บทความวิจัย

นวัตกรรมสื่อชุมชนร่วมสมัยเพื่อสร้างอัตลักษณ์สุขภาวะในยุคดิจิทัล: การพัฒนาโมเดลการสื่อสารแบบมีส่วนร่วม สำหรับชุมชนลักษณะกึ่งเมืองกึ่งชนบท

กัญญาณัฐ เปลวเฟื่อง[1]

Received 1 February 2026

Revised 29 June 2026

Accepted 30 September 2026

บทคัดย่อ

การสื่อสารสุขภาพในชุมชนไทยยุคดิจิทัลเผชิญความท้าทายเชิงโครงสร้าง ทั้งจากความหลากหลายของประชากร บริบทกึ่งเมืองกึ่งชนบท และพลวัตของ ระบบนิเวศสื่อที่ส่งผลให้การสื่อสารแบบบนลงล่างไม่สามารถสร้างการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืนได้ การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) พัฒนานวัตกรรมสื่อชุมชนร่วมสมัยสำหรับสร้างอัตลักษณ์สุขภาวะ (2) ประเมินสัมฤทธิผลด้านความรู้ พฤติกรรม และอัตลักษณ์ชุมชน และ (3) สังเคราะห์โมเดลการสื่อสารสุขภาวะชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบทแบบมีส่วนร่วม (PRHCM) ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน ชนิดอธิบายตามลำดับ บูรณาการการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมกับกระบวนการคิดเชิงออกแบบ พื้นที่ศึกษาคือชุมชนเคหะคลองหก จังหวัดปทุมธานี กลุ่มตัวอย่าง เชิงปริมาณจำนวน 283 คน และกลุ่มข้อมูลเชิงคุณภาพจำนวน 17 คน เครื่องมือเชิง คุณภาพ ได้แก่ แนวสัมภาษณ์เชิงลึกกึ่งโครงสร้าง การสนทนากลุ่ม 5 กลุ่ม และแบบบันทึกสังเกตภาคสนาม

[1] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., ประจำคณะเทคโนโลยีการสื่อสารมวลชน มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี
อีเมล: kanyanat_p@rmutt.ac.th

Thai Media Fund Journal
Vol. 5 No 3 July - September 2026

ผลการวิจัยพบว่า การพัฒนานวัตกรรมสื่อสุขภาวะแบบพหุช่องทางที่ชุมชนมีส่วนร่วมออกแบบและบริหารจัดการ สามารถยกระดับการรับรู้ ความรู้ และพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนอย่างมีนัยสำคัญ พร้อมทั้งเสริมสร้างอัตลักษณ์ร่วมภายใต้แนวคิด “ตลาดสุขภาวะ” งานวิจัยได้นำเสนอโมเดลการสื่อสารสุขภาวะชุมชนเมืองแบบมีส่วนร่วม ซึ่งเน้นวงจรการมีส่วนร่วม การสะท้อนคิด และการปฏิบัติพร้อมกลไกการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง เพื่อรองรับความยั่งยืนของการสื่อสารสุขภาพในบริบทชุมชนเมืองไทย

คำสำคัญ: นวัตกรรมสื่อชุมชน, การสื่อสารสุขภาพ, อัตลักษณ์สุขภาวะ, การสื่อสารแบบมีส่วนร่วม, ชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท

Contemporary Community Media Innovation for Health Identity Construction in the Digital Era: A Participatory Communication Model for Semi Urban Communities in Thailand

Kanyanat Plaewfueang [2]

Abstract

Health communication in Thai communities in the digital era faces structural challenges arising from population diversity, rurban socio-spatial contexts, and the dynamic nature of media ecosystems.This study aimed to (1) develop contemporary community based media innovations to foster a shared health identity, (2) evaluate their impacts on health knowledge, behaviors, and community identity, and (3) synthesize a participatory health communication model for urban communities.

An explanatory sequential mixed-methods design was employed, integrating participatory action research with a design thinking process. The study was conducted in the Klong Hok Housing Community in Pathum Thani Province, Thailand. Quantitative data were collected from 283 residents, while qualitative insights were obtained from 17 key informants through purposive sampling. Qualitative data were gathered through semi structured in-depth interviews, five focus group discussions, and field observations.

[2] Asst. Prof. Dr., Faculty of Mass Communication Technology, Rajamangala University of Technology Thanyaburi Email: kanyanat_p@rmutt.ac.th

Thai Media Fund Journal
Vol. 5 No 3 July - September 2026

The findings reveal that community-designed multi-channel health communication innovations significantly improved residents' health awareness, knowledge, and behavioral practices while strengthening a shared community identity centered on the concept of the "Well-being Market." The study proposes the Participatory Rurban Health Communication Model (PRHCM), which positions community identity as a central driver of participatory communication processes and emphasizes iterative cycles of participation, reflection, and action. The model provides a conceptual framework for designing sustainable health communication strategies in rurbanizing communities in developing countries.

Keywords: Community Media Innovation, Health Communication, Health Identity, Participatory Communication, Rurban Community

บทนำ

การสื่อสารสุขภาพในยุคดิจิทัลมิได้เผชิญเพียงการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยี หากยังเผชิญความท้าทายเชิงโครงสร้าง ในการเข้าถึงประชาชน การสร้าง ความหมายร่วม และการขับเคลื่อนพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน โดยเฉพาะในชุมชน เมืองและชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบทของประเทศไทยที่มีความหลากหลายด้านประชากร เงื่อนไขทางสังคม ทุนทางดิจิทัลและรูปแบบการใช้สื่อ แนวทางการสื่อสาร สุขภาพแบบบนลงล่างที่มุ่งถ่ายทอดข้อมูลเป็นหลักถูกวิพากษ์ว่าไม่เพียงพอต่อการ สร้างการมีส่วนร่วมเชิงความหมาย และไม่สามารถตอบสนองต่อบริบททางวัฒนธรรม ปัจจัยเชิงโครงสร้างและความสัมพันธ์เชิงอำนาจในชุมชนได้อย่างรอบด้าน (Airhihenbuwa & Obregon, 2000; Kreps et al., 1998) ผลที่ตามมาคือการสื่อสารมักหยุดอยู่กับการรับรู้ชั่วคราวมากกว่าการก่อรูปเป็นบรรทัดฐานหรือวิถีปฏิบัติร่วมของชุมชน

การขยายตัวของสื่อสังคมออนไลน์และเทคโนโลยีดิจิทัลได้เปลี่ยนตรรกะ ของการสื่อสารสุขภาพจากการส่งสารแบบทางเดียวไปสู่การสื่อสารที่เชื่อมโยงกับประสบการณ์ อัตลักษณ์ และความสัมพันธ์ทางสังคม McLuhan (1964) ชี้ว่าสื่อมิใช่เพียงพาหะของสาร หากแต่เป็นโครงสร้างที่กำกับวิธีคิดและการรับรู้ขณะที่ Postman (1970) อธิบายว่าสื่อหลายประเภททำงานร่วมกันในฐานะระบบนิเวศที่ส่งผลต่อพฤติกรรมและปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เมื่อเชื่อมโยงกับมิติของพื้นที่ Couldry and McCarthy (2004) และJansson (2013) ชี้ให้เห็นว่าสื่อเกี่ยวพันกับการผลิตที่มีความหมายความรู้สึกเป็นเจ้าของ และอัตลักษณ์ร่วมของชุมชน ดังนั้น ในบริบทชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบทของไทย การออกแบบการสื่อสารสุขภาวะจึงต้องจัดความสัมพันธ์ระหว่างสื่อดั้งเดิม สื่อบุคคล สื่อกิจกรรม และสื่อดิจิทัลให้สอดคล้องกับวัยทุนทางดิจิทัลและวิถีชีวิตของผู้คนในพื้นที่

