

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2504-2509) ประเทศไทย มุ่งเน้นการพัฒนาประเทศไปสู่ความทันสมัย (Modernization) ผลการพัฒนาทำให้เศรษฐกิจของ ประเทศมีความก้าวหน้า และอัตราการขยายตัวทางเศรษฐกิจขยายตัวถึง ร้อยละ 7-8 ต่อปี แต่เมื่อ พิจารณาถึงการกระจายผลการพัฒนาความเจริญต่าง ๆ เหล่านั้นกลับพบว่า มีความแตกต่างด้าน รายได้ของประชากรเพิ่มมากยิ่งขึ้น ในส่วนบริการขั้นพื้นฐานพบว่ารัฐบาลไม่สามารถที่จะกระจาย รายได้ และพัฒนาความเจริญไปสู่ภูมิภาคได้อย่างเท่าเทียมและทั่วถึง ผลการพัฒนาส่วนใหญ่จะ กระจุกอยู่ที่เมืองใหญ่ ๆ ไม่ว่าจะเป็นการพัฒนาด้านเศรษฐกิจสังคม การศึกษา การสาธารณสุขและ ด้านอื่น ๆ เมื่อสิ้นแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520-2524) พบว่า ประชาชนเกือบ 10 ล้านคนหรือ 1 ใน 3 ของประชาชนซึ่งอาศัยในชนบทยังมีความยากจน ขาดการ พัฒนาด้านคุณภาพชีวิต ทุกฝ่ายจึงได้กลับมาทบทวนแนวทางการพัฒนาแนวใหม่ ที่มุ่งเน้นกระจาย ความเจริญไปสู่ภูมิภาค หรือประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศได้รับผลการพัฒนาอย่างเท่าเทียมกัน โดยเน้นการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน (Basic Needs Approach) และให้ความสำคัญต่อ ประชาชนในระดับพื้นฐานเป็นลำดับแรก เพื่อให้ประชาชนเกิดการพึ่งพาตนเอง (Nasir Islam and George M. Henault, 1979 : 233)

การมีส่วนร่วมของประชาชน (People ' s Participation) ถือว่าเป็นแนวทางหลักในการ พัฒนาแนวใหม่เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิต โดยเน้นการกระจายอำนาจไปสู่ประชาชน เพื่อให้ ประชาชนสามารถกำหนดแนวทางการพัฒนาไปสู่การพึ่งตนเอง ในการพัฒนาด้านสาธารณสุขก็ได้ นำแนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชนมาเป็นหัวใจในการพัฒนาเช่นเดียวกัน ดังจะเห็นได้จาก องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้เสนอให้การมีสุขภาพดีถ้วนหน้าเป็นเป้าหมายของสังคมทั่วโลก ในปี 2543 (Health for All by the Year 2000) โดยกลวิธีในการที่จะบรรลุเป้าหมายดังกล่าว นั้น คือ การสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) ซึ่งเป็นกลวิธีในการพัฒนาสาธารณสุขที่ดีเื่อ การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นหัวใจสำคัญ โดยมีรูปแบบการบริหารโดยประชาชนภายใน

ชุมชน ซึ่งได้มีการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ให้มีทักษะในการดูแลสุขภาพประชาชนที่เจ็บป่วยเล็กน้อย ๆ ได้ รวมทั้งสามารถเป็นสื่อกลางระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและประชาชน ทำให้มีความรู้ความเข้าใจในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ นอกจากนี้ยังได้ฝึกการบริหารจัดการในรูปแบบกองทุนต่าง ๆ เพื่อให้สามารถบริหารจัดการและดูแลสุขภาพของตนเองและชุมชนได้ โดยรัฐบาลเป็นเพียงผู้สนับสนุน(อมร นนทสุต , 2528 : 12)

