



ทิศทางการสื่อสารสุขภาพกับการกระจายอำนาจขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในยุคหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย*

THE DIRECTION OF HEALTH COMMUNICATION AND DECENTRALIZATION OF LOCAL GOVERNMENT ORGANIZATIONS IN THE ERA OF UNIVERSAL HEALTH COVERAGE IN THAILAND



พงษ์ศักดิ์ ธงรัตนนะ, วิทยาธร ท่อแก้ว, หฤทัย ปัญญาวุธตระกูล

Phongsak Thongratana, Wittayatorn Tokeaw, Haruthai Panyawuttrakul

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

Sukhothai Thammathirat Open University

Corresponding Author E-mail: mrphongsakth@gmail.com

บทคัดย่อ

การส่งเสริมสุขภาพเป็นประเด็นที่สังคมไทยให้การตระหนักถึงในปัจจุบันโดยเฉพาะในบริบทที่ประเทศไทยอยู่ในยุคของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า บทความนี้เป็นบทความวิชาการที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อการทบทวนความคิดและทิศทางการสื่อสารสุขภาพกับการกระจายอำนาจขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยการกระจายอำนาจลงสู่ท้องถิ่นเพื่อปรับเปลี่ยนโครงสร้างอำนาจรัฐให้ท้องถิ่นมีความสะดวกในการดำเนินการได้อย่างคล่องตัวโดยเฉพาะในการส่งเสริมสุขภาพของคนในชุมชน ซึ่งได้นำมาสู่โอกาสในความร่วมมือใหม่เพื่อสื่อสารสุขภาพผ่านสื่อที่เน้นไปที่การเพิ่มพูนความรู้และการดูแลพฤติกรรมสุขภาพของตนเองผ่านการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการสื่อสารเพื่อสร้างความเป็นเจ้าของเนื้อหาในชุมชนเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพ ซึ่งมีส่วนช่วยในการทำให้เกิดการยกระดับคุณภาพชีวิตได้อย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: การสื่อสารสุขภาพ; การกระจายอำนาจ; องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น; หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

Abstract

Health promotion has become a growing concern in Thai society, particularly within the context of the country's current Universal Health Coverage (UHC) era. This academic article aimed to review the conceptual framework and

*Received July 16, 2025; Revised August 5, 2025; Accepted September 28, 2025



direction of health communication in relation to the decentralization of Local Administrative Organizations. The devolution of power to the local level is intended to restructure state authority in a way that enables local agencies to operate more efficiently, especially in the promotion of community health. Such decentralization opens up new opportunities for collaborative health communication through channels that emphasize health literacy enhancement and self-care behavior. These efforts were grounded in participatory communication processes, ensuring that community members feel a sense of ownership over the content being communicated to drive meaningful health-related change. Ultimately, this approach contributed to sustainable improvements in quality of life.

Keywords: Health Communication; Decentralization; Local Government Organizations; Universal Health Coverage

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงแนวคิดการดูแลสุขภาพที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลางในประเทศไทยได้รับความสนใจมาตั้งแต่การเกิดขึ้นของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage: UHC) โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้นิยามความหมายของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าว่าเป็นการที่ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นได้อย่างครอบคลุมและไม่สร้างภาระทางการเงินให้กับผู้เข้ารับบริการทางสุขภาพ อีกทั้งยังให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) ที่จะเป็นส่วนสำคัญในการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) ในประเด็นที่ 3 การมีสุขภาพดีอย่างถ้วนหน้าของคนทุกกลุ่มในสังคม (World Health Organization, 2025) ในบทความนี้ได้มีคำถามหลักของบทความ คือ การกระจายอำนาจส่งผลต่อประสิทธิภาพการสื่อสารสุขภาพอย่างไรในยุคหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ประเทศไทยมีการดำเนินการเพื่อกระจายอำนาจให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ตามมาตรา 16 ให้องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) สามารถเข้ามามีบทบาทในการบริหารจัดการบริการสาธารณะ โดยเฉพาะด้านการสาธารณสุขที่ได้ให้อำนาจในการดูแลผ่านโครงสร้างอำนาจระดับท้องถิ่น ซึ่งเป็นปรับเปลี่ยนรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพให้มีความใกล้ชิดกับประชาชนในท้องถิ่นมากขึ้น ขณะที่องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ทำหน้าที่เป็นโครงสร้างสนับสนุนตามมาตรา 17 ที่ให้องค์การบริหารส่วนตำบลสามารถบริหารจัดการตนเองได้อย่างคล่องตัว โดยการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นลักษณะ



