ และการมีส่วนร่วมในการสื่อสารเรื่องเพศศึกษาของอาจารย์โรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษา ขั้นพื้นฐานในเขตกรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า 1) การเปิดรับข่าวสารเรื่องเพศศึกษาจากสื่อบุคคลและสื่ออินเตอร์เน็ต มีความสัมพันธ์เชิงลบกับความรู้เรื่องเพศศึกษา ส่วนการเปิดรับสื่ออื่นๆไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้เรื่องเพศศึกษา 2) การเปิดรับข่าวสารเรื่องเพศศึกษาจากสื่อบุคคลมีความสัมพันธ์เชิงลบกับทัศนคติต่อเรื่องเพศศึกษา ส่วนการเปิดรับสื่ออื่นๆไม่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อเรื่องเพศศึกษา 3) การเปิดรับข่าวสารเรื่องเพศศึกษามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนร่วมในการสื่อสารเรื่องเพศศึกษา 4) ความรู้เรื่องเพศศึกษามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับทัศนคติต่อเรื่องเพศศึกษา 5)ความรู้เรื่องเพศศึกษามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนร่วมในการสื่อสารเรื่องเพศศึกษา 6) ทัศนคติต่อเรื่องเพศศึกษามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนร่วมในการสื่อสารเรื่องเพศศึกษา

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเครือข่ายการสื่อสารสุขภาพ

จารุณี พัชรพิมานสกุล (2542) ได้ทำการศึกษาเรื่อง “การศึกษาเครือข่ายการสื่อสารของกลุ่มชีวจิต” โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาลักษณะเครือข่ายการสื่อสารของกลุ่มชีวจิต และปัจจัยสื่อสารที่ส่งผลต่อพัฒนาการของเครือข่ายกลุ่มชีวจิต โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ดำเนินการ

เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสังเกตแบบมีส่วนร่วม และการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกกับกลุ่มแกนนำกลุ่มผู้บริโภคชีวจิต และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผลการวิจัยพบว่า ลักษณะเครือข่ายการสื่อสารของกลุ่มชีวจิตเป็นเครือข่ายการสื่อสารแบบแนวระนาบ มี ดร.สาทิส อินทรกำแหง เป็นศูนย์กลาง และเครือข่ายประกอบด้วย 3 กลุ่มหลัก ได้แก่ มูลนิธิชีวจิตกลุ่มแกนนำภายนอก และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สำหรับรูปแบบการติดต่อสื่อสารแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ รูปแบบการติดต่อสื่อสารภายในกลุ่ม และรูปแบบการติดต่อสื่อสารระหว่างเครือข่ายของกลุ่ม โดยรูปแบบการติดต่อสื่อสารภายในกลุ่มแบ่งออกเป็น 3 ลักษณะ คือ การติดต่อสื่อสารแบบทางเดียว การติดต่อสื่อสารแบบสองทางกึ่งทางการ การติดต่อสื่อสารแบบไม่เป็นทางการ ส่วนรูปแบบการติดต่อสื่อสารระหว่างเครือข่ายของกลุ่มแบ่งออกเป็น 4 ลักษณะ คือ การติดต่อสื่อสารสองทางแบบไม่เป็นทางการ การติดต่อสื่อสารสองทางแบบเป็นทางการ การติดต่อสื่อสารสองทางไม่เป็นทางการและมีปฏิกิริยากันน้อย การติดต่อสื่อสารแบบทางเดียวไม่เป็นทางการ ปัจจัยสื่อสารที่ส่งผลต่อพัฒนาการของเครือข่ายกลุ่มชีวจิต ประกอบด้วย 5 ปัจจัย คือ ปัจจัยด้านผู้ส่งสาร ปัจจัยด้านคุณสมบัติของแนวคิดชีวจิต ปัจจัยด้านช่องทางการสื่อสาร ปัจจัยด้านผู้รับสาร ปัจจัยด้านบริบทสังคม

หริสุดา ปัณฑวนันท์ (2544) ศึกษาเรื่องการสื่อสารและเครือข่ายการรณรงค์ “เมาไม่ขับ” ผลการวิจัยพบว่า

1. พัฒนาการของโครงการ “เมาไม่ขับ” แบ่งออกเป็นสองระยะ คือ 1. ระยะก่อตั้ง และ 2. ระยะขยายเครือข่ายและดำเนินการ

2. การสื่อสารภายในเครือข่าย “เมาไม่ขับ” ประกอบด้วยประเด็นต่างๆ ดังนี้ 1. การขอการสนับสนุนด้านนโยบาย 2. การขอการสนับสนุนด้านการใช้กฎหมายควบคู่ไปกับการรณรงค์ 3. การขอการสนับสนุนด้านงบประมาณ 4. การขอการสนับสนุนด้านกิจกรรมการรณรงค์ 5. การประชาสัมพันธ์ 6. การประเมินโครงการ 7. การสร้างกระแสสังคม โดยวิธีการสื่อสารที่ใช้เป็นแบบการสื่อสารสองทางทั้งแบบเป็นทางการไม่เป็นทางการ

3. การสื่อสารกับสาธารณชนของโครงการ “เมาไม่ขับ” มุ่งทำการสื่อสารไปยังกลุ่มคนต่อไปนี้ คือ 1. กลุ่มผู้ขับขี่ยานพาหนะ 2. ประชาชนทั่วไป 3. ผู้ขับขี่รถมอเตอร์ไซด์ 4. พนักงานในองค์กรของหน่วยงานที่ร่วมรณรงค์เมาไม่ขับ โดยมีวิธีการสื่อสารไปยังสาธารณชนโดย 1. สร้างกระแสรังเกียจคนเมาแล้วขับ 2. สร้างพรีเซนเตอร์จากเหยื่อเมาแล้วขับ 3. ใช้โบว์ฟ้าเป็นสัญลักษณ์ในการรณรงค์ 4. จัดงานแถลงข่าว 5. ใช้สื่อทุกช่องทาง 6. จัดนิทรรศการให้ความรู้แก่ประชาชน 7. จัดกิจกรรมในย่านสถานบันเทิงและหมดชิต 8.จัดกิจกรรมช่วงเทศกาล 9. จัดกิจกรรมตามโรงเรียนต่างๆ

พรโสภิต จงมีสุข (2545) ได้ทำการศึกษาเรื่อง “เครือข่ายและกระบวนการสื่อสารในการรณรงค์เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ของชมรมหัวใจไร้สาร” โดย ศึกษาการขยายเครือข่าย การสื่อสารภายในเครือข่าย และกระบวนการสื่อสารในการรณรงค์เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ของชมรมหัวใจไร้สาร ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกเจ้าหน้าที่ของสำนักงาน ป.ป.ส. การสนทนากลุ่มเชิงลึกผู้นำเยาวชนที่เป็นคณะทำงานของชมรมหัวใจไร้สารชุดปัจจุบัน และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม ผลการวิจัยพบว่า การขยายเครือข่ายของชมรม แบ่งออกเป็น 2 ช่วง คือ ช่วงแรก เกิดขึ้นภายหลังการอบรมทูตหัวใจไร้สารเสร็จสิ้นลง และช่วงที่สอง เกิดขึ้นหลังจากดำเนินกิจกรรมรณรงค์มาระยะหนึ่งแล้ว โดยรูปแบบเครือข่ายของทั้งสองช่วงเป็นเครือข่ายการสื่อสารแบบมีศูนย์กลาง โดยผู้ที่เป็นศูนย์กลาง คือ ผู้นำเยาวชนในชมรมหัวใจไร้สารและกลุ่มนวสัมพันธ์ การสื่อสารภายในเครือข่าย พบว่า มีทั้งการสื่อสารระหว่างบุคคล ได้แก่ การพูดคุยกัน การคุยโทรศัพท์ และการสื่อสารกลุ่มย่อย ได้แก่ การประชุมกันแบบเห็นหน้าค่าตากันและผ่านทางเว็บบอร์ด ซึ่งจะมีรูปแบบการสื่อสารที่เป็นทางการ กระบวนการสื่อสารในการรณรงค์ พบว่า เป็นการสื่อสารแบบสองทาง ซึ่งประกอบด้วย 1) ผู้ส่งสาร ได้แก่ ผู้นำเยาวชนที่ร่วมงานในชมรมหัวใจไร้สาร มีลักษณะของความเป็นผู้นำ และมีความรู้ในเรื่องที่จะเผยแพร่ค่อนข้างดี 2) สารหรือเนื้อหา มีทั้งเรื่องที่เกี่ยวกับยาเสพติดและเรื่องอื่นๆ ที่เป็นประโยชน์ ซึ่งการรณรงค์และครั้งได้มีการเลือกเนื้อหาให้สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายแต่ละกลุ่ม 3) สื่อที่ใช้ ได้แก่ สื่อบุคคล สื่ออิเล็กทรอนิกส์ สื่อเกม 4) ผู้รับสาร ได้แก่ นักเรียนกลุ่มเป้าหมายที่ผู้นำเยาวชนคัดเลือก

ชัยวัฒน์ ล้วนคงสมจิตร (2549) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การสื่อสารในเครือข่ายของโครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ มูลนิธิหมอชาวบ้าน ผลการวิจัยพบว่า

1. การสื่อสารที่ใช้ในโครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ มูลนิธิหมอชาวบ้าน มีรูปแบบการสื่อสารดังนี้ 1.1 มีการใช้กลยุทธ์การสื่อสารทั้งในแบบเชิงรุกและเชิงรับ 1.2 ลักษณะการสื่อสารแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ แต่มีสัดส่วนของการใช้การสื่อสารแบบไม่เป็นทางการมากกว่า 1.3 ทิศทางการสื่อสารส่วนใหญ่เป็นแบบการสื่อสารสองทาง ดังนั้นรูปแบบการสื่อสารที่ใช้ในการธำรงรักษาเครือข่ายของโครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ จะใช้รูปแบบการสื่อสารที่มีทิศทางการสื่อสารแบบสองทางในลักษณะที่ไม่เป็นทางการ และใช้กลยุทธ์การสื่อสารทั้งเชิงรุกและเชิงรับควบคู่กันไป

2. ปัจจัยในการธำรงรักษาเครือข่ายของโครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ประกอบด้วย 2.1 ปัจจัยด้านรูปแบบการสื่อสาร อันได้แก่ การใช้รูปแบบการสื่อสารที่มีทิศทางการสื่อสารแบบสองทาง ในลักษณะที่ไม่เป็นทางการ และใช้กลยุทธ์การสื่อสารทั้งเชิงรุกและเชิงรับควบคู่กันไป 2.2 ปัจจัยด้านตัวบุคคลที่เข้าร่วมโครงการ ได้แก่ การมีแรงจูงใจในการทำงาน ความเป็นผู้นำและ

น่าเชื่อถือ การมีวิธีคิดในเชิงบวก การทำงานโดยไม่มีผลประโยชน์เกี่ยวข้อง มีลักษณะที่เอื้อต่อการทำงานเป็นทีม การทำงานร่วมกับบุคคลในสายอาชีพเดียวกันและ การดำเนินงานที่มีความต่อเนื่องของแกนนำ 2.3 ปัจจัยด้านลักษณะการดำเนินงานในแบบองค์กรพัฒนาเอกชน 2.4 ปัจจัยด้านการสนับสนุนจากสังคมภายในประเทศและภายนอกประเทศ 2.5 ปัจจัยด้านการสนับสนุนจากกลุ่มพันธมิตรสื่อมวลชน

สุรัชตา ราคา (2550) ได้ทำการศึกษาเรื่อง กระบวนการสื่อสารกับเยาวชนของเครือข่ายครูนักรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการสื่อสารในการดำเนินงานเพื่อการไม่สูบบุหรี่ของเครือข่ายครูนักรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ แบ่งออกเป็น 2 ขอบเขตคือ กระบวนการสื่อสารภายในเครือข่าย และกระบวนการสื่อสารของครูแกนนำในเครือข่ายกับเยาวชนและผู้ที่เกี่ยวข้องในโรงเรียน ซึ่งมีผลกระทบกับทุกกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในด้านความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมและการมีส่วนร่วมในกิจกรรม กลยุทธ์การสื่อสาร ได้แก่การใช้สื่อ,การนำเสนอสาร,การสื่อสารแบบมีส่วนร่วม,การให้แรงเสริมและการใช้แรงกระตุ้นจากภายนอกคำสำคัญ : กระบวนการสื่อสาร, เครือข่าย, การรณรงค์, บุหรี่, เยาวชน

กมลวัทน์ วันวิชัย (2550) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การสื่อสารในเครือข่ายละครรณรงค์งดเหล้า ผลการวิจัยพบว่า

1. พัฒนาการของเครือข่ายละครรณรงค์งดเหล้า แบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะก่อตั้งและระยะดำเนินการ ระยะก่อตั้ง แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) หาแนวร่วม 2) ปรึกษาหารือ 3) จัดตั้งเครือข่าย 4) ระยะทำโครงการ และในส่วนของระยะดำเนินงาน เป็นการกำหนดเป้าหมาย ยุทธศาสตร์ และโครงสร้างการทำงาน และมีการดำเนินโครงการระยาวที่ขยายผลการทำงานไปสู่ระดับชุมชน เกิดชุดความรู้ และหลักสูตรกระบวนการละคร

2. ปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการของเครือข่ายละครรณรงค์งดเหล้า ได้แก่ การบริหารจัดการเครือข่าย การสื่อสารภายในเครือข่ายการสื่อสาร สัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในเครือข่าย ความชัดเจนของเป้าหมายการทำงาน ความต่อเนื่องของโครงการ แหล่งของทรัพยากร การมีส่วนร่วมในการทำงาน และจิตสำนึกสาธารณะ

3. ลักษณะการสื่อสารภายในเครือข่าย แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ การสื่อสารระหว่างส่วนกลางเครือข่ายกับสมาชิกเครือข่าย เป็นรูปแบบการสื่อสารแนวระนาบ โดยการสื่อสารระหว่างบุคคลผ่านสื่อต่างๆ ได้แก่ โทรศัพท์ จดหมาย และจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ และการสื่อสารระดับกลุ่ม ผ่านการการประชุมสมาชิกเครือข่าย การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรื่องการทำงานของแต่ละพื้นที่ เวทีสรุปผลการทำงานของเครือข่าย การสื่อสารระหว่างส่วนกลางเครือข่ายกับคณะกรรมการ

เครือข่าย โดยสื่อสารระดับบุคคลผ่านโทรศัพท์ และการสื่อสารระดับกลุ่ม ผ่านการประชุม และการสื่อสารระหว่างเครือข่ายละครรณรงค์งดเหล้า กับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และสำนักงานเครือข่ายองค์กรงดเหล้า (สคล.) เป็นการสื่อสารระดับบุคคล ผ่านโทรศัพท์ จดหมายอิเลกทรอนิกส์ (e-mail) และการสื่อสารระดับกลุ่ม ผ่านการการประชุม และการสัมมนา

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่อง “การสื่อสารเพื่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดยกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ” เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยผู้วิจัยวิจัยได้ดำเนินการวิจัยโดยใช้วิธีการวิเคราะห์เอกสาร (Documentary Analysis) รวมถึงใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In depth Interview) ตามทัศนะของคนวงในและคนวงนอก ซึ่งบุคคลดังกล่าวล้วนแต่เป็นบุคคลที่ดำเนินการเกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างความความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดยแบ่งเป็นเครือข่ายระดับสนับสนุน ได้แก่ บุคลากรของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการกำหนดกรอบนโยบายและแผนงานการเสริมสร้างความความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ และเครือข่ายระดับปฏิบัติการ ได้แก่ บุคลากรจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

มีระเบียบวิธีวิจัยดังต่อไปนี้

1. รูปแบบการวิจัย
2. ประชากร
3. กลุ่มตัวอย่าง
4. ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย
5. วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล
6. เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
7. การวิเคราะห์ข้อมูล
8. การนำเสนอข้อมูล

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่อง “การสื่อสารเพื่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดยกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ” เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยมีจุดมุ่งหมายที่จะศึกษาข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการสื่อสารเพื่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดยกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ว่ามีรูปแบบและลักษณะของการสื่อสารอย่างไรที่จะสามารถทำให้ของภาคีเครือข่ายสุขภาพมีความเข้มแข็ง รวมทั้งปัจจัยต่าง ๆ ทั้ง

ปัจจัยที่ส่งเสริมและปัจจัยที่เป็นข้อจำกัด ที่ส่งผลต่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ

โดยการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับประเด็นต่าง ๆ ในเรื่องนี้เป็นการศึกษาเชิงลึก (In Depth) ที่จะมุ่งแสวงหาข้อเท็จจริงตามวิธีการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดยกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โดยมีวิธีการศึกษา ดังนี้

1. การศึกษาจากเอกสาร (Document Study)
2. การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-Depth Interview)
3. การสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วม (Non-Participant Observation)

ประชากร (Population)

ประชากรในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ มี 2 กลุ่ม คือ ภาคีเครือข่ายระดับสนับสนุน ได้แก่ คณะผู้บริหารและบุคลากร กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ที่มีส่วนในการดำเนินงานภายใต้โครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพ ในปีงบประมาณ 2551 จำนวน 19 คนและภาคีเครือข่ายระดับปฏิบัติการ ได้แก่ ภาคีเครือข่ายระดับปฏิบัติการในจังหวัดที่มีความเข้มแข็ง แบ่งเป็น 4 ภาค ภาคละ 1 จังหวัด รวมจำนวน 5 คน

กลุ่มตัวอย่าง (Sample)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Key Informants) จำนวน 24 คน โดยสามารถแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ

<u>กลุ่มที่ 1</u> ภาคีเครือข่ายระดับสนับสนุน ได้แก่ คณะผู้บริหารและบุคลากร กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ จำนวน 19 คน แบ่งเป็น

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- บุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่เชิงนโยบาย จำนวน 10 คน ได้แก่

ลำดับที่	ชื่อ - นามสกุล	ตำแหน่ง	วันที่สัมภาษณ์
1.	นางสาวสมบูรณ์ ขอสกุล	นักวิชาการสาธารณสุข 9 ชำนาญการ (ด้านส่งเสริมพัฒนา)	20 /10/2551
2.	นางเพ็ญศรี เกิดนาค	ผู้อำนวยการกองสุขศึกษา	28 /10/2551
3.	นางสาวนวลจันทร์ ศักดิ์ธนากูล	นักวิชาการสาธารณสุข 8 หัวหน้ากลุ่มพันธมิตรการสร้างสุขภาพ	15 /10/2551
4.	นางจิราพร อิศรางกูร ณ อยุธยา	นักวิชาการสาธารณสุข 7 หัวหน้ากลุ่มพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ	10 /10/2551
5.	นางลัดดา ปิยเศรษฐ์	นักวิชาการสาธารณสุข 8 หัวหน้ากลุ่มสถานีวิทยุกระจายเสียง กระทรวงสาธารณสุข	14 /10/2551
6.	ร้อยตรีหญิงวไลพร สวัสดิมงคล	นักวิชาการเผยแพร่ 8 หัวหน้ากลุ่มพัฒนาการสื่อสารและสื่อสุขภาพ	10 /11/2551
7.	นางดวงมาลย์ สัมมาวิภาวีกุล	นักวิชาการโสตทัศนูปกรณ์ 8 หัวหน้ากลุ่มสารสนเทศสุขศึกษา และพฤติกรรมสุขภาพ	28 /10/2551
8.	นางชลธิรา ซึ้งจิตตวิสุทธิ	นักวิชาการสาธารณสุข 8 หัวหน้ากลุ่มแผนงานและประเมินผล	27 /10/2551
9.	นางสุดาพร ดำรงวานิช	นักวิชาการสาธารณสุข 7 หัวหน้ากลุ่มพัฒนาคุณภาพงานสุขศึกษา	22 /10/2551
10.	นางสาวเบญจมาศ สุรมิตรไมตรี	นักวิชาการเผยแพร่ 8 หัวหน้ากลุ่มรณรงค์ด้านสุขภาพ	21 /10/2551

- บุคลากรที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพในกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ จำนวน 9 คน

ลำดับที่	ชื่อ - นามสกุล	ตำแหน่ง	วันที่สัมภาษณ์
1.	นางสาวทิวาพร กลมกล่อม	นักวิชาการเผยแพร่ 8 กลุ่มรณรงค์ด้านสุขภาพ	14 /10/2551
2.	นางวิมลศรี อุทัยพัฒนาชีพ	นักวิชาการสาธารณสุข 7 กลุ่มแผนงานและประเมินผล	17 /11/2551
3.	นางศุภัคนิจ วิษณุพงษ์พร	นักวิชาการสาธารณสุข 7 กลุ่มสารสนเทศสุขศึกษา และ พฤติกรรมสุขภาพ	15 /10/2551
4.	นางนาตยา เกรียงชัยพฤกษ์	นักวิชาการสาธารณสุข 7 กลุ่มพัฒนาการสื่อสารและสื่อสุขภาพ	14 /10/2551
5.	นางฉันทพิชญา โพธิสาจันทร์	นักวิชาการสาธารณสุข 7 กลุ่มพันธมิตรการสร้างสุขภาพ	10 /10/2551
6.	นางบุญตา เจนสุขอุดม	นักวิชาการเผยแพร่ 7 กลุ่มพันธมิตรการสร้างสุขภาพ	10 /10/2551
7.	นางพิศมัย สุขอมรรัตน์	นักวิชาการเผยแพร่ 7 กลุ่มพันธมิตรการสร้างสุขภาพ	15 /10/2551
8.	นางณัฐวดี ศรีส่ง	เจ้าพนักงานเผยแพร่ 5 กลุ่มพันธมิตรการสร้างสุขภาพ	10 /10/2551
9.	นางบัวงาม ไชยสิทธิ์	นักวิชาการเผยแพร่ 6 กลุ่มสถานีวิทยุกระจายเสียง กระทรวงสาธารณสุข	14 /10/2551

<u>กลุ่มที่ 2</u> ภาคีเครือข่ายระดับปฏิบัติการ ได้แก่ ภาคีเครือข่ายระดับปฏิบัติการในจังหวัดที่มีความเข้มแข็ง แบ่งเป็น 4 ภาค ภาคละ 1 จังหวัด จังหวัดละ 1 คน ยกเว้นภาคเหนือ ได้แก่

- ภาคกลาง คือ จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 1 คน
- ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คือ บุรีรัมย์ จำนวน 1 คน
- ภาคใต้ คือ จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 1 คน
- ภาคเหนือ คือ จังหวัดอุทัยธานี จำนวน 2 คน

รวมทั้งสิ้นเป็นจำนวน 5 คน

ลำดับที่	ชื่อ - นามสกุล	ตำแหน่ง	วันที่สัมภาษณ์
1.	นางสุกัญญา ไผทโสภณ	นักวิชาการสาธารณสุข 8 หัวหน้างานสุขศึกษา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี	11 /12/2551
2	นายดนัย วิสิทธิโชค	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน 6 งานสุขศึกษา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี	11 /12/2551
3.	นางศศิวรรณ ชนะศุภโชค	นักวิชาการสาธารณสุข 8 หัวหน้างานสุขศึกษา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กาญจนบุรี	18/11/2551
4.	นางสินีลักษณ์ จิรสัตย์*สุนทร*	นักวิชาการสาธารณสุข 8 งานรณรงค์สุขศึกษา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์-ธานี	18/11/2551
5	นางวิไลพร คลีกร	นักวิชาการสาธารณสุข 7 งานสร้างสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์	20/11/2551

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่อง “การสื่อสารเพื่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดยกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ” มีลำดับขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาวิจัย ดังนี้ คือ

1. ทำการศึกษาข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับเรื่องที่จะทำการศึกษาวิจัย โดยศึกษาจากเอกสาร และเข้าร่วมสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมในกิจกรรม การจัดเวที ถ่ายทอดและส่งเสริมประสานการดำเนินงานสร้างสุขภาพของภาคีเครือข่าย 4 ภาค ในส่วนภาคกลาง ในโครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพ ในปีงบประมาณ 2551 รวมถึงการพูดคุยอย่างไม่เป็นทางการกับบุคลากรที่มีหน้าที่รับผิดชอบและมีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

2. ทบทวนแนวคิดและทฤษฎี รวมถึงงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่จะทำการศึกษา เพื่อใช้เป็นกรอบในการเข้าไปศึกษาข้อมูลจริงในภาคสนาม

3. เตรียมอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ใช้ในการสัมภาษณ์เจาะลึกและการออกสังเกตการณ์ภาคสนาม เพื่อเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลเบื้องต้น กรอบสังเกตการณ์ สมุดจดบันทึก กล้องถ่ายรูป เครื่องบันทึกเสียง เป็นต้น

4. เตรียมคำถามที่จะใช้ในการสัมภาษณ์เจาะลึกผู้ให้ข้อมูลหลักและเตรียมกรอบสังเกตการณ์ในการศึกษาภาคสนาม

5. สัมภาษณ์เจาะลึกกลุ่มเป้าหมายแบบเฉพาะเจาะจงที่ได้ทำการคัดเลือก และนัดหมายไว้ รวมทั้งเข้าร่วมสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วม ในช่วงที่ลงพื้นที่เก็บข้อมูลจากภาคีเครือข่ายสุขภาพระดับปฏิบัติการที่มีความเข้มแข็ง

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยอาศัยวิธีการต่าง ๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริงและเป็นประโยชน์ต่อการวิจัยให้ได้มากที่สุด ดังนี้

1. การศึกษาจากเอกสาร (Document Study)

ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารต่าง ๆ (Document Study) ที่ทางกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพจัดทำขึ้นเพื่อเผยแพร่ข่าวสารต่าง ๆ แก่ภาคีเครือข่ายสุขภาพและเพื่อสนับสนุนการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ในโครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพในปีงบประมาณ 2551 รวมทั้งศึกษาถึงนโยบายและแผนการดำเนินงานของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการ

นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้ศึกษาและค้นคว้าเอกสารต่าง ๆ เกี่ยวกับการภาคีเครือข่ายสุขภาพและการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการได้แก่

1. *โครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพ ในปีงบประมาณ 2551*. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุบบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2551.

2. *เอกสารประกอบ กิจกรรมการสัมมนา การจัดเวที ถ่ายทอดและส่งเสริมประสานการดำเนินงานสร้างสุขภาพของภาคีเครือข่าย 4 ภาค*. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุบบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2551.

3. *แบบเสนอโครงการสร้างพันธมิตรการสร้างสุขภาพ*. กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2547

4. *แนวทางการสร้างพันธมิตรการสร้างสุขภาพ*. สำนักงานโครงการสร้างพันธมิตรการสร้างสุขภาพ กองสุขศึกษา, 2547

5. *แผนยุทธศาสตร์โครงการสร้างพันธมิตร การสร้างสุขภาพ (พสส.)*. สำนักงานโครงการสร้างพันธมิตรการสร้างสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2548

6. *วิวัฒนาการงานสุขศึกษา*. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2549

ทั้งนี้วิธีการวิจัยโดยการศึกษาจากเอกสาร (Document Study) เพื่อให้ทราบถึง

1. นโยบายและแผนการดำเนินงานของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

2. แผนการดำเนินงานของกลุ่มพันธมิตรสร้างสุขภาพ กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

3. พัฒนาการการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดย กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

4. การสื่อสารเพื่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดย กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

2. การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-Depth Interview)

โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เจาะลึก (In-Depth Interview) กับกลุ่มเป้าหมาย 2 กลุ่มโดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Key Informants) จำนวน 24 คน นั่นคือ บุคคลที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับโครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพ ในปีงบประมาณ 2551 ซึ่งได้แก่

<u>กลุ่มที่ 1</u> ภาคีเครือข่ายระดับสนับสนุน ได้แก่ คณะผู้บริหารและบุคลากร กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ จำนวน 19 คน ได้แก่

1. บุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่เชิงนโยบาย เพื่อให้ทราบถึง

- นโยบายและแผนการดำเนินงานของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
- แผนการดำเนินงานของกลุ่มพันธมิตรสร้างสุขภาพ กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
- การวางแผนในอนาคตสำหรับการดำเนินงานเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดย กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
- พัฒนาการการสื่อสารเพื่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดย กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
- รูปแบบการสื่อสารเพื่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดย กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ไปยังภาคีเครือข่ายสุขภาพระดับปฏิบัติการ
- ลักษณะองค์ประกอบของการสื่อสารเพื่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดย กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ไปยังภาคีเครือข่ายสุขภาพปฏิบัติการ
- ปัจจัยที่เป็นข้อส่งเสริมและปัจจัยที่เป็นข้อจำกัดต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินงานเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดย กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
- ลักษณะและการมีส่วนร่วมของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ในภาคีเครือข่ายสุขภาพ

1.2 บุคลากรที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ ในกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เพื่อให้ทราบถึง

- พัฒนาการการสื่อสารเพื่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดย กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
- รูปแบบการสื่อสารเพื่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดย กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ไปยังภาคีเครือข่ายสุขภาพระดับปฏิบัติการ
- ลักษณะองค์ประกอบของการสื่อสารเพื่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดย กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ไปยังภาคีเครือข่ายสุขภาพปฏิบัติการ
- ปัจจัยที่เป็นข้อส่งเสริมและปัจจัยที่เป็นข้อจำกัดต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินงานเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดย กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
- ลักษณะและการมีส่วนร่วมของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ในภาคีเครือข่ายสุขภาพ

<u>กลุ่มที่ 2</u> ภาคีเครือข่ายระดับปฏิบัติการ ได้แก่ ภาคีเครือข่ายระดับปฏิบัติการในจังหวัดที่มีความเข้มแข็ง แบ่งเป็น 4 ภาค ภาคละ 1 จังหวัด จังหวัดละ 1 คน ยกเว้นภาคเหนือ มีจำนวน 2 คน รวมจำนวน 5 คน เพื่อทราบถึง

- ผลที่เกิดขึ้นจากการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดย กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
- ปัจจัยที่เป็นข้อส่งเสริมและปัจจัยที่เป็นข้อจำกัดต่าง ๆ ที่มีส่วนในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพระดับปฏิบัติการ ให้เป็นภาคีเครือข่ายสุขภาพที่มีความเข้มแข็ง
- ลักษณะและการมีส่วนร่วม ในโครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพ ในปีงบประมาณ 2551 โดย กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ของภาคีเครือข่ายสุขภาพระดับปฏิบัติการ

3. การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non-Participant Observation)

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้วิธีการการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non-Participant Observation) โดยสังเกตการณ์ในช่วงการจัดกิจกรรม การจัดเวที ถ่ายทอดและส่งเสริมประสานการดำเนินงานสร้างสุขภาพของภาคีเครือข่าย 4 ภาค ในส่วนของภาคกลาง ในโครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพ ในปีงบประมาณ 2551 รวมทั้งจากลงพื้นที่เก็บข้อมูลจากภาคีเครือข่ายสุขภาพที่มีความเข้มแข็ง ซึ่งเป็นการสังเกต

1. รูปแบบการสื่อสารเพื่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดยกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

2. ลักษณะองค์ประกอบของการสื่อสารเพื่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดยกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

3. ปัจจัยที่เป็นข้อส่งเสริม และปัจจัยที่เป็นข้อจำกัดของการสื่อสารเพื่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดยกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

4. ลักษณะความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพระดับปฏิบัติการ

ทั้งนี้วิธีการวิจัยโดยการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non-Participant Observation) เพื่อให้ทราบถึง

1. การสื่อสารเพื่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดยกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ในโครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพ ในปีงบประมาณ 2551 ในช่วงการจัดกิจกรรม การจัดเวที ถ่ายทอดและส่งเสริมประสานการดำเนินงานสร้างสุขภาพของภาคีเครือข่าย 4 ภาค ในส่วนของภาคกลาง
2. ผลที่เกิดขึ้นจากการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดย กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
3. ปัจจัยที่เป็นข้อส่งเสริมและปัจจัยที่เป็นข้อจำกัดต่าง ๆ ที่มีส่วนในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพระดับปฏิบัติการ ให้เป็นภาคีเครือข่ายสุขภาพที่มีความเข้มแข็ง
4. ลักษณะและการมีส่วนร่วมของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ในภาคีเครือข่ายสุขภาพ

5. ลักษณะและการมีส่วนร่วม ในโครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ในการดำเนินงานสร้างสุขภาพ ในปีงบประมาณ 2551 โดย กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ของภาคีเครือข่ายสุขภาพระดับปฏิบัติการ

6. บรรยากาศและปัจจัยอื่น ๆ ระหว่างช่วงการจัดกิจกรรม การจัดเวที ถ่ายทอดและส่งเสริมประสานการดำเนินงานสร้างสุขภาพของภาคีเครือข่าย 4 ภาค ในส่วนของภาคกลาง

เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้มีดังนี้ คือ

1. แบบการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง

2. แบบสัมภาษณ์โดยอิงโครงสร้างปานกลาง (Semi-Structure Interview) ซึ่งเป็นแบบสัมภาษณ์ที่ไม่เป็นทางการ โดยที่ผู้วิจัยได้กำหนดประเด็นในการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายไว้ล่วงหน้าแล้ว โดยเน้นการใช้คำถามปลายเปิด (Open–Ended Questions) ในการสัมภาษณ์เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายสามารถให้รายละเอียดและแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระเต็มที่ในประเด็นต่างๆ ตามที่ผู้วิจัยกำหนด และเพื่อต้องการให้ประเด็นคำถามสามารถยืดหยุ่นได้ตามสถานการณ์การสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยได้กำหนดประเด็นในแบบสัมภาษณ์เพื่อนำมาวิเคราะห์และอภิปรายผล ดังนี้คือ

2.1 นโยบายและแผนการดำเนินงานของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

2.2 แผนการดำเนินงานของกลุ่มพันธมิตรสร้างสุขภาพ กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

2.3 การวางแผนในอนาคตสำหรับการดำเนินงานเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดย กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

2.4 พัฒนาการการสื่อสารเพื่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดย กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

2.5 รูปแบบการสื่อสารเพื่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดย กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ไปยังภาคีเครือข่ายสุขภาพระดับปฏิบัติการ

2.6 ลักษณะองค์ประกอบของการสื่อสารเพื่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดย กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ไปยังภาคีเครือข่ายสุขภาพปฏิบัติการ

2.7 ปัจจัยที่เป็นข้อส่งเสริมและปัจจัยที่เป็นข้อจำกัดต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินงานเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดย กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

2.8 ลักษณะและการมีส่วนร่วมของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ในภาคีเครือข่ายสุขภาพ

3. แบบสังเกตการณ์

4. เครื่องบันทึกเสียงและสมุดบันทึก ผู้วิจัยนำมาใช้ในการบันทึกระหว่างการสัมภาษณ์ ซึ่ง จะขออนุญาตผู้ให้สัมภาษณ์ก่อนทุกครั้ง

5. กล้องถ่ายรูป ผู้วิจัยนำมาใช้ในการเก็บภาพในระหว่างการเข้าร่วมสังเกตการณ์ แบบไม่มีส่วนร่วม

6. ผู้สัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะเป็นผู้สัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายทั้งหมดด้วยตนเอง

ทั้งนี้ผู้วิจัยได้แบ่งแนวคำถามในแบบสัมภาษณ์ออกเป็นหัวข้อต่าง ๆ ดังนี้

แนวคำถามการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกสำหรับบุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่เชิงนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ ในกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

แนวคำถามในการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกสำหรับบุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่เชิงนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ ในกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ แบ่งออกเป็น 2 หมวด ได้แก่

หมวดที่ 1 แนวคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทางด้านประชากรของบุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่เชิงนโยบาย ที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ ในกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

- ชื่อ – สกุล
- ตำแหน่ง

- การศึกษา
- ภูมิลำเนา
- ประสบการณ์ในการทำงาน
- บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบโดยทั่วไป
- บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบที่เกี่ยวกับการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ ในกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

หมวดที่ 2 แนวคำถามเกี่ยวกับการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดย กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

- นโยบายและแผนการดำเนินงานของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เป็นอย่างไร
- แผนการดำเนินงานของกลุ่มพันธมิตรสร้างสุขภาพ กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เป็นอย่างไร
- การวางแผนในอนาคตสำหรับการดำเนินงานเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดย กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เป็นอย่างไร
- พัฒนาการการสื่อสารเพื่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดย กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เป็นอย่างไร
- รูปแบบการสื่อสารเพื่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดย กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ไปยังภาคีเครือข่ายสุขภาพระดับปฏิบัติการ เป็นอย่างไร
- ลักษณะองค์ประกอบของการสื่อสารเพื่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดย กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ไปยังภาคีเครือข่ายสุขภาพปฏิบัติการ เป็นอย่างไร
- ปัจจัยที่เป็นข้อส่งเสริมและปัจจัยที่เป็นข้อจำกัดต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินงานเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดย กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เป็นอย่างไร

- ลักษณะและการมีส่วนร่วมของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ในภาคีเครือข่ายสุขภาพ เป็นอย่างไร

แนวคำถามการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกสำหรับบุคลากรที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ ในกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

แนวคำถามในการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกสำหรับบุคลากรที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ ในกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ แบ่งออกเป็น 2 หมวด ได้แก่

หมวดที่ 1 แนวคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทางด้านประชากรของบุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ ในกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

- ชื่อ – สกุล
- ตำแหน่ง
- การศึกษา
- ภูมิลำเนา
- ประสบการณ์ในการทำงาน
- ประสบการณ์ในการทำงานเกี่ยวกับการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ
- บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบโดยทั่วไป
- บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบเกี่ยวกับการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ ในกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

หมวดที่ 2 แนวคำถามเกี่ยวกับการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดย กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

- พัฒนาการการสื่อสารเพื่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดย กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เป็นอย่างไร
- รูปแบบการสื่อสารเพื่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดย กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ไปยังภาคีเครือข่ายสุขภาพระดับปฏิบัติการ เป็นอย่างไร
- ลักษณะองค์ประกอบของการสื่อสารเพื่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดย กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ไปยังภาคีเครือข่ายสุขภาพปฏิบัติการ เป็นอย่างไร
- ปัจจัยที่เป็นข้อส่งเสริมและปัจจัยที่เป็นข้อจำกัดต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินงานเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดย กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เป็นอย่างไร
- ลักษณะและการมีส่วนร่วมของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ในภาคีเครือข่ายสุขภาพ เป็นอย่างไร

แนวคำถามการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกสำหรับภาคีเครือข่ายระดับปฏิบัติการที่มีความเข้มแข็ง

แนวคำถามการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกสำหรับภาคีเครือข่ายระดับปฏิบัติการที่มีความเข้มแข็ง แบ่งออกเป็น 3 หมวด ได้แก่

หมวดที่ 1 แนวคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทางด้านประชากรของภาคีเครือข่ายระดับปฏิบัติการที่มีความเข้มแข็ง

- ชื่อ – สกุล
- การศึกษา
- อาชีพ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- ตำแหน่ง
- สถานที่ทำงาน
- ภูมิลำเนา
- ระยะเวลาในการเข้าร่วมในภาคีเครือข่ายสุขภาพ

หมวดที่ 2 แนวคำถามเกี่ยวกับการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ ของภาคีเครือข่ายระดับปฏิบัติการที่มีความเข้มแข็ง

- ผลที่เกิดขึ้นจากการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดย กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เป็นอย่างไร
- ปัจจัยที่เป็นข้อส่งเสริมและปัจจัยที่เป็นข้อจำกัดต่าง ๆ ที่มีส่วนในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพระดับปฏิบัติการ ให้เป็นภาคีเครือข่ายสุขภาพที่มีความเข้มแข็ง เป็นอย่างไร
- ลักษณะและการมีส่วนร่วม ในโครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพ ในปีงบประมาณ 2551 โดย กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ของภาคีเครือข่ายสุขภาพระดับปฏิบัติการ เป็นอย่างไร
- ลักษณะและการมีส่วนร่วม ในภาคีเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่ เป็นอย่างไร
- ทัศนคติ ความคิดเห็นเกี่ยวกับการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดย กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เป็นอย่างไร

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ก่อนที่ผู้วิจัยจะนำแบบสัมภาษณ์ไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มเป้าหมาย ผู้วิจัยจะดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของแบบสัมภาษณ์เพื่อวัดความตรงในด้าน “ความตรงด้านเนื้อหา” (Content Validity) ซึ่งผู้วิจัยจะตรวจสอบว่าเนื้อหาในแบบสัมภาษณ์ที่จะใช้ในการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายนั้นมีความตรงและครบถ้วนตามประเด็นที่ต้องการวัดในงานวิจัย และมี “ความตรงด้านโครงสร้าง” (Construct Validity) หรือไม่ ซึ่งผู้วิจัยจะตรวจสอบว่าประเด็นต่าง ๆ ในแบบสัมภาษณ์นั้นครบถ้วนตามแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องตามที่ผู้วิจัยได้ดำเนินการทบทวนวรรณกรรมมาหรือไม่

ทั้งนี้ผู้วิจัยได้สร้างแบบสัมภาษณ์โดยอิงโครงสร้างปานกลาง (Semi-Structure Interview) โดยเน้นการใช้คำถามแบบปลายเปิด (Open – Ended Questions) ซึ่งได้กำหนดประเด็นในแบบสัมภาษณ์เพื่อนำมาวิเคราะห์และอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

3. เพื่อศึกษาพัฒนาการของการเสริมสร้างความความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดยกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

4. เพื่อศึกษารูปแบบการสื่อสารของเครือข่ายการสื่อสารเพื่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดยกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

5. เพื่อศึกษาลักษณะองค์ประกอบของเครือข่ายการสื่อสารเพื่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดยกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

6. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เป็นข้อส่งเสริมและปัจจัยที่เป็นข้อจำกัดของการสื่อสารต่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดยกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

อย่างไรก็ตามในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอาศัยวิธีการตรวจสอบความแม่นยำ ความเชื่อถือได้ และความครบถ้วนของข้อมูล เพื่อให้ข้อมูลที่ได้มีความน่าเชื่อถือมากที่สุด โดยผู้วิจัยใช้วิธีการตรวจสอบหลายวิธี คือ

1. แบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการวิจัย ได้ผ่านการตรวจสอบแนวทางการสัมภาษณ์ตลอดจนข้อคำถามจากอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อพิจารณาถึงความครอบคลุมของคำถาม การสื่อความหมายในประเด็นคำถามให้ตรงกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยมากที่สุด

2. การตรวจสอบสามเส้าด้วยวิธีการรวบรวมข้อมูล (Methodological Triangulation) เป็นการศึกษาค้นคว้าข้อมูลการดำเนินกิจกรรมจากเอกสารต่าง ๆ และการสัมภาษณ์เจาะลึกกลุ่มเป้าหมาย เพื่อเป็นการตรวจสอบซึ่งกันและกัน และพิจารณาว่าข้อมูลที่ได้รับนั้นมีความถูกต้องตรงกัน และสอดคล้องหรือไม่ อย่างไร ซึ่งจะทำให้ข้อมูลที่ได้รับมีความน่าเชื่อถือ รวมถึงการใช้วิธีการวิจัยโดยการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมควบคู่ไปกับการเก็บข้อมูลด้วย จะช่วยเพิ่มความน่าเชื่อถือให้ผลการวิจัยได้มากที่สุด

3. การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data Triangulation) โดยพิจารณาจากแหล่งบุคคลที่สัมภาษณ์ โดยบุคคลที่ให้ข้อมูลนั้นมีจำนวนหลายคน และครอบคลุมผู้ที่เกี่ยวข้องทุกด้าน

4. หลังจากการเข้าไปสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วมและการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง ผู้วิจัยจะบันทึกภาคสนาม และจัดแยกประเภทข้อมูลเป็นหมวดหมู่แบบคร่าว ๆ เพื่อให้ทราบถึงข้อมูล ที่ได้รับและที่ขาดหายไป เพื่อให้สะดวกต่อการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งต่อไป

การตรวจสอบหลังจากที่ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลเรียบร้อยแล้ว โดยให้บุคคลที่เป็นผู้ให้ข้อมูล รวมทั้งบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารเพื่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดยกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ อ่านทบทวนดูว่าข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลดังกล่าวนั้นมีความเที่ยงตรง และมีความถูกต้องจริงหรือไม่

การวิเคราะห์ข้อมูล

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ โดยผู้วิจัยจะนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลหลากหลายรูปแบบมาวิเคราะห์ ทั้งข้อมูลจากเอกสาร การสัมภาษณ์เจาะลึก และข้อมูลจากการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม ภายใต้กรอบแนวคิดและทฤษฎีต่าง ๆ เพื่อให้ข้อมูลมีความสมบูรณ์และเป็นไปตามหลักวิชาการซึ่งจะทำให้มองเห็นภาพรวมที่มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น โดยข้อมูลทั้งหมดเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพที่ไม่สามารถแจงนับได้ จึงต้องสรุปแต่ละประเด็นที่ศึกษา แล้วนำมาวิเคราะห์สรุปรวมโดยนำข้อมูลสาระสำคัญของแต่ละประเด็นมาพิจารณาและตีความหมายของข้อมูล เพื่อนำไปสู่การสรุปผลการวิจัยและอภิปรายผลการวิจัยต่อไป ทั้งนี้สามารถแจกแจงขั้นตอนในการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยต่อไป ทั้งนี้สามารถแจกแจงขั้นตอนในการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยตามลำดับ ดังนี้ คือ

1. จากข้อมูลที่ได้เก็บรวบรวมมา นำมาพิจารณาว่าเป็นไปตามแนวคิดและทฤษฎีที่มีอยู่หรือไม่ อย่างไร

2. ตรวจสอบข้อมูลที่ได้มาว่าครบถ้วนเพียงพอที่จะตอบคำถามนำวิจัยที่ได้ตั้งไว้หรือไม่

3. จัดกลุ่มข้อมูลที่ได้มาให้อยู่ในประเด็นต่าง ๆ ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยที่ได้กำหนดไว้

4. สร้างข้อสรุปชั่วคราวโดยนำแนวคิด และทฤษฎีมาเชื่อมโยงกับข้อมูลที่ได้จัดกลุ่มแล้ว เพื่อแสดงให้ได้เห็นผลของการพิสูจน์ข้อค้นพบเบื้องต้นว่าเป็นไปตามทฤษฎีหรือไม่ อย่างไร

5. เชื่อมโยงข้อมูลให้สมบูรณ์ และพิจารณาอีกครั้งว่าข้อสรุปที่ได้มานั้น สามารถตอบปัญหานำวิจัยที่ได้ตั้งไว้หรือไม่

การนำเสนอข้อมูล

ผู้วิจัยจะนำเสนอข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ในรูปของการพรรณนาเชิงวิเคราะห์ (Analysis Description) เพื่อชี้ให้เห็นถึงพัฒนาการ รูปแบบและลักษณะองค์ประกอบของการสื่อสารเพื่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ ปัจจัยที่เป็นข้อส่งเสริมและปัจจัยที่เป็นข้อจำกัดของการสื่อสารต่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดยกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ซึ่งลำดับของการนำเสนอแบ่งได้เป็นดังนี้ คือ

1. นำเสนอพัฒนาการของการเสริมสร้างความความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพโดยกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โดยแบ่งการนำเสนอตามขั้นตอนในเชิงทฤษฎีเครือข่าย 4 ขั้น ได้แก่

1.1 ขั้นตระหนักและก่อตัวของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดยกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

1.2 ขั้นการสร้างพันธกรณีและการบริหารภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดยกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

1.3 ขั้นการพัฒนาความสัมพันธ์ของภาคีเครือข่ายสุขภาพ และการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดยกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ตลอดจนการใช้ประโยชน์จากภาคีเครือข่ายสุขภาพที่มีความเข้มแข็ง

1.4 ขั้นการรักษาความสัมพันธ์และความต่อเนื่องของภาคีเครือข่ายสุขภาพที่มีความเข้มแข็ง ที่เป็นผลจากการเสริมสร้างความความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดยกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

2. นำเสนอรูปแบบการสื่อสารของเครือข่ายการสื่อสารเพื่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดยกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โดยแบ่งการนำเสนอดังนี้

2.1 ประเภทของภาคีเครือข่ายการสื่อสาร ซึ่งจำแนกตามลักษณะการใช้งาน แบ่งเป็น 2 รูปแบบ คือ การสื่อสารแบบเป็นทางการ การสื่อสารแบบไม่เป็นทางการ และจำแนกตามประเภทการดำเนินงานของภาคีเครือข่าย อาทิ เครือข่ายความคิด เครือข่ายเชิงกิจกรรม เครือข่ายสนับสนุน เครือข่ายโครงสร้างหน้าที่ เป็นต้น

2.2 ทิศทางการสื่อสารของภาคีเครือข่าย ซึ่งจำแนกตามทิศทางการสื่อสาร แบ่งเป็น 2 รูปแบบ คือ การสื่อสารทางเดียว และการสื่อสารสองทาง

2.3 แบบการสื่อสารของภาคีเครือข่าย ซึ่งจำแนกตามแบบของการสื่อสารแยกออกได้เป็น 2 แบบ คือ การสื่อสารแบบมีศูนย์กลางหรือรวมศูนย์ และการสื่อสารแบบกระจายอำนาจ การ

สื่อสารแบบมีศูนย์กลางหรือรวมศูนย์ ได้แก่ เครือข่ายการสื่อสารแบบลูกโซ่ เครือข่ายการสื่อสารแบบตัววาย เครือข่ายการสื่อสารแบบวงล้อ และการสื่อสารแบบกระจายอำนาจ ได้แก่ เครือข่ายการสื่อสารแบบวงกลม และเครือข่ายการสื่อสารแบบทุกช่องทาง

3. นำเสนอลักษณะองค์ประกอบของเครือข่ายการสื่อสารเพื่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดยกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โดยแบ่งการนำเสนอ ดังนี้

3.1 ประเด็นในการสื่อสารเพื่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ อาทิ เนื้อหาที่ใช้ ลักษณะหรือประเภทของกิจกรรมที่ใช้ ลักษณะหรือประเภทของสื่อที่ใช้ เป็นต้น

3.2 องค์ประกอบด้านสมาชิกในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพที่มีกองสุขศึกษาเป็นส่วนหนึ่งในภาคีเครือข่ายสุขภาพและเป็นผู้ดำเนินการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับภาคีเครือข่ายสุขภาพ ภายใต้โครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพ ในปีงบ ประมาณ 2551

3.3 โครงสร้างตำแหน่ง และการเชื่อมต่อภายในภาคีเครือข่ายสุขภาพ ที่มีกองสุขศึกษาเป็นส่วนหนึ่งในภาคีเครือข่ายสุขภาพและเป็นผู้ดำเนินการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับภาคีเครือข่ายสุขภาพ ภายใต้โครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพ ในปีงบ ประมาณ 2551

4. นำเสนอปัจจัยที่เป็นข้อส่งเสริมและปัจจัยที่เป็นข้อจำกัดของการสื่อสารต่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดยกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ตามลำดับ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยเรื่อง เรื่อง “การสื่อสารเพื่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดยกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ” จะได้นำเสนอเป็น 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลเบื้องต้น

1. วิวัฒนาการงานสุขศึกษาไทย
2. จากนโยบายด้านสุขภาพมาสู่กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ส่วนที่ 2 ผลการวิจัย

i. พัฒนาการของการเสริมสร้างความความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดย กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
ii. รูปแบบการสื่อสารของเครือข่ายการสื่อสารเพื่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดย กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
iii. ลักษณะองค์ประกอบของเครือข่ายการสื่อสารเพื่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดย กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
iv. ปัจจัยที่เป็นข้อส่งเสริมและปัจจัยที่เป็นข้อจำกัดของการสื่อสารต่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดย กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลเบื้องต้น

วิวัฒนาการงานสุขศึกษาไทย

ความมุ่งหวังของการสาธารณสุขไทยเพื่อคนไทยมีสุขภาพดีทั้งร่างกาย จิตใจ อยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขตามอัตภาพ ทั้งขณะที่เจ็บป่วย และไม่เจ็บป่วย การที่คมมีสุขภาพดีได้นั้น คนต้องมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี นั้นคือการไม่กระทำด้านสุขภาพที่ไม่เสี่ยงต่อการเกิดโรค ทั้งร่างกายและจิตใจ รวมทั้งอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีด้วย ซึ่งการที่คนจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องได้นั้น กระบวนการสุขศึกษาที่มีประสิทธิภาพเป็นวิธีหนึ่ง โดยมีการนำแนวคิดทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ ด้านการสื่อสารสุขภาพ จิตวิทยาการเรียนรู้มา

ประยุกต์ใช้ในในการจัดการเรียนรู้ และพัฒนาปัจจัยที่เอื้อต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งทางด้านกายภาพและทางด้านสังคมควบคู่กันไป

พัฒนาการของงานสุขศึกษาไทยนั้น มีประวัติที่ยาวนาน อเกิดมาพร้อมกับการสาธารณสุขไทย แม้ว่าในยุคแรกจะไม่ได้สักัดกระทรวงสาธารณสุขไทย แม้ว่าในยุคแรกจะไม่ได้สังกัดกระทรวงสาธารณสุขก็ตามแต่เมื่อประเทศมีการพัฒนาขึ้น ทั้งด้านเศรษฐกิจ การเมือง การปกครองและสังคมการมองการไกลของผู้บริหารประเทศ ความเป็นไปได้ของการทำงานที่มีเอกภาพความน่าจะเป็น และการมองภาพองค์รวมทำให้การสุขศึกษาของไทยย้ายมาสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจนทุกวันนี้

การดำเนินงานสุขศึกษาของประเทศมีการพัฒนามาตลอดตามสภาพปัญหาอันเนื่องมาจากการพัฒนาประเทศให้เจริญก้าวหน้าเป็นลำดับ ตั้งแต่ปัญหาสาธาณสุขไม่ซับซ้อนจนกระทั่งปัญหาสาธาณสุขซับซ้อนจนไม่สามารใช้วิธีการด้านการแพทย์ และสาธาณสุขเพียงสาขาเดียวแก้ปัญหาให้ลุล่วงไปได้ เช่น ปัญหาเอดส์ ไข้หวัดนก โรคซาร์ เป็นต้น

พัฒนาการงานสุขศึกษาไทยตั้งแต่ยุคแรกจนถึงยุคปัจจุบัน สามารถแบ่งได้ดังนี้

1. งานสุขศึกษายุคต้น พ.ศ. 2459 – 2493
2. งานสุขศึกษายุคกลาง พ.ศ. 2494 – 2537
3. งานสุขศึกษายุคนนทบุรี พ.ศ. 2538 - ปัจจุบัน

งานสุขศึกษายุคต้น พ.ศ.2459-2493

เริ่มแรก....แผนกสุขศึกษา

ในยุคแรกเริ่มของงานสุขศึกษา เมื่อราวปี พ.ศ. 2459 มีข้อจำกัดด้วยเรื่องบุคลากรและงบประมาณ ที่มีเพียง 2 ท่าน คือนายแพทย์ที่ปรึกษา และผู้แปลตำราด้านสุขภาพจึงทำได้เพียงการจัดพิมพ์เอกสาร โฆษณา และพิมพ์ภาพโปสเตอร์เพื่อการสื่อสารเท่านั้น ในส่วนของชื่อหน่วยงานพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัวรัชกาลที่ 6 ได้ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ประกาศตั้งกรมสาธารณสุขขึ้นแทนกรมประชาภิบาล เมื่อวันที่ 27 พฤศจิกายน 2461

แผนกสุขศึกษาภาคใต้ กรมสาธารณสุขนั้น แบ่งงานเป็นสองส่วนคือ ส่วนกลางและส่วนภูมิภาค โดยงานของส่วนกลางนั้น ได้จัดตั้งห้องสมุดกรมสาธารณสุข ดำเนินการเรียบเรียงเอกสาร

สาธารณสุข พิมพ์เอกสารแจก แนะนำประชาชนให้เข้าใจเรื่องโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ รวมถึงวิธีป้องกันโรค รวมทั้งจัดทำคู่มือสำหรับแพทย์สาธารณสุข และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใช้เป็นแนวปฏิบัติงานในส่วนภูมิภาคทำหน้าที่เผยแพร่ความรู้แก่ประชาชน โดยใช้สื่อบุคคลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ประจำอยู่ในส่วนภูมิภาค ซึ่งในยุคนี้ทุกคนสามารถดำเนินงานสุขศึกษาได้ จึงเกิดคำขวัญที่ว่า "นักการสาธารณสุขที่ดี ต้องเป็นนักสุขศึกษาที่ดีด้วย"

จากแผนกสุขศึกษา....สู่กองบรรณาธิการ

พ.ศ. 2466 ปีที่แต่งตั้ง หม่อมเจ้าศิวากร วรวรรณ เป็นบรรณาธิการคนแรกกรมสาธารณสุขมอบให้กองบรรณาธิการรับผิดชอบงานสุขศึกษาทั้งหมด รวมถึงการรวบรวมและเรียงพิมพ์หนังสือแถลงการณ์สาธารณสุข รายงานประจำปีกรมสาธารณสุข เอกสารสาธารณสุขตามความจำเป็นแก่สถานการณ์ เช่น การวินิจฉัยโรค การทำลายเชื้อโรคในน้ำ การทำส้วมแบบต่างๆ เป็นรายเดือน เพื่อแจกจ่ายแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกระดับชั้น และหนังสือสำหรับประชาชน เช่น การมารดาทารก สงเคราะห์ ปัญหาเรื่องยุง จึงได้มีการเปลี่ยนจากแผนกสุขศึกษาเป็นกองบรรณาธิการ อยู่ภายใต้กรมสาธารณสุขเหมือนเดิม นอกจากนั้นยังจัดทำภาพโฆษณา (โปสเตอร์) เพื่อให้แปลกตา ชวนดู และเกิดการจดจำ จัดทำข้อแนะนำทางสุขวิทยา อนามัย และการป้องกันโรคเพื่อพิมพ์เผยแพร่ในนิตยสาร และการสุขศึกษาทางวิทยุกระจายเสียง

ในปี พ.ศ. 2467 กรมสาธารณสุข โดยความร่วมมือของมูลนิธิรอคกี้ เฟลเลอร์ จัดตั้งกองส่งเสริมสุขาภิบาลขึ้นเป็นกรณีพิเศษ เพื่อให้การสุขศึกษาแก่ประชาชนและกองบรรณาธิการได้จัดส่งหน่วยส่งเสริมสุขาภิบาล ให้เจ้าหน้าที่ไปร่วมให้ความรู้แก่ประชาชนตามบ้านเรือนชุมชน ต่อเมื่อมูลนิธิรอคกี้ เฟลเลอร์ งดให้การสนับสนุนรัฐบาลไทย กองส่งเสริมสุขาภิบาล ได้สลายตัวไป ต่อมาหม่อมเจ้าศิวากร วรวรรณ ลาออก กรมสาธารณสุขจึงแต่งตั้งให้นายแพทย์สอน ส.อันตะริกา-นนท์ หัวหน้ากองสาธารณสุข เป็นหัวหน้ากองบรรณาธิการแทน

ใน 2468 พัฒนาเป็น...กองสุขศึกษา

ในปี พ.ศ. 2475 ได้มีการเปลี่ยนชื่อจากกองบรรณาธิการเป็นกองสุขศึกษา แบ่งส่วนราชการออกเป็น 3 แผนก คือ

- แผนกกลาง
- แผนกเอกสารสาธารณสุข
- แผนกหน่วยงานสุขศึกษา

โดยเจ้าหน้าที่ ส่วนกลางทำหน้าที่ให้สุขศึกษาแก่ประชาชนในกรุงเทพฯ เมืองใกล้เคียง และชุมชนต่างๆ เป็นครั้งคราว รวมถึงนักเรียน ทหารในกรม กองต่างๆ ส่วนชุมชนในชนบทนั้น ได้มีการจัดหน่วยสุขศึกษาเคลื่อนที่ทั้งทางบกและทางเรือ โดยมีนายแพทย์เป็นหัวหน้าพร้อมด้วย พนักงานสุขศึกษา อุปกรณ์ เกี่ยวกับภาพยนตร์ เอกสาร และเครื่องโสตทัศนศึกษาอื่นๆ ขณะเดียวกันได้เริ่มที่จะให้สุขศึกษาประชาชนอย่างจริงจังมากขึ้น โดยชื่อ เอกสาร ใบปลิว ภาพโฆษณา สไลด์ ภาพยนตร์ เครื่องขยายเสียง เครื่องกำเนิดไฟฟ้า ภาพจำลอง ซึ่งนอกจากจัดพิมพ์เป็นภาษาไทยแล้ว ยังได้มีการแปลเป็นภาษาจีน ภาษาลาว ภาษามลายู เป็นต้น นับได้ว่ากองสุขศึกษาได้เริ่มต้นพัฒนางานด้านกระบวนการผลิตสื่อสุขศึกษานับแต่นั้น

จากสงครามมหาเอเชียอาคาเนย์ เมื่อปี พ.ศ. 2489 กระทรวงสาธารณสุข วัสดุอุปกรณ์อื่นๆ รวมทั้งที่ทำการ ก็ต้องพินาศย่อยยับจากแรงระเบิด อันเกิดจากสงครามมหาเอเชียอาคาเนย์

สุขศึกษาซบเซา...หลังสงคราม

หลังสงครามมหาเอเชียอาคเนย์สิ้นสุด พร้อมกับความพินาศของที่ทำการกองสุขศึกา จำต้องย้ายเข้าไปรวมกับกระทรวงสาธารณสุข ณ วังสุโขทัย ในปี พ.ศ. 2489 และในช่วงนี้เองที่งานสุขศึกษาในชนบทซบเซาลงมาก เนื่องจากเจ้าหน้าที่แพทญ์สาธารณสุขประจำท้องถิ่นมีงานมากต้องทำงานราชการของตนจนไม่มีเวลาปลีกตัวมาทำงานสุขศึกษา

ต่อมา จอมพล ป. พิบูลสงครามนายกรัฐมนตรี ในขณะนั้น ต้องการรปรับปรุงวังสุโขทัย กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ย้ายเข้าไปอยู่ที่วังเทวะเวสม์..และที่วังเทวะเวสม์นี้ เป็นจุดเริ่มต้นของนักสุขศึกษาตามสายตาอันยาวไกลของขุนสอน ที่ว่า “ตราบใดหัวเมืองยังไม่มีบุคคลอันเป็นเจ้าหน้าที่รับผิดชอบปฏิบัติงานด้านสุขศึกษาแล้ว การสุขศึกษาแก่ประชาชนในหัวเมืองคงไม่ได้กระทำเป็นล่ำเป็นสัน” (ตามรอยการสุขศึกษาไทย 2537: 36)

งานสุขศึกษายุคกลาง พ.ศ. 2494-2537

งานสุขศึกษายุคนี้ แบ่งเป็น 5 ช่วง คือ งานสุขศึกษาตามแผนพัฒนาการสาธารณสุขในช่วยแผนฯ ดังนี้

1. แผนพัฒนาเศรษฐกิจฉบับที่ 1-3 (พ.ศ. 2494-2519)
2. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520-2524)
3. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525-2529)
4. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530-2534)

5. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539)

งานสุขศึกษาตามแผนพัฒนาการสาธารณสุข

ภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจ ฉบับที่ 1-3 (พ.ศ. 2494-2519)

สุขศึกษาเฟื่องฟู...สู่สากล

ปี พ.ศ. 2494 กองสุขศึกษายังสังกัดอยู่กรมอนามัย ได้ย้ายมาอยู่วังเทวะเวสม์พร้อมกระทรวงสาธารณสุข มีนายแพทย์สอน อันตะริกานนท์ ซึ่งเป็นหัวหน้ากองฯ ปี พ.ศ. 2498-2502 ได้ปรับปรุงโครงสร้างองค์กร เป็นแผนกเอกสาร แผนกอุปกรณ์ และแผนกส่งเสริม แยกเป็นฝ่ายธุรการกับฝ่ายวิชาการ

ต่อมาในปี พ.ศ. 2502 กองสุขศึกษาได้ ปรับปรุงการบริหารของกองสุขศึกษาได้จัดอบรมวิชาสุขศึกษา ขยายการผลิตอุปกรณ์สุขศึกษา การโฆษณาเผยแพร่และการร่วมงานพัฒนา อนามัยชุมชนรวมทั้งได้ร่วมปฏิบัติงานกับผู้เชี่ยวชาญการสุขศึกษาจากองค์การอนามัยโลก คือ Professor R.E.Grout ซึ่งมาช่วยสอนและจัดหลักสูตรสุขศึกษาสำหรับนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ด้วย

พ.ศ. 2508 คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยแพทย์ศาสตร์ได้เปิดหลักสูตรปริญญาตรีสาขาวิชาเอกสุขศึกษาขึ้น เพื่อผลิตนักสุขศึกษาและครูสุขศึกษา เพื่อปฏิบัติงานในกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกาธิการและหน่วยงานอื่นๆ

พ.ศ. 2515 เป็นปีเริ่มต้นของการดำเนินงานตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจฉบับที่ 3 ได้มีพระราชบัญญัติปรรับปรุงแบ่งส่วนราชการ กระทรวงสาธารณสุขครั้งที่ 1 กองสุขศึกษาได้ย้ายสังกัดไปอยู่กรมส่งเสริมสาธารณสุข เพื่อดำเนินการด้านส่งเสริมสุขภาพของประชาชน ปี 2517 ได้มีการปรับปรุงการแบ่งส่วนราชการกระทรวงสาธารณสุขขึ้นอีกเป็นครั้งที่ 2 กองสุขศึกษาได้ถูกย้ายสังกัดไปอยู่ในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

พ.ศ. 2515-2519 ได้ให้ความสำคัญในเรื่องการจัดบริการสาธารณสุขผสมผสานโดยดำเนินงานด้านรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเข้าด้วยกัน งานสุขศึกษาได้ถูกกำหนดให้อยู่ในบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานจึงเริ่มมีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการควบคุมป้องกันโรคมากขึ้น มีการสนับสนุนด้านโสตทัศนศึกษา การเผยแพร่

ข่าวสารมีการนำสื่อสารมวลชน ต่างๆ เช่น วิทยุ และโทรทัศน์ เข้ามามีบทบาทในการเผยแพร่ความรู้ข่าวสารด้านสาธารณสุขมากขึ้น

ปี พ.ศ. 2519 เป็นต้นมา เริ่มมีการจัดตั้งคณะกรรมการสุขศึกษาแห่งชาติขึ้น ประกอบด้วยคณะอนุกรรมการสุขศึกษา 3 คณะ คือ คณะอนุกรรมการสุขศึกษาสายสาธารณสุข คณะอนุกรรมการสายการศึกษา และคณะอนุกรรมการสุขศึกษา สายสื่อมวลชน อันเป็นการขยายงานสุขศึกษาให้ครอบคลุมกว้างขวางยิ่งขึ้น

งานสุขศึกษาตามแผนพัฒนาการสาธารณสุข

ภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520-2524).