กระทรวงสาธารณสุขได้วิเคราะห์ว่าการพัฒนาสาธารณสุขที่ผ่านมา ไม่สามารถเอื้ออำนวยประโยชน์แก่คนส่วนใหญ่ของประเทศ จึงได้เริ่มนำแนวคิดสาธารณสุขมูลฐานมาใช้ เพื่อให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนา โดยขานรับนโยบายขององค์การอนามัยโลก และกำหนดนโยบายรองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน ในปี พ.ศ. 2524 (แผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 4) แต่มีการพัฒนาอย่างจริงจังในปี พ.ศ. 2525 (แผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 5) โดยดำเนินการควบคู่ไปกับแผนพัฒนาชนบทแนวใหม่ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีถ้วนหน้า จนสามารถกระจายการบริการสาธารณสุขไปสู่ประชาชนส่วนใหญ่อีกกว้างขวาง ผลการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐาน จนถึงพ.ศ.2528 ได้พัฒนาหมู่บ้านและฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุข ครอบคลุมถึงร้อยละ 85 ของหมู่บ้านทั้งหมด แต่หากยังขาดความต่อเนื่องและขาดคุณภาพในการพัฒนาการมีส่วนร่วมของประชาชน ซึ่งเป็นหัวใจหลักในการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐาน โดยประชาชนยังไม่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเท่าที่ควร เจ้าหน้าที่ฝ่ายรัฐเป็นผู้กำหนดแนวปฏิบัติแก่ประชาชนเป็นส่วนใหญ่ (บังอร ฤทธิภักดี , 2528 : 6)

แผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539) ได้มีนโยบายปรับปรุงประสิทธิภาพของการบริการสาธารณสุขโดยส่งเสริมทั้งภาครัฐ เอกชน และประชาชนทั่วไปเข้ามามีส่วนร่วมดูแลบริหารจัดการด้วยตนเอง เพื่อตอบสนองความต้องการของชุมชน ให้สอดคล้องกับสภาพวัฒนธรรม ความเชื่อ และค่านิยมของชุมชนนั้นๆในการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีขึ้น และเข้าถึงบริการของรัฐบาลอย่างเท่าเทียมกัน ได้ยึดแนวทางการพัฒนาใหม่โดยการส่งเสริมให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ ในการส่งเสริมสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน ได้ยึดแนวทางการพัฒนาใหม่ ซึ่งมีลักษณะ ดังต่อไปนี้ คือ

- 1 มีความเสมอภาคในการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร
- 2 ตระหนักว่าประชาชนชนบทและคนยากจนควรเป็นเป้าหมายสำคัญในแผนพัฒนา
- 3 การมีส่วนร่วมของประชาชนในการกำหนดแผนและปฏิบัติการพัฒนาด้วยตนเอง
- 4 การยืนหยัดด้วยตนเองและมีอิสระในการพัฒนา
- 5 การผสมผสานระบบประเพณีและระบบสมัยใหม่เข้าด้วยกันอย่างเหมาะสม

เนื่องจากการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานนั้น เน้นการพัฒนาเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี ถ้วนหน้า เข้าถึงบริการของรัฐบาลอย่างเท่าเทียมกัน และประชาชนมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชน ดังนั้น งานสุขศึกษาจึงเข้ามามีบทบาทโดยตรงต่อการพัฒนาและสนับสนุนให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ ในการแก้ปัญหาสาธารณสุขของชุมชน ช่วยให้ประชาชนได้พัฒนาตนเองโดยชุมชนจะต้องมีบทบาทริเริ่มในการตัดสินใจ ประเมินชุมชน วางแผนงาน ดำเนินการแก้ไขปัญหา และประเมินผลการดำเนินงาน ในการนำแนวคิดไปสู่การปฏิบัติ ได้มีการดำเนินงานสุขศึกษา เพื่อสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐาน ตั้งแต่ พ.ศ. 2525 ตามแนวคิดการดำเนินงานสุขศึกษาระหว่างชาติ ซึ่งคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญแห่งองค์การอนามัยโลก (WHO Expert Committee) ได้เสนอแนวคิดการดำเนินงานสุขศึกษาเพื่อสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งมีสาระสำคัญดังต่อไปนี้

1 แนวคิดการดำเนินงานสุขศึกษาเพื่อสนับสนุนการสาธารณสุขมูลฐานนั้น ประกอบด้วย องค์ประกอบที่สำคัญต่างๆ คือ

1.1 ส่งเสริมให้บุคคล ชุมชนเกิดการพึ่งตนเอง (Self- Reliance)

1.2 เพิ่มขีดความสามารถของประชาชนให้มีส่วนร่วมเต็มที่ (Full Participation) ในการตัดสินใจค้นหาปัญหา จัดลำดับความสำคัญของปัญหา วางแผนงาน รวมทั้งติดตามผลการดำเนินงานสุขศึกษานั้น ๆ โดยมีลักษณะเป็นผู้ร่วมงานที่ ทัดเทียมกับเจ้าหน้าที่ของรัฐ (Full Partner)