ภายใต้กรอบคิดดังกล่าวสื่อชุมชนมีความสำคัญในฐานะกลไกการสื่อสารที่ฝังอยู่ในโครงสร้างความสัมพันธ์ของพื้นที่และเปิดให้สมาชิกชุมชนมีส่วนร่วมในการกำหนดเนื้อหา กระบวนการ และทิศทางการสื่อสารของตนเอง

Thai Media Fund Journal
Vol. 5 No 3 July - September 2026

แนวคิดของ Carpentier (2011) และ Rennie (2006) ชี้ให้เห็นว่าสื่อชุมชนที่ให้ความสำคัญกับการเป็นเจ้าของ การควบคุม และการมีส่วนร่วมของประชาชนมีศักยภาพในการสร้างการเปลี่ยนแปลงทางสังคมมากกว่าแนวทางการสื่อสารแบบรวมศูนย์ ในบริบทไทย งานศึกษาการเล่าเรื่องเพื่อสะท้อนอัตลักษณ์ชุมชนยังชี้ว่าสื่อและเรื่องเล่าทำหน้าที่ผลิตซ้ำ ต่อรอง และจัดวางความหมายของชุมชนร่วมสมัยขณะที่การมีส่วนร่วมมาก การสื่อสารมิได้จำกัดอยู่ที่การรับสาร แต่รวมถึงการร่วมผลิตเนื้อหาและร่วมกำกับระบบสื่อ ซึ่งเป็นเงื่อนไขสำคัญของความยั่งยืนเชิงระบบของสื่อชุมชน (Pengprang, 2005)

ชุมชนเคหะคลองหก จังหวัดปทุมธานี ซึ่งเป็นพื้นที่กึ่งเมืองกึ่งชนบทที่มีประชากร 2,847 คน ใน 1,430 ครัวเรือน และประกอบด้วยทั้งประชากรถาวรและประชากรเคลื่อนย้าย ทำให้โครงสร้างชุมชนมีความหลากหลายด้านวัย วิถีชีวิต และการเข้าถึงสื่อ ผลสำรวจเบื้องต้น สะท้อนข้อจำกัดเชิงระบบของการสื่อสารสุขภาวะในพื้นที่ โดยกลุ่มผู้สูงอายุ (อายุ 61 ปีขึ้นไป) คิดเป็นร้อยละ 72.2 และยังข้อจำกัดด้านการเข้าถึงทางดิจิทัลขณะที่ร้อยละ 29.0 ประสบภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และภาวะไขมันในเลือดสูง ปัญหาสุขภาพยัง สัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงในชีวิตประจำวัน ได้แก่ การจัดการขยะ น้ำเสียจากครัวเรือน ร้อยละ 70.0 และการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอในระดับต่ำข้อมูลดังกล่าวชี้ว่า ปัญหาสำคัญของพื้นที่มิได้จำกัดอยู่ที่โรคหรือพฤติกรรมสุขภาพรายบุคคล แต่เป็นข้อจำกัดของระบบการสื่อสารสุขภาวะที่ผูกโยงกับสิ่งแวดล้อม วิถีชีวิต ความสัมพันธ์ทางสังคม และความสามารถของชุมชนในการสร้างความหมาย ร่วมต่อการดูแลสุขภาพ ดังนั้น งานวิจัยนี้จึงมุ่งพัฒนานวัตกรรมสื่อชุมชนร่วมสมัยในฐานะกลไกการสื่อสารสุขภาวะที่เชื่อมโยงบริบทพื้นที่ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ช่องทางการสื่อสาร และการสร้างอัตลักษณ์สุขภาวะของชุมชน

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาบริบทชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบทและรูปแบบการรับรู้สื่อสุขภาวะของประชาชนในพื้นที่ศึกษา

2. พัฒนาและทดลองใช้นวัตกรรมสื่อชุมชนร่วมสมัยผ่านกระบวนการสื่อสารแบบมีส่วนร่วม

3. สังเคราะห์และนำเสนอโมเดลการสื่อสารสุขภาวะชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบทแบบมีส่วนร่วมที่สะท้อนกลไกการเชื่อมโยงระหว่างบริบทชุมชน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้องค์ความรู้เชิงประจักษ์เกี่ยวกับบทบาทของนวัตกรรมสื่อชุมชนร่วมสมัยในการส่งเสริมการสื่อสารสุขภาวะและการสร้างอัตลักษณ์สุขภาวะในบริบทชุมชน เมืองกึ่งชนบทของประเทศไทย

2. ได้โมเดลการสื่อสารสุขภาวะชุมชนเมืองแบบมีส่วนร่วมที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาสื่อสุขภาพและกิจกรรมสุขภาวะในชุมชนอื่นที่มีบริบทใกล้เคียง

3. สนับสนุนการพัฒนานโยบายและแนวทางการจัดการสื่อสุขภาวะของหน่วยงานท้องถิ่นและภาคีเครือข่าย โดยเน้นการมีส่วนร่วม การบูรณาการสื่อหลายช่องทาง และความยั่งยืนในระดับชุมชน เสริมสร้างศักยภาพผู้นำและเครือข่ายชุมชน

วรรณกรรม

นวัตกรรมสื่อชุมชนในฐานะโครงสร้างอำนาจการสื่อสาร

งานวิจัยนี้อยู่บนฐานคิดว่า สื่อชุมชนมิใช่เพียงเครื่องมือประชาสัมพันธ์หรือช่องทางการเผยแพร่ข้อมูลสุขภาพของพื้นที่ หากเป็นโครงสร้างอำนาจทางการสื่อสารที่กำหนดว่าใครเข้าถึงข้อมูล การนิยามปัญหา การผลิตเนื้อหาและทิศทางการสื่อสารของชุมชนได้ แนวคิดนี้สอดคล้องกับ Carpentier (2011) ที่มองการมีส่วนร่วมในสื่อสัมพันธ์กับอำนาจในการตัดสินใจและการควบคุม

Thai Media Fund Journal
Vol. 5 No 3 July - September 2026

กระบวนการสื่อสารและ Rodriguez (2001) ที่มองสื่อพลเมืองเป็นพื้นที่ต่อรองอัตลักษณ์เรื่องเล่า และความสัมพันธ์ทางสังคมของชุมชนในบริบทชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท สื่อชุมชนประกอบด้วยเสียงตามสาย ผู้นำชุมชน อสม. สื่อบุคคล เวทีชุมชน ตลาด พื้นที่ส่วนกลาง และช่องทางออนไลน์การยอมรับสื่อแต่ละชนิดจึงสัมพันธ์กับความไว้วางใจ ทุนทางสังคม ความคุ้นเคยในชีวิตประจำวัน และระดับการรู้เท่าทันสื่อของประชาชนแต่ละกลุ่ม แนวคิดการแพร่กระจายนวัตกรรมของ Rogers (2003) ที่อธิบายว่าการยอมรับนวัตกรรมขึ้นอยู่กับการรับรู้ประโยชน์ความเข้ากันได้กับวิถีเดิม ความซับซ้อน โอกาสการทดลองใช้ และการมองเห็นผลลัพธ์อย่างไรก็ตาม งานวิจัยด้านการสื่อสารสุขภาพชุมชนจำนวนมากยังวางชุมชนเป็นกลุ่มเป้าหมายมากกว่าการเป็นเจ้าของกระบวนการ (Stover et al., 2024) ขณะที่ช่องว่างด้านการรู้เท่าทันสื่อดิจิทัลยังจำกัดการเข้าถึงสารสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในบริบทที่มีความเหลื่อมล้ำด้านทักษะและทรัพยากรการสื่อสาร (Livingstone, 2004; Pituk et al., 2025) ดังนั้น นวัตกรรมสื่อชุมชนในงานวิจัยนี้จึงหมายถึงการออกแบบความสัมพันธ์ทางการสื่อสารใหม่ที่เชื่อมโยงพื้นที่ทางกายภาพและพื้นที่ดิจิทัลเพื่อให้ชุมชนร่วมกันกำหนดปัญหา ร่วมผลิตเรื่องเล่า ร่วมเลือกช่องทาง และร่วมสร้างอัตลักษณ์สุขภาวะของตนเอง