ขยายงานและสร้างการมีส่วนร่วม

ในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 4 มีแนวความคิดว่าการจัดบริการสาธารณสุขนั้นจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของประชาชน จากแนวคิดดังกล่าวกระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายนำประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในรูปของอาสาสมัครโครงการสาธารณสุขมูลฐาน โดยได้บรรจุแนวความคิดและแนวทางการดำเนินงานไว้ในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 4 ทำให้แนวความคิดทางด้านสุขศึกษาเปลี่ยนแปลงไปทั้งกลวิธีและการดำเนินงาน กองสุขศึกษาได้จัดลักษณะงานให้ครอบคลุมเป้าหมาย 4 งาน คือ งานสุขศึกษาในโรงพยาบาล (รวมถึงงานบริการสาธารณสุขทุกระดับ) งานสุขศึกษาในโรงเรียน งานสุขศึกษาในชุมชน และงานสุขศึกษาทางการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์

งานสุขศึกษาตามแผนพัฒนาการสาธารณสุข

ภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 (พ.ศ.2525-2529)

ปรับโครงสร้างให้เอื้อต่อการสนับสนุนส่วนภูมิภาค

การพัฒนาสาธารณสุขตามแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 5 ยังคงอาศัยหลักการและแนวทางบางส่วนของแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 4 โดยมุ่งให้ความสำคัญแก่การกระจายบริการสาธารณสุขไปสู่ท้องถิ่นชนบทให้มากขึ้น จึงมีนโยบายเร่งรัดดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานโดยให้ประชาชน มีส่วนร่วมในการสนับสนุนบริการและให้การสนับสนุนทรัพยากรต่างๆ แก่

หน่วยงานบริการสาธารณสุขในระดับอำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน เร่งรัดให้มีบริการสาธารณสุขแบบผสมผสาน มุ่งขจัดโรคที่สามารถป้องกันได้ เน้นการส่งเสริมสุขภาพ จึงมีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างกองสุขศึกษา เพื่อให้เกิดความคล่องตัวในการทำงาน โดยแบ่งออกเป็น 4 ฝ่าย ดังนี้

1. ฝ่ายวิชาการสุขศึกษา แบ่งออกเป็น งานสุขศึกษาในชุมชนในโรงเรียน และในโรงพยาบาล
2. ฝ่ายโสตทัศนูปกรณ์และเผยแพร่ แบ่งออกเป็นงานผลิตงานเทคโนโลยีและบริการ งานเผยแพร่
3. ฝ่ายวิจัยและพัฒนาการ แบ่งออกเป็น งานวิจัย งานอบรม งานวางแผนและประเมินผล
4. ฝ่ายสุขศึกษาภูมิภาค มีศูนย์สุขศึกษา 4 แห่ง คือ ศูนย์สุขศึกษา เขต 1 สระบุรี, เขต 3 นครราชสีมา, เขต 5 เชียงใหม่ และเขต 8 สุราษฎร์ธานี มีหน้าที่รับผิดชอบงานสุขศึกษาร่วมกับเขตการสาธารณสุขทั้ง 9 เขต ทำหน้าที่เสนอแนะแนวทางการวางแผนดำเนินงานและประเมินผลงานสุขศึกษาในชุมชนในโรงพยาบาลและสุขศึกษาทางสื่อมวลชนแก่จังหวัด

ต่อมาในปลายปี 2528 ผู้อำนวยการกองสุขศึกาขณะนั้นมีความคิดว่าภารกิจสำคัญที่ควรมุ่งเน้น คืองานการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์โครงการต่างๆ ซึ่งเป็นกลวิธีที่มุ่งให้ประชานมีสุขภาพดีถ้วนหน้า ทำให้กำลังคนในส่วนกลางไม่เพียงพอ จึงสั่งการให้นักวิชาการสุขศึกษาและเจ้าหน้าที่จากศูนย์สุขศึกษาเขตทั้ง 4 แห่ง กลับมาปฏิบัติราชการในส่วนกลาง

งานสุขศึกษาตามแผนพัฒนาการสาธารณสุข

ภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530-2534)

เพิ่มฝ่ายโครงการพิเศษเพื่อความครอบคลุม

ช่วงนี้ แผนงานสุขศึกษา และแผนงานสาธารณสุขมูลฐาน ได้รับการบรรจุอยู่ในสาขาที่ 3 คือ สาขาการมีส่วนร่วมด้านสาธารณสุขมูลฐาน โดยมุ่งเน้นคุณภาพการมีส่วนร่วมของประชาชน การดำเนินงานสุขศึกษาจึงต้องตอบสนองความต้องการของสาธารณสขและประชาชน โดยมีกลวิธีในการดำเนินงานสุขศึกษา ดังนี้

1. การพัฒนาระบบให้ความรู้พื้นฐานด้านสุขภาพควบคู่ไปกับบริการสาธารณสุข
2. การพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ

3. การพัฒนากลุ่มแกนนำของประชาชน เพื่อมุ่งหวังให้เป็นกำลังสำคัญในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของหมู่บ้านและเป็นสื่อบุคคลในการเผยแพร่ความรู้ไปสู่ประชาชนในชุมชนด้วย
4. การพัฒนาการศึกษาวิจัยด้านสุขศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มต่างๆ
5. การพัฒนาสื่อเทคโนโลยีที่เหมาะสมเพื่อใช้ในการเผยแพร่
6. การผลิต เผยแพร่ และสนับสนุนสื่อ ข้อมูลข่าวสาร
7. การดำเนินงานจัดหน่วยสุขศึกษาและประชาสัมพันธ์เคลื่อนที่เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงานในส่วนภูมิภาค

ในช่วงนั้น นายแพทย์สมควร ฉ่ำพึ่ง เป็นผู้อำนวยการกองสุขศึกษาได้การฟื้นฟูงานสุขศึกษา หลังจากเจ้าหน้าที่เผชิญกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างองค์กร และได้การปรับปรุงโครงสร้างองค์กรให้เอื้อต่อการทำงานเป็น 5 ฝ่าย 1 งาน ดังนี้

1. ฝ่ายแผนงานและประเมินผล มีหน้าที่จัดทำแผนงานและงบประมาณงานติดตาม และประเมินผล รวมทั้งงานศึกษาวิจัย
2. ฝ่ายวิชาการสุขศึกษา มีหน้าที่ดำเนินงานสุขศึกษาในสถานบริการสาธารณสุข สุขศึกษาในชุมชน สุขศึกษาในสถานศึกษา
3. ฝ่ายเผยแพร่สุขศึกษา มีหน้าที่แผยแพร่ฯ ทางโทรทัศน์ ทางวิทยุกระจายเสียง ทางสื่อสิ่งพิมพ์ นิทรรศการและรณรงค์
4. ฝ่ายเทคโนโลยีสื่อสุขศึกษา มีหน้าที่ ผลิตสื่อสุขศึกษา บริการสื่อสุขศึกษา พิมพ์สื่อสุขศึกษา และงานออกแบบสื่อสุขศึกษา
5. ฝ่ายโครงการพิเศษ มีหน้าที่สื่อมวลชนสัมพันธ์ โครงการพิเศษอื่นที่ได้รับมอบหมายสุขศึกษา และประชาสัมพันธ์เคลื่อนที่
6. งานธุรการ มีหน้าที่ ดำเนินการทางธุรการ การเงินและพัสดุ การพิมพ์เอกสาร เป็นต้น

งานสุขศึกษายุคนนทบุรี
พ.ศ. 2538 ถึงปัจจุบัน

งานสุขศึกษาตามแผนพัฒนาการสาธารณสุข
ภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539)

ผู้นำคนแรกในสายสุขศึกษา

ระหว่างรอยเชื่อมต่อปลายแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 6 ในปี 2534 มีการเปลี่ยนแปลงยิ่งใหญ่อีกครั้ง ซึ่งเป็นช่วงที่ นายแพทย์อุทัย สุดสุด เป็นปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้แต่งตั้ง นายระเด่น หัสดี เป็นผู้อำนวยการกองสุขศึกษาซึ่งถือเป็นนักวิชาการสุขศึกษาคนแรกที่ขึ้นสู่ตำแหน่งบริหารสายอาชีพ (2534-2536) และต่อมา (2536-2539) ได้มีการแต่งตั้ง นายสมัคร เวชจันทรฉาย เป็นผู้อำนวยการกองสุขศึกษา ซึ่งเป็นนักวิชาการ สายอาชีพอีกเช่นกัน ในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 7 นี้เอง ได้ดำนินการงานสุขศึกษาเป็นรูปธรรมมากขึ้น เช่น

1. การปฏิรูปสุขบัญญัติแห่งชาติ

การดำเนินงานปฏิรูปสุขบัญญัติแห่งชาติ ได้ดำเนินการต่อเนื่องจากปี 2532 มาจนถึงปี 2536 จึงได้ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญดำเนินการปรับปรุงเนื้อหาสุขบัญญัติแห่งชาติให้ทันสมัย ง่ายต่อการเผยแพร่ในกลุ่มนักเรียนและประชาชน และในปี พ.ศ. 2537 ได้กำหนดให้มีการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพในเด็กนักเรียน โดยใช้สุขบัญญัติแห่งชาติเป็นกลวิธีหลักในการปลูกฝังให้เด็กมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

2. การดำเนินงานสุขศึกษาเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์

เนื่องจากโรคเอดส์เป็นโรคติดต่อร้ายแรง นับตั้งแต่พบผู้ป่วยรายแรกในประเทศสหรัฐอเมริกาเมื่อ พ.ศ. 2524 และต่อมาอีก 3 ปี ก็พบผู้ป่วยโรคเอดส์ในประเทศไทยในเดือนกันยายน 2527 มาตรการควบคุมและป้องกันโรคเอดส์ที่สำคัญก็คือการสุขศึกษาและประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจ ให้กับประชาชน

กองสุขศึกษา จึงได้ใช้ “สื่อ” เป็นตัวกลางถ่ายทอดหรือเชื่อมโยงความรู้ ข้อมูลข่าวสารไปสู่ประชาชนกลุ่มเป้าหมายต่างๆ แต่สถานการณ์ที่ผ่านมา พบว่าการผลิตสื่อ มีรูปลักษณ์ต่างๆ กัน มีจำนวนมากมายไม่เป็นเอกภาพ ขาดการพัฒนาทั้งเทคนิคและรูปแบบที่เหมาะสม

ปี 2534 กองสุขศึกษาจึงจัดเสวนาสื่อเอกส์ครั้งที่ 1 ผลจากการเสวนาทำให้ทราบข้อมูลพื้นฐานสำหรับใช้ในการประสานงานการผลิตสื่อเอกส์ได้ระดับหนึ่งเพื่อช่วยพัฒนาเทคนิค วิธีการในการผลิตสื่อเอดส์ การกระจายสื่อเอดส์ทั้งในองค์กรของรัฐและเอกชนให้เหมาะสมยิ่งขึ้น และในปี 2535 มีการประชุมเสวนาสื่อเอดส์ ครั้งที่ 2 เป็นการประชุมต่อเนื่องจากครั้งที่ 1 ผู้เข้าร่วมเสวนาได้ร่วมกันกำหนดแนวทางเนื้อหา สาระ เทคนิค กลวิธี และพัฒนารูปแบบใหม่ ของสื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายนั้นๆ เป็นการเฉพาะด้วย

งานสุขศึกษาตามแผนพัฒนาการสาธารณสุข

ภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544)

ริเริ่มงานสุขศึกษาเน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง

การพัฒนาสาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 มีเป้าหมายที่เน้น “คนเป็นศูนย์กลาง” และพัฒนาแบบองค์รวม ซึ่งงานสุขศึกษาเป็นสาขาหนึ่งในการพัฒนาสาธารณสุข สาขาการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและการพึ่งตนเองด้านสาธารณสุข โดยมุ่งให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้

โดยมีการปรับโครงสร้างของกองสุขศึกษา แบ่งเป็น 3 กลุ่มงานกับ 1 ฝ่าย คือ

1. กลุ่มงานวิชาการ
2. กลุ่มงานเผยแพร่
3. กลุ่มงานเทคโนโลยี
4. ฝ่ายบริหารงานทั่วไป

โดยในช่วงปี 2539-2542 มี นายชัยรัตน์ พัฒนาเจริญ เป็นผู้อำนวยการกองสุขศึกษา ก่อนที่นายจำนง อิ่มสมบูรณ์ จะขึ้นรับตำแหน่งผู้อำนวยการในปีถัดมา (2542-2545)

<u>บทบาทหน้าที่ของกองสุขศึกษา</u>

ตามกฤษฎีกาแบ่งส่วนราชการภายใต้สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กำหนดบทบาทหน้าที่ ดังนี้

1. พัฒนาวิชาการ ระบบ รูปแบบ และการดำเนินงานสุขศึกษา รวมทั้งพฤติกรรมสุขภาพแก่หน่วยงานในสังกัดกระทรวงฯ และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง
2. เป็นศูนย์กลางในการพัฒนา ผลิต และสนับสนุนสื่อสุขศึกษาและประชาสัมพันธ์แก่หน่วยงานในสังกัดกระทรวงฯ
3. เผยแพร่และสนับสนุนให้มีการเผยแพร่ความรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพแก่ประชาชน

งานสุขศึกษาตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ

ภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549)

ในแผนพัฒนาสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 9 ซึ่งอยู่ในช่วงเปลี่ยนผ่านของระบบสุขภาพจาก “การซ่อมสุขภาพไปสู่การสร้างสุขภาพ” โดยมียุทธศาสตร์ในการพัฒนา 7 ยุทธศาสตร์ ซึ่งแผนงานสุขศึกษาได้ใช้ยุทธศาสตร์ที่ 4 คือ “การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ

ประชาชนและศักยภาพความเข้มแข็งกลุ่มประชาคมด้านสุขภาพ" เป็นยุทธศาสตร์ในการดำเนินงาน ซึ่งได้มุ่งเน้นการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน และศักยภาพความเข้มแข็งภาคประชาสังคม เพื่อให้ประชาชนสามารถสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้แก่ตนเอง ครอบครัว ชุมชน และสังคมได้ รวมทั้งแสวงหาความร่วมมือและการประสานงานที่ดีจากหน่วยงานและองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องควบคู่ไปกับการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

ในช่วยแผนฯ ฉบับที่ 9 มีผู้อำนวยการ ของกองสุขศึกษา จำนวน 2 คน คือ

1. นายจำนง อิ่มสมบูรณ์ เป็นผู้อำนวยการกองสุขศึกษา ในช่วง 21 พ.ย. 2542 – 21 พ.ค. 2546
2. นางสาวสมบูรณ์ ขอสกุล เป็นผู้อำนวยการกองสุขศึกา ตั้งแต่ 26 มิ.ย. 2546 – ปัจจุบัน

ปี 2545 กองสุขศึกษา สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีโครงสร้างเหมือนแผนฯ ฉบับที่ 8 แต่มีการกำหนดวิสัยทัศน์ของกองสุขศึกษา คือ "มุ่งสู่ความเป็นเลิศทางวิชาการสุขศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพ ประสานภาคีชี้นำสังคม เพื่อให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์"

ในช่วยปลายแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 เชื่อมต่อกับแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 9 ซึ่งรัฐบาลได้ปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม ทั่วประเทศ (ซึ่ง พรบ.ปรับปรุง กระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2545 ประกาศใช้ตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม 2545) กระทรวงสาธารณสุขแต่งตั้งคณะกรรมการชุดต่างๆ เพื่อปรับปรุงโครงสร้างองค์กรของกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักงาน ก.พ. จากการวิเคราะห์บทบาทของงานสุขศึกษา คณะกรรมการฯ มีความเห็นแตกต่างหลากหลาย มีการประชุมคณะกรรมการหลายครั้งหลายระดับ หาข้อยุติไม่ได้ (สรุปโดยนัยก็คือไม่จำเป็นต้องมีกองสุขศึกษาอีกนั่นเอง) ผู้อำนวยการกองสุขศึกษาได้ให้ข้อมูลและโต้แย้งทางวิชาการในประเด็นสำคัญ ก็คือ

1. การสุขศึกษาเป็น International Health เป็นที่ยอมรับขององค์การอนามัยโลก
2. การสุขศึกษาเป็นวิชาชีพ ซึ่งต้องพัฒนาวิชาการและเทคโนโลยีให้สอดคล้องกับปัญหาสาธารณสุข
3. ปัญหาสุขภาพเป็นสหปัจจัย การสุขศึกษาจำเป็นต้องพัฒนาวิชาการและองค์ความรู้ใหม่อยู่เสมอ และการประยุกต์เทคโนโลยี

ส่วนประเด็นสำคัญก็คือเป้าหมายของงานสุขศึกษา ก็คือการปรับเปลี่ยนและปลูกฝังสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ไม่เพียงแต่ใช้ในกระบวนการส่งเสริมสุขภาพเพียงอย่างเดียวแต่ครอบคลุมทั้งการป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ

ผู้อำนวยการกองสุขศึกษาในสมัยนั้น จึงต้องนำเรียนเรื่องนี้ต่อท่านปลัดกระทรวงฯ (นายแพทย์วินัย วิริยะกิจจา) ให้ทราบถึงปัญหาได้รับคำตอบว่าถ้าหากรัฐมนตรีเห็นชอบ ท่านปลัดกระทรวงก็ไม่ขัดข้อง (ในกรณีที่หาข้อสรุปไม่ได้เป็นอำนาจของรัฐมนตรีเป็นผู้ชี้ขาด) ดังนั้นผู้อำนวยการกองสุขศึกษาจึงนำเรียนท่านรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ในแนวคิดทางวิชาการ ท่านรัฐมนตรี (นางสุดารัตน์ เกยุราพันธุ์) เห็นชอบและทำหนังสือแจ้งเลขาธิการคณะกรรมการข้าราชการพลเรือนให้กองสุขศึกษาเป็นหน่วยงานภายใต้สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพ หน่วยปฏิบัติการ ซึ่งในที่สุดก็คือกรมสนับสนุนบริการสุขภาพในปัจจุบัน

กองสุขศึกษามีโครงสร้างองค์กร ดังนี้

1. **กลุ่มพัฒนาวิชาการและเครือข่าย**
2. กลุ่มพัฒนาเทคโนโลยีการสื่อสารและการรณรงค์ด้านสุขภาพ
3. กลุ่มสนับสนุนการดำเนินงานสุขศึกษา
4. ฝ่ายบริหารทั่วไป

มีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

1. ส่งเสริมและสนับสนุนการดำเนินงานสุขศึกษาในระบบบริการสุขภาพแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและภาคเอกชน

2. เสนอกลยุทธ์และพัฒนาสื่อเกี่ยวกับสุขศึกษาเพื่อให้มีการสื่อสารและการรณรงค์ด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพแก่หน่วยงานในสังกัดกระทรวงและหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

3. พัฒนารูปแบบและกระบวนการทางสุขศึกษา เพื่อสนับสนุนการสร้างเสริมพฤติกรรม

4. พัฒนาเครือข่ายของกลุ่มบุคคลและองค์กรต่างๆ ที่ดำเนินการด้านการสร้างเสริมสุขภาพทั้งภาครัฐภาคเอกชน และภาคประชาชน เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ และสนับสนุนการดำเนินงานซึ่งกันและกัน

5. ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่น ๆที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมายตามบทบาทหน้าที่ มีการกำหนดวิสัยทัศน์ ของกองสุขศึกษา คือ “กองสุขศึกษาเป็นองค์กรชั้นำที่มุ่งพัฒนาส่งเสริมสนับสนุนการเรียนรู้ด้านสุขภาพในระบบบริการสุขภาพและเครือข่ายเพื่อให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง”

ตั้งแต่ 26 มิถุนายน 2546 – ปัจจุบัน กองสุขศึกษา โดยนางสาวสมบูรณ์ ขอสกุล เป็นผู้อำนวยการกองสุขศึกษา ได้มีการจัดระบบโครงสร้างองค์กรภายในเพื่อให้ดำเนินงานและการ

บริหารงานของกองสุขศึกษาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เกิดประสิทธิผล แต่มีบทบาทหน้าที่เหมือนเดิม จึงปรับโครงสร้างใหม่ ประกอบด้วย 8 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ
2. กลุ่มพัฒนาคุณภาพงานสุขศึกษา
3. **กลุ่มพันธมิตรสร้างสุขภาพ**
4. กลุ่มพัฒนาการสื่อสารด้านสุขภาพ
5. กลุ่มสารสนเทศสุขศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพ
6. กลุ่มสถานีวิทยุกระจายเสียงกระทรวงสาธารณสุข
7. กลุ่มแผนงานและประเมินผล
8. กลุ่มอำนวยการ (ฝ่ายบริหารทั่วไป และฝ่ายช่วยอำนวยการ)

ภารกิจของงานสุขศึกษาในวันนี้ และอนาคตข้างหน้าจำเป็นจะต้องได้รับการสนับสนุนจากผู้บริการกระทรวงสาธารณสุขอย่างจริงจัง และการจัดสรรงบประมาณ และทรัพยากรในสัดส่วนที่เหมาะสมในงานสร้างสุขภาพกับงาน ซ่อมสุขภาพ และที่สำคัญกว่าก็คือการรวมพลังของนักวิชาการสาธารณสุขที่เป็นทีมงานรับผิดชอบงานสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ จะต้องมุ่งมั่นสร้างงานที่มีคุณภาพ เพราะผลลัพธ์ของงานสุขศึกษารในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพนั้นวัดและประเมินผลยากเห็นผลในระยะยาว

2. จากนโยบายด้านสุขภาพมาสู่กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

นโยบายรัฐบาลด้านสุขภาพ ในช่วงรัฐบาลที่มี นพ. มงคล ณ สงขลา เป็นรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (8 ตุลาคม 2549 - 6 กุมภาพันธ์ 2551)

1. สนับสนุนด้านนโยบาย ทรัพยากรและการดำเนินงานต่อโครงการตามพระราชดำริโครงการเฉลิมพระเกียรติ และโครงการอันเนื่องกับพระบรมวงศานุวงศ์ทุกพระองค์

2. พัฒนายุทธศาสตร์และกลไกจำเพาะด้านสุขภาพเพื่อสนับสนุนการดำเนินการตามยุทธศาสตร์ของประเทศ ในการแก้ปัญหาความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้

3. พัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้สมประโยชน์ของทุกฝ่าย โดยการสนับสนุนทรัพทยากรให้เพียงพอกับสิทธิประโยชน์ที่กำหนดจัดสรร กระจายและใช้จ่ายทรัพยากรอย่างเป็นธรรมและมีประสิทธิภาพ ภายใต้ระบบและกลไกที่โปร่งใสและมีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย รวมทั้งการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการด้านสุขภาพ ให้อยู่บนฐานของการพึ่งพาอาศัยกันในฐานะของการเป็นเพื่อนมนุษย์ ด้วยการพัฒนาระบบการมีส่วนร่วม ระบบ

คุณภาพความปลอดภัยของการบริการ และผลักดันการออกกฎหมายจัดตั้งกองทุนชดเชยความเสียหายแก่ผู้ป่วยโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิด

4. ส่งเสริมและสนับสนุนการระดมศักยภาพของหน่วยงาน องค์กรและเครือข่ายต่างๆ ที่ทำงานด้านสุขภาพ เพื่อขับเคลื่อนงานร่วมกันด้วยหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง อันจะนำไปสู่การมีสุขภาวะหรือความอยู่เย็นเป็นสุขของประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งประชาชนในชนบทและชุมชนแออัดในเขตเมือง

5. สนับสนุนและพัฒนาความเข้มแข็งและการมีส่วนร่วมของกระบวนการสุขภาพภาคประชาชน ส่งเสริมและสนับสนุนบทบาทการดำเนินงานด้านสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กลไกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และการจัดทำ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ เพื่อเป็นกลไกสำคัญในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมที่ยั่งยืน รวมไปถึงการพัฒนาและดำเนินการให้บรรลุดัชนีสุขภาพ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของดัชนีความสุขของประชาชน

6. พัฒนาโครงการสร้างพื้นฐานระบบบริการสุขภาพ ทั้งในยามปกติ ยามมีสถานการณ์ฉุกเฉินและกรณีที่เกี่ยวข้องกับความมั่นคงให้เกิดความสมดุล มีคุณภาพ มีความเสมอภาค มีประสิทธิภาพ มีความเชื่อมโยงด้วยระบบส่งต่อที่ดี การกระจายอำนาจด้านสุขภาพสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยเร่งรัดนำร่องปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม พัฒนาระบบสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารและระบบบัญชีสถานพยาบาลที่โปร่งใสและชัดเจนรวมทั้งการพัฒนาตามแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษ กำลังคนด้านสุขภาพ

7. สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพและการควบคุมโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพที่เป็นปัญหาสำคัญตามหลักการสร้างนำซ่อมโดยการพัฒนามาตรการที่ได้ผลในการป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยง และพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ และการใช้แนวทางสร้างการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องอย่างกว้างขวาง

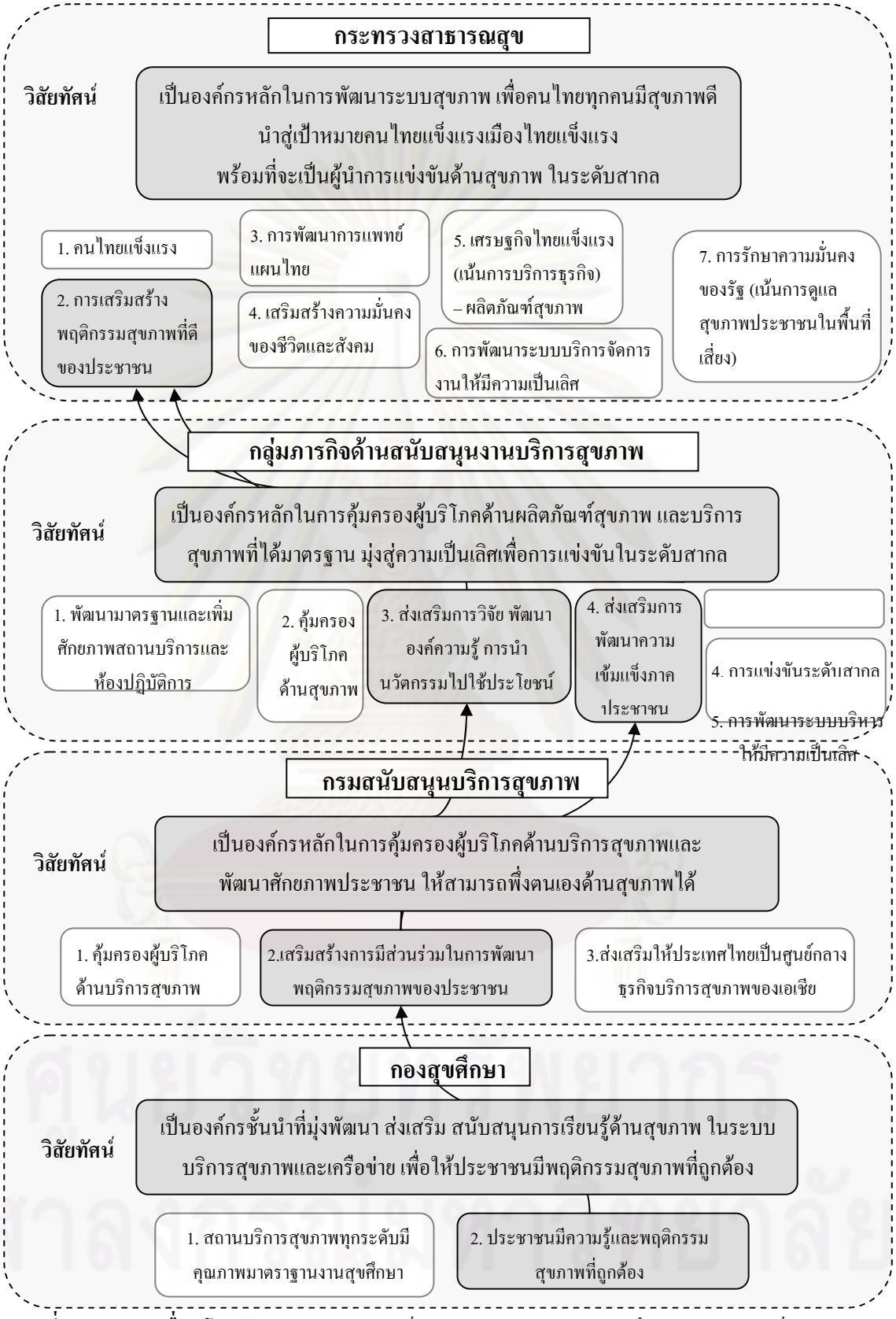
8. ส่งเสริมการพัฒนาระบบการวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพเพื่อนำไปสู่การพัฒนาผลิตภัณฑ์ด้านสุขภาพ บริการด้านสุขภาพ และการดำเนินงานด้านสุขภาพต่างๆ ที่มีมาตรฐาน มีคุณภาพ ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพโดยการจัดให้มีระบบงบประมาณสนับสนุนที่ชัดเจนพอเพียงและต่อเนื่อง

9. ส่งเสริมสนับสนุนและเร่งรัดการพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาการแพทย์แผนไทน และการแพทย์ทางเลือกให้เกิดผลอย่างจริงจัง เพื่อเป็นทางเลือกด้านสุขภาพของประชาชน รวมไปถึงสนับสนุนการพัฒนาเศรษฐกิจทั้งระดับชุมชนและระดับชาติ

10. ส่งเสริม สนับสนุนการสร้างเสริมวัฒนธรรมองค์กรที่ดีในวงการด้านสุขภาพทุกระดับ ด้วยการเน้นระบบคุณธรรม ระบบความสัมพันธ์แนวราบ ระบบวัฒนธรรมความเรียบง่าย มีความสมานฉันท์ และระบบการบริหารจัดการแบบมืออาชีพ ที่มีความเป็นธรรมาภิบาลเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ยุทธศาสตร์ระดับกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับงานสุขศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพ



ภาพที่ 17 : ความเชื่อมโยงประเด็นยุทธศาสตร์ของกระทรวงกับกองสุขศึกษายุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข

วิสัยทัศน์

เป็นองค์กรหลักในการพัฒนาระบบสุขภาพ เพื่อคนไทยทุกคนมีสุขภาพดี นำสู่เป้าหมายคนไทยแข็งแรง เมืองไทยแข็งแรง พร้อมที่จะเป็นผู้นำการแข่งขันด้านสุขภาพในระดับสากล

พันธกิจ

เสริมสร้างจัดระบบกลไกและแสวงหาการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ปรับเปลี่ยนโครงสร้างวัฒนธรรม และกระบวนการทำงานให้มีระบบการบริหารจัดการที่ดี และเอื้อต่อการเป็นองค์กรการเรียนรู้ด้านสุขภาพ เพิ่มสมรรถนะด้านการแพทย์สาธารณสุข และชีววิทยาศาสตร์ ด้านสุขภาพ เพื่อการแข่งขันในระดับสากล

ประเด็นยุทธศาสตร์

1. **คนไทยแข็งแรง**
2. **การเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของประชาชน**
3. การพัฒนาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์ทางเลือก สมุนไพร และภูมิปัญญาไทย
4. เสริมสร้างความมั่นคงของชีวิตและสังคม
5. เศรษฐกิจไทยแข็งแรง
6. การพัฒนาระบบบริหารจัดการงานให้มีความเป็นเลิศ
7. การรักษาความมั่นคงของรัฐ

ยุทธศาสตร์ของกลุ่มภารกิจด้านสนับสนุนงานบริการสุขภาพ

วิสัยทัศน์

เป็นองค์กรหลักในการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัฑณ์สุขภาพ และบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐานมุ่งสู่ความเป็นเลิศ เพื่อการแข่งขันในระดับสากล

พันธกิจ

1. พัฒนามาตรฐานระบบบริการสุขภาพ การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุขทุกระดับ
2. เสริมสร้างระบบความมั่นคงทางยาและเวชภัณฑ์ เพื่อรองรับโรคอุบัติใหม่และภัยสุขภาพ

3. ส่งเสริม สนับสนุน การพัฒนาศักยภาพภาคประชาชน ที่เกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

4. วิจัย พัฒนา และถ่ายทอดเทคโนโลยี เพื่อการแข่งขันในระดับสากล

ประเด็นยุทธศาสตร์

1. พัฒนามาตรฐานและเพิ่มศักยภาพสถานบริการและห้องปฏิบัติการ
2. คุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
3. **ส่งเสริมการวิจัย พัฒนาองค์ความรู้ การนำนวัตกรรมไปใช้ประโยชน์**
4. **ส่งเสริมการพัฒนาความเข้มแข็งภาคประชาชน**
5. การแข่งขันระดับสากล
6. การพัฒนาระบบบริหารให้มีความเป็นเลิศ

ยุทธศาสตร์ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

วิสัยทัศน์

เป็นองค์กรหลักในการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพและพัฒนาศักยภาพประชาชนให้สามารถพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้

พันธกิจ

1. ส่งเสริม สนับสนุนและประสานการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
2. ส่งเสริม พัฒนา และสนับสนุนการดำเนินงานสุขศึกษา และระบบสุขภาพของประชาชน
3. ดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลอง ปะ กฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลและกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง
4. ศึกษา วิเคราะห์ วิจั พัฒนาและถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้วยระบบบริการสุขภาพแก่องค์กรภาครัฐ ภาคเอกชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
5. พัฒนาระบบและกลไก เพื่อให้มีการดำเนินงานการบังคับใช้กฎหมาย ที่อยู่ในความรับผิดชอบให้เกิดผลสำเร็จแก่ราชการและประชาชน
6. ส่งเสริม สนับสนุน พัฒนาธุรกิจบริการสุขภาพ
7. ดำเนินการเกี่ยวกับงานด้านความช่วยเหลือ ความร่วมมือและประสานกับหน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ ทั้งในประเทศและต่างประเทศ

ประเด็นยุทธศาสตร์

1. **คุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพ**
2. **เสริมสร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน**
3. ส่งเสริมให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางธุรกิจบริการสุขภาพของเอเชีย

ประเด็นยุทธศาสตร์ของกระทรวงฯ กลุ่มภารกิจ และกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับงานสุขศึกษา ดังนี้

ประเด็นยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข มีประเด็นยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง 2 ข้อ คือ

ประเด็นยุทธศาสตร์ข้อที่ 1 : คนไทยแข็งแรง

ประเด็นยุทธศาสตร์ข้อที่ 2 : การเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของประชาชน

ประเด็นยุทธศาสตร์ของกลุ่มภารกิจ มีประเด็นยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง 3 ข้อ คือ

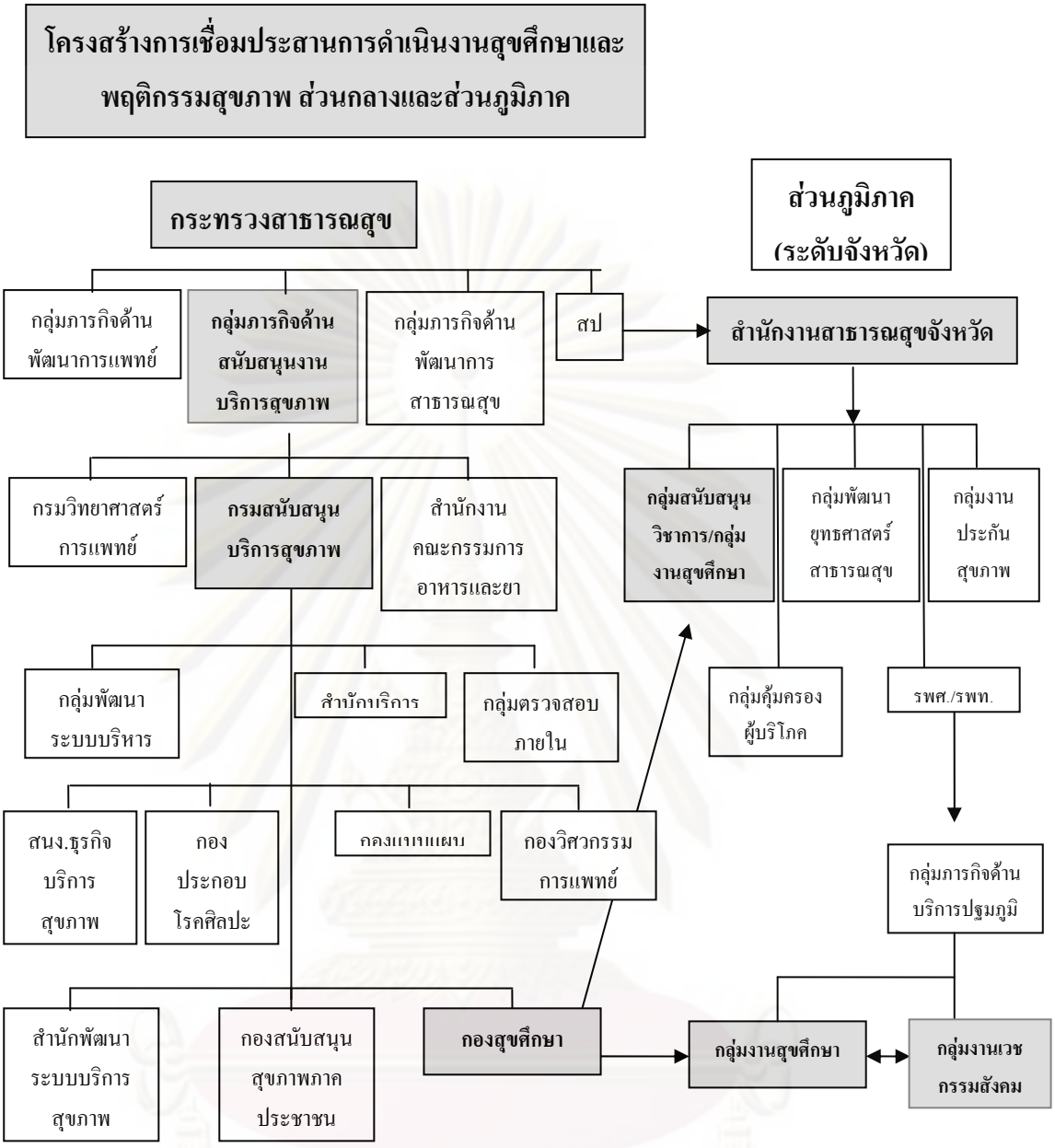
ประเด็นยุทธศาสตร์ข้อที่ 3 : ส่งเสริมการวิจัย พัฒนาองค์ความรู้ การนำนวัตกรรมไปใช้ประโยชน์

ประเด็นยุทธศาสตร์ข้อที่ 4 : ส่งเสริมการพัฒนาความเข้มแข็งภาคประชาชน

ประเด็นยุทธศาสตร์ของ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ มีประเด็นยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง 2 ข้อ คือ

ประเด็นยุทธศาสตร์ข้อที่ 2 : เสริมสร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



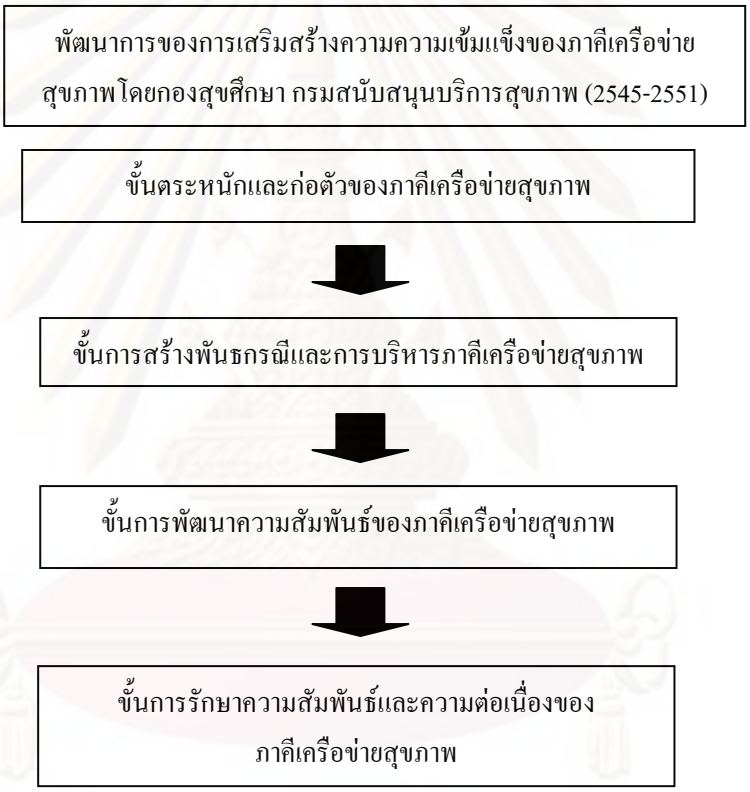
ภาพที่ 18 : โครงสร้างการเชื่อมประสานการดำเนินงานสุขศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพ ส่วนกลางและส่วนภูมิภาค

<u>ส่วนที่ 2</u> พัฒนาการของการเสริมสร้างความความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดยกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

จากการศึกษาข้อมูลพบว่า

b. ขั้นตระหนักและก่อตัวของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดยกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

c. ขั้นการสร้างพันธกรณีและการบริหารภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดยกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
d. ขั้นการพัฒนาความสัมพันธ์ของภาคีเครือข่ายสุขภาพ และการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดยกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ตลอดจนการใช้ประโยชน์จากภาคีเครือข่ายสุขภาพที่มีความเข้มแข็ง
e. ขั้นการรักษาความสัมพันธ์และความต่อเนื่องของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดยกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ



ภาพที่ 19 : แผ่นภาพแสดงพัฒนาการของการเสริมสร้างความความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพโดยกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2545-2551)

<u>ผลการวิจัยส่วนที่ 2</u> พัฒนาการของการเสริมสร้างความความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดย กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

การศึกษาพัฒนาการของการเสริมสร้างความความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดยกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลจากการศึกษาเอกสาร

1 . *โครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพ ในปีงบประมาณ 2551*. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2551.

2**.** *เอกสารประกอบ กิจกรรมการสัมมนา การจัดเวที ถ่ายทอดและส่งเสริมประสานการดำเนินงานสร้างสุขภาพของภาคีเครือข่าย 4 ภาค***.** กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2551.

3. *แบบเสนอโครงการสร้างพันธมิตรการสร้างสุขภาพ*. กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2547

4. *แนวทางการสร้างพันธมิตรการสร้างสุขภาพ*. สำนักงานโครงการสร้างพันธมิตรการสร้างสุขภาพ กองสุขศึกษา, 2547

5. *แผนยุทธศาสตร์โครงการสร้างพันธมิตร การสร้างสุขภาพ (พสส.)*. สำนักงานโครงการสร้างพันธมิตรการสร้างสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2548

6. *วิวัฒนาการงานสุขศึกษา*. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2549

และจากการสัมภาษณ์บุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 19 คน รวมทั้งการสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ผลการวิจัยพบว่า พัฒนาการของการเสริมสร้างความความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดยกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2545-2551) สามารถแบ่งออกเป็น 4 ขั้น ได้แก่ ขั้นตระหนักและก่อตัวของภาคีเครือข่ายสุขภาพ ขั้นการสร้างพันธกรณีและการบริหารภาคีเครือข่ายสุขภาพ ขั้นการรักษาความสัมพันธ์และความต่อเนื่องของภาคีเครือข่ายสุขภาพ และขั้นการพัฒนาความสัมพันธ์ของภาคีเครือข่ายสุขภาพ และการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ

ขั้นที่ 1. : ขั้นตระหนักและก่อตัวของภาคีเครือข่ายสุขภาพ

1.ช่วงระยะจากนโยบายสู่การก่อเกิดเครือข่าย

1.1 กองสุขศึกษากับการดำเนินแบบเครือข่าย

1.1.1 ตระหนักถึงพลังเครือข่าย

1.1.2 การทำงานเครือข่ายแบบแยกส่วน

1.1.3 เริ่มเป็นรูปเป็นร่างจากนโยบายภาครัฐ

จากการข้อมูลที่ได้จากเอกสาร “วิวัฒนาการงานสุขศึกษา” ทำให้ทราบว่ากองสุขศึกษาเป็นองค์กรที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขมานาน โดยเริ่มก่อตั้งเมื่อปี พ.ศ. 2517 และในช่วงของการปฏิรูประบบราชการ มีการปรับเปลี่ยนองค์กรโครงสร้างมากมาย กองสุขศึกษาเป็นองค์กรหนึ่งที่มีการเปลี่ยนแปลง ปัจจุบันกองสุขศึกษาอยู่ภายใต้กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 ซึ่งถือว่าเป็นกรมเกิดใหม่ ขณะเดียวกันการบริหารราชการในส่วนภูมิภาคก็มีการปรับเปลี่ยนไปพร้อมๆกัน กลุ่มงานสุขศึกษาของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดก็ถูกยุบไปด้วย กระบวนการทางสุขศึกษาถือเป็นหัวใจสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน มีการปรับบทบาทภารกิจการดำเนินงานเชิงรุกอย่างเป็นระบบ ตลอดจนผลักดันและทำงานร่วมกับภาคพันธมิตรสุขภาพอื่นๆ โดยเฉพาะภาคประชาชน

จากการที่กองสุขศึกษา ได้ย้ายไปสังกัดกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ซึ่งมีบทบาทในการพัฒนาวิชาการทำให้กองสุขศึกษา ต้องปรับเปลี่ยนบทบาทโดยมุ่งเน้นการพัฒนาวิชาการและมาตรฐานงานสุขศึกษา การศึกษาวิจัย พัฒนาและส่งเสริมการเรียนรู้ทางด้านสุขภาพ เพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน โดยการประสานความร่วมมือองค์กร ภาคี เครือข่าย ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน อย่างเป็นระบบ ซึ่งผลการดำเนินงานในช่วงแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 โดยเฉพาะในด้านการพัฒนาการมีส่วนร่วมขององค์กร ภาคี เครือกข่าย นั้น กองสุขศึกษาได้มีการดำเนินการส่งเสริมสนับสนุนการมีส่วนร่วมขององค์กร ภาคี เครือข่าย สร้างสุขภาพเพื่อสร้างและพัฒนาเครือข่ายพันธมิตรทุกระดับให้มีการส่งเสริม สนับสนุนให้เครือข่ายภาคประชาชนมีการจัดการเรียนรู้ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนซึ่งมีการจำแนกภาคีเครือข่ายเป็น 2 ส่วน คือ

1. เครือข่ายชมรมสร้างสุขภาพ สืบเนื่องจากการที่รัฐบาลประกาศให้ปี พ.ศ. 2545 เป็นปีแห่งการเริ่มต้นรณรงค์สร้างสุขภาพทั่วไทย กองสุขศึกษาจึงได้ดำเนินการสร้างและพัฒนาชมรมสร้างสุขภาพ โดยมุ่งส่งเสริมให้ประชาชน องค์กร หน่วยงานทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ เอกชน และภาคประชาชน ที่มีความสนใจด้านสุขภาพรวมกลุ่มกันจัดกิจกรรมสร้างสุขภาพ อันนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและถูกต้องของประชาชนในชุมชน ซึ่งได้มีการดำเนินงาน จัดทำระบบการรับสมัครและลงทะเบียนชมรมฯ โดยจัดทำ Program ฐานข้อมูลชมรมฯ การพัฒนาแกนนำชมรมฯ จัดทำเอกสารแนวทาง/กำหนดการพัฒนาชมรมให้เข้มแข็ง จดหมายข่าวชมรม การศึกษาวิจัยกระบวนการพัฒนาชมรมฯให้เข้มแข็ง ซึ่งกำหนดเป้าหมายให้มีชมรมสร้างสุขภาพ

ครอบคลุมทุกหมู่บ้านทั่วประเทศ ในขณะนี้มีชมรมฯ จำนวนทั้งสิ้น 75,094 ชมรม ครอบคลุมหมู่บ้านร้อยละ 64.5

2. เครือข่ายพันธมิตรสร้างสุขภาพ ภาครัฐ ภาคเอกชน ซึ่งเป็นเครือข่ายสนับสนุน ซึ่งในปี 2547 ได้รับการสนับสนุนจาก สสส. ในการดำเนินงานสร้างและพัฒนาเครือข่ายพันธมิตรสร้างสุขภาพ ให้มีการจัดการด้านสุขภาพ โดยได้มีการจัดตั้งสำนักงานโครงการพันธมิตรสร้างสุขภาพขึ้นที่กองสุขศึกษา เพื่อบริหารจัดการและจัดสรรงบประมาณสนับสนุนเครือข่ายพันธมิตรด้านสุขภาพ ระดับเขตและจังหวัด ตามแผนยุทธศาสตร์การสร้างพันธมิตรการสร้างสุขภาพ (ปี 2546-2548) ซึ่งมีการบริหารจัดการในรูปแบบของคณะกรรมการ

ซึ่งเห็นได้ว่า ในปี พ.ศ. 2545 ทางกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ มีการก่อตั้งชมรมสร้างสุขภาพ ต่อมาจึงมีการพัฒนาชมรมสร้างสุขภาพมาประสานเป็นเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนในระดับพื้นที่ เพื่อช่วยเพิ่มศักยภาพในการดำเนินงานในพื้นที่ เนื่องจากชมรมสร้างสุขภาพเป็นประชาชนที่อยู่ในชุมชนในพื้นที่ การประสานงานในการดำเนินงานระหว่างกองสุขศึกษา และประชาชนในพื้นที่จะสามารถทำได้ง่ายขึ้นหากชมรมสร้างสุขภาพที่เป็นเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนในระดับพื้นที่มีส่วนช่วยในการประสานและดำเนินการให้ โดยมีเครือข่ายพันธมิตรสร้างสุขภาพทั้ง ภาครัฐ ภาคเอกชน รวมถึงกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพเป็นภาคีเครือข่ายที่ให้ความรู้ให้ภาคีเครือข่ายภาคประชาชนได้ตระหนักในประเด็นเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ ตลอดจนสนับสนุนงบประมาณดำเนินการ การอำนวยสะดวก ให้ความสนับสนุนการดำเนินงานดังกล่าวอีกทางหนึ่ง

"...Concept ของงานสุขศึกษาคือให้เกิดแนวคิดเรื่องการเรียนรู้ ตระหนัก แล้วก็สนใจเกิดเจตคติที่ดี ทำยังไงให้เค้ายอมรับ แล้วก็นำไปสู่การปฏิบัติ..."

(คุณสมบูรณ์ ขอสกุล. นักวิชาการสาธารณสุข 9 ชำนาญการ (ด้านส่งเสริมพัฒนา). สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 20 ต.ค. 2551)

"...แผนฯ 9 แผนฯ 10 เห็นความสำคัญของคนเป็นศูนย์กลาง การพัฒนากำลังคน การทำงานแบบเครือข่าย Networking ที่จะให้ทุกคนมีส่วนร่วมการมีส่วนร่วมของภาคีต่างๆ...."

(คุณฉันทพิชญา โพธิสาจันทร์. นักวิชาการสาธารณสุข 7 กลุ่มพันธมิตรการสร้างสุขภาพ. สัมภาษณ์เมื่อ วันที่ 10 ต.ค. 2551)

กล่าวโดยสรุปว่า กองสุขศึกษา ภายใต้การเปลี่ยนแปลงภายใต้กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ จึงมีการปรับบทบาทภารกิจการดำเนินงานโดยมีการทำงานร่วมกับภาคพันธมิตรสุขภาพ

อื่นๆ โดยเฉพาะภาคประชาชน ให้ความสำคัญกับพัฒนาและส่งเสริมการเรียนรู้ทางด้านสุขภาพ เพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน โดยมีการประสานความร่วมมือกับองค์กร ภาคี เครือข่าย ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน อย่างเป็นระบบ ส่วนหนึ่งมาจากนโยบายในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 9 -10 ที่มุ่งพัฒนาคุณภาพของคนและสังคมไทยสู่สังคมแห่งภูมิปัญญาและการเรียนรู้การส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้และเชื่อมโยงเครือข่ายการพัฒนาชุมชนให้เข้มแข็ง

ซึ่งสามารถแสดงให้เห็นว่านโยบายในระดับประเทศมีส่วนให้หน่วยงานราชการทุกระดับ รวมถึงกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ นำมาเป็นกรอบในการดำเนินงานภาคีเครือข่ายสุขภาพ อีกทั้งกองสุขศึกษาเองก็มีการดำเนินงานในลักษณะภาคีเครือข่ายอยู่แล้ว จึงเป็นการช่วยส่งเสริมการทำงานแบบภาคีเครือข่ายในงานสุขภาพของกองสุขศึกษาทำได้อย่างเป็นรูปธรรมมากขึ้น นอกจากนี้รวมถึงมีการปรับบทบาทการทำงานโดยมีการสนับสนุนกระบวนการทำงานแบบมีส่วนร่วมมากขึ้น เช่น การประสานการดำเนินงานด้านสุขภาพร่วมกับภาคประชาชนมากขึ้น ซึ่งจะเห็นได้ว่ากระบวนการทำงานแบบมีส่วนร่วมนี้เหมาะกับการทำงานในแบบเครือข่ายตามลำดับ

1.1 กองสุขศึกษากับการดำเนินแบบเครือข่าย

1.1.1 ตระหนักถึงพลังเครือข่าย

1.1.2 การทำงานเครือข่ายแบบแยกส่วน

1.1.3 เริ่มเป็นรูปเป็นร่างจากนโยบายภาครัฐ

1.1.1 ตระหนักถึงพลังเครือข่าย

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ มีลักษณะการดำเนินงานในลักษณะเครือข่ายอยู่แล้วก่อนที่จะมีนโยบายจากคณะผู้บริหารระดับประเทศ ในปีพ.ศ. 2545 จากเอกสาร “วิวัฒนาการงานสุขศึกษา” (กองสุขศึกษา, 2549) ได้ระบุไว้ว่ากองสุขศึกษามีการนำกลยุทธ์เรื่องเครือข่ายมาใช้ในการดำเนินงานสุขศึกษา เห็นได้จากรูปแบบการทำงานของกองสุขศึกษาที่มีการดำเนินการกับประชาชนในชุมชนโดยตรงไม่ว่าจะเป็นการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ การศึกษาวิจัย หากเพียงแต่ว่าในช่วงอดีตก่อนปี พ.ศ.2540 กองสุขศึกษาจะมีการดำเนินงานพัฒนา ส่งเสริม และวิจัย เกี่ยวข้องกับประชาชนในกลุ่มต่างๆ เช่น กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม) กลุ่มแม่บ้าน ซึ่งเป็นกลุ่มผู้นำในการเปลี่ยนแปลง ต่อมาในช่วงระหว่างปี พ.ศ.2538-2539 มีการเสริมสร้างและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติเพื่อให้เด็ก เยาวชน และประชาชนมีความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมที่เหมาะสมตาม

สุขบัญญัติแห่งชาติ และการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขท้องถิ่น โดยมีการจัดทำเอกสารวิชาการ แนวทางการปฏิบัติงานสุขศึกษาการพัฒนาศักยภาพให้แก่บุคลากรและเครือข่าย ซึ่งเครือข่ายของกองสุขศึกษา ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน แกนนำสุขภาพในโรงเรียน แกนนำสุขภาพในสถานประกอบการ และในช่วงปี พ.ศ. 2545 กองสุขศึกษา ภายใต้สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้มีการกำหนดวิสัยทัศน์ของกองสุขศึกษา คือ “มุ่งสู่ความเป็นเลิศทางวิชาการสุขศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพ ประสานภาคี ชี้นำสังคม เพื่อให้ประชาชนมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์” และภายหลังจากที่มีการเปลี่ยนแปลงระบบการบริหารราชการในสมัยนั้น กองสุขศึกษา ภายใต้สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพ หน่วยปฏิบัติการ ซึ่งในที่สุดก็คือกรมสนับสนุนบริการสุขภาพในปัจจุบัน ซึ่งกองสุขศึกษาได้มีการเปลี่ยนโครงสร้างองค์กร ดังนี้

1. กลุ่มพัฒนาวิชาการและเครือข่าย
2. กลุ่มพัฒนาเทคโนโลยีการสื่อสารและการรณรงค์ด้านสุขภาพ
3. กลุ่มสนับสนุนการดำเนินงานสุขศึกษา
4. ฝ่ายบริหารทั่วไป

ซึ่งจะเห็นได้ว่ากองสุขศึกษาได้ตระหนักเกี่ยวกับการดำเนินงานในรูปแบบภาคีเครือข่าย ซึ่งสามารถเห็นได้จากการปรับโครงสร้างองค์กรที่มีการจัดตั้งกลุ่มพัฒนาวิชาการและเครือข่ายขึ้น และมีการระบุบทบาทหน้าที่ที่เกี่ยวกับการดำเนินงานเครือข่าย คือ เพื่อพัฒนาเครือข่ายของกลุ่มบุคคลและองค์กรต่างๆ ที่ดำเนินการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน เพื่อให้เกิดการเรียนรู้และสนับสนุนการดำเนินงานซึ่งกันและกัน และเพื่อให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมายตามบทบาทหน้าที่ในข้างต้น จึงมีการกำหนดวิสัยทัศน์ ของกองสุขศึกษาใหม่ว่า “กองสุขศึกษาเป็นองค์กรชั้นนำที่มุ่งพัฒนา ส่งเสริมสนับสนุนการเรียนรู้ด้านสุขภาพในระบบบริการสุขภาพและเครือข่ายเพื่อให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง” จะเห็นได้ว่าตั้งแต่ก่อนปี พ.ศ. 2540 – 2545 เริ่มมีการนำกลยุทธ์เกี่ยวกับเครือข่ายมาใช้ในการดำเนินงานสุขภาพของกองสุขศึกษาแล้ว และมีการปรับและประยุกต์ใช้มาอย่างต่อเนื่อง จะมีการระบุไว้ในวิสัยทัศน์และบทบาทหน้าที่ของกองสุขศึกษาเพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานสุขศึกษาของกองสุขศึกษา จนกระทั่งต่อมาเมื่อมีนโยบายในเรื่องการส่งเสริมสนับสนุนการดำเนินงานแบบภาคีเครือข่าย จึงทำให้การดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพดำเนินงานสะดวกมากขึ้นขึ้น

"...สุขภาพไม่ใช่ของกระทรวงสาธารณสุข อยู่ในภาครัฐอย่างเดียว มันเป็นเรื่องของทุกภาคส่วน เรียกว่า Partner หรือเครือข่าย Networking เรียกพันธมิตร ก็เริ่มเปิด คือเครือข่ายไม่ได้มาเกิดที่กองสุขศึกษาเกิดมาก่อนแต่ถามว่ากองสุขศึกษาใน Concept จริงๆ เล่น Networking มาตลอด..."

(คุณสมบูรณ์ ขอสกุล. นักวิชาการสาธารณสุข 9 ชำนาญการ (ด้านส่งเสริมพัฒนา). สัมภาษณ์เมื่อ วันที่ 20 ต.ค. 2551)

"...ทำงานกองสุขศึกษาถ้าเราขาดเครือข่ายเราทำงานไม่ได้...เราทำงานราชการ มันต้องมีเครือข่ายในกระทรวง นอกกระทรวง ที่มาร่วมกันในการจัดงาน การ Campaign อะไรต่างๆ ..."

(คุณฉันทพิชญา โพธิสาจันทร์. นักวิชาการสาธารณสุข 7 กลุ่มพันธมิตรการสร้างสุขภาพ.สัมภาษณ์เมื่อ วันที่ 10 ต.ค. 2551)

จึงสามารถสรุปได้ว่า กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ได้ให้ความสำคัญของการทำงานเครือข่าย และการมีส่วนร่วม โดยเฉพาะเรื่องในเรื่องของสุขภาพที่เป็นเรื่องของทุกคน หน่วยงานภาครัฐไม่สามารถดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพได้โดยลำพัง หากต้องอาศัยความร่วมมือกับทุกภาคส่วน ในลักษณะภาคีเครือข่ายสุขภาพ จากข้อมูลผลการวิจัยในข้างต้น ผู้วิจัยได้สังเกตเห็นว่า กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ได้มีการดำเนินงานในลักษณะภาคีเครือข่ายสุขภาพอยู่บ้างแล้ว เนื่องจากกองสุขศึกษามีการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับภาคประชาชนในชุมชนเป็นหลัก จึงหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่จะต้องมีการสื่อสารกับประชาชนกลุ่มเป้าหมายและหน่วยงานต่างๆในพื้นที่ จึงจำเป็นต้องสร้างและพัฒนาความสัมพันธ์กับประชาชนในชุมชนเพื่อประสานความร่วมมือในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพให้บรรลุเป้าหมาย จึงสามารถกล่าวได้ว่ากองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพมีการดำเนินงานในรูปแบบเครือข่ายอยู่ก่อนที่จะมีนโยบายส่งเสริมการดำเนินงานในรูปแบบเครือข่ายจากทางภาครัฐเสียอีก

1.1.2 การทำงานเครือข่ายแบบแยกส่วน

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ทางกองสุขศึกษาเองได้มีการดำเนินงานในลักษณะเครือข่ายหรือมีกลุ่มงานที่ดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพอยู่แล้วในปี พ.ศ. 2545 โดยมีกลุ่มงานพัฒนาวิชาการและเครือข่ายในการดำเนินงานในระยะแรกๆ และจากการสัมภาษณ์ยังทำให้ทราบว่าถึงแม้นจะมีกลุ่มงานพัฒนาวิชาการและเครือข่ายในการบริหารงาน แต่บุคลากรและ

เจ้าหน้าที่ภายในกองสุขศึกษายังมีการทำงานภาคีเครือข่ายสุขภาพแบบแยกส่วน คือ ภาคีเครือข่ายสุขภาพของใครคนนั้นมักจะทำหรือมีการดำเนินการเอง ยังไม่มีการนำเครือข่ายสุขภาพต่างๆของกองสุขศึกษามาบูรณาการร่วมกันเพื่อใช้ดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยมีความคิดว่าอาจจะจะเป็นเพราะในช่วงแรกภายหลังจากการปรับเปลี่ยนระบบการบริหารงานราชการแบบใหม่ และกองสุขศึกษาเองได้มีการปรับเปลี่ยนมาสังกัดกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ อีกทั้งมีการแบ่งการบริหารงานภายในโดยเฉพาะบทบาทหน้าที่ใหม่ เป็นกลุ่มงานพัฒนาวิชาการและเครือข่าย ซึ่งยังไม่เคยมีมาก่อนจึงทำให้บุคลากรต้องมีการปรับบทบาทการทำงาน ซึ่งคงต้องอาศัยระยะเวลาในการทำงานร่วมกันในช่วงแรกพอสมควร อีกทั้งกลุ่มงานพัฒนาวิชาการและเครือข่ายยังเป็นกลุ่มงานใหม่ที่มีการประยุกต์การทำงานแบบเครือข่ายสุขภาพมาใช้จึงอาจจะประสบปัญหาในการดำเนินงานประสานงานกับกลุ่มเครือข่ายสุขภาพภายในกองสุขศึกษาเอง และหน่วยงานภาคีเครือข่ายสนับสนุนทั้งในส่วนภายใต้กระทรวงสาธารณสุข เช่น กรมอนามัย ฯลฯ รวมถึงภาคีเครือข่ายระดับปฏิบัติการในระดับท้องถิ่น เช่น ภาคีเครือข่ายประชาชนในชุมชนในระยะแรก จึงส่งผลให้การดำเนินงานภาคีเครือข่ายสุขภาพจึงดูเหมือนยังไม่มีเจ้าภาพที่เป็นในการให้การส่งเสริมสนับสนุน ประสานการดำเนินงาน ตลอดจนดูแลภาคีเครือข่ายสุขภาพ ผู้วิจัยจึงมีความเห็นว่ากองสุขศึกษาในช่วงระยะแรกนี้ยังมีการดำเนินงานภาคีเครือข่ายสุขภาพเป็นแบบแยกส่วนกระจายไปตามกลุ่มงานต่างๆ ภายในกองสุขศึกษา อาทิ กลุ่มงานพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพงานสุขศึกษา กลุ่มงานรณรงค์ด้านสุขภาพ เป็นต้น ยังขาดการสื่อสารในการสร้างความเข้าใจร่วมกันในการดำเนินงานแบบภาคีเครือข่าย

"...แต่เดิมว่าไปแล้วเราก็มีเครือข่ายการสื่อสาร เครือข่ายการรณรงค์... ก็คือ กลุ่มใครกลุ่มคนนั้นก็เป็นคนทำของตัวเอง..."

(คุณชลธิรา ซึ้งจิตตวิสุทธิ. นักวิชาการสาธารณสุข 8 หัวหน้ากลุ่มแผนงานและประเมินผล. สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 27 ต.ค. 2551)

ในส่วนของภาคประชาชนเองก็มีการดำเนินกิจกรรมในลักษณะเครือข่ายสุขภาพอยู่แล้ว โดยกิจกรรมดังกล่าวอาจเป็นกิจกรรมด้านสุขภาพหรือกิจกรรมอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจเป็นการรวมตัวในลักษณะเป็นชมรมหรือกลุ่ม จึงสามารถสรุปได้ว่า กลุ่ม และชมรม ของภาคประชาชนในพื้นที่เป็นจุดเริ่มต้น ตลอดจนเป็นภาคีเครือข่ายสุขภาพพื้นฐานของของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ นอกจากนี้จากการวิเคราะห์ข้อมูลยังพบว่า ภาคการเมืองมีส่วนทำให้เกิดการรวมตัวและมีการสงเสริมให้มีการจัดตั้งชมรมสร้างสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรมในทุกหมู่บ้าน จึงกล่าวได้ว่าที่มาของเครือข่ายมาจากภาคการเมือง

"...ชมรมเหมือนเป็นจุดเริ่มต้นเครือข่ายของกอง เพราะว่าตอนนั้นรัฐบาลสมัยสุดารัตน์ เป็นรัฐมนตรี เขาก็มองว่าเขาอยากได้เครือข่ายภาคประชาชน ก็ชมรมสร้างสุขภาพนี่แหละเพราะเขาเห็นแต่ละกลุ่ม แต่ละในหมู่บ้านเขามีการรวมตัวกันอยู่แล้ว เขาเองรวมตัวกันทำเรื่องสุขภาพ เช่น มาออกกำลังกาย เต้นแอโรบิก..."

(คุณนวลจันทร์ ศักดิ์ธนากูล,นักวิชาการสาธารณสุข 8 หัวหน้ากลุ่มพันธมิตรการสร้างสุขภาพ .สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 15 ต.ค. 2551)

นอกจากนี้ ในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขเองก็มีหน่วยงาน ที่มีการดำเนินงานเกี่ยวกับเครือข่ายสุขภาพอยู่หลายหน่วยงาน อาทิ กองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย กองสนับสนุนบริการสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โดยกองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย มีวิสัยทัศน์ คือ "เป็นองค์กรหลักในการส่งเสริมการเคลื่อนไหวออกแรง/ออกกำลังกายเพื่อให้คนไทยสุขภาพดี" โดยมีพันธกิจ ดังนี้

1. ศึกษา วิเคราะห์ วิจัยและพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีการส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ
2. พัฒนา และจัดทำเกณฑ์มาตรฐานเกี่ยวกับการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ เพื่อส่งเสริม สนับสนุนกลไกการดำเนินงานตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุขและกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง
3. ให้คำปรึกษา แนะนำวิชาการด้านการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ
4. ปฏิบัติงานร่วมกับ หรือสนับสนุนการ

"...อันที่จริงแล้วไม่ได้เกิดจากกองฯ อย่างเดียว มันเกิดจากกองฯ ต่างๆ ที่อยู่ในกระทรวงสาธารณสุข ที่ทำงานกับแกนนำสุขภาพ..."

(คุณนาตยา เกรียงชัยพฤกษ์. นักวิชาการสาธารณสุข 7 กลุ่มพัฒนาการสื่อสารและสื่อสุขภาพ, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 14 ต.ค. 2551)

นอกจากนี้กรมอนามัยยังมีภารกิจ คือ การส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพดี โดยมีการศึกษา วิเคราะห์ วิจัย พัฒนาและถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยี ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและการจัดการสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี รวมทั้งการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ เพื่อมุ่งเน้นให้ประชาชนมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง ครอบครัว และชุมชน รวมตลอดจนถึงการสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีต่างๆทั้งภาครัฐและภาคเอกชน มีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพโดยถ้วนหน้า นอกจากนี้กรมอนามัย ยังได้มีการดำเนินการพัฒนา

ชมรมสร้างสุขภาพภายใต้ชื่อชมรมออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ ซึ่งได้เริ่มมีขึ้นตั้งแต่ปี 2544 โดยกระทรวงสาธารณสุข ได้ส่งเสริมให้ประชาชนรวมกลุ่มเป็นเครือข่ายออกกำลังกาย โดยกรมอนามัยได้ขับเคลื่อนภายใต้โครงการ “ขยับกายสบายชีวี” เกิดเป็นเครือข่ายการออกกำลังกายทั่วประเทศ ซึ่งต่อมาในปี พ.ศ. 2545 ในสมัย พันตำรวจโท ดร.ทักษิน ชินวัตร เป็นนายกรัฐมนตรี ได้มีการกำหนดนโยบายสร้างสุขภาพโดยใช้กลยุทธ์ “รวมพลังสร้างสุขภาพ” และในปี พ.ศ. 2546 ให้ใช้ในรูปแบบ “ชมรมสร้างสุขภาพ” ในการสร้างสุขภาพ ซึ่งกำหนดเป้าหมายให้มีชมรมสร้างสุขภาพครอบคลุมทุกหมู่บ้านทั่วประเทศ ทางกองสุขศึกษา ภายใต้โครงการสร้างพันธมิตรการสร้างสุขภาพได้รวบรวมชมรมที่เกี่ยวข้องกับการสร้างสุขภาพมาเป็นภาคีเครือข่ายสุขภาพ ตลอดจนสร้างและพัฒนาชมรมในภาคีเครือข่ายให้เป็นชมรมสร้างสุขภาพ สิ่งที่น่าสังเกตคือสมาชิกในชมรมสร้างสุขภาพก็คือสมาชิกชมรมออกกำลังกายเพื่อสุขภาพด้วยเช่นกัน เนื่องจากชมรมสร้างสุขภาพมีความครอบคลุมชมรมที่เกี่ยวข้องกับ 6 อ. ได้แก่ ออกกำลังกาย อาหาร อารมณ์ อโรคยา อนามัชุมชน และอบายมุข

“...ถ้าพี่ทำออกกำลังกาย พี่ก็ทำกับกรมอนามัยก็ไม่ซ้ำกัน ที่จริงมันไม่ซ้ำ มันเป็นคนละมิติ พี่ทำกระบวนการ ทำอย่างไรให้คนเกิดความตระหนัก...”

(คุณทิวาพร กลมกล่อม. นักวิชาการเผยแพร่ 8 กลุ่มรณรงค์ด้านสุขภาพ, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 14 ต.ค. 2551)

นอกจากนี้กองสนับสนุนบริการสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ที่มีหน้าที่ดูแล กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งเป็นเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนที่สำคัญ โดยเฉพาะเป็นภาคีเครือข่ายพื้นฐานในการดำเนินงานสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข จึงเป็นภาคีเครือข่ายสุขภาพที่สำคัญของกองสุขศึกษาด้วยเช่นกัน จากการวิเคราห์ข้อมูลจากบทเรียนชมรมสร้างสุขภาพที่เข้มแข็ง พบว่ากลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ส่วนใหญ่เป็นสมาชิกชมรมสร้างสุขภาพ และในหลายๆพื้นที่กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นกลุ่มที่ร่วมก่อตั้งชมรมสร้างสุขภาพด้วยเช่นกัน

“...กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กองเขาจะเป็นกองที่เป็นงานหลักเขาในเรื่องของเครือข่ายสุขภาพโดยตรง โดยเฉพาะเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน เสร็จแล้วของกองสุขศึกษาที่มีเครือข่ายขึ้นมา มันเหมือนเป็นเครื่องมือสำหรับหรือเป็นช่องทางหนึ่งที่ช่วยสนับสนุนการถ่ายทอดความรู้ทางด้านสุขภาพหรือว่าการจัดกิจกรรมทางด้านสุขภาพ...”

(คุณชลธิรา ซึ้งจิตตวิสุทธิ. นักวิชาการสาธารณสุข 8 หัวหน้ากลุ่มแผนงานและประเมินผล. สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 27 ต.ค. 2551)

สามารถสรุปได้ว่า ไม่เพียงแต่กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพเท่านั้นที่ให้ความสำคัญของการทำงานเครือข่าย และการมีส่วนร่วม โดยเฉพาะเรื่องสุขภาพ ยังมีหน่วยงานภาครัฐอื่นๆ ที่มีการดำเนินงานโดยใช้กลยุทธ์เครือข่าย โดยมีลักษณะงานที่คล้ายคลึง แต่ก็มีความเกื้อหนุนซึ่งกันและ เป็นการใช้ทรัพยากรมนุษย์ร่วมกันดึงการมีส่วนร่วมของในระดับกรม กอง หรือหน่อยงานของภาครัฐในการใช้ทรัพยากรเครือข่ายด้วยกัน เพราะภาคีเครือข่ายสุขภาพ เป็นกลุ่มคนๆ เดียวกันแต่ทำหน้าที่หลายหน้าที่เปรียบเหมือนสวมหมวกหลายใบ เช่นกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งเป็นเครือข่ายภาคประชาชนที่เกิดจากกองสนับสนุนบริการสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เป็นต้น

1.1.3 เริ่มเป็นรูปเป็นร่างจากนโยบายภาครัฐ

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ช่วงระยะริเริ่มภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดยกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เป็นผลที่สืบเนื่องมาจากการที่รัฐบาลในสมัยที่ พ.ต.ท.ดร.ทักษิณ ชินวัตร เป็นนายกรัฐมนตรี ได้ดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนทุกคนทุกเพศทุกวัยได้เข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานอย่างทั่วถึงเป็นธรรมและประกาศให้มีการรณรงค์สร้างสุขภาพ เพื่อให้ประชาชน องค์กร หน่วยงานภาครัฐ เอกชน และภาคประชาชนได้รับรู้ ตระหนัก ใส่ใจสุขภาพ ร่วมกันสร้างและดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว ชุมชน ให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ได้แก่ การบริโภคอาหารที่ปลอดภัยและเพียงพอ การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การมีสุขภาพจิตดี ยาเสพติดและอนามัยชุมชน การดำเนินการสร้างสุขภาพจะให้สำเร็จได้นั้น จำเป็นอย่างยิ่งจะต้องมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ไม่ใช่แต่เพียงกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น รัฐบาลในสมัยนั้นจึงประกาศให้ปี 2545 – 2547 เป็น “ปีแห่งการรณรงค์สร้างสุขภาพทั่วไทย” และได้ประกาศนโยบายและเป้าหมายการรณรงค์สร้างสุขภาพ เมื่อวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2545

“...ต้องยอมรับว่ารัฐบาลชุดนั้นเล่นเรื่องการสื่อสารประชาสัมพันธ์ ภาพลักษณ์ เรียกว่า ประชาชนนิยม เค้าก็ประกาศตั้งแต่ปี 45 ซึ่งเป็นวาระแห่งชาติ ปีแห่งการสร้างเสริมสุขภาพ ปี 45-47 ประกาศกันที่สวนลุม เป็นวาระแห่งชาติ พี่ทำงานมา 30-40 ปี ถามว่ารัฐบาลเคยจัดนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพมาเป็นวาระแห่งชาติ ไม่มี มีน้อยมาก...”

(คุณสมบูรณ์ ขอสกุล. นักวิชาการสาธารณสุข 9 ชำนาญการ (ด้านส่งเสริมพัฒนา). สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 20 ต.ค. 2551)

จากการประกาศเป็นปีแห่งการรณรงค์สร้างสุขภาพทั่วไทย กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการภายใต้กลยุทธ์ “รวมพลังสร้างสุขภาพ” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนทุกหมู่เหล่ามีการเรียนรู้ และทักษะด้านสุขภาพ มีพฤติกรรมการออกกำลังกาย การเลือกบริโภคอาหารที่เหมาะสมและปลอดภัย ลด ละ เลิก ยาเสพติดและสุขภาพจิต อันจะนำไปสู่การลดโรคที่สามารถป้องกันได้ ทั้งโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และโรคมะเร็ง โดยมุ่งเน้นให้ศูนย์สุขภาพชุมชน(ภาคีเครือข่ายสุขภาพในระดับปฏิบัติการในท้องถิ่น) เป็นหน่วยบริการสุขภาพหลักในการดำเนินงานประสานและเชื่อมโยงเครือข่ายด้านสุขภาพในชุมชน เพื่อส่งเสริมสุขภาพของประชาชน ซึ่งเป้าหมายการสร้างสุขภาพในปี 2546 เน้นให้ประชาชนมีพฤติกรรมการออกกำลังกาย บริโภคอาหารที่สุข สะอาด และปราศจากอันตราย ไม่ติดยาเสพติด ซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน ทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาคมีบทบาทสำคัญในการผลักดันให้นโยบายและเป้าหมายดังกล่าวสัมฤทธิ์ผลและบรรลุเป้าหมายตามที่กำหนดไว้อย่างเป็นรูปธรรม โดยส่งเสริมให้ประชาชนในแต่ละชุมชนรวมกลุ่มจัดกิจกรรมด้านสุขภาพในรูปแบบของชมรมสร้างสุขภาพ ซึ่งมีเป้าหมายให้เกิดชมรมครอบคลุมทุกเทศบาลและหมู่บ้านและพัฒนาชมรมสร้างสุขภาพเป็นศูนย์กลางการเรียนรู้ด้านสุขภาพในชุมชน ก่อให้เกิดเป็นกระแสตื่นตัวเกี่ยวกับการสร้างสุขภาพทั่วประเทศ

“...โครงการรวมพลคนเสื้อเหลือง ฟ้าเหลือง เข้ามาสองสามปี นโยบายรัฐด้วย ก็ทำให้เกิดเครือข่ายสร้างสุขภาพที่เป็นกระแสตื่นตัว ประกอบกับสำนักตรวจฯ ให้ความสำคัญกำหนดนโยบายไว้เลยว่าทุกตำบลต้องมีชมรมสร้างสุขภาพ...”

(คุณฉันทพิชญา โพธิสาจันทร์. นักวิชาการสาธารณสุข 7 กลุ่มพันธมิตรการสร้างสุขภาพ.สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 10 ต.ค. 2551)

นอกจากนี้ ผลจากการกระตุ้นและจุดประกาย โดยนโยบายของผู้บริหารในระดับประเทศดังกล่าว ที่มีการให้ความสนใจตลอดจนเห็นถึงความสำคัญในการสร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพและมีการดำเนินการภายใต้ยุทธศาสตร์รวมพลัง สร้างสุขภาพ โดย “ใช้พื้นที่เป็นฐาน บูรณาการทุกภาคส่วน สร้างกระบวนการเรียนรู้ สู่วิถีชุมชน” โดยให้ภาคประชาชนมีบทบาทในการสร้างสุขภาพมากขึ้น ในรูปของชมรมสร้างสุขภาพ คือให้เกิดการสร้างสุขภาพขึ้นอย่างถาวร ด้วยประชาชน และชุมชนเอง เป็นการสร้างสุขภาพที่เกิดจากความต้องการของประชาชนและชุมชนในพื้นที่ อันจะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีของประชาชนในประเทศชาติ จากกระแสการตระหนักในเรื่องสุขภาพดังกล่าวนี้เองเป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ได้มีการปรับโครงสร้างภายในตามที่ได้กล่าวมาแล้วในข้างต้น และก่อให้เกิดกลุ่มพัฒนาวิชาการและเครือข่ายขึ้นมาเพื่อดำเนินงานที่เกี่ยวกับเครือข่ายสุขภาพ

และในการดำเนินงานเกี่ยวกับเครือข่ายในระยะแรกของกองสุขศึกษานั้น ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการที่รัฐบาลได้ประกาศนโยบายและเป้าหมายของการรณรงค์ทั่วประเทศภายใต้กลยุทธ์ “รวมพลังสร้างสุขภาพ” เมื่อวันที่ 17 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2545 ซึ่งรัฐบาลได้กำหนดให้ในปี พ.ศ. 2545-2547 เป็นช่วงการรณรงค์สร้างสุขภาพทั่วไทย ทั้งนี้ แนวนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ได้มุ่งเน้นดำเนินการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ 5 อ. ได้แก่ ออกกำลังกาย อาหาร อารมณ์ อนามัยชุมชน และอโรคยา ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือ กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ โดยในปีงบประมาณ 2546 จะมุ่งเน้นหนักในเรื่อง การออกกำลังกาย และการบริโภคอาหาร มีเครือข่ายพันธมิตรมาร่วมมือและช่วยเหลือ คือ หน่วยงานภาครัฐ เอกชน สื่อมวลชนและภาคประชาชน ต่อมากองสุขศึกษาได้รับมอบหมายหน้าที่มาทำอย่างจริงจังในปี พ.ศ. 2546 โดยได้รับมอบหมายจากกระทรวงสาธารณสุข ให้มีการจัดงานมหกรรมรวมพลังสร้างสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1 ที่ท้องสนามหลวง เมื่อ 22-23 พฤศจิกายน 2545 ก่อให้เกิดกระแสการสร้างสุขภาพด้วยการออกกำลังกายขึ้นทุกพื้นที่ทั่วประเทศ และในปี 2546 ส่งเสริมสนับสนุนให้รวมกลุ่มเป็น “ชมรมสร้างสุขภาพ” โดยมีการมอบหมายให้กองสุขศึกษาเป็นเจ้าภาพในการดำเนินการ โดยกำหนดเป้าหมายให้ทุกหมู่บ้านมีชมรมสร้างสุขภาพอย่างน้อย 1 ชมรมต่อหมู่บ้าน/ชุมชน และในปี 2547 กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ในฐานะหน่วยงานรับผิดชอบงานเรื่องนี้ในส่วนกลางได้สนับสนุนให้ทุกจังหวัด ดำเนินการพัฒนาชมรมสร้างสุขภาพให้เข้มแข็งและยั่งยืน โดยให้มีชมรมสร้างสุขภาพต้นแบบอย่างน้อยจังหวัดละ 1 แห่ง เพื่อใช้เป็นแบบอย่างให้กับชมรมสร้างสุขภาพอื่นๆ ในจังหวัดเดียวกันใช้เป็นที่ศึกษาและพัฒนา ตลอดจนเป็นที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน

“...พี่ทำออกกำลังกายที่สนามหลวง เสื้อเหลือง ตอนนั้นพี่เป็นคนทำครูแกนนำทั้งหมด พี่จะมีเล่มทอง(ทำเนียบ)ครูแกนนำที่เป็น Network ทั้งหมด พอเรียกปั๊บ...เขามาเลย คือทั้งกระทรวงจะรู้ว่าถ้าออกกำลังกายสนามหลวงต้องมาที่เรา จริงๆแกนนำตรงนี้มันเป็นของกองออกกำลังกาย ของกรมอนามัย มันเป็นเครือข่ายลักษณะหนึ่งของ Event ถ้าไม่มี Event เขาก็จะสลายไป ...”