2 องค์ประกอบที่สำคัญของงานสุขศึกษาเพื่อสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐาน เน้นวิทยาการด้านสุขภาพของประชาชนโดยประชาชนเป็นผู้ริเริ่มปฏิบัติเอง และสามารถแลกเปลี่ยนความคิด ข้อมูลข่าวสารระหว่างประชาชนและเจ้าหน้าที่โดยไม่นำความคิดและวิธีการของเจ้าหน้าที่ ไปครอบงำประชาชน เน้นการใช้ทรัพยากรในชุมชน รูปแบบการดำเนินงานปรับเปลี่ยนรูปแบบให้ข้อมูลข่าวสารแก่ประชาชน (Cognitive Model) มาเป็นรูปแบบการจูงใจ (Motivation Model) ที่เน้นการกระตุ้น ชักจูง และชี้แนะให้เกิดประโยชน์ และโทษของการดูแลสุขภาพ

เนื่องจากสุขศึกษา คือ กระบวนการถ่ายทอดความรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายปฏิบัติตัวอย่างถูกต้อง ดังนั้น การติดต่อสื่อสารจึงเข้ามามีบทบาทเป็นตัวกลาง ที่เชื่อมระหว่างผู้ให้ความรู้และผู้รับการถ่ายทอดความรู้ โดยอาศัยการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารไปมาระหว่างกัน โดยใช้ภาษา ท่าทาง และสัญลักษณ์ต่าง ๆ คำนึงถึงการตอบกลับ (Feed Back) เพื่อการมีส่วนร่วมทั้งสอง เน้นการพัฒนาประชาชนให้มีส่วนร่วม ให้ทุกคนร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ในการดำเนินงานทุกขั้นตอน จึงต้องอาศัยความรู้ ความเข้าใจในกระบวนการติดต่อสื่อสารจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการเผยแพร่ข่าวสารทางการแพทย์และการสาธารณสุขอย่างถูกต้องและเหมาะสม (อดิศักดิ์ สัตย์ธรรม, 2528:50-54)

ในด้านบทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขก็ย่อมปรับเปลี่ยนไป โดยต้องเรียนรู้วิธีการทำงานในชุมชน และกระบวนการติดต่อสื่อสารเพื่อกระตุ้น ชักจูง และโน้มน้าวให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน โดยการบริหารงานสุขศึกษาในชุมชนที่ผ่านมายังประสบกับปัญหา ทั้งด้านการเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารงานในแต่ละขั้นตอน ตั้งแต่การประเมินปัญหา การวางแผน การดำเนินงาน และการประเมินผล ยังขาดคุณภาพและความต่อเนื่องในการเข้ามามีส่วนร่วมอย่างแท้จริง เจ้าหน้าที่ของรัฐยังคงมีความเชื่อ ที่จะถ่ายทอดข้อมูลข่าวสารหรือกำหนดแนวปฏิบัติให้ประชาชนฝ่ายเดียว เพื่อให้เกิดผลตามเป้าหมายในระยะเวลาที่กำหนด โดยประชาชนไม่มีโอกาสเข้าไปร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ในการกำหนดความต้องการ และกำหนดแนววิถีชีวิตของตนเองเท่าที่ควร ทำให้การพัฒนาขาดความต่อเนื่อง และขาดการพึ่งพาตนเอง