ระบบนิเวศสื่อและการจัดความสัมพันธ์ของช่องทางการสื่อสาร

การออกแบบสื่อสุขภาวะในบริบทชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบทจำเป็นต้องมองสื่อในฐานะระบบนิเวศของความสัมพันธ์ระหว่างสาร ผู้คน พื้นที่ และเทคโนโลยีมากกว่าการเลือกใช้ช่องทางสื่อแบบแยกส่วน McLuhan (1964) อธิบายว่า คุณสมบัติของสื่อมีผลต่อรูปแบบการรับรู้ ความไว้วางใจ และการตัดสินใจของผู้คน ขณะที่ Postman (1970) ชี้ว่าสื่อหลายชนิดทำงานร่วมกันในฐานะสภาพแวดล้อมทางสังคมที่กำกับวิธีคิดและวิถีปฏิบัติของชุมชน เมื่อพิจารณาชุมชนเคหะคลองหก ซึ่งมีทั้งประชากรที่หลากหลายและมีการทั้งในพื้นที่จริง และสื่อสารผ่านแพลตฟอร์มออนไลน์ การสื่อสารสุขภาวะจึงไม่อาจพึ่งพาสื่อชนิดใดชนิดหนึ่งได้ หากต้องจัดความสัมพันธ์ของช่องทางให้เสริม

บทบาทกันอย่างเป็นระบบ เช่น ช่องทางบางประเภททำหน้าที่แจ้งข่าวและสร้างการรับรู้ร่วม หรือบางประเภทช่วยแปลความหมายและสร้างความไว้วางใจ บางประเภทเปิด พื้นที่สนทนาและตรวจสอบข้อมูล ขณะที่สื่อดิจิทัลช่วยขยายการเข้าถึงและรองรับข้อมูลย้อนกลับจากประชาชน กรอบคิดของ Couldry and McCarthy (2004) และ Jansson (2013) ย้ำว่าสื่อไม่ได้แยกออกจากพื้นที่แต่เกี่ยวพันกับการผลิตความหมายความรู้สึกเป็นเจ้าของและประสบการณ์ทางสังคมของผู้คนในชีวิตประจำวัน ดังนั้น แนวคิดการจัดสถาปัตยกรรมการสื่อสารใหม่ที่เชื่อมโยงพื้นที่ทางกายภาพและพื้นที่ดิจิทัล ในงานวิจัยนี้ จึงมุ่งจัดบทบาทของสื่อแต่ละชนิดให้สอดคล้องกับกลุ่มวัย บทบาททางสังคมและระดับการเข้าถึงสื่อของคนในชุมชนเพื่อเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพให้เป็นความเข้าใจการมีส่วนร่วมและการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน

การสื่อสารสุขภาพเชิงบริบท การมีส่วนร่วม และการคิดเชิงออกแบบ

การสื่อสารสุขภาพในชุมชนไม่อาจอธิบายกรอบการพฤติกรรมระดับปัจเจกเพียงอย่างเดียว มิใช่การถ่ายทอดข้อมูลทางเดียวเพราะการตัดสินใจด้านสุขภาพสัมพันธ์กับเงื่อนไขทางสังคม วัฒนธรรม ความไว้วางใจ และการเข้าถึงทรัพยากรในพื้นที่ Airhihenbuwa and Obregon (2000) ชี้ให้เห็นข้อจำกัดของแบบจำลองการสื่อสารสุขภาพที่เน้นปัจเจกและละเลยบริบททางวัฒนธรรม ขณะที่ Kreps et al. (1998) เสนอว่าการสื่อสารสุขภาพต้องพิจารณาความสัมพันธ์หลายระดับทั้งระดับบุคคล ระหว่างบุคคล กลุ่มองค์กร และสังคม จากฐานคิดดังกล่าว งานวิจัยฉบับนี้จึงใช้การสื่อสารแบบมีส่วนร่วมเป็นกลไกหลักของการพัฒนา โดย Freire (1970) มองว่าการสื่อสารควรเปิดพื้นที่ให้ประชาชนร่วมตั้งคำถาม วิเคราะห์ปัญหา และกำหนดทิศทางการเปลี่ยนแปลงด้วยตนเอง สอดคล้องกับ Tufte and Mefalopulos (2009) ที่เสนอว่าการมีส่วนร่วมควรขยับจากการรับฟังไปสู่การตัดสินใจร่วมและการเสริมพลังอำนาจ กระบวนการคิดเชิงออกแบบจึงถูกนำมาใช้เป็นกลไกเชิงวิธีวิทยาที่แปลงความเข้าใจจากชุมชนไปสู่ต้นแบบสื่อและกิจกรรมที่ทดลอง ปรับปรุง และเรียนรู้ได้

Thai Media Fund Journal
Vol. 5 No 3 July - September 2026

ต่อเนื่อง โดยอาศัยการออกแบบที่ยึดมนุษย์และบริบทจริงเป็นศูนย์กลาง (Brown, 2009) และการออกแบบร่วมที่ทำให้สมาชิกชุมชนเปลี่ยนจากผู้ให้ข้อมูลไปเป็นผู้ร่วม สร้างสรรค์นวัตกรรม (Sanders & Stappers, 2008)

อัตลักษณ์สุขภาวะและสำนึกความเป็นเจ้าของของชุมชน

การสื่อสารสุขภาพที่เน้นการให้ข้อมูลหรือกระตุ้นความรับผิดชอบระดับบุคคลอย่างเดียวมีข้อจำกัดเพราะอาจลดทอนปัญหาสุขภาวะเป็นเรื่องของปัจเจก มากกว่าจะมองเห็นบริบททางสังคม พื้นที่ และระบบการสนับสนุนของชุมชน (Guttman & Ressler, 2001) ในงานวิจัยนี้ อัตลักษณ์สุขภาวะจึงหมายถึง ความหมายร่วมที่ชุมชนสร้างขึ้นเกี่ยวกับดูแลสุขภาพผ่านสัญลักษณ์ เรื่องเล่าการสื่อสารและพฤติกรรมที่ได้รับการยอมรับร่วมกัน ทฤษฎีอัตลักษณ์ทางสังคมอธิบายว่า บุคคลรับรู้ตนเองผ่านความเป็นสมาชิกกลุ่ม ซึ่งส่งผลต่อบรรทัดฐาน ความภาคภูมิใจ และพฤติกรรมร่วมกัน (Tajfel & Turner, 1979) ขณะที่ Wenger (1998) ชี้ว่าอัตลักษณ์และสำนึกความเป็นสมาชิกก่อตัวขึ้นผ่านการมีกิจปฏิบัติร่วมของกลุ่มเมื่อนำมาใช้กับสุขภาวะการสร้างสำนึกความเป็นเจ้าของ Melewar and Jenkins (2002) เสริมว่าอัตลักษณ์ก่อตัวจากความสอดคล้องระหว่างสัญลักษณ์การสื่อสารและพฤติกรรมที่กลุ่มแสดงออกอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น สื่อชุมชนในงานวิจัยนี้จึงทำหน้าที่เชื่อมโยงปัจจัยนำเข้า ได้แก่ บริบทชุมชน สัญลักษณ์ พื้นที่ และเครือข่ายความสัมพันธ์เข้ากับกระบวนการสื่อสารอย่างมีส่วนร่วมเพื่อนำไปสู่อัตลักษณ์สุขภาวะ สำนึกความเป็นเจ้าของ และแนวโน้มการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในฐานะวิถีปฏิบัติร่วมของชุมชน