(คุณเบญจมาศ สุรมิตร ไมตรี. นักวิชาการเผยแพร่ 8 หัวหน้ากลุ่มรณรงค์ด้านสุขภาพ. สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 21 ต.ค. 2551

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ภารกิจหนึ่งในการส่งเสริมสนับสนุนให้มีการรวมกลุ่มเป็น “ชมรมสร้างสุขภาพ” คือการจัดทำทำเนียบ เปรียบได้กับเป็นฐานข้อมูลของชมรมสร้างสุขภาพ โดยในช่วงแรกยังไม่มีทำเนียบเครือข่ายที่เป็นของตนเองจึงต้องมีการขอรายชื่อจากชมรมออกกำลังกาย ของกองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย เป็นการใช้ทรัพยากรร่วมกันเพราะเป้าหมายในการดำเนินงานของกรมอนามัย และกองสุขศึกษานั้นมีเป้าหมายที่

เหมือนกันคือการมีสุขภาพที่ดีของประชาชน สอดคล้องกับ เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์ (2543) ที่ได้กล่าวถึงองค์ประกอบที่สำคัญของเครือข่ายการคือ การมีวิสัยทัศน์ร่วมกัน (Common vision) เป็นการมองเห็นภาพของจุดมุ่งหมายในอนาคตร่วมกัน การรับรู้เข้าใจถึงทิศทางเดียวกัน และการมีเป้าหมายที่จะดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพให้กับประชาชนมีพลังมากขึ้น และยังเป็นการมีผลประโยชน์และความสนใจร่วมกัน (Mutual interests/benefits) ระหว่างกรมอนามัย และกองสุขศึกษาซึ่งผลประโยชน์ในที่นี้คือการมีสุขภาพที่ดีของประชาชนนั้นเอง ซึ่งทำเนียบรายชื่อดังกล่าวมีแต่ของกรุงเทพมหานครเพียงเท่านั้น ในส่วนของจังหวัดที่เหลือทางกองสุขศึกษาได้ประสานเพื่อขอความร่วมมือให้ทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทำการสำรวจและรวบรวมรายชื่อชมรมออกกำลังกายในพื้นที่ ซึ่งในบางพื้นที่ก็มีชมรมออกกำลังกายอยู่แล้ว เช่น จังหวัดนครนายก ทางจังหวัดได้นำชมรมออกกำลังกายมาตั้งเป็นชมรมสร้างสุขภาพ และในส่วนจังหวัดที่ไม่มีชมรมสร้างสุขภาพก็ให้จังหวัดนั้นๆ ดำเนินการสนับสนุนให้มีการจัดตั้งชมรมสร้างสุขภาพขึ้นมาใหม่เพื่อให้เป็นไปตามนโยบายของผู้บริหารประเทศ ผู้วิจัยได้ตั้งข้อสังเกตว่าการที่กองสุขศึกษาได้ประสานเพื่อขอความร่วมมือให้ทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทำการสำรวจและรวบรวมรายชื่อชมรมออกกำลังกายในพื้นที่นั้น ซึ่งมีแต่หน่วยงานราชการที่จะสามารถทำได้ หรือหากเป็นหน่วยงานองค์กรอิสระจะไม่สามารถดำเนินการประสานให้หน่วยงานราชการดำเนินการให้ได้ ซึ่งเห็นได้ว่าภาคีเครือข่ายของทางราชการในระดับพื้นที่มีอยู่แล้ว

นอกจากนี้ยังมีการใช้วิธีการแจกบัตรทองซึ่งเป็นบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ออกให้แก่ประชาชนผู้มีสิทธิตามโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ให้กับชมรมสร้างสุขภาพทั่วประเทศ เพื่อสนับสนุนให้ทุกจังหวัดที่ไม่มีชมรมดังกล่าวได้ มีการดำเนินการจัดตั้งชมรมสร้างสุขภาพขึ้นมา ซึ่งเป็นที่น่าสังเกตว่าหน่วยงานภาครัฐมีทรัพยากรมากพอ จึงสามารถดำเนินการแจกบัตรทองดังกล่าวหน่วยงานภาครัฐหรือหน่วยงานราชการเท่านั้นที่มีงบมากพอที่จะดำเนินการทำได้นับเป็นจุดแข็งของการเป็นภาคีเครือข่ายสุขภาพที่มีภาครัฐเป็นผู้ดำเนินการสร้างและพัฒนา โดยในการจัดตั้งชมรมสร้างสุขภาพนั้น ได้มีการตั้งเกณฑ์ว่าในหนึ่งชมรมต้องประกอบไปด้วยสมาชิกจำนวนไม่น้อยกว่า 20 คนขึ้นไป และในส่วนของกองสุขศึกษาก็มีการผลักดันนโยบายการจัดทำฐานข้อมูลชมรมสร้างสุขภาพ เพื่อใช้เป็นแหล่งข้อมูลต่างๆ ตลอดจนเปิดโอกาสให้สมาชิกภาคีเครือข่ายสุขภาพได้ใช้เป็นเครื่องมือในการประสานงานสร้างความร่วมมือระหว่างสมาชิกในภาคีเครือข่ายสุขภาพในการดำเนินงานด้านเครือข่ายชมรมสร้างสุขภาพต่อไปในอนาคต ตลอดจนมีการวางยุทธศาสตร์การพัฒนาชมรมเพื่อให้มีการผลักดันชมรมให้เป็นกลไกขับเคลื่อนในการสร้างเสริมสุขภาพ กระบวนการเรียนรู้ที่จะทำให้เกิดกระบวนการสร้างสุขภาพต่อไป

"...ตอนนั้นกองสุขศึกษาไม่มีรายชื่อเครือข่าย ไม่มีอะไรเลย ก็เอามาจากชมรมออกกำลังกาย กรมอนามัย ซึ่งกรมอนามัยเขามีกองออกกำลังกายฯ เราก็เอารายชื่อตรงนั้นมาก่อน... พี่ตุ๊กมีส่วนดูแลในเรื่องของการจัดทำทำเนียบ (เครือข่าย) พวกชมรมต่างๆที่เราได้รับจากกรมอนามัยมีแต่รายชื่อทำเนียบของ กทม. เท่านั้น แต่ในส่วนของต่างจังหวัด เราให้ต่างจังหวัดสำรวจของเขา ให้แต่ละ สสจ. เขารวบรวมเอง เมื่อมีชมรมสร้างสุขภาพก็มี สอ.เข้ามาจับ อันนี้เป็นเครือข่ายภาคประชาชน..."

(คุณบุญตา เจนสุขอุดม. นักวิชาการเผยแพร่ 7 กลุ่มพันธมิตรการสร้างสุขภาพ. สัมภาษณ์เมื่อวันที 10 ต.ค. 2551)

"...สร้างกระแสให้คนดูแลสุขภาพทำให้เกิดชมรมสร้างสุขภาพ เต้นแอโรบิคทั่วประเทศ มีการแจกบัตรทองให้กับเครือข่ายชมรมสร้างสุขภาพทั่วประเทศ ใน กทม. 50 เขต ในต่างจังหวัดเราสนับสนุนให้บัตรทองให้จังหวัดจัดตั้งชมรมฯ ขึ้นมาเป็นตัวตน มีชื่อประธานกรรมการ ตั้งเกณฑ์อย่างต่ำ 20 คนขึ้นไป แล้วพี่อยู่ในส่วนกลางก็ทำในเรื่องนโยบายผลักดันให้เขาทำฐานข้อมูลชมรมสร้างสุขภาพ..."

(คุณณัฐวดี ศรีส่ง. เจ้าพนักงานเผยแพร่ 5 กลุ่มพันธมิตรการสร้างสุขภาพ. สัมภาษณ์เมื่อวันที 10 ต.ค. 2551)

ผู้วิจัยตั้งข้อสังเกตว่า หน่วยงานภาครัฐมีรูปแบบกิจกรรม โดยเป็นกิจกรรมการเต้นแอโรบิค ซึ่งจัดเป็นภาคีเครือข่ายเชิงกิจกรรม เนื่องจากมีการนำกิจกรรมออกกำลังกายโดยการเต้นแอโรบิคมาใช้ในการรวมกลุ่ม มีการดำเนินการเหมือนกันทุกจังหวัด ทุกพื้นที่ทั่วประเทศ ซึ่งเป็นลักษณะเครือข่ายราชการที่เกิดจากนโยบายจากภาครัฐจึงสามารถทำได้เร็ว สามารถทำได้อย่างกว้างขวาง รวมถึงกิจกรรมเต้นแอโรบิคสามารถทำได้ทุกพื้นที่ทั่วประเทศ แต่การดำเนินงานรวมพลังออกกำลังกายที่ท้องสนามหลวงจัดมาได้ 4 ปี ก็มีเหตุให้ต้องเลิก ทั้งจากปัญหาด้านนโยบายและการเปลี่ยนแปลงของผู้บริหารในระดับประเทศ ซึ่งจะเห็นได้ว่า ปัญหาด้านนโยบาย และการเปลี่ยนแปลงของผู้บริหารเป็นข้อจำกัดที่สำคัญของการดำเนินงานเครือข่ายของภาครัฐ หรือภาคีเครือข่ายที่มีภาครัฐเป็นตัวประสาน โดยในปี พ.ศ. 2548 เป็นการจัดงานครั้งที่ 4 ภายใต้ชื่อ การจัดงานมหกรรมรวมพลังสร้างสุขภาพ ครั้งที่ 4 "รวมพลคนเหลือง-ฟ้า ออกกำลังกายห่างไกลบุหรี่" เฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เนื่องในโอกาสงานฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี ซึ่งเป็นการจัดครั้งสุดท้ายและยังเป็นการขยายรูปแบบเครือข่ายกิจกรรม ไปสู่เครือข่ายเชิงประเด็นโดยมีการนำประเด็นเรื่องบุหรี่เข้ามาใช้ในการจัดกิจกรรมออกกำลังการเต้นแอโรบิค นอกจากนี้จากการเก็บข้อมูลยังทำให้ทราบว่าเครือข่ายแบบราชการอย่างที่ทราบว่าเกิดมาจากนโยบาย และสิ่งที่ทำให้เครือข่ายแบบราชการในการทำงานบางครั้งต้องสูญสลายหายไปก็เกิดจากการเปลี่ยนนโยบาย

ของผู้บริหารนั้นเอง บางเครือข่ายแบบราชการที่สามารถปรับเปลี่ยนกิจกรรมให้เข้ากับนโยบายใหม่ได้ก็จะอยู่รอดต่อไป เครือข่ายแบบราชการที่ไม่สามารถทำได้ก็สูญสลายไป หน่วยงานราชการที่ดูแลเครือข่ายเหล่านั้นจึงต้องมีการสร้างเครือข่ายขึ้นมาใหม่เพื่อให้ตอบสนองนโยบายของผู้บริหาร

"...เราเล่นที่ท้องสนามหลวง ซัก 4 ปีเอง แล้วก็เลิกไป พอเปลี่ยนรัฐบาลก็เลิกไป... ไม่ได้ทำต่อแผนงานโครงการและนโยบายมันเปลี่ยนไป...."

(คุณบุญตา เจนสุขอุดม.นักวิชาการเผยแพร่ 7 กลุ่มพันธมิตรการสร้างสุขภาพ. สัมภาษณ์เมื่อวันที 10 ต.ค. 2551)

นอกจากนั้นจากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า การที่จะดำเนินการสร้างสุขภาพให้สำเร็จได้นั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ทางกองสุขศึกษา ร่วมกับนายแพทย์ชัย กฤติยาภิชาตกุล จึงมีแนวคิดการผนึกกำลังสร้างสุขภาพในรูปแบบการดำเนินโครงการสร้างพันธมิตรการสร้างสุขภาพขึ้นในปี พ.ศ.2546 โดยมีที่ปรึกษารัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข คุณสุนัย เศรษฐ์บุญสร้าง นายแพทยวิชัย เทียนถาวร ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งขณะนั้นดำรงตำแหน่งผู้ตรวจราชการเขต 2 และกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โดยกองสุขศึกษาได้จัดทำโครงการขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างสุขภาพ (สสส.) ซึ่งหากนำแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวกับบทบาทการสื่อสารในโครงสร้างตำแหน่งในเครือข่ายมาวิเคราะห์ร่วม จะทำให้ทราบว่า บทบาทหน้าที่ของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างสุขภาพ (สสส.) เปรียบได้กับเป็นตำแหน่งของพันธมิตร กล่าวคือสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างสุขภาพ (สสส.) มีส่วนช่วยสนับสนุนเครือข่ายในเรื่องต่างๆ อาทิ การให้การสนับสนุนด้านงบประมาณต่างๆ เป็นต้น จึงแสดงให้เห็นว่าหน่วยงานภาครัฐมีความสามารถสูงในการระดมทุน และจัดหางบประมาณในการดำเนินงานภาคีเครือข่ายสุขภาพ

ในครั้งนี้กองสุขศึกษา ได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างสุขภาพ (สสส.) จำนวน 2 โครงการ คือ โครงการนำร่องศึกษากระบวนการการพัฒนาชมรมสร้างสุขภาพเปรียบได้กับภาคีเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนในระดับท้องถิ่นและโครงการสร้างพันธมิตรการสร้างสุขภาพ ซึ่งได้รับการอนุมัติในเวลาต่อมา สำหรับโครงการที่ 2 นั้น เป็นระยะเวลาการดำเนินงาน 3 ปี งบประมาณที่นำมาใช้มาจาก 2 ส่วน ส่วนแรกมาจากงบประมาณที่ใช้งบประมาณปกติ จำนวน 98,910,000.- บาท ส่วนที่สองได้รับการสนับสนุนงบประมาณมาจากสำนักงานกองทุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) จำนวน 200,522,000.- บาท

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น 299,432,000 บาท ทั้งนี้มีการจัดพื้นที่ที่กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพเป็นที่ตั้งสำนักงานโครงการ

โครงการสร้างพันธมิตรการสร้างสุขภาพ หรือ พสส. มีวัตถุประสงค์หลัก 2 ข้อคือ

1. สร้างและพัฒนาเครือข่ายพันธมิตรสร้างสุขภาพให้ครอบคลุมทุกพื้นที่เน้นการสร้างเครือข่ายพันธมิตรกระบวนการทำงานสร้างสุขภาพร่วมกัน
2. ส่งเสริมสนับสนุนให้เครือข่ายจัดการการเรียนรู้ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

ดังนั้น จะเห็นว่า โครงการนี้ จะเน้นการเชื่อมโยงภาคีเครือข่ายสุขภาพที่มีอยู่เดิมให้ส่งเสริมสนับสนุนซึ่งกันและกัน เพื่อให้เกิดพลังมากขึ้น โดยมีกลุ่มเป้าหมายอยู่ใน 75 จังหวัด และ กรุงเทพมหานคร โดยเริ่มดำเนินโครงการในปี 2547

โครงการสร้างพันธมิตรการสร้างสุขภาพ (Health Promotion Partnership Development) มีผู้รับผิดชอบโครงการฯ คือนายแพทย์วิชัย เทียนถาวร ซึ่งดำรงตำแหน่งอธิบดีกรมอนามัยในสมัยนั้น โดยมีนายแพทย์ชัย กฤติยาภิชาตกุล ซึ่งเป็นที่ปรึกษาของ สสส. มาเป็นผู้จัดการโครงการ และมีคุณสมบูรณ์ ขอสกุล ซึ่งเป็นผู้ดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการกองสุขศึกษาในสมัยนั้นเป็นรองผู้จัดการโครงการ

นอกจากนี้เพื่อให้โครงการดังกล่าวมีการดำเนินงานไปได้อย่างมีประสิทธิภาพและบรรลุวัตถุประสงค์ตามที่ตั้งไว้ ทางผู้จัดการฯ จึงขอให้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการโครงการฯ จำนวน 17 คน ซึ่งจากการว่างโครงสร้างการทำงานแบบนี้หากมีการวิเคราะห์โดยใช้ทฤษฎีเกี่ยวกับเครือข่ายการสื่อสารจะพบว่า เนื่องจากกองสุขศึกษาเป็นภาคีเครือข่ายสุขภาพที่เป็นภาครัฐในการดำเนินงานจึงมีความจำเป็นต้องแต่งตั้งคณะทำงานเพื่อช่วยกำกับดูแลการดำเนินงานในโครงการนั้นๆ ให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ของโครงการฯ และการแต่งตั้งคณะกรรมการในการดำเนินการนี้ยังจัดเป็นวิธีการดึงการมีส่วนร่วมในรูปแบบการดำเนินงานแบบเครือข่ายภารราชการโดยมีพิจารณาจากความเกี่ยวข้องในการดำเนินงานในโครงการฯ นั้นๆ ว่ามีความเกี่ยวข้องกับหน่วยงานหรือภาคส่วนใดบ้าง และนำหน่วยงานนั้นมาเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการในการดำเนินงานเพื่อความสะดวกในการประสานงานต่อไป สอดคล้องกับ กาญจนา แก้วเทพ และคณะ(2549) เครือข่ายอาจหมายถึง องค์กรที่มีการจัดตั้งแบบเป็นทางการและมีวัตถุประสงค์เชิงปฏิบัติการชัดเจน ซึ่งในที่นี้คือคณะกรรมการคณะกรรมการอำนวยการโครงการฯ จำนวน 17 คน ดังกล่าวมี นายไพบูลย์ วัฒนศิริธรรม ประธานกรรมการสถาบันพัฒนาชุมชน เป็นประธานคณะกรรมการ และมีคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิทุกภาคส่วนทั้งจากกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ

กระทรวงมหาดไทย จากหน่วยงานในกำกับรัฐ ได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และนักวิชาการผู้ทรงคุณวุฒิจากสถาบันการศึกษาโดยมีนายแพทย์ชัย กฤติยาภิชาตกุล ซึ่งเป็นที่ผู้จัดการโครงการสร้างพันธมิตรการสร้างสุขภาพ (Health Promotion Partnership Development) เป็นกรรมการและเลขานุการ และมีคุณสมบูรณ์ ขอสกุล ซึ่งเป็นผู้ดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการกองสุขศึกษาในสมัยนั้น และเป็นรองผู้จัดการโครงการทำหน้าที่เป็นกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

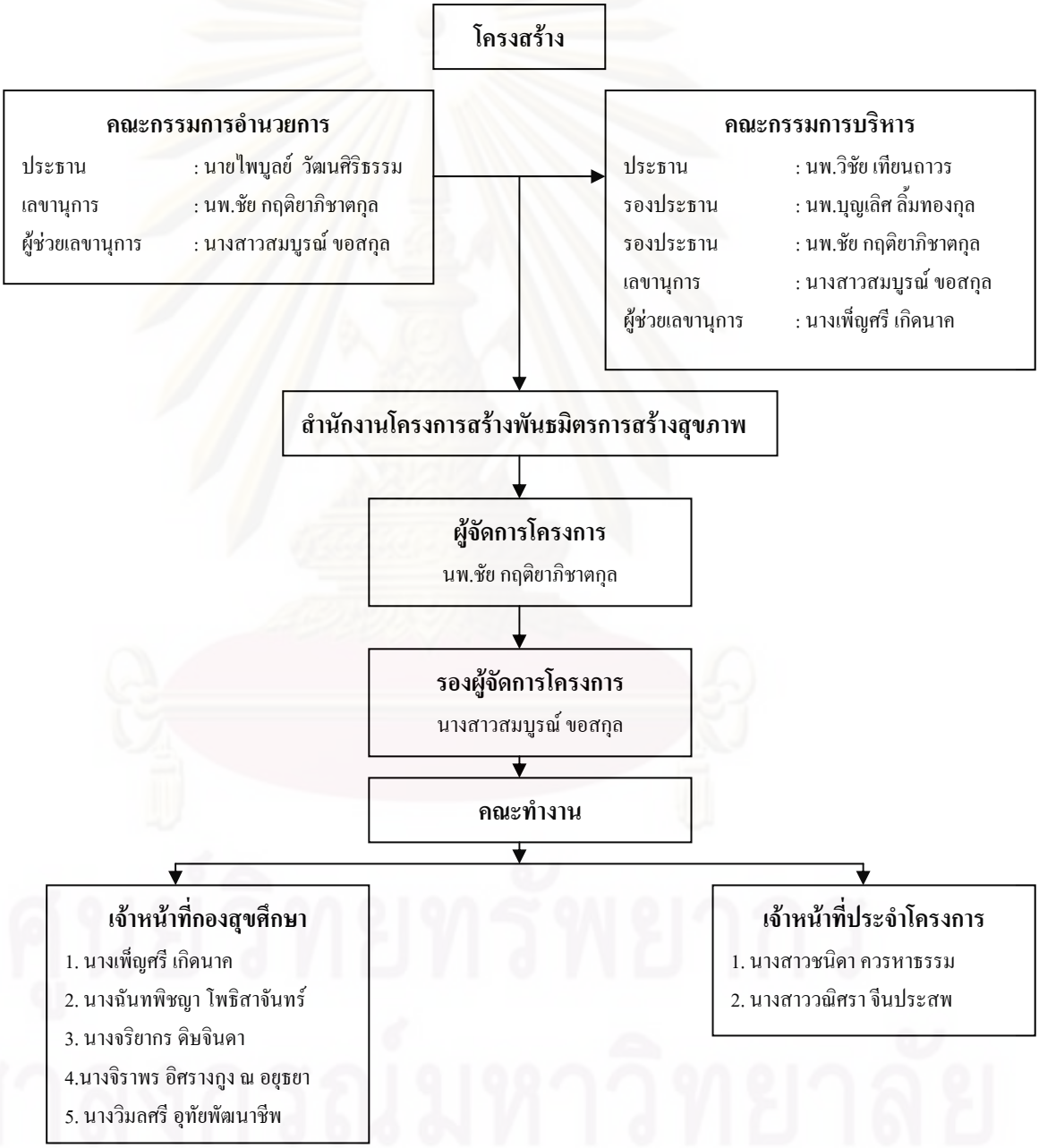
โดยมีบทบาทหน้าที่คือ

1. อำนวยการสนับสนุนและกำกับให้การดำเนินงานโครงการเป็นไปตามวัตถุประสงค์อย่างมีประสิทธิภาพ
2. อำนวยการให้มีการติดตามและประเมินผลโครงการร่วมกับคณะประเมินผลที่ สสส. มอบหมาย
3. ให้ความเห็นชอบในการปรับแผนงานโครงการที่จะกระทบต่อแผนการใช้งบประมาณ ภายในวงเงินรวมไม่เกิน 3 ล้านบาท
4. ให้คำปรึกษา คำแนะนำ และข้อเสนอแนะแก่คณะกรรมการบริหารโครงการในการบริหารจัดการโครงการนี้เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด ตลอดจนให้คำแนะนำอื่นที่เห็นว่าเป็นประโยชน์ต่อการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
5. ดำเนินการหรือจัดให้มีการผลักดันทางนโยบายและขยายประโยชน์จากการะบวนการและจากผลของโครงการสู่สาธารณะ
6. ดำเนินการอื่นๆ เพื่อให้โครงการสามารถบรรลุวัตถุประสงค์

ทางกระทรวงสาธารณสุขมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารโครงการสร้างพันธมิตรการสร้างสุขภาพภายใต้การสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อให้การดำเนินงานดังกล่าวเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและสัมฤทธิผล จึงมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารโครงการฯ ขึ้น ประกอบไปด้วย นายแพทย์วิชัย เทียนถาวร อธิบดีกรมอนามัย เป็นประธานคณะกรรมการ นายแพทย์บุญเลิศ ลิ้มทองกุล รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เป็นรองประธานคณะกรรมการ ร่วมกับนายแพทย์ชัย กฤติยาภิชาตกุล ซึ่งเป็นที่ผู้จัดการโครงการฯ และมีคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิจากหน่วยงานต่างๆ ภายในกระทรวงสาธารณสุข โดยมีคุณสมบูรณ์ ขอสกุล ซึ่งเป็นผู้ดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการกองสุขศึกษาในสมัยนั้น และเป็นรองผู้จัดการโครงการทำหน้าที่เป็นกรรมการและเลขานุการ คุณเพ็ญศรี เกิดนาค นักวิชาการสาธารณสุข 8 (ปัจจุบันดำรงตำแหน่งเป็นผู้อำนวยการกองสุขศึกษา) กองสุขศึกษา เป็นกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

โดยมีบทบาทหน้าที่คือ

1. อำนวยการและบริหารโครงการฯ ให้บรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมาย
2. ควบคุม กำกับการดำเนินงานและงบประมาณให้เป็นไปตามเป้าหมาย
3. อนุมัติการเงินเพื่อใช้ในการดำเนินงานภายในวงเงินที่กำหนด
4. แต่งตั้งคณะทำงานตามความเหมาะสม
5. อื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย



ที่มา : แนวทางการสร้างพันธมิตรการสร้างสุขภาพ . (เอกสารอัดสำเนา). สำนักงานโครงการสร้างพันธมิตรการสร้างสุขภาพ กองสุขศึกษา, 2547.

ภาพที่ 20 : แผนภาพโครงสร้างคณะกรรมการบริหารโครงการสร้างพันธมิตรการสร้างสุขภาพ

ทั้งนี้กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ จึงมีการปรับเปลี่ยนระบบโครงสร้างองค์กรภายในเพื่อให้การดำเนินงาน และการบริหารงานของกองสุขศึกษาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผล แต่มีบทบาทหน้าที่เหมือนเดิม โดยมีการปรับโครงสร้างใหม่จากเดิมมี 4 กลุ่มงาน คือ

1. กลุ่มงานพัฒนาวิชาการและเครือข่าย

2. กลุ่มงานพัฒนาเทคโนโลยีการสื่อสารและการรณรงค์ด้านสุขภาพ

3. กลุ่มสนับสนุนการดำเนินงานสุขศึกษา

4. ฝ่ายบริหารทั่วไป

และตั้งแต่วันที่ 26 มิถุนายน 2546 กองสุขศึกษา โดยนางสาวสมบูรณ์ ขอสกุล ผู้อำนวยการกองสุขศึกษาในสมัยนั้น ได้มีการจัดระบบโครงสร้างองค์กรภายในอีกครั้งเพื่อให้การดำเนินงานและการบริหารงานของกองสุขศึกษาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เกิดประสิทธิผล แต่มีบทบาทหน้าที่เหมือนเดิม หนึ่งในนั้นคือกลุ่มพันธมิตรสร้างสุขภาพซึ่งจัดตั้งเพื่อมารองรับการดูแลเครือข่ายชมรมสร้างสุขภาพ นอกจากนี้ยังมีหน่วยงานที่มีการดำเนินงานเกี่ยวข้องกับการสื่อสาร 3 หน่วยงาน ได้แก่ กลุ่มพัฒนาการสื่อสารด้านสุขภาพ กลุ่มสารสนเทศสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ และกลุ่มสถานีวิทยุกระจายเสียงกระทรวงสาธารณสุข โดยโครงสร้างใหม่ทั้งหมดประกอบด้วย 8 กลุ่มงาน คือ

1. กลุ่มพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ

2. กลุ่มพัฒนาคุณภาพงานสุขศึกษา

3. กลุ่มพันธมิตรสร้างสุขภาพ

4. กลุ่มพัฒนาการสื่อสารด้านสุขภาพ

5. กลุ่มสารสนเทศสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์

6. กลุ่มสถานีวิทยุกระจายเสียงกระทรวงสาธารณสุข

7. กลุ่มแผนงานและประเมินผล

8. กลุ่มอำนวยการ (ฝ่ายบริหารทั่วไป และฝ่ายช่วยอำนวยการ)

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

"...ตอนนั้นเป็น ผอ. ตอนนั้นไม่มีคนทำงานในกอง คนไม่เข้าใจเรื่องนี้ ต้องตั้งกลุ่มงานพันธมิตรสร้างสุขภาพ สมัยก่อนไม่มี เป็นกลุ่มสื่อสารธรรมดา เค้าก็ไม่ทำเครือข่ายชมรมก็ไม่มีคนดูแล เต้นแอโรบิคสนามหลวงก็ต้องประสานกับเครือข่ายชมรมเยอะมาก ตอนนี้รัฐบาลประกาศ 1 หมู่บ้าน 1 ชมรม...เราต้องทำ Skill สร้าง Attitude แต่ Policy มันมีส่วนช่วยมาก ตรงนั้นถือว่าเป็นรูปธรรมที่เป็นการเกิดอย่างเป็นระบบที่ทำเครือข่าย..."

(คุณสมบูรณ์ ขอสกุล. นักวิชาการสาธารณสุข 9 ชำนาญการ (ด้านส่งเสริมพัฒนา). สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 20 ต.ค. 2551)

จะเห็นได้ว่ามีการจัดตั้งกลุ่มงานพันธมิตรสุขภาพขึ้นภายในกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เพื่อรับผิดชอบในโครงการสร้างพันธมิตรการสร้างสุขภาพในการให้การส่งเสริมและสนับสนุนการดำเนินการ และประสานความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่ายพันธมิตรสร้างสุขภาพที่เป็นภาคีเครือข่ายสนับสนุนในส่วนกลาง เช่น กรมอนามัย ฯลฯ ในเรื่องของการแบ่งปันทรัพยากร ได้แก่ ทำเนียบรายชื่อสมาชิกชมรมออกกำลังกาย ตลอดจนการดำเนินการประสานกิจกรรมการออกกำลังการเต้นแอโรบิก และการเสริมสร้างและจัดตั้งชมรมสร้างสุขภาพทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค รวมถึงการจัดสรรงบประมาณให้กับเครือข่ายพันธมิตรทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค และมีการติดตามความก้าวหน้า และประเมินผลการดำเนินงาน เพื่อสรุปบทเรียนและรายงานเสนอเชิงนโยบาย กองสุขศึกษาจึงถือได้ว่าเป็นหน่วยงานราชการทางด้านสุขภาพที่ทำงานด้านเครือข่ายอย่างเป็นระบบและเป็นรูปธรรม

"...กลุ่มงานพี่รับผิดชอบในการส่งเสริมสนับสนุน การดำเนินงานจัดกิจกรรมด้านสุขภาพแก่ภาคีเครือข่าย สนับสนุนวิชาการ พัฒนาองค์ความรู้ เช่น งานวิจัย งานที่จะค้นหา Best Practice และสนับสนุนหาช่องทางในการเผยแพร่ผลงานวิจัยผ่านวารสาร ผ่าน Website ผ่านจดหมายข่าวต่างๆ ..."

(คุณฉันทพิชญา โพธิสาจันทร์. นักวิชาการสาธารณสุข 7 กลุ่มพันธมิตรการสร้างสุขภาพ.สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 10 ต.ค. 2551)

จากระยะริเริ่มภาคีเครือข่ายสุขภาพตามที่ได้กล่าวมาในข้างต้น จะเห็นได้ว่าทางกองสุขศึกษาซึ่งเป็นหน่วยงานของทางภาครัฐ หรือหน่วยงานของทางราชการ ได้เกิดความตระหนัก ตลอดจนเล็งเห็นว่าในการที่จะดำเนินงานด้านสุขภาพให้ประสบผลสำเร็จได้นั้น องค์กรหน่วยงาน ภาคี ทั้งภาครัฐ เอกชน และภาคประชาชนทุกระดับ ทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาคหรือที่เรียกว่าภาคีเครือข่ายจะต้องมีส่วนร่วมในการดำเนินการสนับสนุนให้มีการดำเนินการส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนมีการเรียนรู้ และพัฒนาทักษะด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ประชาชน

สามารถพึ่งพาตนเองทางสุขภาพได้ หนึ่งในการดำเนินงานในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนคือ การส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ และเชื่อมโยงเครือข่ายพันธมิตรในการสร้างสุขภาพทั้งระดับบุคคลและครอบครัว ชุมชนและสังคมให้เกิดการบูรณาการที่ยึดเครือข่ายสุขภาพและชุมชนเป็นศูนย์กลางและมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของเครือข่ายสุขภาพในทุกระดับ

ภาคีเครือข่ายภาครัฐอย่างกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ด้วยที่เป็นภาคีเครือข่ายภาครัฐจึงพลังขับเคลื่อนสังคมให้ดำเนินไปอย่างเป็นระบบด้วยนโยบายของภาครัฐแต่ละช่วงเวลา ซึ่งนโยบายเหล่านี้เองที่มีส่วนช่วยในการผลักดันให้การดำเนินงานเป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยเฉพาะถ้าหากเป็นนโยบายในระดับประเทศ การสร้าง และส่งเสริมภาคีเครือข่ายของภาครัฐนั้น มักจะเป็นภาคีเครือข่ายที่เป็นการจัดตั้งมากกว่าภาคีเครือข่ายชนิดอื่นๆ ซึ่งจะเห็นได้ชัดจากภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดยกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ด้วยนโยบายดังกล่าวทำให้กองสุขศึกษา มีการปรับรูปแบบการบริหารจัดการภายในกอง เพื่อรองรับการทำงานของภาคีเครือข่ายสุขภาพในระยะแรกโดยดูแลกลุ่มชมรมพันธมิตรสร้างสุขภาพทั้งจากส่วนกลาง และในส่วนภูมิภาค

1.2 ระยะสร้างภาคีเครือข่ายสุขภาพ (พ.ศ.2547-2548)

พัฒนาการของการเสริมสร้างความความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพโดยกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ได้เริ่มดำเนินงานอย่างเป็นทางการจริงๆ ในปี 2547-2548 ในรูปของ “โครงการสร้างพันธมิตรการสร้างสุขภาพ” ผลที่ได้จากการวิจัยยังทำให้ทราบว่า เครือข่ายสุขภาพในโครงการสร้างพันธมิตรการสร้างสุขภาพ ของกองสุขศึกษา เป็นเครือข่ายมาจากทุกภาคส่วนโดยเฉพาะอย่างยิ่งภาคีเครือข่ายจากส่วนภาคภาคราชการ โดยมีเครือข่ายสุขภาพจากภาครัฐหน่วยงานในกำกับของรัฐ และรัฐวิสาหกิจเป็นแกนนำหลัก อีกทั้งยังได้รับการสนับสนุนจากเครือข่ายภาคเอกชนหรือภาคธุรกิจ อีกด้วย

1.2.1 ระดมพันธมิตรสร้างสุขภาพ

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า “โครงการสร้างพันธมิตรการสร้างสุขภาพ” เป็นภาคีเครือข่ายสุขภาพที่มีขนาดใหญ่ระดับประเทศครอบคลุมการทำงานทุกจังหวัด มีการระดมพันธมิตรเครือข่ายจากทุกภาคส่วนที่มีความเกี่ยวข้อง แบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ เครือข่ายพันธมิตรด้านสนับสนุนและเครือข่ายพันธมิตรด้านปฏิบัติการ

ก. เครือข่ายพันธมิตรด้านสนับสนุน

1. เครือข่ายพันธมิตรด้านสนับสนุน

1.1 เครือข่ายภาครัฐ : กระทรวงที่เกี่ยวข้องได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงแรงงาน กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สำนักนายกรัฐมนตรี และกรุงเทพมหานคร

1.2 เครือข่ายหน่วยงานในกำกับของรัฐ : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักปฏิรูประบบสุขภาพ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพสถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน ฯลฯ

1.3 เครือข่ายรัฐวิสาหกิจ : การไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย การกีฬาแห่งประเทศไทย ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์ การบินไทย และการปิโตรเลียมแห่งประเทศไทย ฯลฯ

1.4 เครือข่ายภาคเอกชน/ธุรกิจ : มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ บริษัทห้างร้านต่างๆ เช่น ห้างสรรพสินค้าคาร์ฟู, ตั้งฮั่วเส็ง, Big C, เดอะมอลล์ และโสตัส เป็นต้น

2 เครือข่ายพันธมิตรสนับสนุนส่วนภูมิภาค ได้แก่ สสจ., รพศ., รพท., รพช., เทศบาล, อบต., ภาคเอกชน และหน่วยงานของกระทรวงหลักในพื้นที่

ข. เครือข่ายพันธมิตรการสร้างสุขภาพระดับปฏิบัติการ

1. เครือข่ายพันธมิตรด้านปฏิบัติการ

1.1 เครือข่ายพันธมิตรปฏิบัติการส่วนกลาง ได้แก่ เครือข่ายกลุ่ม/ชมรม ประชาคม อาสาสมัครด้านสุขภาพที่มีอยู่ในพื้นที่ และสถานบริการสาธารณสุขสังกัดภาครัฐและภาคเอกชน

1.2 เครือข่ายพันธมิตรปฏิบัติการส่วนภูมิภาค ได้แก่ เครือข่ายกลุ่ม/ชมรม ประชาคม ชมรม อาสาสมัครด้านสุขภาพ (อสม. ศอช. (ศูนย์ประสานองค์กรชุมชน) ที่มีอยู่ในพื้นที่) และศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานีอนามัย

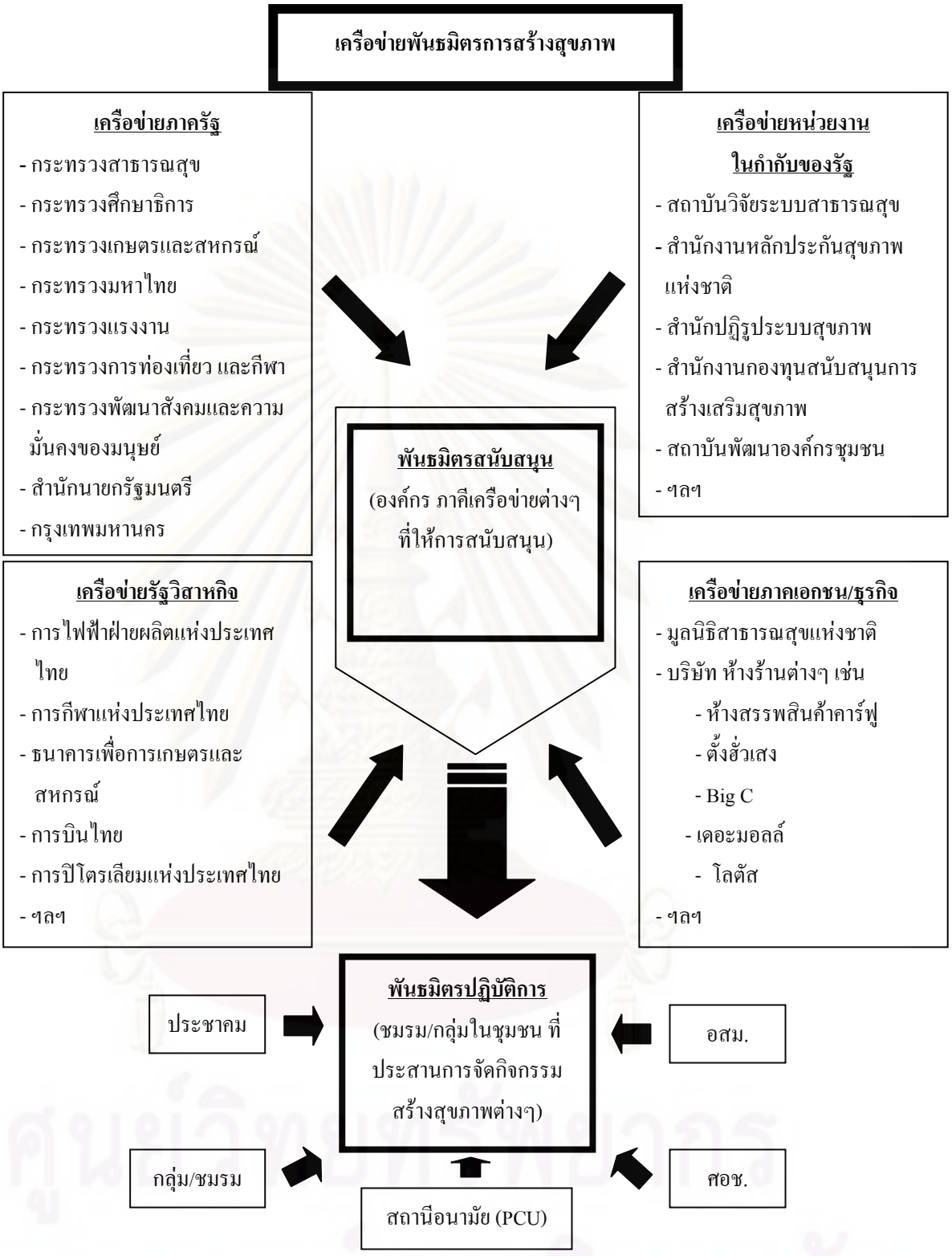
"...พันธมิตรจะเป็นพวงก็คือ มีกรมวิชาการต่างๆ ตรงนี้จะประสานกัน เช่น กรมสุขภาพจิต กรมควบคุมโรคอย่างนี้ต่างๆ อยู่ตรงนี้ แล้วก็ถ้าเป็นระดับจังหวัดก็ประสานกัน เราก็จะมีพันธมิตร พันธมิตรในส่วนนี้จะมีใน กทม. กับในส่วนภูมิภาค ฉะนั้นก็จะเป็นทีม โดยที่จะประกอบด้วย สสจ. ประชาสัมพันธ์จังหวัด มีเกษตร เขาจะตั้งของเขาเองแล้วแต่จังหวัดจะตั้ง มีศึกษาธิการ พวกครูแล้วก็อาจจะมีมากกว่าตรงนี้ ซึ่งแต่ละจังหวัดอาจจะไม่เหมือนกัน..."

(คุณพิศมัย สุขอมรรัตน์. นักวิชาการเผยแพร่ 7 กลุ่มพันธมิตรการสร้างสุขภาพ, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 15 ต.ค. 2551)

"...กองสุขศึกษาแยกพันธมิตรเป็น 2 ระดับ ระดับสนับสนุนกับระดับปฏิบัติการ...ระดับสนับสนุนเข้าต้องรู้บทบาทของเขาว่าคุณทีมนี้ คุณไม่ได้ทำเองนะ คุณไม่ได้ลงประชาชนเอง แต่คุณลงประชาชนเองทีละคนนั้นไม่ไหว คุณก็ต้องไปลงแกนนำ (ชมรมสร้างสุขภาพ) เพราะตอนนี้ประชาชนเขามีชมรมสร้างสุขภาพเป็นกลุ่ม ๆ คุณก็ลงในชมรมสร้างสุขภาพ เพราะฉะนั้นบทบาทของคุณจะสนับสนุนหรือทำอะไรเพื่อกับเขาบ้าง ให้เงิน พัฒนาศักยภาพ..."

(คุณพิศมัย สุขอมรรัตน์. นักวิชาการเผยแพร่ 7 กลุ่มพันธมิตรการสร้างสุขภาพ, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 15 ต.ค. 2551)

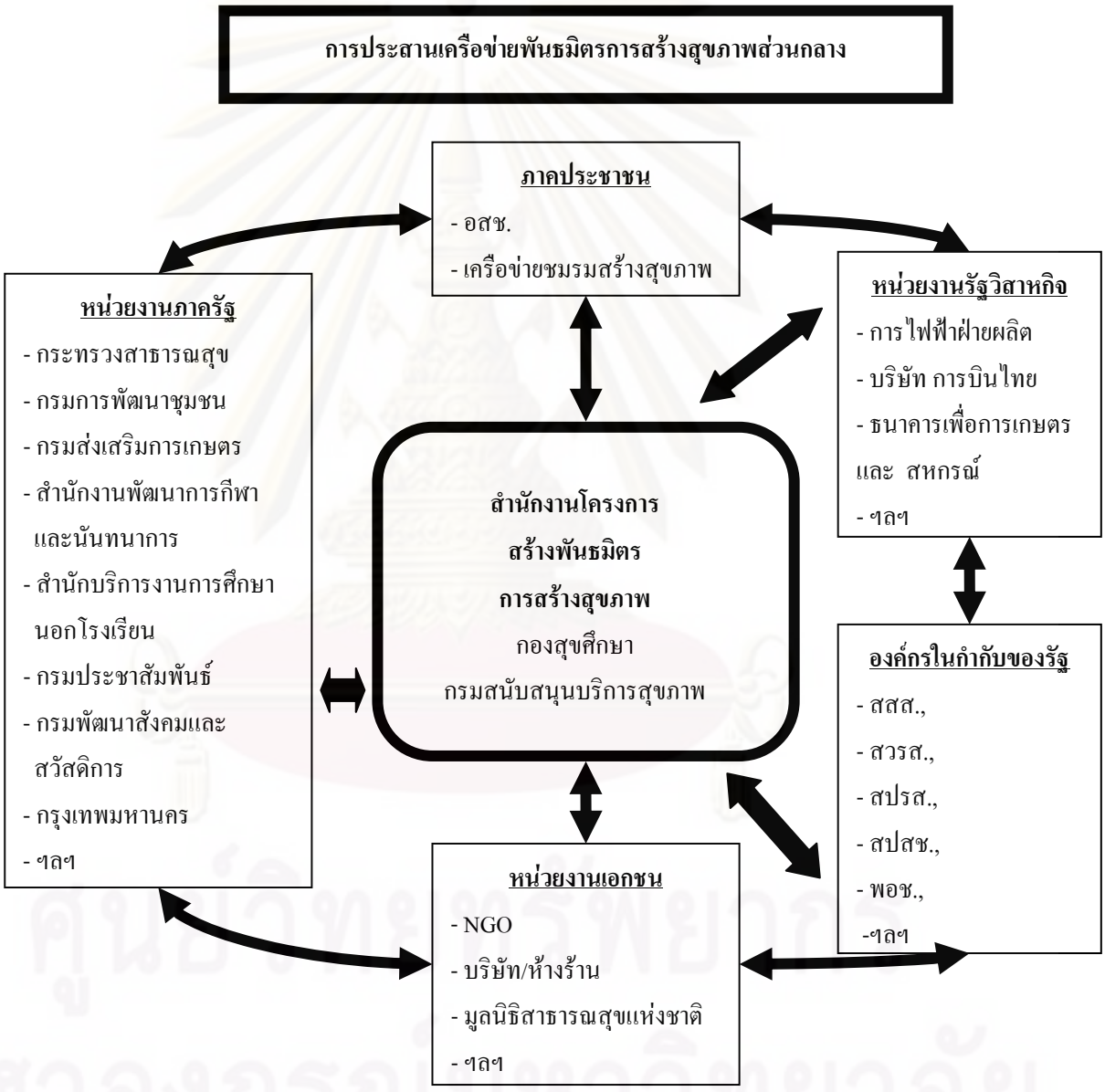
ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ที่มา : แนวทางการสร้างพันธมิตรการสร้างสุขภาพ . (เอกสารอัดสำเนา). สำนักงานโครงการสร้างพันธมิตรการสร้างสุขภาพ กองสุขศึกษา, 2547.

ภาพที่ 21 : แผนภาพโครงสร้างเครือข่ายพันธมิตรการสร้างสุขภาพพันธมิตร

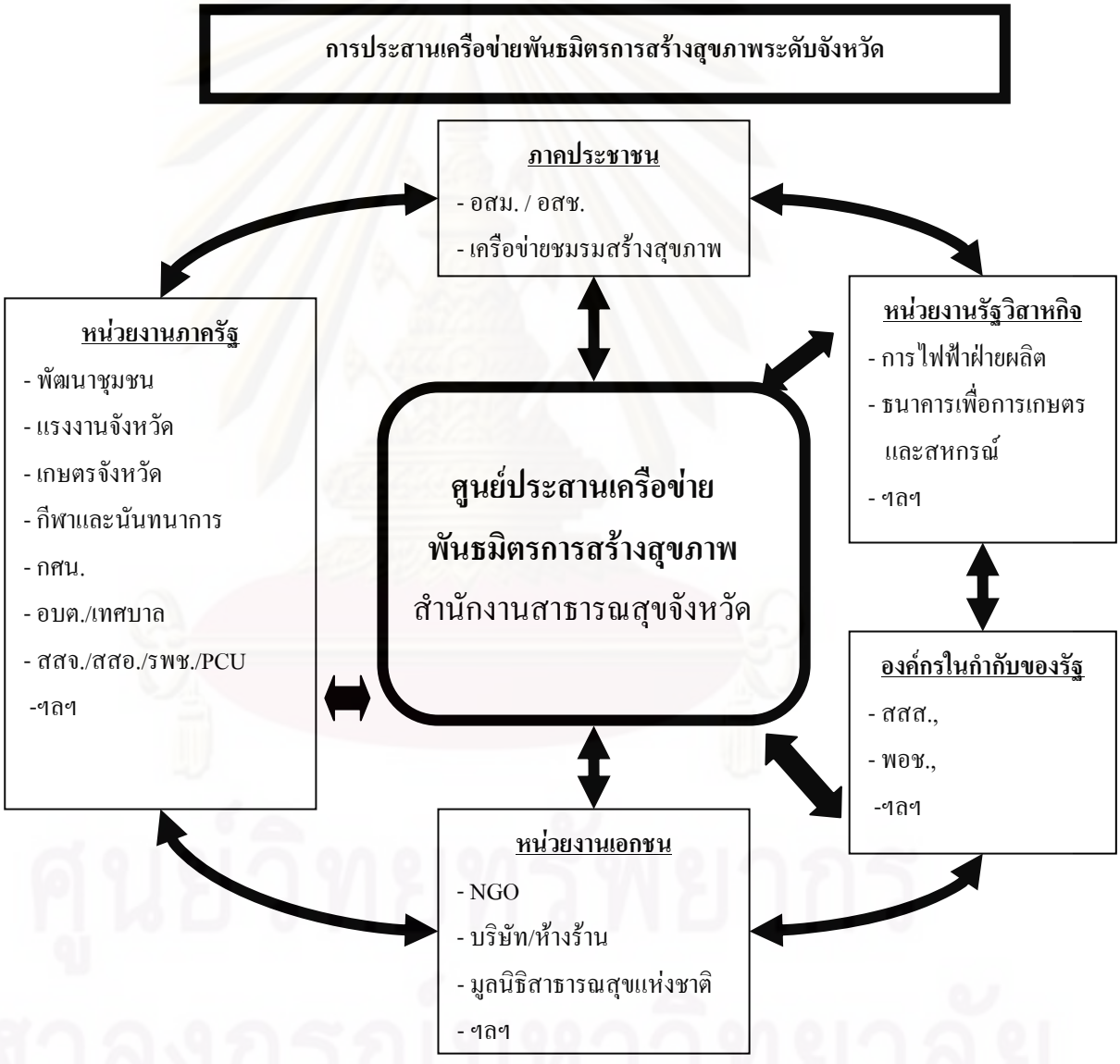
จากแผนภาพ ที่ 17 แสดงให้เห็นถึงความเชื่อมโยงการประสานงานในภาพรวมของเครือข่ายพันธมิตรการสร้างสุขภาพ พันธมิตรในภาคีเครือข่ายสุขภาพ “โครงการสร้างพันธมิตรการสร้างสุขภาพ” ซึ่งจะเห็นได้ว่าเส้นสายในการประสานงานในภาคีเครือข่ายแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มภาคีเครือข่ายพันธมิตรสนับสนุน และภาคีเครือข่ายพันธมิตรปฏิบัติการ ซึ่งในภาคีเครือข่ายพันธมิตรสนับสนุนจะมีการเชื่อมโยงประสานกันแต่ในภาคีเครือข่ายพันธมิตรสนับสนุนจากนั้นหน่วยงานที่ทำหน้าที่เป็นตัวประสานการดำเนินงานภาคีเครือข่ายพันธมิตรสนับสนุนจะเป็นผู้ประสานการดำเนินการกับภาคีเครือข่ายพันธมิตรปฏิบัติการต่อไป



ที่มา : แนวทางการสร้างพันธมิตรการสร้างสุขภาพ . (เอกสารอัดสำเนา). สำนักงานโครงการสร้างพันธมิตรการสร้างสุขภาพ กองสุขศึกษา, 2547.

ภาพที่ 22 : แผนภาพแสดงการประสานเครือข่ายพันธมิตรการสร้างสุขภาพส่วนกลาง

จากแผนภาพ ที่ 18 แสดงให้เห็นถึงความเชื่อมโยงการประสานงานของเครือข่ายพันธมิตรการสร้างสุขภาพส่วนกลาง ได้แก่ หน่วยงานภาครัฐ หน่วยงานรัฐวิสาหกิจ องค์กรในกำกับของรัฐ ภาคประชาชน หน่วยงานเอกชน โดยมีสำนักงานโครงการสร้างพันธมิตรการสร้างสุขภาพ ตั้งอยู่ที่กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ทำหน้าที่เป็นผู้เชื่อมโยงการประสานงานของเครือข่ายพันธมิตรการสร้างสุขภาพส่วนกลางและเครือข่ายพันธมิตรการสร้างสุขภาพระดับจังหวัด นอกจากนี้จากภาพยังแสดงให้เห็นถึงทุกหน่วยงานในภาคีเครือข่ายยังมีการติดต่อสื่อสารระหว่างหน่วยงานซึ่งเป็นรูปแบบของการทำงานแบบภาคีเครือข่าย



ที่มา : แนวทางการสร้างพันธมิตรการสร้างสุขภาพ . (เอกสารอัดสำเนา). สำนักงานโครงการสร้างพันธมิตรการสร้างสุขภาพ กองสุขศึกษา, 2547.

ภาพที่ 23 : แผนภาพแสดงการประสานเครือข่ายพันธมิตรการสร้างสุขภาพระดับจังหวัด

จากแผนภาพ ที่ 19 แสดงให้เห็นถึงความเชื่อมโยงการประสานงานของเครือข่ายพันธมิตรการสร้างสุขภาพระดับจังหวัด ได้แก่ หน่วยงานภาครัฐในแต่ละจังหวัด หน่วยงานรัฐวิสาหกิจ ในแต่ละจังหวัด องค์กรในกำกับของรัฐในแต่ละจังหวัด ภาคประชาชนในแต่ละจังหวัด หน่วยงานเอกชนในแต่ละจังหวัด โดยมีศูนย์ประสานงานเครือข่ายพันธมิตรการสร้างสุขภาพ ตั้งอยู่ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในแต่ละจังหวัด ทำหน้าที่เป็นผู้เชื่อมโยงการประสานงานของเครือข่ายพันธมิตรการสร้างสุขภาพระดับจังหวัดและเครือข่ายพันธมิตรการสร้างสุขภาพส่วนกลาง นอกจากนี้จากภาพยังแสดงให้เห็นถึงทุกหน่วยงานในภาคีเครือข่ายยังมีการติดต่อสื่อสารระหว่างหน่วยงานซึ่งเป็นรูปแบบของการทำงานแบบภาคีเครือข่าย

ขั้นที่ 2 : ขั้นการสร้างพันธกรณีและการบริหารภาคีเครือข่ายสุขภาพ

2. ระยะสร้างภาคีเครือข่ายสุขภาพ

2.1 กำหนดยุทธศาสตร์และยุทธวิธี

2.2 การดำเนินโครงการสร้างพันธมิตรการสร้างสุขภาพ

2.1 กำหนดยุทธศาสตร์และยุทธวิธี

การที่จะดำเนินดังกล่าวได้ประสบผลสำเร็จ องค์กร หน่วยงาน ภาคี ทั้งภาครัฐ เอกชน และภาคประชาชนทุกระดับ ทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาคที่เป็นเครือข่ายพันธมิตรสนับสนุนและเครือข่ายพันธมิตรปฏิบัติการ จะต้องมีส่วนร่วมในการดำเนินการตั้งแต่การผลักดันให้เกิด National Agenda และสนับสนุนให้เครือข่ายพันธมิตร ส่วนภูมิภาคทั้งระดับเขต จังหวัด อำเภอ ตำบล และหมู่บ้านมีการดำเนินการส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนทุกกลุ่มอายุมีการเรียนรู้ และพัฒนาทักษะด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยใช้ยุทธศาสตร์ “ใช้พื้นที่เป็นฐาน บูรณาการทุกภาคส่วน สร้างกระบวนการเรียนรู้ สู่วิถีชุมชน” ซึ่งจะเห็นได้ว่าในภาคีเครือข่ายสุขภาพในส่วนกลางมีการกำหนดเป้าหมาย และยุทธศาสตร์ไว้แล้วเพื่อให้ภาคีเครือข่ายพันธมิตรการสร้างสุขภาพระดับจังหวัดใช้เป็นกรอบในการดำเนินงานจัดกิจกรรมในพื้นที่ ซึ่งรูปแบบกิจกรรมทางภาคีเครือข่ายพันธมิตรการสร้างสุขภาพระดับจังหวัดจะเป็นผู้กำหนดเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่นั้นๆ

ในการดำเนินโครงการสร้างพันธมิตรการสร้างสุขภาพ คณะกรรมการอำนวยการโครงการฯ มีการใช้ยุทธศาสตร์หลักที่สำคัญทั้งในเรื่องการพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยี การบริหารจัดการที่เข้มแข็ง การสร้างกระแสและแรงจูงใจ การพัฒนาศักยภาพ ความพร้อมของ

บุคลากร และการสร้างเครือข่ายพันธมิตรมีบทบาทสำคัญในการผลักดันและดำเนินการตามยุทธศาสตร์ 4 ยุทธศาสตร์ ดังนี้

1. สร้างและพัฒนาระบบการประสานความร่วมมือเครือข่ายพันธมิตรเพื่อการสร้างสุขภาพเพื่อให้มีกลไกการประสานงานทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาคที่มีประสิทธิภาพ
    1.1 มีศูนย์ประสานความร่วมมือเครือข่ายพันธมิตรเพื่อการสร้างสุขภาพทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค
    1.2 จัดทำระบบสารสนเทศเครือข่ายพันธมิตรระดับภูมิภาคและระดับประเทศ
    1.3 การจัดทำแผนบูรณาการการสร้างสุขภาพระหว่างภาคีเครือข่ายพันธมิตร
    1.4 สนับสนุนการสร้างความร่วมมือระหว่างเครือข่ายพันธมิตรเพื่อการสร้างสุขภาพ
    1.5 สร้างกิจกรรมปฏิสัมพันธ์ระหว่างภาครี เครือข่ายพันธมิตร
    1.6 การประเมินผลการดำเนินงาน (กระบวนและผลสัมฤทธิ์ของงาน)
2. พัฒนาศักยภาคบุคลากรในเครือข่ายพันธมิตรเพื่อการสร้างสุขภาพ ทั้งเครือข่ายพันธมิตรระดับสนับสนุนและระดับปฏิบัติการให้มีขีดความสามารถในการสนับสนุนและดำเนินการสร้างสุขภาพได้
    2.1 พัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อการสร้างและการพัฒนาเครือข่าย
    2.2 พัฒนาศักยภาพเครือข่ายพันธมิตรให้เข้มแข็งในการดำเนินงานสร้างสุขภาพ
3. ส่งเสริมสนับสนุนการวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีการสร้างสุขภาพเพื่อให้ได้เทคโนโลยีใหม่ๆ ที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย พร้อมทั้งมีการถ่ายทอดแลกเปลี่ยนองค์ความรู้เทคโนโลยีระหว่างเครือข่ายพันธมิตร
    3.1 ศึกษาวิจัยและพัฒนาองค์ควารมรู้และเทคโนโลยีการสร้างสุขภาพ
    3.2 พัฒนาเอกสารวิชาการในการสนับสนุนการสร้างสุขภาพของเครือข่ายพันธมิตรระดับปฏิบัติการ
    3.3 การถ่ายทอดความรู้และเทคโนโลยีการสร้างสุขภาพตามที่เหมาะสมกับแต่ละกลุ่มเป้าหมายสู่เครือข่ายพันธมิตรระดับปฏิบัติการ
4. การประชาสัมพันธ์และสร้างแรงจูงใจ เพื่อสร้างกระแสให้เกิดการรับรู้ และมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสร้างสุขภาพของเครือข่ายพันธมิตร

4.1 กระตุ้นความเคลื่อนไหวทางสังคมโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายพันธมิตรเพื่อกระตุ้นให้ประชาชนสนใจด้านสุขภาพ

4.2 ประชาสัมพันธ์ผ่านสื่ออย่างต่อเนื่องเพื่อให้เครือข่ายพันธมิตรและชาชนได้รับข้อมูลข่าวสารและมีการดำเนินงานสร้างสุขภาพอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

4.3 ผลิตและสนับสนุนสื่อเพื่อการประชาสัมพันธ์สร้างสุขภาพและมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลและแนวทางในการดำเนินงานกับเครือข่ายพันธมิตรที่เกี่ยวข้องได้

4.4 คัดเลือกเครือข่าย กลุ่ม และชมรมที่เป็นต้นแบบในการสร้างสุขภาพที่ยั่งยืนและเข้มแข็งเพื่อสร้างแรงจูงใจให้เครือข่าย กลุ่ม ชมรมต่างๆ มีการดำเนินงานสร้างสุขภาพอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

"...เราก็เสนอในที่ประชุมกระทรวง ชมรมเป็นกลไกก็ว่าไป ยุทธศาสตร์สำคัญมีอะไรบ้าง สร้างแรงจูงใน สร้างองค์ความรู้ กลไกเครือข่าย..."

(คุณสมบูรณ์ ขอสกุล. นักวิชาการสาธารณสุข 9 ชำนาญการ (ด้านส่งเสริมพัฒนา). สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 20 ต.ค. 2551)

2.2 การดำเนินโครงการสร้างพันธมิตรการสร้างสุขภาพ

การดำเนินงานของโครงการสร้างพันธมิตรการสร้างสุขภาพ มีการจัดกิจกรรมโดยการจัดให้มีเวทีระดับชาติ โดยจัดเชิญหน่วยงานเครือข่ายพันธมิตรทั้งของกระทรวงมหาดไทย เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ฯลฯ เครือข่ายพันธมิตรของกระทรวงศึกษาธิการ เช่น ครู นักเรียน เป็นต้น เครือข่ายพันธมิตรภาครัฐ ภาคเอกชน เช่น ห้างโลตัส ห้างคาร์ฟู ธนาคาร เป็นต้น ก็มีการอภิปรายเพื่อหาแนวคิดวิธีการว่าจะมีวิธีการทำอย่างไรให้เรื่องสุขภาพไปถึงผู้นำและไปถึงประชาชนที่เป็นแกนนำในชุมชน ซึ่งในขณะนั้นทาง กองสุขศึกษามีอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน(อสม.) และชมรมสร้างสุขภาพอยู่แล้ว แต่ อสม. จะมีการทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ อย่างไร ซึ่งเป็นการเปลี่ยนวิธีการทำงานของ อสม. ให้เข้าใจถึงวิธีการทำงานในรูปแบบเครือข่ายมากขึ้น ทั้งกับพันธมิตรใหม่และพันธมิตรเก่า โดยมีการจัดเวทีเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับชาติ เพื่อหาความต้องการของพันธมิตรสร้างสุขภาพ เพื่อนำมากำหนดมาเป็นยุทธศาสตร์ร่วมกัน และมอบเป็นนโยบายสู่พันธมิตรสุขภาพระดับปฏิบัติการในระดับภูมิภาค โดยมีงบประมาณสนับสนุนจาก สสส. เพื่อให้มีการจัดเวทีเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในระดับจังหวัดให้ครบทั้ง 75 จังหวัด มีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (Star) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ(Hub) สถานีอนามัย (Node) ในระดับ

ภูมิภาค ซึ่งในการจัดเวทีเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับชาตินั้น ทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจะเปลี่ยนตำแหน่งเป็น ฮับ (Hub) จะต้องวิเคราะห์เพื่อหาเครือข่ายพันธมิตรในจังหวัดทั้งที่มีอยู่เดิมและหาเครือข่ายพันธมิตรใหม่เข้ามาเพื่อให้สามารถดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ รวมถึงแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ได้ รวมถึงหาวิธีตลอดจนส่งเสริมให้ประชาชนทุกกลุ่มเกิดกระบวนการเรียนรู้ในการสื่อสารให้หันมาสร้างสุขภาพมากขึ้น กิจกรรมนี้จะช่วยก่อให้เกิดข้อค้นพบใหม่ทำให้ภาคีเครือข่ายสุขภาพทราบถึงพันธมิตรในระดับพื้นที่ปฏิบัติการซึ่งส่วนใหญ่เป็นหน่วยงานราชการและพันธมิตรใหม่ที่พบจะเป็นหน่วยงานเอกชน

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ภาคีเครือข่ายภาคเอกชน เช่น ห้างสรรพสินค้าโลตัส ก็มีส่วนในดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพให้กับประชาชนได้ดีโดยมีการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในรูปแบบชมรมสร้างสุขภาพมีการออกกำลังกาย การเต้นแอโรบิค มีการจัดกิจกรรมประกวดเต้นแอโรบิค ฯลฯ ซึ่งช่วยมากในเรื่องการจัดทรัพยากรอาคารสถานที่รวมถึงเป็นเจ้าภาพในการจัดกิจกรรมต่างๆดังที่ได้กล่าวมาแล้วในข้างต้น และยังคงสามารถรักษาเครือข่ายไว้ได้อย่างเหนียวแน่ จนทำให้ชมรมสร้างสุขภาพของห้างสรรพสินค้าโลตัสเป็นชมรมสร้างสุขภาพที่มีความเข้มแข็ง

“...โลตัส คาร์ฟูร์ ที่เขาเข้ามาครั้งแรกเขาก็ออกกำลังกาย...หาพื้นที่ หาครูมานำเต้นให้ได้ทั้งลูกค้า เดี๋ยวเย็นๆ สามีก็มารับลูกมาจับจ่ายกินอาหารในห้างคอยภรรยา(ออกกกำลังกาย)... โลตัสมีชมรมที่เข้มแข็งมาก ประกวดกันใหญ่โต นี่คือเบื้องหลังความภูมิใจลึกๆ...”

(คุณสมบูรณ์ ขอสกุล. นักวิชาการสาธารณสุข 9 ชำนาญการ (ด้านส่งเสริมพัฒนา). สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 20 ต.ค. 2551)

2.3 เมื่อผู้บริหารเปลี่ยนนโยบายก็เปลี่ยน

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า การดำเนินงานของโครงการสร้างพันธมิตรการสร้างสุขภาพมีการดำเนินการมาได้ประมาณ 1 ปี ก็มีการเปลี่ยนแปลงของรัฐบาลหลายๆอย่างทั้งผู้บริหารของกระทรวงฯ และนโยบาย โดยมีการเปลี่ยนนโยบายเป็น “เมืองไทยแข็งแรง” ซึ่งจากการเปลี่ยนนโยบายของรัฐบาลในสมัยนั้น ส่งผลให้ทางสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)มีการบูรณาการนำพันธมิตรไปเป็นยุทธศาสตร์หนึ่ง มีการนำไปบูรณาการการสร้างเมืองไทยแข็งแรง โดยมีกรอบความคิด คือให้ประชาชนคนไทยทุกคนมีสุขภาพดี ทาง สสส. จึงนำโครงการสร้างพันธมิตรการสร้างสุขภาพกลับไปดำเนินการเอง

"...มันมีการเปลี่ยนแปลงของรัฐบาลหลายๆอย่าง ไอ้นี่มันก็จะเปลี่ยนไปเรื่อยๆ ชื่อเมืองไทยแข็งแรง เมืองไทยสุขภาพดี พอ Policy เปลี่ยนก็ส่งผลกระทบทั้งตัวนายทุน ซึ่งคือ สสส. คนให้ตังค์ เขาก็บอกเป็นเมืองไทยแข็งแรง เขาบูรณาการพันธมิตรเป็นยุทธศาสตร์หนึ่ง จะไปบูรณาการอยู่ในการสร้างเมืองไทยแข็งแรง คือ Concept *คือ เมืองไทยทุกคนสุขภาพดีเขาก็เอากลับไป ไม่มาให้เงินเรา เขาบอกเป็นยุทธศาสตร์กลางแล้วเดี๋ยวจะช่วยกันทำตรงโน้น ผลคือเจ๊ง เพราะเมืองไทยแข็งแรงมันไม่เกิด..."*

(คุณสมบูรณ์ ขอสกุล. นักวิชาการสาธารณสุข 9 ชำนาญการ (ด้านส่งเสริมพัฒนา). สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 20 ต.ค. 2551)

"...เพิ่งจะทำไปได้ปีเดียวก็เกิดการเปลี่ยนแปลง คือท่านปลัดเปลี่ยน...และที่ผ่านมาก็ไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร... มีการประชุม Workshop ก็กลับไปก็ไม่ได้เกิดฐานที่แน่นจริงๆ ไม่มีแผนอะไรร่วมกัน น่าจะมีแผนการดำเนินงานที่มันเป็นบูรณาการแผนที่มาร่วมกันเรื่องสร้างสุขภาพในแต่ละกรมกอง แค่ในกรมกองยังไม่ได้เลย คือการขับเคลื่อนตรงนี้ต้องใช้ความร่วมมือจากกรมกองต่างๆ สูงฉะนั้นขับเคลื่อนไปได้ปีเดียว รู้สึกว่ามันจะไม่ค่อยดี เราก็ทำไปได้ระยะที่ 1 ก็มีการสรุปผลที่เกิดขึ้น ไม่ได้เนื้องานตามเป้าที่ สสส. เค้ากำหนด ถ้างั้นก็สรุปของปีที่ 1 ก็คืนงบประมาณเค้าไป..."

