

# การพัฒนาแนวทางการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็กยากจน กรณีศึกษาหมู่บ้านนายม จังหวัดชัยภูมิ<sup>1</sup>

## The Development of Communication Guidelines to Solve Malnutrition Problem in Poor Children: A Case Study of Nayom Village, Chaiyaphum Province

### Article History

Received: April 29, 2021

Revised: May 7, 2022

Accepted: May 24, 2022

พรรณพิลาศ กุลดิลก<sup>2</sup>

Panpilas Kuldilok

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาการยอมรับแนวทางการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็กยากจนที่อาศัยอยู่ในถิ่นทุรกันดารกรณีศึกษาหมู่บ้านนายม จังหวัดชัยภูมิ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตอย่างมีส่วนร่วม และการสนทนากลุ่มกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ ตัวแทนจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำหมู่บ้าน องค์การบริหารส่วนตำบล โรงเรียนประจำหมู่บ้านและผู้ปกครอง ผลการวิจัยพบว่า แนวทางการสื่อสารเพื่อแก้ปัญหาดังกล่าวควรมุ่งเน้นการแสดงให้เห็นถึงโทษหรือผลกระทบที่เกิดจากปัญหาทุพโภชนาการ โดยการใช้จุดดึงดูดใจด้านอารมณ์ คือ ความกลัวควบคู่ไปกับด้านเหตุผล คือ การให้ความรู้เรื่องการรับประทานอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการและควรเป็นความรู้ที่กลุ่มเป้าหมายสามารถนำไปปฏิบัติได้ทันที ทั้งนี้ การนำเสนอเนื้อหาควรเข้าใจง่าย ใช้ภาษาถิ่น โดยสื่อสารผ่านช่องทาง การผสมผสานสื่อของชุมชนอันได้แก่ สื่อบุคคล สื่อหอกระจายเสียงและสื่อกิจกรรม ทั้งนี้ ควรดำเนินการสื่อสารในช่วงฤดูฝนเนื่องจากผู้ปกครองไม่ได้ไปทำงานรับจ้างต่างถิ่น จึงสามารถมีส่วนร่วมได้สูงสุด อีกทั้งควรต่อยอดโดยการสื่อสารอย่างสม่ำเสมอและขยายเครือข่ายความร่วมมือไปยังกลุ่มต่างๆ ในชุมชน

**คำสำคัญ:** การสื่อสารสุขภาพ ทุพโภชนาการในเด็ก การสื่อสารแบบมีส่วนร่วม

<sup>1</sup> งานวิจัยชิ้นนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากคณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

<sup>2</sup> คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

Faculty of Humanities and Social Science, Burapha University, E-mail: panpilas@gmail.com

## Abstract

This research aimed to develop and study the acceptance of communication guidelines to solve malnutrition problem in poor children in a remote area: A case study of Nayom Village, Chaiyaphum Province. Participatory action research (PAR) was used via an in-depth interview, participant observation, and focus group with stakeholders, i.e., the representatives from Tambon Health Promoting Hospital, village health volunteers (VHVs), village leaders, subdistrict administrative organization, village school, and parents. The findings revealed that the communication guidelines to solve this problem should mainly focus on harms or effects derived from malnutrition problem by using emotional appeals, i.e., fears; and logical appeals, i.e., knowledge transfer about nutritious eating. Such knowledge should be applicable immediately by the target. Content presented should be comprehensible, using dialect, and transmitted through local combined media channels, e.g. persons, broadcasting tower, and activities. This should be implemented in the rainy season to gain full participation from parents since they are literally confined in their residency. Besides, regular communication should be extended, with the increase of collaboration network to different groups in the community.

**Keywords:** Health Communication, Malnutrition in Children, Participatory Communication

## บทนำ

ภาวะโภชนาการที่เหมาะสมเป็นเงื่อนไขพื้นฐานของโอกาสในการเรียนรู้และมีพัฒนาการที่สมวัยของเด็กปฐมวัย ซึ่งเป็นปัจจัยกำหนดคุณภาพประชากรของประเทศในระยะยาว โดยภาวะโภชนาการแบ่งออกเป็นภาวะโภชนาการที่ดี (good nutrition) และภาวะทุพโภชนาการ (malnutrition) ซึ่งหมายถึง ภาวะที่ร่างกายได้รับอาหารที่ไม่เพียงพอหรือมากเกินไปเกินความต้องการของร่างกาย ทำให้เกิดความไม่สมดุลและส่งผลเสียต่อร่างกายและจิตใจ ทั้งนี้ จากรายงาน The State of the World's Children 2019 พบว่า 1 ใน 3 ของเด็กทั่วโลกที่อายุต่ำกว่า 5 ปี หรือราว 200 กว่าล้านคนประสบปัญหาด้านทุพโภชนาการ (Unicef, 2019) ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ความสูญเสียทางเศรษฐกิจ เนื่องจากเพิ่มค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ และการสูญเสียสุขภาพจากภาวะพิการและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร โดยในแต่ละปีมีเด็กเสียชีวิตจากการขาดสารอาหารประมาณ 3.5 ล้านคนทั่วโลก (Sharghi, Kamran, & Faridan, 2011)

จากสถานการณ์ดังกล่าวส่งผลให้องค์กรต่างๆ ได้วางเป้าหมายในการแก้ไขปัญหา อาทิ องค์การสหประชาชาติได้กำหนดให้การเข้าถึงอาหารที่เพียงพอและมีคุณค่าทางโภชนาการเป็นหนึ่งในเป้าหมายของการพัฒนาที่ยั่งยืนเพื่อใช้เป็นทิศทางการพัฒนาของประชาคมโลกตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 – พ.ศ. 2573 ในขณะที่องค์การอาหารและเกษตรแห่งสหประชาชาติได้เสนอแผนปฏิบัติการยุทธศาสตร์เกี่ยวกับโภชนาการในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้เพื่อสนับสนุนความมั่นคงทางอาหาร โดยมีผู้ปกครอง ครู และผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียนและวัยเรียนเป็นกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญ สำหรับประเทศไทยนั้นนโยบายและยุทธศาสตร์การจัดการด้านอาหารและโภชนาการระดับประเทศในหลายระดับ ไม่ว่าจะเป็นแผนยุทธศาสตร์การพัฒนา ระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564) กรอบยุทธศาสตร์การจัดการด้านอาหารของประเทศไทย ฉบับที่สอง พ.ศ.2561 - 2580 และยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) เป็นต้น

จากการดำเนินการแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการของหน่วยงานภาครัฐและอื่นๆ ส่งผลให้ประเทศไทยมีสัดส่วนผู้ขาดสารอาหารลดลงอย่างต่อเนื่อง ส่วนการโภชนาการในวัยเด็กก็มีสัดส่วนที่ดีขึ้นเช่นเดียวกัน แต่อย่างไรก็ตามจากผลสำรวจซึ่งจัดทำขึ้นโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ด้วยการสนับสนุนจากองค์การยูนิเซฟ ได้เปิดเผยว่าเด็กในสังคมไทยโดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ชนบทและมีฐานะยากจน ส่วนใหญ่ล้วนประสบปัญหาด้านสุขภาพอันเกิดจากการไม่ได้รับประทานอาหารที่ถูกต้องตามโภชนาการ โดยปัจจัยที่มีผลต่อภาวะทุพโภชนาการในเด็กประกอบไปด้วย 3 ปัจจัยสำคัญดังต่อไปนี้ (Parimanon, Chaimay, & Woradet, 2018; Sangsawang, Chukumnird, Chupradit, Binthaprasitthi, & Wattanasart, 2017; Sowapasn, 2005; Wattanayingcharoenchai, 1998; Wongtong, 1999)

1) ปัจจัยด้านมารดา/ผู้ปกครอง ได้แก่ การที่มารดาไม่มีความพร้อมในการตั้งครรภ์ในวัยที่เหมาะสม ไม่มีระดับการศึกษาตามเกณฑ์ และไม่มีการทำงานที่ดีทำให้ประสิทธิภาพในการเข้าถึงข้อมูลและความรู้ความเข้าใจเรื่องภาวะโภชนาการลดลง นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ปกครองของเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการส่วนใหญ่มีการให้ความหมายทุพโภชนาการที่แตกต่างไปจากการแพทย์สมัยใหม่ รวมทั้งไม่ยอมรับว่าเด็กมีภาวะทุพโภชนาการตามที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้แจ้งให้ทราบ

2) ปัจจัยด้านเด็ก ได้แก่ ภาวะแรกคลอดที่มีความสัมพันธ์กับการเติบโตของเด็ก อีกทั้งปัจจัยเรื่องลำดับของการเป็นบุตรตั้งแต่ลำดับที่ 3 ขึ้นไป ส่งผลให้มีความเสี่ยงเนื่องจากอาจได้รับการดูแลจากมารดาหรือสมาชิกในครอบครัวไม่ทั่วถึง

3) ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ รายได้ของครอบครัวที่ไม่เพียงพอทำให้เข้าถึงแหล่งอาหารที่ครบถ้วนได้ยาก นอกจากนี้ สิ่งแวดล้อมที่ถูกระบุถึงในอดีต ได้แก่ หน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องไม่ทราบสภาพปัญหาที่แท้จริงรวมถึงไม่ได้ดำเนินการแก้ไขปัญหาย่างถูกต้องทำให้การดูแลแก้ไขปัญหามาไม่ถึง

ในการนี้ ปัจจัยทั้ง 3 ดังกล่าวข้างต้นเป็นปัจจัยที่สอดคล้องกับสถานการณ์ทุพโภชนาการในเด็กในพื้นที่ต่างประเทศ เช่น ประเทศเวียดนาม และประเทศอิหร่านอีกด้วย (Nguyen & Sin, 2008; Sharghi et al., 2011)

อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การส่งเสริมสุขภาพมีความจำเป็นที่จะต้องนำแนวทางการสื่อสารสุขภาพมาประยุกต์ใช้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระดับชุมชน โดยการสื่อสารสุขภาพจะเป็นส่วนสำคัญในการสร้างโอกาสการเรียนรู้ เพื่อให้ประชาชนได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่ถูกต้อง และเหมาะสมกับบริบทความต้องการการแก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชน รวมทั้งเปิดโอกาสให้สมาชิกในชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการสื่อสารเป็นการเสริมพลังความเข้มแข็งให้แก่ชุมชนด้านการพัฒนาสุขภาพ (Tuekkhew, 2016)