ของการถ่ายโอนอำนาจจากกระทรวงสาธารณสุขมายังหน่วยปกครองส่วนท้องถิ่นผ่านการโอนสถานีนามัยและบุคลากรให้มาอยู่ภายใต้การดูแลของท้องถิ่น อย่างไรก็ตาม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในฐานะหน่วยรับโอนยังต้องเผชิญกับช่องว่างของความรู้ในการบริหารจัดการงานด้านสาธารณสุขและบุคลากรด้านสุขภาพ ขณะเดียวกันสถานีนามัยแต่ละแห่งยังมีแนวทางการบริหารจัดการและการบำรุงที่แตกต่างกันออกไป (จักรกฤษณ์ วังราชฎี, 2554)

ดังนั้น บทความนี้จึงให้ความสนใจไปยังความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลสุขภาพอย่างถ้วนหน้ากับระบบการเมืองระดับท้องถิ่นผ่านประเด็นเกี่ยวกับทิศทางการสื่อสารสุขภาพกับการกระจายอำนาจ (Decentralization) ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยแบ่งเนื้อหาออกเป็น 4 ส่วน ประกอบด้วย 1. บทนำ 2. การสื่อสารสุขภาพ ภาพรวมและทิศทาง 3. การกระจายอำนาจของท้องถิ่นกับโอกาสในการส่งเสริมสุขภาพ และ 4. บทสรุป

การสื่อสารสุขภาพ : ภาพรวมและทิศทาง

แนวคิดการสื่อสารสุขภาพ (Health Communication) มีพัฒนาการทางความคิดและทิศทางมาอย่างต่อเนื่อง โดยองค์การอนามัยโลก ได้ดำเนินการเผยแพร่เอกสาร Regional Action Framework on Communication for Health โดยมีสาระสำคัญคือ การสื่อสารเพื่อสุขภาพ (Communication for Health: C4H) เป็นกลยุทธ์การสื่อสารที่มุ่งเปลี่ยนแปลงความรู้ ทักษะคติ และพฤติกรรมทางสุขภาพของผู้คนในสังคม หลักการทำงานของ C4H จะต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 5 กลุ่ม ประกอบด้วย บุคคล ชุมชน ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ พันธมิตรสาธารณสุขกับการพัฒนา และนักการเมืองกับผู้กำหนดนโยบาย โดยจะต้องขับเคลื่อนด้วยการอาศัยความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของคนในชุมชนเชิงลึกเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสังคมและสุขภาพ ในการสื่อสารมักจะดำเนินการในลักษณะของโปรแกรมการดูแลสุขภาพ กิจกรรมรณรงค์การดูแลสุขภาพเป็นประเด็น การใช้สื่อดั้งเดิมและการใช้สื่อสังคม (World Health Organization, 2024) ซึ่งในแต่ละสังคมต่างก็มีความพยายามเป็นอย่างมากในการส่งเสริมสุขภาพผ่านการสื่อสารให้มีประสิทธิภาพ สร้างการมีส่วนร่วม และสามารถดูแลทุกคนในสังคมอย่างทั่วถึง ในแง่นี้จึงไม่สามารถพึ่งพาเฉพาะองค์กรภาครัฐได้แต่จะต้องอาศัยหุ้นส่วนความร่วมมือที่มีความหลากหลาย

การสื่อสารสุขภาพยังมีความสัมพันธ์ไปกับการรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ซึ่งมีใจความครอบคลุมการกระทำของบุคคลที่มีความต่อเนื่องตลอดชีวิตผ่านการใช้ทักษะการคิดวิเคราะห์ และพิจารณาการกระทำสุขภาพของตนเอง อีกทั้งยังต้องอาศัยความรู้ความเข้าใจในสารทางสุขภาพที่ถูกสื่อออกมาเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วยการสร้างแรงจูงใจให้กับคนในสังคมเพื่อให้สามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ พร้อม ๆ ไปกับการป้องกันตนเองให้ห่างไกลจากโรคที่เชื่อมโยงระหว่างตนเอง ครอบครัว ชุมชน และสังคม ความสัมพันธ์ระหว่างการสื่อสารสุขภาพกับความรู้สุขภาพจึงนำมาสู่การพัฒนาโปรแกรมเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพ

ด้วยหลักทางวิชาการและวิธีคิดในการจัดการสุขภาพที่ถูกต้องตามหลักการแพทย์ เช่น โปรแกรมการเปลี่ยนแปลงสุขภาพในกลุ่มผู้ที่เป็นโรคอ้วนที่มีรูปแบบโปรแกรมแตกต่างกันตามช่วงอายุ และสื่อที่ใช้ในการสื่อสารสุขภาพที่แตกต่างกัน (อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2560)

นักวิชาการด้านการสื่อสารสุขภาพคนสำคัญอย่าง Kreuter & McClure (2004) ได้ทำการเผยแพร่บทความที่แสดงให้เห็นบทบาทของวัฒนธรรมในการสื่อสารสุขภาพ ซึ่งวัฒนธรรมได้เอื้อให้เกิดการสื่อสารสุขภาพที่มีความสมบูรณ์ โดยเฉพาะการมุ่งสื่อสารเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพที่มีลักษณะเป็นแบบแผนทางวัฒนธรรม สาร (Message) ที่ถูกใช้ในการสื่อสารจะต้องเข้ากับค่านิยม ความเชื่อ และประสบการณ์ของผู้รับสารเพื่อก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสำเร็จในการโน้มน้าวใจให้อยากที่จะเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพ โดยที่สารที่ถูกผลิตออกมาควรมีรายละเอียดลงลึกเพื่อให้ผู้รับสารเล็งเห็นว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของพวกเขาเป็นส่วนหนึ่งของแบบแผนวัฒนธรรมที่พวกเขาดำเนินในชีวิตประจำวันอยู่แล้ว อาทิ การเลือกใช้สื่อที่สะท้อนถึงอัตลักษณ์ของผู้รับสาร การอ้างอิงข้อมูลด้านสุขภาพที่เจาะจงเฉพาะกลุ่มที่ผู้รับสารสังกัดอยู่ซึ่งมีอัตลักษณ์แตกต่างกันในแต่ละกลุ่มโดยเฉพาะในกลุ่มชาติพันธุ์ การใช้ภาษาเพื่อการสื่อสารสุขภาพที่เหมาะสมและเข้าใจง่าย การส่งเสริมการมีส่วนร่วมเพื่อการพัฒนาเนื้อหาของสาร และการหลอมรวมวิถีปฏิบัติท้องถิ่นเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพที่สัมพันธ์กับมิติทางวัฒนธรรมจึงช่วยย้ำเตือนให้เห็นถึงสังคมที่มีความเป็นพหุวัฒนธรรม นอกจากนี้ การเลือกใช้ช่องทางการสื่อสาร (Channels) ควรคำนึงถึงความเหมาะสมของคนแต่ละกลุ่ม เช่น วิทยุชุมชนหรือเสียงตามสายควรใช้กับผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชน การใช้สื่อสังคมดิจิทัลควรใช้กับกลุ่มวัยรุ่นหรือวัยทำงานที่เล่นดิจิทัล รวมถึงการเล่าเรื่อง (Storytelling) ที่อาศัยผู้นำที่ได้รับความไว้วางใจและมีความน่าเชื่อถือได้บอกเล่าเกี่ยวกับสุขภาพให้กับคนในชุมชน