(นางสาวนวลจันทร์ ศักดิ์ธนากูล,นักวิชาการสาธารณสุข 8 หัวหน้ากลุ่มพันธมิตรการสร้างสุขภาพ .สัมภาษณ์เมื่อวันที่15 ต.ค. 2551)

เป็นที่น่าสังเกตว่าภาคีเครือข่ายที่มีการดำเนินงานโดยภาครัฐหรือราชการมักจะประสบปัญหาเกี่ยวกับนโยบายการบริหารงาน ทั้งนี้เนื่องมาจากภาคีเครือข่ายที่ดำเนินการโดยภาครัฐมักจะอาศัยนโยบายจากผู้บริหารระดับประเทศเป็นตัวขับเคลื่อนให้มีการดำเนินงานไปอย่างเป็นระบบ ตามนโยบายของภาครัฐแต่ละช่วงเวลา ซึ่งนโยบายต่างๆ ก็มาจากคณะผู้บริหารระดับสูงในองค์กร เห็นได้ชัดจากการดำเนินงานภาคีเครือข่ายของกองสุขศึกษา ในโครงการพันธมิตรสร้างสุขภาพ เมื่อผู้บริหารในระดับกระทรวง ทบวง กรม เปลี่ยนส่งผลให้นโยบายในการดำเนินงานมีการเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย กองสุขศึกษาเองก็ต้องมีการปรับรูปแบบโครงการในการดำเนินงานเกี่ยวกับภาคีเครือข่ายไปเพื่อสอดคล้องกับนโยบายของผู้บริหารในแต่ละยุคสมัย

นอกจากนี้ จากการวิเคราะห์ข้อมูล ทำให้ผู้วิจัยพบว่าอีกปัญหาหนึ่งที่พบคือ ถึงแม้จะมีนโยบายที่สนับสนุนแต่ภาคีเครือข่ายสุขภาพในขณะนี้เองยังคงขาดการสื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกัน สร้างจิตสำนึกร่วม โดยเฉพาะในภาคีเครือข่ายภาครัฐ ในหมู่ข้าราชการ ดังนั้นการสื่อสารจึงเป็นเสมือนเครื่องมือในการสร้างความสัมพันธ์สร้างจิตสำนึกการมีส่วนร่วมได้ดี

ขั้นที่ 3 : ขั้นการพัฒนาความสัมพันธ์ของภาคีเครือข่ายสุขภาพ

3. ความสัมพันธ์ของภาคีเครือข่ายสุขภาพ

3.1 เปลี่ยนแปลงและพัฒนา

3.2 ต้องพัฒนาภาคีเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่

3.1 เปลี่ยนแปลงและพัฒนา

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า หลังจากทาง สสส. นำโครงการสร้างพันธมิตรการสร้างสุขภาพกลับไปดำเนินการเอง ประกอบกับงบประมาณของกองสุขศึกษาที่ลดลงจากเดิม เหลือเพียง 30 กว่าล้าน ซึ่งต้องมีการจัดสรรงบประมาณเพื่อใช้ทั้งในด้านการบริหารโครงการ กิจกรรม งานวิจัย ฯลฯ ทำให้เห็นถึงวิกฤตในการดำเนินงานของกองสุขศึกษา แต่เนื่องจากกองสุขศึกษาได้มีการดำเนินการเกี่ยวกับเครือข่ายเอาไว้ก่อนแล้ว ทำให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการดำเนินงานโดยใช้เครือข่ายเป็นเครื่องมือในการสื่อสารความรู้ด้านสุขภาพผ่านเครือข่ายสุขภาพไปยังประชาชน เนื่องจากเครือข่ายสุขภาพของกองที่ดำเนินการสร้างไว้มีอยู่แล้ว แต่จะมีวิธีการอย่างไรเพื่อทำให้เครือข่ายสุขภาพของกองสุขศึกษามีความเข้มแข็ง มีศักยภาพ เนื่องจากกองสุขศึกษาเป็นเป็นหน่วยงานวิชาการที่มีองค์ความรู้ในด้านสุขภาพอยู่มาก ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการทำวิจัยของกลุ่มงานต่างๆภายในกองสุขศึกษา เพื่อนำผลงานวิจัยนั้นๆมา ปรับใช้ในการดำเนินโครงการด้านสุขภาพต่างๆ ของกองสุขศึกษา ด้วยสาเหตุนี้ทางกลุ่มงานพันธมิตรสุขภาพ จึงมีความคิดและมีการดำเนินการทำวิจัยเกี่ยวกับการดำเนินงานชมรมสร้างสุขภาพกับการสนับสนุนขององค์กรปกครองท้องถิ่น เพื่อศึกษาถึงปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานของชมรมสร้างสุขภาพที่เข้มแข็งกับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองท้องถิ่นและองค์กรอื่นในพื้นที่ ผู้วิจัยคิดว่าการวิจัยดังกล่าวยังเป็นการแสดงให้เห็นว่า กองสุขศึกษากำลังให้ความสนใจกับการหาสมาชิกภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดยเฉพาะภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่เพื่อมาร่วมดำเนินงานด้านสุขภาพ นอกจากนี้ผู้วิจัยสังเกตว่ากองสุขศึกษายังไม่มีองค์ความรู้ด้านเครือข่ายการสื่อสาร ทั้งที่มีการดำเนินงานภาคีเครือข่ายสุขภาพมาโดยตลอด

และจากข้อมูลที่ได้สามารถวิเคราะห์ได้ว่า จากในอดีตที่กองสุขศึกษามีการดำเนินการกับการสร้างเสริมภาคีเครือข่ายสุขภาพในระดับประเทศเป็นหลัก และเนื่องมาจากภาคีเครือข่ายในช่วงแรกมีขนาดใหญ่จึงเกิดปัญหาในเรื่องการบริหารจัดการ และจากการเปลี่ยนนโยบาย ฯ ทำให้เกิดปัญหาต่างๆตามมามากมาย จนท้ายที่สุดภาคีเครือข่ายสุขภาพดังกล่าวก็มีอันต้องถึงคราวเปลี่ยนแปลงไป ส่งผลให้กองสุขศึกษาเองต้องมีการปรับรูปแบบการทำงานเสียใหม่โดยให้ความ

สนใจมาที่การพัฒนาภาคีเครือข่ายสุขภาพในระดับพื้นที่โดยนำข้อมูลมาจากบทเรียนที่ได้จากการทำวิจัยต่างๆ ภายในกองสุขศึกษา ประกอบกับประสบการณ์ที่ผ่านมาทำให้กองสุขศึกษาเห็นว่าการดำเนินงานแบบราชการที่มีการสื่อสารแบบบนลงล่างไม่ก่อให้เกิดความยั่งยืน หากต้องการทำให้เกิดความยั่งยืนต้องทำจากล่างขึ้นบนโดยการดึงการมีส่วนร่วมในพื้นที่เป็นหลักโดยเฉพาะจากภาคประชาชนและองค์การบริหารส่วนตำบล ซึ่งในช่วงแรกที่ยังเป็นโครงการสร้างพันธมิตรสร้างสุขภาพอยู่นั้น องค์การบริหารส่วนตำบลก็มีส่วนในการสนับสนุนชมรมสร้างสุขภาพเสมอมา ทั้งนี้ยังสอดคล้องกับการกองสุขศึกษาที่ได้ข้อมูลจากการวิจัยในการเลือกหาภาคีเครือข่ายที่มีส่วนในการให้การสนับสนุนช่วยเหลือชมรมสร้างสุขภาพในระดับพื้นที่ ซึ่งจะเห็นได้ว่ากองสุขศึกษามีการปรับบทบาทตนเองโดยเน้นพื้นที่เป็นฐานนั้นหมายถึงว่ามีการส่งเสริมให้พื้นที่ในระดับจังหวัด อำเภอ และระดับตำบลเป็นศูนย์กลาง โดยเอาภาคีเครือข่ายสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในระดับพื้นที่มาช่วยกันแก้ไขปัญหาในระดับพื้นที่

3.2 ต้องพัฒนาภาคีเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่

ผลการวิจัยพบว่าภาคีเครือข่ายแบบราชการอย่างกองสุขศึกษาได้มีการนำความรู้ที่ได้จากการศึกษาวิจัยมาใช้ในการวางแผนงานดำเนินงานด้านสุขภาพ นอกจากนี้ผลการวิจัยของกลุ่มพันธมิตรการสร้างสุขภาพพบว่า ชมรมที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับองค์กรปกครองท้องถิ่น(Core Patner)ในด้านการได้รับการสนับสนุนงบประมาณ สถานที่ อุปกรณ์ บุคลากร และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ส่วนองค์กรอื่นในพื้นที่ที่ชมรมมีความสัมพันธ์ที่ดีด้วยคือ สถานีอนามัย หรือศูนย์บริการสุขภาพชุมชน จากการศึกษาเชิงลึกพบว่าชมรมที่ได้รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองท้องถิ่นมีทั้งชมรมที่ก่อเกิดขึ้นเองก่อนที่รัฐจะมีนโยบาย “สร้างนำซ่อม” และชมรมที่ได้รับการส่งเสริมให้เกิดขึ้นโดยเจ้าหน้าสาธารณสุขภายหลังมีนโยบายดังกล่าว ชมรมเหล่านี้มีกิจกรรมหลากหลายนอกเหนือจากการออกกำลังกายหรือกีฬา มีแนวทางการจัดการชมรมที่มีวัฒนธรรมและภูมิปัญญาท้องถิ่นเป็นพื้นฐาน มีระบบการจัดการชุมชน เช่นวิสาหกิจชุมชน กลุ่มสัจจะออมทรัพย์ หรือ เครือข่ายกิจกรรมชุมชน เป็นระบบใหญ่ โดยชมรมสร้างสุขภาพเป็นเพียงส่วนหนึ่งในระบบใหญ่นั้น

ผลจากการวิจัยยังทำให้ทราบว่า เวลาที่เกิดปัญหาไม่ว่าจะเป็นทางด้านสุขภาพ หรือด้านอื่นในพื้นที่ จะมีกลุ่มบุคคล 4 กลุ่มเข้ามาเกี่ยวข้องและมีการรวมกันแก้ปัญหาในพื้นที่ ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) จากท้องที่ ได้แก่ แกนนำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน จากกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และภาคประชาชน ได้แก่ แกนนำสุขภาพ อสม. ภาคีเครือข่ายเหล่านี้สามารถแบ่งได้เป็น 2 ภาคีเครือข่าย

ใหญ่ๆ ได้แก่ ภาคีเครือข่ายภาครัฐ และภาคีเครือข่ายภาคประชาชน เป็นต้น จึงมีการจัดเวทีจัดสัมมนาถ่ายทอดและส่งเสริมประสานการดำเนินงานสร้างสุขภาพเครือข่ายแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อบต. แกนนำชุมชน และแกนนำสุขภาพ ใน 4 พื้นที่(ภาค) ในปี พ.ศ. 2550 นอกจากนี้ยังมีตัวแทนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมาร่วมด้วย วัตถุประสงค์หลักคือต้องการให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน สร้างความร่วมมือในพื้นที่ เพื่อที่ว่าจะสามารถนำไปจัดกิจกรรมสุขภาพในพื้นที่ได้ ด้วยเหตุนี้จึงมีการจัดโครงการสัมมนาฯ ครั้งที่ 2 ในปีต่อมา แต่ด้วยเหตุผลในเรื่องงบประมาณจึงเชิญผู้เข้าร่วมมาได้แค่ จังหวัดละ 2 ตำบล

"...พี่อยากรู้ว่าชมรมสร้างสุขภาพนี่มันมีองค์กรท้องถิ่นเข้ามายังไง...เขามาช่วยอะไรชมรมได้บ้าง ศึกษาลงลึกเลย...พี่ก็ได้ข้อมูลจากตรงนี้ว่า เวลาเกิดอะไรในชุมชนจะเป็นเรื่องสุขภาพหรืออะไรมันไม่พ้นจากคน 4 ส่วน เรื่องของท้องถิ่นก็คือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ของท้องที่ก็คือ พวกกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ที่เป็นผู้นำ เรื่องของรัฐเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พวกประชาชนซึ่งจะมาเป็นเครือข่ายการทำงาน ต้องมาจากทั้ง 4 ส่วนนี้ ปัญหาสุขภาพก็ไม่พ้น 4 คนนี้ ฉนั้น เราน่าจะเชิญ 4 คนนี้มาเป็นพันธมิตรกัน..."

(นางสาวนวลจันทร์ ศักดิ์ธนากูล,นักวิชาการสาธารณสุข 8 หัวหน้ากลุ่มพันธมิตรการสร้างสุขภาพ .สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 15 ต.ค. 2551)

"...ปีหลังๆ กองสุขศึกษา ลงมาที่ภูมิภาคเลย ภูมิภาคตรงนี้จะระบุพื้นที่ 150 ตำบลใน 75 จังหวัดก็แสดงว่าจังหวัด ละ 2 ตำบล ใน 2 ตำบลตรงนี้คือว่าใน 1 ตำบลประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณะสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แกนนำชมรม และอาจจะมี ครู อสม. เกี่ยวเข้ามา วิทยุชุมชนรูปแบบมันเปลี่ยนเราจะดึงตรงที่พื้นที่..."

(คุณพิศมัย สุขอมรรัตน์. นักวิชาการเผยแพร่ 7 กลุ่มพันธมิตรการสร้างสุขภาพ, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 15 ต.ค. 2551)

สามารถสรุปได้ว่า กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นภาคีเครือข่ายภาครัฐ และยังเป็นภาคีเครือข่ายทางวิชาการ ทำให้มีการทำวิจัยเพื่อหาวิธีในการดำเนินงานในการเสริมสร้างพัฒนาภาคีเครือข่ายสุขภาพให้มีความเข้มแข็งควบคู่ไปกับการจัดกิจกรรมโครงการต่างๆ ซึ่งในการทำวิจัยนี่เองที่เป็นรูปแบบหนึ่งของภาคีเครือข่ายแบบราชการที่สามารถทำได้ง่ายกว่าภาคีเครือข่ายภาคประชาชน หรือภาคีเครือข่ายองค์กรอิสระที่ทำการวิจัยได้ลำบากกว่า ผลที่ได้จากการศึกษาวิจัยยังสามารถนำผลการวิจัยมาใช้ในการวางแผนบริหารจัดการภาคีเครือข่ายบนฐานความรู้ อีกทั้งยังทำให้กองสุขศึกษาสามารถที่จะระบุภาคีได้ถูกต้อง และจากผลการวิจัยของกลุ่มพันธมิตรการสร้างสุขภาพนี่เอง ทำให้ทราบว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยเฉพาะองค์การบริหารส่วน

ตำบล (อบต.) มีส่วนในการให้ความสนับสนุน และช่วยเหลือภาคีเครือข่ายสุขภาพมาโดยตลอด ทำให้การดำเนินงานสร้างสุขภาพในระดับพื้นที่สามารถประสบความสำเร็จได้ เป็นแนวทางให้กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ นำไปวางแผนในการจัดทำโครงการที่จะเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพต่อไป

ขั้นที่ 4 : ขั้นการรักษาความสัมพันธ์และความต่อเนื่องของภาคีเครือข่ายสุขภาพ

4. การรักษาความสัมพันธ์และความต่อเนื่อง

4.1 กิจกรรมพัฒนาศักยภาพเครือข่าย

4.2 ติดตามความคืบหน้า

4.1 กิจกรรมพัฒนาศักยภาพเครือข่าย

ในส่วนของกิจกรรมในโครงการ จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า กิจกรรมหลักๆ ในโครงการสัมมนาถ่ายทอดและส่งเสริมประสานการดำเนินงานสร้างสุขภาพเครือข่ายแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อบต. แกนนำชุมชน และแกนนำสุขภาพ ได้แก่ การจัดประชุมการนำเสนอโดยใช้กรณีตัวอย่างการร่วมมือกันทำงานการสร้างสุขภาพว่ามีการดำเนินการอย่างไร โดยเฉพาะการทำงานร่วมกันของทั้ง 4 กลุ่ม เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อบต. แกนนำชุมชน และแกนนำสุขภาพ จากนั้นจึงมีการอภิปรายร่วมกัน มีนักวิชาการร่วมอภิปรายเสริม โดยเฉพาะบทบาทของกลุ่มต่างๆ การร่วมกันวางแผนการดำเนินงาน เป็นรูปแบบของการอภิปรายประสบการณ์การทำงานด้านสุขภาพในพื้นที่ จากนั้นก็มีการประชุมกลุ่มย่อย เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของแต่ละกลุ่มในการสร้างเสริมสุขภาพเป็นอย่างไร เช่น บทบาทของ อบต. ในการสร้างเสริมสุขภาพการร่วมมือกันทำงานสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่ โดยมีการแยกเป็นกลุ่มย่อย 4 กลุ่ม เพื่อหาข้อสรุปโดยแบ่งตามกลุ่มผู้เข้าร่วมประชุม กลุ่มที่ 1 เป็นกลุ่มของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข กลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มของ อบต. กลุ่มที่ 3 เป็นกลุ่มของแกนนำชุมชน กลุ่มที่ 4 เป็นกลุ่มของแกนนำสุขภาพ ซึ่งการเชิญกลุ่มเครือข่ายแกนนำหลักในครั้งนี้กองสุขศึกษาเอง มีบทบาทหลักคือจัดเวทีให้เครือข่ายมาพบปะกัน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน จะเห็นได้ว่ารูปแบบภาคีเครือข่ายสุขภาพเป็นลักษณะภาคีเครือข่ายการเรียนรู้มากกว่าภาคีเครือข่ายออกกำลังกาย(กิจกรรม) ระดับชาติแบบในอดีต โครงสร้างตำแหน่งของกองสุขศึกษาตอนนี้ยังเป็น Star

"...เกิดวิธีการว่าเราก็เชิญพัฒนาศักยภาพเครือข่ายแกนนำ เราก็จะเชิญผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อบต. อสม. เจ้าหน้าที่ประมาณ 4 แกนหลัก เราก็แยกเวทีย่อย เราจะแยกเลย อบต. ก็จะอยู่กับ อบต. ของแต่ละภาค เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ก็กลุ่มหนึ่ง แกนนำพวกแกนนำผู้ใหญ่บ้าน แต่ใช้ประเด็นเดียวกันว่าเขามองปัญหาอะไร ในชุมชนคุณๆ เห็นปัญหาอะไร ไม่ใช่แค่เรื่องสุขภาพอย่างเดียว แต่เราให้ List ออกมา แล้วหาว่าวิธีการแก้ปัญหาที่ทำอยู่ทำยังไง ถ้าจะร่วมกันแก้จะแก้ยังไง เหมือนกับว่าเราเปิดเวทีเชิงประเด็น แต่ให้เขาคิดเอง..."

(คุณสมบูรณ์ ขอสกุล. นักวิชาการสาธารณสุข 9 ชำนาญการ (ด้านส่งเสริมพัฒนา). สัมภาษณ์เมื่อวันที่20 ต.ค. 2551)

"...เค้าร่วมมือทำงานการสร้างสุขภาพอย่างไร พื้นที่ไหนพร้อมก็ขึ้นมาอภิปรายร่วมกัน ทางเวทีก็จะมีอาจารย์อภิปรายเสริม อบต. เข้ามาช่วยยังไงบ้าง เจ้าหน้าที่ช่วยอย่างไรบ้าง ตัวแกนนำเค้ามีแผนอย่างไร...ในเรื่องของการสร้างสุขภาพ อบต. คิดว่าเค้ามีบทบาทอย่างไรในบทบาทของเค้า แล้วก็มาในบทบาทของแกนนำ บทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แยกเป็น 4 ภาค 4 ส่วน 4 เครือข่าย..."

(นางสาวนวลจันทร์ ศักดิ์ธนากูล,นักวิชาการสาธารณสุข 8 หัวหน้ากลุ่มพันธมิตรการสร้างสุขภาพ .สัมภาษณ์เมื่อวันที่15 ต.ค. 2551)

กิจกรรมในวันต่อมาจะเป็นการแยกประชุมกลุ่มย่อยเป็นรายจังหวัด โดยในแต่ละจังหวัดจะมีภาคีเครือข่ายสุขภาพ ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อบต. แกนนำชุมชน และแกนนำสุขภาพ จาก 4 ตำบล รวมกลุ่มละ 16 คน โดยมีหัวข้อในการประชุมคือ ร่วมกันวิเคราะห์หาปัญหาสุขภาพในพื้นที่ และหาแนวทางแก้ไข โดยร่วมวางแผนการดำเนินงานสร้างสุขภาพในพื้นที่

"...หลังจากได้ฟังประสบการณ์ของจังหวัดที่เค้าร่วมกันสร้างสุขภาพมาแล้ว อบต.คิดว่าอย่างไรแยกกลุ่มตามบทบาทภารกิจของตัวเอง วันที่ 2 ก็แยกรายจังหวัด มาครบทั้ง 16 คน เพราะว่า 4 ตำบล กลับไปแล้วต้องกลับไปทำเรื่องปัญหาสร้างสุขภาพ แก้ปัญหาในพื้นที่อย่างไร..."

(นางสาวนวลจันทร์ ศักดิ์ธนากูล,นักวิชาการสาธารณสุข 8 หัวหน้ากลุ่มพันธมิตรการสร้างสุขภาพ .สัมภาษณ์เมื่อวันที่15 ต.ค. 2551)

4.2 ติดตามความคืบหน้า

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า หลังจากการที่มีการจัดเวทีสัมมนาถ่ายทอดและส่งเสริมประสานการดำเนินงานสร้างสุขภาพเครือข่ายแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อบต. แกนนำ

ชุมชน และแกนนำสุขภาพ ใน 4 พื้นที่(ภาค) ทางกลุ่มงานพันธมิตรการสร้างสุขภาพ กองสุขศึกษา จึงได้มีการติดตามการดำเนินงานของแต่ละจังหวัดโดยใช้แบบฟอร์มรายงานความคืบหน้า ในระดับพื้นที่ และระดับจังหวัด เพื่อติดตามให้ทราบว่าทั้งในระดับจังหวัดและระดับพื้นที่มีการลงไปดำเนินการอย่างไร มีกิจกรรมอะไรบ้าง มีใครมาร่วมเป็นเครือข่ายบ้าง แต่ละคนที่มาร่วมมีบทบาทอย่างไร ผลการดำเนินงานเป็นอย่างไรมีอุปสรรคอะไรบ้าง เพื่อเป็นการนำข้อมูลดังกล่าวมาใช้ปรับแก้ในการจัดโครงการสัมมนาฯ ในปีต่อไป

"... ก็ลงไปติดตาม มีแบบให้เขารายงานมา คุณกลับไปคุณได้ทำอะไรบ้างมั้ย ก็รายงานให้เราทราบ..ระดับพื้นที่ ระดับจังหวัด 2 ระดับ ระดับจังหวัดมีการไปดำเนินการอย่างไร มีใครมาร่วมบ้าง แต่ละคนที่มาร่วมมีบทบาทอย่างไรกับ รายงานของพื้นที่ เพราะมีตัวแทนของจังหวัดมาด้วย เลยอยากรู้ว่า ตัวจังหวัดเองกับในชุมชน 4 พื้นที่ที่เขาทำ เขาได้ทำอะไร โดยให้ชุมชนเป็นคนรายงานว่าเขามีกิจกรรมอะไร...แล้วได้ผลอะไร มีอุปสรรคอย่างไร..."

(นางสาวนวลจันทร์ ศักดิ์ธนากูล,นักวิชาการสาธารณสุข 8 หัวหน้ากลุ่มพันธมิตรการสร้างสุขภาพ .สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 15 ต.ค. 2551)

ดังนั้นจากข้อมูลทั้งหมดในข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า ภาคีเครือข่ายสุขภาพของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เกิดจากการจัดตั้งอย่างเป็นทางการจากนโยบายของทางผู้บริหารในระดับประเทศในสมัยนั้น เพื่อให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ใน ฉบับที่ 9 -10 และแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9-10 ที่มุ่งพัฒนาคุณภาพของคนและสังคมไทยสู่สังคมแห่งภูมิปัญญาและการเรียนรู้การส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้และเชื่อมโยงเครือข่ายการพัฒนาชุมชนให้เข้มแข็ง ภาคีเครือข่ายสุขภาพ กองสุขศึกษา ในระยะแรกจะมีขนาดใหญ่เป็นภาคีเครือข่ายระดับชาติการบริหารจัดการในภาคีเครือข่ายมีความยุ่งยาก ภายหลังเกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านตัวผู้บริหารส่งผลให้นโยบายที่เกี่ยวกับเครือข่ายสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลง ซึ่งจะเห็นได้ว่า ปัญหาด้านนโยบาย และการเปลี่ยนแปลงของผู้บริหารเป็นข้อจำกัดที่สำคัญของการดำเนินงานเครือข่ายของภาครัฐ นอกจากนี้ภาคีเครือข่ายในภาครัฐเองยังคงมีการทำงานแบบแยกส่วน ยังคงขาดการสื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกัน สร้างจิตสำนึกร่วมโดยเฉพาะในหมู่ข้าราชการ ส่งผลให้การดำเนินงานภาคีเครือข่ายสุขภาพไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร

หลังจากเกิดการเปลี่ยนแปลงทางกองสุขศึกษาได้มีการปรับเปลี่ยนยุทธศาสตร์การดำเนินงานภาคีเครือข่ายสุขภาพมาพัฒนาภาคีเครือข่ายสุขภาพในระดับพื้นที่มากขึ้น โดยอาศัยฐานความรู้ที่เป็นข้อมูลจากการศึกษาวิจัยของทางกองสุขศึกษาเอง เป็นการสร้างความเข้มแข็งให้กับภาคีเครือข่ายสุขภาพในระดับพื้นที่ปฏิบัติการ เปิดโอกาสให้หน่วยงานในระดับพื้นที่

ปฏิบัติการได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นศูนย์กลางในการพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพในระดับพื้นที่ โดยกองสุขศึกษาจะเป็นผู้ประสานงานและบริหารจัดการในรูปแบบภาคีเครือข่ายการเรียนรู้ ตลอดจนเป็นพันธมิตรในการสนับสนุนงบประมาณ ความรู้ทางวิชาการ สื่อสุขภาพ ฯลฯ ให้กับภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่ปฏิบัติการ

ส่วนที่ 2 รูปแบบการสื่อสารของเครือข่ายการสื่อสารเพื่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดย กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ประจำปีงบประมาณ 2551 โดยในที่นี้ผู้วิจัยจะวิเคราะห์ถึงรูปแบบการสื่อสาร ได้แก่

2.1 ประเภทของภาคีเครือข่ายสุขภาพภายใต้โครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพ ในปีงบประมาณ 2551

2.2 ลักษณะและทิศทางการสื่อสารของภาคีเครือข่ายสุขภาพ ภายใต้โครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพ ในปีงบประมาณ 2551

2.3 รูปแบบวิธีการจัดโครงสร้างของภาคีเครือข่ายสุขภาพ ภายใต้โครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพ ในปีงบประมาณ 2551

ผลการวิจัยส่วนที่ 2 รูปแบบการสื่อสารของเครือข่ายการสื่อสารเพื่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดย กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

การศึกษารูปแบบของภาคีเครือข่ายการสื่อสาร นี้ เพื่อให้เห็นถึงการสื่อสารในรูปแบบต่างๆในภาพรวมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดย กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ได้แก่ ประเภทของภาคีเครือข่ายการสื่อสาร ซึ่งจำแนกตามระดับชั้นของภาคีเครือข่ายว่าเป็นอย่างไร และลักษณะและทิศทางการสื่อสารของภาคีเครือข่าย ซึ่งจำแนกตามทิศทางการสื่อสาร และจำแนกตามลักษณะการใช้งานว่าเป็น นอกจากนี้ ยังเพื่อให้เห็นถึงการสื่อสารในรูปแบบต่างๆในภาพรวมของรูปแบบวิธีการจัดโครงสร้างของภาคีเครือข่าย ว่าเป็นอย่างไร

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำโครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพ ประจำปีงบประมาณ 2551 เพื่อให้ภาคีเครือข่ายมีความรู้ ความเข้าใจ มีแนวทางในการดำเนินงานเพื่อประสานงาน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสร้างสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. เพื่อให้ภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพมีความรู้ ความเข้าใจ และมีแนวทางในการดำเนินงานสุขภาพ
2. เพื่อให้ภาคีเครือข่ายสร้างสุขภาพเกิดการประสานงานแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้งทางด้านวิชาการ ทรัพยากรในการจัดกิจกรรมสร้างสุขภาพ
3. เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ในการดำเนินงานสร้างสุขภาพในลักษณะบูรณาการอย่างมีประสิทธิภาพ

โดยมีกลุ่มเป้าหมาย เป็นภาคีเครือข่ายในระดับปฏิบัติงานในพื้นที่จังหวัดต่างๆทั่วประเทศ ซึ่งจังหวัดที่กองสุขศึกษา ดำเนินการส่งเสริมพัฒนาในปีงบประมาณ 2551 ได้แก่

ภาคเหนือ ได้แก่ เชียงราย, พะเยา, เชียงใหม่, ลำพูน, ลำปาง, แพร่, น่าน, พิจิตร, พิษณุโลก, ตาก, อุทัยธานี, นครสวรรค์, กำแพงเพชร

ภาคกลาง ได้แก่ ลพบุรี, สระบุรี, ประจวบคีรีขันธ์, สมุทรสาคร, สุพรรณบุรี, นครนายก, นนทบุรี, ปทุมธานี, ชลบุรี, ระยอง, จันทบุรี, ชัยนาท, ตราด, กรุงเทพมหานคร

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ ขอนแก่น, บุรีรัมย์, มหาสารคาม, หนองคาย, กาฬสินธุ์, อุดรธานี, อุบลราชธานี, นครราชสีมา, เลย, ชัยภูมิ, หนองบัวลำภู, มุกดาหาร, สุรินทร์

ภาคใต้ ได้แก่ สุราษฎร์ธานี, นครศรีธรรมราช, ตรัง, ภูเก็ต, สตูล, ชุมพร, สงขลา, พัทลุง, ยะลา, นราธิวาส

ในส่วนของกิจกรรมในโครงการฯ ดังกล่าว ทางกลุ่มงานพันธมิตรสร้างสุขภาพ กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ได้มีการกำหนดกิจกรรมดังนี้

1. จัดทำทำเนียบภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพ
2. จัดทำแนวทางการดำเนินงานสุขศึกษาสำหรับภาคีเครือข่าย ได้แก่
    a. แนวทางการดำเนินงานพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ
    b. บทเรียนการพัฒนาชมรมสร้างสุขภาพสู่ความเข้มแข็ง
3. จัดเวทีถ่ายทอดและส่งเสริมประสานการดำเนินงานสร้างสุขภาพของภาคีเครือข่าย 4 ภาค
4. นิเทศติดตามผลการดำเนินงาน
5. จัดทำสรุปรายงานผลการดำเนินงานโครงการฯ

โดยผู้วิจัยจะดำเนินการศึกษารูปแบบของการสื่อสาร เพื่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ ที่ดำเนินการโดยกองสุขศึกษา

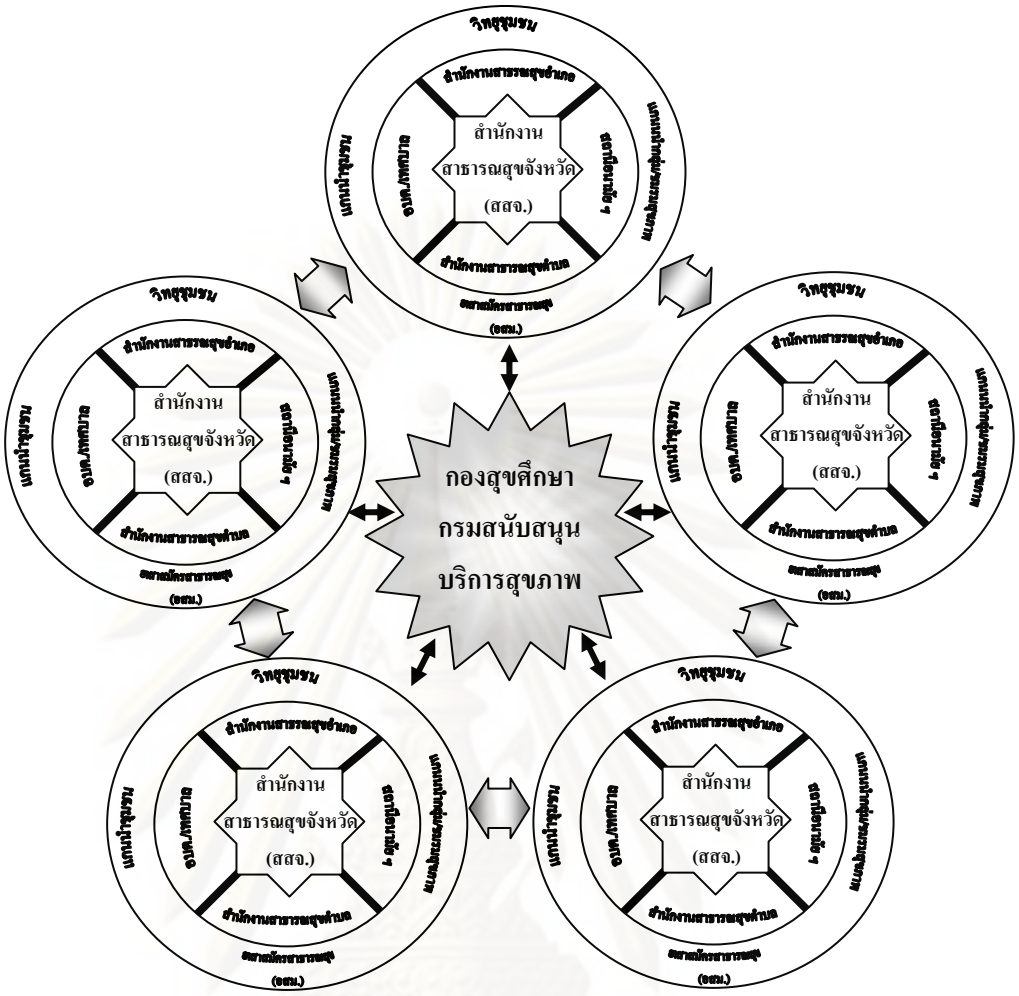
2.1. ประเภทของภาคีเครือข่ายสุขภาพภายใต้โครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพ ในปีงบประมาณ 2551

2.1.1 จำแนกตามระดับชั้นของภาคีเครือข่ายสุขภาพ

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า เมื่อใช้ “ระดับชั้นของภาคีเครือข่าย” เป็นเกณฑ์ จึงทำให้ทราบว่าภาคีเครือข่ายสุขภาพของกองสุขศึกษาสามารถแบ่งได้เป็น 2 ระดับชั้นใหญ่ๆ เป็นในลักษณะภาคีเครือข่ายสนับสนุน และภาคีเครือข่ายระดับปฏิบัติการ โดยมีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ทำหน้าที่ประสานงานการดำเนินงานระหว่างเครือข่ายสนับสนุน และเครือข่ายระดับปฏิบัติการ ซึ่งในระดับแรก เป็นเครือข่ายระดับปฏิบัติการ “เครือข่ายระดับจังหวัด” และในแต่ละจังหวัดอาจจะมีการจัดเครือข่ายที่มีภาคีมาจากภาคส่วนต่าง ๆ ในจังหวัด จากนั้นในแต่ละจังหวัดก็มารวมตัวกันเป็น “เครือข่ายระดับประเทศ” โดยมีกองสุขศึกษาซึ่งเป็นเครือข่ายสนับสนุนและอาจจะมีภาคี หรือพันธมิตรมาจากภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งในภาครัฐ ภาครัฐวิสาหกิจ ภาคเอกชน ภาค NGO ให้การสนับสนุน โดยมีกองสุขศึกษาแกนกลางในการประสานความร่วมมือให้ โดยเครือข่ายของกองสุขศึกษาจะมีรูปแบบเป็น “ซุปเปอร์เครือข่าย” (Supra Network) คือมีการนำเอาเครือข่ายเล็ก ๆ ไปต่อประสานขึ้นมาอีกชั้นหนึ่ง ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดเรื่องการแบ่งประเภทของเครือข่ายโดยใช้ “ระดับชั้น” เป็นเกณฑ์ ของกาญจนา แก้วเทพ (2551) ซึ่งแบ่งเครือข่ายออกได้เป็น 2 แบบ เช่น เครือข่ายที่มีชั้นเดียวกับเครือข่ายที่เกิดขึ้นจากการเอาเครือข่ายเล็ก ๆ ไปต่อประสานเป็น “ซุปเปอร์เครือข่าย” (Supra Network) ขึ้นมา

“...เครือข่ายที่เป็น 2 ระดับ คือ เครือข่ายสนับสนุน เช่น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับพวกเรา ในระดับกระทรวงสาธารณสุขกับนอกกระทรวงสาธารณสุข เช่น กระทรวงมหาดไทย...เพราะเราต้องทำงานร่วมกับ อบต. ในพื้นที่ หรือกระทรวงเกษตรฯ กรมส่งเสริมการเกษตร...หรือถ้าเราจะพัฒนาในเรื่องของสังคม กระทรวงพัฒนาสังคมฯ ยังต้องมาใช้อยู่ รวมทั้งเครือข่ายที่สนับสนุนปฏิบัติการระดับจังหวัด ที่เรามีฝ่ายสุขศึกษาที่เขามีงานสุขศึกษา หรือมีผู้รับผิดชอบของจังหวัดรวมไปถึงเครือข่ายที่เป็นสถานบริการสาธารณสุขของเรา มีโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ... คือเรามีงานสุขศึกษาของโรงพยาบาล พอถึงโรงพยาบาลอำเภอหรือโรงพยาบาลชุมชนก็จะมีผู้รับผิดชอบงานสุขศึกษา รวมไปถึงสถานีอนามัยที่มีผู้รับผิดชอบงานสุขศึกษาแล้ว...”

(คุณเพ็ญศรี เกิดนาค. ผู้อำนวยการกองสุขศึกษา. สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 28 ต.ค. 2551)



ภาพที่ 24 : แผนภาพแสดระดับชั้นของภาคีเครือข่ายสุขภาพของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ประจำปีงบประมาณ 2551 ที่มีลักษณะเป็นแบบ“ซุปเปอร์เครือข่าย” (Supra Network)

2.1.2 จำแนกตามประเภทการดำเนินงานของภาคีเครือข่าย

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า เมื่อใช้ “การดำเนินงานของภาคีเครือข่าย” เป็นเกณฑ์ จึงทำให้ทราบว่าเครือข่ายสุขภาพของกองสุขศึกษา มีรูปแบบการดำเนินงานเป็นไปในลักษณะการให้การสนับสนุนภาคีเครือข่ายในระดับปฏิบัติการในแต่ละจังหวัด ทั้งนี้เนื่องจากกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เป็นหน่วยงานในโครงสร้างการบริหารงานภายใต้กระทรวงสาธารณสุข กองสุขศึกษามีบทบาทภารกิจ คือ การให้การส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาการดำเนินงานด้านสุขภาพเป็นหลัก โดยเฉพาะด้านสุขศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพ นอกจากนี้ในส่วนของภารกิจในด้านภาคีเครือข่ายสุขภาพนั้น จากการวิเคราะห์ข้อมูลทำให้ทราบว่าภารกิจในการดำเนินงานเกี่ยวกับภาคีเครือข่ายสุขภาพของกองสุขศึกษา คือ การส่งเสริม สนับสนุน

และพัฒนาภาคีเครือข่ายสุขภาพ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนและชมรม โดยให้มีการดำเนินการสร้างสุขภาพ โดยจัดให้มีการจัดการเรียนรู้ด้านสุขภาพที่เหมาะสม เพื่อให้เกิดความ และเกิดความเข้มแข็งและยั่งยืน ตลอดส่งเสริมให้มีการศึกษา วิจัย และพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับการสร้างและพัฒนาเครือข่ายพันธมิตรสร้างสุขภาพ เพื่อที่จะนำผลที่ได้จาการศึกษาวิจัยมาใช้ในการวางแผนการดำเนินการเสริมสร้างพัฒนาภาคีเครือข่ายสุขภาพให้เกิดความเข้มแข็งและยั่งยืน นอกจากนั้นยังมีการส่งเสริม สนับสนุน การสื่อสารประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างแรงจูงใจระหว่างเครือข่ายสุขภาพ อีกทั้งยังมีการส่งเสริมและประสานความร่วมมือภาคีเครือข่ายสุขภาพ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนในการดำเนินกิจกรรมการเรียนรู้และการรณรงค์ด้านสุขภาพ จึงสามารถสรุปได้ว่าเครือข่ายของกองสุขศึกษา เป็นเครือข่ายสนับสนุน

"...ภารกิจของกองจริง ๆ มันเป็นหน่วยงานส่วนกลางการสนับสนุนจะลงไม่ถึงประชาชน ถ้าพูดถึงตามหลักแล้วจะลงในแค่ของระดับจังหวัด นั้นการมีเครือข่ายตรงนี้เปรียบเสมือนกับการสร้างกำลังคนช่วยเป็นมือช่วยในการถ่ายทอดความรู้ในการจัดกิจกรรมให้กับประชาชนในพื้นที่ต่าง ๆ..."

(คุณชลธิรา ซึ้งจิตตวิสุทธิ. นักวิชาการสาธารณสุข 8 หัวหน้ากลุ่มแผนงานและประเมินผล. สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 27 ต.ค. 2551)

"...เครือข่ายทุกระดับที่มามีส่วนร่วมในการที่จะทำงานด้วย การสื่อสารหรือเรื่องของการดำเนินงานสุขศึกษาและเรื่องของการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ การมีส่วนร่วมของประชาชนตรงนี้ เราต้องมีเครือข่ายที่สนับสนุน..เราเครือข่ายสนับสนุนตรงนี้ก็เป็นเครือข่ายที่มีความแน่นในเชิงลักษณะของวิชาการและประเด็น แล้วก็ในระดับจังหวัดก็ต้องเข้มแข็งในการที่จะทำงาน..."

(คุณเพ็ญศรี เกิดนาค. ผู้อำนวยการกองสุขศึกษา. สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 28 ต.ค. 2551)

2.1.3 จำแนกตามประเด็นของภาคีเครือข่าย

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า เมื่อใช้ "ประเด็นของภาคีเครือข่าย" เป็นเกณฑ์ จึงทำให้ทราบว่าเครือข่ายสุขภาพของกองสุขศึกษา มีการจัดเครือข่ายตามประเด็นสุขภาพ โดยมีการนำประเด็นเกี่ยวกับสุขภาพมาจัดกิจกรรมการดำเนินงานด้านสุขภาพร่วมกัน เช่น ประเด็นในเรื่องไข้หวัดนก ประเด็นในเรื่องโรคไม่ติดต่อ (Non Communicable Disease หรือ NCD) โดยเฉพาะ โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากเป็นนโยบายในระดับประเทศและระดับนานาชาติที่ให้ความสนใจในการรณรงค์ในเรื่องดังกล่าว เพราะประเด็นในเรื่องไข้หวัดนก ประเด็นในเรื่องโรคไม่ติดต่อส่งผลต่อสุขภาพของประชาชนโดยตรง เพื่อให้ทราบถึงบทบาท

ของภาคีเครือข่ายในประเด็นนั้นๆ ในการดำเนินงานสุขภาพในพื้นที่ นอกจากนี้ภาคีเครือข่ายสุขภาพเชิงประเด็นจะมีความแตกต่างกัน เช่น ภาคีเครือข่ายในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนก จะประกอบไปด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุข ปศุสัตว์ กลุ่มผู้เลี้ยงสัตว์ปีก ครู นักเรียน ผู้ักกันสัตว์ ผู้นำศาสนา อพปร. ตำรวจ ทหาร และประชาชนทั่วไป ร่วมเป็นคณะกรรมการ ซึ่งมีความสำคัญเท่าเทียมกันในการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนกในชุมชน จะเห็นได้ว่าบุคคลกลุ่มต่างๆในภาคีเครือข่ายฯ ล้วนแล้วแต่เป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับสัตว์ปีกแทบทั้งสิ้น ในส่วนของภาคีเครือข่ายในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยง จะประกอบไปด้วย แพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนตำบล แกนนำในชุมชน แกนนำชมรมสร้างสุขภาพ ครอบครัว เพื่อน ญาติของกลุ่มเสี่ยง วิทยุชุมชน ร่วมเป็นคณะกรรมการฯ จะเห็นได้ว่าบุคคลกลุ่มต่างๆในภาคีเครือข่ายฯ ล้วนแล้วแต่เป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับกลุ่มเสี่ยงเช่นกัน ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดเรื่องการแบ่งประเภทของเครือข่ายโดยใช้ “ประเด็น” เป็นเกณฑ์ของกาญจนา แก้วเทพ (2551) ซึ่งเป็นการจัดเครือข่ายตาม “ประเด็น” ความสนใจ ซึ่งในภาวะปกติจะเป็นประเด็นโรคไม่ติดต่อ ส่วงในช่วงภาวะวิกฤติที่มีการระบาดของโรคจะเป็นประเด็นในโรคนั้นๆ เช่น โรคไข้หวัดนก เป็นต้น

“...แรกๆ เราขาดประเด็นชัดเจน เราพยายามให้พันธมิตรเล่นประเด็น เครือข่ายเชิงประเด็น...ตอนหลังเริ่มมีประเด็น เริ่มเข้าร่อง พี่มองว่าถ้าทำงานเครือข่ายไม่มีประเด็นชัด ไม่มีตัวงานที่เป็นจุดหมุน มันจะไม่หมุน มันจะแบบ แต่ถ้ามีประเด็นมันจะมีการเปลี่ยน...”

(คุณเบญจมาศ สุรมิตรไมตรี. นักวิชาการเผยแพร่ 8 หัวหน้ากลุ่มรณรงค์ด้านสุขภาพ. สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 21 ต.ค. 2551)

“...เครือข่ายต้องมีประเด็น ถ้าเราศึกษาประเด็นให้เค้าได้มีกระบวนการ Function ของเครือข่ายก็เห็นผล จากการศึกษา Model ตรงนี้ Issue เรื่องไข้หวัดนก พิสูจน์ได้ว่าเราจะทำยังไงกับพื้นที่ เราต้อง Support อะไร ทีมเราต้องทำอะไรกันบ้าง...”

(คุณสมบูรณ์ ขอสกุล. นักวิชาการสาธารณสุข 9 ชำนาญการ (ด้านส่งเสริมพัฒนา). สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 20 ต.ค. 2551)

2.1.4 จำแนกตามรูปแบบโครงสร้างหรือความสัมพันธ์ของภาคีเครือข่าย

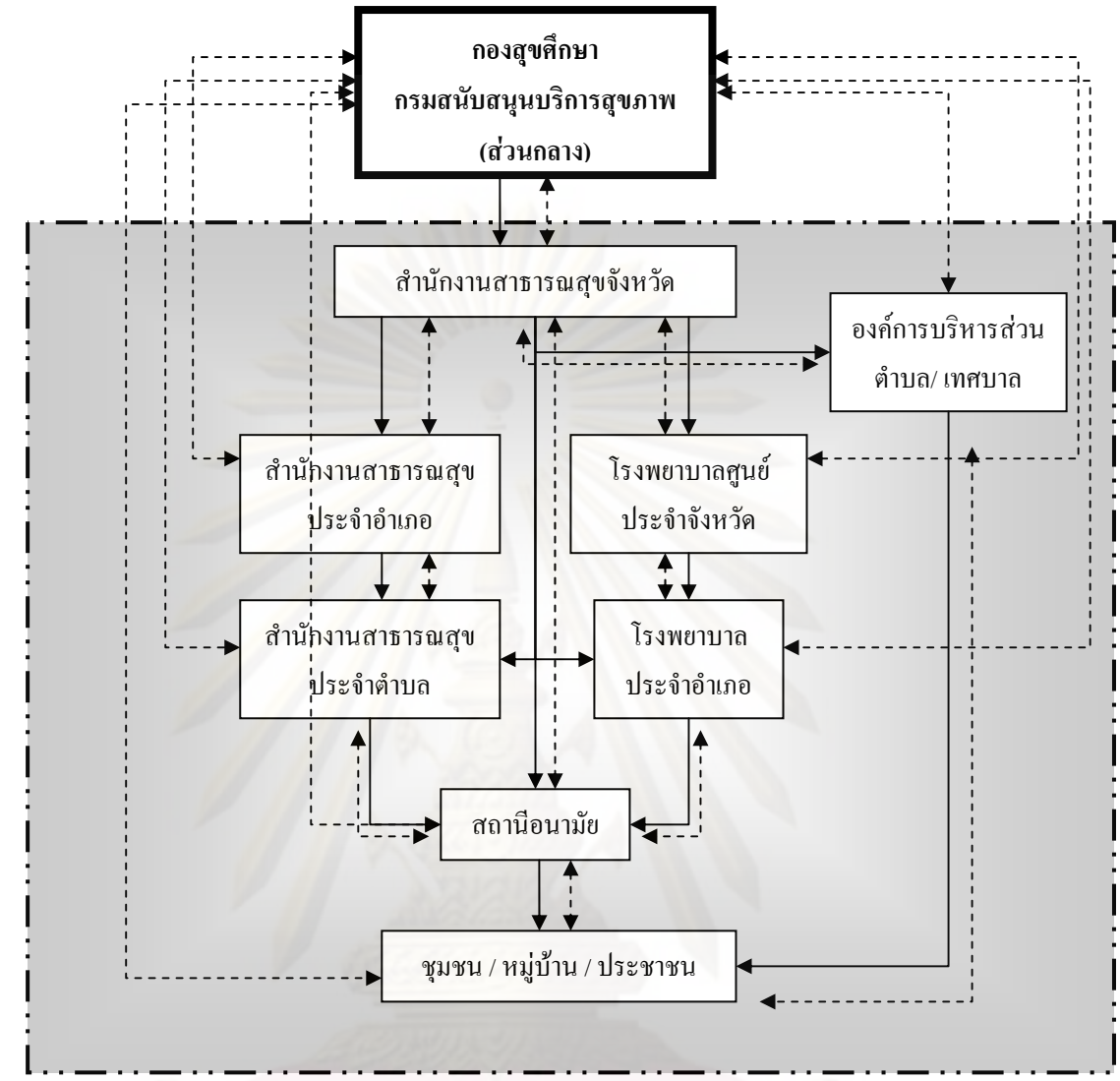
จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า เมื่อใช้ “รูปแบบโครงสร้างหรือความสัมพันธ์ของภาคีเครือข่าย” เป็นเกณฑ์ จึงทำให้ทราบว่าเครือข่ายสุขภาพของกองสุขศึกษา มีการจัดเครือข่าย

ตามรูปแบบโครงสร้างหรือความสัมพันธ์ มีลักษณะผสมผสานทั้งแบบเครือข่ายตามแนวตั้ง และเครือข่ายตามแนวนอน กล่าวคือ ภาคีเครือข่ายสุขภาพของกองสุขศึกษามีโครงสร้างเป็นช่วงชั้นการบริหารงานของภาครัฐ จากส่วนกลางคือกองสุขศึกษาไปยังส่วนพื้นที่ตั้งแต่ระดับจังหวัด เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จากระดับจังหวัดไปยังระดับอำเภอ เช่นสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลประจำอำเภอ เป็นต้น จากระดับอำเภอไปยังระดับตำบล คือสถานีอนามัยประจำตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาลตำบล จากระดับตำบลไปยังหมู่บ้าน ชุมชน

ดังนั้นภาคีเครือข่ายสุขภาพของกองสุขศึกษาที่มีโครงสร้างการบริหารงานของภาครัฐทำให้มีรูปแบบการดำเนินงานไปอย่างเป็นระบบตอบสนองนโยบายของภาครัฐและการพัฒนาประเทศใน แต่ในขณะเดียวกันก็มีการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการพัฒนางานด้านสุขภาพ โดยเฉพาะกระบวนการดำเนินการ ดังนั้นโครงสร้างหรือความสัมพันธ์ของเครือข่ายจึงเป็นแบบตามแนวนอน เช่น มีการวางแผนที่ได้มาจากการสื่อสารแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ จึงทำให้มีความยืดหยุ่นในกระบวนการทำงาน รวมถึงมีการกระจายความรับผิดชอบให้กับภาคีเครือข่ายสุขภาพในระดับพื้นที่ และมีการส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของภาคีเครือข่ายสุขภาพ เช่น มีการบูรณาการกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการดำเนินงานเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ สุขศึกษา และพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีการใช้ความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรภายในเครือข่ายในลักษณะเท่าเทียมกัน ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดเรื่องการแบ่งประเภทของเครือข่ายโดยใช้ “รูปแบบโครงสร้างหรือความสัมพันธ์ของภาคีเครือข่าย” เป็นเกณฑ์ของ นฤมล นิราทร (2543) ซึ่งเป็นการจำแนกตามรูปแบบโครงสร้างหรือความสัมพันธ์ ทำให้เกิดเครือข่ายใน 2 ลักษณะ คือเครือข่ายตามแนวตั้ง คือ เครือข่ายที่มีโครงสร้างเป็นช่วงชั้น ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรภายในเครือข่ายไม่เท่ากัน และ เครือข่ายตามแนวนอน เป็นเครือข่ายที่ความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรภายในเครือข่ายเท่าเทียมกัน

“...บางครั้งก็มีคนเขาบอกว่ากองสุขศึกษาสื่อสาร สนับสนุนพื้นที่โดยตรงนั้นถูกไหม ถ้าในเรื่องของโครงสร้างการบริหารกระทรวง OK.เราอาจจะไม่ถูก แต่ถ้าในลักษณะการทำงานในเครือข่าย พี่มองว่าเราต้องทำแบบนี้ ไม่งั้นนะ ถ้าคุณมัวแต่ไปตามโครงสร้างการบริหารของกระทรวง คุณต้องทำแบบนี้ ๆ มันไม่เกิดหรอก เพราะว่าไม่งั้นเราจะมีเครือข่ายไว้ทำไม...เครือข่ายก็เพื่อประสานงานที่รวดเร็ว ไม่ซ้ำซ้อน...”

(คุณพิศมัย สุขอมรรัตน์. นักวิชาการเผยแพร่ 7 กลุ่มพันธมิตรการสร้างสุขภาพ, *สัมภาษณ์เมื่อวันที่15 ต.ค. 2551)*



ภาพที่ 25 : แผนภาพแสดงโครงสร้างความสัมพันธ์ของภาคีเครือข่ายสุขภาพมีลักษณะผสมผสานทั้งแบบเครือข่ายตามแนวตั้ง และเครือข่ายตามแนวนอน

2.2. ลักษณะและทิศทางการสื่อสารของภาคีเครือข่าย ภายใต้โครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพ ในปีงบประมาณ 2551

เมื่อเครือข่ายก่อตัวขึ้นย่อมต้องมีการเจริญเติบโตและพัฒนา การดำเนินไปของเครือข่ายในแต่ระยะนั้น ต้องอาศัยการสื่อสารภายในเครือข่าย การเกิดขึ้นของภาคีเครือข่ายสุขภาพของกองสุข

ศึกษา จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าเมื่อใช้ “การจำแนกลักษณะและทิศทางการสื่อสารตามลักษณะการสื่อสาร” พบว่าภาคีเครือข่ายสุขภาพของกองสุขศึกษา มีลักษณะและทิศทางการสื่อสารแบบผสมผสาน กล่าวคือ มีทั้งเครือข่ายการสื่อสารแบบเป็นทางการ (Formal Network) เป็นรูปแบบการสื่อสารทางเดียว (One-way Communication) ซึ่งเป็นลักษณะการสื่อสารของเครือข่ายภาครัฐ ซึ่งภาคีเครือข่ายสุขภาพ ที่เกิดขึ้นจากกองสุขศึกษาซึ่งเป็นหน่วยงานภาครัฐนี้ ส่วนใหญ่มุ่งเน้นกระบวนการพัฒนาและการเข้าไปส่งเสริมการทำงานในระดับชุมชน อำเภอ และจังหวัด โดยใช้การเชื่อมประสานการทำงานระหว่างภาครัฐกับภาคประชาชนที่มีลักษณะทั้งที่เป็นการสื่อสารแบบเป็นทางการ (Formal Network) เป็นรูปแบบการสื่อสารทางเดียว (One - way Communication) เนื่องจากภาคีเครือข่ายสุขภาพของกองสุขศึกษาที่มีโครงสร้างการบริหารงานของภาครัฐ เป็นประเภทของการสื่อสารซึ่งเกิดปฏิสัมพันธ์ในภาคีเครือข่ายสุขภาพที่ได้มีการวางแผนอย่างแน่นอน การไหลของข้อมูลข่าวสารของภาคีเครือข่ายสุขภาพของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพส่วนใหญ่จึงเป็นไปในลักษณะจากบนลงล่าง (Top – down communication)

ดังนั้น เครือข่ายเหล่านี้จึงมีโครงสร้างที่มีแบบแผน บทบาท อีกทั้งสมาชิกภายในภาคีเครือข่ายสุขภาพของกองสุขศึกษาส่วนใหญ่เป็นหน่วยงานทางราชการ ดังนั้นการติดต่อสื่อสารเพื่อดำเนินการในโครงการฯ จึงต้องมีการติดต่อผ่านทางหนังสือราชการเป็นหลักเป็นรูปแบบการสื่อสารทางเดียว ส่วนหนึ่งเนื่องมาจากมีเรื่องงบประมาณในการดำเนินโครงการฯ เข้ามาเกี่ยวข้อง อีกทั้งการติดต่อสื่อสารแบบเป็นทางการด้วยหนังสือราชการยังเป็นการให้เกียรติกับทางหน่วยงานต่างๆ แต่ภาคีเครือข่ายของรัฐหรือ ภาคีเครือข่ายที่ภาครัฐสนับสนุนนี้นั้น ได้สร้างความสัมพันธ์เชิงอำนาจและการรวมศูนย์ที่ยากแก่การนำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม เรียกได้ว่าเป็นการสร้างอำนาจนิยมของภาครัฐ นอกจากนี้ภาคีเครือข่ายสุขภาพโดยกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพได้มีการคำนึงถึงข้อจำกัดของลักษณะการสื่อสารแบบเป็นทางการของทางหน่วยงานราชการ อีกทั้งเนื่องมาจากมีการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายภาคประชาชนมากขึ้นจึงมีการปรับรูปแบบการสื่อสาร โดยมีการใช้การสื่อสารแบบไม่เป็นทางการ (Informal Network) เป็นรูปแบบการสื่อสารแบบสองทาง (Two - way Communication) ควบคู่กันไปกับการสื่อสารแบบเป็นทางการ (Formal Network) ซึ่งเป็นรูปแบบการสื่อสารทางเดียว (One - way Communication) และเป็นลักษณะการสื่อสารของเครือข่ายภาครัฐแบบเดิม มาประยุกต์ใช้ร่วมด้วย การไหลของข้อมูลข่าวสารของภาคีเครือข่ายสุขภาพของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพในบางกรณีจะมีการไหลของข่าวสารแบบล่างขึ้นบน(Bottom – up communication) การสื่อสารด้วยวาจา (Oral communication) ทางโทรศัพท์ ซึ่งจะเป็นสื่อสารในลักษณะนิเทศติดตาม และการสื่อสารส่วนตัวระหว่างกองสุขศึกษากับสมาชิกในภาคีเครือข่ายสุขภาพ

สังเกตได้ว่าทางกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และหน่วยงานภาครัฐเองก็ได้มีการปรับตัวปฏิรูปกระบวนการทำงาน ทั้งนี้เนื่องมาจากมีการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายภาคประชาชนมากขึ้น โดยหน่วยงานภาครัฐมีการส่งเสริมและสนับสนุนกระบวนการทำงานแบบมีส่วนร่วมมากขึ้น ดังนั้นในการสื่อสารระหว่างกองสุขศึกษากับภาคีเครือข่ายสุขภาพโดยเฉพาะภาคีเครือข่ายสุขภาพที่มีความสนิทสนมคุ้นเคยกันเป็นอย่างดี รูปแบบการสื่อสารจึงมักเป็นการพูดคุยกันตัวต่อตัวกันทางโทรศัพท์เป็นรูปแบบการสื่อสารแบบสองทาง ช่วยให้สามารถสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับภาคีเครือข่าย ทำให้การสื่อสารในการดำเนินงานภาคีเครือข่ายสุขภาพประสบความสำเร็จมากขึ้น

ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดเรื่องลักษณะและทิศทางการสื่อสารของภาคีเครือข่ายของพัชนี เชยจรรยา และคณะ (2541) ซึ่งสามารถแบ่งได้ 2 ประเภทใหญ่ คือ เครือข่ายการสื่อสารแบบไม่เป็นทางการ (Informal Network) หรือเครือข่ายการสื่อสารที่เกิดขึ้นเอง (Emergent Communication Network) และเครือข่ายการสื่อสารแบบเป็นทางการ (Formal Network) หรือเครือข่ายการสื่อสารที่ได้ถูกกำหนดไว้ (Prescribed Communication Network) เป็นประเภทของการสื่อสารระหว่างบุคคล ซึ่งเกิดปฏิสัมพันธ์ในเครือข่ายที่ได้มีการวางแผนอย่างแน่นอน นอกจากนี้พัชนี เชยจรรยา และคณะ (2541) ได้จำแนกรูปแบบการสื่อสารตามทิศทางการสื่อสาร ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ประเภท การสื่อสารแบบสองทาง (Two - way Communication) และการสื่อสารทางเดียว (One - way Communication)

"...เราก็ต้องประสานงานทั้งแบบเป็นทางการ และไม่เป็นทางการ เราก็จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันว่าเราจะทำอะไร ต้องเข้าใจร่วมกันก่อนว่าเราจะทำอะไร เราก็ชี้แจงวัตถุประสงค์หาแนวร่วมว่ามันมีใครบ้างที่จะสามารถดำเนินการได้..."

(คุณทิวาพร กลมกล่อม นักวิชาการเผยแพร่ 8 กลุ่มรณรงค์ด้านสุขภาพ, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 14 ต.ค. 2551)

"...พี่ทำหนังสือฯ เท่าที่พี่เห็น แต่ตรงนี้พี่จะไม่รู้ว่าเขาจะสื่อสารอย่างไร แต่ถ้าเป็นของเราคือเป็นหนังสือราชการลงไป ต้องใช้ระบบนี้ เพราะมีเรื่องเงินเข้ามาเกี่ยวในการที่จะอะไรแบบนี้แล้วก็เป็นการให้เกียรติกับพื้นที่ พื้นที่เวลาเขาได้หนังสือราชการเป็นการให้เกียรติ เป็นการจูงใจระบบหนังสือก็ลงแค่จังหวัดแล้วจังหวัดก็มีหนังสือลงไปใหม่ลงถึงพื้นที่..."

(คุณพิศมัย สุขอมรรัตน์. นักวิชาการเผยแพร่ 7 กลุ่มพันธมิตรการสร้างสุขภาพ, สัมภาษณ์เมื่อวันที่15 ต.ค. 2551)

"...หลังจากนั้นก็ใช้การโทรศัพท์...แล้วแต่เขาจะคุยกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือไปที่ อบต. เขาก็ใช้วิธีการโทรศัพท์กัน แล้วแต่ว่าบางทีเขาก็โทรไปชมรมโดยตรง บางทีเขาก็โทรไปที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข บางเรื่องก็โทรไปที่ อบต. หรือเราอาจจะโทรไปที่เจ้าหน้าที่ตำบล เพราะรายชื่ออยู่ที่เราหมด วันที่คุณมาสัมมนาฯ เบอร์โทรศัพท์เรามีหมด ก็โทรไปที่เจ้าหน้าที่ได้เลย..."

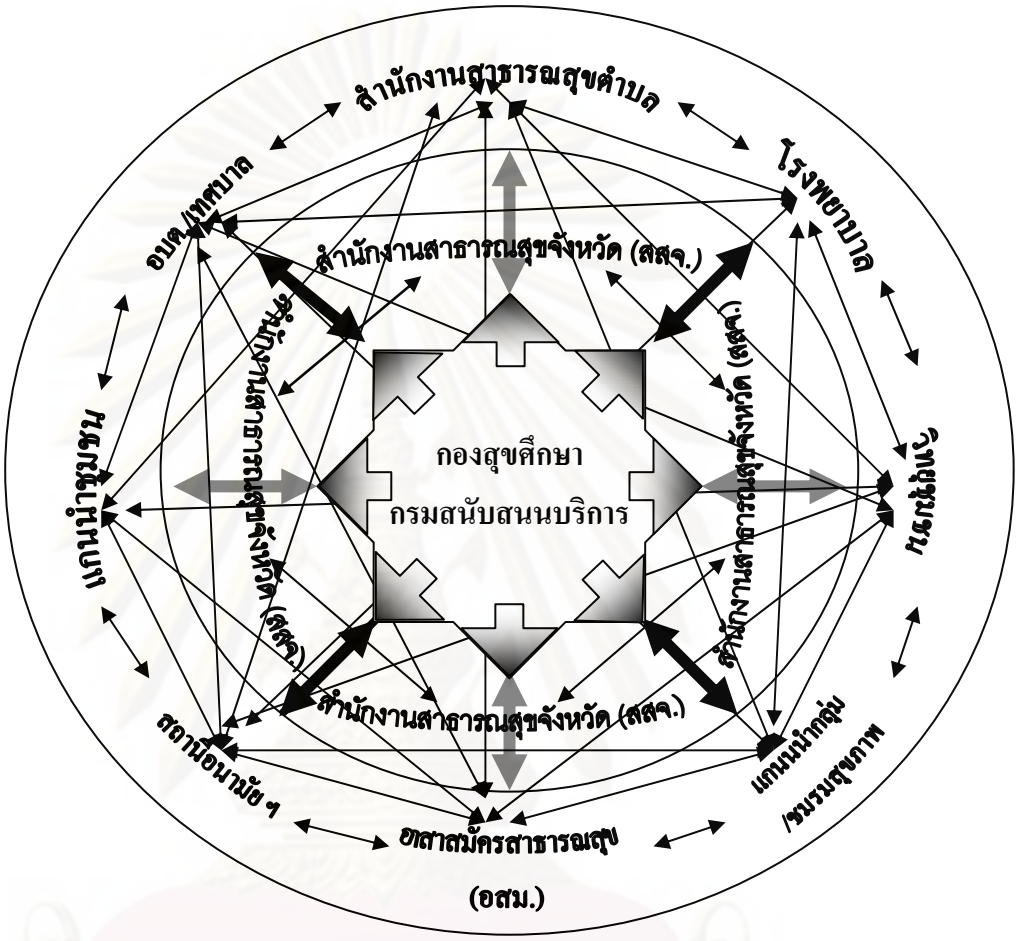
(คุณพิศมัย สุขอมรรัตน์. นักวิชาการเผยแพร่ 7 กลุ่มพันธมิตรการสร้างสุขภาพ, สัมภาษณ์ เมื่อวันที่15 ต.ค. 2551)

2.3 รูปแบบวิธีการจัดโครงสร้างของภาคีเครือข่าย ภายใต้โครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพ ในปีงบประมาณ 2551

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล พบว่ารูปแบบวิธีการจัดโครงสร้างของภาคีเครือข่ายสุขภาพเป็นรูปแบบของเครือข่ายที่มีความซับซ้อน อันเนื่องมาจากการผสมผสานและใช้หลายรูปแบบไปพร้อมกัน จึงปรากฏเป็นเครือข่ายซับซ้อน (Complexity Network) เป็นรูปแบบที่ซับซ้อนของภาคีเครือข่ายของความร่วมมือ เนื่องจากมีหลายเครือข่ายที่เข้าร่วมมือกัน ลักษณะโครงข่ายความร่วมมือสามารถติดต่อสื่อสารกันทั้งระหว่างองค์กรที่เป็นศูนย์กลางของแต่ละเครือข่าย และเหล่าสมาชิกทั้งหมดของเครือข่าย และเมื่อเครือข่ายต้องการที่จะพัฒนาความร่วมมือก็จะส่งเสริมให้มีองค์กรร่วม เพื่อทำหน้าที่ประสานให้ทุกเครือข่ายหรือสมาชิกสามารถเข้ามาร่วมมือกันได้ ซึ่งเป็นไปตามรูปแบบของการสื่อสารหลายแบบ ของ Harold J. Leavitt (อ้างใน กรชวัล หอมไกรลาส, 2540) ซึ่งได้มีการแบ่งรูปแบบการสื่อสารของเครือข่ายการสื่อสาร โดยใช้รูปแบบของการสื่อสารหลายแบบแยกออกได้เป็น 2 แบบใหญ่ คือ แบบที่มีศูนย์กลางกับแบบกระจายอำนาจ ซึ่งจากที่กล่าวมาข้างต้นรูปแบบวิธีการจัดโครงสร้างของภาคีเครือข่ายสุขภาพเป็นรูปแบบของเครือข่ายที่มีความซับซ้อน อันเนื่องมาจากการผสมผสานและใช้หลายรูปแบบไปพร้อมกัน จึงปรากฏเป็นเครือข่ายซับซ้อน (Complexity Network)

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

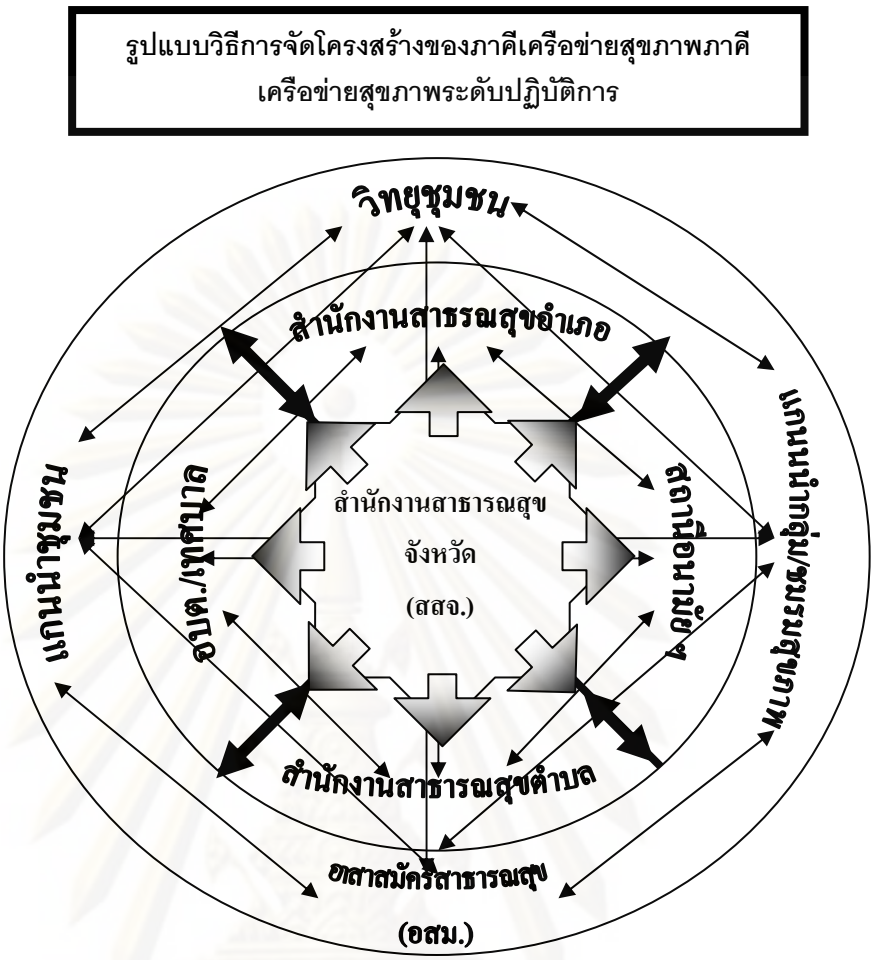
รูปแบบวิธีการจัดโครงสร้างของภาคีเครือข่ายสุขภาพ
ทั้งภาคีเครือข่ายสุขภาพระดับสนับสนุนและภาคีเครือข่ายสุขภาพระดับปฏิบัติการ



แสดงเส้นสายการประสานงานภาคีเครือข่ายสุขภาพ

แสดงเส้นสายการประสานงานระหว่างกองสุขศึกษากับภาคีเครือข่ายสุขภาพ

ภาพที่ 26 : แผนภาพแสดงรูปแบบวิธีการจัดโครงสร้างเครือข่ายแบบซับซ้อน (Complexity Network)ของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพ ในปีงบประมาณ 2551



แสดงเส้นสายการประสานงานภาคีเครือข่ายสุขภาพ

แสดงเส้นสายการประสานงานระหว่างกองสุขศึกษากับภาคีเครือข่ายสุขภาพ

ภาพที่ 27 : แผนภาพแสดงรูปแบบวิธีการจัดโครงสร้างเครือข่ายแบบซับซ้อน (Complexity Network)ของภาคีเครือข่ายสุขภาพระดับปฏิบัติการโครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพ ในปีงบประมาณ 2551

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

<u>ส่วนที่ 3</u> ลักษณะองค์ประกอบของเครือข่ายการสื่อสารเพื่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดย กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ประจำปีงบประมาณ 2551

<u>ผลการวิจัยส่วนที่ 3</u> ลักษณะองค์ประกอบของเครือข่ายการสื่อสารเพื่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดย กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

3.1 ประเด็นในการสื่อสารภายใต้โครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพ ในปีงบ ประมาณ 2551

3.2 ลักษณะหรือประเภทของกิจกรรมที่ใช้ ภายใต้โครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพ ในปีงบ ประมาณ 2551

3.3 ประเภทของสื่อที่ใช้ในการนำเสนอ ภายใต้โครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพ ในปีงบ ประมาณ 2551

3.4 สมาชิกของภาคีเครือข่ายสุขภาพ ภายใต้โครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพ ในปีงบ ประมาณ 2551

3.5 โครงสร้างตำแหน่งหรือการเชื่อมต่อภายในภาคีเครือข่าย ที่มีกองสุขศึกษาเป็นส่วนหนึ่งในภาคีเครือข่ายสุขภาพ ภายใต้โครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพ ในปีงบประมาณ 2551

การศึกษาลักษณะองค์ประกอบของเครือข่ายการสื่อสาร เพื่อให้เห็นถึงประเด็นในการสื่อสาร เนื้อหาที่ใช้ ลักษณะหรือประเภทของกิจกรรมที่ใช้ ประเภทของสื่อที่ใช้ สมาชิกของภาคีเครือข่ายสุขภาพว่าเป็นอย่างไร และโครงสร้างตำแหน่งหรือการเชื่อมต่อภายในภาคีเครือข่าย ที่มีกองสุขศึกษาเป็นส่วนหนึ่งในภาคีเครือข่ายสุขภาพและเป็นผู้ดำเนินการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับภาคีเครือข่ายสุขภาพ ภายใต้โครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพ ในปีงบ ประมาณ 2551 ว่าเป็นอย่างไร

3.1 ประเด็นในการสื่อสาร ภายใต้โครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพ ในปีงบประมาณ 2551

3.1.1 เนื้อหาที่ใช้

สืบเนื่องจากการที่กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ได้มีการนำเอา “เครือข่าย” มาเป็นกลไก เครื่องมือในการดำเนินงานสร้างสุขภาพภายใต้แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพชุมชนให้เข้มแข็ง โดยในโครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพ ในปีงบ ประมาณ 2551 ได้มีการดำเนินกิจกรรมโครงการสัมมนา “การถ่ายทอดและส่งเสริมประสานการดำเนินงานสร้างสุขภาพของภาคีเครือข่าย” และในการดำเนินงานของโครงการฯ ดังกล่าว ได้มีชุดความรู้ในการจัดสัมมนาฯ จำนวน 2 ชุด คือชุดความรู้เกี่ยวกับการศึกษาภาคีเครือข่ายสุขภาพ และชุดความรู้ในด้านสุขภาพ ได้แก่ แนวทางการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพโดยภาคีเครือข่าย บทเรียนชมรมสุขภาพที่เข้มแข็ง จะเห็นได้ว่าบทบาทของกองสุขศึกษาในการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับภาคีเครือข่ายสุขภาพคือการเติมความรู้ที่ภาคีเครือข่ายสุขภาพต้องการใช้ปฏิบัติงาน เหตุผลหนึ่งที่ต้องมีชุดความรู้ในด้านสุขภาพให้กับภาคีเครือข่าย เนื่องจากภาคีเครือข่ายส่วนหนึ่งไม่ใช่ผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพมากนัก เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) วิทยุชุมชน ฯลฯ ประกอบกับกระบวนทัศน์ใหม่ทางสุขภาพที่เน้นทุกภาคส่วนให้มามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ เพราะสุขภาพเป็นเรื่องของคนทุกคน ดังคกกล่าวที่ว่า “สุขภาพดีไม่มีขายอยากได้ต้องทำเอง”

ก. ชุดความรู้เรื่อง การศึกษาภาคีเครือข่ายสุขภาพ

สภาพการปฏิบัติงานในหน่วยงานต่างๆ พบว่า การทำงานจำเป็นต้องอาศัยการเชื่อมประสานงานกันระหว่างบุคคลหรือหน่วยงาน หากต่างหน่วยงานต่างทำงานกันไม่สัมพันธ์หรือเกี่ยวข้องกัน ก็อาจจะมีการทำงานซ้ำซ้อนในพื้นที่เดียวกัน มีการทำงานคล้ายคลึงกัน ยุ่งอยู่กับการ แก้ปัญหาเฉพาะเรื่องไปแบบวันต่อวัน เพื่อให้หน่วยงานของตนอยู่รอด แต่ละหน่วยงานก็มีการส่งข่าวข้อมูลไหลเวียนกันอยู่ภายในหน่วยงานของตน และข้อมูลข่าวสารก็ค่อนข้างจำกัด การทำงานใช้กรอบความคิดหรือหลักการเฉพาะที่เคยใช้ไม่เกิดการพัฒนา รับรู้สิ่งใหม่ที่เกิดขึ้นในพื้นที่ต่างๆ ไม่มีคนมาช่วยชี้แนะเมื่อเดินหลงทางหรือกำลังจะก้าวไปสู่หนทางที่เกิดความเสี่ยง เกิดความเสียหายกับคนในครอบครัว หน่วยงานหรือองค์กร

การทำงานในปัจจุบันซึ่งต้องการความรวดเร็ว ครบถ้วน ถูกต้องและมีความเป็นมืออาชีพที่เชื่อถือได้ สามารถตัดสินผลงานได้จากการทำงานที่มีลักษณะ “ข้ามาคนเดียว” กับ “ทีมเวิร์ค” ได้เป็นอย่างดี ในกระบวนการทำงานของเครือข่ายนั้น สิ่งหนึ่งที่ได้รับนอกจากผลสำเร็จตามที่ต้องการคือความร่วมมือและความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าทางกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ได้มีการจัดการสัมมนาถ่ายทอด และส่งเสริมประสานงานการดำเนินงานสร้างสุขภาพของภาคีเครือข่าย และมีการให้ชุดความรู้เกี่ยวกับ

การศึกษาเครือข่ายภาคีสุขภาพ เพื่อให้ภาคีเครือข่ายสุขภาพที่มาเข้าร่วมการสัมมนาได้เกิดความรู้ความเข้าใจในเรื่องเครือข่ายมากยิ่งขึ้น อันจะนำไปสู่การสร้างความร่วมมือในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในระดับพื้นที่ ซึ่งวิทยากรที่มาให้ความรู้ในดังกล่าว คือ รองศาสตราจารย์ ดร.กาญจนา แก้วเทพ ซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้ตลอดจนความเชี่ยวชาญในเรื่องของเครือข่ายเป็นอย่างดี

"...เขาได้ Concept เรื่องของเครือข่ายมากขึ้น...ปีที่แล้วเค้าขึ้นมาบทเวทีเขาก็ยังไม่เข้าใจในหลักการว่านี่เป็น Star นี่คือ Node นี่คือ Hub ซึ่งเป็นหลักการของเรื่องของเครือข่าย เค้าอาจจะไม่รู้ เค้าทำแบบนี้ แต่เค้าไม่รู้ว่าตรงนี้แหละคือเครือข่าย...เวทีนี้จะได้เรื่องของทฤษฎีเสริมเข้าไป..."

(คุณนวลจันทร์ ศักดิ์ธนากูล,นักวิชาการสาธารณสุข 8 หัวหน้ากลุ่มพันธมิตรการสร้างสุขภาพ .สัมภาษณ์เมื่อวันที่15 ต.ค. 2551)

"..การสัมมนาฯ ก็คือ เป็นการให้เขารู้ว่าถ้าจะทำให้พื้นที่ของเขาเข้มแข็งด้านสุขภาพ เขาจะต้องทำงานกันอย่างไร เครือข่ายเป็นอย่างไรเครือข่ายมีกี่ประเภท เครือข่ายแต่ละประเภทมีบทบาทหน้าที่อย่างไร เพื่อให้เขารู้แล้ววิเคราะห์ตัวของเขาเองก่อนว่า นะตอนนี้เครือข่ายของเขาเป็นแบบไหน แล้วถ้าเขาจะทำงานในพื้นที่ของเขา เขาจะทำงานอย่างไร ..."