ดังนั้น งานวิจัยชิ้นนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวทางการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหามหาทุพโภชนาการในเด็กยากจนในถิ่นทุรกันดาร พร้อมทั้งนำไปปฏิบัติเพื่อทดสอบจริง ผ่านการวิจัยที่กระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วมที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน ภายใต้แนวทางการสื่อสารสุขภาพ การสื่อสารชุมชน และการสื่อสารแบบมีส่วนร่วม โดยเน้นการให้ความสำคัญกับผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียเข้ามามีส่วนร่วมหรือเกี่ยวข้องในการพัฒนา ไม่ว่าจะเป็นการวางแผน การดำเนินการตามแผน การติดตามประเมินผล และการรับประโยชน์จากการพัฒนา ทั้งนี้ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในการสื่อสารเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าวเพื่อให้ความสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาประเทศอย่างยั่งยืนต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวทางการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหามหาทุพโภชนาการในเด็กยากจนที่อาศัยอยู่ในถิ่นทุรกันดาร
2. เพื่อศึกษาการยอมรับแผนงานการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหามหาทุพโภชนาการในเด็กยากจนที่อาศัยอยู่ในถิ่นทุรกันดาร

### ขอบเขตงานวิจัย

งานวิจัยชิ้นนี้ดำเนินการศึกษาในพื้นที่หมู่บ้านนายม จังหวัดชัยภูมิเป็นกรณีศึกษา เนื่องจากการสำรวจของ National Statistical Office (2016) พบว่า พื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีเด็กที่มีปัญหาด้านสุขภาพอันเกิดจากการไม่ได้รับประทานอาหารที่ถูกต้องตามโภชนาการในสัดส่วนที่สูงกว่าภาคอื่นๆ ถึงร้อยละ 44.00 โดยตัวเลขดังกล่าวมีความสอดคล้องกับภาวะยากจนในแต่ละพื้นที่ และเมื่อประเมินสถานะความยากจนของจังหวัดต่างๆ

ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบว่า จากรายงานเส้นความยากจน (poverty line) ของประชาชนในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2543 – 2560 จากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่า จังหวัดชัยภูมิ มีค่าเส้นความยากจนที่ค่อนข้างต่ำติด 1 ใน 3 ของจังหวัดที่มีค่าเส้นความยากจนต่ำที่สุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประจำปี พ.ศ. 2560 คือ อยู่ที่ 2,331 บาท/คน/เดือน อีกทั้งลักษณะของผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเด็กในหมู่บ้านส่วนใหญ่เป็นคนชรา รายได้ต่อเดือนมาจากสวัสดิการของรัฐ และมีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะทุพโภชนาการของเด็กดังที่ปรากฏในข้อค้นพบของงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในอดีต ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการวิจัยในพื้นที่ดังกล่าว

## แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### แนวคิดการสื่อสารสุขภาพ

การสื่อสารสุขภาพ (health communication) หมายถึง การสื่อสารที่เปิดโอกาสให้ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพได้ง่ายและทั่วถึง มีการจัดองค์ความรู้แบบมีส่วนร่วมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในหมู่ประชาชน ทำให้ชุมชนมีศักยภาพในการเสริมสร้างและแก้ปัญหาสุขภาพของชุมชนโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน (Phuntulee & Wanitchanont, 2012) โดยจากแบบจำลองการสื่อสารสุขภาพ (Health Communication Model: HCM) ซึ่งพัฒนาโดย Northouse and Northouse (1998) (as cited in Berry, 2007) ได้ระบุว่ากระบวนการถ่ายทอดข่าวสารในการสื่อสารสุขภาพมีปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในสถานะแวดล้อมของการดูแลรักษาสุขภาพดังนี้

1. ความสัมพันธ์ (relationships) ซึ่งได้ถูกแบ่งออกเป็น 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ (health professional) หมายถึง บุคลากรที่อยู่ในสายวิชาชีพสาธารณสุข ซึ่งมีส่วนในการสร้างวิถีชีวิต ทัศนคติ ค่านิยม ความเชื่อ และความรู้ความเข้าใจในประเด็นสุขภาพต่อผู้ที่มีปฏิสัมพันธ์ด้วย 2) ผู้รับบริการ (clients) หมายถึง บุคคลที่เข้ามารับบริการด้านสุขภาพที่มีลักษณะแตกต่างกัน ทำให้มีความสามารถในการรับรู้ประเด็น

ด้านสุขภาพได้ไม่เท่ากัน และ 3) บุคคลอื่นที่มีความสัมพันธ์กับผู้รับบริการ (significant others) หมายถึง บุคคลที่ผู้รับบริการมีความสัมพันธ์ในทุกระดับสาธารณสุข โดยบุคคลเหล่านี้จะมีส่วนร่วมในกระบวนการสื่อสารสุขภาพในลักษณะที่เป็นเครือข่ายที่อยู่รอบตัวผู้มารับบริการ

2. การปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน (transaction) หมายถึง กระบวนการถ่ายทอดข่าวสารด้านสุขภาพก่อให้เกิดการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วมในการสื่อสารสุขภาพ ซึ่งเป็นมิติที่มีความเคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่องและไม่มีที่สิ้นสุด

3. บริบท (context) บริบทที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ แบ่งออกได้เป็น 2 ระดับ อันได้แก่ บริบทด้านการให้บริการด้านสุขภาพ และบริบทด้านการสื่อสารของบุคลากรที่มีส่วนร่วมในกระบวนการสื่อสารสุขภาพ

ทั้งนี้ ในการสื่อสารสุขภาพเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด จำเป็นต้องตระหนักถึงความสัมพันธ์ของทุกองค์ประกอบข้างต้น

### แนวคิดการสื่อสารแบบมีส่วนร่วม

การสื่อสารแบบมีส่วนร่วม (participatory communication) เป็นการให้ประชาชนเข้าไปมีส่วนร่วมในการสื่อสาร เช่น การก้าวเข้าไปเป็นผู้บริหาร ผู้ผลิตและผู้เผยแพร่ แทนที่การเป็นเพียงแค่ผู้บริโภคสื่อ ซึ่งการมีส่วนร่วมในการสื่อสารสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมในฐานะผู้ชม/ผู้รับสาร 2) การมีส่วนร่วมในฐานะผู้ส่งสาร/ผู้ผลิต/ผู้ร่วมผลิต ทั้งในขั้นตอนก่อนการผลิต การผลิต และหลังการผลิต และ 3) การมีส่วนร่วมในระดับบริหารงาน (Kaewthep, 2005) โดยหลักการสำคัญ 3 ประการ ของแนวคิดการสื่อสารแบบมีส่วนร่วมมีดังนี้ (Domdok, 2017)

1. การเข้าถึงสื่อ (access) ที่ให้บริการแก่ชุมชน ซึ่งเปิดโอกาสให้ประชาชนเลือกรับรายการหรือเข้าร่วมรับรายการในการเข้าไปจัดทำสิ่งที่ตนเป็นประโยชน์เองได้ รวมทั้งเป็นช่องทางที่จะทำให้ประชาชนได้แสดงความคิดเห็น

2. การมีส่วนร่วม (participation) ในระบบการสื่อสารในทุกระดับ ทั้งในกระบวนการการผลิตรายการ การบริหารจัดการ และการวางแผนระบบการสื่อสารในชุมชน

3. การจัดการด้วยตนเอง (self-management) นับตั้งแต่เริ่มคิด กำหนดนโยบาย การวางแผน เป็นต้น ซึ่งการมีส่วนร่วมโดยประชาชนมีสิทธิและอำนาจในการตัดสินใจนี้ นับเป็นระดับการมีส่วนร่วมที่อยู่ในระดับสูงสุดและสำคัญที่สุด

อย่างไรก็ตาม ในการมีส่วนร่วมในการสื่อสารนั้น คนในชุมชนไม่จำเป็นต้องเข้ามามีส่วนร่วมในแต่ละระดับพร้อมๆ กัน แต่เป็นการมีส่วนร่วมตามความต้องการและศักยภาพของกลุ่มหรือเครือข่าย ซึ่งอาจไม่จำเป็นต้องเป็นไปตามลำดับขั้นตอน (Burarak, 2012)

### แนวคิดการสื่อสารชุมชน

การสื่อสารชุมชน (community communication) เป็นกระบวนการสื่อสารที่ทำให้ชุมชนเจริญก้าวหน้าผ่านการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน ทำให้ชุมชนสามารถรับรู้และเรียนรู้ข้อมูลข่าวสาร พร้อมนำมาประยุกต์ได้อย่างเหมาะสม (Louiyapong, 2014) ซึ่งคุณลักษณะของการสื่อสารชุมชน มีดังต่อไปนี้ (Kaewthep, Louiyapong, Supasa, & Polnigongit, 2000)

1. การสื่อสารชุมชนเป็นการสื่อสารสองทาง ทั้งในลักษณะที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ

2. การสื่อสารชุมชนมีทิศทางทางไหลของข่าวสารที่หลากหลาย

3. การสื่อสารชุมชนมีการกำหนดเป้าหมายของการสื่อสารเพื่อชุมชน โดยอาจแบ่งเป็น 3 ระดับ อันได้แก่ ระดับชุมชนที่มีเป้าหมายในการสื่อสารเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของชุมชน ระดับหน่วยงานภายนอกชุมชน ที่เป็นการสื่อสารที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงองค์กรหรือหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาและการสื่อสาร และระดับสังคมส่วนรวมที่เป็นการสื่อสารที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรมในวงกว้าง

4. การสื่อสารชุมชนเป็นการสื่อสารที่เกิดขึ้นและดำเนินการเพื่อตอบสนองความต้องการของคนในชุมชน

การสื่อสารในระดับชุมชนเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดนั้น ควรเลือกใช้วิธีการสื่อสารด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม เนื่องจากประเด็นที่เกิดขึ้นในท้องถิ่นเป็นประเด็นที่สมาชิกในชุมชนมีความรู้สึกร่วมถึงความเป็นเจ้าของ (Sthapitanonda, 2003) อีกทั้งยังก่อให้เกิดการพัฒนาที่มาจากชุมชน และลดการพึ่งพิงจากสังคม