การสื่อสารสุขภาพในสังคมไทยที่มีความน่าสนใจอยู่ที่การสื่อสารที่อาศัยความร่วมมือระหว่างสถาบันทางสังคมขั้นพื้นฐานกับภาคีเครือข่ายภาครัฐ ดังเช่น งานของชลวิทย์ เจียรจิตต์ และสายชล ปัญญชิต (2566); พระศรีสมโพธิ (วรัญญู สอนขุน) และคณะ (2567); และพระสุธีรัตนบัณฑิต (สุทิพย์ อาภากร) และคณะ (2566) ที่ได้อาศัยสถาบันพระพุทธศาสนาเข้ามามีส่วนร่วมในการสื่อสารสุขภาพ โดยจำเป็นต้องอาศัยพลังการขับเคลื่อนสองส่วนสำคัญ ส่วนแรกการขับเคลื่อนด้วยการเป็นผู้นำทางศาสนาที่ได้รับความไว้วางใจจากชุมชน และส่วนที่สองการขับเคลื่อนด้วยอำนาจขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งทั้งสองส่วนจะต้องประสานความร่วมมือระหว่างกัน เนื่องจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสถาบันพระพุทธศาสนาต่างมีข้อจำกัดเชิงขอบเขตการดำเนินงานที่แตกต่างกันออกไป ในแง่ของการสื่อสารสุขภาพเององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีหน่วยงานที่มีอำนาจเต็มในการสื่อสารสุขภาพในระดับท้องถิ่นโดยเฉพาะในด้านความรู้ ความเชี่ยวชาญ และโปรแกรมการเปลี่ยนแปลงสุขภาพ ขณะที่สถาบัน



พระพุทธศาสนาเป็นศูนย์รวมทางจิตวิญญาณของคนในชุมชนให้สามารถเข้ามารวมกลุ่มกันเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงสุขภาพร่วมกันได้

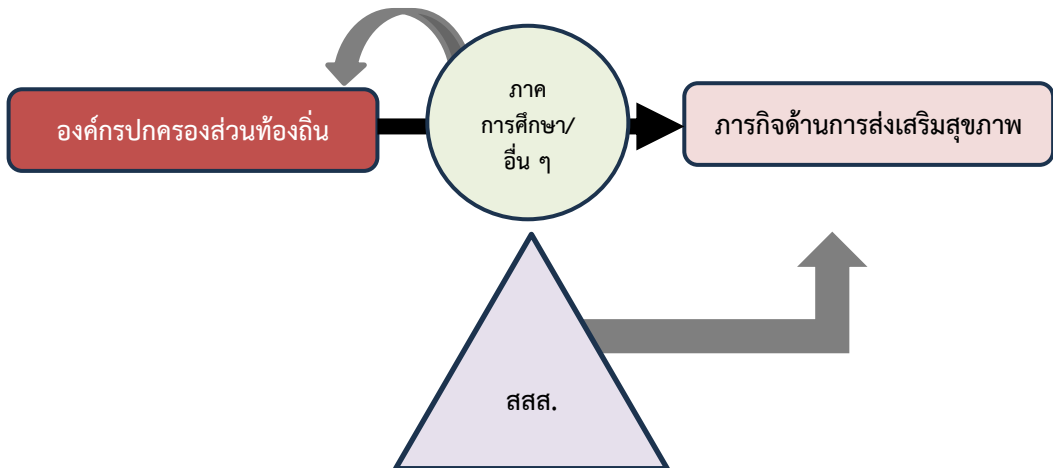
อย่างไรก็ดี ในบริบทของประเทศไทย ฐิตินัน บ. คอมมอน (2567) ได้มีการจำแนกรูปแบบการสื่อสารสุขภาพที่คำนึงถึงความเฉพาะเจาะจงต่อบริบททางวัฒนธรรมของแต่ละกลุ่มออกเป็น 3 รูปแบบ 1. การสื่อสารระหว่างบุคคล เน้นไปที่การสื่อสารแบบไม่เป็นทางการโดยอาศัยการเข้าหาการสื่อสารด้วยความน่าเชื่อถือและไว้วางใจ ซึ่งการสื่อสารในลักษณะนี้ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้ง่ายมากกว่า พร้อมทั้งสามารถเพิ่มพลังอำนาจการต่อรองให้กับผู้รับสารที่จะยินยอมกระทำการทางสุขภาพของตนเอง 2. การสื่อสารกลุ่มและเครือข่าย โดยการสื่อสารรูปแบบนี้จะเน้นไปที่ทีมสุขภาพที่มีความเชี่ยวชาญและเป็นผู้ปฏิบัติการด้านสาธารณสุข เช่น นักสาธารณสุขชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) การอาศัยการสื่อสารสุขภาพในลักษณะดังกล่าวจะต้องอาศัยความเป็นทีมและความสามารถในการบริหารจัดการประเด็นสุขภาพให้มีทิศทางที่คล้ายคลึงกัน และ 3. การใช้สื่อเพื่อการสื่อสารสุขภาพ โดยการใช้สื่ออาจทำในรูปแบบของสื่อที่สามารถเผยแพร่ได้ตามสื่อดั้งเดิมและสื่อออนไลน์ จากนั้นควรกระจายให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อช่วยกระจายการสื่อสารออกไป ซึ่งควรเน้นหน่วยงานที่จะช่วยเจาะกลุ่มเป้าหมายของการสื่อสารอย่างชัดเจน เช่น การสื่อสารสุขภาพของพระสงฆ์อาจให้โรงพยาบาลสงฆ์เป็นหน่วยงานช่วยสื่อสาร