(คุณพิศมัย สุขอมรรัตน์. นักวิชาการเผยแพร่ 7 กลุ่มพันธมิตรการสร้างสุขภาพ, สัมภาษณ์เมื่อวันที่15 ต.ค. 2551)

"...พี่คิดว่าคุณค่าของงานมันอยู่ที่เรารู้งานและเขารู้ทฤษฎี เขาจะไปได้เร็ว เพราะคนเราถ้าไม่มี Foundation ดีๆ ก็ไปได้ยาก สาธารณสุขมันมีเครือข่าย แค่เอาทฤษฎีไปจับ เห็นทางเลย..."

(คุณเบญจมาศ สุรมิตรไมตรี. นักวิชาการเผยแพร่ 8 หัวหน้ากลุ่มรณรงค์ด้านสุขภาพ. สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 21 ต.ค. 2551

ข. ชุดความรู้เรื่องสุขภาพ

จากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ.2550 - 2554) ได้ให้ความสำคัญกับปัญหาการบริโภคที่ไม่เหมาะสม และนำไปสู่การเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยบรรจุเป็นเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพคนว่า "...ลดอัตราเพิ่มของการเจ็บป่วยด้วยโรคป้องกันได้ 5 อันดับแรก คือ หัวใจ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน มะเร็ง และหลอดเลือดสมอง เพื่อนำไปสู่การ

เพิ่มผลิตภาพแรงงาน และลดรายจ่ายด้านสุขภาพ… ” เนื่องจากมีปัจจัยสาเหตุครอบคลุมทั้งเรื่องของพฤติกรรม การบริโภค ปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อม และวิถีการดำเนินชีวิต

กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายรณรงค์ป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เพราะจากการสำรวจภาวะสุขภาพในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป เมื่อปี 2547 พบว่า มีภาวะความดันโลหิตสูงร้อยละ 22 หรือประมาณ 11 ล้านคน และแต่ละปีมีคนไทยเสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงเกือบ 30,000 ราย ที่น่าตกใจคือ ผู้ป่วย 2 ใน 3 ไม่รู้ตัวมาก่อนว่าเป็นโรค อีกทั้ง ข้อมูลในปี 2549 ยังพบผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลทั่วประเทศสูงเกือบ 400,000 คน

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อ เป็นโรคเรื้อรังที่ป้องกันได้ โดยประชาชนจะต้องดูแลตนเองด้วยการ มีพฤติกรรมการบริโภคที่ถูกต้อง ควบคุมน้ำหนัก ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และควบคุมความเครียด นอกจากนี้ประชาชนยังต้องป้องกันตนเอง ด้วยการตรวจสุขภาพเป็นประจำด้วยการวัดความดันโลหิต ซึ่ง ถือเป็นวิธีการที่สำคัญอย่างยิ่งในการเฝ้าระวังสุขภาพของตนเองไม่ให้เกิดโรคและลดโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต ทั้งนี้ยังเป็นการลดภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัวและของประเทศ ซึ่งถือเป็นการส่งเสริมการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล พบว่ากองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพได้ตระหนักว่าสุขภาพอนามัยของประชาชนเป็นพื้นฐานสำคัญของการพัฒนาประเทศ จึงมีการจัดการสัมมนาถ่ายทอด และส่งเสริมประสานงานการดำเนินงานสร้างสุขภาพของภาคีเครือข่าย โดยมีการจัดกิจกรรมให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงแก่ภาคีเครือข่ายสุขภาพโดยมีความมุ่งหวังให้ภาคีเครือข่ายสุขภาพเกิดความตระหนักเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และนำความรู้ที่ได้ไปร่วมกันบูรณาการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ นอกจากนี้ยังมุ่งหวังให้ภาคีเครือข่ายสุขภาพทำหน้าที่ในการถ่ายทอดความรู้ และเฝ้าระวังสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ของตนเองต่อไป

จะเห็นได้ว่าทางกองสุขศึกษาได้นำประเด็นในเรื่องความดันโรหิตสูงมาใช้เป็นเนื้อหาในการให้ความรู้ ตลอดจนให้ภาคีเครือข่ายสุขภาพเห็นตัวอย่างในการดำเนินงานเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพในประเด็นอื่นๆ นอกเหนือจากกการออกกำลังกาย อีกทั้งในประเด็นเรื่องความดันโลหิตสูงนั้นถึงแม้จามาจากนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข แต่ข้อมูลจากนโยบายสุขภาพเหล่านี้ก็ได้มาจาก ฐานข้อมูลจากงานวิจัยแทบทั้งสิ้น นอกจากนี้จากการวิเคราะห์ของผู้วิจัยยังพบว่าการนำประเด็นในเรื่องโรคความดันโลหิตสูงมาใช้ในการดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพของภาคี

เครือข่ายยังเป็นส่วนช่วยให้ภาคีเครือข่ายสุขภาพมีความเข้มแข็งและเกิดความยั่งยืนได้อีกทาง เพราะโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ไม่ติดเชื้อแต่มีความเรื้อรัง การดำเนินกิจกรรมในเชิงประเด็นดังกล่าวจึงต้องทำอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ภาคีเครือข่ายสุขภาพมีกิจกรรมทำอย่างต่อเนื่องตลอดทั้งปี ไปจนถึงหลายปีทำให้ภาคีเครือข่ายสุขภาพเกิดความชำนาญจนสามารถประยุกต์ใช้กับประเด็นด้านสุขภาพอื่นๆได้อีกทั้งยังเป็นการสร้างพันธกรณีระยะยาวในการดำเนินงานสุขภาพ จนเกิดเป็นความสัมพันธ์ความผูกพันธ์ระหว่างกันในภาคีเครือข่าย และความต่อเนื่องนี้เองที่ที่สามารถทำให้ภาคีเครือข่ายสุขภาพมีความยั่งยืน

"...ปัญหา Top 10 มันหนีไม่พ้นหรอก...เบาหวาน ความดัน เป็นปัญหาเยอะ พูดกันเยอะมาก ทุกวันนี้เราพูดว่า เบาหวาน เป็นสื่อ Individual ไม่ได้ต้องสื่อทั้งชุมชนเพราะวิถีชีวิตคนก็เหมือนกัน Community จะมีวิธีเหมือนกัน...ความดัน พฤติกรรมเสี่ยงมันเป็นตั้งหลายโรค พฤติกรรมมันเปลี่ยนยาก มันตัดยาก ความสำเร็จของงานสุขศึกษามันยากมาก..."

(คุณสมบูรณ์ ขอสกุล. นักวิชาการสาธารณสุข 9 ชำนาญการ (ด้านส่งเสริมพัฒนา). สัมภาษณ์เมื่อวันที่20 ต.ค. 2551)

"...การสร้างความเข้มแข็งกับเครือข่ายตรงจุดนี้ เราก็จะเอาเนื้อหาเชิงประเด็นมาเป็นตัวตั้ง เอาประชาชนมาเป็นตัวตั้ง ประชาชนมีปัญหาอะไร มันเกี่ยวข้องกับใครบ้าง เกี่ยวข้องกับเนื้อหา ประเด็นอะไร...."

(คุณเพ็ญศรี เกิดนาค. ผู้อำนวยการกองสุขศึกษา. สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 28 ต.ค. 2551)

"...พอปีนี้ ผอ. เค้าเอานโยบายของกระทรวงฯเข้ามาว่าคุณต้องทำเรื่องความดันโลหิตสูงนะ ต้องมีกิจกรรมเฝ้าระวัง..."

(นางสาวนวลจันทร์ ศักดิ์ธนากูล,นักวิชาการสาธารณสุข 8 หัวหน้ากลุ่มพันธมิตรการสร้างสุขภาพ .สัมภาษณ์เมื่อวันที่15 ต.ค. 2551)

"...ปีที่ผ่านมาพี่ให้เขาทำในเรื่องของกิจกรรมการเรียนรู้ แล้วก็เฝ้าระวังในเรื่องความดันโลหิตสูง ซึ่งเราต้องเรียกเขามาอบรมถ่ายทอด..."

(คุณบุญตา เจนสุขอุดม.นักวิชาการเผยแพร่ 7 กลุ่มพันธมิตรการสร้างสุขภาพ. สัมภาษณ์เมื่อวันที 10 ต.ค. 2551)

3.2 ลักษณะหรือประเภทของกิจกรรมที่ใช้ ภายใต้โครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพ ในปีงบประมาณ 2551

3.2.1 กิจกรรมที่ใช้

ในส่วนของกิจกรรมในโครงการ ฯ ดังกล่าว ทางกลุ่มงานพันธมิตรสร้างสุขภาพ กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ได้มีการกำหนดกิจกรรมดังนี้

ก. จัดทำทำเนียบภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพ

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าตามที่กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ได้มีการดำเนินการจัดทำทำเนียบภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพ เพื่อให้ภาคีเครือข่ายสุขภาพได้นำทำเนียบภาคีเครือข่ายไปใช้ในการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่ และเพื่อเชื่อมประสานความร่วมมือกับหน่วยงานต่างๆ จากภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ทั้งในระดับ ส่วนกลางและส่วนภูมิภาคทั่วประเทศ และยังเป็นการสร้างความสัมพันธ์ให้สมาชิกในเครือข่ายเกิดความรู้สึกมีส่วนร่วม และเป็นหนึ่งเดียวกับภาคีเครือข่าย จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลยังพบว่ากิจกรรมการจัดทำทำเนียบภาคีเครือข่ายยังเป็นกิจกรรมที่เครือข่ายแบบราชการเท่านั้นที่สามารถคิดได้ และไม่ปรากฏให้เห็นในภาคีเครือข่ายแบบอื่นๆ กิจกรรมการจัดทำทำเนียบภาคีเครือข่ายในเครือข่ายแบบราชการยังสามารถทำได้ง่ายกว่าเพราะจุดเด่นของราชการอยู่ที่ความมั่นคงของหน่วยงาน สามาชิกที่เป็นภาคีเครือข่ายสามารถประสานงาน และขอความช่วยเหลือในการดำเนินงานสุขภาพของตนได้ง่าย เนื่องจากมีอาคารสถานที่ตั้งของหน่วยงานที่แน่นอน กองสุขศึกษาจึงได้จัดทำเอกสารทำเนียบรายชื่อผู้เข้าร่วมสัมมนาขึ้น เพื่อใช้ประโยชน์เป็นข้อมูลในการประสานความร่วมมือในการดำเนินงานสร้างสุขภาพในระดับพื้นที่ต่อไป โดยทางกองสุขศึกษาได้จัดทำและดำเนินการส่งให้กับทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัดและแจกจ่ายให้กับผู้สนใจ ผู้วิจัยสังเกตว่าประโยชน์ที่ได้จากการจัดทำเอกสารทำเนียบรายชื่อผู้เข้าร่วมสัมมนานอกจากที่กองจะใช้ในการติดต่อประสานงานในการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพของกองสุขศึกษาแล้ว แนวทางใหม่ที่พบคือการเปิดโอกาสให้ภาคีเครือข่ายสุขภาพ ตลอดจนผู้สนใจสามารถนำไปใช้ได้ ซึ่งสามารถติดต่อขอเอกสารดังกล่าวได้ทั้งที่กองสุขศึกษาและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด นอกจากนี้ทางกองสุขศึกษายังได้นำทำเนียบดังกล่าวนำขึ้นระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ตให้ผู้สนใจ Download ได้ โดยไม่ต้องเสียเวลาในการเดินทางด้วย

"...ทำไมถึงทำอันนี้ ก็มองว่าเมื่อก่อนที่เราจะมาทำเวทีนี้ ตอนแรกกิจกรรมปีที่แล้วดีไซน์ว่าทำทำเนียบเพราะพี่อยากจะรู้ว่ามีใครทำอะไรที่ไหนเกี่ยวกับเรื่องสร้างสุขภาพมีภาคีส่วนกลางอะไรบ้าง ส่วนพื้นที่มีอะไรบ้าง..."

(นางสาวนวลจันทร์ ศักดิ์ธนากูล,นักวิชาการสาธารณสุข 8 หัวหน้ากลุ่มพันธมิตรการสร้างสุขภาพ .สัมภาษณ์เมื่อวันที่15 ต.ค. 2551)

ข. จัดทำแนวทางการดำเนินงานสุขศึกษาสำหรับภาคีเครือข่าย ได้แก่

1. แนวทางการดำเนินงานพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล พบว่ากองสุขศึกษาได้มีการดำเนินการจัดทำเอกสารแนวทางการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ โดยภาคีเครือข่าย โดยได้มีการจัดทำขึ้นโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ทั้งในระดับจังหวัดและอำเภอ นอกจากนี้ยังมีผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) แกนนำชมรมสร้างสุขภาพของจังหวัดนครนายกและจังหวัดปราจีนบุรี โดยมุ่งให้เกิดประโยชน์เพื่อให้ภาคีเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่ได้ใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ครอบคลุมทั้งแนวทางการประสานงาน การวางแผน การสนับสนุนทรัพยากร/วิชาการ การจัดกิจกรรม การติดตาม ควบคุมกำกับ และการประเมินผลการดำเนินงานต่อไป

"...พี่อุ๋ยทำแนวทางพัฒนาพฤติกรรมโดยภาคีเครือข่าย พี่อุ๋ยเป็นเจ้าของโครงการหลัก แล้วก็อยู่ในรูปของคณะกรรมการ เชิญอาจารย์นิตยา จาก มสธ.มา (รองศาสตราจารย์ ดร.นิตยา เพ็ญศิรินภา สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช) แล้วก็มา Workshop กัน เขียนคู่มือออกมา โดยเอาทุกกลุ่มงานมาเขียนแล้วเราก็เอาไป Try out ที่นครนายก ที่ปราจีน...ก็จะมีเครื่องมือการเฝ้าระวังเรื่องไข้หวัดนก เรื่องของความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยง ทำเป็นแนวทาง Concept ของการทำงานว่าเราจะพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพอย่างไร มีกระบวนการที่จะใช้ในการพัฒนา ต้องค้นหาปัญกาสาธารณสุข ไปวางแผน มาดำเนินการ มาประเมิน..."

(คุณฉันทพิชญา โพธิสาจันทร์. นักวิชาการสาธารณสุข 7 กลุ่มพันธมิตรการสร้างสุขภาพ.สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 10 ต.ค. 2551)

2. บทเรียนการพัฒนาชมรมสร้างสุขภาพสู่ความเข้มแข็ง

ในปัจจุบันองค์กรต่างๆ ได้ให้ความสำคัญกับการเรียนรู้มากขึ้น เรื่องหนึ่งที่กำลังได้รับความนิยมในแวดวงคนทำงาน คือ การถอดบทเรียน (Distilled) ซึ่งเป็นการรวบรวมและจัดระบบความรู้ที่ได้จากการปฏิบัติของผู้ที่มีประสบการณ์ในเรื่องนั้นๆ ผู้วิจัยได้คนพบว่าการถอดบทเรียนดังกล่าวเป็นข้อค้นพบใหม่ เพราะในระบบการดำเนินงานราชการไม่มีวิธีการนี้แต่การถอดบทเรียนจะอยู่ในสถาบันหรือหน่วยงานวิชาการมากกว่า แต่เนื่องจากกองสุข

ศึกษา เป็นองค์กรทางราชการที่มีการดำเนินงานควบคู่ไปกับการศึกษาวิจัยเพื่อนำผลการศึกษาวิจัยดังกล่าวมาใช้เป็นฐานข้อมูลในการดำเนินงานของกองสุขศึกษา ทำให้กองสุขศึกษาเป็นหน่วยงานที่มีความผสมผสานระหว่างหน่วยงานราชการทั่วๆไปกับหน่วยงานทางวิชาการ สิ่งที่จะได้จากการถอดบทเรียนคือองค์ความรู้ทั้งที่ประสบความสำเร็จที่มักนิยมเรียกกันว่า Best Practice รวมทั้งประสบการณ์ความล้มเหลวหรือ Bad Practice ที่ทำให้เกิดการเรียนรู้ และสามารถใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของภาคีเครือข่ายได้ หลักในการถอดบทเรียนอยู่ที่กรอบแนวคิดหรือความเชื่อมโยงเชิงเหตุและผลของประเด็นในการถอดบทเรียน และที่สำคัญที่สุดคือทีมงานที่มีประสบการณ์ตรงและอ้อมต้องช่วยกันกำหนดกรอบแนวคิด ประเด็น เพื่อนำมาใช้ในการถอดบทเรียนร่วมกัน

การปฏิบัติการถอดบทเรียน ทีมงานต้องเข้าใจวัตถุประสงค์ของการถอดบทเรียน และให้สมาชิกเล่าเรื่องตามประเด็นที่ได้กำหนดไว้ การเปิดใจในการให้และรับฟังเรื่องราวของสมาชิกด้วยกัน ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในประสบการณ์การทำงานระหว่างกัน ดังนั้น จึงถือได้ว่ากระบวนการถอดบทเรียนเป็นเครื่องมือในการจัดการองค์ความรู้ (Knowledge Management/K.M.) เรื่องชมรมสร้างสุขภาพได้เป็นอย่างดี และในที่สุดนำไปสู่การพัฒนาองค์กรให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ (Learning Organizing/L.O.) อย่างแท้จริง

โดยประเด็นสำคัญที่นิยมในการถอดบทเรียน คือการตั้งคำถามว่าทำไมจึงผิดพลาดล้มเหลว และเกิดขึ้นได้อย่างไร มีอะไรเป็นอุปสรรคขัดขวางและจะแก้ไขได้อย่างไร สำหรับการถอดบทเรียนการพัฒนาชมรมสร้างสุขภาพในครั้งนี้ ได้นำเสนอผลที่เป็นข้อสรุปของบทเรียนใน 2 ประเด็นที่สำคัญ คือ ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการพัฒนาชมรมสร้างสุขภาพ และแนวคิดหลักการกระบวนการพัฒนาชมรมสร้างสุขภาพ และเพื่อให้มีบทเรียนที่มีรูปธรรมมากยิ่งขึ้น ข้อสรุปส่งท้ายได้นำเสนอตัวอย่างของการพัฒนาชมรมสร้างสุขภาพที่ประสบความสำเร็จด้วย จกข้อมูลข้างต้นทำให้สามารถวิเคราะห์ได้ว่า การทำงานภาคีเครือข่ายสุขภาพของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพสามารถทำให้เกิดการจัดการองค์ความรู้ (Knowledge Management/K.M.)ได้

จากนโยบายการสร้างสุขภาพโดยใช้กลยุทธ์ “รวมพลังสร้างสุขภาพ” และในปี 2546 มีการส่งเสริมสนับสนุนให้รวมกลุ่มเป็น “ชมรมสร้างสุขภาพ” โดยกำหนดเป้าหมายให้ ทุกหมู่บ้านมีชมรมสร้างสุขภาพอย่างน้อย 1 ชมรมต่อหมู่บ้าน/ชุมชน ในปี 2547 กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ในฐานะหน่วยงานรับผิดชอบงานเรื่องนี้ในส่วนกลาง ได้สนับสนุนให้ทุกจังหวัด ดำเนินการพัฒนาชมรมสร้างสุขภาพให้เข้มแข็งและยั่งยืน ภายใต้กลยุทธ์ “ใช้พื้นที่

เป็นฐาน บูรณาการทุกภาคส่วน สร้างกระบวนการเรียนรู้ สู่วิถีชุมชน” โดยให้มีชมรมสร้างสุขภาพต้นแบบอย่างน้อยจังหวัดละ 1 แห่ง จากประสบการณ์ดำเนินงานชมรมสร้างสุขภาพที่ผ่านมา ทางกองสุขศึกษา จึงมีการจัดให้มีการถอดบทเรียนดังกล่าวเพื่อจะได้เป็นองค์ความรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาชมรมสร้างสุขภาพ ภาคีเครือข่ายสุขภาพสู่ความเข้มแข็งและยั่งยืนต่อไป

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าการมีส่วนร่วมในการพัฒนาชมรมสร้างสุขภาพมีหลายฝ่ายเข้าร่วมในบทบาทและสถานการณ์ที่แตกต่างกัน ทางกองสุขศึกษาจึงได้จัดให้มีการถอดบทเรียนเรื่องนี้ขึ้น โดยผู้ที่เข้าร่วมในการถอดบทเรียนประกอบด้วย ผู้แทนจากกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข และผู้ที่มีประสบการณ์โดยตรงในพื้นที่ ได้แก่ แกนนำชมรมสร้างสุขภาพ จำนวน 4 แห่ง คือ ชมรมแอโรบิกชุมชนหมู่บ้านพร้อมสุข เขตบางเขน กรุงเทพมหานคร ชมรมสร้างสุขภาพ หมู่ 1 บ้านคลองขวาง ตำบลช้างทูน อำเภอบ่อไร่ จังหวัดตราด ชมรมสร้างสุขภาพบ้านทรัพย์นิยม เทศบาลตำบลวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว และ ชมรมสร้างสุขภาพหนองหญ้าปล้อง อำเภอหนองหญ้าปล้อง จังหวัดเพชรบุรี ซึ่งทุกชมรมที่กล่าวถึงเป็นตัวอย่างของชมรมที่ประสบความสำเร็จในการดำเนินงานได้ร่วมถ่ายทอดประสบการณ์การพัฒนาชมรมฯที่เป็นบทเรียนสำคัญและเป็นประโยชน์ การระดมความคิดในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ได้ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จและแนวทางในการดำเนินงานของชมรมสร้างสุขภาพที่ไปสู่ความเข้มแข็งและยั่งยืน ที่ได้จากประสบการณ์ตรงและสามารถปฏิบัติได้จริง อีกทั้งยังได้เกณฑ์ที่สามารถใช้วัดความเข้มแข็งของชมรมได้ด้วย นอกจากนี้ยังเป็นประโยชน์กับผู้ที่ทำงานกับชมรมฯ ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาชมรมสร้างสุขภาพให้เข้มแข็งต่อไป

“...มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พี่เอาตั้งแต่จังหวัด ถึงตำบลเลย เพราะจังหวัดสนับสนุน ตำบลนี้ทั้งปฏิบัติและสนับสนุน แล้วก็มี อบต. อยู่ที่จังหวัดเลือก แล้วเลือกชมรมไหนมา แต่ข้อบังคับของพี่ก็คือต้องมาจากชมรม พอคุณได้ชมรมแล้วแต่ว่าพื้นที่ตรงนั้น เครือข่ายของพื้นที่คุณคือใคร ก็จะเลือกมา 3-4 คน เพราะเรามีข้อจำกัดเรื่องเงิน โดยพี่จะเลือกชมรมที่หลากหลาย กทม. ไม่เหมือนอยู่แล้ว บริบทของเขาไม่เหมือนแล้วก็ได้ชมรม จะมี กทม. มา 1 เพชรบุรีมา 1 สระแก้ว 1 ตราด 1 กทม. บริบทสังคมเมืองแน่นอน เพชรบุรีนี้เป็นเขต อบต. แล้วเพชรบุรีเข้มแข็งโดย อบต. สระแก้วเข้มแข็งโดยผู้ป่วยเบาหวานกับความดันโลหิต ก็คือเป็นแกนนำด้านสุขภาพ...”

(คุณพิศมัย สุขอมรรัตน์. นักวิชาการเผยแพร่ 7 กลุ่มพันธมิตรการสร้างสุขภาพ, *สัมภาษณ์เมื่อวันที่15 ต.ค. 2551)*

"...ถามว่ารู้ได้ไงว่าเขาเข้มแข็ง กิจกรรมของเขามีมา 5 ปีไม่เคยหยุดนิ่ง ตรงนี้คือความเข้มแข็ง 1). ในเรื่องของกิจกรรมมีมาต่อเนื่อง 2).กิจกรรมขยาย ก็คือ จาก เอ ไปสู่ บี แล้วไปสู่ บูรณาการ ปัญหาของตำบลจะถูกขยายไปแบบนี้ 3). เครือข่ายของเขาจับมือแน่นเหนียวเป็นหนึ่ง 4). หมายถึง เครือข่ายในพื้นที่เขากลายเป็นคณะกรรมการของตำบลไปเลย เมื่อทุกสิ่งทุกอย่างส่งไปคณะกรรมการก็จะสกรีนเรื่องทุกอย่างก่อนจะไปถึงประชาชน มีการวางแผน เขามีการดูแลจับมือกันบริหาร เหมือนเป็นรัฐบาลเข้มแข็งมาก 5). คนร่วมกิจกรรม สมาชิกจากน้อย ตอนนี้เต็มพื้นที่เลย เป็นสมาชิกหมด..."

(คุณพิศมัย สุขอมรรัตน์. นักวิชาการเผยแพร่ 7 กลุ่มพันธมิตรการสร้างสุขภาพ, *สัมภาษณ์เมื่อวันที่15 ต.ค. 2551)*

"...ขั้นตอนของในการจัดบทเรียน หนึ่ง..กองฯ ทบทวนวรรณกรรมก่อน ที่เกี่ยวกับชมรมเข้มแข็ง มีปัจจัยอะไรบ้างก็สรุปออกมา เช่นแกนนำ ผู้นำ สมาชิก เครือข่ายสนับสนุน มีกิจกรรม คือจับเป็นประเด็นมาก่อน พอเสร็จเรียบร้อยเราก็ไปนำเสนอให้เขาว่า ชมรมเข้มแข็งแบบนี้มี จากที่เราเจอในงานวิจัยต่างๆ มันมีอยู่ 5 ปัจจัย เขาก็ Discuses เสร็จ เขาก็บอกว่าไม่ใช่ สอง...พื้นที่เล่าประสบการณ์ความเข้มแข็งของแต่ละคน และสรุปของตัวเอง สาม...เราเอาทั้งทุกพื้นที่ 4 พื้นที่ บวกของกองฯ ก็คือ 5 พื้นที่ ก็คือจังหวัดกับกองฯ มาบูรณาการกันแล้วก็สรุป ตามปัจจัยต่างๆ ที่ได้ ให้เห็นว่าแต่ละชมรมเขาเข้มแข็งอย่างไร..."

(คุณพิศมัย สุขอมรรัตน์. นักวิชาการเผยแพร่ 7 กลุ่มพันธมิตรการสร้างสุขภาพ, *สัมภาษณ์เมื่อวันที่15 ต.ค. 2551)*

ค. สัมมนา ถ่ายทอดและส่งเสริมประสานการดำเนินงานสร้างสุขภาพของภาคีเครือข่าย

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล พบว่ากองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ได้มีการดำเนินโครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ ภายใต้แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพชุมชนให้เข้มแข็ง โดยการพัฒนาสุขภาพในระดับพื้นที่ ซึ่งประกอบไปด้วย แกนนำสุขภาพในชุมชน ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรภาคประชาชนและอาสาสมัครอื่นๆ ในพื้นที่ โดยมีหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่เป็นหน่วยงานเชื่อมประสานและสนับสนุนให้ภาคีเครือข่ายสุขภาพดังกล่าวประสานในการดำเนินงานสร้างสุขภาพของชุมชน วัตถุประสงค์ของโครงการเพื่อส่งเสริมให้ภาคีเครือข่ายมีความรู้ ความเข้าใจ มีแนวทางในการดำเนินงาน เพื่อประสานงานแลกเปลี่ยนเรียนรู้และมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสร้างสุขภาพอย่างมี

ประสิทธิภาพและยั่งยืน การจัดเวที ถ่ายทอดและส่งเสริมประสานการดำเนินงานสร้างสุขภาพของภาคีเครือข่ายเป็นกิจกรรมหนึ่งในโครงการฯ ดังกล่าวข้างต้น

"...ส่งเสริมองค์ความรู้ใหม่ๆ เป็นเรื่องของการจัดเวทีแลกเปลี่ยนให้มาพบปะกัน มีการปรับเปลี่ยนเรียนรู้ แลกเปลี่ยนเพื่อให้มีการเลื่อน เพื่อจะทำให้เขาเห็นว่า ชุมชนนี้เป็นอย่างไรชุมชุมนั้นเป็นอย่างไร เป็นการส่งเสริมนอกเหนือจากตัวขั้นพัฒนา ทำให้รู้ว่าปัญหาชุมชนอื่นเป็นอย่างไรและแก้อย่างไร ทำให้เขามีทักษะและความรู้มากขึ้น และมีเพื่อนมากขึ้นในการสนับสนุนต่างๆ..."

(คุณทิวาพร กลมกล่อม นักวิชาการเผยแพร่ 8 กลุ่มรณรงค์ด้านสุขภาพ, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 14 ต.ค. 2551

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล ยังพบว่า เนื้อหา หรือหัวข้อที่ใช้ในการสัมมนา ได้แก่ การดำเนินงานสนับสนุนภาคีเครือข่ายในการสร้างสนับสนุนในพื้นที่ ประสบการณ์การดำเนินงานสร้างสุขภาพของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ บทเรียนการดำเนินงานสร้างสุขภาพของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ในการสนับสนุนการดำเนินงานชมรมสร้างสุขภาพ และการบูรณาการการดำเนินงานสร้างสุขภาพของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ โดยใช้รูปแบบการ บรรยาย อภิปราย และการประชุมกลุ่ม โดยในการจัดสัมมนา ถ่ายทอดและส่งเสริมประสานการดำเนินงานสร้างสุขภาพของภาคีเครือข่าย โดยมีกลุ่มเป้าหมาย เป็นภาคีเครือข่ายในระดับปฏิบัติงานในพื้นที่จังหวัดต่างๆทั่วประเทศ ซึ่งจังหวัดที่กองสุขศึกษา ดำเนินการส่งเสริมพัฒนาในปีงบประมาณ 2551 จำแนกตามรายภาค 4 เวที ได้แก่

เวทีที่ 1 ภาคเหนือ 14 จังหวัด ได้แก่ เชียงราย, พะเยา, เชียงใหม่, ลำพูน, ลำปาง, แพร่, น่าน, พิจิตร, พิษณุโลก, ตาก, อุทัยธานี, นครสวรรค์, กำแพงเพชร เพชรบูรณ์

เวทีที่ 2 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 16 จังหวัด ได้แก่ ขอนแก่น, บุรีรัมย์, มหาสารคาม, หนองคาย, กาฬสินธุ์, อุดรธานี, อุบลราชธานี, นครราชสีมา, เลย, ชัยภูมิ, หนองบัวลำภู, มุกดาหาร, สุรินทร์, นครพนม, สกลนคร, อำนาจเจริญ

เวทีที่ 3 ภาคใต้ 12 จังหวัด ได้แก่ สุราษฎร์ธานี, นครศรีธรรมราช, ตรัง, ภูเก็ต, สตูล, ชุมพร, สงขลา, พัทลุง, ยะลา, นราธิวาส, กระบี่, พังงา

เวทีที่ 4 ภาคกลาง 18 จังหวัดได้แก่ ลพบุรี, ราชบุรี, สระบุรี, ประจวบคีรีขันธ์, สมุทรสาคร, สุพรรณบุรี, นครนายก, นนทบุรี, ปทุมธานี, ชลบุรี, ระยอง, จันทบุรี, ชัยนาท, ตราด, กรุงเทพมหานคร , พระนครศรีอยุธยา, สระแก้ว กาญจนบุรี

"...เราอยากทำเครือข่ายล่างก่อน เพราะเราอยากให้งานมันเป็น Bottom up ...คุณต้องบอกได้ว่าคุณเป็นโรคอะไร คุณจะแก้ด้วยตัวเองยังไงเราอยากให้เราเป็นอย่างนั้น อยากให้เขาเรียกร้องสิทธิกันเอง แต่ถ้าตราบใดคุณยังคิดเองไม่ได้ คุณก็ถูก Top down แต่ถ้าคุณคิดเองได้ คุณเข้มแข็งคุณก็ Bottom up แล้ว..."

(คุณเบญจมาศ สุรมิตรไมตรี. นักวิชาการเผยแพร่ 8 หัวหน้ากลุ่มรณรงค์ด้านสุขภาพ. สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 21 ต.ค. 2551)

"...ปีที่แล้วกองมีจังหวัดมาตรฐาน(มาตรฐานงานสุขศึกษา) ผอ.บอกว่าให้ Integrate กัน อันไหนที่ทำมาตรฐานก็น่าจะทำเรื่องของเครือข่ายด้วย ก็เลยให้ยึดจังหวัดที่เป็นของกลุ่มงานมาตรฐาน เอาจังหวัดเค้าเป็นตัวตั้ง แต่ให้จังหวัดเลือกว่าเอาพื้นที่ซึ่งมีการจัดการเครือข่ายที่เข้มแข็ง แต่ 50 จังหวัดนี้เปลี่ยนไปเป็น 50 จังหวัดของมาตรฐาน 50 จังหวัดที่มาตรฐานให้เรามาเป็นจังหวัดที่เค้าขอประเมินมาตรฐานน่าจะบูรณาการกันในเมื่อเค้าทำมาตรฐาน แล้วเค้าน่าจะมีเครือข่ายในชุมชน พี่เอา 50 จังหวัดมากางปรากฏว่ามันตรงกับ 40 จังหวัดเดิมของพี่ หายไป 10 จังหวัด พี่ก็เลยเอาเข้ามาด้วย ก็กลายเป็นว่าพี่ทำ 60..."

(นางสาวนวลจันทร์ ศักดิ์ธนากูล,นักวิชาการสาธารณสุข 8 หัวหน้ากลุ่มพันธมิตรการสร้างสุขภาพ .สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 15 ต.ค. 2551)

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล ยังพบว่า ทางกองสุขศึกษามีความต้องการที่จะมีการพัฒนาสร้างเสริมความเข้มแข็งให้กับภาคีเครือข่ายสุขภาพระดับในพื้นที่ก่อน เพื่อให้เครือข่ายในระดับพื้นที่มีศักยภาพในตัวของตัวเองและมีความสามารถในการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ของตนเองได้ นอกจากนี้ยังทราบอีกว่าจังหวัดจำนวน 60 จังหวัดที่กองสุขศึกษา เลือกมาสัมมนาฯ เป็นจังหวัดที่มาจากเครือข่ายของกลุ่มงานมาตรฐานงานสุขศึกษา ที่มีการขอประเมินเพื่อให้ได้รับมาตรฐานงานสุขศึกษา จำนวน 50 จังหวัด ทั้งนี้เนื่องมาจากการที่สถานบริการสุขภาพไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาลไปจนถึงสถานีอนามัยในจังหวัดนั้นๆจะสามารถขอประเมินเพื่อให้หน่วยงานของตนนั้นผ่านเกณฑ์และได้รับมาตรฐานของงานสุขศึกษาได้นั้น จะต้องผ่านองค์ประกอบทั้ง 9 องค์ประกอบ อาทิเช่น ในเรื่องนโยบายการดำเนินงานสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ เกณฑ์ทั้งในระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ ล้วนแต่มีเกณฑ์เกี่ยวกับนโยบายการดำเนินงานสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพว่าจะต้องเกิดจากการมีส่วนร่วมของภาครัฐที่เกี่ยวข้องกับปัญหาท้องถิ่น และเกิดจากการมีส่วนร่วมของตัวแทนภาคประชาชน องค์กรเอกชนในท้องถิ่น เป็นต้น จะเห็นได้ว่ากลุ่มพัฒนาคุณภาพงานสุขศึกษา กองสุขศึกษา มีการบูรณาการเรื่องของภาคีเครือข่าย และการมีส่วนร่วมไว้ในมาตรฐานงานสุขศึกษา ของสถานบริการสาธารณสุข ดังนั้นสถานบริการสาธารณสุข ในจังหวัดต่างๆที่มีการขอประเมินฯ จึงต้องมีผลงาน

ด้านของภาคีเครือข่าย และการมีส่วนร่วม จึงสามารถสรุปได้ว่า จังหวัดต่างๆเหล่านั้นเป็นภาคีเครือข่ายสุขภาพ ของกองสุขศึกษาได้ สอดคล้องกับจังหวัดเดิมที่เคยมีการดำเนินการทำกิจกรรมภาคีเครือข่ายในปีที่ผ่านๆมา จำนวน 40 จังหวัด ขาดอีก 10 จังหวัดที่ไม่ตรงกับภาคีเครือข่ายของกลุ่มงานพัฒนาคุณภาพงานสุขศึกษา ทางผู้รับผิดชอบโครงการฯ จึงนำ 10 จังหวัดนั้นมารวมกับ 50 จังหวัดของกลุ่มงานพัฒนาคุณภาพงานสุขศึกษา รวมเป็น 60 จังหวัด

"...มาตรฐานของเราตั้งแต่องค์ประกอบที่ 1-9 การทำงานมีส่วนร่วมกับเครือข่ายมีบทบาทมาก...การมีส่วนร่วมภาครัฐ ท้องถิ่น ตัวแทนประชาชน นี่คือเครือข่าย...สถานบริการจะทำนโยบายนี้ ประชาชนต้องมีส่วนร่วม ภาคีเครือข่ายภาครัฐที่เกี่ยวข้อง ถ้าเป็นของโรงพยาบาลชุมชนก็จะยิ่งเยอะมาก องค์กรในท้องถิ่นมันก็จะเยอะ พวกที่เกี่ยวข้องและก็องค์กรเอกชนด้วยมันก็ถือว่าเป็นเครือข่าย...เพราะฉะนั้นเวลลทำงานมันก็จะมีเครือข่าย ทั้งระดับจังกวัด ระดับอำเภอ ระดับตำบลลงไปถึงชุมชน...แต่ละระดับมันก็จะเชื่อมต่อกัน.."

(คุณสุดาพร ดำรงวานิช. นักวิชาการสาธารณสุข หัวหน้ากลุ่มพัฒนาคุณภาพงานสุขศึกษา. .สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 22 ต.ค. 2551)

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล ยังพบว่า การสัมมนาฯ มีการใช้รูปแบบการ บรรยาย อภิปราย และการประชุมกลุ่ม โดยในวันแรกของการสัมมนาฯ จะมีการบรรยายเรื่องการประเมินสถานการณ์ภาคีเครือข่ายสร้างสุขภาพ โดย รองศาสตราจารย์ ดร.กาญจนา แก้วเทพ เพื่อเป็นการถ่ายทอดความรู้ ในเรื่องของการศึกษาภาคีเครือข่ายสร้างสุขภาพ เพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจ วิธีการดำเนินงานในเรื่องของเครือข่าย เปรียบได้กับเป็นการให้อาวุธในการนำไปดำเนินกิจกรรมในขั้นต่อไป รวมถึงกิจกรรมในพื้นที่ของตนเองด้วย

จากนั้นจึงมีการประชุมกลุ่ม เรื่อง สถานการณ์ภาคีเครือข่ายสร้างสุขภาพในแต่ละจังหวัด โดยมีการแยกประชุมกลุ่มย่อยตามจังหวัดของตน เพื่อเป็นการระดมความคิดในการวิเคราะห์ถึงสถานการณ์ภาคีเครือข่ายสุขภาพในแต่ละจังหวัดว่าเป็นอย่างไร มีใครมาร่วมดำเนินงานสร้างสุขภาพในจังหวัดบ้าง และบทบาทหน้าที่ของแต่ละคนในการดำเนินงานสร้างสุขภาพในจังหวัดมีอะไรไรบ้าง โดยให้มีการเขียนโครงสร้างภาคีเครือข่ายสร้างสุขภาพในแต่ละจังหวัดเพื่อเป็นการให้ภาพของภาคีเครือข่ายในจังหวัดได้ชัดเจนยิ่งขึ้น อีกทั้งยังนำข้อมูลที่ได้นี้มาใช้นำเสนอในกิจกรรมต่อไป นอกจากนี้ในการประชุมกลุ่มย่อยยังเป็นการสร้างความเข้าใจในการทำงานภาคีเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่ของตนเอง เข้าใจบทบาทหน้าที่ ตลอดจนเป็นการระดมสมองแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการหาภาคี และพันธมิตรทั้งเก่า และใหม่ในระดับพื้นที่ เพื่อนำมาช่วยในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพให้ประสบความสำเร็จ และในการค้นพบภาคี หรือพันธมิตรใหม่ๆ ใน

พื้นที่ ยังเป็นการช่วยขยายภาคีเครือข่ายสุขภาพให้มีความกว้างขวางส่งผลให้ภาคีเครือข่ายสุขภาพมีความเข้มแข็งมากขึ้น

"...อยู่ที่เราไปทำให้เขาเห็นภาพเครือข่ายเขาหรือเปล่า เห็นภาพบทบาทเขาไหม เพราะว่าถ้าเราทำให้เขาเห็นภาพ เขาจะทำงานได้เร็วขึ้น..."

(คุณเบญจมาศ สุรมิตรไมตรี. นักวิชาการเผยแพร่ 8 หัวหน้ากลุ่มรณรงค์ด้านสุขภาพ. สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 21 ต.ค. 2551)

จากนั้นจึงมีการนำเสนอผลการประชุมกลุ่ม ถึงสถานการณ์ภาคีเครือข่ายสร้างสุขภาพในแต่ละจังหวัด โดยมีการวิพากษ์โดยรองศาสตราจารย์ ดร.กาญจนา แก้วเทพซึ่งนำเสนอผลการประชุมกลุ่มนี้จัดเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้กับจังหวัดอื่น ได้เห็นถึงวิธีการดำเนินงานของภาคีเครือข่ายสร้างสุขภาพในจังหวัดต่างๆ และเพื่อที่จะนำมาประยุกต์ใช้กับจังหวัดของตนเองในการดำเนินการสร้างสุขภาพต่อไป

"...เขาต้องมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างเครือข่ายด้วยกัน การประชุม อบรม สัมมนาไม่ใช่เรื่องของการถ่ายทอดเท่านั้น แต่เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้...เอาข้อมูลตรงนั้นมาพูดคุยแลกเปลี่ยนกันว่าเรามีแนวทางในการแก้ไขอย่างไร เมื่อแก้ไขแล้วก็มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้อีกว่าผลจากการที่เราทำนั้นดีขึ้น หรือไม่ดีขึ้นอย่างไร"

(คุณเพ็ญศรี เกิดนาค. ผู้อำนวยการกองสุขศึกษา. สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 28 ต.ค. 2551)

ต่อจากนั้นจึงมีการอภิปราย ในเรื่อง "แนวทางการดำเนินงานพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง" จากวิทยากรผู้เชี่ยวชาญ เป็นการให้ความรู้ ความเข้าใจ ตลอดจนประสบการณ์การดำเนินงานในเรื่องที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง

จากนั้นจึงมีการประชุมกลุ่มอีกครั้ง เรื่อง แผนการดำเนินการจัดกิจกรรมสร้างสุขภาพของภาคีเครือข่ายในแต่ละจังหวัด โดยมีการแยกประชุมกลุ่มตามจังหวัดของตน เพื่อเป็นการร่วมระดมความคิดแผนการดำเนินงาน โครงการ กิจกรรมสร้างสุขภาพในจังหวัดของตนเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงโดยอาศัยความร่วมมือ การมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายสุขภาพในจังหวัดของตน จัดเป็นการบูรณาการการดำเนินงานสร้างสุขภาพของภาคีเครือข่ายในพื้นที่

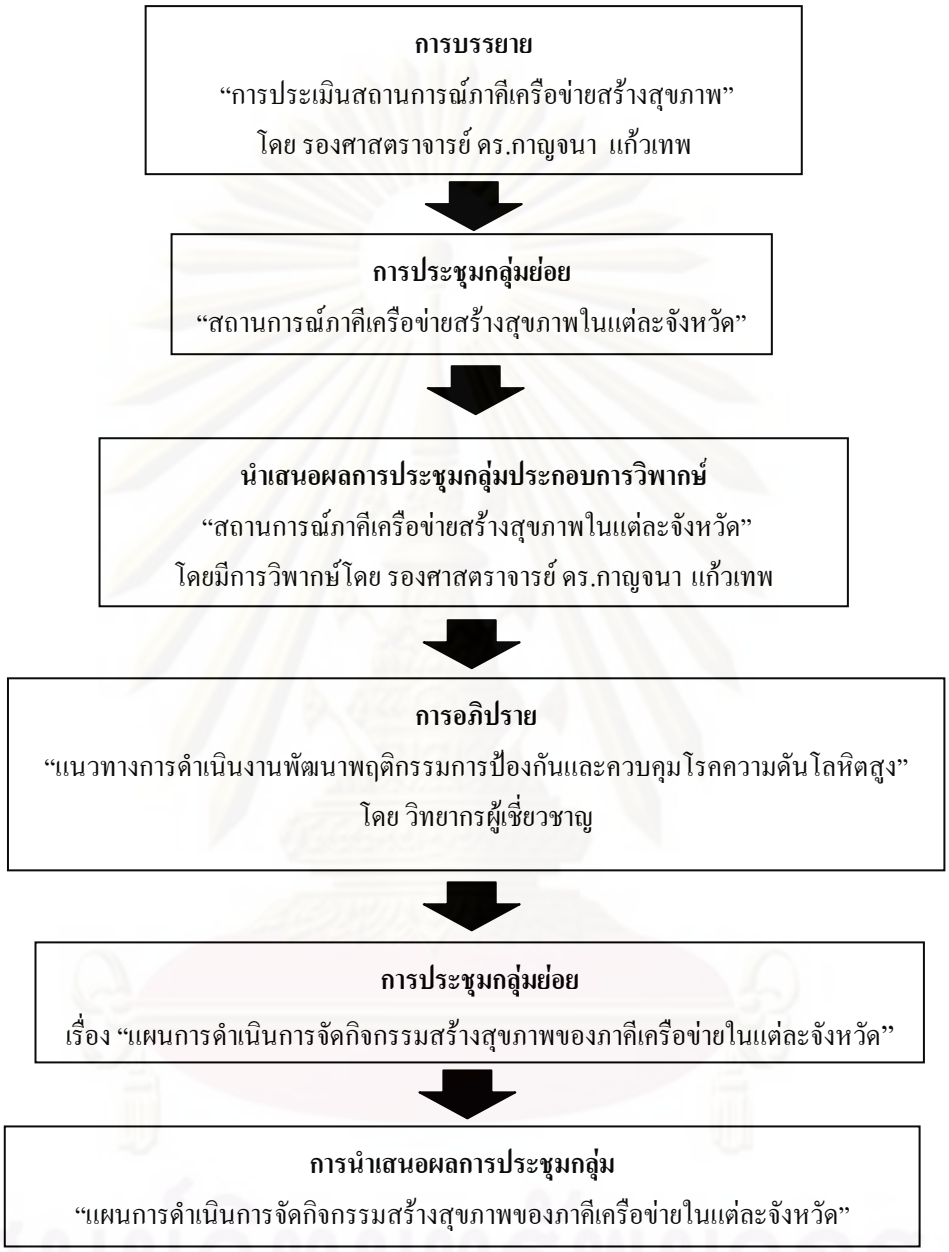
ต่อจากนั้นจึงมีการนำเสนอผลการประชุมกลุ่ม ถึงแผนการดำเนินการจัดกิจกรรมสร้างสุขภาพของภาคีเครือข่ายในแต่ละจังหวัด ซึ่งในแต่ละจังหวัดได้มีการนำเสนอโครงการดำเนินการจัดกิจกรรมสร้างสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดของตน ตลอดจนนำเสนอถึงการบูรณาการความรู้ในเรื่องของเครือข่ายมาใช้เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ในการจัดกิจกรรมดังกล่าว จากการนำเสนอของในแต่ละจังหวัดนี้จัดเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้กับจังหวัดอื่น ได้เห็นถึงวิธีการดำเนินงานของภาคีเครือข่ายสร้างสุขภาพในจังหวัดต่างๆ และสามารถนำมาประยุกต์ใช้กับจังหวัดของตนเองในการดำเนินการสร้างสุขภาพต่อไป

"..การสัมมนาฯ ก็คือ เป็นการให้เขารู้ว่าถ้าจะทำให้พื้นที่ของเขาเข้มแข็งด้านสุขภาพ เขาจะต้องทำงานกันอย่างไร เครือข่ายเป็นอย่างไรเครือข่ายมีกี่ประเภท เครือข่ายแต่ละประเภทมีบทบาทหน้าที่อย่างไร เพื่อให้เขารู้แล้ววิเคราะห์ตัวของเขาเองก่อนว่า นะตอนนี้เครือข่ายของเขาเป็นแบบไหน แล้วถ้าเขาจะทำงานในพื้นที่ของเขา เขาจะทำงานอย่างไร เขาก็มาทำแผน พอทำแผนบังเอิญเราถูกบังคับด้วยนโยบาย เราก็โยนเรื่องความดันเข้าไปเลย จริงๆ ไม่ควรโยน เขาต้องวิเคราะห์ปัญหาของเขาเอง ว่าปัญหาเขาคืออะไร เขาจะแก้อย่างไร..."

(คุณพิศมัย สุขอมรรัตน์. นักวิชาการเผยแพร่ 7 กลุ่มพันธมิตรการสร้างสุขภาพ, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 15 ต.ค. 2551)

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กิจกรรมสัมมนา ถ่ายทอดและส่งเสริมประสานการดำเนินงานสร้างสุขภาพของภาคีเครือข่าย



ภาพที่ 28 : แผนภาพแสดงกิจกรรมสัมมนาถ่ายทอดและส่งเสริมประสานการดำเนินงานสร้างสุขภาพของภาคีเครือข่ายภายใต้โครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพ ในปีงบประมาณ 2551

ผู้วิจัยได้ตั้งข้อสังเกตว่าลักษณะการประชุมสัมมนา ถ่ายทอดและส่งเสริมประสานการดำเนินงานสร้างสุขภาพของภาคีเครือข่ายในลักษณะเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่มีผู้เข้าร่วมประชุมเป็นจำนวนมาก และมีความหลากหลาย ทำให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้มีโอกาสได้มีส่วนร่วมใน

การแสดงความคิดเห็น ตลอดจนแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกัน ทำให้มีมุมมองที่หลากหลายในประเด็นเรื่องการดำเนินงานภาคีเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่ต่างๆ และการจัดกิจกรรมดังกล่าวทุกปียังเป็นการรักษาความสัมพันธ์ที่ดีของภาคีเครือข่ายสุขภาพของกองสุขศึกษาได้อีกทาง ถึงแม้จะมีการจัดที่โรงแรมมีกำหนดการ และกิจกรรมที่มีรูปแบบเป็นทางการ แต่จากการที่ผู้วิจัยได้เข้าไปสังเกตการณ์กลับพบว่า บรรยากาศภายในงานกลับมีความเป็นกันเอง ทั้งนี้อาจจะเนื่องมาจากรูปแบบความสัมพันธ์ของสมาชิกในภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดยกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ มีความสนิทสนมกับทางบุคลากรของกองสุขศึกษา และสมาชิกภาคีเครือข่ายสุขภาพอื่นๆ ภายในจังหวัดของตนเองอยู่แล้ว อีกทั้งมีการจัดประชุมสัมมนาฯ ในลักษณะนี้อยู่บ่อยครั้ง และมีการติดต่อสอบถามประสานงานในการดำเนินงานสุขภาพในพื้นที่กันอยู่เรื่อยๆ ทำให้เมื่อบรรยากาศเหมือนเป็นการกลับมาพบกับเพื่อนเก่า มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนสารทุกข์สุขดิบกันไป

ง.นิเทศติดตามผลการดำเนินงาน

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า หลังจากที่มีการสัมมนา ถ่ายทอดและส่งเสริมประสานการดำเนินงานสร้างสุขภาพของภาคีเครือข่าย ในแต่ละจังหวัดในพื้นที่จะมีการนำแผนการดำเนินงานจัดกิจกรรมสร้างสุขภาพ ที่ได้จากการร่วมระดมความคิดของภาคีเครือข่ายในจังหวัด ไปดำเนินการโดยจัดทำเป็นโครงการสร้างสุขภาพ เพื่อนำมาของบประมาณสนับสนุนการดำเนินโครงการฯ กับทางกองสุขศึกษา จังหวัดละ 10,000 บาท โดยใน 1 จังหวัดจะเบ่งเป็น 2 พื้นที่ พื้นที่ละ 5,000 บาท เพื่อใช้เป็นหัวเชื้อในการทำโครงการฯ การเสนอของบประมาณสนับสนุนการดำเนินโครงการฯดังกล่าวจะมีการเสนอขอผ่านทาง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และเมื่อการอนุมัติโครงการและงบประมาณไปแล้ว ทางกองสุขศึกษาจะลงไปติดตามความคืบหน้าของโครงการเพื่อเป็นการประเมินผลการดำเนินกิจกรรม เป็นการนิเทศติดตามผลการเรียนรู้ที่ได้จากการจัดเวทีสัมมนาฯ ไปใช้ประโยชน์ อีกทั้งยังเป็นการสร้างขวัญกำลังใจให้กับภาคีเครือข่ายในพื้นที่อีกด้วย ผู้วิจัยเห็นว่าการนิเทศติดตามผลการดำเนินงานเป็นจุดแข็งของหน่วยงานภาครัฐ

"...การไปนิเทศติดตามของเครือข่ายคือไปเยื่อม เพื่อที่จะหาว่าเข้ามีการพัฒนาเป็นอย่างไร ดูแนวทางพัฒนาเขา แล้วก็แก้ไขปัญหาอุปสรรค์หรือว่าเป็นการติดตามผลการดำเนินการ อันนี้ถือว่าเป็นการสร้างขวัญกำลังใจ อีกอย่างการสร้างขวัญกำลังใจคือการนัดเจอกันอยู่ในรูปของการประชุม เรียกว่าเป็นการนัดเจอกัน Face to Face อีกอย่างก็ทางโทรศัพท์ บางจังหวัดก็อาจจะ E-Mail โต้ตอบกัน..."

(คุณฉันทพิชญา โพธิสาจันทร์. นักวิชาการสาธารณสุข 7 กลุ่มพันธมิตรการสร้างสุขภาพ.สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 10 ต.ค. 2551)

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า กองสุขศึกษาได้มีวิธีการติดตามการดำเนินงานของภาคีเครือข่าย โดยการติดตามจากแผนการดำเนินงาน การติดตามการดำเนินงานทางโทรศัพท์ ซึ่งการโทรศัพท์ไปติดตามการดำเนินงานตามโครงการ นี้ยังเป็นการสร้างปฏิสัมพันธ์กับเครือข่ายในระดับพื้นที่อีกด้วย โดยการติดตามการดำเนินงานทางโทรศัพท์นี้จะใช้วิธีการโทรไปพูดคุยมีการสอบถามถึงอุปสรรคการดำเนินงานในพื้นที่ จากการใช้วิธีการติดตามทางโทรศัพท์ดังกล่าวยังทำให้ทราบว่า บางจังหวัดก็มีการดำเนินงานในพื้นที่อย่างเต็มที่ และมีการได้รับเงินสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยเฉพาะในเรื่องของงบประมาณการดำเนินงาน เนื่องจากงบประมาณที่ได้จากทางกองสุขศึกษามีไม่เพียงพอ นอกจากนี้การใช้วิธีการติดตามทางโทรศัพท์ดังกล่าวยังมีการดำเนินการไปที่ละขั้นตอนโดยมีการใช้โทรศัพท์เพื่อติดตามกับทางผู้รับผิดชอบในระดับจังหวัด นั้นก็คือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หากยังไม่ได้ผลก็มีการติดตามไปในระดับอำเภอ และตำบลตามลำดับ ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สถานีอนามัย เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) และมีการลงไปนิเทศติดตามในพื้นที่แต่ละภาค ภาคละ 2 จังหวัด เนื่องจากติดปัญหาด้านงบประมาณจึงไม่สามารถไปได้ทุกจังหวัด และจังหวัดที่ดำเนินการลงไปนิเทศติดตามนี้มีการเลือกจังหวัดที่เจ้าหน้าที่จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดไม่ได้มาเข้าร่วมสัมมนา เนื่องจากทางกองสุขศึกษาเล็งเห็นว่าอาจจะขาดการประสานงานในการดำเนินงานสร้างสุขภาพในพื้นที่ จึงมีการเลือกที่จะไปนิเทศติดตามในพื้นที่ดังกล่าวเป็นอันดับแรก นอกจากนี้การให้งบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานแบบให้เปล่าจังหวัดละ 10,000 บาท จำนวน 60 จังหวัด นับเป็นงบประมานมหาศาล ซึ่งถ้าไม่ใช่ภาคราชการเป็นการยากที่จะมีกิจกรรมแบบนี้ได้ และไม่พบกิจกรรมแบบนี้ในภาคีเครือข่ายแบบอื่นๆ

"...ข้อจำกัดของเราคือเรื่องงบประมาณ เราไม่สามารถไป 60 จังหวัด ระหว่างที่เราจัดสัมมนาเราบอกให้เค้าส่งแผนมา แล้วก็บอกว่าให้เขามีตัวแทนจังหวัดมา พอเรามาดูทำเนียบแล้วจังหวัดไหนที่ไม่มีตัวแทนที่อยู่ใน สสจ.มา ก็น่าห่วง เพราะกลับไปไม่มีใครเชื่อมให้เค้า หน้าที่ของ สสจ. คือมีหน้าที่เป็นตัวเชื่อมให้เค้า..."

*(นางสาวนวลจันทร์ ศักดิ์ธนากูล,*นักวิชาการสาธารณสุข 8 หัวหน้ากลุ่มพันธมิตรการสร้างสุขภาพ *.สัมภาษณ์เมื่อวันที่15 ต.ค. 2551)*

"...หลังจากที่ได้โอนเงินไปให้ 10,000 บาทแล้ว ก็ต้องมีการทำโครงการ ทำสรุปงาน เราก็เอาจุดตรงนี้ โทรไปคุย การที่กองสุขศึกษาให้เงินไป คุณได้ทำงาน OK มั้ย มีอุปสรรคอะไรบ้างมั้ย จะโทรไปถามลักษระแบบนี้ แต่ก็ไม่ทุกจังหวัด...เราต้องตามไปทีละ Step ถ้าจังหวัดไหนมีปัญหา ขั้นแรกเราจะตามที่เจ้าหน้าที่ประสานงานของจังหวัด ถ้าตามแล้วไม่ได้เราก็ตามที่เจ้าหน้าที่ สอ. คือเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ซึ่งบางครั้งยังไม่ได้ เราก็ลงไปที่ อบต. กับเทศบาล...เราควรมีการปฏิสัมพันธ์อย่างไม่เป็นทางการบ้างก็ดี จะทำให้การดำเนินงานดีขึ้น...เราไปนิเทศติดตามงานในแต่ละจังหวัด...ที่ผ่านมาก็ไปภาคละ 2 จังหวัด เพราะว่าด้วยเงินของกองไม่เพียงพอ...."

(คุณบุญตา เจนสุขอดม.นักวิชาการเผยแพร่ 7 กลุ่มพันธมิตรการสร้างสุขภาพ. สัมภาษณ์เมื่อวันที 10 ต.ค. 2551)

จ. จัดทำสรุปรายงานผลการดำเนินงานโครงการฯ

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า กลุ่มพันธมิตรการสร้างสุขภาพกองสุขศึกษา มีการจัดทำสรุปในการจัดสัมมนา ถ่ายทอดและส่งเสริมประสานการดำเนินงานสร้างสุขภาพของภาคีเครือข่าย ทั้ง 4 ภาค รวมถึงมีการรวบรวมภาคีเครือข่ายในแต่ละภูมิภาค เพื่อดำเนินการจัดทำเนียบภาคีเครือข่ายในแต่ละภาค นอกจากนี้ในปลายปีงบประมาณ 2551 ได้มีการจัดทำวิจัยเพื่อเป็นการประเมินผลสัมฤทธิ์การดำเนินงานของกองสุขศึกษา ปีงบประมาณ 2551 เป็นการวิจัยประเมินผล (Evaluation Research)ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเอกสาร (Documentary Research) โดยรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) เพื่อศึกษาถึงผลสัมฤทธิ์การดำเนินงานของกองสุขศึกษา ปีงบประมาณ 2551 จำนวน 15 โครงการ จำแนกตามผลผลิตจำนวนทั้งหมด 4 ผลผลิตที่กองสุขศึกษาเกี่ยวข้อง เก็บรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิ จากเอกสารรายงานผลการดำเนินงาน ประจำปีงบประมาณ 2551 ของกองสุขศึกษา โดยเฉพาะในผลผลิตที่ 8: ภาคีเครือข่ายได้รับการส่งเสริมพัฒนาและสนับสนุนให้มีกิจกรรมด้านสุขภาพ และบรรลุตามวัตถุประสงค์ของทุกโครงการ จำนวน 15 โครงการ สิ่งที่ได้จาการทำวิจัยประเมินผลนี้จะสามารถช่วยให้ทราบถึงความสอดคล้องในการจัดทำแผนปฏิบัติงานและความสำเร็จของตัวชี้วัดที่มีต่อผลผลิต รวมทั้งปัญหา อุปสรรค ผลการศึกษาที่ได้จะเป็นข้อมูลที่ดีสำหรับ การพัฒนาการดำเนินงานของกองสุขศึกษาในปีต่อไป

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลจากผลการวิจัยประเมินผลดังกล่าว ยังพบข้อมูลที่มีความสอดคล้องกับข้อมูลจากแหล่งอื่นๆว่า กองสุขศึกษาเป็นกองวิชาการและหน่วยงานในส่วนกลาง โดยภารกิจไม่สามารถจัดการเรียนรู้ด้านสุขภาพให้กับประชาชนได้โดยตรง ดังนั้นจึงได้กำหนดกลยุทธ์การสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและหน่วยงานสาธารณสุขในระดับจังหวัดในการดำเนินการจัดการเรียนรู้ด้านสุขภาพให้กับประชาชนในพื้นที่ โดยกองสุขศึกษาได้มี

การมุ่งเน้นให้เครือข่ายในระดับพื้นที่เกิดความตระหนักและเห็นความสำคัญของการดำเนินงานให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีความรู้และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ความตระหนัก การเห็นความสำคัญ และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่ในการดำเนินงานจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ

3.3 ประเภทของสื่อที่ใช้ในการนำเสนอ ภายใต้โครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพ ในปีงบประมาณ 2551

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า สื่อที่ใช้ในการนำเสนอในโครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพ ในปีงบ ประมาณ 2551 ได้แก่

3.3.1 สื่อสิ่งพิมพ์ (Printed Media)

สื่อสิ่งพิมพ์ ที่นำมาใช้ในโครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพ ในปีงบ ประมาณ 2551 ซึ่งส่วนใหญ่จะใช้ประกอบในการประชุมสัมมนา ถ่ายทอด และส่งเสริมประสบการณ์การดำเนินงานด้านสร้างสุขภาพของภาคีเครือข่าย ได้แก่ เอกสารประกอบการสัมมนาทางวิชาการต่างๆ (Handouts) อาทิ แนวทางการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพโดยภาคีเครือข่าย การศึกษาเครือข่ายภาคีสุขภาพ บทเรียนชมรมสร้างสุขภาพที่เข้มแข็ง ซึ่งเอกสารประกอบการประชุมสัมมนานี้ได้มีการเรียบเรียงสาระความรู้ต่าง ๆ เพื่อให้ภาคีเครือข่ายสุขภาพนำไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่จังหวัดของตน

นอกจากเอกสารที่ใช้ประกอบการสัมมนาฯ แล้ว ในกิจกรรมการประชุมกลุ่มยังมีการใช้แผ่นพลิก (Flip Chart) กระดาษเพื่อใช้วาดผังภาพโครงสร้างและความสัมพันธ์ของภาคีเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่แต่ละจังหวัด ข้อดีของสื่อแผ่นพลิก (Flip Chart) คือประหยัดเวลา สามารถเขียนเตรียมข้อความไว้ก่อนล่วงหน้าได้เมื่อต้องการอธิบายแผนภูมิประกอบ เก็บข้อความที่เขียนไว้ได้ หลังจากที่นำเสนอเสร็จสิ้นแล้ว ราคาถูก ทำให้ทุกคนมีส่วนร่วม โดยใช้จดบันทึกข้อเสนอ / ข้อโต้แย้ง เมื่อระดมความคิด ทำให้ทุกคนในที่ประชุมกลุ่มเห็นได้ชัด

สื่อสิ่งพิมพ์ยังเป็นตัวกลางถ่ายทอดเนื้อหา ความรู้ ซึ่งโดยภาพรวมสื่อสิ่งพิมพ์มีคุณค่าต่อการสื่อสารอย่างยิ่ง เพราะสามารถใช้ได้กับผู้ชมทุกระดับ และช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการสื่อสาร อาทิ ช่วยให้เกิดความน่าสนใจ ไม่น่าเบื่อ ช่วยให้การนำเสนอในสิ่งที่เป็นนามธรรมเป็นรูปธรรมมากขึ้น เช่น การเขียนผังภาพความสัมพันธ์ชองภาคีเครือข่ายในพื้นที่ในกิจกรรม

ประชุมกลุ่ม ช่วยให้การนำเสนอในสิ่งที่เข้ายาก สลับซับซ้อน เข้าใจได้ง่ายขึ้น ช่วยให้การสร้างความเข้าใจเป็นไปอย่างรวดเร็ว ประทับใจ และจดจำได้นานขึ้น ช่วยให้เกิดประสบการณ์ และความคิดสร้างสรรค์ในการรับรู้อย่างกว้างขวาง

"...เราสนับสนุนพวกเอกสาร หรือว่าสื่อลงไปให้เขาเท่านั้นแต่พื้นที่..."

(คุณดวงมาลย์ สัมมาวิภาวีกุล,นักวิชาการโสตทัศนูปกรณ์ 8 หัวหน้ากลุ่มสารสนเทศสุขศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพ. สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 28 ต.ค. 2551)

3.3.2 สื่อบุคคล (Personal Media)

สื่อบุคคลที่นำมาใช้ในการประชุมสัมมนา ถ่ายทอด และส่งเสริมประสบการณ์การดำเนินงานด้านสร้างสุขภาพของภาคีเครือข่ายจะเป็นบุคคลที่มีความรู้ ความสามารถ ความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับความรู้เครือข่ายการสื่อสาร และความรู้ด้านสุขภาพ สามารถถ่ายทอด สาระความรู้ แนวคิดและ ประสบการณ์ไปสู่ภาคีเครือข่ายสุขภาพที่เข้าร่วมการสัมมนาได้ วิธีการสื่อสารด้วยบุคคลจะเป็นการใช้คำพูดเป็นหลักด้วยวิธีการสนทนา อภิปราย บรรยาย ประชุม นอกจากนี้หากคำพูดนั้นพูดโดยบุคคลที่มีชื่อเสียงที่สังคมยกย่องนับถือก็จะยิ่งเพิ่มน้ำหนักในคำพูดนั้นมากขึ้น

การสื่อสารด้วยคำพูดนั้นมี 2 แบบ คือ แบบที่เป็นทางการ (Formal oral communication) และแบบที่ไม่เป็นทางการ (Informal oral communication) การสื่อสารด้วยคำพูดที่ใช้การประชุมสัมมนา ถ่ายทอด และส่งเสริมประสบการณ์การดำเนินงานด้านสร้างสุขภาพของภาคีเครือข่ายเป็นการสื่อสารแบบที่เป็นทางการ ได้แก่

ก. การอภิปราย ซึ่งเป็นการสื่อสารโดยกลุ่มคนตั้งแต่ 3 คนขึ้นไป ซึ่งเป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิดเห็น หรือเป็นการระดมความคิดในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ผู้เข้าร่วมการอภิปรายในการสัมมนาฯ เป็นผู้ที่เท่าเทียมกันในการแสดงความคิดเห็น

ข. การบรรยาย ซึ่งปีนการสื่อสารเพื่อถ่ายทอดข้อมูล ความรู้ ที่ต้องการสื่อสารความเข้าใจต่อเนื่องในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยผู้ฟังเป็นผู้รับสารและผู้บรรยายเป็นผู้ให้สาร ยิ่งถ้าผู้ที่เป็นวิทยากร หรือผู้บรรยายเป็นผู้ที่มีความรู้และประสบการณ์ในเรื่องที่บรรยายอย่างลึกซึ้ง หรือเป็นผู้ที่มีชื่อเสียงมักจะได้รับความสนใจ ซึ่งมีส่วนทำให้โครงการสัมมนาฯ ประสบความสำเร็จด้วยดี

ค. การประชุมกลุ่ม เป็นการร่วมกันปรึกษาหารือกันในกลุ่มหรือทีมงานอย่างมีระบบ มีการแสดงความคิดเห็น เป็นต้น

นอกจากนี้ยังมีการสื่อสารด้วยคำพูดแบบที่ไม่เป็นทางการ คือ การพูดคุย สนทนาระหว่างภาคีเครือข่ายสุขภาพที่มาเข้าร่วม นอกจากนี้ในขั้นตอนของการติดตาม และนิเทศยังใช้การพูดติดต่อสอบถามติดตามการดำเนินงานของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ทางโทรศัพท์ด้วย

"...สื่อที่ดีที่สุดคือสื่อคน....เครือข่ายที่จะได้ผลจะมีเจ้าหน้าที่ที่ทำหน้าที่สุขศึกษาเก่ง ๆสามารถตามงานด้านนี้ แล้วก็เข้มแข็งมากขึ้น คือพื้นที่ไหน จังหวัดไหนไม่ alert ก็เฉยๆ แต่ถ้าจังหวัดไหน alert พื้นที่ก็ดี บางทีเราก็ให้เงิน 2 อำเภอ เขาไปขอ สสจ. (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) ทำเป็นพื้นที่เลย..."

(คุณณัฐวดี ศรีส่ง, เจ้าพนักงานเผยแพร่ 5 กลุ่มพันธมิตรการสร้างสุขภาพ สัมภาษณ์เมื่อวันที่10 ต.ค. 2551)

"...สื่อหลักๆ ก็คือ สื่อบุคคล สำคัญมาก พี่ว่าเป็นแกนหลักเลย เพราะว่ามันทำงานกับคน สื่ออื่นเป็นตัวประกอบในการให้คนมีความมั่นใจในการทำอะไรมากขึ้น เป็นองค์ความรู้ตัวประกอบพื้นฐาน แต่จริงๆ แล้วสัมพันธภาพจะต้องกระชับ ยืนยง ยืนยาว แล้วก็ต้องมีกิจกรรมอย่างต่อเนื่อ...ง"

(คุณทิวาพร กลมกล่อม. นักวิชาการเผยแพร่ 8 กลุ่มรณรงค์ด้านสุขภาพ สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 14 ต.ค. 2551)

3.3.3 สื่อกิจกรรม

สื่อกิจกรรม กิจกรรม / กระบวนการ ที่นำมาใช้ในการประชุมสัมมนา ถ่ายทอดและส่งเสริมประสบการณ์การดำเนินงานด้านสร้างสุขภาพของภาคีเครือข่าย คือกิจกรรม/กระบวนการที่กองสุขศึกษากำหนดขึ้นเพื่อเสริมสร้างประสบการณ์การเรียนรู้ โดยการประยุกต์ความรู้ที่ได้จากการบรรยายในการสัมมนา มาประชุมกลุ่มเพื่อทำแผนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ เป็นการฝึกการมีส่วนร่วมทางอ้อมในภาคีเครือข่ายสุขภาพในจังหวัด นอกจากนี้การประชุมสัมมนา การบรรยาย การอภิปราย ยังจัดเป็นสื่อกิจกรรมได้อีกด้วย

3.3.4 สไลด์ PowerPoint กับเครื่อง LCD Projector

สไลด์ PowerPoint กับเครื่อง LCD Projectorโสตทัศนอุปกรณ์ที่ได้รับความนิยมเพิ่มมากขึ้นแม้จะมีราคาสูงแต่ประสิทธิภาพ เวลาใช้นอกจากจะต้องต่อกับคอมพิวเตอร์ซึ่งเป็นต้น

กำเนิดข้อมูลต่างๆ แล้ว ต้องอาศัยเครื่อง LCD Projectorเป็นตัวส่งผ่านไปยังจอภาพ ขอกจากนี้ยังมีเครื่องฉายภาพ 3 มิติ ที่เรียกกันว่า Visualizer presenter หรือ Video Imager

ข้อดีของการใช้สไลด์ PowerPoint กับเครื่อง LCD Projector คือ มีภาพ แสง สี เสียงกระตุ้นความสนใจผู้ฟังได้ดี สามารถใช้อธิบายข้อมูลภาพแผนภูมิกราฟได้ชัดเจน สามารถเตรียมล่วงหน้าและแก้ไขข้อความได้สะดวก เคลื่อนย้ายอุปกรณ์ได้ง่าย สามารถนำไฟล์วีดีโอมาเป็นตัวเสริมในการนำเสนอ

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล ยังพบอีกว่าว่า สื่อที่ใช้การเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดยกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ มีอีกมากมาย ซึ่งสามารถขอสื่อสนับสนุนในเรื่องต่างๆ ทั้งจากที่กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข แล้วยังสามารถ Download เอกสารต่างๆได้จาก Website ของกองสุขศึกษา คือ http://www.thaihed.com และที่ศูนย์การเรียนรู้สุขศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพ กองสุขศึกษา http://www.hblcenter.net และยังสามารถสืบค้นข้อมูลด้านสุขศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพ สื่อสุขภาพได้ ก่อให้เกิดความสะดวก และรวดเร็วในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ เว็บไซต์ดังกล่าวยังสามารถให้บริการข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพกับทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน

"...ศูนย์กลางเรียนรู้ต้องเกิดจากการมีส่วนร่วมของทุกคน.....จริงๆ แล้วพี่ตั้งใจจะทำตรงนี้ให้เป็น Center กลางของกองทั้งหมด แล้วให้ศูนย์เครือข่าย ศูนย์การเรียนรู้ในท้องที่เข้ามาหยิบไปใช้ คือเขาไม่ต้องมาถึงกรุงเทพก็ได้ เพียงแค่เขา Download อนาคตพี่จะให้เครือข่ายข้างนอกมาแจมข้อมูลกับพี่บ้าง...สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เราตั้งใจจะให้เป็นศูนย์การเรียนรู้ สำหรับเจ้าหน้าที่ด้วยซ้ำไป ..."