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการสังเคราะห์กรอบแนวคิดการวิจัย มีองค์ประกอบดังนี้ แนวคิดสื่อชุมชน (Carpentier, 2011; Rennie, 2006) และระบบนิเวศสื่อ (McLuhan, 1964; Postman, 1970) ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ บริบทชุมชน โครงสร้างพื้นฐานด้านสื่อ และความหลากหลายของประชากร แนวคิดการสื่อสารแบบมีส่วนร่วม (Freire, 1970; Tufte & Mefalopulos, 2009) ร่วมกับการคิดเชิงออกแบบ (Brown, 2009; Sanders & Stappers, 2008) และการพัฒนาสื่อพหุช่องทาง

และกระบวนการออกแบบร่วม ทฤษฎีอัตลักษณ์ทางสังคม (Tajfel & Turner, 1979; Wenger, 1998; Melewar & Jenkins, 2002) ผลลัพธ์ในมิติการก่อรูปอัตลักษณ์สุขภาวะ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย “โมเดลการสื่อสารสุขภาวะชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท แบบมีส่วนร่วมบนฐานอัตลักษณ์ชุมชน” (จัดทำโดยผู้วิจัยจากการสังเคราะห์แนวคิดและข้อมูลการวิจัยช่วง 15 พฤษภาคม 2563-16 สิงหาคม 2564)

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ระเบียบวิธีวิจัยและแนวทางการออกแบบ

การวิจัยนี้ใช้ระเบียบวิธีแบบผสมวิธีชนิดอธิบายตามลำดับ โดยเริ่มจากการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณแล้วจึงเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อนำมาอธิบายและขยายความผลที่ได้ในระยะถัดมาการออกแบบการวิจัยบูรณาการการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเข้ากับกระบวนการคิดเชิงออกแบบเป็นกรอบการทำงานร่วม การพัฒนาต้นแบบ และการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

Thai Media Fund Journal
Vol. 5 No 3 July - September 2026

ตารางที่ 1 การออกแบบระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมวิธีชนิดอธิบายตามลำดับ

องค์ประกอบ	ข้อมูลเชิงปริมาณ	ข้อมูลเชิงคุณภาพ	การบูรณาการ
เป้าหมาย	ศึกษาการรับรู้ ความรู้พฤติกรรม และการมีส่วนร่วม	ศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมการพัฒนาสื่อและอัตลักษณ์ชุมชน	ใช้ประกอบการตีความร่วม
กลุ่มตัวอย่าง	ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป 283 คน	ผู้แทนชุมชนและผู้เข้าร่วมทดลอง 17 คน	ใช้ในแต่ละระยะของการวิจัย
เครื่องมือ	แบบสอบถาม 3 ชุด	สัมภาษณ์เชิงลึก สนทนากลุ่ม สังเกตภาคสนาม	ใช้สังเคราะห์ผลในระยะสุดท้าย
การเชื่อมโยง	ผลสถิติที่แสดงข้อมูลที่เกี่ยวข้อง เช่น ช่องว่างดิจิทัลของผู้สูงอายุ/การรับรู้สื่อ/พฤติกรรมความเสี่ยงสูง	กำหนดประเด็นคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก/สนทนากลุ่มที่นำมาสู่การอธิบายเชิงปริมาณ	ผลเชิงปริมาณนำมาสู่การออกแบบคำถามเชิงคุณภาพ
การวิเคราะห์	สถิติเชิงพรรณาและการเปรียบเทียบก่อน-หลัง	การวิเคราะห์เชิงเนื้อหาหัวข้อ	การแสดงผลร่วมและการตีความ

จากตารางที่ 1 เป็นการแสดงข้อมูลตั้งต้นในการนำไปสู่การออกแบบคำถามสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มในระยะถัดมา เพื่อนำไปสู่การอธิบายในส่วนของการแสดงการรับรู้และพฤติกรรมสู่การปฏิบัติตามหลักการวิจัยแบบผสมวิธี (Creswell & Plano Clark, 2018)

2. พื้นที่ศึกษาและประชากรเป้าหมาย

พื้นที่ศึกษาคือชุมชนเคหะคลองหก อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี ซึ่งเป็นชุมชนลักษณะกึ่งเมืองกึ่งชนบท มีจำนวน 1,430 ครัวเรือน และประชากร 2,847 คน พื้นที่ดังกล่าวมีความหลากหลายของประชากรและมีโครงสร้างชุมชนที่เอื้อต่อการดำเนินการวิจัยแบบมีส่วนร่วม ประชากรเป้าหมายประกอบด้วยประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป และภาคีที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารสุขภาวะในพื้นที่

3. กลุ่มตัวอย่างและเกณฑ์การคัดเลือก

กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณกำหนดโดยใช้สูตรของ Yamane ที่ระดับความคลาดเคลื่อน .05 จากจำนวนครัวเรือน 1,430 หน่วย ได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำ 312 หน่วย ในการเก็บข้อมูลภาคสนามจากแบบสอบถามจำนวน 283 ชุด คิดเป็นอัตราการตอบกลับ ร้อยละ 91.3 การคัดเลือกใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน โดยแบ่งพื้นที่ออกเป็น 4 โซน สุ่มครัวเรือนแบบมีระบบและกำหนดสัดส่วนตามช่วงอายุกลุ่มผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพคัดเลือกแบบเจาะจงตามหลักความหลากหลายสูงสุด จำนวน 17 คน ประกอบด้วยผู้แทนชุมชนและภาคีหลัก 12 คน และผู้เข้าร่วมทดลองใช้และสะท้อนผล 5 คน การเก็บข้อมูลดำเนินต่อเนื่องจนข้อมูลมีลักษณะอิ่มตัว ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างหลักเชิงปริมาณคือประชาชนจำนวน 283 คน ส่วนผู้เข้าร่วมเวทีสนทนากลุ่ม 4 ครั้ง จำนวน 74 คน และผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพ 17 คน เป็นกลุ่มย่อยที่คัดเลือกจากผู้ตอบแบบสอบถาม 283 คน มิได้เป็นกลุ่มตัวอย่างชุดใหม่ ขณะที่จำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรมสื่อ 148 คน/ ครั้ง เป็นตัวชี้วัดการเข้าถึงกิจกรรม มิใช่ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิเคราะห์ทางสถิติ

Thai Media Fund Journal
Vol. 5 No 3 July - September 2026

4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ

เครื่องมือเชิงปริมาณเป็นแบบสอบถาม 3 ชุด ครอบคลุมการรับรู้สื่อสุขภาวะและบริบทชุมชน การมีส่วนร่วมและพฤติกรรมสุขภาพ และความรู้สุขภาวะกับอัตลักษณ์ชุมชน เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่าง 0.80-1.00 และผ่านการทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 30 คน ค่าความเชื่อมั่นระหว่าง .84-.89 ต้นแบบนวัตกรรมสื่อที่พัฒนาขึ้น 4 ช่องทาง (เสียงตามสาย สื่อบุคคล สื่อดิจิทัล และสื่อกิจกรรม) ได้มีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 คน จาก 3 สาขา ได้แก่ ด้านนิเทศศาสตร์/ การสื่อสารด้านสาธารณสุข/ แพทย์บูรณาการ และด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ประเมินความถูกต้องของเนื้อหาสุขภาพ ความเหมาะสมของภาษาและช่องทางกับกลุ่มเป้าหมายค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่าง 0.80-1.00 ก่อนปรับแก้ตามข้อเสนอแนะและนำไปทดลองใช้จริง