ภายนอก ซึ่งส่วนใหญ่แล้วปัจจัยสำคัญที่กระตุ้นให้สมาชิกในชุมชนมีส่วนร่วม คือ การมีกลุ่มกิจกรรมที่เป็นกลไกส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วม (Sutthinarakorn, 2013)

ทั้งนี้ การสื่อสารด้านสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมในชุมชนที่มีประสิทธิภาพ ต้องอาศัยมิติการสื่อสารของชุมชนอันได้แก่มิติของคน มิติของความรู้ และมิติของทรัพยากร (Phuntulee & Wanitchanont, 2012) โดยขั้นตอนการดำเนินงานสื่อสารด้านสุขภาพในชุมชนประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) รู้ชุมชน ศึกษาและวิเคราะห์ให้ทราบถึงสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและการสื่อสารด้านสุขภาพของประชาชนภายในชุมชน 2) วางแผนในการสื่อสารว่าจะดำเนินการอย่างไรโดยนำข้อมูลจากการศึกษาชุมชนมาเป็นพื้นฐานร่วมคิดและวางแผนร่วมกับประชาชนในท้องถิ่น 3) เตรียมความพร้อมขององค์ประกอบและขั้นตอนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสาร 4) ดำเนินการสื่อสารตามที่ได้ร่วมกันวางแผนดำเนินการไว้ให้มีความครอบคลุมและสม่ำเสมอ และ 5) ประเมินผลตามวัตถุประสงค์ของการดำเนินการที่ได้วางไว้

จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยจึงได้พัฒนารอบแนวคิดในการวิจัย โดยเน้นการให้ความสำคัญกับผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียให้เข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการพัฒนา โดยมีรายละเอียดดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

### วิธีการวิจัย

การศึกษานี้ได้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research) ผ่านขั้นตอนการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตอย่างมีส่วนร่วม และการสนทนากลุ่ม เพื่อมุ่งสู่การพัฒนาการเรียนรู้ร่วมกันและรวบรวมข้อมูลให้ได้รับคำตอบที่เหมาะสม เนื่องจากงานวิจัยในอดีตได้ระบุว่า การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพของตนเองในชุมชนโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ก่อให้เกิดกลุ่มผู้สนใจในการดูแลสุขภาพตนเอง เกิดผู้นำอย่างไม่เป็นทางการ และเกิดกิจกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองตามวิถีพื้นบ้าน อีกทั้งการพบปะแลกเปลี่ยนความคิดเห็นทำให้เกิดการเรียนรู้ และการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงในการแก้ไขปัญหาของชุมชน (Dilokthanakul, 1997; Sangsawang et al., 2017; Silawanno, 2007) ผู้วิจัยจึงได้ใช้วิธีการวิจัยในรูปแบบดังกล่าว โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

### ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

การวิจัยครั้งนี้ได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 6 กลุ่ม ซึ่งพิจารณาจากแผนปฏิบัติการยุทธศาสตร์โภชนาการในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้เพื่อสนับสนุนความมั่นคงทางอาหาร โดยองค์การอาหารและเกษตรแห่งสหประชาชาติ ที่ได้รับรู้ว่า ผู้ปกครอง ครู และผู้ดูแลเด็กเป็นกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญในการแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็ก เนื่องจากเป็นบุคคลที่มีบทบาทในการผลิตหรือประกอบอาหารให้เด็กรับประทานในแต่ละมื้อ และจากการทบทวนงานวิจัยในอดีตพบว่า ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการสื่อสารสุขภาพในชุมชนประกอบไปด้วย เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุข ผู้นำชุมชน ครู และผู้ปกครอง จึงส่งผลให้ผู้วิจัยเลือกสัมภาษณ์ตัวแทนจากกลุ่มดังกล่าวทุกกลุ่มเพื่อให้ได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วน โดยการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลสำคัญแบบเฉพาะเจาะจง และสโนว์บอล ซึ่งในแต่ละขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูลมีจำนวนผู้ให้ข้อมูลสำคัญดังนี้

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนผู้ให้ข้อมูลสำคัญในแต่ละขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูล

| ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ                       | จำนวนผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (คน) |                          |               |
|-----------------------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------|
|                                         | การสัมภาษณ์เชิงลึก          | การสังเกตอย่างมีส่วนร่วม | การสนทนากลุ่ม |
| 1) ตัวแทนจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล | 2                           | 2                        | 2             |
| 2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน      | 2                           | 2                        | 2             |
| 3) ตัวแทนผู้นำหมู่บ้าน                  | 2                           | 2                        | 2             |
| 4) ตัวแทนองค์การบริหารส่วนตำบล          | 2                           | 2                        | 2             |
| 5) ตัวแทนโรงเรียนประจำหมู่บ้าน          | 2                           | 2                        | 2             |
| 6) ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็ก             | 10                          | 22                       | 5             |
| รวม                                     | 20                          | 32                       | 15            |

**การเก็บรวบรวมข้อมูล** การวิจัยครั้งนี้ได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตอย่างมีส่วนร่วม และการสนทนากลุ่ม ในช่วงปี พ.ศ. 2562-2564 โดยมีรายละเอียดการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ผู้วิจัยได้ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลสถานภาพและปัจจัยที่ส่งผลต่อปัญหาด้านสุขภาพโภชนาการของเด็กยากจนในหมู่บ้าน และรูปแบบการสื่อสารของชุมชนในปัจจุบัน จากนั้นนำไปวิเคราะห์ตามแนวทาง SWOT analysis เพื่อนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพโภชนาการในเด็กยากจนที่อาศัยอยู่ในถิ่นทุรกันดารในลำดับต่อไป

2. ผู้วิจัยได้ดำเนินการสังเกตอย่างมีส่วนร่วมจากการจัดประชุมโดยวางบทบาทให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียแต่ละกลุ่มมีบทบาทที่แตกต่างกันไปตามแนวทางการสื่อสารแบบมีส่วนร่วม โดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้ให้ข้อมูลเบื้องต้นและเป็นผู้สนับสนุน ซึ่งการจัดประชุมนี้เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลโครงสร้างรูปแบบการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพโภชนาการในเด็กยากจนในถิ่นทุรกันดารและดำเนินการทดลองนำแผนงานมาใช้งานจริง

3. ผู้วิจัยได้ดำเนินการสนทนากลุ่มกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่ได้เข้าร่วมการทดลองใช้แนวทางการสื่อสารตามขั้นตอนที่ 2 เพื่อศึกษาประเด็นความเหมาะสมและการยอมรับในแต่ละองค์ประกอบของแนวทางการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพโภชนาการในเด็กยากจนที่อาศัยอยู่ในถิ่นทุรกันดาร เพื่อนำไปปรับปรุงให้มีความสมบูรณ์ต่อไป

**เครื่องมือในการเก็บข้อมูล** การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง โดยได้พัฒนาข้อคำถามขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและได้ทำการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา โดยการนำแนวคำถามฉบับสมบูรณ์ไปให้นักวิชาการผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเพื่อนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงให้มีความครอบคลุมและชัดเจน และเนื่องจากในการเก็บข้อมูลในครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลด้วยตนเอง ดังนั้น จึงได้มีการตรวจสอบข้อมูลพร้อมทั้งทำความเข้าใจกับผู้ให้ข้อมูลสำคัญเป็นระยะ เพื่อควบคุมปัญหาในเรื่องความเที่ยงตรงของข้อมูล และมีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่ได้จากผู้ให้

ข้อมูลสำคัญกับเอกสารต่างๆ และตรวจสอบระหว่างผู้ให้ข้อมูลสำคัญด้วยตนเอง

**การวิเคราะห์ข้อมูล** ผู้วิจัยได้อ่านอักษรข้อความที่บันทึก จัดระบบข้อมูลที่ได้มา และสรุปข้อมูลเบื้องต้นโดยจำแนกให้เป็นหมวดหมู่ตามวัตถุประสงค์ของงานวิจัย จากนั้นจึงวิเคราะห์และสร้างบทสรุปของข้อมูลภายใต้วัตถุประสงค์ กรอบแนวคิดการวิจัย แนวคิดที่เกี่ยวข้อง และยืนยันความถูกต้องกับตัวแทนผู้ให้ข้อมูลอีกครั้ง แล้วจึงอธิบายความหมายของข้อค้นพบ

### ผลการวิจัยและอภิปรายผล

ในการวิจัยและอภิปรายผล แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ตามกรอบแนวคิดการวิจัยข้างต้น อันได้แก่ 1. การรู้ชุมชน 2. การพัฒนาแนวทางการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพโภชนาการในเด็กยากจนที่อาศัยอยู่ในถิ่นทุรกันดาร และทดลองใช้ และ 3. ความเหมาะสมและการยอมรับในแนวทางการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพโภชนาการในเด็กยากจนที่อาศัยอยู่ในถิ่นทุรกันดาร ดังรายละเอียดต่อไปนี้

**1. รู้ชุมชน:** ในการพัฒนาแนวทางการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาครั้งนี้ ได้เริ่มจากการศึกษาสถานภาพและปัจจัยที่ส่งผลต่อปัญหาด้านสุขภาพโภชนาการของเด็กยากจนในหมู่บ้านและรูปแบบการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาในปัจจุบัน โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้ง 6 กลุ่มดังที่ได้ระบุข้างต้น จากนั้นจึงได้วิเคราะห์ข้อมูลตามแนวทางการวิเคราะห์ข้อมูลแบบ SWOT Analysis ซึ่งเป็นการวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรคที่ส่งผลต่อการสื่อสารในครั้งนี้ ผลการสัมภาษณ์พบว่า

**การวิเคราะห์ปัจจัยภายใน: จุดแข็ง** ประกอบด้วยความร่วมมือในการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่อยู่ในบทบาทผู้ส่งสารในชุมชน ไม่ว่าจะเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงเรียนประจำหมู่บ้าน ทั้งในรูปแบบของการสื่อสารแบบกิจวัตรและการสื่อสารเฉพาะกิจ โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านลงพื้นที่ตรวจสอบสุขภาพเป็นประจำ หากพบว่าเด็กมีภาวะสุขภาพโภชนาการ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาล

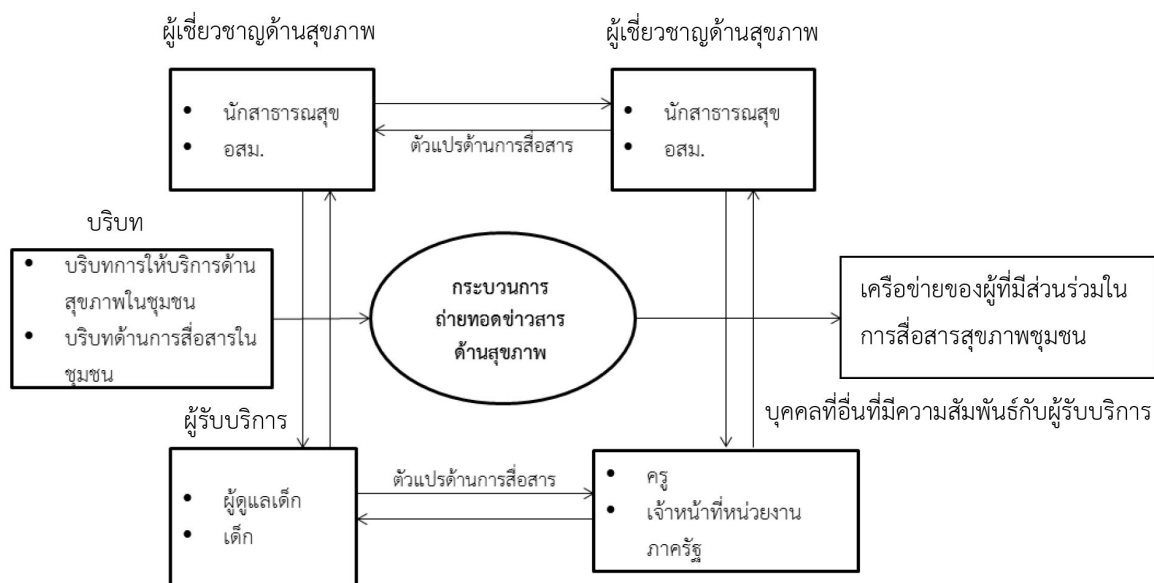
ส่งเสริมสุขภาพตำบลจะประเมินพัฒนาการและให้ความรู้แก่ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเด็ก นอกจากนั้น โรงเรียนประจำหมู่บ้านได้มีการให้ความรู้เรื่องโภชนาการแก่ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กในวันปฐมนิเทศนักเรียนใหม่ ซึ่งทั้ง 3 กลุ่มนับว่าเป็นสื่อบุคคลที่มีความสำคัญกับการสื่อสารสุขภาพในชุมชนเป็นอย่างมาก เนื่องจากมีความน่าเชื่อถือในประเด็นดังกล่าว โดยจุดแข็งสำคัญของการสื่อสารในชุมชนนี้คือ สื่อหอกระจายเสียง เนื่องจากเป็นสื่อท้องถิ่นที่สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ครอบคลุมทุกครัวเรือน อีกทั้งยังสามารถปรับสารให้มีความเหมาะสมกับผู้รับสาร นอกจากนี้ จากการสัมภาษณ์พบว่า ในพื้นที่ชนบทนั้นมีจุดแข็งสำคัญคือ มีวัฒนธรรมการอยู่ร่วมกันแบบพึ่งพา เช่น การเกื้อกูลจากเพื่อนบ้าน ประกอบกับมีแหล่งอาหารตามธรรมชาติ จึงทำให้เด็กได้รับประทานอาหารครบทุกมื้อแต่อาจไม่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ

ในขณะที่**จุดอ่อน** ประกอบด้วย เด็กส่วนใหญ่ที่ประสบปัญหาอาศัยอยู่กับปู่ย่าตายายที่อายุมากและมีฐานะยากจน เนื่องจากพ่อแม่ต้องย้ายถิ่นฐานไปทำงานต่างจังหวัด ซึ่งการพลัดถิ่นรวมถึงการทำงานที่ไม่มีเวลาแน่นอนทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ของชุมชนได้ นอกจากนี้ ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่ไม่มีความรู้ด้านโภชนาการเพียงพอ และการสื่อสารเพื่อแก้ประเด็นสุขภาพโภชนาการปัจจุบันในชุมชนมักใช้การสื่อสารแบบเผชิญหน้า โดยไม่มีการใช้สื่ออื่นประกอบการให้ความรู้ถึงแม้ว่าการสื่อสารแบบเผชิญหน้าเป็นการสื่อสารที่เหมาะสมเพื่อแก้ไขปัญหาก็ตาม เนื่องจากเปิดโอกาสให้ผู้รับสารสามารถซักถามได้ทันที และสามารถยืดหยุ่นการนำเสนอเนื้อหาได้ แต่อย่างไรก็ตาม การไม่ใช้สื่ออื่นใดประกอบการสื่อสารนั้นทำให้ไม่ได้ผลลัพธ์ที่เกิดประสิทธิภาพเท่าที่ควร นอกจากนั้น จากการสัมภาษณ์ยังพบว่า การสื่อสารส่วนใหญ่มุ่งเน้นการสื่อสารกับเด็กที่กำลังประสบปัญหาสุขภาพโภชนาการ ซึ่งอาจเป็นการแก้ปัญหาปลายเหตุ จึงควรเร่งแก้ไขเพื่อกระตุ้นให้เด็กและผู้ปกครองทุกคนในชุมชนใส่ใจสร้างเสริมสุขภาพให้แข็งแรงเพื่อเป็นการป้องกันปัญหาความเจ็บป่วยในลักษณะ “การสร้างนำซ่อม” (Khopolklang & Gunpai, 2010)

**การวิเคราะห์ปัจจัยภายนอก:** โอกาสที่ส่งผลต่อการสื่อสารเพื่อแก้ไขสุขภาพโภชนาการ ประกอบด้วย

การสนับสนุนในการจัดกิจกรรมทั้งด้านเงินทุนและทรัพยากรอื่นๆ จากหน่วยงานภาครัฐในวาระสำคัญต่างๆ ในขณะที่**อุปสรรค** สำคัญในการดำเนินการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพโภชนาการให้สำเร็จได้นั้น คือ ปัจจัยเรื่องการขาดแหล่งทุนสนับสนุนงบประมาณอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ จากแนวคิดของ House (as cited in Poomruew, 2005) ได้อธิบายว่า การสนับสนุนทางสังคมแบ่งออกได้เป็น 4 ประเภท คือ 1. แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (emotional support) เป็นการแสดงออกถึงความห่วงใย เห็นอกเห็นใจ 2. แรงสนับสนุนทางการประเมินคุณค่า (appraisal support) เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนรู้ด้วยตนเอง 3. แรงสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (informational support) เป็นการให้ข้อมูลที่สามารถนำไปใช้ในการดำเนินงาน และ 4. แรงสนับสนุนทางด้านทรัพยากร (instrumental support) เป็นการช่วยเหลือในรูปแบบต่างๆ ดังนั้น หากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ให้การสนับสนุนทรัพยากรเหล่านี้ จะทำให้สามารถดำเนินการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพโภชนาการในเด็กยากจนได้อย่างต่อเนื่องมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยในอดีตที่พบว่ากระบวนการแก้ไขปัญหาสุขภาพโภชนาการส่วนใหญ่เน้นขาดความต่อเนื่องจริงจัง จึงไม่สามารถทำให้เกิดความตระหนักในปัญหาอย่างแท้จริงและไม่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระยะยาว

จากการวิเคราะห์พบว่า กระบวนการสื่อสารสุขภาพในชุมชนมีความสอดคล้องกับแบบจำลองการสื่อสารสุขภาพ (Health Communication Model: HCM) ซึ่งพัฒนาโดย Northouse and Northouse (1998) (as cited in Berry, 2007)) ที่ได้แสดงให้เห็นว่าในกระบวนการสื่อสารสุขภาพมีความสัมพันธ์ระหว่างผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ ผู้รับบริการและบุคคลอื่นที่มีความสัมพันธ์กับผู้รับบริการ โดยกระบวนการถ่ายทอดข่าวสารด้านสุขภาพมีลักษณะเป็นวงกลมเพื่อแสดงว่า การปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันเป็นมิติที่มีความเคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่องและไม่มีที่สิ้นสุด เพื่อส่งต่อข่าวสารระหว่างเครือข่ายของผู้ที่มีส่วนร่วมในกระบวนการ แต่โดยมีความแตกต่างกันไปตามบริบทที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจากผลการวิจัยสามารถนำแบบจำลองการสื่อสารสุขภาพ (Health Communication Model: HCM) มาอธิบายสถานการณ์การสื่อสารสุขภาพในปัจจุบันของชุมชนได้ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แบบจำลองการสื่อสารสุขภาพในการแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็กยากจนในถิ่นทุรกันดาร

การเริ่มต้นพัฒนาแผนงานจากการวิเคราะห์ข้อมูลของชุมชนดังที่ได้กล่าวไปนี้จะส่งผลดีต่อการพัฒนาแผนการสื่อสารในขั้นตอนต่อไป เนื่องจากเป็นการ “รู้ชุมชน” ตามแนวคิดการสื่อสารด้านสุขภาพในชุมชน ซึ่งประกอบไปด้วย การรู้สถานะสุขภาพของประชาชน รู้ศักยภาพทางการสื่อสารภายในชุมชน รู้ลักษณะของประชาชน รู้วัฒนธรรมโครงสร้างของประชาชน และรู้แหล่งทรัพยากร (Phuntulee & Wanitchanont, 2012)

**2. การพัฒนาแนวทางการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็กยากจนที่อาศัยอยู่ในถิ่นทุรกันดารและทดลองใช้:** ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยโดยการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม ผ่านการจัดประชุมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียโดยวางบทบาทให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียแต่ละกลุ่มแตกต่างกันไปตามแนวคิดการสื่อสารแบบมีส่วนร่วม ได้แก่ บทบาทการเป็นผู้บริหาร (ตัวแทนจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) บทบาทการเป็นผู้สื่อสาร (ตัวแทนจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตัวแทนผู้นำหมู่บ้าน ตัวแทนองค์การบริหารส่วนตำบล ตัวแทนโรงเรียนประจำหมู่บ้าน) และบทบาทการเป็นผู้รับสาร (ผู้ปกครองเด็ก/ผู้ดูแลเด็ก) ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้รายงานผลการวิเคราะห์สถานการณ์เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาแนวทางการสื่อสารครั้งนี้ ซึ่งผล

การพัฒนาแนวทางการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็ก มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

**การกำหนดวัตถุประสงค์ในการสื่อสาร:** ผู้เข้าร่วมประชุมมีความคิดเห็นว่า ควรดำเนินการสื่อสารเพื่อสร้างความตระหนักในผลกระทบอันเกิดจากภาวะทุพโภชนาการในเด็กให้แก่กลุ่มผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเด็ก เพื่อกระตุ้นให้ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเด็กเกิดพฤติกรรมการดูแลจัดเตรียมอาหารให้เด็กอย่างถูกต้องหลักโภชนาการ และเพื่อให้เด็กมีความรู้และทัศนคติที่ดีต่อการรับประทานอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ โดยกลุ่มเป้าหมายในการสื่อสารครั้งนี้มี 2 กลุ่ม คือ 1. กลุ่มผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเด็ก เนื่องจากเป็นผู้ที่มีบทบาทในการจัดเตรียมอาหารให้แก่เด็ก และ 2. กลุ่มเด็กวัยอนุบาลอายุ 3-5 ปี เนื่องจากเป็นกลุ่มที่อยู่ในช่วงอายุที่สอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ (อายุ 0-5 ปี) อีกทั้งอยู่ในวัยที่สามารถสื่อสารได้ และเริ่มเลือกซื้ออาหารเองได้ โดยการกำหนดวัตถุประสงค์ดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิด KAP คือ การสร้างความรู้ (knowledge) ให้เกิดขึ้นกับผู้รับสาร เพื่อก่อให้เกิดทัศนคติ (attitude) และพฤติกรรม (practice) ที่เหมาะสมต่อไป (Sotanasathien, 1990)

**การกำหนดกลยุทธ์การสื่อสาร:** ผู้เข้าร่วมประชุมได้นำเสนอแนวทางการสื่อสารโดยแบ่งออกเป็นประเด็นกลยุทธ์การออกแบบสาร และกลยุทธ์การใช้สื่อที่มีความ

เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายทั้ง 2 กลุ่ม โดยผู้เข้าร่วมประชุมให้ความเห็นว่า สารควรมุ่งเน้นเนื้อหาที่แสดงให้เห็นถึงผลกระทบที่เกิดจากปัญหาทุพโภชนาการ เพื่อให้เกิดความกลัวจากผลกระทบที่เกิดขึ้น ควบคู่ไปกับการให้ความรู้เรื่องการรับประทานอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ และควรเป็นความรู้ที่กลุ่มเป้าหมายสามารถนำไปปฏิบัติได้ทันที ทั้งนี้ การนำเสนอเนื้อหาควรเข้าใจง่าย ไม่ใช้ภาษาที่เป็นทางการ/วิชาการ ใช้ภาษาถิ่น โดยการใช้ความกลัวเป็นสิ่งดึงดูด (fear appeal) นี้ Smithikrai (2018) อธิบายว่า สิ่งดึงดูดใจจะได้ผลดีเมื่อสารนั้นก่อให้เกิดความกลัวในระดับปานกลาง และมีการนำเสนอทางออกของการแก้ไขปัญหาด้วย นอกจากนี้ การพัฒนาแนวทางการสื่อสารในครั้งนี้อาจสอดคล้องกับแนวคิดการสื่อสารสุขภาพแบบ “สร้างนำซ่อม” โดยเป็นการสื่อสารเพื่อสร้างความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพก่อนเกิดปัญหา

นอกจากการให้ความรู้เรื่องโรคแล้ว ยังควรให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสม โดยการใช้เนื้อหาที่เข้าใจได้ง่าย ใช้ภาษาถิ่นและนำไปปฏิบัติได้ทันที ซึ่งเป็นการสร้างคุณค่าใหม่ให้กับเรื่องสุขภาพ สำหรับการใช้สื่อ ผู้ร่วมประชุมให้ความเห็นว่า สื่อบุคคลเป็นสื่อที่มีประสิทธิภาพสูงสุดสำหรับการสื่อสารในชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคคลที่มีความน่าเชื่อถือในประเด็นสุขภาพ เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และครูในโรงเรียนประจำชุมชน เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับคุณลักษณะของผู้ส่งสารที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับและการเปลี่ยนแปลงทัศนคติได้ดี ดังที่ Solomon (2009) ได้ระบุว่าต้องมีคุณลักษณะที่สำคัญคือ ความน่าเชื่อถือ (credibility) เช่น การที่ผู้รับสารรับรู้ว่าคุณส่งสารมีความเชี่ยวชาญ น่าไว้วางใจ และความดึงดูดใจ (attractiveness) เช่น การที่ผู้รับสารรับรู้ว่าคุณส่งสารมีคุณค่า น่านิยมยกย่อง นอกจากนี้ สื่อในชุมชนที่มีความเหมาะสมประกอบไปด้วย หอกระจายเสียงในหมู่บ้าน แผ่นพับหรือสื่อที่แจกแต่ละครัวเรือน สื่อการเรียนการสอนที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายที่เป็นเด็ก รวมไปถึงการจัดกิจกรรมที่มีการมอบรางวัลเพื่อกระตุ้นให้เกิดการเข้าร่วม และในรายละเอียดของการดำเนินกิจกรรมควรมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน และออกแบบ

กิจกรรมให้มีความแตกต่างกันไปตามกลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มผู้ปกครองและกลุ่มเด็ก

นอกจากนี้ ในส่วนของช่วงเวลาและสถานที่ในการดำเนินกิจกรรม ผู้เข้าร่วมประชุมมีความคิดเห็นว่า ควรเป็นช่วงฤดูฝน เนื่องจากผู้ปกครองส่วนใหญ่ไม่ได้ไปรับจ้างต่างถิ่น สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ โดยผู้เข้าร่วมประชุมได้เสนอว่า หากมีการสื่อสารเป็นประจำจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ดั่งลงพื้นที่เป็นประจำ ร่วมกับการสื่อสารให้ความรู้จากผู้นำชุมชนผ่านสื่อหอกระจายเสียงอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้การสื่อสารเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งผลการวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่พบว่า สื่อหอกระจายเสียงเป็นสื่อที่มีศักยภาพในการสื่อสารประเด็นสุขภาพในชุมชนได้เป็นอย่างดี ทั้งในพื้นที่ประเทศไทยและในประเทศเพื่อนบ้านที่มีลักษณะของชุมชนใกล้เคียงกัน ดังเช่นผลการวิจัยของ Mbuya, Calleja, Morimoto, and Thitsy (2020) ซึ่งพบว่า สื่อที่มีประสิทธิภาพสูงที่สุดทั้งในแง่ความครอบคลุมและความน่าเชื่อถือในชุมชนที่เกิดปัญหาทุพโภชนาการในเด็ก ประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว คือ สื่อหอกระจายเสียง/เสียงตามสายในหมู่บ้าน อย่างไรก็ตาม ถึงแม้หอกระจายเสียงเป็นสื่อที่ชุมชนคุ้นเคยเป็นอย่างดี มีต้นทุนที่ต่ำ และมีความสามารถเข้าถึงคนในชุมชนเป็นอย่างดี แต่คนในชุมชนก็ยังมองว่าหอกระจายเสียงเป็นสื่อของผู้นำหรือผู้ใหญ่บ้านมากกว่าเป็นสื่อที่ตนเองที่มีสิทธิใช้ได้ (Burarak, 2012) จึงอาจส่งผลต่อการรับรู้ว่าเป็นสื่อสำหรับการสื่อสารทางเดียวเท่านั้น

นอกจากสื่อบุคคลและสื่อหอกระจายเสียงแล้ว จากการวิจัยพบว่า สื่อที่มีความเหมาะสมในการสื่อสารสุขภาพในชุมชน คือ สื่อกิจกรรมหรือสื่อเฉพาะกิจ ที่เปิดโอกาสให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการสื่อสาร ซึ่งผลการวิจัยของ Silawanno (2007) ได้อธิบายว่า การเปิดโอกาสให้ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเด็กได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมการสื่อสารนั้น ทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจในสภาวะปัญหาทุพโภชนาการ รวมทั้งตระหนักถึงความสำคัญของการเลี้ยงดูบุตรและเรียนรู้ที่จะมีส่วนร่วมในการป้องกันภาวะทุพโภชนาการ อย่างไรก็ตาม ความน่าสนใจของผลการวิจัยที่พบในครั้งนี้ คือ การจัดกิจกรรมเฉพาะกิจนั้นควรจัดขึ้นในฤดูฝน เนื่องจากเป็นฤดูกาลที่ผู้ปกครอง/ผู้ดูแล

เด็กอาศัยอยู่ในชุมชน ไม่ย้ายถิ่นฐานไปทำงานต่างถิ่น ส่งผลให้สามารถเข้าร่วมกิจกรรมที่จัดขึ้นได้ ซึ่งหากจัดกิจกรรมการสื่อสารนอกฤดูกาลดังกล่าวอาจเกิดการสูญเสียได้

สื่อที่ได้กล่าวมาข้างต้นนี้ล้วนเป็นสื่อชุมชนที่ชาวบ้านคุ้นเคย และเอื้ออำนวยให้ชาวบ้านเข้าร่วมได้ง่ายกว่าสื่อใหม่ที่ไม่คุ้นเคย ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายขั้นพื้นฐานของสื่อชุมชน คือ การจัดการข่าวสารหรือความรู้ที่ตอบสนองความต้องการของชุมชน รวมทั้งเปิดโอกาสให้สมาชิกชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการสื่อสารของชุมชน เพื่อพัฒนาชุมชน นอกจากนี้ จากปัจจัยความยากจนและการเป็นผู้สูงวัยของผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเด็ก ส่งผลให้อยู่ในสถานะความเหลื่อมล้ำทางดิจิทัล (digital divide) กล่าวคือ ไม่มีอุปกรณ์สำหรับเปิดรับข้อมูลข่าวสารจากสื่อดิจิทัล ไม่สามารถเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ต รวมไปถึงไม่มีความคล่องตัวในการใช้งานสื่อดิจิทัล ซึ่งข้อจำกัดดังกล่าวสอดคล้องกับข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติที่ระบุว่า ครีวเรือนไทยเพียงร้อยละ 68.00 เท่านั้นที่สามารถเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ต (The Momentum, 2021)