(คุณดวงมาลย์ สัมมาวิภาวีกุล, นักวิชาการโสตทัศนูปกรณ์ 8 หัวหน้ากลุ่มสารสนเทศสุขศึกษา และพฤติกรรมสุขภาพ.สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 28 ต.ค. 2551)

"...มีเว็บไซต์ 2 เว็บ HBL center http://www.hblcenter.net *() ซึ่งจะเป็นพวกลง Media เอาไว้ แล้วก็ Thai Health Ed (*http://www.thaihed.com*) ตรงนี้ ถ้า Thai Health Ed พี่ก็ส่งไปให้พี่หมูเขาลงแต่ถ้า HBL พี่ลงเองเลย...ถ้าเป็นหนังสือทั้งเล่มหรือ CD ทั้งหมดเลยสามารถ Download ...เขาสามารถเข้ามาโพสต์ แสดงความคิดเห็น งานทางด้านนี้มันเริ่มเป็นงานเชิงรุก คือระบบอินเทอร์เน็ตสามาถเข้าไปช่วยถึงทั่วประเทศแล้ว บางทีข้อมูลเขาสามารถที่จะ Download ไปใช้งานได้เลยไม่ต้องเสียเวลามาขอ..."*

(คุณศุภัคนิจ วิษณุพงษ์พร. นักวิชาการสาธารณสุข 7 กลุ่มสารสนเทศสุขศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพ. สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 15 ต.ค. 2551)

นอกจากนี้ จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล ยังพบอีกว่าว่ากองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ มีการใช้สื่อเพื่อสร้างสานความสัมพันธ์ของภาคีเครือข่ายสุขภาพ ด้วยการจัดส่งสื่อสิ่งพิมพ์ในลักษณะ Diary ซึ่งภายในจะประกอบไปด้วย ข้อมูลของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็น ผู้บริหารทั้งในระดับกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และของกองสุขศึกษา นโยบาย วิสัยทัศน์ ยุทธศาสตร์ ผู้วิจัยเห็นว่าการทำ Diary เป็นจุดแข็งของหน่วยงานภาคีเครือข่ายภาครัฐ คล้ายกับ สสส. ที่มีการผลิตสื่อดังกล่าวเพื่อใช้ในการสานความสัมพันธ์ และประชาสัมพันธ์โครงการต่างๆ และองค์กร ผู้วิจัยสังเกตว่าข้อเด่นของภาคีเครือข่ายราชการที่ได้จากการศึกษาภาคีเครือข่ายสุขภาพของกองสุขศึกษาคือ ภาคีเครือข่ายราชการจะมีทรัพยากรโดยเฉพาะสื่อต่างที่นำมาใช้ในการดำเนินงานด้านสุขภาพอยากมากมายไม่ขาดแคลนเหมือนภาคีเครือข่ายอื่นๆ

"...ก็ส่ง diary ให้เขา ที่เราทำทุกปี เล่มใหญ่ๆ ให้รู้จักเรา ส่ง diary ไปให้เขาบันทึกตลอดปี ด้านในมีทั้งผู้บริหารกองฯ วิสัยทัศน์ และแนวคิดของกองกับเครือข่าย..."

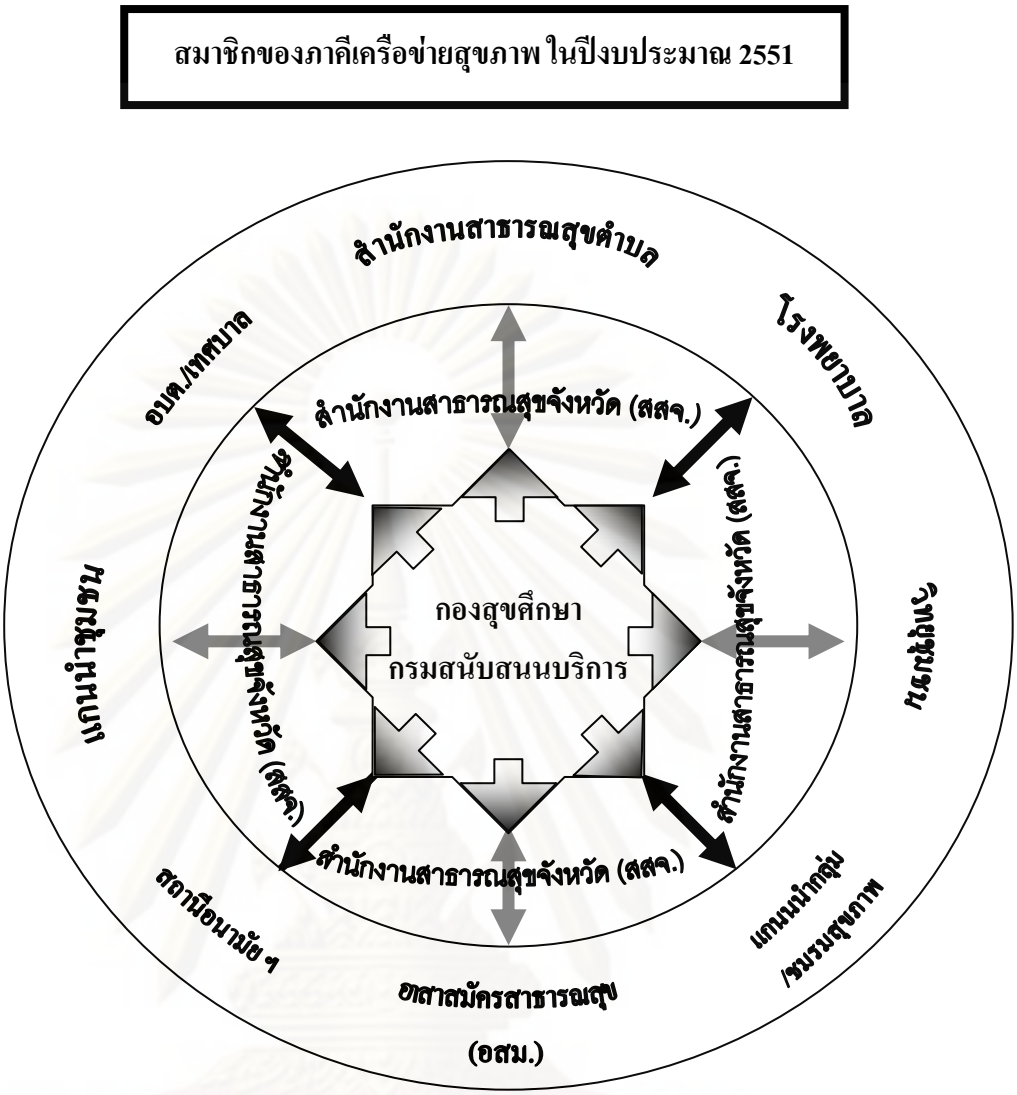
(คุณสมบูรณ์ ขอสกุล. นักวิชาการสาธารณสุข 9 ชำนาญการ (ด้านส่งเสริมพัฒนา). สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 20 ต.ค. 2551)

3.4 สมาชิกของภาคีเครือข่ายสุขภาพ ภายใต้โครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพ ในปีงบ ประมาณ 2551

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า สมาชิกของภาคีเครือข่ายสุขภาพ ภายใต้โครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพ ในปีงบ ประมาณ 2551 มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่รับผิดชอบงานชมรมสร้างสุขภาพ เจ้าหน้าที่ระดับอำเภอ ตำบล บุคลากรในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคีเครือข่ายที่สนับสนุนการดำเนินงานสร้างสุขภาพในพื้นที่ แกนนำชุมชน และแกนนำชมรมสร้างสุขภาพ นอกจากนี้ยังมีผู้ดำเนินรายการวิทยุชุมชนในพื้นที่จังหวัดเป้าหมาย และนักวิชาการของกองสุขศึกษาด้วย

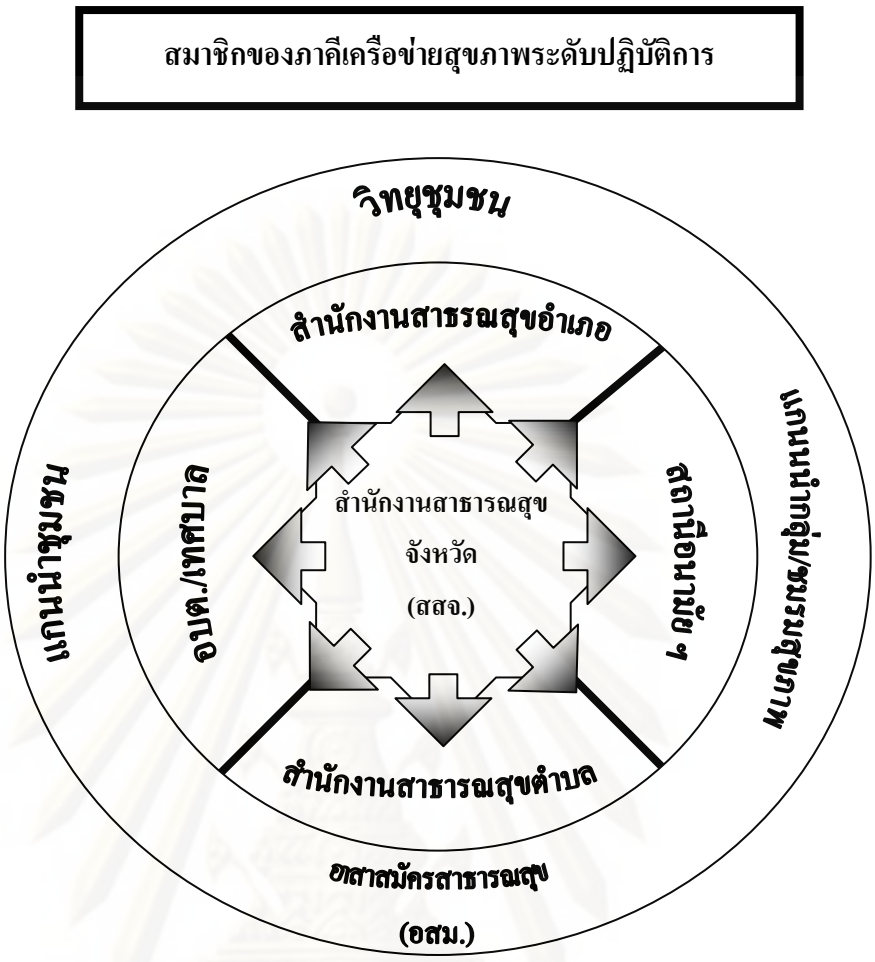
"...เรื่องสุขภาพหรืออะไร มันไม่พ้นจากคน 4 ส่วน เรื่องของท้องถิ่นก็คือองค์กรปกครองท้องถิ่น เรื่องของท้องที่ก็คือ พวกกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ที่เป็นผู้นำ เรื่องของรัฐ เป็นเรื่องของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พวกประชาชนซึ่งจะมาเป็นเครือข่ายการทำงาน ต้องมาจากทั้ง 4 ส่วนนี้..."

(นางสาวนวลจันทร์ ศักดิ์ธนากูล,นักวิชาการสาธารณสุข 8 หัวหน้ากลุ่มพันธมิตรการสร้างสุขภาพ .สัมภาษณ์เมื่อวันที่15 ต.ค. 2551)



ภาพที่ 29 : แผนภาพแสดงสมาชิกของภาคีเครือข่ายสุขภาพระดับปฏิบัติการ ภายใต้โครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพ ในปีงบประมาณ 2551

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาพที่ 30 : แผนภาพแสดงสมาชิกของภาคีเครือข่ายสุขภาพระดับปฏิบัติการ ภายใต้โครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพ ในปีงบประมาณ 2551

3.5. โครงสร้างตำแหน่งหรือการเชื่อมต่อภายในภาคีเครือข่าย ที่มีกองสุขศึกษาเป็นส่วนหนึ่งในภาคีเครือข่ายสุขภาพ ภายใต้โครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพ ในปีงบประมาณ 2551

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ในระยะแรกการดำเนินการดำเนินการเกี่ยวกับภาคีเครือข่าย กองสุขศึกษาจะเป็นศูนย์กลางของเครือข่ายระดับประเทศโดยเฉพาะในด้านวิชาการ เป็นเครือข่ายทางความรู้ เงินทุน กองสุขศึกษามีการดำเนินการส่งเสริม สนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดยเฉพาะในด้านองค์ความรู้สุขศึกษา และพฤติกรรมสุขภาพ และองค์ความรู้ด้านเครือข่าย เพื่อให้ภาคีเครือข่ายสุขภาพระดับปฏิบัติการในพื้นที่ นำความรู้ต่างๆ ไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินโครงการสุขภาพในพื้นที่เปรียบได้กับภาคีเครือข่ายสุขภาพระดับ

ปฏิบัติการในพื้นที่เป็นเครือข่ายกิจกรรมด้านสุขภาพ จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล ยังพบว่าหลังจากดำเนินการโครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพ ในปีงบ ประมาณ 2551 กองสุขศึกษา จะเปลี่ยนบทบาทการดำเนินการในภาคีเครือข่าย โดยมอบหมายให้ทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้ดำเนินการด้านเครือข่ายสุขภาพในการส่งเสริม สนับสนุนความรู้และกิจกรรมต่อไป เนื่องจากกองสุขศึกษาเป็นองค์กรในส่วนกลางการที่จะลงไปดำเนินการในระดับพื้นที่ให้ครอบคลุมเครือข่ายสุขภาพทุกที่ทำได้ยาก อีกทั้งยังไม่สามารถดูแลได้ทั่วถึงทำให้ขาดความต่อเนื่องในการรักษาความสัมพันธ์ของเครือข่าย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจึงมีความเหมาะสมในการดำเนินการด้านเครือข่ายในระดับพื้นที่ปฏิบัติการ กองสุขศึกษาจะทำหน้าที่พันธมิตรที่สนับสนุนการดำเนินงานสุขภาพต่างๆ ทั้งการสนับสนุนสื่อสุขภาพด้านองค์ความรู้ใหม่ ๆ ด้านสุขภาพ โดยการจัดกิจกรรมในการให้ความรู้ในรูปแบบต่างๆ เช่นมีการจัดอบรม สัมมนา จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้กับภาคีเครือข่ายสุขภาพ และส่งต่อให้กับทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศเพื่อให้ทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนำไปถ่ายทอดต่อให้กับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ของตนต่อไป

"...ส่วนภูมิภาค พี่มอง สสจ. เป็น Hub ถ้าส่วนกลางกองสุขศึกษาเป็น Star ถ้าเป็น Node ตรงนี้ที่พี่มอง พี่จะมองชมรมฯ เป็น Node แต่เรื่อง Star บางทีพี่มองว่ายังไม่ชัด...บางจังหวัดถ้าขึ้นตรงกับเรา ประสานงานกันตรงๆ กันเราก็เป็น Star ของเขา แล้วเราก็เป็น Hub ให้เขาด้วย กองสุขศึกษาตอนนี้เป็น Star แล้วก็เริ่มเปลี่ยนบทบาท ในครั้งต่อไปอาจจะเป็นพันธมิตรในการสนับสนุนต่างๆ ให้เขาแทน...ความคิดของพี่เราเป็นพันธมิตรสนับสนุนไม่ว่ากี่ปี เราต้องสนับสนุนเขา เป็นหน้าที่หลักของกอง..."

(คุณพิศมัย สุขอมรรัตน์. นักวิชาการเผยแพร่ 7 กลุ่มพันธมิตรการสร้างสุขภาพ, สัมภาษณ์เมื่อวันที่15 ต.ค. 2551)

"...เป็น Star ในเชิงที่แนะนำเรื่องการทำเครือข่าย จริงๆ เราต้องเป็นตัวที่ทำเรื่ององค์ความรู้เครือข่ายที่ชัด แต่ต้องมีตัวอย่างเยอะๆ..."

(คุณเบญจมาศ สุรมิตรไมตรี. นักวิชาการเผยแพร่ 8 หัวหน้ากลุ่มรณรงค์ด้านสุขภาพ. สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 21 ต.ค. 2551

"...ตอนหลังค่อยๆ ถอยออกมาเป็นพี่เลี้ยงเขา เปลี่ยนบทบาทมา ต้องปลีกตัวออกมาแล้วให้เขาดำเนินการเอง…ช่วยเขาสนับสนุนในเรื่องอื่นๆ อาจจะเป็นเงิน เป็นเครื่องมือ..."

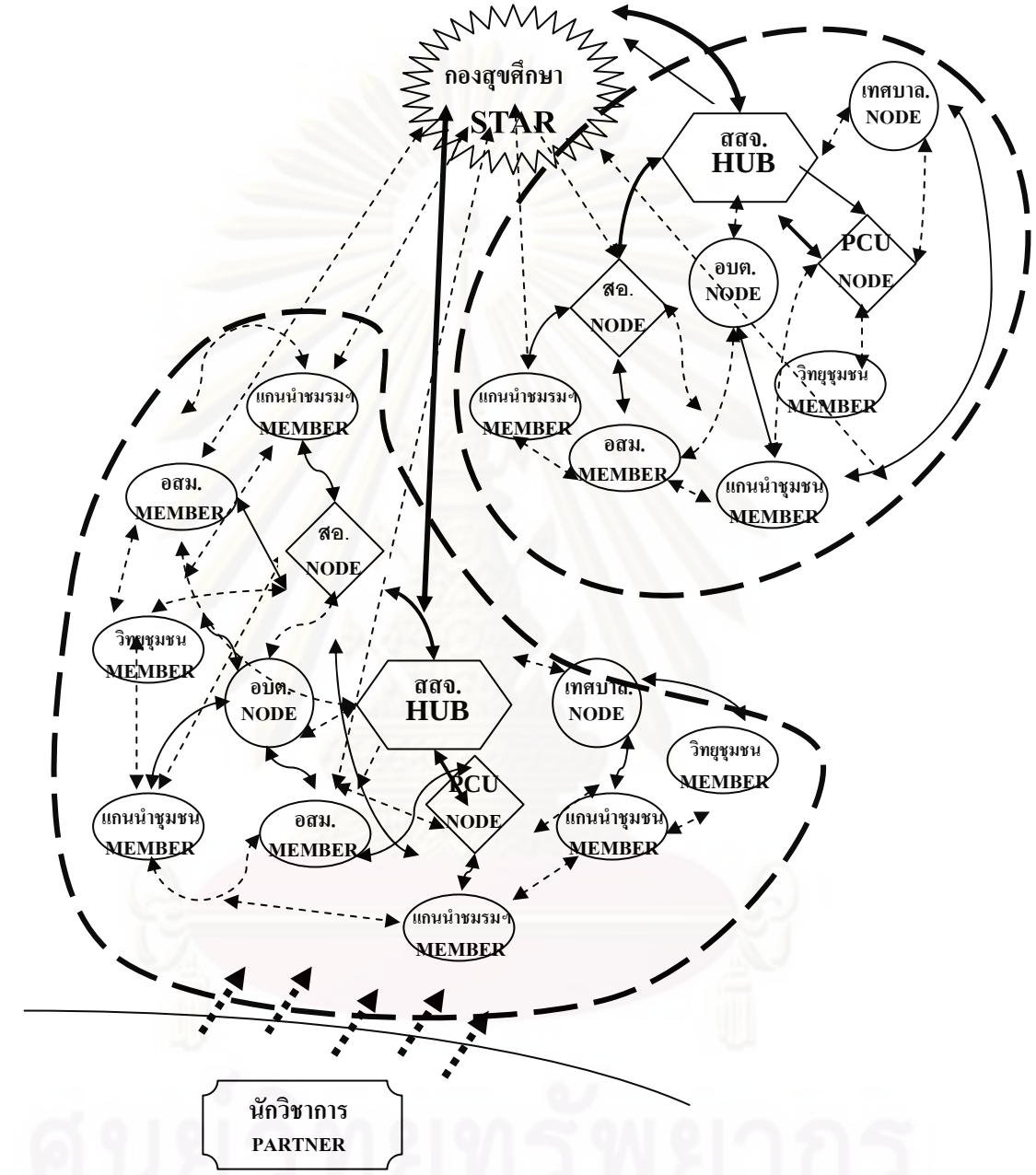
(คุณทิวาพร กลมกล่อม นักวิชาการเผยแพร่ 8 กลุ่มรณรงค์ด้านสุขภาพ, สัมภาษณ์เมื่อวันที่14 ต.ค. 2551)

สิ่งที่ผู้วิจัยได้ตั้งขอสังเกต คือ กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ยังมีบทบาทผสมผสานในฐานแกนนำภาคีเครือข่ายสุขภาพ ล่าม (Liaison) และสะพาน (Bridge) ซึ่งในบางกรณีสมาชิกที่สามารถเป็นล่าม ได้ต้องมีลักษณะ ได้แก่ เป็นสมาชิกที่ไม่ได้สังกัดอยู่ในกลุ่มย่อยกลุ่มใดในภาคีเครือข่ายสุขภาพแต่ทำหน้าที่เป็นตัวเชื่อมกับกลุ่มต่างๆ หรือบุคคลต่างๆ ที่ไม่ได้ติดต่อสื่อสารกันเข้าด้วยกัน ทั้งในเชิงการส่งต่อข้อมูลและการรับข้อมูลเพื่อมากระจายต่อในภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดยทั่วไปล่ามจะเป็นบุคคลที่มีความเป็นกลาง (Betweenness) สูง ในส่วนของการที่กองสุขศึกษาทำหน้าที่เป็นสะพาน (Bridge) เนื่องจากกองสุขศึกษาเองเป็นสมาชิกกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งในภาคีเครือข่ายสุขภาพ และมีบทบาทเป็นตัวเชื่อมกับสมาชิกกลุ่มอื่นๆ ในภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดยสมาชิกที่ทำหน้าที่เป็นสะพานมีความแตกต่างจากสมาชิกที่เป็นล่ามคือ ล่ามไม่ได้สังกัดกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งในภาคีเครือข่ายสุขภาพ ในขณะที่คนที่ทำหน้าที่เป็นสะพานเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มย่อยใดกลุ่มหนึ่งในเครือข่าย และทำหน้าที่ในการประสานงานกับบุคคลในกลุ่มอื่นๆ โดยเฉพาะในเรื่องการทำหน้าที่เป็นตัวเชื่อมกับกลุ่มต่างๆ ทั้งหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน NGO ที่เกี่ยวข้อง ทั้งในเชิงการส่งต่อข้อมูลและการรับข้อมูลเพื่อมากระจายต่อในเครือข่าย โดยเฉพาะข่าวสารใหม่ๆทางสุขภาพ วิธีการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในเครือข่าย ฯลฯ

นอกจากนี้กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพยังทำหน้าที่เป็นคนควบคุมข้อมูล (Gatekeeper) ในภาคีเครือข่ายสุขภาพ ซึ่งกองสุขศึกษามีบทบาทในการควบคุมการกระจายข้อมูลหรือการหมุนเวียนข้อมูลทั้งในเรื่องสุขภาพ และเรื่องอื่นๆ ที่มีความเกี่ยวข้องและเป็นประโยชน์กับภาคีเครือข่ายสุขภาพ ให้กับสมาชิกต่างๆ ในภาคีเครือข่ายสุขภาพ ซึ่งสมาชิกที่สามารถเป็นคนควบคุมข้อมูล (Gatekeeper)อาจเป็นบุคคลคนเดียวกับล่าม สะพาน หรือดาวเด่นก็ได้ แต่ที่สำคัญคือจะเป็นผู้ที่มีข้อมูลอยู่ในมือและมีอำนาจในการตัดสินใจแพร่กระจายข้อมูลไปยังบุคคลอื่นๆ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โครงสร้างตำแหน่งภายในภาคีเครือข่ายสุขภาพ กองสุขศึกษาภายใต้โครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพ ในปีงบประมาณ 2551



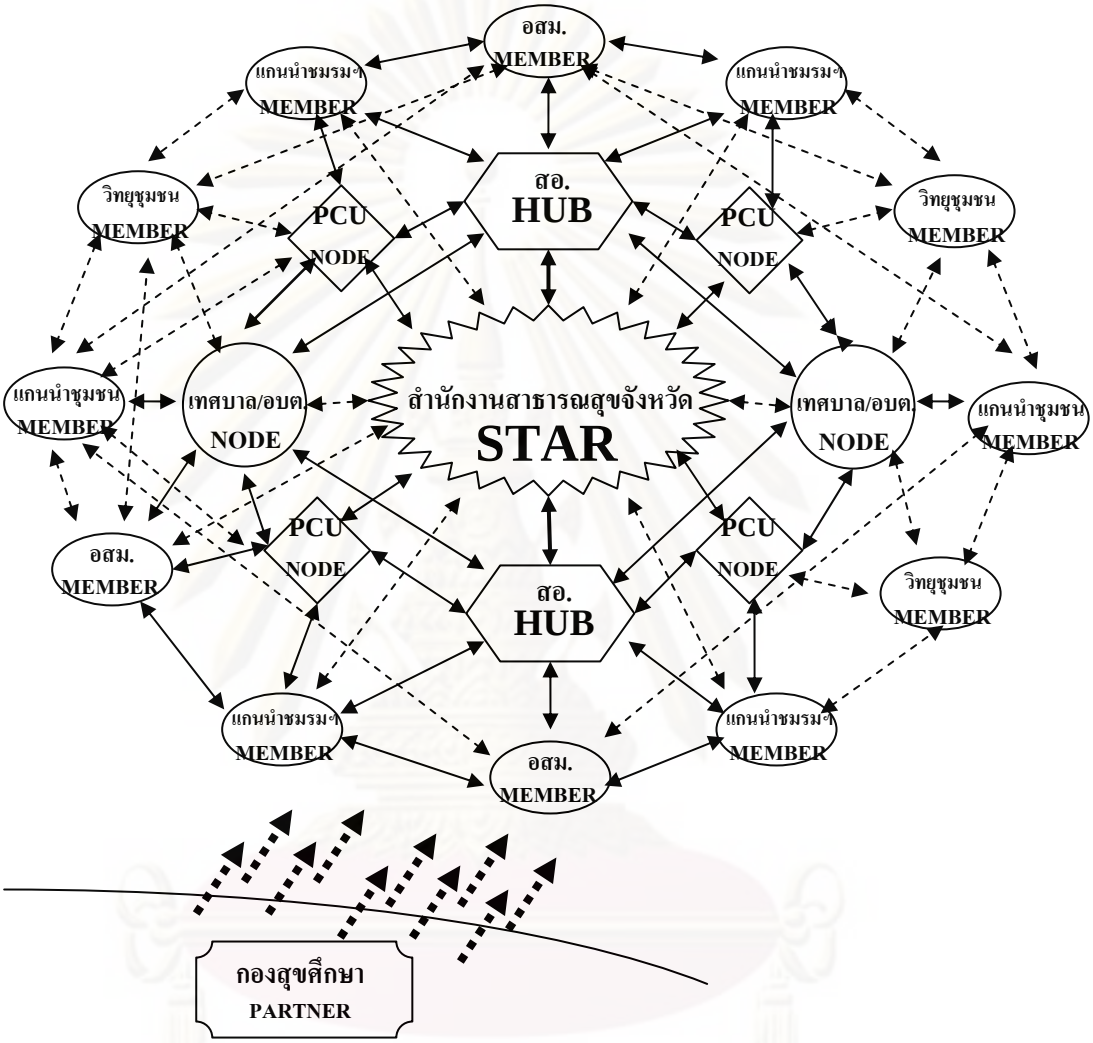
แสดงโครงสร้างตำแหน่งภายในภาคีเครือข่ายสุขภาพระดับปฏิบัติการ (จังหวัด)

แสดงเส้นการติดต่อสื่อสารตามโครงสร้างระบบราชการ

แสดงเส้นการติดต่อสื่อสารทั่วไปที่ไม่ใช่ตามโครงสร้างระบบราชการ

ภาพที่ 31 : แผนภาพแสดงโครงสร้างตำแหน่งภายในภาคีเครือข่ายสุขภาพ กองสุขศึกษา ภายใต้โครงการส่งเสริม การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพ ในปีงบประมาณ 2551

โครงสร้างตำแหน่งภายในภาคีเครือข่ายสุขภาพระดับปฏิบัติการ ของกองสุขศึกษา ภายใต้โครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ในการดำเนินงานสร้างสุขภาพ ในปีงบประมาณ 2551



แสดงโครงสร้างตำแหน่งภายในภาคีเครือข่ายสุขภาพระดับปฏิบัติการ (จังหวัด)

แสดงเส้นการติดต่อสื่อสารตามโครงสร้างระบบราชการ

แสดงเส้นการติดต่อสื่อสารทั่วไปที่ไม่ใช่ตามโครงสร้างระบบราชการ

ภาพที่ 32 : แผนภาพแสดงโครงสร้างตำแหน่งภายในภาคีเครือข่ายสุขภาพระดับปฏิบัติการของกองสุขศึกษา ภายใต้โครงการส่งเสริม การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพ ในปีงบประมาณ 2551

<u>ส่วนที่ 4.</u> ปัจจัยที่เป็นข้อส่งเสริมและปัจจัยที่เป็นข้อจำกัดของการสื่อสารต่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดย กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ในปีงบประมาณ 2551

<u>ผลการวิจัยส่วนที่ 4.</u> ปัจจัยที่เป็นข้อส่งเสริมและปัจจัยที่เป็นข้อจำกัดของการสื่อสารต่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดย กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

4.1. ปัจจัยที่เป็นข้อส่งเสริม

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ปัจจัยที่มีส่วนส่งเสริม ผลักดันให้ภาคีเครือข่ายสุขภาพโดยเฉพาะภาคีเครือข่ายสุขภาพในระดับปฏิบัติการมีความเข้มแข็ง ซึ่งเป็นข้อมูลที่ได้จากมุมมองของคนใน คือการสัมภาษณ์บุคลากรในกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข และภาคีเครือข่ายสุขภาพระดับปฏิบัติการที่มีความเข้มแข็ง ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ที่สนับสนุนและเสริมสร้างการพัฒนาศักยภาพของภาคีเครือข่ายสุขภาพมีความเข้มแข็ง

4.1.1. ปัจจัยที่เป็นข้อส่งเสริมของการสื่อสารต่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ จากมุมมองของคนใน

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ภาคีเครือข่ายสุขภาพจะมีความเข้มแข็งได้นั้น จำเป็นจะต้องมี

ก. การมีผู้ประสานภาคีเครือข่ายในระดับจังหวัด

จากผลการวิจัยพบว่า การที่ภาคีเครือข่ายสุขภาพจะมีความเข้มแข็งได้นั้น จำเป็นจะต้องมีผู้ประสานภาคีเครือข่ายในระดับจังหวัด ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติหน้าที่ด้านสุขศึกษา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ที่มีความสนใจงานด้านภาคีเครือข่ายสุขภาพ เนื่องจากบุคคลเหล่านี้จะเป็นผู้ประสานงาน ดูแล รวมถึงส่งเสริมการดำเนินงานภาคีเครือข่ายสุขภาพในระดับพื้นที่ต่อไป

ซึ่งจากโครงสร้างการบริหารงานของหน่วยงานราชการ ที่มีความสัมพันธ์ในเชิงโครงสร้างการบริหารงานแบบราชการ ส่งผลให้การดำเนินงานภาคีเครือข่ายสุขภาพในระดับพื้นที่ในแต่ละจังหวัด ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นหน่วยงานจากส่วนกลางจำเป็นต้องมีผู้ประสานงานในการดำเนินงานดังกล่าว หรือต้องมีผู้คอยรับลูกต่อในการนำไปปฏิบัติในระดับพื้นที่ ซึ่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นหน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลในเรื่องสุขภาพอนามัยของประชาชนในจังหวัดนั้นๆ ซึ่งก่อนจะมีการปฏิรูประบบราชการทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีโครงสร้างการบริหารงานภายในหลายงาน และงานสุขศึกษาจัดเป็นหน่วยงานภายในหน่วยงานหนึ่ง อีกทั้งเป็นหน่วยงานโดยตรงที่มีการประสานงาน รับลูกต่อจากกองสุขศึกษาโดยตรง แต่ภายหลังการปฏิรูประบบราชการไทย โครงสร้างการบริหารงานภายในของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดต่างได้มีการยุบรวมงานสุขศึกษาไปรวมกับหน่วยงานอื่นๆ อาทิ งานรณรงค์งานพฤติกรรมสุขภาพ เป็นต้น อีกทั้งยังมีการปรับเปลี่ยนหน้าที่บุคลากรสุขศึกษา ทำให้ขาดผู้ประสานงานโดยตรงกับทางกองสุขศึกษา ทำให้การดำเนินงานสุขศึกษาในหลายจังหวัดไม่ได้รับความสำคัญในการดำเนินงานในจังหวัดนั้นเท่าที่ควร รวมถึงการทำงานภาคีเครือข่ายสุขภาพโดยกองสุขศึกษาด้วย จึงทำให้กองสุขศึกษาขาดผู้ประสานงานในระดับจังหวัดที่มีความเข้าใจในรูปแบบการทำงานสุขศึกษาไป

จากการวิเคราะห์ข้อมูลยังทำให้ทราบว่าจังหวัดที่มีภาคีเครือข่ายสุขภาพที่มีความเข้มแข็ง มักจะมีผู้ที่รับผิดชอบตลอดจนให้ความสำคัญกับงานสุขศึกษา หรือมีงานสุขศึกษาเป็นโครงสร้างภายในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ที่ยังมีการดำเนินงานติดต่อกันมาเรื่อยๆ จนเป็นผู้ที่มีความชำนาญในงานสุขศึกษาเป็นอย่างดี ส่งผลให้การดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพโดยกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ในระดับพื้นที่จังหวัดดังกล่าวมีความเข้มแข็งกว่าจังหวัดอื่นๆ

"...เครือข่ายที่จะได้ผลจะมีเจ้าหน้าที่ที่ทำหน้าที่สุขศึกษาเก่ง ๆ สามารถตามงานด้านนี้แล้วก็เข้มแข็งมากขึ้น คือพื้นที่ไหน จังหวัดไหนไม่ alert ก็เฉยๆ แต่ถ้าจังหวัดไหน alert พื้นที่ก็ดี ..."

(คุณณัฐวดี ศรีส่ง. เจ้าพนักงานเผยแพร่ 5 กลุ่มพันธมิตรการสร้างสุขภาพ, สัมภาษณ์ เมื่อวันที่ 10 ต.ค. 2551)

ข. การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร

การสนับสนุนของผู้บริหารในระดับสูงทั้งในระดับกระทรวงสาธารณสุข กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จะยิ่งส่งเสริมให้ภาคีเครือข่าย

สุขภาพมีความเข้มแข็งมากขึ้น และจากการศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลยังทำให้ทราบว่าจากการปรับเปลี่ยนโครงสร้างการทำงานภายในของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ที่ทำให้งานสุขศึกษาถูกยุบไปรวมกับงานด้านสุขภาพอื่นๆ ภายในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เกิดมาจากการไม่เห็นถึงความสำคัญของการทำงานสุขศึกษา ของผู้บริหารระดับสูงในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดซึ่งส่วนใหญ่เป็นนายแพทย์ จึงอาจจะไม่เข้าใจหลักการทำงานสุขศึกษาเท่าที่ควร แต่ก็มีอีกหลายจังหวัดที่ผู้บริหารระดับสูงในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดให้ความสำคัญ และยังคงมีผู้รับผิดชอบงานสุขศึกษา และยังมีงานสุขศึกษาอยู่ในโครงสร้างภายใน ส่งผลให้จังหวัดดังกล่าวมีภาคีเครือข่ายสุขภาพที่มีความเข้มแข็ง

"...ขึ้นอยู่กับผู้บริหารว่าให้ความสำคัญขนาดไหน ขึ้นอยู่กับผู้บริหารว่าให้ความสำคัญแค่ไหน จังหวัดก็เหมือนกัน ยิ่งทุกภาคส่วน หลายหน่วยงานเข้ามาเกี่ยวข้องยิ่งดี..."

(คุณณัฐวดี ศรีส่ง. เจ้าพนักงานเผยแพร่ 5 กลุ่มพันธมิตรการสร้างสุขภาพ, สัมภาษณ์ เมื่อวันที่ 10 ต.ค. 2551)

ค. การได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานภายนอก

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล ยังพบว่า การที่เครือข่ายจะมีความเข้มแข็งจะต้องมีองค์กรภายนอกมาสนับสนุน ผลักดัน โดยเฉพาะเครือข่ายภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรพัฒนาเอกชน NGO องค์กรเอกชน อื่นๆ เพื่อให้การดำเนินงานด้านสุขภาพของภาคีเครือข่ายสุขภาพมีความเข้มแข็ง นำไปสู่ภาคีเครือข่ายสุขภาพที่มีความยั่งยืน สอดคล้องกับสาขาวิชารัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช (2545) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่เสริมสร้างความเข้มแข็งของการพัฒนาเครือข่ายภาคประชาชนตามโครงการประสานความร่วมมือระหว่างสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติกับเครือข่ายภาคประชาชน พบว่า ปัจจัยที่ส่งเสริมต่อการพัฒนาความเข้มแข็งของเครือข่ายภาคประชาชน คือ ความหลากหลายของกลุ่ม องค์กร เครือข่ายที่มีอยู่ในสังคม ดังนั้นในการทำงานแบบเครือข่ายถ้าเครือข่ายใดได้รับความร่วมมือ การให้การสนับสนุน ส่งเสริมในการดำเนินงานเครือข่ายจากหลายๆ ภาคส่วนในพื้นที่นั้นๆ ย่อมส่งผลให้การดำเนินงานภาคีเครือข่ายในพื้นที่นั้นมีความเข้มแข็ง และยั่งยืน

นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ ปาริชาต สถาปิตานนท์ และชัยวัฒน์ ถิระพันธุ์ (2546) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาความเข้มแข็งของเครือข่าย โดยเฉพาะปัจจัยภายนอกของเครือข่ายที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาความเข้มแข็งของเครือข่าย ได้แก่ การส่งเสริมจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น แหล่งทุน สถาบันวิชาการ หน่วยงานวิจัย และกองทุนสนับสนุนต่างๆ

และจากการที่มีองค์การ ในภาคส่วนต่างๆ ให้การสนับสนุนในการดำเนินงานภาคีเครือข่ายสุขภาพ แสดงให้เห็นว่าองค์การ ในภาคส่วนต่างๆเหล่านี้ได้ให้ความสำคัญในเรื่องของสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ และเข้าใจว่าภาคีเครือข่ายสุขภาพจะสามารถช่วยให้สุขภาพของประชาชนในพื้นที่นั้นๆ ดีขึ้นได้

"...ความเข้มแข็ง จึงต้องมีองค์กรนอกมาผลักดัน เพื่อที่จะแข่งกับเพื่อนได้ก็ต้องเป็นเครือข่ายที่เป็นเจ้าหน้าที่ภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กรรมการชุมชน หรือ NGO หรือว่ากลุ่มพ่อค้า กลุ่มที่มีพลังขับเคลื่อนในชุมชน เป็นกลุ่มที่เป็นธรรมชาติและไม่เป็นธรรมชาติมาผลักดันให้เข้มแข็ง และยั่งยืน..."

(คุณณัฐวดี ศรีส่ง. เจ้าพนักงานเผยแพร่ 5 กลุ่มพันธมิตรการสร้างสุขภาพ, สัมภาษณ์ เมื่อวันที่ 10 ต.ค. 2551)

ง. การได้รับการสนับสนุนงบประมาณ

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ภาคีเครือข่ายสุขภาพของกองสุขศึกษา เป็นภาคีเครือข่ายที่มีขนาดใหญ่ระดับประเทศครอบคลุมทุกจังหวัด และในการดำเนินงานหรือการจัดการกับภาคีเครือข่ายขนาดใหญ่ย่อมต้องมีค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการมาก การดำเนินงานภาคีเครือข่ายจึงจำเป็นต้องมีเงิน หรืองบประมาณในการสนับสนุน เพื่อให้ภาคีเครือข่ายโดยเฉพาะภาคีเครือข่ายสุขภาพในระดับปฏิบัติการนำไปดำเนินงานตามแผนงานด้านสุขภาพต่อไปได้ สอดคล้องกับ กาญจนา แก้วเทพ (2551) ที่ได้กล่าวว่า เครือข่ายนั้นจำเป็นต้อง "มีค่าใช้จ่าย / มีการลงทุน" หนึ่งในนั้นก็คืองบประมาณในการดำเนินงาน ยิ่งเป็นภาคีเครือข่ายขนาดใหญ่อย่างภาคีเครือข่ายสุขภาพโดยกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ที่มีการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพกับภาคีเครือข่ายสุขภาพทั่วประเทศ ย่อมต้องใช้เงินหรืองบประมาณในการจัดกิจกรรมต่างๆแก่เครือข่ายในพื้นที่อย่างต่อเนื่องในแต่ละจังหวัด ผู้วิจัยได้ตั้งข้อสังเกตว่าหน่วยงานที่จะมีความสามารถในการจัดสรรงบประมาณมากมายอย่างนั้นได้ คือหน่วยงานภาครัฐ นี่จึงเป็นจุดเด่นในการดำเนินงานภาคีเครือข่ายโดยภาครัฐที่มีแหล่งงบประมาณที่สามารถให้การสนับสนุนการดำเนินงานเครือข่ายได้อย่างต่อเนื่อง และส่งผลให้ภาคีเครือข่ายสุขภาพมีกิจกรรมดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในระดับพื้นที่อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ภาคีเครือข่ายสุขภาพมีความเข้มแข็งและมีความยั่งยืน

"...งบประมาณ ถือ เป็นสิ่งสำคัญ..."

(คุณทิวาพร กลมกล่อม. นักวิชาการเผยแพร่ 8 กลุ่มรณรงค์ด้านสุขภาพ, สัมภาษณ์ เมื่อวันที่14 ต.ค. 2551)

"...ต้องใช้งบประมาณ ถ้าไม่มีเงินเขาบอกว่าเขาอยู่ไม่ได้ มันต้องใช้เงิน..."

(คุณณัฐวดี ศรีส่ง. เจ้าพนักงานเผยแพร่ 5 กลุ่มพันธมิตรการสร้างสุขภาพ, สัมภาษณ์ เมื่อวันที่ 10 ต.ค. 2551)

ฉ. การมีจิตอาสา

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า บุคคลที่เข้ามาทำงานตลอดจนเป็นสมาชิกภาคีเครือข่ายสุขภาพส่วนใหญ่เข้ามาด้วยความสมัครใจ (Voluntary) เพื่อมาร่วมมือร่วมใจในการดำเนินการด้านสุขภาพให้บรรลุผล ซึ่งบุคคลเหล่านี้ต้องเป็นบุคคลที่มีพื้นฐานจิตใจที่เป็นผู้ให้ เช่น ให้สิ่งของ ให้เงิน ให้ความช่วยเหลือด้วยกำลังแรงกาย แรงสมอง ซึ่งเป็นการเสียสละสิ่งที่ตนเองมี แม้กระทั่งเวลา เพื่อเผื่อแผ่ ให้กับส่วนรวม จุดประสงค์ของภาคีเครือข่ายสุขภาพ คือ ดำเนินงานด้านสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพ เป็นการทำงานสาธารณประโยชน์ ซึ่งบุคคลหรือสมาชิกที่อยู่ในเครือข่ายหรือทำงานเครือข่ายจึงจำเป็นที่จะต้องมีความเสียสละให้กับส่วนรวมหรือที่ปัจจุบันนิยมเรียกว่ามีจิตอาสา แต่ทั้งนี้ทั้งนั้นผู้วิจัยคิดว่าในการดำเนินงานในรูปแบบเครือข่าย การสื่อสารเป็นเครื่องมือที่มีความสำคัญในการสร้างความสัมพันธ์ สร้างการมีส่วนร่วม สร้างจิตสำนึกร่วมกัน จำเป็นต้องใช้เทคนิควิธีการสื่อสารในหลากหลายรูปแบบในการรักษาความสัมพันธ์ของภาคีสมาชิกในเครือข่ายสุขภาพไว้ อาทิเช่น การสื่อสารเพื่อการเจรจาต่อรอง การประนีประนอม และการสื่อสารเพื่อทำความเข้าใจระหว่างตัวแสดงต่างๆ ภายในภาคีเครือข่ายสุขภาพ เพื่อให้บรรลุผลตามเป้าหมายที่วางไว้ร่วมกัน

"...ที่สำคัญต้องมีจิตอาสา การที่จะเข้มแข็งนี้มีปัจจัยหลายอย่างคือ ต้องมีวิสัยทัศน์ที่ดี มีจิตอาสา..."

(คุณณัฐวดี ศรีส่ง. เจ้าพนักงานเผยแพร่ 5 กลุ่มพันธมิตรการสร้างสุขภาพ, สัมภาษณ์ เมื่อวันที่ 10 ต.ค. 2551)

จึงอาจสรุปได้ว่าปัจจัยที่เป็นข้อส่งเสริมของการสื่อสารต่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ จากมุมมองของคนใน ซึ่งภาคีเครือข่ายสุขภาพจะมีความเข้มแข็งได้นั้น จำเป็นจะต้องมีผู้ประสานภาคีเครือข่ายในระดับจังหวัด และต้องการสนับสนุนของผู้บริหารใน

ระดับสูงทั้งในระดับกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงในระดับประเทศจะยิ่งส่งเสริมให้ภาคีเครือข่ายสุขภาพมีความเข้มแข็งมากขึ้น อีกทั้งในเรื่องของบริบททางวัฒนธรรมการดำเนินชีวิตมีส่วนในการทำให้ภาคีเครือข่ายสุขภาพมีความเข้มแข็ง โดยเฉพาะบริบทวัฒนธรรมทางความเชื่อในการดำเนินชีวิตในแต่ละภูมิภาค นอกจากนี้การที่มีองค์กรภายนอกมาสนับสนุน ผลักดัน โดยเฉพาะเครือข่ายภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความมั่งคงสูงจะยิ่งส่งเสริมให้ภาคีเครือข่ายสุขภาพมีความเข้มแข็งมากขึ้น และในการการดำเนินงานเครือข่ายจำเป็นต้องมีเงิน หรืองบประมาณช่วยสนับสนุน จากการเก็บข้อมูลเป็นที่น่าสังเกตว่าคนที่อยู่ในภาคีเครือข่ายสุขภาพหรือทำงานภาคีเครือข่ายสุขภาพ ไม่มีรายได้เสริมหรือรายได้ที่มาจากการมาทำงานภาคีเครือข่ายสุขภาพ ผู้ที่ทำงานภาคีเครือข่ายสุขภาพจึงจำเป็นที่จะต้องมีจิตอาสา

4.1.2. ปัจจัยที่เป็นข้อส่งเสริมของการสื่อสารต่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพจากมุมมองของภาคีเครือข่ายระดับปฏิบัติการที่มีความเข้มแข็ง

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า การที่ภาคีเครือข่ายสุขภาพจะมีความเข้มแข็งได้นั้น จำเป็นจะต้องมี

ก. การปฏิสัมพันธ์ที่ดี

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ภาคีเครือข่ายสุขภาพจะมีความเข้มแข็งได้นั้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั้งในระดับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ไปจนถึงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับตำบล ต้องเป็นผู้ที่มีปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกในภาคีเครือข่ายสุขภาพอย่างเป็นกันเอง ให้ความช่วยเหลือ เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ เป็นการสร้างความประทับใจให้กับภาคีเครือข่ายสุขภาพ นอกจากนี้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั้งในระดับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ไปจนถึงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับตำบล ต้องเข้าไปเยื่อมเข้าไปกระตุ้นสมาชิกในภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดยเฉพาะในการดำเนินงานด้านสุขภาพในพื้นที่ นอกจากนี้ยังทราบอีกว่าความสัมพันธ์ที่ดีของสมาชิกในภาคีเครือข่ายสุขภาพยังมีส่วนทำให้การดำเนินงานสุขภาพ เช่น การขอสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทำให้การดำเนินงานสุขภาพของภาคีเครือข่ายสามารถประสบความสำเร็จได้ดียิ่งขึ้น

สอดคล้องกับ Scheuing Eberherd (1994 อ้างใน นฤมล นิราธร, 2542) กล่าวถึงความสำเร็จของการทำงานแบบเครือข่าย โดยส่วนหนึ่งในความสำเร็จของการทำงานเครือข่ายคือการรักษาพันธกรณีระยะยาว และการมีพันธะสัญญาที่หนักแน่นระหว่างกัน คือ การมีอุดมการณ์

และความสัมพันธ์ที่เหนียวแน่ แล้วยังหมายถึงการมีมิตรภาพที่ใกล้ชิด มีสายสัมพันธ์ระหว่างกันด้วย การมีมิตรภาพและสายสัมพันธ์นั้นมิใช่สิ่งที่จะสร้างได้ข้ามคืน แต่หมายถึง การผ่านกระบวนการทำงาน ความสำเร็จ ความล้มเหลวร่วมกันและร่วมปรึกษาหารือกันอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ และ "การติดต่อสื่อสาร" ก็เป็นเครื่องมือหนึ่งที่จะรักษาความสัมพันธ์ในการสร้างมิตรภาพ นอกจากนี้ ปาริชาต สถาปิตานนท์ และชัยวัฒน์ ถิระพันธุ์ (2546) ได้กล่าวถึง เครือข่ายที่ดีและมีประสิทธิภาพนั้นจะต้องมีชีวิตชีวา หนึ่งในนั้นคือการรักษาความสัมพันธ์ของมวลสมาชิกในเครือข่าย

"...ส่วนมากคือปฏิสัมพันธ์ในระหว่างองค์กร ระหว่างเจ้าหน้าที่แล้วกลุ่มของเขา อันแรกเลยก็คือที่เขาให้เราช่วยเหลือนี้ เราได้ตอบสนองหรือไม่ อย่างรวดเร็วหรือเปล่า เช่น เขาต้องการข้อมูลข่าวสารนี้เราสามารถให้เขาได้ไหม...เวลาเจอกันจะต้องพูดคุยทักทายกันเหมือนกับเราเนียเป็นเพื่อนกันเป็นพี่น้องกัน หรืออย่างเวลาเราเจอเขาที่ไหนหรือเวลาเขามาที่หน่วยงานเราเนียถึงแม้นมันจะไม่ใช่มาหาเราเราก็ต้องคอยอำนวยความสะดวกให้เขา ตรงนี้มันก็จะเป็นความประทับใจส่วนตัว ตรงนี้มันก็จะเป็นส่วนปลีกย่อยเล็กๆน้อยๆว่าเราให้เกียรติเขาเราเห็นความสำคัญของเขา..."

(คุณศศิวรรณ ชนะศุภโชค.นักวิชาการสาธารณสุข 8 หัวหน้างานสุขศึกษา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี. สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 18 พ.ย. 2551)

"...หน่วยงานที่ได้เข้าไปมีกิจกรรมร่วมกับภาคีนี้เข้าไปคลุกคลีกับเค้า มันก็มีส่วนทำให้เค้าเข้มแข็งขึ้นอยู่แล้วครับ และก็ภาคีนี้จำเป็นต้องได้รับการกระตุ้นอยู่ตลอดเวลา อย่างผมเองที่อยู่ในพื้นที่หรือเจ้าหน้าที่ที่อยู่ในสถานบริการแต่ละตำบลก็จะเข้าไปกระตุ้นในระดับนึง แต่ถ้าหากว่ามีหน่วยงานภายนอกนี้นะเข้าไปเยี่ยมไปพบปะไปกระตุ้นนี่นะก็จะยิ่งมีผล..."

(นายดนัย วิสิทธิโชค. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน 6 งานสุขศึกษาสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี. สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 11 ธ.ค 2551)

"...เครือข่ายเราบางแห่งเข้มแข็งเขาก็จะไปได้ทุกช่วงจะใช้ความสัมพันธ์ส่วนตัวกับ อบต. อาจจะมีญาติ ภรรยา มีพี่มีเขยอยู่ใน อบต. นั้นเขาก็สามารถดึงเงินมาสนับสนุนกันได้..."

(นางวิไลพร คลีกร. นักวิชาการสาธารณสุข 7 งานสร้างสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์. สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 20 พ.ย. 2551)

ข. การได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานภายนอก

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ภาคีเครือข่ายสุขภาพจะมีความเข้มแข็งได้นั้น กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั้งในระดับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ไปจนถึงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับตำบล จำเป็นต้องให้การสนับสนุนสมาชิกภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานด้านสุขภาพไม่ว่าจะเป็น วัสดุอุปกรณ์ สื่อสุขภาพ เนื่องจากการสนับสนุนสิ่งต่างเป็นส่วนหนึ่งที่จะทำให้ภาคีเครือข่ายสุขภาพมีความเข้มแข็ง

สอดคล้องกับ Scheuing Eberherd (1994 อ้างใน นฤมล นิราธร, 2542) กล่าวถึงความสำเร็จของการทำงานแบบเครือข่าย โดยส่วนหนึ่งในความสำเร็จของการทำงานเครือข่ายคือการเสริมพลังการทำงานได้แก่ การสนับสนุนให้องค์กรเครือข่ายได้มีโอกาสแสดงความสามารถตลอดจนใช้วิจารณญาณของตนในการร่วมคิด ร่วมแก้ปัญหาต่างๆ เช่น การหาทุน การจัดกิจกรรมเสริมสร้างความสัมพันธ์ การเสริมทักษะ การสร้างเครือข่ายให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน และการสร้างความสัมพันธ์กับหน่วยงานทางวิชาการต่างๆ นอกจากนี้การเสริมพลังในการทำงานยังหมายถึงความสามารถในการจัดหาทรัพยากรในลักษณะๆ ที่จำเป็นต่อการทำงายของเครือข่าย

นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ ปาริชาต สถาปิตานนท์ และชัยวัฒน์ ถิระพันธุ์ (2546) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาความเข้มแข็งของเครือข่าย โดยเฉพาะปัจจัยภายนอกของเครือข่ายที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาความเข้มแข็งของเครือข่าย ได้แก่ การส่งเสริมจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น แหล่งทุน สถาบันวิชาการ หน่วยงานวิจัย และกองทุนสนับสนุนต่างๆ

"...สิ่งสนับสนุนการทำงานอย่างเช่นเวลาที่เขาจะจัดกิจกรรมอะไรทีเนียเราสามารถสนับสนุนอะไรให้เขาได้บ้าง เช่น พวกเอกสารแผ่นพับพวกสื่อรณรงค์ บางทีพวกของเล็กๆน้อยๆ พวกของรางวัลอะไรอย่างเนีย เรา Support ให้เขาได้แค่ไหน พวกวัสดุอุปกรณ์ต่างๆเราให้เขาได้แค่ไหน..."

(คุณศศิวรรณ ชนะศุภโชค.นักวิชาการสาธารณสุข 8 หัวหน้างานสุขศึกษา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี. สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 18 พ.ย. 2551)

ค. การได้รับการสนับสนุนงบประมาณ

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ภาคีเครือข่ายสุขภาพจะมีความเข้มแข็งได้นั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการสนับสนุน และจัดสรรงบประมาณลงไปภาคีเครือข่ายในระดับ

ปฏิบัติการในพื้นที่ ในการดำเนินงานสุขภาพ หากขาดงบประมาณการดำเนินงานก็ไม่สามารถทำได้เต็มที่ สอดคล้องกับ สาขาวิชารัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช (2545) ได้ศึกษาปัจจัยที่เสริมสร้างความเข้มแข็งของการพัฒนาเครือข่ายภาคประชาชนตามโครงการประสานความร่วมมือระหว่างสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติกับเครือข่ายภาคประชาชน พบว่า ปัจจัยที่ส่งเสริมต่อการพัฒนาความเข้มแข็งของเครือข่ายภาคประชาชน คือ ทุนจากทั้งภายในและภายนอกชุมชน นอกจากนี้ข้อมูลที่ได้จากมุมมองของคนใน คือการสัมภาษณ์บุคลากรในกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข มีความเห็นสอดคล้องที่ว่าในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพกับภาคีเครือข่ายสุขภาพต้องใช้เงินหรืองบประมาณในการจัดกิจกรรมต่างๆแก่เครือข่ายในพื้นที่อย่างต่อเนื่องในแต่ละจังหวัด

"...เรื่องงบประมาณมันเป็นเรื่องที่ยากจะพูดกันแต่ถ้ามีก็ดีอาจจะส่งงบมาที่จัดหวัดให้จังหวัดเสริมความเข้มแข็งในลักษณะใช้จังหวัดนำไปจัดเวทีเสริมความเข้มแข็งในแต่ละจังหวัด ในส่วนบริหารวิชาการอย่าง สสจ. หรือสาธารณสุขอำเภอเนี่ยะจะมีเงินก้อนถ้าได้ในส่วนกลางมาร่วมมาหล่อลื่นก็น่าจะทำให้งานมันเข้มแข็งขึ้น..."

(นายดนัย วิสิทธิโชค. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน 6 งานสุขศึกษา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี. สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 11 ธ.ค 2551)

ง. การที่มีการจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า กิจกรรมในระดับจังหวัดมีส่วนทำให้ทำให้ภาคีเครือข่ายสุขภาพมีความเข้มแข็ง เช่น มีการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในจังหวัด ซึ่งเป็นการการส่งเสริมให้ภาคีเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่มาดำเนินการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน เป็นการกระตุ้นให้มีการดำเนินกิจกรรมสุขภาพในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิ์ภาพ อีกทั้งการบูรณาการกิจกรรมต่างๆ หรือสร้างสรรค์กิจกรรมต่างๆ เสริมหรือสนับสนุนซึ่งกันและกันมีส่วนช่วยให้ภาคีเครือข่ายสุขภาพมีความเข้มแข็งมากขึ้นนอกจากนี้หากสามารถจัดให้มีขึ้นอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องจะเป็นสิ่งสะท้อนให้เห็นถึงความเข้มแข็งและประสิทธิภาพของชมรมฯ ได้เป็นอย่างดี

สอดคล้องกับการศึกษาของ ปาน กิมปี (2540) ได้กล่าวถึง วิธีการจัดการเครือข่ายการเรียนรู้ ที่ประสบผลสำเร็จว่า ควรมีการส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ ได้แก่ การเสริมสร้างกิจกรรมให้คนในชุมชนมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างเป็นระบบ ตลอดจนการประสานงานเพื่อจัดกิจกรรมส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ นอกจากนี้ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของเครือข่ายการเรียนรู้ที่สำคัญได้แก่ การจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

"...เราก็มักจัดแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันอยู่แล้ว...มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่จังหวัด เรียกว่าวันนัดพบชมรมสร้างสุขภาพ จัดทุกปีจัดมา 5-6 ปีต่อเนื่องมาแล้ว และก็กิจกรรมนี้เราจะคัดเลือกชมรมที่เด่น ๆ มา ชมรมที่แต่ละอำเภอนี่เอามาประกวดกันในงาน...ตอนนี้ก็ถือว่าเป็นจุดเด่นที่จะทำให้เกิดการพัฒนาขึ้นในภาคีต่อไป ต้องเน้นให้เกิดความหลากหลาย..."

(นายดนัย วิสิทธิโชค. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน 6 งานสุขศึกษาสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี. สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 11 ธ.ค 2551)

"...เราพยายามสร้างจุดเด่นของแต่ละเรื่องนะค่ะว่าเรื่องนี้ต้องใช้อะไรเด่นแต่ถ้าเรื่องบางเรื่องที่เราสามารถบูรณาการอะไรเข้าด้วยกันได้เราก็จะบูรณาการอย่างสมมติว่าเรื่องคนไทยไร้พุง ควรมีกิจกรรมกีฬาที่นั้น เราก็ดึงเรื่องคนไทยไร้พุงเป็น Game..."

(นางวิไลพร คลีกร. นักวิชาการสาธารณสุข 7 งานสร้างสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์. สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 20 พ.ย. 2551)

จ. การที่มีการประชาสัมพันธ์กิจกรรมภาคีเครือข่ายสุขภาพ

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ภาคีเครือข่ายสุขภาพจะมีความเข้มแข็งได้นั้นจำเป็นต้องมีการนำกิจกรรมของภาคีเครือข่ายสุขภาพไปเผยแพร่ทางสื่อมวลชนบ้าง เพื่อเป็นขวัญกำลังใจ สร้างความภาคภูมิใจแก่สมาชิกภาคีเครือข่าย และยังสามารถกระตุ้นหรือช่วงเพิ่มแรงจูงใจให้พื้นที่ต่างๆ ที่เห็นวิธีการดำเนินการ และทำให้ภาคีเครือข่ายรู้สึกว่าตนไม่ได้ทำงานอย่างโดดเดี่ยวมีหลายๆพื้นที่ทำงานคล้ายๆกับเขา ซึ่งจะส่งผลให้ภาคีเครือข่ายสุขภาพมีความเข้มแข็งมากขึ้น

"...ต้องนำกิจกรรมการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ออกไปให้กว้างขวางเผยแพร่ทางสื่อจะเผยแพร่ข้อมูลกลับมาผ่านสื่อมวลชน ถ้าเค้าเห็นว่ามีกิจกรรมคล้ายกันนี้จากในสื่อมวลชนเค้าก็จะเห็นว่า เค้าไม่ได้ทำงานโดดเดี่ยว ยังมีพื้นที่ในหลาย ๆ จังหวัดมีกิจกรรมคล้าย ๆ กับเรา..."

(นายดนัย วิสิทธิโชค. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน 6 งานสุขศึกษาสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี. สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 11 ธ.ค 2551)

ฉ. การมีทีมงานที่มีความเข้มแข็ง

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ภาคีเครือข่ายสุขภาพจะมีความเข้มแข็งได้นั้นทีมงานภาคีเครือข่ายสุขภาพในระดับสนับสนุนการปฏิบัติงานในพื้นที่ของแต่ละจังหวัด จำเป็นต้องมีความเข้มแข็งเสียก่อน หรือมีความมั่นคง การดำเนินงานของภาคีเครือข่ายสุขภาพทั้งกิจกรรมปกติ

และพิเศษ ต้องมีผู้ที่รับผิดชอบในการจัดและควรทำในรูปแบบของทีมงาน โดยอาจมีลักษณะที่ไม่เป็นทางการ หรือมีการใช้วิธีการแต่งตั้งตามตำแหน่งต่างๆ ซึ่งผู้วิจัยได้ตั้งข้อสังเกตว่าวิธีการดังกล่าวเป็นวิธีหนึ่งของการทำงานแบบหน่วยงานภาครัฐเป็นการดึงการมีส่วมร่วมจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนั้นๆ มาเป็นคณะทำงานหรือทีมงานในการดำเนินงาน ซึ่งมักจะทำกับหน่วยงานที่มีความเกี่ยวข้องกับเรื่องนั้น และเป็นวิธีการสร้างพันธสัญญาแบบเป็นลายลักษณ์อักษรที่ชัดเจน เพื่อเป็นการเอื้ออำนวยการดำเนินงาน ตลอดจนช่วยสนับสนุนการดำเนินงานสุขภาพในพื้นที่ให้มีความเข้มแข็งต่อไป

"...เรามีคณะทำงานที่เข้มแข็ง ไม่ว่าจะในระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล ระดับหมู่บ้าน ผู้นำของชุมชน...เราจะมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการภาคีเครือข่ายพันธมิตรสุขภาพในทุกตำบล อำเภอ โดยเราให้ทำเป็นภาพโดยให้นายอำเภอเป็นคนแต่งตั้ง เป็นประธานมีสาธารณสุขเป็นเลขาฯ โดยอาจจะมีสาธารณสุขอำเภอหรือ ผอ.โรงพยาบาลเป็นเลขาฯ แล้วแต่อำเภอเขาจะแต่งตั้งเป็นภาคีเครือข่ายจัดตั้งส่วนภาคซึ่งคนที่ทำงานด้านสุขภาพที่ช่วยเราไม่ว่าจะเป็นพวกตำรวจ อบต. ครู สาธารณสุข อะไรพวกนี้ที่เกียวข้อง สื่อมวลชน วิทยุชุมชนอะไรพวกนี้ เราแต่งตั้งคณะกรรมการในระดับจังหวัด ระดับอำเภอ ระดับตำบลหมดทุกแห่งในการทำงาน..."

(นางวิไลพร คลีกร. นักวิชาการสาธารณสุข 7 งานสร้างสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์. สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 20 พ.ย. 2551)

จึงอาจสรุปได้ว่าปัจจัยที่เป็นข้อส่งเสริมของการสื่อสารต่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ จากมุมมองของภาคีเครือข่ายระดับปฏิบัติการที่มีความเข้มแข็ง ในการที่จะทำให้ภาคีเครือข่ายสุขภาพจะมีความเข้มแข็งได้นั้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั้งในระดับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ไปจนถึงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับตำบล ต้องเป็นผู้ที่มีปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกในภาคีเครือข่ายสุขภาพอย่างเป็นกันเอง ให้ความช่วยเหลือ เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ เป็นการสร้างความประทับใจให้กับภาคีเครือข่ายสุขภาพ รวมถึงการสนับสนุนสมาชิกภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานด้านสุขภาพไม่ว่าจะเป็นการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ สื่อสุขภาพ และการสนับสนุนงบประมาณลงไปภาคีเครือข่ายในระดับปฏิบัติการในพื้นที่ ในการดำเนินงานสุขภาพ หากขาดงบประมาณการดำเนินงานก็ไม่สามารถทำได้เต็มที่ นอกจากนี้กิจกรรมในระดับจังหวัดมีส่วนทำให้ทำให้ภาคีเครือข่ายสุขภาพมีความเข้มแข็ง เช่น มีการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในจังหวัดตลอดจนต้องมีการนำกิจกรรมของภาคีเครือข่ายสุขภาพไปเผยแพร่ทางสื่อมวลชนบ้าง เพื่อเป็นขวัญและกำลังใจแก่ภาคีเครือข่าย และยังสามารถกระตุ้นให้พื้นที่ต่างๆเห็นวิธีการดำเนินงานและทีมงานภาคีเครือข่ายสุขภาพในระดับสนับสนุนการปฏิบัติงานในพื้นที่ของแต่ละจังหวัด จำเป็นต้องมีความเข้มแข็งเสียก่อนต้องมีผู้ที่รับผิดชอบในการจัดและควรทำในรูปแบบของทีมงาน โดยเฉพาะ

จากภาครัฐเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในลักษณะจัดตั้งเป็นคณะกรรมการ เพื่อเป็นการเอื้ออำนวยการดำเนินงาน ตลอดจนช่วยสนับสนุนการดำเนินงานสุขภาพในพื้นที่

และจากการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่เป็นข้อส่งเสริมและปัจจัยที่เป็นข้อจำกัดของการสื่อสารต่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดย กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ผู้วิจัยพบว่าปัจจัยที่เป็นข้อส่งเสริมของการสื่อสารต่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพจากมุมมองของคนในคือบุคลากรของกองสุขศึกษาที่ทำงานภาคีเครือข่ายสุขภาพ และมุมมองของภาคีเครือข่ายระดับปฏิบัติการมีปัจจัยที่ทั้ง 2 กลุ่มให้ข้อมูลที่สอดคล้องกัน คือ ปัจจัยที่เกี่ยวกับการสนับสนุน และปัจจัยที่เกี่ยวกับงบประมาณ

โดยปัจจัยที่เกี่ยวกับการสนับสนุน ไม่ว่าจะเป็นการสนับสนุนของผู้บริหารในระดับสูงทั้งในระดับกระทรวงสาธารณสุข กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ หรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จะยิ่งส่งเสริมให้ภาคีเครือข่ายสุขภาพมีความเข้มแข็งมากขึ้น นอกจากนี้การมีองค์กรภายนอกมาสนับสนุน ผลักดัน ไม่ว่าจะเป็นองค์ความรู้ทางวิชาการ งบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ สถานที่ หรือแม้แต่การช่วยอำนวยความสะดวกในการดำเนินการของภาคีเครือข่ายโดยเฉพาะภาคีเครือข่ายสุขภาพในระดับพื้นที่ปฏิบัติการจะยิ่งมีส่วนช่วยให้ภาคีเครือข่ายมีความเข้มแข็ง อันจะนำไปสู่ภาคีเครือข่ายสุขภาพที่มีความยั่งยืน สอดคล้องกับสมพันธ์ เตชะอธิก (2537) ได้กล่าวถึงการเชื่อมโยงหน่วยงานของท้องถิ่นว่าเป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถมีส่วนช่วยสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายในระดับชุมชนได้ นอกจากนี้ สาขาวิชารัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช (2545) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่เสริมสร้างความเข้มแข็งของการพัฒนาเครือข่ายภาคประชาชนตามโครงการประสานความร่วมมือระหว่างสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติกับเครือข่ายภาคประชาชน พบว่า ปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริมการพัฒนาความเข้มแข็งของเครือข่ายภาคประชาชน คือ การประสานงานความร่วมมือ การส่งเสริมจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ ปาริชาต สถาปิตานนท์ และชัยวัฒน์ ถิระพันธุ์ (2546) ในการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาความเข้มแข็งของเครือข่าย ซึ่งพบว่าปัจจัยภายนอกของเครือข่ายที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาความเข้มแข็งของเครือข่าย เช่น การส่งเสริมจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น แหล่งทุน สถาบันวิชาการ หน่วยงานวิจัย และกองทุนสนับสนุนต่างๆ ดังนั้นจึงน่าจะสามารถสรุปได้ว่าภาคีสมาชิกในเครือข่ายสุขภาพของกองสุขศึกษาได้รับการสนับสนุน ส่งเสริมในด้านต่างทั้งจากสมาชิกในภาคีเครือข่ายด้วยกันเอง และจากพันธมิตรที่ให้การสนับสนุนทั้งในส่วนของหน่วยงารภาครัฐ ภาคเอกชน NGO ในการดำเนินงานภาคีเครือข่ายสุขภาพ ย่อมส่งผลให้การ

ดำเนินงานภาคีเครือข่ายสุขภาพของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพนั้นมีความเข้มแข็งและยั่งยืน

และในส่วนของปัจจัยที่เกี่ยวกับงบประมาณ พบว่า ภาคีเครือข่ายสุขภาพของกองสุขศึกษา เป็นภาคีเครือข่ายที่มีขนาดใหญ่ระดับประเทศครอบคลุมทุกจังหวัด เป็นที่แน่นอนว่าการดำเนินงานหรือการจัดการกับภาคีเครือข่ายขนาดใหญ่ย่อมต้องต้องมีค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการมาก การดำเนินงานภาคีเครือข่ายจึงจำเป็นต้องมีเงิน หรืองบประมาณในการสนับสนุน ซึ่งเปรียบได้กับเป็นน้ำหล่อเลี้ยง เพื่อให้ภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดยเฉพาะภาคีเครือข่ายสุขภาพในระดับปฏิบัติการนำไปดำเนินงานตามแผนงานด้านสุขภาพต่อไปได้ สอดคล้องกับ กาญจนา แก้วเทพ (2551) ที่ได้กล่าวว่า เครือข่ายนั้นจำเป็นต้อง “มีค่าใช้จ่าย / มีการลงทุน”

หน่วยงานภาครัฐ มีข้อได้เปรียบหรือมีจุดแข็งในการดำเนินงานภาคีเครือข่าย เนื่องจากหน่วยงานภาครัฐที่มีแหล่งงบประมาณขนาดใหม่ที่สามารถให้การสนับสนุนการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพได้อย่างทั่วถึงและต่อเนื่อง ส่งผลให้ภาคีเครือข่ายสุขภาพมีกิจกรรมดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในระดับพื้นอย่างต่อเนื่องทุกปี สอดคล้องกับ สาขาวิชารัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช (2545) ได้ศึกษาปัจจัยที่เสริมสร้างความเข้มแข็งของการพัฒนาเครือข่ายภาคประชาชนตามโครงการประสานความร่วมมือระหว่างสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติกับเครือข่ายภาคประชาชน พบว่า ปัจจัยที่ส่งเสริมต่อการพัฒนาความเข้มแข็งของเครือข่ายภาคประชาชน คือ ทุนจากทั้งภายในและภายนอกชุมชน จะเห็นได้ว่างบประมาณเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญอันจะเป็นตัวขับเคลื่อนให้ภาคีเครือข่ายสุขภาพสามารถไปดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่ได้อย่างต่อเนื่อง และความที่มีกิจกรรมต่อเนื่องนี่เองยังมีส่วนให้ภาคีเครือข่ายสุขภาพมีการพัฒนาอยู่ตลอดเวลา ส่งผลให้มีภาคีเครือข่ายสุขภาพของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพมีความเข้มแข็ง

4.2. ปัจจัยที่เป็นข้อจำกัดของการสื่อสารต่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดย กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

4.2.1 ปัจจัยที่เป็นข้อจำกัดของการสื่อสารต่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพจากมุมมองของคนใน

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า การที่ภาคีเครือข่ายสุขภาพยังไม่มีความเข้มแข็งได้นั้น มีข้อจำกัดดังนี้

ก. ขาดผู้ที่มีความสามารถในการพัฒนาเครือข่าย

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ข้อจำกัดของการสื่อสารต่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ คือ ความสามารถของนักพัฒนาเครือข่ายสุขภาพ มีส่วนทำให้ภาคีเครือข่ายสุขภาพมีส่วนที่ทำให้ภาคีเครือข่ายสุขภาพยังไม่เข้มแข็ง เนื่องจากนักพัฒนาเครือข่ายสุขภาพจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเป็นผู้ที่มีทั้งความรู้ในด้านสุขภาพ และองค์ความรู้ด้านการสื่อสารเพื่อการพัฒนาอย่างถ่องแท้ จึงจะสามารถเข้าใจถึงการทำงานในรูปแบบภาคีเครือข่ายสุขภาพ สร้างการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานพัฒนาภาคีเครือข่ายสุขภาพทั้งในส่วนกลาง และในระดับพื้นที่ ซึ่งกระบวนการมีส่วนร่วมของสมาชิกในภาคีเครือข่ายสุขภาพเป็นหัวใจของการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดยพัฒนาศักยภาพให้สมาชิกในภาคีเครือข่ายสุขภาพ ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมรับผิดชอบ และร่วมรักษาผลประโยชน์ของภาคีเครือข่ายสุขภาพด้วยภาคีเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่หรือชุมชนของตนเอง สนับสนุนให้ภาคีเครือข่ายสุขภาพมีการบริหารจัดการและแก้ไขปัญหาของภาคีเครือข่ายสุขภาพด้วยตนเอง รวมถึงการส่งเสริมกระบวนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพในระดับพื้นที่หรือชุมชนในลักษณะ “ร่วมคิด ร่วมทำ และร่วมเรียนรู้” เพื่อส่งเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่ ประกอบด้วยกระบวนการส่งเสริมและสนับสนุนภาคีเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่ให้ได้มีการเรียนรู้แลกเปลี่ยนประสบการณ์เพื่อการพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพในระดับพื้นที่

สอดคล้องกับ เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์ (2543) ที่ได้กล่าวถึงองค์ประกอบที่สำคัญของเครือข่ายโดยเฉพาะในเรื่องการมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายอย่างกว้างขวาง (All stakeholders participation) ว่า การมีส่วนร่วมของสมาชิกในเครือข่าย นับเป็นกระบวนการที่สำคัญมากในการพัฒนาความเข้มแข็งเพราะกระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายในเครือข่าย (All stakeholders in network) ย่อมเป็นเงื่อนไขที่ทำให้เกิดการร่วมรับรู้ ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ และร่วมลงมือกระทำอย่างแข็งขัน ดังนั้น สถานะของสมาชิกในเครือข่าย จึงควรเป็นไปในลักษระของความเท่าเทียมกัน (Equal status) ในฐานะของ “หุ้นส่วน (Partner)” ของเครือข่าย ซึ่ง เป็นความสัมพันธ์ในแนวราบ (horizontal relationship) ที่เท่าเทียมกันแทนความสัมพันธ์ในแนวดิ่ง (Vertical relationship) ซึ่งหมายความว่า หากการรวมตัวเป็นเครือข่ายเกิดขึ้นระหว่างหน่วยงานภาครัฐกับหน่วยงานภาคประชาชนในชุมชนท้องถิ่น บุคลากรในหน่วยงานภาครัฐก็ต้องวางสถานะของตนเองให้เท่ากับประชาชนในฐานะของสมาชิกเครือข่าย ไม่ใช่วางตัวเป็นเจ้านายเหนือประชาชน ซึ่งเป็นสิ่งที่จำเป็นต้องกระทำหากต้องการสร้างเครือข่ายที่เข้มแข็ง

"...ข้อจำกัด พี่ว่าอยู่ที่นักพัฒนาเครือข่ายมากกว่าว่ากระบวนการพัฒนาเขามีความจริงใจกับการพัฒนาเครือข่ายแค่ไหน มันเป็นข้อแรกที่เป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จ ตัวนักพัฒนาเองทำงานมาแบบไม่เข้าใจ ขาดความเข้าในในเรื่องของกระบวนการพัฒนา ขาดความต่อเนื่อง ขาดกระบวนการที่มันมีประสิทธิภาพ คือ ขาดการมีส่วนร่วมที่แท้จริงของเครือข่าย...มันจะทำให้ประสิทธิภาพการพัฒนามันไม่ได้..."