เครื่องมือเชิงคุณภาพประกอบด้วยแนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก แนวทางการ สนทนากลุ่ม แบบบันทึกการสังเกตภาคสนาม และเวทีประชุมแบบมีส่วนร่วมเชิงสร้างสรรค์ การสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มใช้แนวคำถามแบบกึ่งโครงสร้าง เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลอธิบายประสบการณ์และมุมมองภายใต้ประเด็นหลักเดียวกัน

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการดำเนินโครงการ โดยใช้ paired t-test สำหรับคะแนนความรู้ และ McNemar test สำหรับสัดส่วนพฤติกรรม พร้อมนำมารายงานขนาดอิทธิพล (Cohen’s d และ odds ratio) และวิเคราะห์สหสัมพันธ์ระหว่างการรับสื่อกับการเปลี่ยนพฤติกรรม ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาเชิงหัวข้อ โดยตรวจสอบความสอดคล้องของการให้รหัสร่วมกัน การบูรณาการข้อมูลทั้งสองสายดำเนินการในระยะสุดท้ายผ่านการแสดงผลร่วม (Creswell & Plano Clark, 2018)

6. ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ครอบคลุมระยะเวลา 15 เดือน (พฤษภาคม 2563-สิงหาคม 2564) ดังแสดงในตารางที่ 2 ดังนี้

ตารางที่ 2 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ระยะ	ช่วงเวลา	กิจกรรมหลัก
1	พ.ค. 2563 - ม.ค. 2564	สำรวจบริบทจากสภาพแวดล้อม และทบทวนข้อมูลเอกสารร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
2	ก.พ. - เม.ย. 2564	สำรวจด้วยแบบสอบถาม สัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม ร่วมออกแบบพัฒนาต้นแบบ
3	พ.ค. - ส.ค. 2564	ทดลองใช้และปรับปรุง ประเมินผลก่อน-หลัง และสังเคราะห์โมเดล

จากตารางที่ 2 การดำเนินงานวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การศึกษาบริบทชุมชน การรับรู้สื่อ และการมีส่วนร่วมด้านสุขภาวะระยะที่ 2 การร่วมออกแบบและพัฒนานวัตกรรมสื่อผ่านกระบวนการคิดเชิงออกแบบ และระยะที่ 3 เป็นการประเมินผลและบูรณาการข้อมูลเพื่อสังเคราะห์เป็นโมเดลการสื่อสารสุขภาวะชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบทแบบมีส่วนร่วม

เนื่องจากช่วงดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนพฤษภาคม 2563 ถึงสิงหาคม 2564 อยู่ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ผู้วิจัยจึงปรับรูปแบบการเก็บข้อมูลให้สอดคล้องกับมาตรการสาธารสุข โดยจัดเวทีและการสนทนากลุ่ม

Thai Media Fund Journal
Vol. 5 No 3 July - September 2026

แบบกลุ่มย่อยในพื้นที่เปิดของชุมชน มีการเว้นระยะห่างและสวมหน้ากากอนามัยควบคู่กับการสื่อสารและติดตามผ่านช่องทางออนไลน์ (กลุ่มไลน์ชุมชนและโทรศัพท์) สำหรับผู้ที่ไม่สะดวกมาเข้าร่วม ในพื้นที่จริงส่วนกิจกรรมในพื้นที่ตลาดดำเนินงานภายใต้มาตรการสาธารณสุขของพื้นที่

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ดำเนินการภายใต้หลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และได้รับการรับรองด้านจริยธรรมภายใต้โครงการวิจัยเรื่อง “การบริหารจัดการสื่อและการจัดสรรข้อมูลเชิงพื้นที่เพื่อส่งเสริมสุขภาวะชุมชนอย่างมีส่วนร่วม” รหัสโครงการวิจัย Exp 10/63 ผู้เข้าร่วมได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน สิทธิในการเข้าร่วมหรือถอนตัว และมาตรการรักษาความลับของข้อมูลก่อนให้ความยินยอม

ผลการวิจัย

บริบทชุมชนและรูปแบบการสื่อสารสุขภาวะในชุมชนเมือง

ผลการศึกษาบริบทชุมชนเคหะคลองหก จังหวัดปทุมธานี พบว่าเป็นชุมชนเมืองกึ่งชนบทขนาดเล็ก จำนวน 1,430 ครัวเรือน มีลักษณะประชากรที่หลากหลายทั้งประชากรถาวรและประชากรแฝงจากสถาบันการศึกษาใกล้เคียง ตลาดชุมชนทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางทางเศรษฐกิจ สังคม และการสื่อสารของพื้นที่ โดยมีโครงสร้างการบริหารจัดการผ่านคณะกรรมการชุมชนจำนวน 17 คน

การวิเคราะห์เชิงสถานการณ์โดยใช้กรอบ SWOT ชี้ให้เห็นว่าชุมชนมีจุดแข็งด้านโครงสร้างพื้นฐานและเครือข่ายการบริหารจัดการ แต่เผชิญกับความท้าทายสำคัญด้านการสื่อสารภายใน ความรู้สุขภาวะ การจัดการสิ่งแวดล้อม และช่องว่างการมีส่วนร่วมของกลุ่มวัยรุ่นและผู้สูงอายุ

ตารางที่ 3 ลักษณะประชากรและภาวะสุขภาพ (n=283)

ลักษณะ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	หมายเหตุ
เพศหญิง/ ชาย	181/ 102	64.0/ 36.0	หญิงส่วนใหญ่เป็นผู้ดูแลสุขภาพครอบครัว
อายุ < 40 ปี	148	52.3	ประชากรเคลื่อนย้ายสูง
อายุ 40–60 ปี	58	20.5	–
อายุ ≥ 61 ปี	77	27.2	ช่องว่างดิจิทัลสูง
มีโรคประจำตัว (NCDs)	82	29.0	ความดัน 14.5%/ เบาหวาน 9.9%/ ไขมัน 4.6%
ออกกำลังกาย ≥ 3 วัน/ สัปดาห์ (ก่อน)	96	34.0	ฐานพฤติกรรมต้นทุนต่ำ
สิทธิบัตรทอง	214	75.6	–

ที่มา: แบบสอบถาม Q1-Q2 ช่วง ก.พ.-เม.ย. 2564 (อัตราการตอบกลับ 91.3%)

ลักษณะประชากรศาสตร์

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 283 คน มีสัดส่วนเพศหญิงร้อยละ 64 และเพศชายร้อยละ 36 กลุ่มอายุต่ำกว่า 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 52.3 สะท้อนโครงสร้างชุมชนที่มีประชากรเคลื่อนย้ายสูง ขณะที่กลุ่มผู้สูงอายุ 61 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนร้อยละ 27.2 ซึ่งมีช่องว่างทางดิจิทัลสูง

Thai Media Fund Journal
Vol. 5 No 3 July - September 2026

ตารางที่ 4 ปัญหา ความต้องการ และปัจจัยเสี่ยงของชุมชนจำแนกตามมิติ

มิติ	ปัญหาหลัก/ ปัจจัยเสี่ยง	ความต้องการ	ลำดับความสำคัญ
ด้านสาธารณสุข	NCDs; พฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม	ระบบสื่อสารสุขภาพมีส่วนร่วมทุกวัย	สูงสุด (92%)
ด้านสิ่งแวดล้อม	ขยะไม่คัดแยก 86.6%; น้ำเสีย 70.0%; พื้นที่ออกกำลังกายไม่พอ 59.0%	สื่อสารสิ่งแวดล้อมเชื่อมพฤติกรรมครัวเรือน	สูงมาก (88%)
ด้านสื่อสาร-ข้อมูล	สื่อบนลงล่าง; ช่องว่างดิจิทัล	สื่อสองภาษาตอบทุก วัย	ปานกลาง (80%)
การมีส่วนร่วม	ความเฉื่อยทางสังคม; ขาดแกนนำ	กระบวนการสร้างความเป็นเจ้าของ	ปานกลาง (80%)