การติดต่อสื่อสารในชุมชน มีความสำคัญต่อการแก้ปัญหาการบริหารงานสุขศึกษาอย่างมาก โดยเข้ามามีบทบาทในการเชื่อมประสานระหว่างรัฐและประชาชน และระหว่างประชาชนด้วยกัน เพื่อให้สามารถถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพอนามัยสู่กลุ่มเป้าหมายไม่ว่าจะเป็นการติดต่อสื่อสารลักษณะต่างๆ เช่น การติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคล การสื่อสารมวลชน และการสื่อสารโดยใช้สื่อเฉพาะกิจ จะช่วยกระตุ้นและจูงใจให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารงานสุขศึกษา และหากการติดต่อสื่อสารยังมีลักษณะเป็นการส่งข่าวถ่ายทอดทางเดียว (One - Way Communication) ขาดการตอบกลับ (Feed Back) จากประชาชนหรือกลุ่มเป้าหมาย ก็จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพหรือระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างแน่นอน ในด้านสื่อกลางในการถ่ายทอดข่าวสาร พบว่าขาดสื่อที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย และขาดการพัฒนาสื่อระหว่างบุคคลในชุมชน ให้สามารถถ่ายทอดความรู้ต่อไปได้ เนื่องจากขาดทักษะความรู้ ประสบการณ์ และทัศนคติที่ดีต่อการสื่อ ทำให้กระทบต่อการดำเนินงานทุกขั้นตอน ดังนั้นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในงานสุขศึกษา จึงจำเป็นต้องพัฒนาการติดต่อสื่อสาร ทั้งด้านทักษะ ความรู้ และทัศนคติที่ดี เพื่อถ่ายทอดความรู้และแลกเปลี่ยนข้อมูลสารด้านสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ ประชาชนสามารถเข้ามามีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ ในการบริหารงานสุขศึกษาเพื่อรองรับงานสาธารณสุขมูลฐานชุมชน (สมบูรณ์ ขอสกุล , 2525 : 51-54)

การติดต่อสื่อสารในอดีตเน้นการติดต่อสื่อสารแบบทางเดียว (One - Way Communication) โดยเจ้าหน้าที่ของรัฐเป็นผู้บอกประชาชนและให้ความสำคัญต่อการพัฒนาจากบนสู่ล่าง (Top -Down Development) ทำให้ประชาชนไม่มีอำนาจตัดสินใจ ในการบริหารงานสุขศึกษาร่วมกับเจ้าหน้าที่ เนื่องจากขาดการตอบกลับ เพื่อส่งเสริมความเข้าใจอันดีระหว่างเจ้าหน้าที่กับประชาชน ในปัจจุบันการพัฒนาการติดต่อสื่อสารมุ่งเน้นความเสมอภาค และเท่าเทียมกันในการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร การติดต่อสื่อสารสองทาง (Two - Way Communication) จึงเข้ามามีบทบาทมากขึ้นในการเชื่อมประชาชนกับเจ้าหน้าที่ให้มีความเข้าใจกัน อีกทั้งการใช้สื่อระหว่างบุคคล การใช้สื่อมวลชน และ

สื่อเฉพาะกิจในระดับต่าง ๆ มีความสำคัญต่อการช่วยกระตุ้น จูงใจ ให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายเข้ามามีส่วนร่วมมากยิ่งขึ้น

การดำเนินงานสุขศึกษาเพื่อรองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน ตามแผนงานของสำนักงานสาธารณสุข เขต 7 ซึ่งครอบคลุม 7 จังหวัด คือ จ. อุบลราชธานี ,จ. อำนาจเจริญ , จ. นครพนม , จ. มุกดาหาร , จ. ศรีสะเกษ , จ. ร้อยเอ็ด และ จ. ยโสธร ได้ดำเนินการรองรับงานสาธารณสุขมูลฐานตามนโยบายของการกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ระดับหมู่บ้าน ผลการดำเนินงานเท่าที่ผ่านมา ยังขาดการศึกษาหาแนวทางการติดต่อสื่อสารที่เหมาะสม ในงานสุขศึกษาชุมชน การมีส่วนร่วมในการบริหารงานยังขาดคุณภาพและความต่อเนื่อง เนื่องจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่มีบทบาทเป็นผู้ถ่ายทอดความรู้ และชักจูงประชาชนในพื้นที่ แต่ยังขาดการพัฒนาความสามารถของชุมชนในการพึ่งพาตนเอง ด้วยเหตุดังกล่าวนี้ทำให้ผู้ศึกษาวิจัยซึ่งเป็นบุคลากร ในสำนักงานสาธารณสุข เขต 7 ตระหนักในความสำคัญของปัญหาของการติดต่อสื่อสารโดยเฉพาะระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลและประชาชนในหมู่บ้าน จึงต้องการศึกษาการติดต่อสื่อสารที่มีผลต่อระดับการมีส่วนร่วมของประชาชน ในการบริหารงานสุขศึกษา โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะแตกต่างกันของประชาชน ในด้านเพศ อายุ สถานภาพทางเศรษฐกิจและสถานภาพทางสังคม ในพื้นที่หมู่บ้านที่สะดวกต่อเก็บข้อมูล และมีลักษณะใกล้เคียงกับหมู่บ้านทั่วไปในพื้นที่สาธารณสุข เขต 7 คือ พื้นที่ จ. ร้อยเอ็ด และ จ. ยโสธร เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง และสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนาการบริหารงานสุขศึกษา ยังผลให้ประชาชนมีสุขภาพดีถ้วนหน้าและก่อให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืนต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์