ดังนั้น การสื่อสารสุขภาพควรคำนึงถึงความแตกต่างของบริบทสังคม วัฒนธรรม และการเมืองในระดับพื้นที่ อีกทั้งการสื่อสารสุขภาพที่ประสบความสำเร็จจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือในการมีส่วนร่วมในหลายระดับ ซึ่งอาจเกิดจากการที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นแกนกลางของการดำเนินงาน หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นแกนสนับสนุนก็ได้ โดยการทำงานสื่อสารสุขภาพไม่ว่าจะเกิดจากกระบวนการรูปแบบใดต่างก็มุ่งไปเพื่อทำให้คนไทยทุกคนมีสุขภาพที่ดีขึ้น มีความรอบรู้ทางสุขภาพ และสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างยั่งยืน

การกระจายอำนาจของท้องถิ่นกับโอกาสในการสื่อสารสุขภาพที่เข้มแข็ง

การกระจายอำนาจลงสู่ท้องถิ่นภายใต้พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 (พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542, 2542) ได้มอบหมายภารกิจการดูแลสุขภาพของคนในชุมชนแต่ละพื้นที่อย่างใกล้ชิดให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยเฉพาะกับองค์การบริหารส่วนตำบล ปัจจุบันหน่วยงานต่าง ๆ ได้มีการดำเนินการเพื่อส่งเสริมสุขภาพที่ดึงหน่วยงานภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมโดยเฉพาะกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่เข้ามามีส่วนร่วมและสร้างบรรยากาศในการสื่อสารสุขภาพอย่างเข้มข้น ในการสื่อสารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพที่มีความเข้มแข็งผ่านการส่งผลลัพธ์และการมีส่วนร่วมทางสุขภาพได้มีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายไว้อย่างหลากหลาย พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ภาค

การศึกษาเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนการสื่อสารสุขภาพลงสู่พื้นที่ ผู้เขียนได้ทำเป็นภาพ ดังภาพที่ 1 แสดงให้เห็นถึงการเชื่อมต่อการกิจการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพที่มีตัวกลางเป็นภาคการศึกษาและภาคีเครือข่ายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องเป็นแกนเชื่อมต่อระหว่างกัน



ภาพที่ 1 การเชื่อมต่อการกิจการส่งเสริมสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

การกระจายอำนาจให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้เอื้อให้มีตัวแสดงเชิงนโยบายและปฏิบัติการเข้ามามีบทบาทได้อย่างหลากหลายและมีอิสระในการตัดสินใจที่จะกระทำการเชิงนโยบายร่วมกัน ในการส่งเสริมสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ร่วมมือกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านการสื่อสารจำเป็นต้องพิจารณากำหนดกลุ่มผู้รับสารให้มีความชัดเจน โดยแผนยุทธศาสตร์ของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพมักมีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายและผลลัพธ์ทางสุขภาพไว้อย่างชัดเจนในแต่ละกลุ่ม ซึ่งทำให้เป็น การบูรณาการเป้าหมายร่วมกัน เช่น การระบุเป้าหมายในการลดพุงลดโรค การดูแลสุขภาพอย่างเป็นองค์รวมขององค์กร ทำให้การสื่อสารสุขภาพเกิดขึ้นในลักษณะของการใช้กิจกรรมในการรณรงค์ในประเด็นสุขภาพที่ร่วมสมัยที่เกิดในแต่ละปี ในการสื่อสารสุขภาพยังต้องอาศัยวิธีการที่จะทำให้กลุ่มเป้าหมายตอบสนองได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ มีการกระตุ้นหลายทางเพื่อส่งเสริมสุขภาพ การสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผ่านการสื่อสาร (ฐิติรัตน์ เจริญยิ่งวัฒนา และกุลทิพย์ ศาสตรระจุ, 2567; หนึ่งหทัย ขอผลกลาง, 2564)