ที่มา: ได้จากการจัดลำดับร่วมกันในเวทีชุมชน โดยมีผู้เข้าร่วมจากเวทีชุมชน 4 ครั้ง (n=74 คน) และผู้ให้สัมภาษณ์เชิงลึก n=17 คน ในการนับคะแนนร่วมในเวทีรวม 4 เวที ค่าร้อยละ หมายถึงสัดส่วนผู้จัดมิตินั้นเป็นลำดับต้น มิใช่อัตราความชุก ปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมจาก แบบสอบถาม Q1 (n=283)

จากตารางที่ 3 และ 4 พบว่ามิติด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมมีระดับความต้องการสูงสุดในทุกเวทีชุมชน กลุ่มผู้สูงอายุและผู้มีโรคประจำตัวเป็นกลุ่มที่มีความต้องการสื่อสุขภาวะเฉพาะสูงสุด

การรับรู้สื่อและการมีส่วนร่วมด้านสุขภาวะ

ผลการสำรวจพบว่า ประชาชนรับรู้สื่อและกิจกรรมในชุมชน ส่วนใหญ่ 2-3

ครั้งต่อปี คิดเป็นร้อยละ 58.7 เสียงตามสาย ได้รับการรับรู้และใช้งานสูงสุด เนื่องจากเข้าถึงได้แม้ไม่ต้องใช้เทคโนโลยี ขณะที่สื่อดิจิทัลมีการใช้งานในกลุ่มผู้สูงอายุต่ำกว่าการรับรู้อย่างมีนัยสำคัญ โดยเสียงตามสายและสื่อบุคคลเป็นช่องทางที่แปลงการรับรู้เป็นการใช้จริงได้ในสัดส่วนสูงสุด

ตารางที่ 5 การรับรู้สื่อสุขภาวะและกิจกรรมของชุมชน

ช่องทางสื่อ	รับรู้ (%)	ใช้จริง (%)	χ^2 (รับรู้/ใช้จริง)	หมายเหตุ
เสียงตามสาย	84.1	67.5	20.38***	ความถี่ 2-3 ครั้ง/ สัปดาห์
สื่อบุคคล (อสม.)	79.2	61.5	20.32***	อสม.ทั้งหมดมีสมาร์ทโฟน
สื่อดิจิทัล (LINE/ Facebook)	68.2	53.7	11.88**	ผู้สูงอายุใช้น้อย (22.1%)
สื่อกิจกรรม (ตลาด)	45.2	34.6	6.19*	ผู้เข้าร่วม 148 คน/ ครั้ง

ที่มา: แบบสอบถาม Q1 และการสนทนากลุ่ม (n=283)

หมายเหตุ: * p<.05, ** p<.01 *** p<.001 (chi-square, df=1); “ออกอากาศ 2-3 ครั้ง/ สัปดาห์” คือความถี่ของตัวสื่อ ส่วนความถี่ที่ประชาชนรับสื่อ/กิจกรรมโดยรวมก่อนโครงการเฉลี่ย 2-3 ครั้ง/ ปี (ร้อยละ 58.7)

ผลการพัฒนานวัตกรรมสื่อชุมชนผ่านกระบวนการคิดเชิงออกแบบ

การพัฒนานวัตกรรมสื่อชุมชนดำเนินการตามกระบวนการคิดเชิง

Thai Media Fund Journal
Vol. 5 No 3 July - September 2026

ออกแบบ 5 ขั้น ได้แก่ การทำความเข้าใจผู้ใช้ การกำหนดปัญหา การระดมความคิด การสร้างต้นแบบ และการทดสอบ โดยเริ่มจากการสัมภาษณ์เชิงลึก 17 คน การสนทนากลุ่ม 5 กลุ่ม รวม 74 คน เวทีชุมชน 4 ครั้ง การวิเคราะห์ SWOT การประชุมร่วมออกแบบ และกิจกรรม World Café ผลการดำเนินงานทำให้ได้ persona 5 กลุ่ม คำถามการออกแบบระบบสื่อสุขภาวะที่เข้าถึงได้ทุกวัย และต้นแบบสื่อสุขภาวะ 4 ช่องทาง ได้แก่ เสียงตามสาย สื่อบุคคล สื่อดิจิทัล และสื่อกิจกรรม ต้นแบบดังกล่าวได้รับการทดสอบและปรับปรุงซ้ำ 6 รอบก่อนที่มา: ดัดแปลงจาก Brown (2009) และ Sanders & Stappers (2008) ดำเนินการ กุมภาพันธ์-เมษายน 2564

ผลลัพธ์ด้านการเปลี่ยนแปลงความรู้ พฤติกรรมและอัตลักษณ์ชุมชน

ผลการประเมินก่อน-หลัง (n = 283) สะท้อนว่านวัตกรรมสื่อสุขภาวะที่ออกแบบมีส่วนร่วมสามารถยกระดับความรู้และก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้จริง โดยทุกมิติมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p น้อยกว่า .001

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมสุขภาวะก่อนและหลังการดำเนินโครงการ (n = 283)

มิติการประเมิน	ก่อน	หลัง	การเปลี่ยนแปลง (%)	ขนาดอิทธิพล	การทดสอบ
1. ด้านความรู้สุขภาวะ (100)	Mean (SD)	Mean (SD)			
คะแนนความรู้รวม	51.3 (12.4)	72.8 (9.8)	+21.5 จุด +41.9 %	d_z=2.10	< .001***
2. ด้านพฤติกรรมสุขภาพ	n (%)	n (%)			

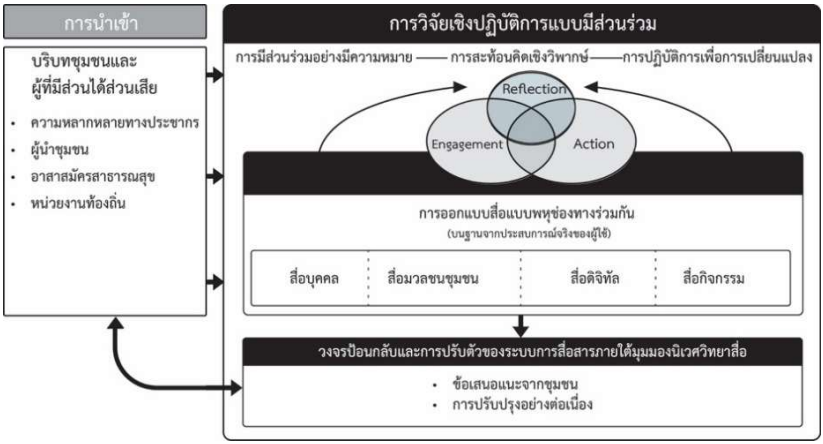
มิติการประเมิน	ก่อน	หลัง	การเปลี่ยนแปลง (%)	ขนาดอิทธิพล	การทดสอบ
ออกกำลังกาย ≥ 3 วัน/ สัปดาห์	96 (34.0)	190 (67.0)	+33.2 จุด +97.1 %	OR =16.7	< .001***
แยกขยะในครัวเรือน	52 (18.5)	155 (54.8)	+36.4 จุด +196.2 %	OR =26.8	< .001***
3. การมีส่วนร่วมและอัตลักษณ์	n (%)	n (%)			
การมีส่วนร่วมในกิจกรรม	81 (28.6)	207 (73.1)	+ 44.5 จุด +155.6 %	OR=26.2	< .001***
ความรู้สึกส่วนหนึ่งของ “ตลาด สุขภาวะ”	92 (32.5)	222 (78.4)	+ 45.9 จุด +141.2 %	OR =27.0	< .001***