1.2.1 เพื่อศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลของประชาชน ในด้านเพศ อายุ สถานภาพทางเศรษฐกิจ และสถานภาพทางสังคม ที่มีผลต่อระดับการมีส่วนร่วมในการบริหารงานสุขศึกษา

1.2.2 เพื่อศึกษาระดับทิศทางการติดต่อสื่อสารและการใช้สื่อ ที่มีผลต่อระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการบริหารสุขศึกษา

1.2.3 เพื่อศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลและระดับการติดต่อสื่อสาร ที่มีผลต่อระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการบริหารงานสุขศึกษา

1.3 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.3.1 เป็นข้อมูลช่วยให้ผู้บริหารตัดสินใจ กำหนดนโยบายและแผนงานการติดต่อสื่อสาร เพื่อการมีส่วนร่วมของชุมชน ในงานสาธารณสุขทั่วไป

1.3.2 นำไปพัฒนากลยุทธ์ในการบริหารจัดการงานสุขศึกษา การพัฒนาบุคลากร และการพัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรมบุคลากรทุกระดับ

1.3.3 นำข้อมูลไปพัฒนารูปแบบการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร ในงานสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพ

1.3.4 เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจอันดีต่อเจ้าหน้าที่ของรัฐ ได้รับประโยชน์จากการพัฒนา และสามารถเผยแพร่ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง ไปสู่ครอบครัวและชุมชน

1.4 ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มีขอบเขตในการศึกษาดังนี้คือ

1.4.1 ขอบเขตเชิงเนื้อหา มีตัวแปรในการศึกษาวิจัย ดังนี้

1.4.1.1 ตัวแปรต้น

1) คุณลักษณะส่วนบุคคล ในด้าน เพศ อายุ สถานภาพเศรษฐกิจ และสถานภาพทางสังคมในประชากร 3 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้นำชุมชน กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และกลุ่มประชาชนทั่วไป

2) ศึกษาระดับการติดต่อสื่อสาร ในด้านทิศทางการติดต่อสื่อสารทั้งแบบทางเดียวและสองทาง และการใช้สื่อ 3 ประเภท คือ สื่อระหว่างบุคคล สื่อมวลชน และสื่อเฉพาะกิจ ที่ประชาชนได้รับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล

3) ศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลและระดับการติดต่อสื่อสาร ที่มีผลต่อระดับการมีส่วนร่วมของประชาชน

1.4.1.2 ตัวแปรตาม

ศึกษาระดับการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจบริหารงานสุขศึกษาในชุมชน ในการประเมินสภาพปัญหา การวางแผนงาน การดำเนินงาน และการประเมินผลในการบริหารงานสุขศึกษา

1.4.2 ขอบเขตเชิงพื้นที่

ศึกษาในพื้นที่ 8 หมู่บ้านของ จังหวัด ร้อยเอ็ด และจังหวัด ยโสธร ซึ่งอยู่ในพื้นที่สาธารณสุขเขต 7

1.5 ข้อจำกัดในการศึกษา

ขอบเขตในการศึกษาครั้งนี้ ศึกษาเฉพาะในพื้นที่หมู่บ้านของเขตสาธารณสุข เขต 7 เท่านั้น และเนื่องจากช่วงเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลอยู่ในฤดูฝน (มิถุนายน - สิงหาคม 2540) ซึ่งเป็นฤดูกาลที่ประชาชนออกไปทำนา และดำเนินการเก็บข้อมูลในระยะเวลาสั้นเพียง 3 เดือน ทำให้กลุ่มตัวอย่างบางครัวเรือนขาดคุณสมบัติที่สามารถเก็บข้อมูลได้ จึงต้องสุ่มตัวอย่างใหม่ที่จะสามารถเก็บข้อมูลได้ อีกทั้งประชาชนโดยทั่วไปได้รับการติดต่อสื่อสารจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการมีส่วนร่วมต่ำเป็นส่วนใหญ่ จึงต้องจัดกลุ่มการติดต่อสื่อสารและการมีส่วนร่วมใหม่ หลังจากเก็บข้อมูลเพื่อให้สามารถวิเคราะห์ข้อมูลได้