ผลการวิจัยในประเด็นการใช้สื่อในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยในอดีตที่พบว่า แขนงชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จะทำหน้าที่หลักในการให้ข้อมูลกับประชาชนในประเด็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ผ่านช่องทางที่ประชาชนเข้าถึงได้ง่ายและสะดวก ได้แก่ การประชุม หอกระจายเสียง และสื่อบุคคล (Tuekkhew, 2016) ทั้งนี้ สื่อบุคคลควรมีคุณสมบัติของนักสื่อสารสุขภาพดังที่ผลการวิจัยของ Siricharoen (2012) พบว่า คุณสมบัติของผู้ที่เหมาะสมจะเข้ามาทำหน้าที่นักสื่อสารสุขภาพ ประกอบไปด้วย 1) มีทักษะในการสื่อสาร (communication skills) ทั้งในรูปแบบวัจนภาษาและอวัจนภาษา 2) มีพื้นฐานความรู้ความเข้าใจในด้านการสื่อสารเชิงบูรณาการ (integrated communication) โดยใช้เครื่องมือการสื่อสารหลากหลาย ซึ่งจากผลการวิจัยข้างต้นพบว่า ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องไม่มีการใช้เครื่องมือการสื่อสารอื่นควบคู่กับสื่อบุคคล และ 3) มีจิตใจในการให้บริการ (service mind) สามารถรับมือกับปัญหาสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายได้ โดยสื่อบุคคลดังกล่าวควรเป็นผู้ที่มีความน่าเชื่อถือเพื่อให้

เกิดประสิทธิภาพด้านการโน้มน้าวใจอีกด้วย (Kukkong, Iamnirun, Thongprayoon, & Boonsiripan, 2014)

นอกจากนี้ Kumnoonwat, Samphaengoen, and Siwapomchai (2007) ได้อธิบายว่า การสื่อสารสุขภาพในท้องถิ่นให้ประสบความสำเร็จนั้น ประกอบด้วย 1. การสื่อสารแบบให้คนในท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วม (community participation in communication) เป็นเรื่องสำคัญ 2. ควรคำนึงถึงความสำคัญของข้อมูล และ 3. แหล่งข้อมูลท้องถิ่น (local content/ resource) โดยความเข้าใจใน 3 ประการนี้เป็นความจำเป็นและลักษณะเด่นของการสื่อสารชุมชน ซึ่งทำให้การสื่อสารชุมชนมีความแตกต่างจากการสื่อสารทั่วไป เพื่อให้เกิดการสื่อสารสุขภาพที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชน

**การกำหนดแนวทางการประเมินผล:** ผู้เข้าร่วมประชุมให้ความเห็นว่า ควรระบุตัวชี้วัดความสำเร็จเป็นการเกิดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบอันเกิดจากภาวะทุพโภชนาการในเด็ก โดยสามารถประเมินได้จากการทดสอบความรู้และความเข้าใจเปรียบเทียบระหว่างความรู้ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม ทั้งนี้ ควรบูรณาการการประเมินเข้าร่วมกับการดำเนินกิจกรรมในรูปแบบของกิจกรรมร่วมสนุก นอกจากนี้ ยังสามารถประเมินความตั้งใจที่จะดูแลจัดเตรียมอาหารให้เด็กอย่างถูกหลักโภชนาการ ได้จากการสอบถามผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเด็ก หลังจากจบกิจกรรมและการสอบถามในระหว่างการลงพื้นที่ตรวจสุขภาพแต่ละครัวเรือนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านว่ามีพฤติกรรมตามที่ตั้งใจหรือไม่ แต่อย่างไรก็ตาม ผู้เข้าร่วมประชุมให้ข้อคิดเห็นว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นสิ่งที่อาจไม่สามารถวัดผลได้ทันทีในระยะสั้น รวมถึงวัดผลได้ค่อนข้างยากเนื่องจากเป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในแต่ละครัวเรือน และอาจมีปัจจัยอื่นที่เข้ามามีอิทธิพลให้ไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัจจัยเรื่องรายได้ของผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเด็ก และในการประเมินผลที่เกิดขึ้นกับเด็กในชุมชน สามารถประเมินได้จากการทดสอบความรู้หลังการเข้าร่วมกิจกรรมหรือระหว่างการทำกิจกรรม โดยเป็นข้อคำถามที่สอดคล้องกับระดับอายุของเด็ก

จากนั้นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้ดำเนินการทดลองนำแผนงานมาทดลองใช้งานจริงและพบว่า ผู้มีส่วนได้-

ส่วนเสียส่วนใหญ่มีแนวโน้มที่ดีในการให้ความร่วมมือกับการดำเนินโครงการสื่อสารสุขภาพในชุมชน และยินดีที่จะเข้าร่วมการทำสนทนากลุ่มเพื่อให้ข้อเสนอแนะต่อการจัดทำข้อเสนอแนะในการนำต้นแบบการสื่อสาร เพื่อแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็กยากจนไปประยุกต์ใช้ในขั้นตอนต่อไป

**3. ความเหมาะสมและการยอมรับแนวทางการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็กยากจนที่อาศัยอยู่ในถิ่นทุรกันดาร** ผู้วิจัยได้นำข้อมูลโครงร่างรูปแบบการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็กยากจนในถิ่นทุรกันดารที่ได้พัฒนามาจากผลการดำเนินการในขั้นตอนก่อนหน้านี้ มาใช้ในการดำเนินการสนทนากลุ่มกับตัวแทนที่เข้าร่วมในโครงการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็ก เนื่องจากเป็นผู้ที่ได้มีส่วนร่วมตามกระบวนการอย่างครบถ้วน โดยประเด็นในการศึกษาความเหมาะสมในครั้งนี้ ประกอบไปด้วย ความเหมาะสมของการระบุกลุ่มเป้าหมาย วัตถุประสงค์การสื่อสาร การออกแบบสาร การใช้สื่อ และการประเมินผล รวมไปถึงแนวทางการต่อยอดเพื่อให้เกิดความยั่งยืนของการพัฒนาและข้อเสนอแนะอื่นๆ สำหรับการปรับปรุงแผนงานรูปแบบการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็กยากจนในถิ่นทุรกันดาร ผลการสนทนากลุ่มมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

จากการสนทนากลุ่มพบว่า ผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มเห็นด้วยกับการกำหนดกลุ่มเป้าหมายในการสื่อสารครั้งนี้ เนื่องจากเป็นกลุ่มเป้าหมายที่แท้จริงและมีการแบ่งกลุ่มย่อยเพื่อส่งสารเฉพาะที่เหมาะสมกับกลุ่ม โดยการตั้งกลุ่มผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเด็กเป็นกลุ่มเป้าหมายหลักนั้น ผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มมีความเห็นว่ามีเหมาะสมเป็นอย่างมาก เนื่องจากเป็นผู้ที่มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลจัดเตรียมอาหารให้แก่เด็กในการป้อนโดยตรง รวมถึงมีผลต่อการหล่อหลอมพฤติกรรม การรับประทานอาหารให้แก่เด็กในการดูแลของตน และเห็นด้วยกับการตั้งกลุ่มเป้าหมายรองเป็นเด็กอายุ 3-5 ปี เนื่องจากเป็นเด็กที่ได้เข้าเรียนในระดับปฐมวัยแล้วสามารถเข้าร่วมกิจกรรมที่ดำเนินการโดยโรงเรียนได้อย่างสะดวก และเป็นกลุ่มที่สามารถกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ได้โดยไมยากนัก

ในประเด็นการระบุวัตถุประสงค์ในแผนงานการสื่อสาร ผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มเห็นด้วยว่า ควรเน้นถึงการกระตุ้นให้เห็นโทษจากการไม่ปฏิบัติตามแนวทางการกินอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ เนื่องจากผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเด็ก ย่อมไม่ต้องการให้เกิดผลลัพธ์เชิงลบกับบุตรหลานของตน จึงมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามแนวทางการกินอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ อีกทั้งเห็นด้วยกับวัตถุประสงค์การให้ความรู้และสร้างทัศนคติที่ดีต่อการรับประทานอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการให้แก่เด็ก เนื่องจากเป็นการสร้างความรู้พื้นฐานให้เด็กเกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อไปในอนาคต

ในประเด็นการออกแบบสาร ผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มได้ให้ความเห็นว่าสารควรมีความง่าย ไม่ซับซ้อน เห็นภาพชัดเจน อีกทั้งมีความน่าสนใจ เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย ด้านสื่อผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มเห็นด้วยกับการใช้สื่อบุคคลเป็นสื่อหลักในการสื่อสารเนื่องจากสามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้อย่างแท้จริง และสามารถโน้มน้าวให้กลุ่มเป้าหมายเกิดพฤติกรรมที่ต้องการได้ รวมทั้งสื่อกิจกรรมที่สามารถเรียกความสนใจแก่กลุ่มเป้าหมายได้ดี อีกทั้งเห็นด้วยกับการมีสื่อเสริม เช่น หอกระจายเสียง และ/หรือใบปลิว เพื่อให้การสื่อสารมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น แต่อย่างไรก็ตาม หากเปลี่ยนจากใบปลิวเป็นสิ่งที่ใช้งานได้ไม่สูญเปล่า เช่น ปฏิทินแขวน จะทำให้สื่อสิ่งพิมพ์อยู่ได้นานมากยิ่งขึ้น

สำหรับการประเมินผลแบบก่อนร่วมกิจกรรมและหลังร่วมกิจกรรมเพื่อวัดความรู้และความเข้าใจในกลุ่มเป้าหมายนั้นเป็นสิ่งที่เห็นผลชัดเจน แต่อย่างไรก็ตาม ผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มเห็นว่าสิ่งที่ควรเพิ่มเติม คือในการประเมินผลควรมีการระบุให้ชัดเจนว่าปัจจัยใดที่ส่งผลทางบวก และปัจจัยใดที่ส่งผลทางลบ เพื่อนำไปพิจารณาปรับปรุงแก้ไขต่อไป ทั้งนี้ Kasemsuk (2018) ได้อธิบายว่า การประเมินความสำเร็จของกระบวนการมีส่วนร่วม ต้องประเมินจากความรู้สึกของการเป็นเจ้าของชุมชน (sense of community) และเป็นเจ้าของกระบวนการและการทำงานร่วมกันมากกว่าความสำเร็จของผลลัพธ์กระบวนการ

จากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่า การสื่อสารสุขภาพในชุมชนจะดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพได้ ต้องอาศัย

การมีส่วนร่วมของคนในชุมชน ผู้นำชุมชน อาสาสมัคร สาธารณสุข โดยมีแกนหลักในการขับเคลื่อนกระตุ้นพลังของชุมชนผ่านการสื่อสารกับคนในชุมชนอย่างมีระบบ กระตุ้นการมีส่วนร่วมในการสื่อสารทั้งในระดับผู้รับสารระดับผู้ส่งสาร และระดับบริหารงาน นอกจากนี้ การเปิดโอกาสให้คนของชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาการสื่อสาร นับเป็นการพัฒนาภูมิปัญญาเดิมของท้องถิ่นให้สอดคล้องกับความรู้ใหม่ ทำให้ความรู้ทั้งสองส่วนมีพัฒนาการอย่างต่อเนื่องนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของชุมชน

**สำหรับแนวทางการต่อยอดเพื่อให้เกิดความยั่งยืนของการพัฒนาและข้อเสนอแนะอื่นๆ** ผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มให้ความเห็นว่า ควรมีการสื่อสารอย่างสม่ำเสมอ ขยายความครอบคลุมให้ทั่วถึงทั้งตำบล สร้างกลุ่มกิจกรรมสำหรับแก้ไขปัญหาสุขภาพโภชนาการในเด็กโดยตรง และขยายไปยังกลุ่มต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ชมรมผู้สูงอายุประจำชุมชนเนื่องจากมีบทบาทเป็นผู้ดูแลบุตรหลานในครัวเรือน เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเครือข่ายการสื่อสารชุมชนทุ่งขวาง จ.ชลบุรี โดย Hinwiman, Louiyapong, and Isaradej (2004) ที่พบว่า การที่ชุมชนสามารถดำรงอยู่ได้อย่างเข้มแข็งนั้นส่วนหนึ่งมาจากการที่ชุมชนมีเครือข่ายการสื่อสารที่เข้มแข็งที่ต่างพากันประสานการทำงานไปด้วยกัน ทำให้สามารถจัดการข้อมูลข่าวสารภายในและภายนอกชุมชนได้อย่างดี และควรมีการเพิ่มบทบาทของผู้นำชุมชนในการเป็นเครือข่ายด้านสุขภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งงานวิจัยในอดีตได้พบว่า ในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาภาวะทุพโภชนาการของเด็กให้สำเร็จและยั่งยืนขึ้นอยู่กับผู้นำชุมชน นายกองค์การบริหารส่วนตำบล และปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลที่จะผลักดันให้เกิดเครือข่ายที่แข็งแกร่งต่อไป (Sowapasn, 2005) โดยเครือข่ายภาคีสุขภาพนี้ลักษณะความสัมพันธ์เป็นความสัมพันธ์ในแนวนอน (horizontal) เน้นกระบวนการมีส่วนร่วมในการทำงานเป็นทีม

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียยังให้ข้อเสนอว่า เพื่อให้ปัญหาทุพโภชนาการในเด็กหมดไป ควรมีการแก้ไขปัญหาจากต้นทาง อาทิ การจัดกิจกรรมที่สร้างความตระหนักถึงการตั้งครรภ์ไม่พร้อมให้แก่เยาวชนในหมู่บ้าน การให้ความรู้เรื่องการวางแผนครอบครัว การกระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์เห็นความสำคัญของการฝากครรภ์ตามเกณฑ์

ที่กำหนด รวมถึงการจัดกิจกรรมเยี่ยมหลังคลอดจากผู้ที่มีความรู้เรื่องโภชนาการที่เหมาะสมสำหรับแม่และบุตร เป็นต้น อันจะนำไปสู่การแก้ไขปัญหาที่ยั่งยืน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยในอดีตที่พบว่า ในบางชุมชนมีความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์/มารดาที่เพิ่งคลอดบุตร เช่น หญิงหลังคลอดบุตรไม่ควรรับประทานไข่เพราะจะทำให้ลูกไม่สบาย เด็กเล็กไม่ควรรับประทานไก่เพราะจะทำให้เกิดพยาธิ เป็นต้น

ในการให้ความรู้นี้ Parimanon et al. (2018) ให้ข้อเสนอแนะว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรเผื่อระวังปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่จะก่อให้เกิดภาวะทุพโภชนาการในเด็ก เช่น การจัดกิจกรรมหรือโครงการที่สร้างความตระหนักถึงการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น การให้บริการวางแผนครอบครัวที่มีความครอบคลุม การส่งเสริมให้มารดาเข้ารับบริการฝากครรภ์ตามเกณฑ์ รวมถึงกระบวนการเยี่ยมหลังคลอดที่เพิ่มประสิทธิภาพในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร การเลี้ยงดูบุตรอย่างถูกวิธี และมีการให้ความรู้ในเรื่องของสุขลักษณะและสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและรอบบริเวณบ้านเพื่อเป็นการดูแลสุขภาพของมารดาและทารกอย่างเป็นองค์รวม โดยจากงานวิจัยครั้งนี้สามารถสรุปแนวทางการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็กยากจนในถิ่นทุรกันดารดังภาพที่ 3 อย่างไรก็ตามแนวทางดังกล่าวเป็นเพียงข้อเสนอแนะในการนำไปประยุกต์ใช้ โดยแต่ละชุมชนสามารถปรับใช้ได้ตามความเหมาะสมกับมิติของคน มิติของความรู้ และมิติของทรัพยากรเพื่อให้เกิดการจัดการความรู้ด้านสุขภาพด้วยตัวของชุมชนเอง อันเป็นการส่งเสริมศักยภาพในการเสริมสร้างสุขภาพและแก้ปัญหาสุขภาพของชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพต่อไปในอนาคต

## 1. การวิเคราะห์สถานการณ์

|                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>จุดแข็ง</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เจ้าหน้าที่ รพ.สต. อสม. และครูในชุมชน (สื่อบุคคล) ทำหน้าที่ในการสื่อสารประเด็นสุขภาพได้ดี (เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย และมีความยืดหยุ่น)</li> <li>- สื่อหออกระจ่ายเสียงสามารถเข้าถึงคนในชุมชนได้อย่างครอบคลุมและไม่มีค่าใช้จ่าย</li> </ul> | <b>จุดอ่อน</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ปกครองต้องทำงานหาเลี้ยงชีพทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมให้ความรู้ต่างๆ ได้</li> <li>- ผู้เลี้ยงดูเด็กส่วนใหญ่ไม่มีความรู้ทางโภชนาการเพียงพอ</li> <li>- นักเรียนบางส่วนต้องติดตามผู้ปกครองไปทำงานรับจ้างทำให้ขาดความรู้เรื่องโภชนาการ</li> </ul> |
| <b>โอกาส</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- หน่วยงานภาครัฐให้ทุนสนับสนุนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในโอกาสพิเศษต่างๆ</li> </ul>                                                                                                                                                          | <b>อุปสรรค</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ขาดแหล่งทุนสนับสนุนการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง</li> </ul>                                                                                                                                                                            |

## 2. กลุ่มเป้าหมายในการสื่อสาร

- ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเด็กที่มีบุตรหลานวัยแรกเกิด-5 ปี
- เด็กระดับปฐมวัย อายุ 3-5 ปี

## 3. วัตถุประสงค์ในการสื่อสาร

- เพื่อสร้างความตระหนักในผลกระทบอันเกิดจากภาวะทุพโภชนาการในเด็กให้แก่กลุ่มผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเด็ก
- เพื่อกระตุ้นให้ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเด็กเกิดพฤติกรรมการดูแลจัดเตรียมอาหารให้เด็กอย่างถูกหลักโภชนาการ
- เพื่อให้เด็กมีความรู้และทัศนคติที่ดีต่อการรับประทานอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ

## 4. การออกแบบ

- สารแสดงถึงผลกระทบจากภาวะทุพโภชนาการ
- สารให้ความรู้เรื่องการเตรียมอาหารและการรับประทานอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ

เข้าใจง่าย

นำไปปฏิบัติได้

ใช้ภาษาถิ่น

## 5. การใช้สื่อ

- สื่อบุคคล (เจ้าหน้าที่รพ.สต./อสม./ครู)
- สื่อกิจกรรม
- สื่อหออกระจ่ายเสียง
- สื่อสิ่งพิมพ์

ใช้สื่อ

ผสมผสาน

เน้นการสื่อสารสองทาง

และมีส่วนร่วม

## 6. การประเมินผลการสื่อสาร

- การทดสอบความรู้ในผลกระทบของภาวะทุพโภชนาการของผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเด็กเปรียบเทียบก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม
- การสอบถามผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเด็กเกี่ยวกับพฤติกรรมการจัดเตรียมอาหารในระหว่างการลงพื้นที่ตรวจสุขภาพแต่ละครัวเรือน
- การทดสอบความรู้เกี่ยวกับโภชนาการหลังการเข้าร่วมกิจกรรมหรือระหว่างการทำกิจกรรม

## 7. การต่อยอดอย่างยั่งยืน

- การสื่อสารอย่างสม่ำเสมอ
- การขยายพื้นที่ในการสื่อสารให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายมากยิ่งขึ้น
- การขยายเครือข่ายความร่วมมือในชุมชน

ภาพที่ 3 แนวทางการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็กยากจนในถิ่นทุรกันดาร

### ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1. ผลการวิจัยพบว่า การสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหามหาพิษภัยในการในเด็กยากจนนั้น ควรกำหนดสารที่ใช้จุดดึงดูดใจด้านเหตุผลควบคู่กับด้านอารมณ์ และสารควรมีความง่าย ใช้ภาษาถิ่น และนำไปปฏิบัติได้จริง ในส่วนของสื่อควรมีการใช้สื่อแบบผสมผสานทั้งสื่อบุคคลที่มีความน่าเชื่อถือในประเด็นสุขภาพ และสื่อในชุมชนที่สามารถเข้าถึงคนในชุมชนอย่างแท้จริง โดยการสื่อสารควรคำนึงถึงการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน

2. ผลการวิจัยพบว่า การสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหามหาพิษภัยในการในเด็กยากจนจะเกิดความยั่งยืนได้นั้น แต่ละชุมชนควรผลักดันให้เกิดการสนับสนุนงานสื่อสารสุขภาพในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อันเป็นการสร้างเครือข่ายที่เข้มแข็งเพื่อให้เกิดการสื่อสารสุขภาพในชุมชนอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

3. งานวิจัยในครั้งนี้ได้ดำเนินการศึกษาเฉพาะเด็กที่มีภาวะพิษภัยในการเท่านั้น แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สถานการณ์ภาวะพิษภัยในการในเด็กเป็นอีกหนึ่งปัญหาที่ควรได้รับการแก้ไขโดยด่วน ดังนั้น ควรมีการวิจัยเพื่อศึกษาแนวทางการสื่อสารสุขภาพเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

### บรรณานุกรม

- Berry, D. (2007). *Health communication: Theory and practice*. Maidenhead: Open University Press.
- Burarak, P. (2012). *Thōrathat thōngthin: sū yai thī yū dai phrō khwāmraḥ khōng khon nai sū thī chai khōng khrai thī chōp* [Local televisions: Alive big medium because of love of small people in the preferable medium of those who prefer]. Bangkok: Parb Pim.
- Dilokthanakul, A. (1997). *Kānphatthana rābop kāndulāe sukkhaphāp ton ēng nai chumchon* [The development of self-care in communities] (Master's thesis, Chiang Mai University).