กรณีศึกษาที่น่าสนใจเกี่ยวกับความร่วมมือระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ คือ องค์การบริหารส่วนจังหวัดสิงห์บุรีที่ทำกิจกรรมกับกลุ่มเป้าหมายของการสื่อสารสุขภาพเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ โดยเป็นการนำความรู้เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยมาประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ (องค์การบริหารส่วนจังหวัดสิงห์บุรี,



2567) ในส่วนของเทศบาลตำบลสบเตี๊ยะ จังหวัดเชียงใหม่เป็นอีกหน่วยปกครองหนึ่งที่ได้ดำเนินการร่วมกันผ่านการใช้กิจกรรมการสื่อสารสุขภาพกลุ่มฮักครอบครัวเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพที่จะนำไปสู่การลดการดื่มแอลกอฮอล์ ในการทำงานครั้งนี้ได้อาศัยการบูรณาการการมีส่วนร่วมในหลายระดับโดยเน้นใช้ชุมชนเป็นฐานของการสื่อสารสุขภาพเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลง ในกิจกรรมครั้งนี้ได้อาศัยข้อมูลทางสถิติของปัญหาสุราในพื้นที่การดำเนินงานมาร่วมขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาาร่วมด้วย (สำนักข่าวสร้างสุข, 2567)

สรุป

การสื่อสารสุขภาพกับการกระจายอำนาจขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นประเด็นที่มีความสัมพันธ์กันเป็นอย่างมากโดยเฉพาะในยุคหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยที่ให้ความสำคัญกับการสื่อสารสุขภาพเพื่อสร้างความเข้มแข็งในการส่งเสริมสุขภาพของคนทุกกลุ่มในสังคม ในการดำเนินการไม่สามารถที่จะแยกอำนาจของการปกครองท้องถิ่นออกจากอำนาจที่เกิดจากความร่วมมือของเครือข่ายทางสังคมที่เข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพให้กับคนในชุมชนออกไปได้ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การกระจายอำนาจดังกล่าวได้สร้างความเป็นอิสระในการตัดสินใจที่จะใช้ทรัพยากรเชิงเครือข่ายในการดูแลสุขภาพของคนในชุมชนหรือไม่ก็ได้ อีกทั้งในการบูรณาการจำเป็นต้องดึงเอาการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนอย่างเข้มแข็งมาใช้เพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพที่มาจากการสื่อสารได้อย่างยั่งยืน

ถึงแม้บทความนี้เสนอกรอบแนวคิดเชิงวิเคราะห์ให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างการสื่อสารสุขภาพกับการกระจายอำนาจขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แต่ช่วยให้เห็นถึงทิศทางที่จะถูกนำไปใช้ในเชิงปฏิบัติได้ต่อไปไม่มากนัก้อย ทั้งนี้ สามารถต่อยอดข้อเสนอที่เกิดขึ้นในบทความไปสู่การวิจัยได้ในอนาคตด้วยการวิจัยในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับการสื่อสารสุขภาพของคนในชุมชน ซึ่งสามารถทำเป็นกรณีศึกษาเพื่อสร้างองค์ความรู้พื้นฐาน หรือการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อให้เกิดผลในเชิงปฏิบัติสำหรับการพัฒนาศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อสื่อสารสุขภาพอย่างเข้มแข็งได้ต่อไป

นอกจากนี้ มีข้อเสนอแนะแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วย ระดับเชิงนโยบาย (Policy Level) และระดับเชิงปฏิบัติ (Operational Level) โดยในระดับเชิงนโยบายเป็นการเสนอให้หน่วยงานสื่อสารสุขภาพที่ทำงานร่วมกันกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้มีงบประมาณประจำเพื่อให้เกิดความคล่องตัวในการทำงาน และระดับเชิงปฏิบัติเป็นการสร้างระบบที่เลี้ยงด้านการสื่อสารสุขภาพเพื่อถ่ายทอดแนวทางและแนวปฏิบัติที่ดีให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น ๆ