ที่มา: แบบสอบถาม q3 (ความรู้สุขภาวะและอัตลักษณ์ชุมชน) วัดก่อนและหลัง (n = 283)

หมายเหตุ: แบบทดสอบความรู้คะแนนเต็ม 100 คะแนน (51.3 และ 72.8 อ่านเป็นร้อยละได้โดยตรง) คะแนนความรู้ทดสอบด้วย *** p < .001; วิเคราะห์เปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Paired t-test สำหรับข้อมูลคะแนนเฉลี่ย และ McNemar test (OR สำหรับข้อมูลสัดส่วนร้อยละ) การเปลี่ยนแปลงรายงานเป็นจุดร้อยละตามด้วยการเปลี่ยนแปลงเชิงสัมพันธ์ในวงเล็บ (รายงานเป็นผลช่วง 3 เดือน)

Thai Media Fund Journal
Vol. 5 No 3 July - September 2026

การวิเคราะห์เชิงคุณภาพสะท้อนการก่อรูปของ “อัตลักษณ์ตลาดสุขภาวะ” ผ่านสัญลักษณ์ พิธีกรรมการสื่อสาร เรื่องเล่าชุมชน และการกระทำร่วม สอดคล้องกับทฤษฎีอัตลักษณ์ทางสังคมของ Tajfel & Turner (1979) และแนวคิดการสร้างอัตลักษณ์องค์กรของ Melewar & Jenkins (2002)



ภาพที่ 2 โมเดลการสื่อสารสุขภาวะชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบทแบบมีส่วนร่วม

จากภาพที่ 2 แสดงโมเดลแสดงกระบวนการพัฒนานวัตกรรมสื่อสุขภาวะที่เริ่มจากบริบทชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผ่านวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม และการออกแบบสื่อแบบพหุช่องทางร่วมกัน นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงด้านอัตลักษณ์สุขภาวะ ความรู้ และพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน โดยมีกลไกการป้อนกลับเพื่อการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนานวัตกรรมสื่อชุมชนร่วมสมัยในบริบทชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบทของไทยสามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาวะได้อย่างมีนัยสำคัญ เมื่อการสื่อสารสุขภาพถูกออกแบบบนฐานของการมีส่วนร่วมและการเรียนรู้ของ

ชุมชน แนวทางที่เห็นรูปธรรมมากที่สุดคือการจัดสถาปัตยกรรมการสื่อสารใหม่ที่เชื่อมโยงพื้นที่ทั้งทางกายภาพและพื้นที่ดิจิทัลที่ยึดโยงบริบทตลาดชุมชน โดยผสานเสียงตามสายและสื่อบุคคล (อสม.) ซึ่งเข้าถึงได้กว้างที่สุด เข้ากับสื่อกิจกรรมในพื้นที่ตลาดและสื่อดิจิทัลสำหรับกลุ่มวัยทำงาน ภายใต้อัตลักษณ์ร่วม “ตลาดสุขภาวะ” ที่ชุมชนออกแบบและบริหารจัดการเอง

การอภิปรายวัตถุประสงค์ที่ 1 บริบทกึ่งเมืองกึ่งชนบทกับรูปแบบการรับสื่อบริบทกึ่งเมืองกึ่งชนบทของเคหะชุมชน กำหนดรูปแบบการเข้าถึงและรับสื่ออย่างชัดเจนผ่านเสียงตามสายและสื่อบุคคล ที่สามารถเข้าถึงได้กว้างที่สุด เพราะสอดคล้องกับวิถีชีวิตประจำวัน ขณะที่สื่อดิจิทัลเผยแพร่จำกัดในกลุ่มผู้สูงอายุสะท้อนว่าสื่อทำงานเป็นระบบนิเวศที่เชื่อมโยงกันมากกว่าทำงานแยกส่วน (McLuhan, 1964; Postman, 1970; Jansson, 2013) และการขยายตัวของสื่อได้แทรกตัวเข้าไปในพื้นที่ทางสังคมของชุมชนข้อนี้สอดคล้องกับ Pituk et al. (2025) ที่ชี้ว่าช่องว่างการรู้เท่าทันสื่อดิจิทัลของผู้สูงอายุไทยเป็นเงื่อนไขจำกัดต่อการเข้าถึงสารสุขภาพ จึงแสดงว่าการออกแบบสื่อต้องจำแนกตามกลุ่มประชากร มิใช่ใช้สารและช่องทางชุดเดียวกันทั้งชุมชน

การอภิปรายวัตถุประสงค์ที่ 2 ความเป็นไปได้ของรูปแบบการจัดสถาปัตยกรรมการสื่อสารใหม่ที่เชื่อมโยงพื้นที่ทั้งทางกายภาพและพื้นที่ดิจิทัล การบูรณาการการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมกับการคิดเชิงออกแบบเปิดพื้นที่ให้สมาชิกชุมชนเปลี่ยนบทบาทจากผู้รับสารเป็นผู้ร่วมสร้างความหมาย สอดคล้องกับการสื่อสารแบบมีส่วนร่วมของ Freire (1970) และระดับการสื่อสารในฐานะกระบวนการสนทนาและการเสริมพลังของ Tufte and Mefalopulos (2009) รวมถึงการออกแบบร่วม (co-creation) ของ Sanders and Stappers (2008) ผลเชิงปริมาณแสดงคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นร้อยละ (41.9 = 35.26, $p < .001$, Cohen’s $d_z = 2.10$) ซึ่งสอดคล้องกับแบบจำลองความเชื่อมด้านสุขภาพในมิติการรับรู้ประโยชน์ และแรงกระตุ้นให้ลงมือปฏิบัติ (Rosenstock, 1974; Glanz et al.,2008) การใช้สื่อหลายช่องทางที่เหมาะสมกับกลุ่มประชากรที่แตกต่างกันช่วยลดข้อจำกัดด้านการเข้าถึงและเสริมแรงจูงใจ

Thai Media Fund Journal
Vol. 5 No 3 July - September 2026

ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

การอภิปรายตามวัตถุประสงค์ที่ 3 แนวทางนวัตกรรมของโมเดล PRHCM จากการสังเคราะห์โมเดลการสื่อสารสุขภาวะชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบทแบบมีส่วนร่วม (PRHCM) ที่วางอัตลักษณ์ “ตลาดสุขภาวะ” เป็นแกนขับเคลื่อนการก่อรูปอัตลักษณ์ร่วม (ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งเพิ่มจากร้อยละ 32.5 เป็น 78.4) สอดคล้องกับทฤษฎีอัตลักษณ์ทางสังคมของ Tajfel and Turner (1979) ในแง่ที่สมาชิกนิยามตนเองผ่านการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มและสอดคล้องกับชุมชนแห่งการปฏิบัติของ Wenger (1998) ที่อัตลักษณ์และการเรียนรู้ก่อตัวพร้อมกันผ่านการปฏิบัติร่วม จุดที่ทำให้ PRHCM ต่างจากการรณรงค์สื่อสารสุขภาพแบบครั้งคราวคือวงจรการสะท้อนผลและการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (feedback loop) ตามที่ระบุในกรอบแนวคิด (ภาพที่ 1) ซึ่งทำให้สื่อถูกปรับแก้ตามการสะท้อนของชุมชนเป็นระยะ กลไกนี้สอดคล้องกับเงื่อนไขการยอมรับนวัตกรรมของ Rogers (2003) เรื่องความเข้ากันได้กับวิถีเดิมและการสังเกตผลได้และเป็นปัจจัยสำคัญที่หนุนความต่อเนื่องของการสื่อสารสุขภาพในระดับพื้นที่

ในมิติด้านอัตลักษณ์ ผลการวิจัยสนับสนุนทฤษฎีอัตลักษณ์ทางสังคม โดยแสดงให้เห็นว่า การสร้างอัตลักษณ์ “ตลาดสุขภาวะ” ผ่านสัญลักษณ์ พิธีกรรมการสื่อสาร เรื่องเล่าชุมชน และค่านิยมร่วม ช่วยเสริมสร้างความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งและความภาคภูมิใจของสมาชิกชุมชน ซึ่งนำไปสู่การมีส่วนร่วมและการกระทำร่วมด้านสุขภาวะอย่างต่อเนื่อง (Tajfel & Turner, 1979; Melewar & Jenkins, 2002) ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับงานวิจัยด้านสื่อชุมชนในมุมมองว่าสื่อที่ชุมชนเป็นเจ้าของควบคุมและดำเนินการเป็นเทคโนโลยีทางวัฒนธรรมสำหรับการสร้างอัตลักษณ์และการเปลี่ยนแปลงทางสังคม (Rodriguez, 2001; Carpentier, 2011)

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. หน่วยงานภาครัฐและกองทุนด้านการสื่อสารสุขภาพ นำไปใช้ในการวางแผนสนับสนุนการพัฒนานวัตกรรมสื่อชุมชนที่เปิดพื้นที่ให้ชุมชนมีบทบาทใน

การออกแบบ ทดลอง และปรับปรุงสื่อด้วยตนเอง

2. นโยบายด้านสุขภาพชุมชน สามารถนำแนวทางการบูรณาสื่อสารสุขภาวะให้เข้ากับพื้นที่ทางเศรษฐกิจและวัฒนธรรมของชุมชน

3. การส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพผู้นำชุมชนและเครือข่ายอาสาสมัครในด้านนักสื่อสารสุขภาพชุมชน

ข้อเสนอแนะการนำไปใช้

1. โมเดลการสื่อสารสุขภาวะชุมชนเมืองแบบมีส่วนร่วมที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับชุมชนเมืองอื่นที่มีความหลากหลายของประชากร ก่อนนำไปใช้สามารถปรับรูปแบบการสื่อสารให้เหมาะกับบริบทเฉพาะของพื้นที่

2. หน่วยงานท้องถิ่นสามารถใช้กรอบแนวคิดและกระบวนการในงานวิจัยนี้เป็นแนวทางในการออกแบบแผนสื่อสารสุขภาพชุมชนแบบบูรณาการ

3. สถาบันการศึกษาและองค์กรพัฒนาชุมชนสามารถใช้กระบวนการ PAR และการคิดเชิงออกแบบในการพัฒนาหลักสูตรหรือกิจกรรมการเรียนรู้ที่เน้นการสร้างนวัตกรรมสื่อเพื่อสุขภาวะในระดับพื้นที่ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการทดลองใช้ในงานวิจัยนี้มีระยะเวลา 3 เดือน ในการดำเนินงานต่อไปในด้านการติดตามผลระยะยาว 6-12 เดือน เพื่อประเมินความต่อเนื่องของการใช้สื่อ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และความยั่งยืนของกลไกการสื่อสารในชุมชน

คำขอบคุณ

งานวิจัยฉบับนี้ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยบริหารและจัดการทุนด้านการพัฒนาพื้นที่ (บพท.) สำนักงานสภานโยบายการอุดมศึกษาวิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรมแห่งชาติ และมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์เดชรัชต์ ใจถวิล สำหรับการสนับสนุนด้านทรัพยากร การเก็บรวบรวมข้อมูลและการดำเนินกิจกรรมภาคสนาม ตลอดจนการให้คำปรึกษาด้านเทคนิคและสนับสนุนการพัฒนาระบบคอมพิวเตอร์ต้นแบบที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัย

Thai Media Fund Journal
Vol. 5 No 3 July - September 2026

เอกสารอ้างอิง

Airhihenbuwa, C. O., & Obregon, R. (2000). A critical assessment of theories/ models used in health communication for AIDS. *Journal of Health Communication, 5*(Suppl 1), 5-15. From https://doi.org/10.1080/10810730050019528

Brown, T. (2009). *Change by design: How design thinking transforms organizations and inspires innovation*. New York, NY: HarperBusiness.

Carpentier, N. (2011). *Media and participation: A site of ideological democratic struggle*. Bristol, England: Intellect.

Couldry, N., & McCarthy, A. (Eds.). (2004). *MediaSpace: Place, scale and culture in a media age*. London, England: Routledge.

Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2018). *Designing and conducting mixed methods research* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: SAGE.

Freire, P. (1970). *Pedagogy of the oppressed*. New York, Continuum.

Guttman, N., & Ressler, W. H. (2001). On being responsible: Ethical issues in appeals to personal responsibility in health campaigns. *Journal of Health Communication, 6*(2), 117-136. From https://doi.org/10.1080/108107301750254294

Jansson, A. (2013). Mediatization and social space: Reconstructing mediatization for the transmedia age. *Communication Theory*, *23*(3), 279-296. From https://doi.org/10.1111/comt.12015

Kreps, G. L., Bonaguro, E. W., & Query, J. L., Jr. (1998). The history and development of the field of health communication. In L. D. Jackson, & B. K. Duffy (Eds.), *Health communication research: A guide to developments and directions* (pp. 1-15). Greenwood Press.

McLuhan, M. (1964). *Understanding media: The extensions of man*. McGraw-Hill.

Melewar, T. C., & Jenkins, E. (2002). Defining the corporate identity construct. *Corporate Reputation Review, 5*(1), 76-90. https://doi.org/10.1057/palgrave.crr.1540166

Melewar, T. C., Bassett, K., & Simões, C. (2006). The role of communication and visual identity in modern organisations. *Corporate Communications: An International Journal, 11*(2), 138-147. From https://doi.org/10.1108/13563280610661679

Pengprang, K. (2005). *Community communication for development*. Chulalongkorn University.

Pituk, P., Chutipattana, N., Laor, P., Sukdee, T., Kittikun, J., Jitwiratnukool, W., Fajriyah, R., & Saisanan Na Ayudhaya, W. (2025). Digital media victimization among older adults in upper-southern Thailand. *Informatics, 12*(1), 24. https://doi.org/10.3390/informatics12010024

Postman, N. (1970). The reformed English curriculum. In A. C. Eurich (Ed.), *High school 1980: The shape of the future in American secondary education* (pp. 160-168). New York, NY: Pitman.

Rennie, E. (2006). *Community media: A global introduction*. Lanham, MD: Rowman & Littlefield.

Rodriguez, C. (2001). *Fissures in the mediascape: An international study of citizens' media*. Cresskill, NJ: Hampton Press.

Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of innovations* (5th ed.). New York, NY: Free Press.

Sanders, E. B.-N., & Stappers, P. J. (2008). Co-creation and the new

Thai Media Fund Journal
Vol. 5 No 3 July - September 2026

landscapes of design. *CoDesign, 4*(1), 5-18. https://doi.org/10.1080/15710880701875068

Stover, J., Avadhanula, L., & Sood, S. (2024). *A review of strategies and levels of community engagement in strengths-based and needs-based health communication interventions*. Frontiers in Public Health, 12, 1231827. https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1231827

Tajfel, H., & Turner, J. C. (1979). An integrative theory of intergroup conflict. In W. G. Austin & S. Worchel (Eds.), *The social psychology of intergroup relations* (pp. 33-47). Brooks/Cole.

Tufte, T., & Mefalopulos, P. (2009). *Participatory communication: A practical guide*. World Bank.

Wenger, E. (1998). *Communities of practice: Learning, meaning, and identity*. Cambridge, England: Cambridge University Press.