1.6 นิยามศัพท์เฉพาะ

1.6.1 คุณลักษณะส่วนบุคคล หมายถึง ลักษณะเฉพาะของบุคคล ในด้านเพศ อายุ สถานภาพเศรษฐกิจ และสถานภาพทางสังคม

1.6.2 การติดต่อสื่อสาร หมายถึง กระบวนการถ่ายทอดสาร โดยศึกษาทิศทางการติดต่อสื่อสารแบบทางเดียว (One - Way Communication) และทิศทางการติดต่อสื่อสารแบบสองทาง (Two - Way Communication) และการใช้สื่อ 3 ประเภท คือ สื่อระหว่างบุคคล (Interpersonal Media) สื่อมวลชน (Mass Media) และการใช้สื่อเฉพาะกิจ (Specialized Media)

1.6.3 การสื่อสารระหว่างบุคคล (Interpersonal Communication) เป็นการสื่อสารระหว่างบุคคล (Person to Person) เพื่อที่จะส่งหรือถ่ายทอดข่าวสารระหว่างผู้ส่งสารและผู้รับสาร ที่จะทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจระหว่างบุคคล

1.6.4 การสื่อสารมวลชน (Mass Communication) เป็นการสื่อสารระหว่างผู้ส่งสาร และผู้รับสารโดยผ่านสื่อมวลชน ได้แก่ วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ นิตยสาร ภาพโฆษณา

1.6.5 สื่อเฉพาะกิจ (Specialized Media) หมายถึง สื่อต่าง ๆ ที่ผลิตขึ้นมาโดยมีเนื้อหาเฉพาะเพื่อการสื่อสารโครงการหรือกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งโดยเฉพาะ แก่กลุ่มเป้าหมายเฉพาะกลุ่ม

1.6.6 การมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง การที่ประชาชนในหมู่บ้านมีส่วนร่วมทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพ ในการบริหารงานสุขภาพศึกษาในขั้นตอนการประเมินสภาพปัญหา การวางแผน การดำเนินงาน และการประเมินผล

1.6.7 ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึง ผลคูณระหว่างปริมาณ (ความถี่ของการมีส่วนร่วม) และคุณภาพของการมีส่วนร่วม (ความเข้มหรือระดับการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ)

1.6.8 สุขศึกษา หมายถึง กระบวนการถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพอนามัย เพื่อให้บุคคล ครอบครัวและชุมชน เกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติตัว และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง

1.6.9 การสาธารณสุขมูลฐาน หมายถึง การบริการสาธารณสุขมูลฐานผสมผสานที่จำเป็น ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค รักษาพยาบาลเบื้องต้น และการฟื้นฟูสภาพ โดย ประชาชนดำเนินการภายใต้การสนับสนุนจากภาครัฐและเอกชน

1.6.10 ชุมชน หมายถึง หมู่บ้านที่มีการจัดตั้งและการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานชุมชน

1.6.11 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หมายถึง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขตำบลในสังกัดสำนักงาน

สาธารณสุข เขต 7

1.6.12 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมายถึง ประชาชนในชุมชนที่ ได้รับการคัดเลือกให้เข้ารับการอบรมเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อทำหน้าที่ในการรักษาพยาบาล เบื้องต้น การส่งเสริมสุขภาพ และ การป้องกันโรค รวมทั้งเป็นแกนนำในการแก้ไขปัญหาพื้นฐาน ด้านสาธารณสุขของชุมชน

1.6.13 ผู้นำชุมชน หมายถึง ผู้นำท้องถิ่นที่เป็นทางการ ได้แก่ผู้ใหญ่บ้าน, ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน กรรมการ อบต. , กรรมการหมู่บ้าน , ผู้นำกลุ่มต่าง ๆ และผู้นำท้องถิ่นที่ไม่เป็นทางการ ได้แก่ ผู้อาวุโส , ครู , พระสงฆ์ เป็นต้น

1.6.14 ประชาชนทั่วไป หมายถึง ประชาชนทั่วไปที่อยู่อาศัยในชุมชน ที่ไม่ได้มีบทบาท เป็นผู้นำชุมชน หรือ อสม.