เอกสารอ้างอิง

- จักรกฤษณ์ วัชรภาณุ. (2554). การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข : ความเป็นมา สถานการณ์ และแนวโน้มในอนาคต. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 5(4), 530-538.
- ชลวิทย์ เจียรจิตต์ และสายชล ปัญญชิต. (2566). ปฏิบัติการทางศาสนากับการพัฒนาสุขภาพวิถีพุทธในสังคมไทย: มุมมองทางสังคมวิทยา. *วารสารธรรมศาสตร์*, 42(2), 38-53.
- ฐิตินัน บ. คอมมอน. (2567). บทเรียนและข้อเสนอแนะเชิงกลยุทธ์การสื่อสารสุขภาพแด่พระสงฆ์ภายใต้หลักธรรมนุญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ. *วารสารนิเทศศาสตร์*, 42(1), 61-80.
- ฐิตรัตน์ เจริญยิ่งวัฒนา และกุลทิพย์ ศาสตรระจุ. (2567). แนวทางการพัฒนาเนื้อหาสารของการสื่อสารสุขภาพที่สร้างทัศนคติที่เหมาะสมต่อพฤติกรรมพึงประสงค์และเสริมความตั้งใจในการแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมของศูนย์กิจการสร้างสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). *วารสารสังคมศาสตร์และวัฒนธรรม*, 8(11), 206-216.
- พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542. (2542, 17 พฤศจิกายน). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 116 ตอนที่ 114 ก. หน้า 48-66.
- พระศรีสมโพธิ (วรัญญู สอนขุน) และคณะ. (2567). การประเมินวัดต้นแบบลดปัจจัยเสี่ยงเพื่อพัฒนาเครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยงตามแนวพระพุทธศาสนา. *วารสารสังคมวิจัยและพัฒนา*, 6(3), 64-87.
- พระสุธีรัตนบัณฑิต (สุทิพย์ อาภากร) และคณะ. (2566). สุขภาวะดีวิถีพุทธ: การพัฒนาองค์กร สุขภาวะวิถีพุทธเชิงสร้างสรรค์เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากรในสังคมไทย. *CONNEXION Journal of Humanities and Social Sciences*, 12(2), 51-73.
- สำนักข่าวสร้างสุข. (2567). สสส. สานพลัง ‘ฮักชุมชน’ ถอดบทเรียนเทศบาลตำบลสบเตี๊ยะ จ.เชียงใหม่ ต้นแบบชุมชนสุขภาวะผ่าน “กลุ่มฮักครอบครัว” ปรับพฤติกรรม ลดดื่มได้ 69%. สืบค้น 5 มิถุนายน 2568, จาก <https://www.thaihealth.or.th/สสส-สานพลัง-ฮักชุมชน-ถ/>
- หนึ่งหทัย ขอผลกลาง. (2564). แนวทางการส่งเสริมศักยภาพของสื่อท้องถิ่นเพื่อการสื่อสารสุขภาพในชนบทภาคเหนือ. *วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา*, 7(2), 198-214.
- องค์การบริหารส่วนจังหวัดสิงห์บุรี. (2567). อบจ.สิงห์บุรี ร่วมกับ สสส. จัดโครงการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย. สืบค้น 5 มิถุนายน 2568, จาก <https://www.singburipao.go.th/index/?page=picture6540&detail=F4Rfal8Lx>



อังศินันท์ อินทรกำแหง. (2560). *ความรอบรู้ด้านสุขภาพ : การวัดและการพัฒนา*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

Kreuter, M. W. & McClure, S. M. (2004). The Role of Culture in Health Communication. *Annual Review of Public Health*, 25, 439-455.

World Health Organization. (2024). *Regional Action Framework on Communication for Health: A Vision for Using Communication to Improve Public Health in The Western Pacific Region*. Manila: World Health Organization Regional Office for the Western Pacific.

_____. (2025). *Universal Health Coverage (UHC)*. Retrieved June 5, 2025, from <https://shorturl.asia/Q8Yji>