Domdok, P. (2017). *Kānsūsān bāp mī sūān rūām khōng khōngkān māe chāem mōdēn 'amphāe māe chāem chāngwat Chiāng Mai* [Participatory communication of Mae Jam model project, Mae Jam district, Chiang Mai province] (Master's thesis, Chiang Mai University).

Hinwiman, S., Louiyapong, K., & Isaradej, T. (2004). *Khrūākhaī kānsūsān kap sakkayaphāp kān damrong yū khōng chumchon suksā kōrānī tambon thung khwāng 'amphōe phanat nikhom chāngwat Chon Buri* [Communication network and efficiency of community existence: A case study of Tung Kwang ubdistrict Phanat Nikhom district, Chon Buri province]. Retrieved December 12, 2018, from [https://elibrary.trf.or.th/project\\_content.asp?PJID=RDG4540014](https://elibrary.trf.or.th/project_content.asp?PJID=RDG4540014)

Kaewthep, K. (2005). *Kāo tō pai khōng kānsūsān phūā kānphatthana chumchon* [The next steps of communication for community development]. Bangkok: Zeno Design.

Kaewthep, K., Louiyapong, K., Supasa, R., & Polnigongit, V. (2000). *Sū phūā chumchon: Kān pramūān 'ongkhwaṁru* [Media for communities: Knowledge processing]. Bangkok: The Thailand Research Fund.

Kasemsuk, C. (2018). *Nāēkhīt kānmī sūānrūām khōng prachāchon phūā kānphatthana chumchon thī yangyūn* [Public participation approach for sustainable community development]. *Academic Journal of Humanities and Social Sciences Burapha University*, 26(50), 169-186.

- Khopolklang, N., & Gunpai, K. (2010). *Ngānwichai dān kānsūsān sukkhaphāp: Konkai nai kānphatthana sangkhom* [Research on health communication: Social development mechanism] (Master's thesis, Chulalongkorn University).
- Kukkong, P., Iamnirun, T., Thongprayoon, C., & Boonsiripan, M. (2014). Samatthana dān kānsūsān sukkhaphāp khōng 'āsāsamak sāthāranasuk changwat Khōn Kān [Health communication competency of village health volunteers in Khon Kean province]. *The Golden Teak: Humanity and Social Science Journal*, 21(2), 187-197.
- Kumnoonwat, D., Samphaongoen, N., & Siwapomchai, S. (2007). *Kānsūsān sukkhaphāp thōngthin: Næokhit kāndamnæn ngān læ kān khayāi phon* [Local health communication: The concept, implementation, and exploitation]. Bangkok: Health Systems Research Institute and Thai Health Promotion Foundation.
- Louiyapong, K. (2014). *Thritsadi kānsūsān chumchon nai pratyā nithetsāt læ thritsadi kānsūsān nuāi thī hok - sip*. [The theory of community communication in philosophy of communication arts and communication theory unit 6-10]. Bangkok: Sukhothai Thammathirat Open University Printing House.
- Mbuya, N. V. N., Calleja, R., Morimoto, T., & Thitsy, S. (2020). Media and messages for nutrition and health: Assessing media appropriateness for nutrition and health-related social and behavior change communication in four high stunting-burden provinces of Lao PDR. Retrieved December 11, 2020, from <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/34363>
- National Statistical Office. (2016). *Kānsamruāt sathānakān deklæsatri nai prathet Thai* [The survey on situations of children and women in Thailand]. Retrieved May, 11, 2018, from <https://www.unicef.org/thailand/th/reports/>
- Nguyen, N. H., & Sin, K. (2008). Nutritional status and the characteristics related to malnutrition in children under five years of age in Nghean, Vietnam. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 41(4), 232-240.
- Parimanon, C., Chaimay, B., & Woradet, S. (2018). Phāwa phōchanākān læ patchai thī mī khwāmsamphan to phāwa phōchanākān nai dek 'āyu tamkwā hā pi: Kān thophthuan wannakam [Nutritional status and factors associated with nutritional status among children aged under 5 years: Literature review]. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 5(1), 329-342.
- Phuntulee, S., & Wanitchanont, W. (2012). *Kānwichai læ phatthanākān sūsān sukkhaphāp nai radap thōngthin doi chai krabūānkān mī sūān rūām phūā soēmsāng suk phāwa khōng prachāchon chumchon mæ sai changwat phræ* [The research and development of health communication in local community by using participatory action process to promote holistic health of Mae-Sai community's population, Phrae province]. Retrieved December 12, 2018, from [http://webpac.library.mju.ac.th:8080/mm/fulltext/research/2556/Siriporn\\_Phuntulee\\_2555](http://webpac.library.mju.ac.th:8080/mm/fulltext/research/2556/Siriporn_Phuntulee_2555)

- Poomriew, R. (2005). *Tritsatī læ mō de lakān prayuk chai nai ngān sukkhasuksā læ phruttikam sāt* [The theory and the model of application in health education and behavioral science]. Bangkok: Faculty of Public Health, Mahidol University.
- Sangsawang, J., Chukumnird, S., Chupradit, P., Binthaprasitthi, S., & Wattanasart, T. (2017). Kānphatthana rūpbæp kānbōrihān chatkān dān ‘āhān læ phōchanākān doī chai nāethāng ‘āhān khōng mæ nai dekkōn wai rīan sūn suksā dekkōn wai rīan witthayalai phayabān bōrom rāt chonnanī Songkhla [Development of food and nutritional management model for preschool children based on mother’s food guideline: A participatory action research]. *Journal of Boromarajonani College of Nursing*, 33(2), 146-158.
- Sharghi, A., Kamran, A., & Faridan, M. (2011). Evaluating risk factors for protein-energy malnutrition in children under the age of six years: A case-control study from Iran. *International Journal of General Medicine*, 4, 607-611.
- Silawanno, P. (2007). *Kānmi sūanruām khōng phupokkhrōng nai kān pōngkan panhā phāwa thupphōchanākān khōng nakriān pakāke ayō rōngriān bānhawa yakung chāngwat Mæ Hōng Sōn* [Participation of parents in malnutrition problem prevention of students at Pgakenyor, Ban Huay Kung School, Mae Hong Son province] (Master’s thesis, Chiang Mai University).
- Siricharoen, N. (2012). Kānsūsān sukkhaphāp kap chumchon khon Phatthalung [Health communication with Phatthalung people’s communities]. In *Kān prachum wichākān pracham pī sōngphanhārōihasiphā rūang state of the art in global health* [National conference of state of the art in global health] (pp.1-7). Nakhon Ratchasima: Suranaree University of Technology.
- Smithikrai, C. (2018). *Phruttikam phubōriphōk* [Consumer behavior]. Bangkok: Chulalongkorn University Press.
- Solomon, M. (2009). *Consumer behavior: Buying, having, and being* (8th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.
- Sotanasathien, S. (1990). *Kānsūsān kap sangkhom* [Communication with the society]. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House.
- Sowapasn, J. (2005). *Kānphatthana botbāt khōng ‘ōngkān bōrihānsūan tambon læ chumchon nai kānkækhai panhā phāwa thupphōchanākān khōng nakriān prathom suksā nai tambon nōn sāt ‘amphæ nōng rūa chāngwat Khōn Kæn* [The development roles of tambon administration organization and community to solve malnutrition problem of primary school students in tambon Non Sa-at, Nongrua district, Khon Kaen province] (Master’s thesis, Khon Kaen University).
- Sthapitanonda, P. (2003). *Kānsūsān sukkhaphāp : sakkayaphāp khōng sūmūanchon nai kānsāng sœm sukkhaphāp* [Health communication: The efficiency of mass media for health promotion]. Bangkok: Parbpim.

- Sutthinarakorn, W. (2013). *Kānwichai chœng patibatkān: Kānwichai phūa sērīphāp læ kān sansāng* [Action research: Research for freedom and creativity]. Bangkok: Siamparitut Publishing.
- The Momentum. (2021). Rat Thai phū mai hen hūa prachāchon thī khao mai thung dichithan [Thai state that neglects people falling behind 'digital']. Retrieved March 6, 2022, from <https://themomentum.co/economics-digitaldivide/>
- Tuekkhew, S. (2016). Rūpbæp kāsūsān tō kān prap plīan phruttikam sukkhaphāp khōng chumchon [Communication styles on behavioral change of community health]. *Journal of Health Education and Communication*, 2(2), 9-25.
- Unicef. (2019). The state of the world's children 2019. Retrieved January 11, 2020, from <https://features.unicef.org/state-of-the-worlds-children-2019-nutrition/>
- Wattanayingcharoenchai, K. (1998). *Patchai thī mī phon tō phāwa phōchanākān khōng dek nakriān prathom suksā nai khēt 'amphæ phon chāngwat Khōn Kæn* [The factor influencing nutritional status of primary students in Pol district, Khon Kaen province] (Master's thesis, Khon Kaen University).
- Wongtong, O. (1999). *Phōchana sāt khroṇkhruā* [Family nutrition]. Bangkok: KU Digital Printing Center.