(คุณทิวาพร กลมกล่อม. นักวิชาการเผยแพร่ 8 กลุ่มรณรงค์ด้านสุขภาพ สัมภาษณ์เมื่อวันที่14 ต.ค. 2551)

ข.การขาดความต่อเนื่อง

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ข้อจำกัดของการสื่อสารต่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ คือ การขาดความต่อเนื่อง เนื่องจากปัญหาทางด้านนโยบายที่มีการเปลี่ยนแปลงอันเนื่องมาจากการเปลี่ยนผู้บริหารส่งผลให้การดำเนินงานมีความติดขัดขาดความต่อเนื่องและงบประมาณมีส่วนทำให้การดำเนินงานของภาคีเครือข่ายสุขภาพขาดความต่อเนื่อง ซึ่งความสม่ำเสมอและต่อเนื่องของการจัดกิจกรรมสุขภาพในพื้นที่จะเป็นสิ่งสะท้อนให้เห็นถึงความเข้มแข็งและประสิทธิภาพ สอดคล้องกับ ปาน กิมปี (2540) ที่ได้กล่าวถึง วิธีการจัดการเครือข่ายการเรียนรู้ ที่ประสบผลสำเร็จว่า การจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง เป็นปัจจัยที่สำคัญที่มีผลต่อความสำเร็จของเครือข่ายการเรียนรู้ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ ปาริชาต สถาปิตานนท์ และชัยวัฒน์ ถิระพันธุ์ (2546) เกี่ยวกับข้อควรคำนึงในการทำงานและการจัดการเครือข่าย โดยเฉพาะสิ่งที่ผู้ที่ทำงานด้านเครือข่ายจะต้องคำนึงถึงในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของเครือข่าย คือ เครือข่ายที่ดีและมีประสิทธิภาพนั้นจะต้องมีชีวิตชีวา และการมีกิจกรรมที่ต่อเนื่อง ก็คือหนึ่งวิธีหนึ่งในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของเครือข่าย

"...สิ่งสำคัญคืองานราชการมันมีจุดอ่อนตรงนี้ขาดความต่อเนื่อง มันเล่นแล้วแต่นโยบาย เพราะงานราชการมันเล่นหลายเรื่องแล้วแต่ผู้บริหารเห็นความสำคัญ..."

(คุณทิวาพร กลมกล่อม. นักวิชาการเผยแพร่ 8 กลุ่มรณรงค์ด้านสุขภาพ สัมภาษณ์เมื่อวันที่14 ต.ค. 2551)

ค. ขาดการประสานความร่วมมือที่ดี

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ข้อจำกัดของการสื่อสารต่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ คือ การขาดการประสานงาน ประสานความร่วมมือที่ดีทั้ง

ภายในภาคีเครือข่ายสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นระหว่างหน่วยงาน หรือองค์กรที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับภาคีเครือข่ายสุขภาพ ทำให้ขาดความคล่องตัวในการดำเนินงาน ซึ่งปัญหาการขาดการประสานงาน ประสานความร่วมมือที่ดีภายในภาคีเครือข่ายสุขภาพ นี้มีผลกระทบไปถึงการดำเนินงานสุขภาพในพื้นที่ รวมถึงมีผลกระทบไปถึงการพัฒนาการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพด้วยเช่นกัน

สอดคล้องกับ ปาน กิมปี (2540) ที่ได้กล่าวถึง วิธีการจัดการเครือข่ายการเรียนรู้ ที่ประสบผลสำเร็จว่าควรมีการดำเนินการประสานเชื่อมโยง หน่วยงานต่างๆ ในชุมชน และองค์กรภายนอกชุมชน เพื่อให้เข้ามามีบทบาทในการส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง และจะต้องมีการระดมทรัพยากรความรู้วิทยากร อาคารสถานที่ ฯลฯ เพื่อให้มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้สมพันธ์ เตชะอธิก (2537) ได้กล่าวถึงปัจจัยความเข้มแข็งของเครือข่ายในระดับชุมชนไว้ และหนึ่งในนั้นคือการประสานเชื่อมโยงหน่วยงานของท้องถิ่น

“...ในความคิดของพี่ความเชื่อมโยง การประสานงานพี่มองว่าเขา ต่างคนต่างทำ มันเป็นข้อจำกัดอาจจะเนื่องด้วยเวลาที่เร่งรัด งบประมาณ แต่ถ้าหลักการจริง การทำงานต้องเชื่อมหลักการ เหมือนการสื่อสาร...”

(คุณณัฐวดี ศรีส่ง. เจ้าพนักงานเผยแพร่ 5 กลุ่มพันธมิตรการสร้างสุขภาพ, *สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 10 ต.ค. 2551)*

“...ยากที่สุดเลย คือ เขาไม่ใช่ เขาไม่ได้อยู่ใต้กระทรวงสาธารณสุข ไปบังคับเขาไม่ได้ อีกอย่างถ้าเขาไม่เห็นความสำคัญ และถ้าเราไม่สามารถดึง อ.บ.ต.เขามา มันยากพอสมควร...”

(คุณดวงมาลย์ สัมมาวิภาวีกุล, นักวิชาการโสตทัศนูปกรณ์ 8 หัวหน้ากลุ่มสารสนเทศสุขศึกษา และพฤติกรรมสุขภาพ.*สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 28 ต.ค. 2551)*

ง. โครงสร้างการบริหารงานภายในของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ข้อจำกัดของการสื่อสารต่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ คือ โครงสร้างการบริหารงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีการเปลี่ยนแปลงตั้งแต่มีการปฏิรูประบบราชการ ส่งผลทำให้งานสุขศึกษา ซึ่งเป็นหน่วยงานภายในของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบางจังหวัดถูกยุบไปร่วมกับงานด้านอื่น ทำให้การประสานงานระหว่างกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กับผู้รับผิดชอบงานด้านสุขศึกษาที่ดูแลภาคีเครือข่ายสุขภาพของกองสุขศึกษากับทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทำได้ยาก เพราะ

ไม่มีหน่วยงานภายในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดรองรับการทำงานหรือรับลูกต่อจากกองสุขศึกษาโดยตรงอย่างชัดเจน ทำให้การดำเนินงานสุขศึกษาในหลายจังหวัดไม่ได้รับความสำคัญในการดำเนินงานในจังหวัดนั้นเท่าที่ควร รวมถึงการทำงานภาคีเครือข่ายสุขภาพโดยกองสุขศึกษาด้วย ส่งผลกระทบไปถึงการพัฒนาการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพด้วยเช่นกัน และเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ภาคีเครือข่ายสุขภาพไม่มีความเข้มแข็ง

"...เรื่องของกรอบ กรอบ อัตรากำลังที่ สสจ. เขาจะไม่มี พวกงานสุขศึกษาอยู่แต่เดิมที่มี เพราะฉะนั้นเวลาทำอะไรมันลำบาก..."

(คุณดวงมาลย์ สัมมาวิภาวีกุล, นักวิชาการโสตทัศนูปกรณ์ 8 หัวหน้ากลุ่มสารสนเทศสุขศึกษา และพฤติกรรมสุขภาพ.สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 28 ต.ค. 2551)

จ. ปัญหาของระบบการบริหารงานแบบระบบราชการ

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ข้อจำกัดของการสื่อสารต่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ คือ ปัญหาของระบบราชการ คือ ความล่าช้าในขั้นตอนการดำเนินการ คือการดำเนินงานภาคราชการมักจะยึดติดกับกระบวนการ และขั้นตอนการปฏิบัติงานตามระเบียบแบบแผนที่กำหนดไว้อย่างเคร่งครัดตายตัว เน้นในเรื่องพิธีการและงานเอกสาร ตลอดจนการตรวจสอบที่มากเกินความจำเป็นมากกว่ายึดที่วัตถุประสงค์และผลสำเร็จของงาน ส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดความล่าช้าเนื่องจากอำนาจในการตัดสินใจนั้นยังรวมศูนย์เข้าที่ส่วนกลาง หน่วยงานราชการมีการทำงานซ้ำซ้อนกันเกิดปัญหาประสิทธิภาพในการทำงาน และมีความยุ่งยากในกฎระเบียบ ส่งผลให้โครงสร้างของระบบราชการนั้นไม่มีความคล่องตัว ไม่สามารถตอบสนองการทำงานเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพได้เต็มที่ ส่งผลให้การดำเนินงานมีความล่าช้าและบางครั้งไม่อาจดำเนินไปได้ มีผลกระทบไปถึงการพัฒนาการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ

"...จะต่างกันระหว่างระบบราชการกับ NGO NGO เขาคล่องมากและมีผลประโยชน์เพราะฉะนั้นของเขาจะแข็งมากเราอุ้ยอ้ายเวลาทำอะไรติดที่ระเบียบ ก็เลยช้า..."

(คุณดวงมาลย์ สัมมาวิภาวีกุล, นักวิชาการโสตทัศนูปกรณ์ 8 หัวหน้ากลุ่มสารสนเทศสุขศึกษา และพฤติกรรมสุขภาพ.สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 28 ต.ค. 2551)

จึงอาจสรุปได้ว่า ปัจจัยที่เป็นข้อจำกัดของการสื่อสารต่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพจากมุมมองของคนใน ได้แก่ ศักยภาพของนักพัฒนาเครือข่ายสุขภาพ

เนื่องจากนักพัฒนาเครือข่ายสุขภาพต้องเป็นผู้ที่มีทั้งองค์ความรู้ด้านสุขภาพ และองค์ความรู้ด้านเครือข่าย อย่างถ่องแท้จึงจะสามารถสร้างการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานพัฒนาภาคีเครือข่ายสุขภาพทั้งในส่วนกลาง และในระดับพื้นที่ได้ การขาดความต่อเนื่อง เนื่องจากปัญหาทางด้านนโยบาย และการขาดงบประมาณมีส่วนทำให้การดำเนินงานของภาคีเครือข่ายสุขภาพขาดความต่อเนื่อง อีกทั้งการขาดการประสานงาน ประสานความร่วมมือที่ดีทั้งภายในภาคีเครือข่ายสุขภาพไม่ว่าจะเป็นระหว่างหน่วยงาน หรือองค์กรที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับภาคีเครือข่ายสุขภาพ ทำให้ขาดความคล่องตัวในการดำเนินงาน นอกจากนี้โครงสร้างการบริหารงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเกี่ยวกับงานสุขศึกษาของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบางจังหวัดถูกยุบไปร่วมกับงานด้านอื่น ทำให้การประสานงานระหว่างกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กับผู้รับผิดชอบงานด้านภาคีเครือข่ายสุขภาพทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทำได้ยาก มีผลกระทบไปถึงการพัฒนาการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพด้วยเช่นกัน อีกทั้งการยึดถือกฎระเบียบข้อบังคับของทางราชการเป็นหลักปฏิบัติ มีการเน้นระเบียบแบบแผนมากเกินไป ทำให้เกิดความไม่คล่องตัวในการดำเนินงานภาคีเครือข่ายสุขภาพ

4.2.2. ปัจจัยที่เป็นข้อจำกัดของการสื่อสารต่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพจากมุมมองของภาคีเครือข่ายระดับปฏิบัติการที่มีความเข้มแข็ง

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า การที่ภาคีเครือข่ายสุขภาพยังไม่มีความเข้มแข็งได้นั้น มีข้อจำกัดดังนี้

ก. ข้อจำกัดเรื่องเวลา

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ข้อจำกัดของการสื่อสารต่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ คือ ช่วงเวลาในการดำเนินงานในการดำเนินงานของภาคีเครือข่ายสุขภาพระดับปฏิบัติการในพื้นที่ กับทางเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั้งในระดับจังหวัด ไปจนถึงระดับตำบลไม่ตรงกัน เนื่องจากทางเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมักจะดำเนินงานหรือจัดกิจกรรมในช่วงเวลากลางวันที่เป็นเวลลาราชการ แต่ภาคีเครือข่ายสุขภาพระดับปฏิบัติการในพื้นที่ อาทิ แกนนำชมรมสร้างสุขภาพ อสม. แกนนำชุมชน ในบางครั้งไม่สามารถมาเข้าร่วมได้เพราะต้องออกไปทำงานประจำของตน เช่น การทำเกษตรกรรม เป็นต้น จะว่างก็ต่อเมื่อช่วงเย็นเมื่อกลับจากการทำงานประจำของตนซึ่งเป็นเวลาหลังเวลาราชการมีผลกระทบไปถึงการพัฒนาการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพในระดับพื้นที่ ดังนั้นการหากต้องการทำให้ภาคีเครือข่ายมีความเข้มแข็งแล้วนั้น บุคลากรในหน่วยงานภาครัฐเองต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบการทำงานให้มีความ

สอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่ อีกทั้งบุคคลกรเหล่านั้นยังจำเป็นต้องเสียสละสิ่งที่ตนเองมี แม้กระทั่งเวลาให้กับสมาชิกในภาคีเครือข่ายโดยเฉพาะภาคประชาชน

"...เวลาเนียบางครั้งมันเป็นตัวบอกว่ามันประสบความสำเร็จหรือล้มเหลว จริงๆ แล้วเนียเวลาการทำงานของเขากับของเราเนียมันจะสวนกัน ของเราเนียสะดวกทำงานในเวลาทำการ แต่ของเขาเนียจะต้องเป็นนอกเวลาทำการซึงมันจะสวนกัน ถ้าเกิดว่าเรามีเวลาให้เขามากเขาก็จะมีใจให้กับเรามากขึ้น..."

(คุณศศิวรรณ ชนะศุภโชค.นักวิชาการสาธารณสุข 8 หัวหน้างานสุขศึกษา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี. สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 18 พ.ย. 2551)

"...เวลาจัดกิจกรรมนี่ พยายามให้อย่าจัดเป็นที่ช่วงที่เค้าทำนาเพราะเป็นช่วงอาชีพเค้า แต่ว่าเค้าอยากไปแต่ก็มักจะไปโดนช่วงชาวบ้านเค้าเกี่ยวข้าวทำนา หรือช่วงโรงเรียนเค้าเปิดก็มีภาระเรื่องลูกหลานเพราะกลุ่มนี้อยากไปแต่ไปไม่ได้..."

(นางวิไลพร คลีกร. นักวิชาการสาธารณสุข 7 งานสร้างสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์. สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 20 พ.ย. 2551)

ข. การได้การสนับสนุนจากหน่วยงานภายนอกมีไม่เพียงพอ

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ข้อจำกัดของการสื่อสารต่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ คือ การจัดสรรงบประมาณ งบประมาณในการดำเนินงานไม่เพียงพอ ซึ่งส่งผลให้การดำเนินงานเกิดความล่าช้า ไม่สามารถดำเนินงานได้เต็มที่และเกิดความไม่ต่อเนื่อง ซึ่งมีผลกระทบไปถึงการพัฒนาการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ สอดคล้องกับสาขาวิชารัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช (2545) ได้ศึกษาปัจจัยที่เสริมสร้างความเข้มแข็งของการพัฒนาเครือข่ายภาคประชาชนตามโครงการประสานความร่วมมือระหว่างสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติกับเครือข่ายภาคประชาชน พบว่า ข้อจำกัดต่อกระบวนการพัฒนาของเครือข่ายภาคประชาชน คือ ขาดงบประมาณหรือทุนดำเนินการ

"...การจัดสรรงบประมาณอยากให้ขอตรงนี้ลงในพื้นที่บ้างเพราะว่าบางทีเวลาให้จังหวัดทำกิจกรรมขอเงินให้ได้น้อยมาก ๆ ให้ทำใครออกเราแค่ให้เงินมา 5,000 จะทำอะไรได้มาก ..."

(นางวิไลพร คลีกร. นักวิชาการสาธารณสุข 7 งานสร้างสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์. สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 20 พ.ย. 2551)

"...ในส่วนบริหารวิชาการอย่าง สสจ. หรือสาธารณสุขอำเภอ น่าจะมีเงินก้อนถ้าได้ในส่วนกลางมาร่วมมาหล่อลื่นก็น่าจะทำให้งานมันเข้มแข็งขึ้น..."

(นายดนัย วิสิทธิโชค. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน 6 งานสุขศึกษาสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี. สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 11 ธ.ค 2551)

ค. ความสามารถของผู้จัดการภาคีเครือข่ายมีไม่เพียงพอ

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ข้อจำกัดของการสื่อสารต่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ คือ ศักยภาพของผู้ดำเนินงานในภาคีเครือข่ายยังมีไม่เพียงพอ โดยเฉพาะขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องของการบริหารจัดการการดำเนินงานโครงการกิจกรรมสุขภาพ ซึ่งมีผลกระทบไปถึงการพัฒนาการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ สอดคล้องกับ ปาริชาต สถาปิตานนท์ และชัยวัฒน์ ถิระพันธุ์ (2546) ได้เสนอถึงปัจจัยที่มีผลต่อความเข้มแข็งของเครือข่าย โดยหนึ่งในปัจจัยดังกล่าวคือ เครือข่ายจำเป็นต้องมีผู้จัดการเครือข่าย (Network Manager) เพื่อช่วยดูแลกิจกรรมและประเมินความต้องการของสมาชิกในเครือข่ายโดยการสนับสนุนการบริการต่างๆ ที่สมาชิกต้องการ เช่น ช่วยจัดระบบข้อมูลข่าวสารการกำหนดยุทธศาสตร์และเป้าหมายในการทำงาน ตลอดจนช่วยวิเคราะห์ระบบและสภาวะแวดล้อมต่างๆ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายร่วมกัน

"...ศักยภาพของเขาไม่ได้ อย่างเช่นในเรื่องการวางแผนงาน ในเรื่องของการจัดกิจกรรม ในเรื่องของการประเมินผลงาน..."

(คุณศศิวรรณ ชนะศุภโชค.นักวิชาการสาธารณสุข 8 หัวหน้างานสุขศึกษาสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี. สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 18 พ.ย. 2551)

ง. ปัญหาของระบบการบริหารงานแบบระบบราชการ

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ข้อจำกัดของการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ คือ ปัญหาของระบบราชการ โดยเฉพาะความล้าช้าในขั้นตอนการดำเนินการ คือการดำเนินงานภาคราชการมักจะยึดติดกับกระบวนการ และขั้นตอนการปฏิบัติงานตามระเบียบแบบแผนที่กำหนดไว้อย่างเคร่งครัด อีกทั้งอำนาจในการตัดสินใจในการอนุมัติเรื่องต่างๆนั้นยังรวมศูนย์เข้าที่ส่วนกลาง ส่งผลให้โครงสร้างของระบบราชการนั้นไม่มีความคล่องตัว ดังนั้นปัญหาของระบบราชการจึงเป็นปัจจัยหนึ่งในการทำงานเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพดำเนินการได้ไม่เต็มที่

"...ระเบียบกฎเกณฑ์ต่างๆ บางครั้งมันทำให้เกิดความไม่คล้องตัว..."

(คุณศศิวรรณ ชนะศุภโชค.นักวิชาการสาธารณสุข 8 หัวหน้างานสุขศึกษา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี. สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 18 พ.ย. 2551)

จ. โครงสร้างการบริหารงานภายในของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ข้อจำกัดของการสื่อสารต่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ คือ โครงสร้างการบริหารงานภายในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ที่มีการเปลี่ยนแปลงตั้งแต่มีการปฏิรูประบบราชการ และส่งผลทำให้งานสุขศึกษา ซึ่งเป็นหน่วยงานภายในของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบางจังหวัดถูกยุบ หรือมีการไปร่วมกับงานด้านอื่น ทำให้การประสานงานระหว่างกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กับผู้รับผิดชอบงานด้านสุขศึกษาที่ดูแลภาคีเครือข่ายสุขภาพของกองสุขศึกษากับทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทำได้ยาก ทำให้การดำเนินงานภาคีเครือข่ายสุขภาพโดยสุขศึกษาในหลายจังหวัดไม่ได้รับความสำคัญในการดำเนินงานในจังหวัดนั้นเท่าที่ควร และเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ภาคีเครือข่ายสุขภาพไม่มีความเข้มแข็ง

"...การแบ่งงานภายในองค์กรมันไม่ชัดเจนอย่างบางงานเนียมันจะสัมพันธ์กับหลายๆฝ่ายหลายๆหน่วยในองค์กรของเรามันขาดความชัดเจน พอขาดความชัดเจนการประสานความร่วมมือมันค่อนข้างมีปัญหา..."

(คุณศศิวรรณ ชนะศุภโชค.นักวิชาการสาธารณสุข 8 หัวหน้างานสุขศึกษา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี. สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 18 พ.ย. 2551)

ฉ. ขาดการบรรจุลงในตัวชี้วัดของผู้ตรวจราชการ

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ข้อจำกัดของการสื่อสารต่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ คือ การบรรจุเรื่องเกี่ยวกับการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับภาคีเครือข่ายสุขภาพลงในตัวชี้วัด สำนักตรวจและประเมินผล กระทรวงสาธารณสุขให้มีความชัดเจนขึ้น ซึ่งแผนงาน/โครงการ ตามแผนการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติระดับกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย 12 โครงการ และจาก 2 เรื่องใน 12 โครงการ จะเป็นเรื่องเกี่ยวกับโครงการส่งเสริมและสนับสนุนการระดมศักยภาพของหน่วยงาน องค์กรและเครือข่ายต่าง ๆ ที่ทำงานด้านสุขภาพ ซึ่งมักจะเน้นที่ระดับโรงพยาบาล แต่ขาดการวัดในระดับพื้นที่อำเภอ และตำบล ซึ่งส่วนใหญ่จะเกี่ยวกับงานสุขภาพจิต งานผู้พิการ / ผู้ด้อยโอกาส โครงการ

โรงพยาบาลตามแนวปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง โครงการดำเนินงานจิตอาสาในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งยังไม่ได้เน้นหนักด้านภาคีเครือข่ายสุขภาพโดยตรง แต่ก็มีในส่วนของเรื่องที่เกี่ยวกับโครงการสนับสนุนและพัฒนาความเข้มแข็งและการมีส่วนร่วมของขบวนการสุขภาพภาคประชาชน แต่ก็จะเน้นที่ชมรมสร้างสุขภาพ โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับมัธยมศึกษาในเขตเมือง และหน่วยงานราชการส่วนภูมิภาคระดับจังหวัดในอำเภอเมือเป็นหลัก

"...เรื่องของเครือข่ายในระดับอำเภอ ซึ่งมันมีปัญหาว่ามันไม่ได้ถูกบรรจุลงในตัวชี้วัดของผู้ตรวจราชการหรือของกระทรวงสาธารณสุขมันทำให้คะแนนความสำคัญหรือน้ำหนักความสำคัญเนียด้อยลง เวลาติดตามงานมันไม่ให้คุณให้โทษใครได้ คือถ้าเขาทำมันก็ไม่มีอะไรเกิดขึ้น ถ้าไม่ทำก็ไม่มีอะไรเกิดขึ้น...งานตรงนี้มันวัดค่อนข้างยากว่ามันประสบความสำเร็จ หรือล้มเหลวอย่างไรเพราะว่ามันเกิดจากหลายๆปัจจัยมันเป็นงานที่วัดยาก และก็ต้องใช้เวลา..."

(คุณศศิวรรณ ชนะศุภโชค.นักวิชาการสาธารณสุข 8 หัวหน้างานสุขศึกษาสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี. สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 18 พ.ย. 2551)

จึงอาจสรุปได้ว่า ปัจจัยที่เป็นข้อจำกัดของการสื่อสารต่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพจากมุมมองของภาคีเครือข่ายระดับปฏิบัติการที่มีความเข้มแข็ง คือ ช่วงเวลาในการดำเนินงานในการดำเนินงานของภาคีเครือข่ายสุขภาพระดับปฏิบัติการในพื้นที่กับทางเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั้งในระดับจังหวัดไปจนถึงระดับตำบลไม่ตรงกัน เนื่องจากทางเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมักจะดำเนินงานหรือจัดกิจกรรมในช่วงเวลากลางวันที่เป็นเวลาราชการ แต่ภาคีเครือข่ายสุขภาพระดับปฏิบัติการในพื้นที่จะว่างก็ต่อเมื่อช่วงเย็นเมื่อกลับจากการทำงานประจำของตน อีกทั้งยังมีในเรื่องงบประมาณในการดำเนินงานไม่เพียงพอ ซึ่งส่งผลให้การดำเนินงานเกิดความล่าช้า ไม่สามารถดำเนินงานได้เต็มที่และเกิดความไม่ต่อเนื่อง นอกจากนี้การขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องของการบริหารจัดการการดำเนินงานโครงการ กิจกรรมสุขภาพ ซึ่งมีผลกระทบไปถึงการพัฒนาการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ รวมถึงในเรื่องโครงสร้างการบริหารงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่มีการเปลี่ยนแปลงทำให้การประสานงานระหว่างกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กับผู้รับผิดชอบงานด้านเครือข่ายสุขภาพทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทำได้ยาก และการบรรจุเรื่องเกี่ยวกับการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับภาคีเครือข่ายสุขภาพลงในตัวชี้วัดของสำนักตรวจและประเมินผล กระทรวงสาธารณสุขให้มีความชัดเจนขึ้น จะสามารถทำให้ภาคีเครือข่ายสุขภาพมีความเข้มแข็งของ

และจากการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่เป็นข้อส่งเสริมและปัจจัยที่เป็นข้อจำกัดของการสื่อสารต่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดย กองสุขศึกษา กรม

สนับสนุนบริการสุขภาพ ผู้วิจัยพบว่าปัจจัยที่ยังเป็นข้อจำกัดของการสื่อสารต่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพจากมุมมองของคนในคือบุคลากรของกองสุขศึกษาที่ทำงานภาคีเครือข่ายสุขภาพ และมุมมองของภาคีเครือข่ายระดับปฏิบัติการมีปัจจัยที่ทั้ง 2 กลุ่มให้ข้อมูลที่สอดคล้องกัน คือ ปัจจัยที่เกี่ยวกับโครงสร้างการบริหารงานภายในของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และปัจจัยที่เกี่ยวกับปัญหาของระบบราชการ

โดยในส่วนของปัจจัยที่เกี่ยวกับโครงสร้างการบริหารงานภายในของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลจากทั้ง 2 กลุ่มให้ข้อมูลที่สอดคล้องกันว่าโครงสร้างการบริหารงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่มีการเปลี่ยนแปลงตั้งแต่มีการปฏิรูประบบราชการ ส่งผลทำให้กลุ่มงานสุขศึกษา ซึ่งเป็นกลุ่มงานภายในของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบางจังหวัดถูกยุบไปร่วมกับงานด้านอื่น ส่งผลให้เกิดปัญหารในการประสานงานระหว่างกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กับผู้รับผิดชอบงานด้านสุขศึกษา ตลอดจนผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลภาคีเครือข่ายสุขภาพของกองสุขศึกษาในภาคีเครือข่ายสุขภาพระดับปฏิบัติการจังหวัดทำได้ยาก เพราะกลุ่มงานสุขศึกษาภายในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเปรียบได้กับเป็นศูนย์ประสานงาน (Hub) ในพื้นที่ปฏิบัติการของภาคีเครือข่ายสุขภาพของกองสุขศึกษา สอดคล้องกับ ปาริชาต สถาปิตานนท์ และชัยวัฒน์ ถิระพันธุ์ (2546) ที่ได้เสนอข้อควรคำนึงในการทำงานและการจัดการเครือข่ายไว้ 5 ขั้นตอน โดยหนึ่งในนั้นคือ ความจำเป็นที่เครือข่ายจำเป็นต้องมีชุมทาง (Hub) ที่หลากหลาย โดยชุมทางหรืออาจเรียกว่า “ศูนย์ประสานงาน” ควรมีกระจายอยู่ในสถานที่ต่างๆ และทำหน้าที่สื่อสารเรื่องราวให้สมาชิกทราบ โดยเฉพาะข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์และกิจกรรมความเคลื่อนไหวของเครือข่าย ดังนั้นโครงสร้างการบริหารงานภายในของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นปัจจัยหนึ่งที่ยังคงเป็นข้อจำกัดที่ส่งผลทำให้ภาคีเครือข่ายสุขภาพไม่มีความเข้มแข็ง

และในส่วนของปัจจัยที่เกี่ยวกับ ปัญหาของกลไกการทำงานแบบระบบราชการ คือ ความล่าช้าในขั้นตอนการดำเนินการ คือการดำเนินงานภาคราชการมักจะยึดติดกับกระบวนการและขั้นตอนการปฏิบัติงานตามระเบียบแบบแผนที่กำหนดไว้อย่างเคร่งครัดตายตัว อันเนื่องมาจากข้อจำกัดทางด้านกฎหมาย หรือระเบียบของทางราชการ เน้นในเรื่องพิธีการและงานเอกสาร ตลอดจนการตรวจสอบที่มากเกินความจำเป็นมากกว่ายึดที่วัตถุประสงค์และผลสำเร็จของงาน ส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดความล่าช้าเนื่องจากอำนาจในการตัดสินใจนั้นยังรวมศูนย์เข้าที่ส่วนกลาง หน่วยงานราชการมีการทำงานซ้ำซ้อนกันเกิดปัญหาประสิทธิภาพในการทำงาน และมีความยุ่งยากในกฎระเบียบ ส่งผลให้โครงสร้างของระบบราชการนั้นไม่มีความคล่องตัว ไม่สามารถตอบสนองการทำงานเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพได้เต็มที่ ส่งผลให้การดำเนินงานมีความล่าช้าและบางครั้งไม่อาจดำเนินไปได้ มีผลกระทบไปถึงการพัฒนาการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปราย และข้อเสนอแนะ

งานวิจัยเรื่อง “การสื่อสารเพื่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดย กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ” นี้ เป็นการศึกษาถึงการใช้การสื่อสารเพื่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดยกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ซึ่งมีรูปแบบการใช้การสื่อสาร ตลอดจนลักษณะองค์ประกอบของเครือข่ายการสื่อสารเพื่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดย กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ นอกจากนี้ยังได้ศึกษาถึงปัจจัยที่เป็นข้อส่งเสริมและปัจจัยที่เป็นข้อจำกัดของการสื่อสารต่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดย กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ในงานวิจัยเรื่องนี้ ผู้วิจัยได้ใช้การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยผู้วิจัยวิจัยได้ดำเนินการวิจัยโดยใช้วิธีการวิเคราะห์เอกสาร (Documentary Analysis)โดยผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารต่าง ๆ (Document Study) ที่ทางกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพจัดทำขึ้นเพื่อเผยแพร่ข่าวสารต่าง ๆ แก่ภาคีเครือข่ายสุขภาพและเพื่อสนับสนุนการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ในโครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพ ในปีงบประมาณ 2551 รวมทั้งศึกษาถึงนโยบายและแผนการดำเนินงานของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการ นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้ศึกษาและค้นคว้าเอกสารต่าง ๆ เกี่ยวกับการภาคีเครือข่ายสุขภาพและการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการ รวมถึงใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In depth Interview) บุคคลที่ดำเนินการเกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างความความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ ซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก(Key Informants) โดยแบ่งเป็นเครือข่ายระดับสนับสนุน ได้แก่ บุคลากรของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการกำหนดกรอบนโยบายและแผนงานการเสริมสร้างความความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ และเครือข่ายระดับปฏิบัติการ ได้แก่ บุคลากรจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการประสานงาน และปฏิบัติการการเสริมสร้างความความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพในระดับพื้นที่ นอกจากนี้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้วิธีการการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non-Participant Observation) โดยสังเกตการณ์ในช่วงการจัดกิจกรรม การจัดเวที ถ่ายทอดและส่งเสริมประสานการดำเนินงานสร้างสุขภาพของภาคีเครือข่าย 4 ภาค ในส่วนของภาคกลาง ในโครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพ ในปีงบประมาณ 2551

ในการสรุปผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดต่างๆ ที่ได้กล่าวไว้ในบทที่ 2 ได้แก่ แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวกับการสื่อสารสุขภาพ, แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับเครือข่ายการสื่อสาร, แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวกับการสื่อสารแบบมีส่วนร่วม ซึ่งผู้วิจัยจะนำแนวคิด และทฤษฎีเหล่านี้มาเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย การสื่อสารเพื่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดยกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยส่วนที่ 1 พัฒนาการของการเสริมสร้างความความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดย กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ผลการวิจัยพบว่า พัฒนาการของการเสริมสร้างความความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดยกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2545-2551) สามารถแบ่งออกเป็น 4 ขั้น ได้แก่ ขั้นตระหนักและก่อตัวของภาคีเครือข่ายสุขภาพ ขั้นการสร้างพันธกรณีและการบริหารภาคีเครือข่ายสุขภาพ ขั้นการรักษาความสัมพันธ์และความต่อเนื่องของภาคีเครือข่ายสุขภาพ และขั้นการพัฒนาความสัมพันธ์ของภาคีเครือข่ายสุขภาพ และการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ

ขั้นที่ 1 ขั้นตระหนักและก่อตัวของภาคีเครือข่ายสุขภาพ

1.ช่วงระยะจากนโยบายสู่การก่อเกิดเครือข่าย

1.1 กองสุขศึกษากับการดำเนินแบบเครือข่าย

1.1.1 ตระหนักถึงพลังเครือข่าย

1.1.2 การทำงานเครือข่ายแบบแยกส่วน

1.1.3 เริ่มเป็นรูปเป็นร่างจากนโยบายภาครัฐ

กองสุขศึกษาเป็นองค์กรที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขมานาน โดยเริ่มก่อตั้งเมื่อปี พ.ศ. 2517 และในช่วงของการปฏิรูประบบราชการ มีการปรับเปลี่ยนองค์กรโครงสร้างมากมาย กองสุขศึกษาเป็นองค์กรหนึ่งที่มีการเปลี่ยนแปลง ปัจจุบันกองสุขศึกษาอยู่ภายใต้กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 กองสุขศึกษาได้มีการดำเนินการส่งเสริมสนับสนุนการมีส่วนร่วมขององค์กร ภาคี เครือข่าย สร้างสุขภาพเพื่อสร้างและพัฒนาเครือข่ายพันธมิตรทุกระดับให้มีการ

ส่งเสริม สนับสนุนให้เครือข่ายภาคประชาชนมีการจัดการเรียนรู้ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนซึ่งมีการจำแนกภาคีเครือข่ายเป็น 2 ส่วน คือ

1. เครือข่ายชมรมสร้างสุขภาพ โดยกองสุขศึกษาได้ดำเนินการสร้างและพัฒนาชมรมสร้างสุขภาพ โดยมุ่งส่งเสริมให้ประชาชน องค์กร หน่วยงานทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ เอกชน และภาคประชาชน ที่มีความสนใจด้านสุขภาพรวมกลุ่มกันจัดกิจกรรมสร้างสุขภาพ อันนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและถูกต้องของประชาชนในชุมชน
2. เครือข่ายพันธมิตรสร้างสุขภาพ ซึ่งเป็นเครือข่ายสนับสนุน ซึ่งในปี 2547 ได้รับการสนับสนุนจาก สสส. ในการดำเนินงานสร้างและพัฒนาเครือข่ายพันธมิตรสร้างสุขภาพ ให้มีการจัดการด้านสุขภาพ

1.1 กองสุขศึกษากับการดำเนินแบบเครือข่าย

1.1.1 ตระหนักถึงพลังเครือข่าย

ในช่วงปี พ.ศ. 2545 กองสุขศึกษา ภายใต้สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้มีการเปลี่ยนโครงสร้างองค์กร ดังนี้

1. กลุ่มพัฒนาวิชาการและเครือข่าย
2. กลุ่มพัฒนาเทคโนโลยีการสื่อสารและการรณรงค์ด้านสุขภาพ
3. กลุ่มสนับสนุนการดำเนินงานสุขศึกษา
4. ฝ่ายบริหารทั่วไป

ซึ่งแสดงให้เห็นได้ว่ากองสุขศึกษาได้ตระหนักเกี่ยวกับการดำเนินงานในรูปแบบภาคีเครือข่ายมีการจัดตั้งกลุ่มพัฒนาวิชาการและเครือข่ายขึ้น และมีการระบุบทบาทหน้าที่ที่เกี่ยวกับการดำเนินงานเครือข่าย คือ เพื่อพัฒนาเครือข่ายของกลุ่มบุคคลและองค์กรต่างๆ ที่ดำเนินการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน เพื่อให้เกิดการเรียนรู้และสนับสนุนการดำเนินงานซึ่งกันและกัน

1.1.2 การทำงานเครือข่ายแบบแยกส่วน

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ทางกองสุขศึกษาเองได้มีการดำเนินงานในลักษณะเครือข่ายหรือมีกลุ่มงานที่ดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพอยู่แล้ว โดยมีกลุ่มงานพัฒนา

วิชาการและเครือข่ายในการดำเนินงานในระยะแรกๆ แต่ถึงจะมีกลุ่มงานพัฒนาวิชาการและเครือข่ายในการบริหารงาน แต่บุคลากรและเจ้าหน้าที่ภายในกองสุขศึกษายังมีการทำงานภาคีเครือข่ายสุขภาพแบบแยกส่วน คือ ภาคีเครือข่ายสุขภาพของใครคนนั้นมักจะทำหรือมีการดำเนินการเอง

ในส่วนของภาคประชาชนเองก็มีการดำเนินกิจกรรมในลักษณะเครือข่ายสุขภาพอยู่แล้ว โดยกิจกรรมดังกล่าวอาจเป็นกิจกรรมด้านสุขภาพหรือกิจกรรมอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจเป็นการรวมตัวในลักษณะเป็นชมรมหรือกลุ่ม นอกจากนี้ ในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขเองก็มีหน่วยงาน ที่มีการดำเนินงานเกี่ยวกับเครือข่ายสุขภาพอยู่หลายหน่วยงาน อาทิ กองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย กองสนับสนุนบริการสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

สามารถสรุปได้ว่า ไม่เพียงแต่กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพเท่านั้น ที่ให้ความสำคัญของการทำงานเครือข่าย ยังมีหน่วยงานภาครัฐอื่นๆ ที่มีการดำเนินงานโดยใช้กลยุทธ์เครือข่าย โดยมีลักษณะงานที่คล้ายคลึง แต่ก็มีความเกื้อหนุนซึ่งกัน และเป็นการใช้ทรัพยากรมนุษย์ร่วมกันดึงการมีส่วนร่วมของในระดับกรม กอง หรือหน่อยงานของภาครัฐในการใช้ทรัพยากรเครือข่ายด้วยกัน

1.1.3 เริ่มเป็นรูปเป็นร่างจากนโยบายภาครัฐ

ช่วงระยะริเริ่มภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดยกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เป็นผลที่สืบเนื่องมาจากการที่รัฐบาลในสมัยที่ พ.ต.ท.ดร.ทักษิณ ชินวัตร เป็นนายกรัฐมนตรี รัฐบาลในสมัยนั้นจึงประกาศให้ปี 2545 – 2547 เป็น “ปีแห่งการรณรงค์สร้างสุขภาพทั่วไทย” และได้ประกาศนโยบายและเป้าหมายการรณรงค์สร้างสุขภาพ เมื่อวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2545

จากการประกาศเป็นปีแห่งการรณรงค์สร้างสุขภาพทั่วไทย กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการภายใต้กลยุทธ์ “รวมพลังสร้างสุขภาพ” ก่อให้เกิดเป็นกระแสตื่นตัวเกี่ยวกับการสร้างสุขภาพทั่วประเทศ และนี่เองเป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ได้มีการปรับโครงสร้างภายในตามที่ได้กล่าวมาแล้วในข้างต้น และก่อให้เกิดกลุ่มพัฒนาวิชาการและเครือข่ายขึ้นมาเพื่อดำเนินงานที่เกี่ยวกับเครือข่ายสุขภาพ

และในการดำเนินงานเกี่ยวกับเครือข่ายในระยะแรกของกองสุขศึกษานั้น กองสุขศึกษาได้รับมอบหมายจากกระทรวงสาธารณสุข ให้มีการจัดงานมหกรรมรวมพลังสร้างสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1 ที่ท้องสนามหลวง เมื่อ 22-23 พฤศจิกายน 2545 ก่อให้เกิดกระแสการสร้างสุขภาพด้วยการออกกำลังกายขึ้นทุกพื้นที่ทั่วประเทศ และในปี 2546 ส่งเสริมสนับสนุนให้รวมกลุ่มเป็น “ชมรมสร้างสุขภาพ” โดยกำหนดเป้าหมายให้ทุกหมู่บ้านมีชมรมสร้างสุขภาพอย่างน้อย 1 ชมรมต่อหมู่บ้าน/ชุมชน และในปี 2547 กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ในฐานะหน่วยงานรับผิดชอบงานเรื่องนี้ในส่วนกลางได้สนับสนุนให้ทุกจังหวัด ดำเนินการพัฒนาชมรมสร้างสุขภาพให้เข้มแข็งและยั่งยืน โดยให้มีชมรมสร้างสุขภาพต้นแบบอย่างน้อยจังหวัดละ 1 แห่ง เพื่อใช้เป็นแบบอย่างให้กับชมรมสร้างสุขภาพอื่นๆ ในจังหวัดเดียวกันใช้เป็นที่ศึกษาและพัฒนาตลอดจนเป็นที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน

ภารกิจหนึ่งในการส่งเสริมสนับสนุนให้มีการรวมกลุ่มเป็น “ชมรมสร้างสุขภาพ” คือการจัดทำทำเนียบ เปรียบได้กับเป็นฐานข้อมูลของชมรมสร้างสุขภาพ โดยในช่วงแรกได้มีการขอรายชื่อจากชมรมออกกำลังกาย ของกองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย แต่ทำเนียบรายชื่อดังกล่าวมีแต่ของกรุงเทพมหานครเพียงเท่านั้น ในส่วนของจังหวัดที่เหลือทางกองสุขศึกษาได้ประสานเพื่อขอความร่วมมือให้ทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทำการสำรวจและรวบรวมรายชื่อชมรมออกกำลังกายในพื้นที่ เพื่อจัดทำทำเนียบ “ชมรมสร้างสุขภาพ” ให้เป็นไปตามนโยบายของผู้บริหารประเทศ แต่การดำเนินงานรวมพลังออกกำลังกายที่ท้องสนามหลวงจัดมาได้ 4 ปี ก็มีเหตุให้ต้องเลิก ทั้งจากปัญหาด้านนโยบาย และการเปลี่ยนแปลงของผู้บริหารในระดับประเทศ ซึ่งจะเห็นได้ว่า ปัญหาด้านนโยบาย และการเปลี่ยนแปลงของผู้บริหารเป็นข้อจำกัดที่สำคัญของการดำเนินงานเครือข่ายของภาครัฐ หรือภาคีเครือข่ายที่มีภาครัฐเป็นตัวประสาน

ต่อมาทางกองสุขศึกษา ร่วมกับนายแพทย์ชัย กฤติยาภิชาตกุล จึงมีแนวคิดการผนึกกำลังสร้างสุขภาพในรูปแบบการดำเนินโครงการสร้างพันธมิตรการสร้างสุขภาพขึ้นในปี พ.ศ. 2546 ในครั้งนี้กองสุขศึกษา ได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างสุขภาพ (สสส.) จำนวน 2 โครงการ คือ โครงการนำร่องศึกษากระบวนการการพัฒนาชมรมสร้างสุขภาพเปรียบได้กับภาคีเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนในระดับท้องถิ่นและโครงการสร้างพันธมิตรการสร้างสุขภาพ ทั้งนี้กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ จึงมีการปรับเปลี่ยนระบบโครงสร้างองค์กรภายในเพื่อให้การดำเนินงาน และการบริหารงานของกองสุขศึกษาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผล แต่มีบทบาทหน้าที่เหมือนเดิม โดยมีการปรับโครงสร้างใหม่ จากเดิมมี 4 กลุ่มงานคือ

1. กลุ่มงานพัฒนาวิชาการและเครือข่าย
2. กลุ่มงานพัฒนาเทคโนโลยีการสื่อสารและการรณรงค์ด้านสุขภาพ
3. กลุ่มสนับสนุนการดำเนินงานสุขศึกษา
4. ฝ่ายบริหารทั่วไป

โครงสร้างใหม่ประกอบด้วย 8 กลุ่มงาน คือ

1. กลุ่มพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ
2. กลุ่มพัฒนาคุณภาพงานสุขศึกษา
3. กลุ่มพันธมิตรสร้างสุขภาพ
4. กลุ่มพัฒนาการสื่อสารด้านสุขภาพ
5. กลุ่มสารสนเทศสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์
6. กลุ่มสถานีวิทยุกระจายเสียงกระทรวงสาธารณสุข
7. กลุ่มแผนงานและประเมินผล
8. กลุ่มอำนวยการ (ฝ่ายบริหารทั่วไป และฝ่ายช่วยอำนวยการ)

จะเห็นได้ว่ามีการจัดตั้งกลุ่มงานพันธมิตรสุขภาพขึ้นภายในกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เพื่อรับผิดชอบในโครงการสร้างพันธมิตรการสร้างสุขภาพในการให้การส่งเสริมและสนับสนุนการดำเนินการ และประสานความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่ายพันธมิตรสร้างสุขภาพที่เป็นภาคีเครือข่ายสนับสนุนในส่วนกลาง รวมถึงการจัดสรรงบประมาณให้กับเครือข่ายพันธมิตรทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค และมีการติดตามความก้าวหน้า และประเมินผลการดำเนินงาน เพื่อสรุปบทเรียนและรายงานเสนอเชิงนโยบาย กองสุขศึกษาจึงถือได้ว่าเป็นหน่วยงานราชการทางด้านสุขภาพที่ทำงานด้านเครือข่ายอย่างเป็นระบบและเป็นรูปธรรม

จากข้อมูลดังกล่าวในข้างต้นสามารถสรุปได้ว่าภาคีเครือข่ายของภาครัฐนั้น มักจะเป็นภาคีเครือข่ายที่เป็นการจัดตั้งมากกว่าภาคีเครือข่ายรูปแบบอื่นๆ

1.2 ระยะสร้างภาคีเครือข่ายสุขภาพ

พัฒนาการของการเสริมสร้างความความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพโดยกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ได้เริ่มดำเนินงานอย่างเป็นทางการจริงๆ ในปี 2547-2548 ในรูปของ “โครงการสร้างพันธมิตรการสร้างสุขภาพ” โดยมีการสร้างภาคีเครือข่ายสุขภาพมาจากทุก

ภาคส่วน โดยมีทั้งเครือข่ายสุขภาพจากภาครัฐ หน่วยงานในกำกับของรัฐ และรัฐวิสาหกิจเป็นแกนนำหลัก อีกทั้งยังได้รับการสนับสนุนจากเครือข่ายภาคเอกชนหรือภาคธุรกิจ

1.2.1 ระดมพันธมิตรสร้างสุขภาพ

"โครงการสร้างพันธมิตรการสร้างสุขภาพ" เป็นภาคีเครือข่ายสุขภาพที่มีขนาดใหญ่ระดับประเทศครอบคลุมการทำงานทุกจังหวัด มีการระดมพันธมิตรเครือข่ายจากทุกภาคส่วนที่มีความเกี่ยวข้อง แบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ เครือข่ายพันธมิตรด้านสนับสนุนและเครือข่ายพันธมิตรด้านปฏิบัติการ

ก. เครือข่ายพันธมิตรด้านสนับสนุน

1. เครือข่ายพันธมิตรด้านสนับสนุน

1.1 เครือข่ายภาครัฐ : กระทรวงที่เกี่ยวข้องได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงแรงงาน กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สำนักนายกรัฐมนตรี และกรุงเทพมหานคร

1.2 เครือข่ายหน่วยงานในกำกับของรัฐ : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักปฏิรูประบบสุขภาพ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพสถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน ฯลฯ

1.3 เครือข่ายรัฐวิสาหกิจ : การไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย การกีฬาแห่งประเทศไทย ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์ การบินไทย และการปิโตรเลียมแห่งประเทศไทย ฯลฯ

1.4 เครือข่ายภาคเอกชน/ธุรกิจ : มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ บริษัท ห้างร้านต่างๆ เช่น ห้างสรรพสินค้าคาร์ฟู, ตั้งฮั่วเส็ง, Big C, เดอะมอลล์ และโสตัส เป็นต้น

2 เครือข่ายพันธมิตรสนับสนุนส่วนภูมิภาค ได้แก่ สสจ., รพศ., รพท., รพช., เทศบาล, อบต., ภาคเอกชน และหน่วยงานของกระทรวงหลักในพื้นที่

ข. เครือข่ายพันธมิตรการสร้างสุขภาพระดับปฏิบัติการ

1. เครือข่ายพันธมิตรด้านปฏิบัติการ

1.1 เครือข่ายพันธมิตรปฏิบัติการส่วนกลาง ได้แก่ เครือข่ายกลุ่ม/ชมรมประชาคม อาสาสมัครด้านสุขภาพที่มีอยู่ในพื้นที่ และสถานบริการสาธารณสุขสังกัดภาครัฐและภาคเอกชน

1.2 เครือข่ายพันธมิตรปฏิบัติการส่วนภูมิภาค ได้แก่ เครือข่ายกลุ่ม/ชมรมประชาคม ชมรม อาสาสมัครด้านสุขภาพ (อสม. ศอช. (ศูนย์ประสานองค์กรชุมชน) ที่มีอยู่ในพื้นที่) และศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานีอนามัย

ขั้นที่ 2 ขั้นการสร้างพันธกรณีและการบริหารภาคีเครือข่ายสุขภาพ

ระยะสร้างภาคีเครือข่ายสุขภาพ

2.1 กำหนดยุทธศาสตร์และยุทธวิธี

2.2 การดำเนินโครงการสร้างพันธมิตรการสร้างสุขภาพ

2.1 กำหนดยุทธศาสตร์และยุทธวิธี

การที่จะดำเนินดังกล่าวได้ประสบผลสำเร็จกองสุขศึกษาซึ่งเป็นภาคีเครือข่ายส่วนกลาง ได้มีการกำหนดยุทธศาสตร์ “ใช้พื้นที่เป็นฐาน บูรณาการทุกภาคส่วน สร้างกระบวนการเรียนรู้ สู่วิถีชุมชน” เพื่อให้ภาคีเครือข่ายพันธมิตรการสร้างสุขภาพระดับจังหวัดใช้เป็นกรอบในการดำเนินงานจัดกิจกรรมในพื้นที่ ซึ่งรูปแบบกิจกรรมทางภาคีเครือข่ายพันธมิตรการสร้างสุขภาพระดับจังหวัดจะเป็นผู้กำหนดเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่นั้นๆ

2.2 การดำเนินโครงการสร้างพันธมิตรการสร้างสุขภาพ

การดำเนินงานของโครงการสร้างพันธมิตรการสร้างสุขภาพ มีการจัดกิจกรรมโดยการจัดให้มีเวทีระดับชาติ โดยจัดเชิญหน่วยงานเครือข่ายพันธมิตรทั้งของกระทรวงมหาดไทย เครือข่ายพันธมิตรของกระทรวงศึกษาธิการ เครือข่ายพันธมิตรภาครัฐ ภาคเอกชน มาเข้าร่วมในโครงการฯ โดยกิจกรรมในการจัดเวทีเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับชาติ ได้มีการอภิปรายเพื่อหาแนวคิดวิธีการว่าจะมีวิธีการทำอย่างไรให้เรื่องสุขภาพไปถึงผู้นำและไปถึงประชาชนที่เป็นแกนนำในชุมชน และเพื่อหาความต้องการของพันธมิตรสร้างสุขภาพ เพื่อนำมากำหนดมาเป็นยุทธศาสตร์ร่วมกัน และมอบเป็นนโยบายสู่พันธมิตรสุขภาพระดับปฏิบัติการในระดับภูมิภาค

2.3 เมื่อผู้บริหารเปลี่ยนนโยบายก็เปลี่ยน

การดำเนินงานของโครงการสร้างพันธมิตรการสร้างสุขภาพมีการดำเนินการมาได้ประมาณ 1 ปี ก็มีการเปลี่ยนแปลงของรัฐบาลหลายๆอย่าง ทั้งผู้บริหารของกระทรวงฯ และนโยบาย

โดยมีการเปลี่ยนนโยบายเป็น “เมืองไทยแข็งแรง” ซึ่งจากการเปลี่ยนนโยบายของรัฐบาลในสมัยนั้น ส่งผลให้ทางสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)มีการบูรณาการนำโครงการสร้างพันธมิตรการสร้างสุขภาพไปเป็นยุทธศาสตร์หนึ่ง ทาง สสส. จึงนำโครงการสร้างพันธมิตรการสร้างสุขภาพกลับไปดำเนินการเอง

เป็นที่น่าสังเกตว่าภาคีเครือข่ายที่มีการดำเนินงานโดยภาครัฐหรือราชการมักจะประสบปัญหาเกี่ยวกับนโยบายการบริหารงาน ทั้งนี้เนื่องมาจากภาคีเครือข่ายที่ดำเนินการโดยภาครัฐมักจะอาศัยนโยบายจากผู้บริหารระดับประเทศเป็นตัวขับเคลื่อนให้มีการดำเนินงานไปอย่างเป็นระบบ เมื่อผู้บริหารในระดับกระทรวง ทบวง กรม เปลี่ยนส่งผลให้นโยบายในการดำเนินงานมีการเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย กองสุขศึกษาเองก็ต้องมีการปรับรูปแบบโครงการในการดำเนินงานเกี่ยวกับภาคีเครือข่ายไปเพื่อสอดคล้องกับนโยบายของผู้บริหารในแต่ละยุคสมัย

ขั้นที่ 3 ขั้นการพัฒนาความสัมพันธ์ของภาคีเครือข่ายสุขภาพ

ความสัมพันธ์ของภาคีเครือข่ายสุขภาพ

3.1 เปลี่ยนแปลงและพัฒนา

3.2 ต้องพัฒนาภาคีเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่

3.1 เปลี่ยนแปลงและพัฒนา

จากในอดีตที่กองสุขศึกษามีการดำเนินการกับการสร้างเสริมภาคีเครือข่ายสุขภาพในระดับประเทศเป็นหลัก และเนื่องมาจากภาคีเครือข่ายในช่วงแรกมีขนาดใหญ่จึงเกิดปัญหาในเรื่องการบริหารจัดการ และจากการเปลี่ยนนโยบาย ฯ ทำให้เกิดปัญหาต่างๆตามมามากมาย ส่งผมให้กองสุขศึกษาเองต้องมีการปรับรูปแบบการทำงานเสียใหม่โดยให้ความสนใจมาที่การพัฒนาภาคีเครือข่ายสุขภาพในระดับพื้นที่ ดึงการมีส่วนร่วมในพื้นที่เป็นหลัก ซึ่งจะเห็นได้ว่ากองสุขศึกษามีการปรับบทบาทตนเองโดยเน้นพื้นที่เป็นฐานนั้นหมายถึงว่ามีการส่งเสริมให้พื้นที่ในระดับจังหวัด อำเภอ และระดับตำบลเป็นศูนย์กลาง โดยเอาภาคีเครือข่ายสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในระดับพื้นที่มาช่วยกันแก้ไขปัญหาในระดับพื้นที่

3.2 ต้องพัฒนาภาคีเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่

และจากผลการวิจัยของกลุ่มพันธมิตรการสร้างสุขภาพพบว่า เวลาที่เกิดปัญหาไม่ว่าจะเป็นทางด้านสุขภาพ หรือด้านอื่นในพื้นที่ จะมีกลุ่มบุคคล 4 กลุ่มเข้ามาเกี่ยวข้องและมีการรวมกันแก้ปัญหาในพืนที่ ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) จากท้องที่ ได้แก่ แกนนำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน จากกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และภาคประชาชน ได้แก่ แกนนำสุขภาพ อสม.

สามารถสรุปได้ว่า กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นภาคีเครือข่ายภาครัฐ และยังเป็นภาคีเครือข่ายทางวิชาการ ทำให้มีการทำวิจัยเพื่อหาวิธีในการดำเนินงานในการเสริมสร้างพัฒนาภาคีเครือข่ายสุขภาพให้มีความเข้มแข็งควบคู่ไปกับการจัดกิจกรรมโครงการต่างๆ ซึ่งในการทำวิจัยนี่เองที่เป็นรูปแบบหนึ่งของภาคีเครือข่ายแบบราชการที่สามารถทำได้ง่ายกว่าภาคีเครือข่ายภาคประชาชน หรือภาคีเครือข่ายองค์กรอิสระที่ทำการวิจัยได้ลำบากกว่า ผลที่ได้จากการศึกษาวิจัยยังสามารถนำผลการวิจัยมาใช้ในการวางแผนบริหารจัดการภาคีเครือข่ายบนฐานความรู้ อีกทั้งยังทำให้กองสุขศึกษาสามารถที่จะระบุภาคีได้ถูกต้อง

ขั้นที่ 4 ขั้นการรักษาความสัมพันธ์และความต่อเนื่องของภาคีเครือข่ายสุขภาพ

การรักษาความสัมพันธ์และความต่อเนื่อง

4.1 กิจกรรมพัฒนาศักยภาพเครือข่าย

4.2 ติดตามความคืบหน้า

4.1 กิจกรรมพัฒนาศักยภาพเครือข่าย

ในส่วนของกิจกรรมในโครงการ จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า กิจกรรมหลักๆ ในโครงการสัมมนาถ่ายทอดและส่งเสริมประสานการดำเนินงานสร้างสุขภาพเครือข่ายแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อบต. แกนนำชุมชน และแกนนำสุขภาพ ได้แก่ การนำเสนอโดยใช้กรณีตัวอย่างการร่วมมือกันทำงานการสร้างสุขภาพว่ามีการดำเนินการอย่างไร โดยเฉพาะการทำงานร่วมกันของทั้ง 4 กลุ่ม เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อบต. แกนนำชุมชน และแกนนำสุขภาพ จากนั้นจึงมีการอภิปรายร่วมกัน มีนักวิชาการร่วมอภิปรายเสริม โดยเฉพาะบทบาทของกลุ่มต่างๆ การร่วมกันวางแผนการดำเนินงาน เป็นรูปแบบของการอภิปรายประสบการณ์การทำงานด้านสุขภาพในพื้นที่ จากนั้นก็มีการประชุมกลุ่มย่อย เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของแต่ละกลุ่มในการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่ง

การเชิญกลุ่มเครือข่ายแกนนำหลักในครั้งนี้กองสุขศึกษาเอง มีบทบาทหลักคือจัดเวทีให้เครือข่ายมาพบปะกัน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน จะเห็นได้ว่ารูปแบบภาคีเครือข่ายสุขภาพเป็นลักษณะภาคีเครือข่ายการเรียนรู้มากกว่าภาคีเครือข่ายออกกำลังกาย(กิจกรรม) ระดับชาติแบบในอดีต โครงสร้างตำแหน่งของกองสุขศึกษาตอนนี้ยังเป็น Star

4.2 ติดตามความคืบหน้า

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า หลังจากการที่มีการจัดเวทีสัมมนาถ่ายทอดและส่งเสริมประสานการดำเนินงานสร้างสุขภาพเครือข่าย ทางกลุ่มงานพันธมิตรการสร้างสุขภาพ กองสุขศึกษา จึงได้มีการติดตามการดำเนินงานของแต่ละจังหวัดโดยใช้แบบฟอร์มรายงานความคืบหน้า ในระดับพื้นที่ และระดับจังหวัด เพื่อติดตามให้ทราบว่าทั้งในระดับจังหวัดและระดับพื้นที่มีการลงไปดำเนินการอย่างไร มีกิจกรรมอะไรบ้าง มีใครมาร่วมเป็นเครือข่ายบ้าง แต่ละคนที่มาร่วมมีบทบาทอย่างไร ผลการดำเนินงานเป็นอย่างไรมีอุปสรรคอะไรบ้าง เพื่อเป็นการนำข้อมูลดังกล่าวมาใช้ปรับแก้ในการจัดโครงการสัมมนาฯ ในปีต่อไป

<u>ผลการวิจัยส่วนที่ 2</u> รูปแบบการสื่อสารของเครือข่ายการสื่อสารเพื่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดย กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำโครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพ ประจำปีงบประมาณ 2551 เพื่อให้ภาคีเครือข่ายมีความรู้ ความเข้าใจ มีแนวทางในการดำเนินงานเพื่อประสานงาน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสร้างสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ

2.1. ประเภทของภาคีเครือข่ายสุขภาพภายใต้โครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพ ในปีงบประมาณ 2551

2.1.1 จำแนกตามระดับชั้นของภาคีเครือข่ายสุขภาพ

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ภาคีเครือข่ายสุขภาพของกองสุขศึกษาสามารถแบ่งได้เป็น 2 ระดับชั้น ใหญ่ๆ เป็นในลักษณะภาคีเครือข่ายสนับสนุน และภาคีเครือข่ายระดับปฏิบัติการ โดยมีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ทำหน้าที่ประสานงานการดำเนินงาน

ระหว่างเครือข่ายสนับสนุน และเครือข่ายระดับปฏิบัติการ โดยมีกองสุขศึกษาให้การสนับสนุนทั้งงบประมาณ องค์ความรู้ต่างๆ โดยเครือข่ายของกองสุขศึกษาจะมีรูปแบบเป็น “ซุปเปอร์เครือข่าย” (Supra Network)

2.1.2 จำแนกตามประเภทการดำเนินงานของภาคีเครือข่าย

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ภาคีเครือข่ายสุขภาพของกองสุขศึกษา มีรูปแบบการดำเนินงานเป็นไปในลักษณะการให้การสนับสนุนภาคีเครือข่ายในระดับปฏิบัติการในแต่ละจังหวัด ทั้งนี้เนื่องจากกองสุขศึกษามีบทบาทภารกิจหลัก คือ การให้การส่งเสริม สนับสนุนและพัฒนาการดำเนินงานด้านสุขภาพเป็นหลัก โดยเฉพาะด้านสุขศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพ ตลอดจนมีการส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาภาคีเครือข่ายสุขภาพ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนและชมรม จึงสามารถสรุปได้ว่าเครือข่ายของกองสุขศึกษา เป็นเครือข่ายสนับสนุน

2.1.3 จำแนกตามประเด็นของภาคีเครือข่าย

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า เครือข่ายสุขภาพของกองสุขศึกษา มีการจัดเครือข่ายตามประเด็นสุขภาพ โดยมีการนำประเด็นเกี่ยวกับสุขภาพมาจัดกิจกรรมการดำเนินงานด้านสุขภาพร่วมกัน เช่น ประเด็นในเรื่องไข้หวัดนก ประเด็นในเรื่องโรคไม่ติดต่อ (Non Communicable Disease หรือ NCD) โดยเฉพาะ โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง จึงสามารถสรุปได้ว่าเครือข่ายของกองสุขศึกษา เป็นเครือข่ายเชิงประเด็น

2.1.4 จำแนกตามรูปแบบโครงสร้างหรือความสัมพันธ์ของภาคีเครือข่าย

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า เครือข่ายสุขภาพของกองสุขศึกษา มีการจัดเครือข่ายตามรูปแบบโครงสร้างหรือความสัมพันธ์ มีลักษณะผสมผสานทั้งแบบเครือข่ายตามแนวตั้ง และเครือข่ายตามแนวนอน กล่าวคือ ภาคีเครือข่ายสุขภาพของกองสุขศึกษาที่มีโครงสร้างการบริหารงานของภาครัฐ ทำให้มีรูปแบบการดำเนินงานไปอย่างเป็นระบบตามแนวตั้ง แต่ในขณะเดียวกันก็มีการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการพัฒนางานด้านสุขภาพ โดยเฉพาะกระบวนการดำเนินการ ดังนั้นโครงสร้างหรือความสัมพันธ์ของเครือข่ายจึงเป็นแบบตามแนวนอน

2.2. ลักษณะและทิศทางการสื่อสารของภาคีเครือข่าย ภายใต้โครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพ ในปีงบประมาณ 2551

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าเครือข่ายสุขภาพของกองสุขศึกษา มีลักษณะและทิศทางการสื่อสารแบบผสมผสาน กล่าวคือ มีทั้งเครือข่ายการสื่อสารแบบเป็นทางการ (Formal Network) เป็นรูปแบบการสื่อสารทางเดียว (One-way Communication) ซึ่งเป็นลักษณะการสื่อสารของเครือข่ายภาครัฐ อีกทั้งสมาชิกภายในภาคีเครือข่ายสุขภาพของกองสุขศึกษาส่วนใหญ่เป็นหน่วยงานทางราชการ ดังนั้นการติดต่อสื่อสารเพื่อดำเนินการในโครงการฯ จึงต้องมีการติดต่อผ่านทางหนังสือราชการเป็นหลักเป็นรูปแบบการสื่อสารทางเดียว อีกทั้งการติดต่อสื่อสารแบบเป็นทางการด้วยหนังสือราชการยังเป็นการให้เกียรติกับทางหน่วยงานต่างๆ

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพได้มีการคำนึงถึงข้อจำกัดของลักษณะการสื่อสารแบบเป็นทางการของทางหน่วยงานราชการ อีกทั้งเนื่องมาจากมีการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายภาคประชาชนมากขึ้น จึงมีการปรับรูปแบบการสื่อสาร โดยมีการใช้การสื่อสารแบบไม่เป็นทางการ (Informal Network) เป็นรูปแบบการสื่อสารแบบสองทาง (Two-way Communication) ควบคู่กันไปกับการสื่อสารแบบเป็นทางการ (Formal Network) ซึ่งเป็นรูปแบบการสื่อสารทางเดียว (One-way Communication) และเป็นลักษณะการสื่อสารของเครือข่ายภาครัฐแบบเดิม มาประยุกต์ใช้ร่วมด้วย การไหลของข้อมูลข่าวสารของภาคีเครือข่ายสุขภาพของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพในบางกรณีจะมีการไหลของข่าวสารแบบล่างขึ้นบน(Bottom – up communication)การสื่อสารด้วยวาจา (Oral communication) ทางโทรศัพท์ ซึ่งจะเป็นสื่อสารในลักษณะนิเทศติดตาม และการสื่อสารส่วนตัวระหว่างกองสุขศึกษากับสมาชิกในภาคีเครือข่ายสุขภาพ

2.3 รูปแบบวิธีการจัดโครงสร้างของภาคีเครือข่าย ภายใต้โครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพ ในปีงบประมาณ 2551

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล พบว่ารูปแบบวิธีการจัดโครงสร้างของภาคีเครือข่ายสุขภาพเป็นรูปแบบของเครือข่ายที่มีความซับซ้อน เนื่องจากมีความหลากหลายของสมาชิกในภาคีเครือข่ายที่เข้ามาร่วมมือกัน จึงปรากฏเป็นเครือข่ายที่มีความซับซ้อน (Complexity Network) ของภาคีเครือข่ายสุขภาพ กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

<u>ผลการวิจัยส่วนที่ 3</u> ลักษณะองค์ประกอบของเครือข่ายการสื่อสารเพื่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดย กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

3.1 ประเด็นในการสื่อสาร ภายใต้โครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพ ในปีงบประมาณ 2551

3.1.2 เนื้อหาที่ใช้

ในโครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพ ในปีงบ ประมาณ 2551 ได้มีการดำเนินกิจกรรมโครงการสัมมนา “การถ่ายทอดและส่งเสริมประสานการดำเนินงานสร้างสุขภาพของภาคีเครือข่าย” และในการดำเนินงานของโครงการฯ ดังกล่าว ได้มีชุดความรู้ในการจัดสัมมนาฯ จำนวน 2 ชุด ชุดแรก คือชุดความรู้เกี่ยวกับการศึกษาภาคีเครือข่ายสุขภาพ ชุดที่สอง คือความรู้ในด้านสุขภาพ ได้แก่ แนวทางการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพโดยภาคีเครือข่าย บทเรียนชมรมสุขภาพที่เข้มแข็ง ซึ่งจะเห็นได้ว่าบทบาทของกองสุขศึกษาในการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับภาคีเครือข่ายสุขภาพคือการเติมความรู้ที่ภาคีเครือข่ายสุขภาพต้องการใช้ปฏิบัติงาน เหตุผลหนึ่งที่ต้องมีชุดความรู้ในด้านสุขภาพให้กับภาคีเครือข่าย เนื่องจากภาคีเครือข่ายส่วนหนึ่งไม่ใช่ผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพมากนัก เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) วิทยุชุมชน ฯลฯ ประกอบกับกระบวนทัศน์ใหม่ทางสุขภาพที่เน้นทุกภาคส่วนให้มามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ เพราะสุขภาพเป็นเรื่องของคนทุกคน ดังคำกล่าวที่ว่า “สุขภาพดีไม่มีขายอย่างได้ต้องทำเอง”

3.2 ลักษณะหรือประเภทของกิจกรรมที่ใช้ ภายใต้โครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพ ในปีงบประมาณ 2551

3.2.1 กิจกรรมที่ใช้

ในส่วนของกิจกรรมในโครงการ ฯ ดังกล่าว ทางกลุ่มงานพันธมิตรสร้างสุขภาพ กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ได้มีการกำหนดกิจกรรมดังนี้

ก. จัดทำทำเนียบภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพ

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าตามที่กองสุข ได้มีการดำเนินการจัดทำทำเนียบภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพ เพื่อให้ภาคีเครือข่ายสุขภาพได้นำทำเนียบภาคีเครือข่ายไปใช้ในการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่ และเพื่อเชื่อมประสานความร่วมมือกับหน่วยงานต่างๆ จากภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ทั้งในระดับ ส่วนกลาง และส่วนภูมิภาคทั่วประเทศ และยังเป็นการสร้างความสัมพันธ์ให้สมาชิกในเครือข่ายเกิดความรู้สึกมีส่วนร่วม และเป็นหนึ่งเดียวกับภาคีเครือข่าย จากการวิเคราะห์ข้อมูลยังพบว่ากิจกรรมการจัดทำทำเนียบภาคีเครือข่ายยังเป็นกิจกรรมที่เครือข่ายแบบราชการเท่านั้นที่สามารถคิดได้ และไม่ปรากฏให้เห็นในภาคีเครือข่ายแบบอื่นๆ ประโยชน์ที่ได้จากการจัดทำเอกสารทำเนียบรายชื่อผู้เข้าร่วมสัมมนานอกจากที่กองจะใช้ในการติดต่อประสานงานในการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพของกองสุขศึกษาแล้ว แนวทางใหม่ที่พบคือการเปิดโอกาสให้ภาคีเครือข่ายสุขภาพ ตลอดจนผู้สนใจสามารถนำไปใช้ได้

ข. จัดทำแนวทางการดำเนินงานสุขศึกษาสำหรับภาคีเครือข่าย ได้แก่

1. แนวทางการดำเนินงานพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ

กองสุขศึกษาได้มีการดำเนินการจัดทำเอกสารแนวทางการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ โดยภาคีเครือข่าย เพื่อให้ภาคีเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่ได้ใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ครอบคลุมทั้งแนวทางการประสานงาน การวางแผน การสนับสนุนทรัพยากร/วิชาการ การจัดกิจกรรม การติดตาม ควบคุมกำกับ และการประเมินผลการดำเนินงานต่อไป

2. บทเรียนการพัฒนาชมรมสร้างสุขภาพสู่ความเข้มแข็ง

กองสุขศึกษาได้มีการ การถอดบทเรียน (Distilled) การพัฒนาชมรมสร้างสุขภาพ จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าการถอดบทเรียนดังกล่าวเป็นข้อค้นพบใหม่ เพราะในระบบการดำเนินงานราชการไม่มีวิธีการนี้ แต่การถอดบทเรียนจะอยู่ในสถาบันหรือหน่วยงานวิชาการมากกว่า แต่เนื่องจากกองสุขศึกษาเป็นองค์กรทางราชการที่มีทั้งการดำเนินงานควบคู่ไปกับการศึกษาวิจัย โดยมีการนำผลการศึกษาวิจัยดังกล่าวมาใช้เป็นฐานข้อมูลในการดำเนินงานของกองสุขศึกษา ทำให้กองสุขศึกษาเป็นหน่วยงานที่มีความผสมผสานระหว่างหน่วยงานราชการทั่วๆไปกับหน่วยงานทางวิชาการ นอกจากนี้ยังค้นพบว่า การทำงานภาคีเครือข่ายสุขภาพของกองสุขศึกษากรมสนับสนุนบริการสุขภาพสามารถทำให้เกิดการจัดการองค์ความรู้ (Knowledge Management/K.M.) ได้ และในที่สุดนำไปสู่การพัฒนาองค์กรให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ (Learning Organizing/L.O.) อย่างแท้จริง

ค. สัมมนา ถ่ายทอดและส่งเสริมประสานการดำเนินงานสร้างสุขภาพของภาคีเครือข่าย

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล พบว่ากองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ได้มีการดำเนินโครงการจัดเวที ถ่ายทอดและส่งเสริมประสานการดำเนินงานสร้างสุขภาพของภาคีเครือข่าย เพื่อเป็นการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ ภายใต้แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพชุมชนให้เข้มแข็ง โดยการพัฒนาสุขภาพในระดับพื้นที่ ซึ่งประกอบไปด้วย แกนนำสุขภาพในชุมชน ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรภาคประชาชน และอาสาสมัครอื่นๆ ในพื้นที่ โดยมีหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่เป็นหน่วยงานเชื่อมประสานและสนับสนุนให้ภาคีเครือข่ายสุขภาพดังกล่าวประสานในการดำเนินงานสร้างสุขภาพของชุมชน

ลักษณะการประชุมสัมมนา ถ่ายทอดและส่งเสริมประสานการดำเนินงานสร้างสุขภาพของภาคีเครือข่ายในลักษณะเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่มีผู้เข้าร่วมประชุมเป็นจำนวนมากและมีความหลากหลาย ทำให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้มีโอกาสได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นตลอดจนแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกัน ทำให้มีมุมมองที่หลากหลายในประเด็นเรื่องการดำเนินงานภาคีเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่ต่างๆ และการจัดกิจกรรมดังกล่าวทุกปียังเป็นการรักษาความสัมพันธ์ที่ดีของภาคีเครือข่ายสุขภาพของกองสุขศึกษาได้อีกทาง

ง.นิเทศติดตามผลการดำเนินงาน

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า หลังจากที่มีการสัมมนา ถ่ายทอดและส่งเสริมประสานการดำเนินงานสร้างสุขภาพของภาคีเครือข่าย ในแต่ละจังหวัดในพื้นที่จะจัดทำเป็นโครงการสร้างสุขภาพ เพื่อนำมาของบประมาณสนับสนุนการดำเนินโครงการฯ กับทางกองสุขศึกษา จังหวัดละ 10,000 บาท และเมื่อการอนุมัติโครงการและงบประมาณไปแล้ว ทางกองสุขศึกษาจะลงไปติดตามความคืบหน้าของโครงการเพื่อเป็นการประเมินผลการดำเนินกิจกรรมเป็นการนิเทศติดตามผลการเรียนรู้ที่ได้จากการจัดเวทีสัมมนาฯ ไปใช้ประโยชน์ อีกทั้งยังเป็นการสร้างขวัญกำลังใจให้กับภาคีเครือข่ายในพื้นที่อีกด้วย ผู้วิจัยเห็นว่าการนิเทศติดตามผลการดำเนินงานเป็นจุดแข็งของหน่วยงานภาครัฐ

จ. จัดทำสรุปรายงานผลการดำเนินงานโครงการฯ

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า กลุ่มพันธมิตรการสร้างสุขภาพ กองสุขศึกษา มีการจัดทำสรุปในการจัดสัมมนา ถ่ายทอดและส่งเสริมประสานการดำเนินงานสร้างสุขภาพของภาคีเครือข่าย ทั้ง 4 ภาค รวมถึงมีการรวบรวมภาคีเครือข่ายในแต่ละภูมิภาค เพื่อดำเนินการจัดทำเนียบภาคีเครือข่ายในแต่ละภาค นอกจากนี้ในปลายปีงบประมาณ 2551 ได้มีการจัดทำวิจัยเพื่อเป็นการประเมินผลสัมฤทธิ์การดำเนินงานของกองสุขศึกษา ปีงบประมาณ 2551 สิ่งที่ได้จาการทำวิจัยประเมินผลนี้จะสามารถช่วยให้ทราบถึงความสอดคล้องในการจัดทำแผนปฏิบัติงานและความสำเร็จของตัวชี้วัดที่มีต่อผลผลิต รวมทั้งปัญหา อุปสรรค ผลการศึกษาที่ได้จะเป็นข้อมูลที่ดีสำหรับ การพัฒนาการดำเนินงานของกองสุขศึกษาในปีต่อไป

3.3 ประเภทของสื่อที่ใช้ในการนำเสนอ ภายใต้โครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพ ในปีงบประมาณ 2551

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า สื่อที่ใช้ในการนำเสนอในโครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพ ในปีงบ ประมาณ 2551 ได้แก่

3.3.1 สื่อสิ่งพิมพ์ (Printed Media)

3.3.2 สื่อบุคคล (Personal Media)

3.3.3 สื่อกิจกรรม

3.3.4 สไลด์ PowerPoint กับเครื่อง LCD Projector

3.4 สมาชิกของภาคีเครือข่ายสุขภาพ ภายใต้โครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพ ในปีงบ ประมาณ 2551

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า สมาชิกของภาคีเครือข่ายสุขภาพ ภายใต้โครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพ ในปีงบ ประมาณ 2551 มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่รับผิดชอบงานชมรมสร้างสุขภาพ เจ้าหน้าที่ระดับอำเภอ ตำบล บุคลากรในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคีเครือข่ายที่สนับสนุนการดำเนินงานสร้างสุขภาพในพื้นที่ แกนนำชุมชน และแกนนำชมรมสร้างสุขภาพ นอกจากนี้ยังมีผู้ดำเนินรายการวิทยุชุมชนในพื้นที่จังหวัดเป้าหมาย และนักวิชาการของกองสุขศึกษาด้วย

3.5. โครงสร้างตำแหน่งหรือการเชื่อมต่อภายในภาคีเครือข่าย ที่มีกองสุขศึกษาเป็นส่วนหนึ่งในภาคีเครือข่ายสุขภาพ ภายใต้โครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพ ในปีงบประมาณ 2551

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ในระยะแรกการดำเนินการดำเนินการเกี่ยวกับภาคีเครือข่าย กองสุขศึกษาจะเป็นศูนย์กลางของเครือข่ายระดับประเทศโดยเฉพาะในด้านวิชาการ เป็นเครือข่ายทางความรู้ เงินทุน กองสุขศึกษามีการดำเนินการส่งเสริม สนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดยเฉพาะในด้านองค์ความรู้สุขศึกษา และพฤติกรรมสุขภาพ และองค์ความรู้ด้านการดำเนินงานในรูปแบบเครือข่าย เพื่อให้ภาคีเครือข่ายสุขภาพระดับปฏิบัติการในพื้นที่ นำความรู้ต่างๆไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินโครงการสุขภาพในพื้นที่ เปรียบได้กับภาคีเครือข่ายสุขภาพระดับปฏิบัติการในพื้นที่เป็นเครือข่ายกิจกรรมด้านสุขภาพ

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล ยังพบว่าหลังจากดำเนินการโครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพ ในปีงบ ประมาณ 2551 กองสุขศึกษา จะเปลี่ยนบทบาทการดำเนินการในภาคีเครือข่าย โดยมอบหมายให้ทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้ดำเนินการด้านเครือข่ายสุขภาพในการส่งเสริม สนับสนุนความรู้และกิจกรรมต่อไป เนื่องจากกองสุขศึกษาเป็นองค์กรในส่วนกลางการที่จะลงไปดำเนินการในระดับพื้นที่ให้ครอบคลุมเครือข่ายสุขภาพทุกที่ทำได้ยาก อีกทั้งยังไม่สามารถดูแลได้ทั่วถึงทำให้ขาดความต่อเนื่องในการรักษาความสัมพันธ์ของเครือข่าย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจึงมีความเหมาะสมในการดำเนินการด้านเครือข่ายในระดับพื้นที่ปฏิบัติการ กองสุขศึกษาจะทำหน้าที่พันธมิตรที่สนับสนุนการดำเนินงานสุขภาพต่างๆ ทั้งการสนับสนุนสื่อสุขภาพ ด้านองค์ความรู้ใหม่ ๆ ด้านสุขภาพ โดยการจัดกิจกรรมในการให้ความรู้ในรูปแบบต่างๆ เช่นมีการจัดอบรม สัมมนา จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้กับภาคีเครือข่ายสุขภาพ และส่งต่อให้กับทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศเพื่อให้ทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนำไปถ่ายทอดต่อให้กับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ของตนต่อไป

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ยังมีบทบาทผสมผสานในฐานะแกนนำภาคีเครือข่ายสุขภาพ ล่าม (Liaison) และสะพาน (Bridge) ทำหน้าที่เป็นตัวเชื่อมกับกลุ่มต่างๆ หรือบุคคลต่างๆ ที่ไม่ได้ติดต่อสื่อสารกันเข้าด้วยกัน ทั้งในเชิงการส่งต่อข้อมูลและการรับข้อมูลเพื่อมากระจายต่อในภาคีเครือข่ายสุขภาพ นอกจากนี้กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพยังทำหน้าที่เป็นคนควบคุมข้อมูล (Gatekeeper) ในภาคีเครือข่ายสุขภาพ ซึ่งกองสุขศึกษามีบทบาทในการควบคุมการกระจายข้อมูลหรือการหมุนเวียนข้อมูลทั้งในเรื่องสุขภาพ และเรื่องอื่นๆ ที่มีความเกี่ยวข้องและเป็นประโยชน์กับภาคีเครือข่ายสุขภาพ ให้กับสมาชิกต่างๆ

<u>ผลการวิจัยส่วนที่ 4.</u> ปัจจัยที่เป็นข้อส่งเสริมและปัจจัยที่เป็นข้อจำกัดของการสื่อสารต่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดย กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

4.1. ปัจจัยที่เป็นข้อส่งเสริม ของการสื่อสารต่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดย กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า

4.1.1. ปัจจัยที่เป็นข้อส่งเสริมของการสื่อสารต่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ จากมุมมองของคนใน

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ภาคีเครือข่ายสุขภาพจะมีความเข้มแข็งได้นั้น จำเป็นจะต้องมี

ก.) การมีผู้ประสานภาคีเครือข่ายในระดับจังหวัด
ข.) การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร
ค.) การได้การสนับสนุนจากหน่วยงานภายนอก
ง.) การได้การสนับสนุนงบประมาณ
ฉ.) การมีจิตอาสา

4.1.2. ปัจจัยที่เป็นข้อส่งเสริมของการสื่อสารต่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพจากมุมมองของภาคีเครือข่ายระดับปฏิบัติการที่มีความเข้มแข็ง

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า การที่ภาคีเครือข่ายสุขภาพจะมีความเข้มแข็งได้นั้น จำเป็นจะต้องมี

ก.) การปฏิสัมพันธ์ที่ดี
ข.) การได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานภายนอก
ค.) การได้การสนับสนุนงบประมาณ
ง.) มีการจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

จ.) มีการประชาสัมพันธ์กิจกรรมภาคีเครือข่ายสุขภาพ

ฉ.) การมีทีมงานที่มีความเข้มแข็ง

4.2. ปัจจัยที่เป็นข้อจำกัดของการสื่อสารต่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดย กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า

4.2.1 ปัจจัยที่เป็นข้อจำกัดของการสื่อสารต่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพจากมุมมองของคนใน

ก.) ขาดผู้ที่มีความสามารถในการพัฒนาเครือข่าย

ข.) การขาดความต่อเนื่อง

ค.) ขาดการประสานความร่วมมือที่ดี

ง.) โครงสร้างการบริหารงานภายในของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

จ.) ปัญหาของระบบการบริหารงานแบบระบบราชการ

4.2.2. ปัจจัยที่เป็นข้อจำกัดของการสื่อสารต่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพจากมุมมองของภาคีเครือข่ายระดับปฏิบัติการที่มีความเข้มแข็ง

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า การที่ภาคีเครือข่ายสุขภาพยังไม่มีความเข้มแข็งได้นั้น มีข้อจำกัดดังนี้

ก.) ข้อจำกัดเรื่องเวลา

ข.) การได้การสนับสนุนจากหน่วยงานภายนอกมีไม่เพียงพอ

ค.) ความสามารถของผู้จัดการภาคีเครือข่าย

ง.) ปัญหาของระบบการบริหารงานแบบระบบราชการ

จ.) โครงสร้างการบริหารงานภายในของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

ฉ.) ขาดการบรรจุลงในตัวชี้วัดของผู้ตรวจราชการ

อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

1. ภาคีเครือข่ายสุขภาพ : อีกคำตอบสำหรับการแก้ไขปัญหาสุขภาพโดยภาครัฐ

ปัจจุบันปัญหาด้านสุขภาพนับวันจะยิ่งมีความซับซ้อนมากขึ้นเรื่อยๆ กระทรวงสาธารณสุขเองซึ่งเป็นหน่วยงานสูงสุดที่มีหน้าที่ดูแลในเรื่องของสาธารณสุข สุขภาพ สุขอนามัย ฯลฯ ให้กับประชาชนในประเทศ ก็ไม่อาจแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ตามลำพัง เจ้าหน้าที่ของภาครัฐเอง เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือแม้แต่บุคลลกรในด้านต่างๆของภาครัฐยังคงขาดความเข้าใจ และความใส่ใจ ไม่สามารถเข้าถึงปัญหาในระดับท้องที่ในชุมชนได้อย่างแท้จริง ตลอดจนระบบการดำเนินงานของภาครัฐที่มีลักษณะการสั่งการตามสายงานบังคบบัญชา และมักดำเนินกิจกรรมทุกอย่างด้วยตนเอง ก่อให้เกิดความล่าช้าในการดำเนินการ จนไม่สามารถดำเนินการได้ทันท่วงที ทั้งนี้ส่วนหนึ่งมาจากข้อจำกัดของระเบียบทางราชการ กฎหมายข้อจำกัดดังกล่าวนำมาสู้รูปแบบการทำงานแบบใหม่ที่เป็นเป็นการหาแนวร่วม ซึ่งเปรียบได้กับเป็นการระดมสรรพกำลังจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาใช้ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชน การทำงานแบบ “เครือข่าย” จึงเกิดขึ้น แต่จากข้อมูลที่ได้จากงานวิจัยยังพบว่าบุคลากรโดยเฉพาะในส่วนของภาครัฐส่วนหนึ่งยังคงไม่เข้าใจในระบบการทำงานแบบเครือข่ายส่งผลให้กำทำงานไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร

แต่จากการศึกษาวิจัยเรื่อง “การสื่อสารเพื่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดยกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ” ผู้วิจัยสามารถพิสูจน์ให้เห็นถึงศักยภาพของหน่วยงานภาครัฐ หรือภาคราชการในบทบาทของการทำงานแบบภาคีเครือข่ายที่ช่วยเสริมสร้างขีดความสามารถในการดำเนินงานสุขภาพ ตลอดจนแสดงให้เห็นวิธีการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับภาคีเครือข่ายสุขภาพของกองสุขศึกษาในการดำเนินงานสุขภาพ

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เป็นหน่วยงานหนึ่งที่มีการดำเนินงานในการการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน โดยการส่งเสริมการให้ความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ให้หมดไปจากสังคมไทย กองสุขศึกษาเป็นหน่วยงานภาครัฐหน่วยงานหนึ่งที่มีทั้งองค์ความรู้ทั้งที่ได้จากฐานการวิจัยของกองสุขศึกษาเองและจากหน่วยงานภายนอก ส่งผลให้กองสุขศึกษาเป็นหน่วยงานวิชาการหน่วยงานหนึ่งของภาครัฐที่มีองค์ความรู้เป็นของตนเอง โดยเฉพาะองค์ความรู้ด้านสุขศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพ และจากการที่เป็นหน่วยงานวิชาการจึงได้เล็งเห็นถึงปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพในปัจจุบันที่มีความซับซ้อน เกินกว่าจะสามารถแก้ไขได้โดยภาครัฐ

และจากการตระหนักดังกล่าวกองสุขศึกษาซึ่งเป็นหน่วยงานแรกๆ ที่ได้มีการนำรูปแบบการทำงานแบบภาคีเครือข่ายมาใช้ในงานสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งการทำงานในรูปแบบเครือข่ายภาครัฐของกองสุขศึกษาในระยะแรกเกิดจากการที่กองสุขศึกษาซึ่งเป็นหน่วยงานของภาครัฐจำเป็นต้องเข้าไปดำเนินงานในระดับพื้นที่ชุมชน ส่งผลให้กองสุขศึกษาทราบถึงข้อจำกัดที่เกิดจากการทำงานแบบภาครัฐ โดยการสั่งการให้มีการดำเนินงานด้านสุขภาพ การดูแลสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพ ตามแบบอย่างที่กองสุขศึกษาต้องการ กลับไม่อาจแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนในชุมชนได้ตรงจุด อีกทั้งการที่กองสุขศึกษาจะลงไปดำเนินการในทุกพื้นที่ก็เป็นเรื่องที่ไม่อาจทำได้ กองสุขศึกษาเองจึงจำเป็นต้องหาผู้ช่วยในการลงไปดำเนินงานด้านสุขภาพในระดับพื้นที่ บุคคลดังกล่าว ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข บุคลกรในสถานีอนามัย บุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ตลอดจนบุคลากรอื่นที่มีความเกี่ยวข้องในพื้นที่ ซึ่งส่วนใหญ่ยังคงเป็นหน่วยงานภาครัฐแทบทั้งสิ้น แต่ก็ยังไม่เพียงพอในการเข้าไปแก้ปัญหาสุขภาพได้ทั่วถึง

กองสุขศึกษาเองจึงได้ขยายการมีส่วนร่วมไปยังภาคประชาชน โดยกลุ่มแรกที่ได้นำเข้ามาช่วยในการดำเนินการด้านสุขภาพในพื้นที่คือ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) และเริ่มขยายไปสู่กลุ่มชมรมสร้างสุขภาพ ชมรมออกกำลังกาย ซึ่งกลุ่มหลังนี้เกิดจากการจัดตั้งขึ้นเพื่อรองรับนโยบายจากผู้บริหารระดับสูงของภาครัฐเป็นแนวคิดเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ จากนั้นก็ขยายภาคีเครือข่ายดึงการมีส่วมร่วมทั้งจากแกนนำในพื้นที่ อาทิ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน องค์การบริหารส่วนตำบล วิทยุชุมชน ฯลฯ เพื่อให้ภาคีในพื้นที่ดังกล่าว ซึ่งเป็นผู้ที่รู้ปัญหาสุขภาพในชุมชนดีที่สุด เข้าใจการทำงานกับชุมชนของตนเป็นอย่างดีเป็นผู้แก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ของตนเอง ซึ่งเป็นการแก้ไขปัญหาที่ตรงจุด ตรงความต้องการของชุมชน เป็นการดึงการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนให้เกิดความรู้สึกมีส่วนร่วม ตระหนักถึงปัญหา และต้องการที่จะดำเนินการแก้ไขปัญหาให้หมดไปจากชุมชนของตนโดยอาศัยการทำงานแบบภาคีเครือข่ายสุขภาพ การดึงการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในการดำเนินงานด้านสุขภาพของกองสุขศึกษานี่เอง มีส่วนช่วยเพิ่มศักยภาพและเพิ่มพลังในการทำงานด้านสุขภาพได้เป็นอย่างดี ทำให้การดำเนินงานด้านสุขภาพมีประสิทธิภาพและประสบความสำเร็จสูงสุด

2. รูปแบบ และการดำเนินงานที่เหมาะกับสมกับภาคีเครือข่ายภาครัฐ

คนส่วนใหญ่มักมีความเข้าใจว่าการทำงานหรือการรวมกลุ่มในลักษณะภาคีเครือข่ายเป็นการรวมกลุ่มในลักษณะการมีผลประโยชน์และความสนใจร่วมกัน มีเป้าหมายในการกระทำอะไรบางอย่างร่วมกัน มีวัตถุประสงค์เดียวกัน มีความเข้าใจปัญหาและมีสำนึกในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน มีประสบการณ์ในปัญหาร่วมกัน มีความต้องการความช่วยเหลือในลักษณะที่คล้ายคลึงกัน

มีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันเป็นความสัมพันธ์ในแนวราบ (horizontal relationship) ตลอดจนช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน สมาชิกในเครือข่ายส่วนใหญ่เข้ามารวมกลุ่มด้วยความสมัครใจ เป็นต้น

คนส่วนใหญ่มักคิดว่าหน่วยงานภาครัฐไม่สามารถทำงานแบบเครือข่ายได้ เนื่องจากภาครัฐมักเป็นมีการทำงานแบบสั่งการ เป็นการสื่อสารในเชิงอำนาจมีความสัมพันธ์ในลักษณะแนวดิ่ง (Vertical relationship) ซึ่งตรงกันข้ามกับการทำงานแบบเครือข่ายที่มีความสัมพันธ์ในแนวราบ (horizontal relationship) เป็นไปในลักษณะของความเท่าเทียมกัน (Equal status) จากข้อมูลการวิจัยพบว่ากองสุขศึกษาได้ใช้ความสัมพันธ์ทั้ง 2 แบบ ไปพร้อมๆกัน แบบคู่ขนาน ผู้วิจัยมีความคิดว่าสาเหตุที่กองสุขศึกษาใช้รูปแบบความสัมพันธ์ทั้ง 2 แบบ เป็นเพราะภาคีเครือข่ายสุขภาพส่วนใหญ่ของกองสุขศึกษาล้วนแล้วแต่เป็นองค์กรหรือหน่วยงานในภาครัฐความสัมพันธ์จึงเป็นไปในลักษณะแนวดิ่ง (Vertical relationship) ตามลำดับขั้นการบังคับบัญชา และเหตุผลหนึ่งที่ภาคีเครือข่ายสุขภาพล้วนแล้วแต่เป็นองค์กรหรือหน่วยงานในภาครัฐเพราะภาครัฐเองมีหน้าที่กำกับดูแลประชาชนให้อยู่เย็นเป็นสุข ตลอดจนมีคุณภาพชีวิตวามเป็นอยู่ที่ดีขึ้น คอยให้ความช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาให้กับประชาชน และปัญหาด้านสาธารณสุขบางอย่างมีความจำเป็นต้องอาศัยอำนาจของหน่วยงานภาครัฐที่มีหน้าที่รับผิดชอบหรือมีความเกี่ยวข้องในการดำเนินการกับปัญหาดังกล่าว ซึ่งจะสามารถดำเนินการได้อย่างชอบธรรมกว่า หน่วยงานอื่นๆ

แต่ภาคีเครือข่ายสุขภาพส่วนหนึ่งคือภาคีเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นภาคีภาคประชาชนการติดต่อสื่อสารเพื่อประสานงานต่างๆ จึงต้องดำเนินการปรับเปลี่ยนรูปแบบการทำงานให้สอดคล้องกับการทำงานแบบเครือข่ายที่มีความสัมพันธ์ในแนวราบ (horizontal relationship) เป็นไปในลักษณะของความเท่าเทียมกัน (Equal status) ทั้งเพื่อสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับภาคประชาชน และเพื่อให้เกิดการทำงานร่วมกันไปในทิศทางเดียวกัน กองสุขศึกษาเองได้มีการลดการใช้อำนาจในแบบทางราชการลงเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการดำเนินการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดในพื้นที่

จากการที่ภาครัฐเองเป็นหน่วยงานที่ที่มีความมั่นคงสูง มีงบประมาณมาก และเป็นหน่วยงานที่มีขนาดใหญ่ที่สุด มีภาคีเครือข่ายเฉพาะที่เป็นหน่วยงานราชการที่อยู่ภายใต้โครงสร้างการบริหารงานของภาครัฐเองครอบคลุมทุกด้านทั้งด้านการเมืองการปกครอง ด้านเศรษฐกิจ สาธารณสุข ฯลฯ ตลอดจนหน่วงงานภาครัฐยังกระจายครอบคลุมทุกพื้นที่ทั่วประเทศ และจากปัญหาสุขภาพต่างๆที่เกิดขึ้นหากเป็นปัญหาสุขภาพที่ง่ายๆ ไม่มีความซับซ้อน ภาครัฐสามารถใช้หน่วยงานในส่วนของภาครัฐด้วยกันที่มีความเกี่ยวข้องเข้ามาแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ การใช้

ความสัมพันธ์จึงสามารถใช้ความสัมพันธ์ในลักษณะแนวดิ่ง ตามรูปแบบโครงสร้างของทางราชการได้ และในทางกลับกันหากปัญหาหรือภารกิจดังกล่าวมีความยากและซับซ้อนจำเป็นต้องอาศัยการทำงานแบบภาคีเครือข่ายจากทุกภาคส่วนข้ามาช่วยเหลือ การแก้ปัญหาด้วยวิธีนี้จำเป็นต้องใช้ความสัมพันธ์ในแบบแนวราบ

และในการศึกษาภาคีเครือข่ายสุขภาพของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ มีประเด็นข้อค้นพบที่สำคัญว่าการทำงานในแบบของเครือข่ายภาครัฐนี่เอง ที่เป็นข้อได้เปรียบในการทำให้ภาคีเครือข่ายมีความเข้มแข็งกว่าภาคีเครือข่ายแบบอื่นๆ เนื่องจากภาครัฐเองเมื่อมีการดำเนินการทำงานในรูปแบบเครือข่ายจะก่อให้เกิดการประสานร่วมมือกันระหว่างหน่วยงานภาครัฐเองจนมักจะได้ยินบ่อยๆว่าเป็นหน่วยงานราชการเหมือนกันยิ่งทำให้เกิดความรู้สึกเป็นพวกเดียวกันสามารถทำงานหรือประสานงานได้ง่ายขึ้น หรือแม้แต่กับหน่วยงานอื่นที่มีความเกี่ยวข้องแต่ไม่ใช่ภาครัฐ ทางภาครัฐเองก็ไม่ได้ใช้อำนาจไปบังคับให้กระทำหรือให้ปฏิบัติตาม แต่จะใช้ในลักษณะการขอความร่วมมือ การดำเนินการในลักษณะนี้เป็นการปรับตัวของภาครัฐสำหรับการทำงานในรูปแบบภาคีเครือข่าย

3. การสื่อสารแบบผสมผสาน : วิธีการสื่อสารของภาครัฐกับการเสริมสร้างความเข้มแข็งภาคีเครือข่ายสุขภาพ

เรื่องของสุขภาพที่เป็นเรื่องของทุกคน หน่วยงานภาครัฐไม่สามารถดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพได้โดยลำพัง หากต้องอาศัยความร่วมมือกับทุกภาคส่วน การมีส่วนร่วมของสมาชิกในภาคีเครือข่าย สุขภาพ จึงเป็นกระบวนการที่สำคัญมากในการพัฒนาความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพเพราะกระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายในเครือข่าย (All stakeholders in network) ทำให้เกิดการร่วมรับรู้ ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ และร่วมลงมือกระทำอย่างแข็งขัน และจากลักษณะการทำงานแบบภาคีเครือข่ายที่เน้นถึงความเท่าเทียมกัน (Equal status) ส่งผลให้หน่วยงาน ตลอดจนบุคลากรในส่วนของภาครัฐเองต้องมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการสื่อสารเพื่อให้เหมาะสมกับการทำงานแบบภาคีเครือข่ายโดยเฉพาะการประสานงานและการทำงานร่วมกับชุมชนในท้องถิ่น จากที่เคยเป็นความสัมพันธ์ในแนวดิ่ง (Vertical relationship)ที่เคยชินกับการสั่งการตามลำดับขั้นบังคับบัญชา ก็ได้มีการปรับเปลี่ยนเป็นความสัมพันธ์ในแนวราบ (horizontal relationship)ที่มีการทำงานแบบร่วมปรึกษาหารือ ร่วมมือกันแก้ไขปัญหาต่างๆ มากขึ้น เช่น หากการรวมตัวเป็นเครือข่ายเกิดขึ้นระหว่างรัฐกับชุมชนท้องถิ่น หน่วยงานภาครัฐก็ต้องวางสถานะของตนเองเทียบเท่ากับประชาชนในฐานะของสมาชิกเครือข่าย มิใช่การวางตัวเป็นเจ้านายเหนือประชาชน

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการสื่อสารในภาคีเครือข่ายสุขภาพของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ในอดีตกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพมีลักษณะการสื่อสารแบบเป็นทางการ (Formal Network) และ เป็นรูปแบบการสื่อสารทางเดียว (One-way Communication) โดยมีการไหลของข่าวสารแบบบนลงล่าง (Top – down communication) ซึ่งเป็นลักษณะการสื่อสารของทางราชการหรือของหน่วยงานภาครัฐ ทั้งนี้เนื่องมาจากทั้งกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ตลอดจนหน่วยงานอื่น โดยส่วนใหญ่เป็นหน่วยงานราชการ อาทิ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ องค์การบริหารส่วนตำบล เป็นต้นการติดต่อสื่อสารจึงต้องแบบเป็นทางการด้วยหนังสือราชการเป็นหลัก อีกทั้งการติดต่อด้วยหนังสือราชการยังถือเป็นการแสดงถึงการให้เกียรติกับทางหน่วยงานต่างๆ จึงเป็นรูปแบบการสื่อสารทางเดียว

เมื่อกองสุขศึกษาเริ่มมาดำเนินงานโดยใช้กลยุทธ์เครือข่ายในระยะแรกจึงยังมีการใช้ลักษณะการสื่อสารแบบเดิมอยู่ ซึ่งจะเห็นได้ว่าการที่กองสุขศึกษา และหน่วยงานส่วนใหญ่ในภาคีเครือข่ายสุขภาพเป็นหน่วยงานราชการเป็นส่วนใหญ่ ระบบราชการจึงเป็นตัวกำหนดรูปแบบการสื่อสารในภาคีเครือข่ายสุขภาพ แต่ในภายหลังทางกองสุขศึกษาได้มีการคำนึงถึงข้อจำกัดของลักษณะการสื่อสารแบบเป็นทางการของทางหน่วยงานราชการ จึงเกิดความตระหนัก และเห็นว่าการใช้กลยุทธ์การสื่อสารโดยวิธีภาคีเครือข่ายอย่างที่ดำเนินการอยู่เดิมไม่สามารถใช้วิธีการสื่อสารในลักษณะเป็นทางการ(Formal Network) และ เป็นรูปแบบการสื่อสารทางเดียว (One-way Communication) โดยมีการไหลของข่าวสารแบบบนลงล่าง (Top – down communication) ได้ผลเพราะหนึ่งในสมาชิกในภาคีเครือข่ายสุขภาพที่สำคัญคือ ชุมชนในพื้นที่ ซึ่งเป็นภาคีเครือข่ายภาคประชาชน และเป็นกลุ่มสมาชิกที่มีความสำคัญในการดำเนินกิจกรรมสร้างสุขภาพในระดับพื้นที่ เห็นได้จากการดำเนินงานของกองสุขศึกษาในระยะหลังได้มีการมุ่งเน้นกระบวนการพัฒนาและการเข้าไปส่งเสริมการทำงานในระดับชุมชน อำเภอ และจังหวัดมากขึ้น โดยใช้วิธีการเชื่อมประสานการทำงานระหว่างภาครัฐกับภาคประชาชน ดังนั้น รูปแบบการสื่อสารของ กองสุขศึกษา กรมสรับสนุนบริการสุขภาพ กับสมาชิกในภาคีเครือข่ายสุขภาพโดยเฉพาะกับภาคีเครือข่ายภาคประชาชน อาทิ ชมรมสร้างสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน(อสม.) จึงมีการเปลี่ยนแปลงไป

รูปแบบการสื่อสารของกองสุขศึกษากับภาคีเครือข่ายสุขภาพ จึงมีการปรับรูปแบบการสื่อสาร โดยมีการใช้การสื่อสารแบบไม่เป็นทางการ (Informal Network) ซึ่งเป็นรูปแบบการสื่อสารแบบสองทาง (Two-way Communication) มาผสมผสานกับการสื่อสารแบบเดิม ภาคีเครือข่ายสุขภาพ ของกองสุขศึกษาจึงมีความซับซ้อน อันเนื่องมาจากการผสมผสานและใช้หลายรูปแบบไปพร้อมกันใช้ร่วมด้วย โดยปรากฏเป็นภาคีเครือข่ายซับซ้อน (Complexity Network) เป็นรูปแบบที่

ซับซ้อนของภาคีเครือข่ายของความร่วมมือระหว่างภาครัฐและภาคประชาชน นอกจากนี้การไหลของข้อมูลข่าวสารของภาคีเครือข่ายสุขภาพของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพในบางกรณีจะมีการไหลของข่าวสารแบบล่างขึ้นบน (Bottom – up communication) มีการใช้การสื่อสารด้วยวาจา (Oral communication) ผ่านทางทางโทรศัพท์ ซึ่งจะเป็นสื่อสารในลักษณะการนิเทศติดตาม และการสื่อสารส่วนตัวระหว่างสมาชิกในกองสุขศึกษากับสมาชิกในภาคีเครือข่ายสุขภาพที่มีความสนิทสนมคุ้นเคยกันเป็นอย่างดี รูปแบบการสื่อสารจึงมักเป็นการพูดคุยกันตัวต่อตัวกันทางโทรศัพท์เป็นรูปแบบการสื่อสารแบบสองทาง ช่วยให้สามารถสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับสมาชิกในภาคีเครือข่ายสุขภาพอีกทาง ทำให้การสื่อสารในการดำเนินงานภาคีเครือข่ายสุขภาพประสบความสำเร็จมากขึ้น

4. การปรับเปลี่ยนบทบาทของกองสุขศึกษาในโครงสร้างตำแหน่งภาคีเครือข่ายสุขภาพกับความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ

การดำเนินการดำเนินการเกี่ยวกับภาคีเครือข่าย กองสุขศึกษาในระยะแรกจะเป็นโครงสร้างตำแหน่งจะเป็นศูนย์กลาง(Star)ของเครือข่ายโดยเฉพาะในด้านวิชาการเนื่องจากกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพจัดเป็นหน่วยงานทางวิชาการที่มีองค์ความรู้ด้านสุขภาพอยู่มากหน่วยงานหนึ่ง โดยเฉพาะที่เกี่ยวกับสุขศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งภาคีเครือข่ายสุขภาพของกองสุขศึกษานี้ กองสุขศึกษาเองไม่ได้เป็นแค่สมาชิก ภาคี หรือเป็นศูนย์กลาง(Star) แต่กองสุขศึกษาเป็นส่วนเสี้ยวที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งกับภาคีเครือข่ายสุขภาพเรียกได้ว่าเป็นตัวควบคุมภาคีเครือข่ายสุขภาพ ที่มีการทำหน้าที่บริหารจัดการภาคีเครือข่ายสุขภาพ มีการพัฒนาศักยภาพสมาชิกภาคีเครือข่ายสุขภาพเพื่อให้ภาคีเครือข่ายสุขภาพเกิดความเข้มแข็ง นำไปสู่การพัฒนาเป็นภาคีเครือข่ายสุขภาพที่มีความยั่งยืนสามารถบริหารจัดการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันสุขภาพตลอดจนแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพภายในพื้นที่ของตนเองได้

โดยกองสุขศึกษาในระยะนี้จะปรับเปลี่ยนโครงสร้างตำแหน่งโดยจะเป็น พันธมิตร (Partner) ที่ให้การสนับสนุนความรู้ทางวิชาการใหม่ วัสดุอุปกรณ์ สื่อสุขภาพ ฯลฯ และเปิดโอกาสให้ภาคีเครือข่ายในแต่ละพื้นที่ได้บริหารจัดการตนเอง โดยมอบหมายให้ทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทำหน้าที่เป็นศูนย์กลาง(Star) ในจังหวัดของตน และเป็นผู้ดำเนินการด้านภาคีเครือข่ายสุขภาพต่อไป เนื่องจากกองสุขศึกษาเป็นองค์กรในส่วนกลางการที่จะลงไปดำเนินการในระดับพื้นที่ให้ครอบคลุมเครือข่ายสุขภาพทุกที่ทำได้ยาก อีกทั้งยังไม่สามารถดูแลได้ทั่วถึงทำให้ขาดความต่อเนื่องในการรักษาความสัมพันธ์ของเครือข่าย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจึงมีความเหมาะสมในการดำเนินการด้านเครือข่ายในระดับพื้นที่ปฏิบัติการ กองสุขศึกษาจะทำหน้าที่

พันธมิตรที่สนับสนุนการดำเนินงานสุขภาพต่างๆ ทั้งการสนับสนุนสื่อสุขภาพ และด้านองค์ความรู้ใหม่ๆ เช่นมีการจัดอบรม สัมมนา ให้กับทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศเพื่อให้ทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนำไปถ่ายทอดต่อให้กับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ของตนต่อไป

นอกจากนี้ กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ยังมีบทบาทผสมผสานในฐานแกนนำภาคีเครือข่ายสุขภาพ ล่าม (Liaison) และสะพาน (Bridge) การที่กองสุขศึกษาทำหน้าที่เป็นล่ามและสะพาน เนื่องจากกองสุขศึกษามีบทบาทเป็นตัวเชื่อมกับสมาชิกกลุ่มอื่นๆ ในภาคีเครือข่ายสุขภาพ ประสานงานกับบุคคลในกลุ่มอื่นๆ โดยเฉพาะในเรื่องการทำหน้าที่เป็นตัวเชื่อมกับกลุ่มต่างๆ ทั้งหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน NGO ที่เกี่ยวข้อง โดยกองสุขศึกษาจะทำหน้าที่ดำเนินการทั้งในเชิงการส่งต่อข้อมูลและการรับข้อมูลเพื่อมากระจายต่อในเครือข่าย โดยเฉพาะข่าวสารใหม่ๆ ทางสุขภาพ วิธีการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในเครือข่าย ฯลฯ นอกจากนี้กองสุขศึกษา ยังทำหน้าที่เป็นคนควบคุมข้อมูล (Gatekeeper) ในภาคีเครือข่ายสุขภาพ ซึ่งกองสุขศึกษามีบทบาทในการควบคุมการกระจายข้อมูลหรือการหมุนเวียนข้อมูลทั้งในเรื่องสุขภาพ และเรื่องอื่นๆ ที่มีความเกี่ยวข้องและเป็นประโยชน์กับภาคีเครือข่ายสุขภาพ ให้กับสมาชิกต่างๆ ในภาคีเครือข่ายสุขภาพ ซึ่งสมาชิกที่สามารถเป็นคนควบคุมข้อมูล (Gatekeeper)อาจเป็นบุคคลคนเดียวกับ ล่าม สะพาน หรือดาวเด่นก็ได้ แต่ที่สำคัญคือจะเป็นผู้ที่มีข้อมูลอยู่ในมือและมีอำนาจในการตัดสินใจแพร่กระจายข้อมูลไปยังบุคคลอื่นๆ

5. บทเรียนจากการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดยกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

จากการที่ได้ทำการศึกษาวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างทั้งบุคลากรของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพเพื่อหาทัศนะของคนวงในเกี่ยวกับความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ และจากบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด(สจ.) ที่มีการดำเนินงานภาคีเครือข่ายสุขภาพที่มีความความเข้มแข็งวัดจากการสัมภาษณ์บุคลากรของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ จำนวน 4 ภาค ภาคละ 1 จังหวัด โดยแบ่งเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมภาคีเครือข่ายสุขภาพให้มีความเข้มแข็ง และปัจจัยที่เป็นข้อจำกัดในการเสริมสร้างภาคีเครือข่ายสุขภาพให้มีความเข้มแข็ง

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ปัจจัยที่ส่งเสริมภาคีเครือข่ายสุขภาพให้มีความเข้มแข็ง และปัจจัยที่เป็นข้อจำกัดในการเสริมสร้างภาคีเครือข่ายสุขภาพให้มีความเข้มแข็ง ทั้งจากทัศนะของคนวงใน และภาคีเครือข่ายสุขภาพในระดับพื้นที่ที่มีความเข็มแข็ง มีความสอดคล้องกัน เป็นไปใน

ทิศทางเดียวกัน อาทิ การที่จะทำให้ภาคีเครือข่ายสุขภาพมีความเข็มแข็งต้องมีงบประมาณในการดำเนินงานที่แน่นอน ซึ่งงบประมาณนี้เปรียบเหมือนเป็นน้ำหล่อเลี้ยงให้มีภาคีเครือข่ายสุขภาพจัดกิจกรรมได้มากขึ้น ยิ่งในภาวะเศรษฐกิจอย่างในปัจจุบันยิ่งต้องมีงบประมาณในการช่วยสนับสนุนการดำเนินงาน ถึงจะไม่มากแต่ก็ขอให้มีการสนับสนุนอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งแม้แต่ภาคีเครือข่ายสุขภาพที่มีความเข้มแข็งก็ยังคงต้องการงบประมาณมาใช้ในการบริหารจัดการเครือข่ายของตนอยู่ งบประมาณจึงเป็นสิ่งที่ขาดไม่ได้หากคิดที่จะมีการสร้างเสริมความเข้มแข็งให้กับภาคีเครือข่ายสุขภาพ

นอกจากงบประมาณที่ใช้ในการดำเนินงานสุขภาพของภาคีเครือข่ายสุขภาพแล้ว ภาคีเครือข่ายภาครัฐอย่างกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด องค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาล ฯลฯ ต้องให้การสนับสนุนสถานที่ อุปกรณ์ในการจัดกิจกรรมของภาคีเครือข่าย เป็นการแบ่งปันทรัพยากรในภาคีเครือข่ายสุขภาพให้ใช้ประโยชน์ให้ได้มากที่สุด และยังเป็นลักษณะของการมีส่วนร่วมของภาครัฐในการดำเนินงานกับชุมชนอีกลักษณะหนึ่ง นอกจากนี้การเห็นถึงความสำคัญของการดำเนินงานภาคีเครือข่ายของผู้บริหารมีส่วนสำคัญในการทำให้เกิดความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ ตลอดจนยังเป็นขวัญและกำลังใจในการดำเนินงานของสมาชิกภาคีเครือข่ายสุขภาพ

นอกจากนี้การที่ภาคีเครือข่ายสุขภาพจะมีความเข้มแข็งได้นั้น จำเป็นจะต้องมีผู้ประสานภาคีเครือข่ายในระดับจังหวัด ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติหน้าที่ด้านสุขศึกษา มีความสนใจงานด้านภาคีเครือข่ายสุขภาพ เนื่องจากบุคคลเหล่านี้จะเป็นผู้บริหารจัดการ ประสานงาน ดูแลรวมถึงส่งเสริมการดำเนินงานภาคีเครือข่ายสุขภาพในระดับพื้นที่ หากขาดบุคคลเหล่านี้การดำเนินงานภาคีเครือข่ายอาจเกิดความขาดตอนไ ม่ต่อเนื่องส่งผลให้ภาคีเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่ไม่มีความเข้มแข็ง นอกจากนี้ภาคีเครือข่ายภาครัฐต้องมีการปรับบทบาทตลอดจนการดำเนินการเสียใหม่ ปรับเปลี่ยนบทบาทตนเองเป็นเชิงรุกมากขึ้น โดยภาคีเครือข่ายสุขภาพที่เป็นหน่วยงานภาครัฐต้องเป็นฝ่ายที่เข้าไปสร้างความสัมพันธ์กับสมาชิกภาคีเครือข่ายภาคประชาชนในพื้นที่มีปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกในภาคีเครือข่ายสุขภาพอย่างเป็นกันเอง ให้ความช่วยเหลือ เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ เป็นการสร้างความประทับใจให้กับภาคีเครือข่ายสุขภาพ จึงเป็นสิ่งสำคัญในการเสริมสร้างให้ภาคีเครือข่ายสุขภาพมีความเข้มแข็ง

การเปิดโอกาสให้ภาคีเครือข่ายภาคประชาชนเข้าไปมีส่วนร่วมในการวางแผนการประชุม แสดงความคิดเห็น การดำเนินการ การติดตาม และประเมินผลมากขึ้นเป็นการดึงการมีส่วนร่วมตลอดจนสร้างความร่วมมือของภาคีเครือข่ายภาคประชาชนให้มีส่วนในการพัฒนาภาคีเครือข่าย

สุขภาพร่วมกันกับภาคีเครือข่ายภาครัฐ โดยเฉพาะการให้ภาคีเครือข่ายภาคประชาชนได้มีโอกาสเข้าร่วมในการตัดสินใจ หาทางออกของปัญหาด้านสุขภาพ หรือหาวิธีการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่ของตน เป็นการเสริมพลังอำนาจสร้างความเข้มแข็งให้กับภาคีเครือข่ายสุขภาพทั้งภาครัฐ และภาคประชาชนอีกทาง

จากการศึกษาวิจัย ทำให้ผู้วิจัยพบว่าข้อจำกัดสำคัญในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ ที่มีการดำเนินงานโดยภาครัฐอย่างกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ คือ การยึดถือกฎระเบียบข้อบังคับของทางราชการเป็นหลักปฏิบัติ โดยมีการเน้นระเบียบแบบแผนมากเกินไป ทำให้เกิดความไม่คล่องตัวในการดำเนินงานภาคีเครือข่ายสุขภาพ มีผลให้งานล่าช้าและบางครั้งไม่อาจดำเนินไปได้ทันท่วงที มีผลกระทบไปถึงการพัฒนาการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงเสนอว่าหากภาครัฐต้องการให้การดำเนินงานภาคีเครือข่ายบรรลุเป้าหมาย ก็น่าจะลดความเข้มงวดของกฎระเบียบราชการที่ใช้ควบคุมการทำงานลง ย่อมจะสนับสนุนให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถดำเนินงานได้คล่องตัวขึ้น

แต่ระบบการบริหารงานแบบภาครัฐ หรือการบริหารงานแบบราชการมีกลไกการควบคุมระบบราชการ องค์กรภาครัฐเองไม่ว่าจะทำงานแบบภาคีเครือข่าย หรือไม่ได้ทำ ล้วนอยู่ภายใต้การควบคุมและกำกับดูแลของฝ่ายบริหารและฝ่ายนิติบัญญัติ และข้อกำหนดของกฎหมายด้วยกันทั้งสิ้น กลไกดังกล่าวถูกออกแบบมาเพื่อให้ฝ่ายการเมืองทำหน้าที่แทนประชาชนในการกำกับดูแล เพื่อให้การดำเนินงานในระบบราชการเป็นไปอย่างเหมาะสม และสอดคล้องกับความต้องการของประชาชนอย่างแท้จริง ดังนั้นผู้วิจัยมีความเห็นว่าหากมองในอีกมุมนึง ถ้าหากมีการลดความเข้มงวดในเรื่องกฎระเบียบทางราชการลงจะเป็นการลดการควบคุม และกำกับดูแลการปฏิบัติงานขององค์กรภาครัฐ อาจเป็นการเปิดโอกาสให้หน่วยงานภาครัฐใช้อำนาจ และทรัพยากรต่างๆไปในทางที่ไม่เหมาะสมได้

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างได้เสนอว่าหากมีการบรรจุเรื่องเกี่ยวกับการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับภาคีเครือข่ายสุขภาพลงในตัวชี้วัดในสำนักตรวจและประเมินผล ของกระทรวงสาธารณสุข ให้มีความชัดเจนขึ้น จะมีส่วนในการกระตุ้นให้ภาคีเครือข่ายสุขภาพในส่วนของภาครัฐ สามารถดำเนินงานได้อย่างเต็มที่โดยมีภาระหน้าที่ที่สามารถนำมาเป็นผลงานของหน่วยงานได้ชัดเจนส่งผลต่อระบบการประเมินขั้นเงินเดือนของบุคลากรที่ทำงานกับภาคีเครือข่าย

สิ่งต่างๆที่ได้กล่าวมาทั้งหมดนี้ เป็นคำตอบที่ชัดเจนว่าภาคีเครือข่ายสุขภาพที่มีภาครัฐดำเนินงานบริหารจัดการมีส่วนให้การดำเนินงานภาคีเครือข่ายสุขภาพมีความเข้มแข็ง แต่ทั้งนี้

ทั้งนั้นภาครัฐเองก็ต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบการบริหารงานตลอดจนการปรับเปลี่ยนรูปแบบการสื่อสารในการทำงานกับภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดยผสมผสานการใช้การสื่อสารแบบไม่เป็นทางการ (Informal Network) และการสื่อสารแบบสองทาง (Two-way Communication) ให้มากขึ้นเพื่อเป็นการรับฟังความคิดเห็นของภาคีเครือข่ายทุกระดับเพื่อข้อมูลที่ได้มาวางแผน การดำเนินงาน และนำมาปรับปรุงการเสริมสร้างความเขเมแข็งให้กับภาคีเครือข่ายสุขภาพเป็นไปในลักษณะการไหลของข่าวสารแบบล่างขึ้นบน (Bottom – up communication) ยังเป็นการสร้างการมีส่วนร่วมของสมาชิกในภาคีเครือข่ายสุขภาพด้วยเช่นกัน

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย

จากการศึกษางานวิจัยเรื่อง “การสื่อสารเพื่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดยกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ” ทำให้ผู้วิจัยเห็นว่า มีประเด็นที่น่าสนใจทำการศึกษาวิจัย เพื่อเป็นการต่อยอดงานวิจัยเรื่องนี้ต่อไป คือ

1. ศึกษาการสื่อสารเพื่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งภาคีเครือข่ายจากหน่วยงานภาครัฐอื่นๆ เช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงพัฒนาสังคม ฯลฯ ว่ามีความเหมือนหรือแตกต่างกับการสื่อสารเพื่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดยกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

2. ศึกษาการสื่อสารของภาคีเครือข่ายอื่นๆ ที่มีความเข้มแข็ง เพื่อนำมาเปรียบเทียบว่ามีความเหมือนหรือแตกต่างกับภาคีเครือข่ายภาครัฐอย่างไร โดยเฉพาะในด้านการดำเนินงานและบริหารจัดการในภาคีเครือข่าย

3. ศึกษาบทบาทการเชื่อมต่อกันภายในเครือข่ายของสมาชิกภาคีเครือข่ายในตำแหน่งต่างๆ ตามบทบาทที่แสดงออก เช่น ล่าม (Liaison) สะพาน (Bridge) ดาวเด่น (Star) แกนนำเครือข่าย คนขอบข่าย (Boundary spanning) คนควบคุมข้อมูล (Gatekeeper) เป็นต้น ว่าเป็นอย่าไร

4. ศึกษาปัจจัยการสื่อสารในการเสริมสร้างความเข้มแข็งภาคีเครือข่ายอื่นๆ ที่มีความเข้มแข็ง เพื่อนำมาเปรียบเทียบว่ามีความเหมือนหรือแตกต่างกับภาคีเครือข่ายภาครัฐอย่างไร

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กนกรัตน์ วงศ์ลักษณพันธ์. กลยุทธ์การสื่อสารของเจ้าหน้าที่บำบัดฟื้นฟูกับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมฟื้นฟูของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูเพื่อเลิกยาเสพติด. วิทยานิพนธ์นิเทศศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาการประชาสัมพันธ์ คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2542.

กมลรัฐ อินทรทัศน์ และคณะ. รูปแบบและกลยุทธ์การสื่อสารเพื่อการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมระหว่างชุมชนกับศูนยบริการและศูนย์ถ่ายทอดเทคโนโลยีการเกษตรประจำตำบลศูนย์การเรียนรู้ชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.), 2544.

กมลวัทน์ วันวิชัย. การสื่อสารในเครือข่ายละครรณรงค์งดเหล้า. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขานิเทศศาสตรพัฒนาการ คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2550.

กรชวัล หอมไกรลาส. รูปแบบการสื่อสารกับความพึงพอใจในการทำงานของพนักงานรัฐวิสาหกิจในสังคมกระทรวงคมนาคม. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิตสาขานิเทศศาสตรพัฒนาการ คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2540.

กาญจนา แก้วเทพ. การศึกษาเครือข่ายภาคีสุขภาพ. เอกสารประกอบคำบรรยายในงานสัมมนา “การถ่ายทอดและส่งเสริมประสานการดำเนินงานสร้างสุขภาพของภาคีเครือข่าย” วันที่ 6-7, 13-14, 27-28 มีนาคม และ 3-4 เมษายน 2551: กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2551

กาญจนา แก้วเทพ. เครื่องมือการทำงานพัฒนาแนววัฒนธรรมชุมชน. กรุงเทพมหานคร : สภาคาทอลิกแห่งประเทศไทยเพื่อการพัฒนา, 2538.

กาญจนา แก้วเทพ. สื่อเพื่อชุมชน: การประมวลองค์ความรู้. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย, 2543.

กาญจนา แก้วเทพ. ก้าวต่อไปของการสื่อสารเพื่อการพัฒนาชุมชน. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการสนับสนุนการวิจัย (สกว.), 2548.

กาญจนา แก้วเทพ. ใต้ฟากฟ้าแห่งการศึกษาสื่อบุคคลและเครือข่ายการสื่อสาร. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย, 2549.

การบริหารงานเครือข่าย. [Online] ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน ภาคเหนือจังหวัดนครสวรรค์, 2551. แหล่งที่มา : http://www.northphc.org/doc/mananet.doc [15 สิงหาคม 2551]

เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์. การจัดการเครือข่าย : กลยุทธ์สำคัญสู่ความสำเร็จของการปฏิรูปการศึกษา. กรุงเทพมหานคร : ซัคเซส มีเดีย, 2543.

ความรู้เกี่ยวกับองค์กรเครือข่าย. [Online] สภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2549. แหล่งที่มา : http://www.nesac.go.th/document/show11.php?did=06110001 [15 สิงหาคม 2551]

จารุณี พัชรพิมานสกุล. การศึกษาเครือข่ายการสื่อสารของกลุ่มชีวจิต. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขานิเทศศาสตรพัฒนาการ คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2542

ใจทิพย์ สอนดี. กลยุทธ์การสื่อสารในโครงการบวชป่าชุมชน. วิทยานิพนธ์นิเทศศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาการประชาสัมพันธ์ คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543.

ชลลดา กิจรื่นภิรมย์สุข. การศึกษาสถานะขององค์ความรู้ ด้านการสื่อสารและการมีส่วนร่วมในวิทยานิพนธ์ สาขานิเทศศาสตรพัฒนาการของไทย. วิทยานิพนธ์นิเทศศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาการประชาสัมพันธ์ คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2548.

ชวนวล คณานุกูล. พฤติกรรมการเล่นและเครือข่ายการสื่อสารของผู้เล่นหวยใต้ดิน. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขานิเทศศาสตรพัฒนาการ คณะนิเทศศสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2542.

ชิตาพร กันหลง. กระบวนการสื่อสารในการผลักดันรัฐธรรมนูญฉบับ พ.ศ. 2540. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขานิเทศศาสตรพัฒนาการ คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543.

ชัยวัฒน์ ล้วนคงสมจิตร. การสื่อสารในเครือข่ายของโครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ มูลนิธิหมอชาวบ้าน. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขานิเทศศาสตรพัฒนาการ คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2549.

โชติกา ตั้งบุญเติม. การเปิดรับข่าวสาร ความรู้ ทัศนคติ และการมีส่วนร่วมในการสื่อสารเรื่องเพศศึกษาของอาจารย์โรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐานในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขานิเทศศาสตรพัฒนาการ คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2551.

ณัฐวิภา สินสุวรรณ. กระบวนการเรียกร้องผ่านสื่อของกลุ่มสนับสนุนการไม่สูบบุหรี่ในการขับเคลื่อนกฎหมายควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย. วิทยานิพนธ์นิเทศศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาการประชาสัมพันธ์ คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2548.

ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา. กรุงเทพฯ: ศักดิ์โสภาการพิมพ์, 2527.

นฤมล นิราธร. การสร้างเครือข่ายการทำงาน : ข้อควรพิจารณาบางประการ. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2543.

นิลุบล แสนอาทิตย์. กระบวนการสื่อสารในการอนุรักษ์แม่น้ำของตำบลไหล่น่าน อำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน. วิทยานิพนธ์นิเทศศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาการประชาสัมพันธ์ คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2547.

นิศากร วินิจฉัยภาค. ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของเกษตรกรในกิจกรรมสหกรณ์การเกษตร. วิทยานิพนธ์พัฒนบริหารศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาพัฒนาสังคม คณะรัฐศาสตร์ สถาบันบัณฑิต พัฒนบริหารศาสตร์, 2530.

บุญชัย เกิดปัญญาวัฒน์. การมีส่วนร่วมของประชาชนต่อกระบวนการประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อม. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิตสาขาเทคโนโลยีการบริหารสิ่งแวดล้อม คณะเทคโนโลยีและการบริหาร มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.

ปธาน สุวรรณมงคล. การจัดองค์การเพื่อการบริหารการปกครองชนบทของระบบราชการไทย. วิทยานิพนธ์รัฐศาสตร์มหาบัณฑิต ภาควิชาการปกครอง คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2526.

ปรมะ สตะเวทิน. หลักนิเทศศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ภาพพิมพ์, 2532.

ปรัชญา เวสารัชช์. รายงานการวิจัยการมีส่วนร่วมของประชาชนในกิจกรรมเพื่อพัฒนาชนบท. กรุงเทพฯ: สถาบันไทยคดีศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2527.

ประสบสุข ดีอินทร์. การมีส่วนร่วมในการอนุรักษ์ทรัพยากรป่าไม้ของกำนัน ผู้ใหญ่บ้านในภาคเหนือ. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.

ประหยัด จตุพรพิทักษ์กุล. เครือข่ายการเรียนรู้เกี่ยวกับการเกษตรกรรมทางเลือกของชุมชน. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2538

ประเวศ วะสี. การปฏิวัติเงียบ : การปฏิรูประบบสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานปฏิรูปสุขภาพแห่งชาติ, 2546.

ปราณี หมอนทองแดง. ทิศทางการพึ่งตนเองในสังคมที่กำลังเปลี่ยนไป : ศึกษาเฉพาะกรณีหมู่บ้านสองแห่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์ สังคมวิทยาและมานุษยวิทยา มหาบัณฑิต คณะสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2534

ปริยานุช ปัญจวงศ์. การเปิดรับข่าวสาร ความรู้ ทัศนคติ และการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสังคมของชาวบ้าน ในหมู่บ้านรอบศูนย์ศึกษาการพัฒนาพิกุลทอง อ.เมือง จ.นราธิวาส. วิทยานิพนธ์ ปริญญามหาบัณฑิต สาขานิเทศศาตรพัฒนาการ คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2540

ปาน กิมปี. การพัฒนาเครือข่ายการเรียนรู้การศึกษานอกโรงเรียนเพื่อการพึ่งตนเองของชุมชน. วิทยานิพนธ์ดุษฎีบัณฑิตพัฒนศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2540.

ปาริชาต สถาปิตานนท์. ระเบียบวิธีวิจัยการสื่อสาร. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลั, 2547.

ปาริชาต สถาปิตานนท์ และคณะ. การสื่อสารแบบมีส่วนร่วมและการพัฒนาชุมชน. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการสนับสนุนการวิจัย (สกว.), 2549.

ปาริชาต สถาปิตานนท์ และคนอื่นๆ. การสื่อสารสุขภาพ : ศักยภาพของสื่อมวลชนในการสร้างเสริมสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ภาพพิมพ์, 2546

ปาริชาต สถาปิตานนท์ และชัยวัฒน์ ถิระพันธุ์. สื่อสารกับสังคมเครือข่าย. กรุงเทพมหานคร : เอกสารประกอบการฝึกอบรม 3 “การสร้างเครือข่ายที่มีพลัง” สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา สถาบันการเรียนรู้และพัฒนาประชาสังคม, 2546.

ปาริชาติ วลัยเสถียร. กระบวนการและเทคนิคการทำงานของนักพัฒนา. กรุงเทพฯ : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย, 2546.

ปาริชาติ วลัยเสถียร และคณะ. กระบวนการและเทคนิคการทำงานของนักพัฒนา. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย, 2543.

พรรณสิริ จิตรรัตน์. เครือข่ายการสื่อสารของกลุ่มการเมืองท้องถิ่นใน จ.ชลบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขานิเทศศาสตรพัฒนาการ คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงการณ์มหาวิทยาลัย, 2544.

พรโสภิต จงมีสุข. เครือข่ายและกระบวนการสื่อสารในการรณรงค์เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของชมรมหัวใจไร้สาร. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขานิเทศศาตรพัฒนาการ คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2545.

พระธรรมปิฎก, (ป.อ. ปยุตโต). การพัฒนาที่ยั่งยืน. กรุงเทพมหานคร : พิมพ์ครั้งที่ 3 โรงพิมพ์มูลนิธิพุทธธรรม, 2543.

พระมหาสุทิตย์ อาภกโร. เครือข่าย : ธรรมชาติ ความรู้ และการจัดการ. กรุงเทพมหานคร : โครงการเสริมสร้างการเรียนรู้เพื่อชุมชนเป็นสุข (สรส.), 2545.

พระมหาสุทิตย์ อาภกโร. เครือข่าย : ธรรมชาติ ความรู้ และการจัดการ. กรุงเทพมหานคร : โครงการเสริมสร้างการเรียนรู้เพื่อชุมชนเป็นสุข (สรส.), 2547.

พระราชวรมุนี, (ประยุทธ์ ปยุตโต). พจนานุกรมพุทธศาสตร์. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยมหาจุฬาสลงกรณ์ราชวิทยาลัย, 2527.

พิทยา ว่องกุล, สร้างสังคมใหม่ : ชุมชนาธิปไตย – ธัมมาธิปไตย. กรุงเทพ : โครงการวิถีทรรศน์, 2542.

พัชนี เชยจรรยา, เมตตา วิวัฒนานุกูล และถิระนันท์ อนวัชศิริวงศ์. แนวคิดหลักนิเทศศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร : ข้าวฟ่าง, 2541.

เพ็ญศรี เกิดนาค. แนวทางการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพโดยภาคีเครือข่าย : เอกสารประกอบในการสัมมนาถ่ายทอดและส่งเสริมประสานการดำเนินงานสร้างสุขภาพของภาคีเครือข่าย. นนทบุรี : กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2551.

ไพบูลย์ เจริญทรัพย์. การส่งเสริมและการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชน. กรุงเทพมหานคร : ไพบูลย์ เจริญทรัพย์ บริษัทนวกนก จำกัด, 2534.

มุนา วงศาโรจน์. การศึกษาแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่สู่พัฒนาการเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น.
วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2545.

ยุบล เบ็ญจรงค์กิจ, ปริบทการสื่อสาร : ระดับบุคคล กลุ่ม องค์การ และสื่อสารมวลชน. กรุงเทพฯ : คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534.

ยุวัฒน์ วุฒิเมธี. หลักการพัฒนาชุมชนและการพัฒนาชนบท. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดไทยอนุเคราะห์, 2526.

รณชาติ บุตรแสนคม. เครือข่ายและกระบวนการทำข่าวของสำนักข่าวเด็กและเยาวชน "ขบวนการตาสับปะรด. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขานิเทศศาตรพัฒนาการ คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2545.

ลัลธริมา เกื้อสกุล. กลยุทธ์การสื่อสารขององกองทัพบกเพื่อสร้างจิตสำนึกสาธารณะเรื่องสิทธิมนุษยชนด้านสิ่งแวดล้อม. วิทยานิพนธ์นิเทศศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาการประชาสัมพันธ์ คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2547.

วาสนา จันทร์สว่าง. การประชาสัมพันธ์งานสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: ภาพพิมพ์, 2533.

วาสนา จันทร์สว่าง. การสื่อสารสุขภาพ : กลยุทธ์ในงานสุขศึกษาและการสร้างเสริมสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เจริญดีการพิมพ์, 2548.

วินิจ เกตุขำ. กระบวนการกลุ่ม. กรุงเทพมหานคร : โอเดียนสโตร์, 2522.

วีระศักดิ์ เครือเทพ. เครือข่าย : นวัตกรรมการทำงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุการวิจัย, 2550.

วารินทร์ จันทรัตน์.ปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องต่อการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการปกครองส่วนท้องถิ่นขององค์การบริหารส่วนตำบล จังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ภาควิชาสังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา, 2548.

เวทินี สตะเวทิน. การสื่อสารในการจัดการประชาคมบางลำภู. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขานิเทศศาสตรพัฒนาการ คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงการณ์มหาวิทยาลัย, 2542.

สมพันธ์ เตชะอธิก. ศักยภาพและเครือข่ายผู้นำท้องถิ่น : คู่มือและทิศทางการพัฒนาผู้นำชาวบ้านเพื่อแก้ปัญหาในชนบท. พิมพ์ครั้งที่ 2, ขอนแก่น: สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2537.

สสส.หนุนยุทธศาสตร์ตำบลสุขภาวะ. [Online] สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). แหล่งที่มา :http://www.thaihealth.or.th/node/2074 [20 สิงหาคม 2551]

สาขาวิชารัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. สภาที่ปรึกษาฯ ในความคาดหวังของสังคมไทยและความเชื่อมโยงเครือข่ายภาคประชาชน. กรุงเทพมหานคร : รายงานการวิจัยเสนอสภาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2545.

สิริอร สังข์ทอง. การเปิดรับข่าวสาร ความรู้ ทัศนคติ และการมีส่วนร่วมในโครงการ “ยืดอก พกถุง” ของ นิสิต นักศึกษามหาวิทยาลัยในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขานิเทศศาสตรพัฒนาการ คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2550.

สุนทรี ลิลา. กระบวนการสื่อสารแบบมีส่วนร่วมในการก่อตั้งและธำรงอยู่ของพิพิธภัณฑ์ท้องถิ่น “จันเสน” จังหวัดนครสวรรค์. วิทยานิพนธ์นิเทศศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาการประชาสัมพันธ์ คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2548.

สุรยุทธ หลิมตระกูล. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการอนุรักษ์ทรัพยากรป่าไม้: ศึกษาเฉพาะกรณี ป่าชุมชนบ้านห้วยสะพาน ตำบลหนองโรง อำเภอพนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ภาควิชาสังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนา คณะสังคมศาษสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏกาญจนบุรี, 2544.

สุรสิทธิ์ วิทยารัฐ. การสื่อสารเพื่อการพัฒนา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ศูนย์หนังสือมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา, 2549.

สุรัชตา ราคา. กระบวนการสื่อสารกับเยาวชนของเครือข่ายครูนักรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขานิเทศศาสตรพัฒนาการ คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2550.

เสรี พงศ์พิศ. วัฒนาธรรมองค์กรของโลกยุคใหม่ เครือข่าย ยุทธวิธีเพื่อประชาคมเข้มแข็ง ชุมชนเข้มแข็ง. กรุงเทพมหานคร : สถาบันส่งเสริมวิสาหกิจชุมชน, 2537.

หนังสือพิมพ์ข่าวสด ฉบับวันที่ 12 มิถุนายน พ.ศ. 2551 ปีที่ 18 ฉบับที่ 6405

หริสุดา ปัณฑวนันท์. การสื่อสารและเครือข่ายการรณรงค์เมาไม่ขับ. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขานิเทศศาสตรพัฒนาการ คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงการณ์มหาวิทยาลัย, 2544.

อคิน รพีพัฒน์. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาชนบทในสภาพสังคมและวัฒนธรรมไทย. กรุงเทพฯ : ศักดิ์โสภาการพิมพ์, 2527.

อภิสรา เกิดชูชื่น. รูปแบบการสื่อสารของเครือข่ายวิทยุสมัครเล่นในภาวะวิกฤต. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขานิเทศศาสตรพัฒนาการ คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงการณ์มหาวิทยาลัย, 2545.

อรรณพ พงษ์วาท . เครือข่ายความร่วมมือเพื่อการพัฒนาครู: ภารกิจของคนในชาติ. กรุงเทพฯ : สำนักงานโครงการพิเศษเพื่อการปฏิรูปการฝึกหัดครู พัฒนาครูและบุคลากรทางการศึกษา (สปค.), 2539.

อรอนันต์ วุฒิเสน. การสื่อสารในการก่อตัวและการขยายเครือข่ายของชมรมผู้เลี้ยงปลากะพงขาว อำเภอยะหริ่ง จังหวัดปัตตานี. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขานิเทศศาสตรพัฒนาการ คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงการณ์มหาวิทยาลัย, 2543.

อริสรา ธนูแผลง. รูปแบบการสื่อสารในการบริหารจัดการธนาคารขยะชุมชนวัดกลางซอยลาดพร้าว 132. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขานิเทศศาสตรพัฒนาการ คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงการณ์มหาวิทยาลัย, 2544.

ฮูชี้เหตุตายอันดับต้น ล้วนแล้วแต่มาจาก โรคเรื้อรัง [Online] สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). แหล่งที่มา : http://www.thaihealth.or.th/node/4317 [2 กันยายน 2551]

ภาษาอังกฤษ

Boissevain, Jeremy and J. Clyde Mitchell. Network Analysis : Studies in Human Interaction. Netherlands : Mouton & Co. 1973.

Burke, Adam. Communications & Development : a practical guide. London : Social Development. Division Department for International Development, 1999.

Doyle, Robert. Community Development in an Age of Globalization : the Partnership Option. Prepare for the presentation to the 1st International Conference on Community Development in the Asia - Pacific at Sukhothai Thammathirat University. 1998.

Eckhard Deutscher and Gudrun Kochend Orfer - Lucius. Towards the Global Knowledge and Information Society. Development and Cooperation (D+C). No.4/1999, July/August 20 - 22.

Rogers M. Everett & Lawrence Kincaid. Communication Networks toward a New Paradigm for research. A Division of Macmilan Publishing Co., Inc.,by the Free press, 1981.

Framklin Apfel. The Pen Is As Mighty AS The Surgeon's Scalpel : Improving Health Communication Impact. Proceedings of the WHO European Heslth Communication Network Consultation on Health and Environmental Communication Policy, 1998.

Mathews, David. Elements of a Strong Civil Society and Health Public Life. Kettering Foundation. April 1996. Memio.

Putnam, Robert D., Making Democracy Work; Civic traditions in Modern Italy. Princeton, N.J. : Princeton University Press, 1993.

Shirley, A. White. With K. Sadamandoman, Nair and Joseph Ashcroft. Participatory Communication: Working for change and development. New Delhi: Sage, 1993.

Starkey, Paul. Networking for Development, IFRTD (The International Forum for Rural Transport and Development), 1997.

Taschereau Suzanne and Jose Edgardo L. Campos. Building Government - Citizen -Business Partnerships. Canada : Institution on Governance, 1997.

Werthiem, W.F. The Urgency Factor and Democracy: a teorical contribution to Unrisd' debate on Participation. Geneva: UNRISD, 1981.

Who. WHO/HPR/HEP : Health Promotion Glossary. Geneva, 1998.

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสัมภาษณ์

<u>แนวคำถามการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกสำหรับบุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่เชิงนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ ในกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ</u>

แนวคำถามในการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกสำหรับบุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่เชิงนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ ในกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ แบ่งออกเป็น 2 หมวด ได้แก่

หมวดที่ 1 แนวคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทางด้านประชากรของบุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่เชิงนโยบาย ที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ ในกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

- ชื่อ – สกุล
- ตำแหน่ง
- การศึกษา
- ภูมิลำเนา
- ประสบการณ์ในการทำงาน
- บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบโดยทั่วไป
- บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบที่เกี่ยวกับการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ ในกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

หมวดที่ 2 แนวคำถามเกี่ยวกับการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดย กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

- นโยบายและแผนการดำเนินงานของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เป็นอย่างไร
- แผนการดำเนินงานของกลุ่มพันธมิตรสร้างสุขภาพ กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เป็นอย่างไร
- การวางแผนในอนาคตสำหรับการดำเนินงานเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดย กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เป็นอย่างไร

- พัฒนาการการสื่อสารเพื่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดย กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เป็นอย่างไร

- รูปแบบการสื่อสารเพื่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดย กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ไปยังภาคีเครือข่ายสุขภาพระดับปฏิบัติการ เป็นอย่างไร

- ลักษณะองค์ประกอบของการสื่อสารเพื่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดย กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ไปยังภาคีเครือข่ายสุขภาพปฏิบัติการ เป็นอย่างไร

- ปัจจัยที่เป็นข้อส่งเสริมและปัจจัยที่เป็นข้อจำกัดต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินงานเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดย กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เป็นอย่างไร

- ลักษณะและการมีส่วนร่วมของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ในภาคีเครือข่ายสุขภาพ เป็นอย่างไร

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสัมภาษณ์

<u>แนวคำถามการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกสำหรับบุคลากรที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ ในกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ</u>

แนวคำถามในการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกสำหรับบุคลากรที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ ในกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ แบ่งออกเป็น 2 หมวด ได้แก่

หมวดที่ 1 แนวคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทางด้านประชากรของบุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ ในกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

- ชื่อ – สกุล
- ตำแหน่ง
- การศึกษา
- ภูมิลำเนา
- ประสบการณ์ในการทำงาน
- ประสบการณ์ในการทำงานเกี่ยวกับการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ
- บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบโดยทั่วไป
- บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบเกี่ยวกับการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ ในกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

หมวดที่ 2 แนวคำถามเกี่ยวกับการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดย กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

- พัฒนาการการสื่อสารเพื่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดย กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เป็นอย่างไร

- รูปแบบการสื่อสารเพื่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดย กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ไปยังภาคีเครือข่ายสุขภาพระดับปฏิบัติการ เป็นอย่างไร

- ลักษณะองค์ประกอบของการสื่อสารเพื่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดย กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ไปยังภาคีเครือข่ายสุขภาพปฏิบัติการ เป็นอย่างไร

- ปัจจัยที่เป็นข้อส่งเสริมและปัจจัยที่เป็นข้อจำกัดต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินงานเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดย กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เป็นอย่างไร

- ลักษณะและการมีส่วนร่วมของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ในภาคีเครือข่ายสุขภาพ เป็นอย่างไร

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสัมภาษณ์

<u>แนวคำถามการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกสำหรับภาคีเครือข่ายระดับปฏิบัติการที่มีความเข้มแข็ง</u>

แนวคำถามการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกสำหรับภาคีเครือข่ายระดับปฏิบัติการที่มีความเข้มแข็ง แบ่งออกเป็น 3 หมวด ได้แก่

หมวดที่ 1 แนวคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทางด้านประชากรของภาคีเครือข่ายระดับปฏิบัติการที่มีความเข้มแข็ง

- ชื่อ – สกุล
- การศึกษา
- อาชีพ
- ตำแหน่ง
- สถานที่ทำงาน
- ภูมิลำเนา
- ระยะเวลาในการเข้าร่วมในภาคีเครือข่ายสุขภาพ

หมวดที่ 2 แนวคำถามเกี่ยวกับการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ ของภาคีเครือข่ายระดับปฏิบัติการที่มีความเข้มแข็ง

- ผลที่เกิดขึ้นจากการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดย กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เป็นอย่างไร
- ปัจจัยที่เป็นข้อส่งเสริมและปัจจัยที่เป็นข้อจำกัดต่าง ๆ ที่มีส่วนในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพระดับปฏิบัติการ ให้เป็นภาคีเครือข่ายสุขภาพที่มีความเข้มแข็ง เป็นอย่างไร
- ลักษณะและการมีส่วนร่วม ในโครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพ ในปีงบประมาณ 2551 โดย กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ของภาคีเครือข่ายสุขภาพระดับปฏิบัติการ เป็นอย่างไร

- ลักษณะและการมีส่วนร่วม ในภาคีเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่ เป็นอย่างไร
- ทัศนคติ ความคิดเห็นเกี่ยวกับการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดย กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เป็นอย่างไร

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นายอภิชา น้อมศิริ เกิดเมื่อวันที่ 13 ตุลาคม พ.ศ. 2520 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี จากคณะศึกษาศาสตร์ สาขาวิชาเทคโนโลยีการศึกษา มหาวิทยาลัยศิลปากร ในปี 2543 และสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโท จากคณะศึกษาศาสตร์ สาขาวิชาเทคโนโลยีการศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ในปี 2547 ได้เข้าศึกษาต่อที่คณะนิเทศศาสตร์ สาขาวิชานิเทศศาสตรพัฒนาการ ภาควิชาการประชาสัมพันธ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2550

ปัจจุบันเป็นอาจารย์อยู่ที่โครงการจัดตั้งสถานเวชศาสตร์ชุมชนและเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย