

การพัฒนาแบบการสื่อสารเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนชาติพันธุ์กะเหรี่ยง อำเภอเมืองแม่ฮ่องสอน จังหวัดแม่ฮ่องสอน

Development of a Communication Model for Dengue Prevention among Karen Ethnic Communities in Mueang Mae Hong Son District, Mae Hong Son Province.

(Received: May 7,2026 ; Revised: May 13,2026 ; Accepted: May 17,2026)

ธรรมธิดา เลิศมงคล¹ ศิวาพร มหาทำนุโชค²

Tummatida Lertmongkol¹ Siwaporn Mahathamnuchock²

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ดำเนินการในชุมชนบ้านห้วยเสือเฒ่า ตำบลผาบ่อง อำเภอเมือง จังหวัดแม่ฮ่องสอน มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) วิเคราะห์บริบทและกลไกการสื่อสารสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออก และ (2) พัฒนารูปแบบการสื่อสารสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทชุมชนชาติพันธุ์กะเหรี่ยงการวิจัยใช้แนวทางการวิจัยเชิงสำรวจวิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพ ดำเนินการ 2 ระยะ ได้แก่ การวิเคราะห์และสังเคราะห์องค์ความรู้ และการพัฒนารูปแบบการสื่อสารสุขภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญจำนวน 33 คน โดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกตบริบท และการวิเคราะห์เอกสาร วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาและการตีความภายใต้กรอบแนวคิด Health Belief Model ร่วมกับมิติทางสังคมและวัฒนธรรม

ผลการศึกษาพบว่า การสื่อสารสุขภาพในชุมชนอาศัยกลไกทางสังคมและวัฒนธรรมเป็นสำคัญ โดยผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขทำหน้าที่เชื่อมโยงและแปลความหมายของข้อมูลสุขภาพให้สอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรม การใช้ภาษาท้องถิ่น สื่อภาพ และประสบการณ์ตรงของคนในชุมชน ช่วยให้สื่อสารสุขภาพเชื่อมโยงกับชีวิตประจำวันของประชาชนได้มากขึ้น อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานำไปสู่ข้อค้นพบเชิงแนวคิดเกี่ยวกับ “ช่องว่างระหว่างความหมายกับการลงมือทำ” (Meaning–Action Gap) ซึ่งสะท้อนว่าประชาชนแม้เข้าใจข้อมูลสุขภาพ แต่ยังไม่สามารถเชื่อมโยงความหมายนั้นไปสู่การปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะเมื่อการป้องกันโรคนั้นถูกมองว่าเป็นหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขมากกว่าความรับผิดชอบของครัวเรือน

คำสำคัญ: การสื่อสารสุขภาพ, ไข้เลือดออก, ชนชาติพันธุ์กะเหรี่ยง, พฤติกรรมสุขภาพ

Abstract

This study was conducted in Ban Huai Suea Thao Community, Pha Bong Subdistrict, Mueang Mae Hong Son District, Mae Hong Son Province, a multicultural Karen ethnic community characterized by distinctive local communication patterns. The objectives of this study were: (1) to analyze the context and mechanisms of health communication for dengue prevention, and (2) to develop a health communication model appropriate for the Karen ethnic community context. This study employed survey research by qualitative analysis approach conducted in two phases: knowledge synthesis and communication model development. Data were collected from 33 key informants through in-depth interviews, focus group discussions, contextual observations, and document analysis. Data were analyzed using content analysis and interpretive analysis based on the Health Belief Model together with socio-cultural perspectives.

The findings revealed that health communication within the community relied heavily on socio-cultural mechanisms. Community leaders and village health volunteers acted as mediators and interpreters of health information, translating biomedical knowledge into culturally meaningful messages. The use of

¹ นักศึกษาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ วิทยาเขตแม่ฮ่องสอน

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ วิทยาเขตแม่ฮ่องสอน

*Corresponding Author Email : nim4683@gmail.com

local language, visual media, and lived experiences enhanced the relevance of health messages to everyday life. However, the study also identified a conceptual finding termed the “Meaning–Action Gap,” which reflects a condition in which people understand health information but are unable to transform that meaning into sustained preventive practices. This was particularly evident when dengue prevention was perceived as the responsibility of village health volunteers rather than households themselves.

Keywords: health communication, dengue prevention, Karen ethnic group, multicultural context, health behavior

บทนำ

โรคไข้เลือดออกยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของประเทศไทยและภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ องค์การอนามัยโลกชี้ให้เห็นว่าการควบคุมโรคอย่างมีประสิทธิภาพจำเป็นต้องอาศัย “การสื่อสารเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม” (behavior change communication) ที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชน มิใช่เพียงการถ่ายทอดข้อมูลเชิงเทคนิคเพียงอย่างเดียว¹ โรคไข้เลือดออกเป็นโรคประจำถิ่นของประเทศไทย เกิดจากเชื้อไวรัสเดงกี 4 สายพันธุ์ โดยมียุงลายเป็นพาหะนำโรคและมักพบการระบาดสูงในช่วงฤดูฝน²

ในระดับพื้นที่ จังหวัดแม่ฮ่องสอนเป็นหนึ่งในพื้นที่ที่มีสถานการณ์โรคไข้เลือดออกรุนแรงกว่าค่าเฉลี่ยระดับประเทศอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในปี พ.ศ. 2565 ซึ่งมีอัตราป่วยสูงที่สุดในประเทศ จังหวัดแม่ฮ่องสอนมีอัตราป่วยสูงถึง 1,804.38 ต่อประชากรแสนคน ขณะที่อัตราป่วยสะสมของประเทศอยู่ที่ 38.42 ต่อประชากรแสนคน หรือสูงกว่าประมาณ 47 เท่า³ สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่ากลยุทธ์การป้องกันโรคที่ใช้ในภาพรวมของประเทศอาจยังไม่สามารถตอบสนองต่อบริบทเฉพาะของพื้นที่ชายขอบและพื้นที่พหุวัฒนธรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ในเชิงทฤษฎี ปัจจัยสามระดับวิทยาอธิบายการเกิดโรคผ่านปฏิสัมพันธ์ระหว่างสิ่งก่อโรค/เชื้อโรค (agent) มนุษย์ (host) และสิ่งแวดล้อม (environment)⁴ ขณะที่ Health Belief Model (HBM) ของ Rosenstock⁵ อธิบายว่าการตัดสินใจป้องกันโรคขึ้นอยู่กับความรู้ความเข้าใจ ความรุนแรง ประโยชน์ อุปสรรค และสิ่งกระตุ้นให้เกิดการลงมือ

ทำ อย่างไรก็ตาม กรอบแนวคิดดังกล่าวจะสามารถอธิบาย “กลไกการตัดสินใจของปัจเจกบุคคล” ได้อย่างเป็นระบบ แต่ยังมีข้อจำกัดสำคัญใน 3 ประการ คือ

(1) มุ่งเน้นระดับบุคคลมากกว่าปฏิสัมพันธ์เชิงสังคมและโครงสร้างอำนาจในชุมชน

(2) ไม่สามารถอธิบายบทบาทของ “ตัวกลางทางวัฒนธรรม” (cultural brokers) และความไว้วางใจต่อแหล่งสารได้อย่างเพียงพอ

(3) ขาดกรอบในการแปลง “การรับรู้” ไปสู่ “การปฏิบัติจริง” ในบริบทที่มีข้อจำกัดด้านภาษาและวัฒนธรรม

หลักฐานเชิงประจักษ์ที่พบว่า แม้ประชาชนจะมีความรู้และทัศนคติที่ดีต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออก แต่การนำไปสู่การปฏิบัติจริงยังคงไม่ต่อเนื่อง โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่พบช่องว่างระหว่างความรู้และการปฏิบัติ (Knowledge–Practice Gap) อย่างมีนัยสำคัญ⁽⁶⁻⁷⁾

ความท้าทายดังกล่าวยิ่งทวีความซับซ้อนในพื้นที่ที่มีความหลากหลายทางชาติพันธุ์ ซึ่ง “ช่องว่างเชิงวัฒนธรรม” ครอบคลุมถึงระบบความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย การตัดสินใจด้านสุขภาพแบบคู่ขนาน (medical pluralism) และโครงสร้างความสัมพันธ์และอำนาจภายในชุมชน

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่ยังคงมุ่งเน้นการพัฒนา “สาร” หรือ “ช่องทางการสื่อสาร” โดยไม่ได้อธิบายเชิงลึกถึงกลไกการแปลความหมายของสาร (meaning-making process) ภายใต้บริบทวัฒนธรรม หรือบทบาทของผู้นำชุมชนในฐานะ “ผู้แปลความรู้” (knowledge translator) นอกจากนี้ ยังขาด

รูปแบบการสื่อสารที่บูรณาการ “มิติทางระบาดวิทยา แรงจูงใจเชิงพฤติกรรม และ บริบทสังคมวัฒนธรรม” เข้าด้วยกันอย่างเป็นระบบ⁸

จากช่องว่างดังกล่าว งานวิจัยนี้จึงมุ่งวิเคราะห์และสังเคราะห์บริบทการสื่อสารสุขภาพเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนชาติพันธุ์กะเหรี่ยงบ้านห้วยเสือเฒ่า อำเภอเมืองแม่ฮ่องสอน จังหวัดแม่ฮ่องสอน พร้อมทั้งพัฒนารูปแบบการสื่อสารสุขภาพเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออก ที่สอดคล้องกับบริบททางสังคม วัฒนธรรม ภาษา และวิถีชีวิตของชุมชน โดยใช้การทบทวนวรรณกรรมเชิงสังเคราะห์ร่วมกับข้อมูลภาคสนามจากเอกสารจำนวน 32 เรื่อง และข้อมูลเชิงคุณภาพจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญจำนวน 33 คน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. วิเคราะห์และสังเคราะห์บริบทการสื่อสารเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนชาติพันธุ์กะเหรี่ยง อำเภอเมือง จังหวัดแม่ฮ่องสอน
2. พัฒนารูปแบบการสื่อสารเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนชาติพันธุ์กะเหรี่ยง อำเภอเมือง จังหวัดแม่ฮ่องสอน

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ที่มุ่งพัฒนารูปแบบการสื่อสารสุขภาพเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออกในบริบทชุมชนชาติพันธุ์กะเหรี่ยง โดยใช้การออกแบบการวิจัยแบบบูรณาการเชิงคุณภาพ ซึ่งผสมผสานการทบทวนวรรณกรรมเชิงสังเคราะห์ (Narrative Literature Review) เข้ากับการเก็บข้อมูลภาคสนามเชิงลึก (field-based qualitative inquiry) อย่างเป็นระบบ

กระบวนการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ระยะหลัก ได้แก่ ระยะที่ 1 การวิเคราะห์บริบทและสังเคราะห์องค์ความรู้ และระยะที่ 2 การพัฒนาและสังเคราะห์รูปแบบ อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้เป็นระยะการพัฒนาเชิงโครงสร้าง (model development)

ยังไม่มีมีการทดลองใช้ในภาคสนาม โดยกำหนดให้ การทดสอบประสิทธิภาพและความเป็นไปได้เป็นขั้นตอนในระยะถัดไป

พื้นที่ศึกษา (Study Setting)

การศึกษาดำเนินการในชุมชนบ้านห้วยเสือเฒ่า ตำบลผาบ่อง อำเภอเมือง จังหวัดแม่ฮ่องสอน ซึ่งเป็นพื้นที่กึ่งเมืองกึ่งชนบท (peri-urban) ที่มีลักษณะเป็นสังคมพหุวัฒนธรรม และเป็นหนึ่งในชุมชนชาติพันธุ์กะเหรี่ยงที่สำคัญของจังหวัดแม่ฮ่องสอน ประกอบด้วยกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง 3 กลุ่ม ได้แก่ กะเหรี่ยงแดง (กะยา) กะเหรี่ยงคอยาว (กะเยอ) และกะเหรี่ยงห้วยใหญ่ (กะยอ) รวมทั้งมีกลุ่มชาติพันธุ์และประชากรจากภายนอกบางส่วนอาศัยร่วมกันในพื้นที่ ส่งผลให้ชุมชนมีความหลากหลายด้านภาษา วัฒนธรรม และระบบความเชื่ออย่างชัดเจน

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ คือ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ได้แก่ ผู้นำชุมชน อสม. เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และประชาชนในชุมชน จำนวน 33 คน คัดเลือกโดยวิธีแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือกและคัดออกเพื่อให้ครอบคลุมผู้มีบทบาทในระบบการสื่อสารสุขภาพในชุมชนประกอบด้วย ผู้นำชุมชน 4 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 4 คน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 คน ประชาชนในชุมชน 24 คน

โดยกลุ่มประชาชนแบ่งเป็น 2 ช่วงอายุ ได้แก่ 26–49 ปี และ 50–90 ปี เพื่อให้ครอบคลุมความแตกต่างด้านประสบการณ์ชีวิต ระบบความเชื่อ และการตัดสินใจด้านสุขภาพ

เกณฑ์การคัดเลือก

ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกสำหรับผู้ให้ข้อมูลสำคัญออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และประชาชนในชุมชน

1. เป็นผู้ที่ย้ายอยู่ในชุมชนบ้านห้วยเสือเฒ่า อำเภอเมืองแม่ฮ่องสอน จังหวัดแม่ฮ่องสอน

2. มีบทบาทหรือประสบการณ์เกี่ยวข้องกับการสื่อสารสุขภาพ หรือการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน

3. มีอายุ 18 ปีขึ้นไป

4. สามารถสื่อสารและให้ข้อมูลได้

5. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ

2. กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

1. เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือบุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่รับผิดชอบงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ศึกษา

2. ปฏิบัติงานในพื้นที่บ้านห้วยเสือเผ่นหรือพื้นที่รับผิดชอบที่เกี่ยวข้อง

3. มีอายุ 18 ปีขึ้นไป

4. สามารถสื่อสารและให้ข้อมูลได้

5. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออก

1. ผู้ที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ตลอดกระบวนการศึกษา

2. ผู้ที่มีปัญหาด้านการสื่อสารจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้อย่างสมบูรณ์

3. ผู้ที่ปฏิเสธหรือถอนความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยระหว่างการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย

1. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview Guide) เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview) สำหรับ ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2. การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion Guide) สำหรับประชาชนในชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

3. แบบบันทึกภาคสนาม (Field Note)

4. แบบบันทึกการวิเคราะห์เอกสาร (Document Analysis Form)

5. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview) จัดทำขึ้นโดยผู้วิจัยจาก

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวนสามท่าน เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างและแนวคำถามการสนทนากลุ่ม โดยผู้ทรงคุณวุฒิมาจากการสื่อสารสาธารณสุข ด้านระบาดวิทยาในระดับอาจารย์มหาวิทยาลัย และด้านการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับหัวหน้ากลุ่มงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ด้านละหนึ่งท่าน และพบว่าข้อคำถามมีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) อยู่ระหว่าง 0.67–1.00 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ ก่อนนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลจริง

การรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการโดยใช้วิธีการหลายรูปแบบร่วมกัน (methodological triangulation) ได้แก่ การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกตบริบท และการทบทวนเอกสาร เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมทั้งมิติประสบการณ์ ความเชื่อ และพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่

ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ให้ข้อมูลสำคัญเป็นรายบุคคล ควบคู่กับการจัดสนทนากลุ่มในระดับชุมชน เพื่อเปิดโอกาสให้เกิดการแลกเปลี่ยนมุมมองและตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูลระหว่างกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ขณะเดียวกัน มีการสังเกตบริบทและปฏิสัมพันธ์ในชุมชนร่วมกับการบันทึกภาคสนาม เพื่อเก็บข้อมูลเชิงสถานการณ์ที่ไม่ปรากฏในคำพูด และสะท้อนบริบทจริงของการดำเนินชีวิตและการสื่อสารในชุมชน

การเก็บข้อมูลดำเนินการอย่างต่อเนื่องจนถึงจุดอิ่มตัวของข้อมูล ซึ่งไม่ปรากฏประเด็นใหม่ที่มีนัยสำคัญเพิ่มเติมทั้งนี้ ก่อนการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและขอความยินยอมจากผู้เข้าร่วมวิจัย โดยคำนึงถึงหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด

ข้อมูลทั้งหมดได้รับการจัดบันทึก พร้อมตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลกับผู้ใช้ข้อมูล (member checking) และเปรียบเทียบข้อมูลจากหลายแหล่ง (data triangulation) เพื่อยืนยันความสอดคล้องและเพิ่มความน่าเชื่อถือของข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลดำเนินการในลักษณะหลายชั้น (multi-layered analytical process) ประกอบด้วย

การเตรียมข้อมูล (Data Preparation) โดยถอดเทปและตรวจสอบความถูกต้องร่วมกับบันทึกภาคสนาม

การเข้ารหัสข้อมูล (Open Coding) เพื่อระบุแนวคิดสำคัญ เช่น ความเชื่อ การรับรู้ และพฤติกรรม

การจัดหมวดหมู่ (Axial Coding) เพื่อเชื่อมโยงข้อมูลเป็นกลุ่ม เช่น ระบบความเชื่อ โครงสร้างการสื่อสาร และบทบาทของผู้นำ

การสังเคราะห์ประเด็น (Thematic Analysis) เพื่อพัฒนา themes ที่สะท้อนบริบทการสื่อสารสุขภาพ เช่น experiential trigger ระบบการตัดสินใจแบบคู่ขนาน และโครงสร้างการสื่อสารแบบหลายชั้น

การตีความเชิงทฤษฎี (Theoretical Interpretation) โดยเชื่อมโยงผลการศึกษากับ Health Belief Model และแนวคิดทางสังคมวัฒนธรรม เพื่ออธิบายกลไกการรับรู้และพฤติกรรมสุขภาพในบริบทชาติพันธุ์

ความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ความน่าเชื่อถือ (Credibility) การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล ผู้วิจัยใช้วิธีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยการตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) โดยตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งข้อมูล ได้แก่ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และประชาชนในชุมชน รวมทั้งเปรียบเทียบข้อมูลจากวิธีการเก็บข้อมูลหลายรูปแบบ เพื่อยืนยันความสอดคล้องของ

ข้อค้นพบและเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ภายใต้โครงการเลขที่ IRBCMRU 2025/504.09.10 ลงวันที่ 7 ธันวาคม 2568

ผลการศึกษา

1. ผลการสังเคราะห์แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศและต่างประเทศจำนวน 32 เรื่อง พบว่า โรคไข้เลือดออกยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญทั้งในระดับภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้⁽⁹⁻¹⁰⁾ ขณะที่ประเทศไทยมีแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในช่วงปี พ.ศ. 2566 สะท้อนข้อจำกัดของมาตรการควบคุมโรคในระดับชุมชน โดยเฉพาะ ในจังหวัดแม่ฮ่องสอนที่มีอัตราป่วยสูงกว่าค่าเฉลี่ยประเทศหลายเท่า²

ในด้านพฤติกรรมสุขภาพ แนวคิด Knowledge-Attitude-Practice (KAP) ถูกนำมาใช้ในการอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรค โดยพบว่าความรู้และทัศนคติมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรม¹¹ อย่างไรก็ตาม งานวิจัยหลายฉบับชี้ให้เห็นถึง “ช่องว่างระหว่างความรู้กับการปฏิบัติ” (knowledge-practice gap) โดยประชาชนอาจมีความรู้แต่ไม่สามารถนำไปสู่พฤติกรรมที่เหมาะสมได้^(6,12)

ปัจจัยด้านภาษา วัฒนธรรม และระบบความเชื่อมีบทบาทสำคัญต่อการสื่อสารสุขภาพในชุมชนชาติพันธุ์ โดยเฉพาะข้อจำกัดด้านภาษาไทยในกลุ่มผู้สูงอายุ และการใช้ระบบความเชื่อดั้งเดิมควบคู่กับการแพทย์สมัยใหม่⁽¹³⁻¹⁴⁾ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด “ระบบการตัดสินใจแบบคู่” (dual decision system) ที่พบในหลายบริบทชาติพันธุ์⁽¹⁵⁻¹⁶⁾

นอกจากนี้ งานวิจัยยังชี้ว่าการสื่อสารที่ไม่สอดคล้องกับวัฒนธรรมจะลดประสิทธิผลของการแทรกแซงด้านสุขภาพ⁸

ในเชิงทฤษฎี Health Belief Model เป็นกรอบแนวคิดสำคัญในการอธิบายพฤติกรรมสุขภาพ โดยเน้นการรับรู้ความเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ อุปสรรค และแรงจูงใจในการปฏิบัติ⁵ ซึ่งได้รับการยืนยันว่ามีประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในหลายบริบท¹⁷ อย่างไรก็ตาม ในบริบทชาติพันธุ์ การใช้ HBM เพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอ หากไม่บูรณาการปัจจัยด้านวัฒนธรรมและสังคมร่วมด้วย¹⁵

ผลการสังเคราะห์จากงานวิจัย 10 เรื่อง⁽¹⁸⁻²⁷⁾ จากทั้งหมด 32 เรื่อง โดยใช้เกณฑ์การคัดเลือกเฉพาะงานวิจัยที่มีการรายงานองค์ประกอบของการสื่อสารสุขภาพอย่างเป็นระบบ และสามารถอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างผู้ส่งสาร ข้อความ สื่อ ช่องทาง และผู้รับสารได้อย่างชัดเจน เพื่อนำมาวิเคราะห์เชิงลึกในระดับองค์ประกอบ (component-level synthesis)

พบว่า องค์ประกอบของการสื่อสารสุขภาพสามารถจัดกลุ่มได้เป็น 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ (1) ผู้ส่งสาร (2) ข้อความ (3) สื่อ (4) ช่องทาง และ (5) ผู้รับสาร โดยองค์ประกอบดังกล่าวปรากฏซ้ำในมากกว่าร้อยละ 50 ของแหล่งข้อมูลทั้งหมด ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความเป็นโครงสร้างพื้นฐานของการสื่อสารสุขภาพในบริบทการป้องกันโรค

อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาเชิงบูรณาการพบว่ากรอบองค์ประกอบดังกล่าวยังมีข้อจำกัด กล่าวคือ แม้จะสามารถอธิบายโครงสร้างของการสื่อสารได้ แต่ยังไม่สามารถอธิบายกลไกที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างเพียงพอ โดยเฉพาะในบริบทที่มีข้อจำกัดด้านภาษาและวัฒนธรรม ส่งผลให้เกิดช่องว่างระหว่างความรู้และการปฏิบัติ (knowledge-practice gap) อย่างต่อเนื่อง

จากข้อจำกัดดังกล่าว การสังเคราะห์องค์ความรู้ในครั้งนี้จึงนำไปสู่ข้อค้นพบเชิงแนวคิดที่

สำคัญว่า การสื่อสารสุขภาพที่มีประสิทธิภาพในบริบทชาติพันธุ์จำเป็นต้องบูรณาการองค์ความรู้ใน 3 มิติหลัก ได้แก่ (1) **มิติเนื้อหาทางระบาดวิทยา** เพื่อให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับความเสี่ยงและการป้องกันโรค (2) **มิติแรงจูงใจเชิงพฤติกรรม** ซึ่งอธิบายผ่านกรอบแนวคิด Health Belief Model และมีบทบาทสำคัญในการกระตุ้นการตัดสินใจของบุคคล (3) **มิติบริบททางสังคมและวัฒนธรรม** ซึ่งมีบทบาทสำคัญต่อการตีความ การยอมรับ และการนำสารสุขภาพไปใช้ในชีวิตจริง

เมื่อพิจารณาในภาพรวม จะเห็นได้ว่าจุดอ่อนร่วมขององค์ความรู้เดิม คือ การมุ่งเน้นการถ่ายทอดข้อมูลในระดับปัจเจก โดยยังขาดกรอบแนวคิดที่สามารถเชื่อมโยง “การรับรู้” ไปสู่ “การปฏิบัติจริง” ส่งผลให้การสื่อสารสุขภาพจำนวนมากไม่สามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างยั่งยืนได้

ดังนั้น ผลการสังเคราะห์องค์ความรู้ในครั้งนี้จึงชี้ให้เห็นว่า การออกแบบการสื่อสารสุขภาพในบริบทชาติพันธุ์ควรพัฒนาไปสู่กรอบแนวคิดที่มีลักษณะสอดคล้องบริบท และเน้นการปฏิบัติ กล่าวคือ ไม่เพียงแต่ต้องออกแบบสารให้สอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรมเท่านั้น แต่ต้องออกแบบกระบวนการสื่อสารที่สามารถกระตุ้นให้เกิดการลงมือปฏิบัติจริงในระดับครัวเรือนและชุมชนได้อย่างเป็นระบบ

2. บริบทพื้นที่ศึกษาและข้อค้นพบสำคัญ

ชุมชนบ้านห้วยเสือเฒ่า ตำบลผาป่อง อำเภอเมือง จังหวัดแม่ฮ่องสอน เป็นพื้นที่กึ่งเมืองกึ่งชนบทที่มีโครงสร้างสังคมแบบพหุวัฒนธรรม ประกอบด้วยกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง 3 กลุ่ม ได้แก่ กะเหรี่ยงแดง (กะยา) กะเหรี่ยงคอยาว (กะยั่น) และกะเหรี่ยงห้วยใหญ่ (กะยอ) โดยมีประชากรจำนวน 623 คน

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยกระบวนการวิเคราะห์เนื้อหา และการสังเคราะห์เชิงธีม (Thematic Analysis) ข้อค้นพบสำคัญ 4 ประเด็นหลัก ดังนี้

(1) ประสบการณ์ตรง

ผลการวิเคราะห์สะท้อนว่า “ประสบการณ์ตรงของการเจ็บป่วย” ทำหน้าที่เป็นตัวแปรสำคัญที่กำหนดระดับความเข้มข้นของการรับรู้ความเสี่ยงและพฤติกรรมป้องกันโรคในกลุ่มวัยทำงานอายุ 26-49 ปีอย่างชัดเจน

โดยผู้ที่เคยมีประสบการณ์ป่วยรุนแรงมีแนวโน้มรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงของโรคในระดับสูง และแสดงพฤติกรรมป้องกันอย่างต่อเนื่องในชีวิตประจำวัน เช่น การดูแลสิ่งแวดล้อมรอบบ้านอย่างเข้มงวด การคว่ำภาชนะเสี่ยง และการปรับพฤติกรรมในครัวเรือนเพื่อไม่ให้เกิดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงซ้ำ บางรายพัฒนาบทบาทของตนเองไปสู่การเป็น “ผู้นำเชิงพฤติกรรม” ในระดับย่อยของชุมชน

ในทางกลับกัน กลุ่มที่เคยป่วยแต่มีอาการไม่รุนแรงมักมีแนวโน้มลดทอนการรับรู้ความรุนแรงของโรค โดยมองว่าโรคไข้เลือดออกเป็นโรคที่สามารถรักษาได้ ส่งผลให้พฤติกรรมป้องกันไม่ต่อเนื่อง

ขณะที่กลุ่มที่ไม่มีประสบการณ์ตรง แต่มีญาติหรือคนใกล้ชิดที่เคยป่วย มีระดับการรับรู้ความรุนแรงในระดับปานกลาง และมักตัดสินใจเข้าสู่ระบบโรงพยาบาลทันทีเมื่อมีอาการเจ็บป่วย โดยมิได้พัฒนาไปสู่พฤติกรรมป้องกันเชิงรุกในชีวิตประจำวัน

ข้อค้นพบนี้ชี้ให้เห็นว่า “ประสบการณ์ตรง” ทำหน้าที่เป็น “ตัวกระตุ้นเชิงพฤติกรรม” ที่มีอิทธิพลมากกว่าการรับรู้ข้อมูลจากภายนอก โดยกำหนดทั้งระดับความตระหนัก ความต่อเนื่องของพฤติกรรม และการขยายบทบาทไปสู่การเป็นแบบอย่างในระดับชุมชน

(2) ระบบการตัดสินใจด้านสุขภาพแบบคู่ขนาน

การตัดสินใจด้านสุขภาพของชุมชนมีลักษณะเป็น “ระบบคู่ขนาน” ระหว่างความเชื่อดั้งเดิมกับการแพทย์สมัยใหม่ ไม่ได้เป็นระบบที่ขัดแย้งกัน แต่เป็นกลไกที่ทำงานร่วมกัน

ในเชิงกระบวนการ พบว่าการใช้พิธีกรรม เช่น “บูชา” ของกะเหรี่ยงแดง (กะยา) จะเสี่ยงตาย โดยผู้นำทางจิตวิญญาณผ่านกระดูกไก่ และ “ปาฮู” หรือ “ปู่โฮฮู” ของกะเหรี่ยงคอยาว (กะยัน) โดยมีผู้นำจิตวิญญาณเรียกว่า “จะหมู่” เสี่ยงตายผ่านข้าวสารหรือแกนหมูาคา ทำหน้าที่เป็นกลไกในการตีความสาเหตุของความเจ็บป่วย ก่อนการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษา โดยลักษณะการใช้ระบบดังกล่าวมีความแตกต่างตามช่วงวัยอย่างมีนัยสำคัญ กล่าวคือ ในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในกลุ่มกะเหรี่ยงแดงและกะยัน มีแนวโน้มใช้กระบวนการเสี่ยงตายหรือพิธีกรรมก่อนเข้าสู่ระบบการแพทย์สมัยใหม่ เพื่อจำแนกสาเหตุของความเจ็บป่วยเป็น “ปัจจัยภายใน” หรือ “ปัจจัยภายนอก” หากตีความว่าเป็นปัจจัยภายใน จะเข้าสู่การรักษาในโรงพยาบาล แต่หากตีความว่าเกี่ยวข้องกับมิติทางจิตวิญญาณ จะเข้าสู่กระบวนการทำพิธีกรรมก่อน

ในขณะที่กลุ่มวัยอื่น แม้จะมีแนวโน้มเข้าสู่ระบบโรงพยาบาลเป็นลำดับแรกเมื่อเกิดการเจ็บป่วย แต่หากการรักษาไม่หายหรือมีลักษณะเรื้อรัง จะมีการย้อนกลับไปใช้พิธีกรรมเสี่ยงตายเพื่ออธิบายสาเหตุของโรคในมิติทางวัฒนธรรมเพิ่มเติม

ข้อค้นพบนี้ชี้ให้เห็นว่า “ระบบคู่ขนาน” มิได้เป็นทางเลือกแบบตัดขาด แต่เป็น “กระบวนการตัดสินใจแบบลำดับขั้น” ที่ยืดหยุ่นตามประสบการณ์ อายุ และบริบทของอาการเจ็บป่วย ซึ่งมีนัยสำคัญต่อการออกแบบการสื่อสารสุขภาพที่ต้องคำนึงถึงทั้งมิติทางการแพทย์และมิติการตีความเชิงวัฒนธรรมควบคู่กัน

(3) ผู้นำชุมชนในฐานะ “ผู้แปลความรู้”

ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขไม่ได้ทำหน้าที่เพียงผู้ถ่ายทอดข้อมูล แต่ทำหน้าที่เป็น “ตัวกลางทางวัฒนธรรม” และ “ผู้แปลความรู้” ที่เชื่อมโยงองค์ความรู้ทางการแพทย์กับระบบความเข้าใจของชุมชน โดยเฉพาะการแปลงข้อมูลเชิงวิชาการให้เป็นภาษากะเหรี่ยงและสำนวนที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต

ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่า เมื่อได้รับข้อมูลสุขภาพจากหน่วยบริการ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้นำชุมชนจะทำหน้าที่ถ่ายทอดต่อโดยปรับภาษาและรูปแบบการสื่อสารให้เหมาะสมกับชุมชนในทำนองเดียวกัน อาสาสมัครสาธารณสุขได้สะท้อนถึงความสำคัญของการใช้ภาษาและบริบทที่สอดคล้องกับชีวิตประจำวัน

ข้อมูลจากการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขมีบทบาทสำคัญในการ “แปลความหมาย” มากกว่าการ “ถ่ายทอดข้อมูล” โดยทำหน้าที่ปรับเนื้อหาให้สอดคล้องกับภาษา วัฒนธรรม และประสบการณ์ของชุมชน ซึ่งส่งผลต่อความเข้าใจ ความเชื่อถือ และการยอมรับสารสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ บทบาทนี้จึงเป็นกลไกสำคัญในการลดช่องว่างระหว่างความหมายกับการลงมือทำ (Meaning–Action Gap) ในบริบทชุมชนชาติพันธุ์

(4) โครงสร้างการสื่อสารแบบหลายชั้น

ระบบการสื่อสารสุขภาพในชุมชนมีลักษณะเป็น “โครงสร้างหลายชั้น”

โดยผู้นำชุมชนเป็นแหล่งสารที่ได้รับความเชื่อถือสูงสุด รองลงมาคือหอกระจายข่าวหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขในระดับครัวเรือน และสื่อดิจิทัล เช่น Facebook และ Line ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม ความสำคัญของผู้นำชุมชนมิได้อยู่เพียงในเชิงตำแหน่ง แต่เกิดจากบทบาทเชิงปฏิบัติที่ฝังอยู่ในชีวิตประจำวัน ทั้งการเป็นผู้รับสารจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) การประกาศข้อมูลผ่านหอกระจายข่าว การประสานงานผ่านเครือข่ายดิจิทัล และการแสดงแบบอย่างเชิงพฤติกรรมให้ชุมชนเห็นอย่างต่อเนื่อง ข้อค้นพบนี้ชี้ให้เห็นว่า “อำนาจเชิงความน่าเชื่อถือ” ของผู้นำมีบทบาทสูงกว่าตัวเนื้อหาสารในการกำหนดว่าการสื่อสารจะนำไปสู่การปฏิบัติจริงหรือไม่

ในด้านระบบปฏิบัติการ พบว่า อสม. และ รพ.สต. มีความพร้อมเชิงระบบอยู่แล้ว โดยมีการเตรียมความพร้อมเชิงรุกก่อนฤดูระบาด การจัด

อบรมทีมควบคุมโรค และการใช้กลไกกองทุนสุขภาพท้องถิ่นสนับสนุนการดำเนินงาน เมื่อพบผู้ป่วยจะมีระบบตอบสนองอย่างรวดเร็ว โดยเริ่มจาก รพ.สต. แจ้งผู้นำชุมชน จากนั้นผู้นำสื่อสารต่อผ่านกลุ่ม Line และ อสม. เข้าควบคุมโรคในระดับพื้นที่ภายในระยะเวลาอันสั้น

อย่างไรก็ตาม แม้ระบบเชิงโครงสร้างจะมีความพร้อม แต่ข้อจำกัดสำคัญกลับอยู่ที่ “รูปแบบของสาร” มากกว่าการขาดข้อมูล กล่าวคือ การสื่อสารที่เป็นเพียงคำพูดหรือข้อมูลเชิงอธิบายไม่สามารถสร้างความเข้าใจเชิงปฏิบัติได้อย่างเพียงพอ ขณะที่สื่อภาพเคลื่อนไหวหรือคลิปวิดีโอ โดยเฉพาะที่ใช้ภาษากะเหรี่ยง กลับสามารถกระตุ้นความเข้าใจและการนำไปใช้ได้ดีกว่า

นอกจากนี้ ยังพบความคลาดเคลื่อนเชิงบทบาทในระดับชุมชน โดยประชาชนบางส่วนมองว่าการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงเป็นหน้าที่ของ อสม. มากกว่าความรับผิดชอบของตนเอง ซึ่งสะท้อนว่าปัญหาหลักมิใช่การขาดความรู้ แต่เป็นการที่สารยังไม่สามารถเปลี่ยน “ความเข้าใจ” ไปสู่ “ความเป็นเจ้าของปัญหา” (sense of ownership) และการลงมือปฏิบัติร่วมกันได้

อีกประเด็นสำคัญคือ แม้ชุมชนจะยังคงพึ่งพาสื่อดั้งเดิมอย่างหอกระจายข่าวเป็นหลัก แต่ไม่ได้ปิดกั้นต่อสื่อสมัยใหม่ หากแต่มีการปรับใช้สื่อดิจิทัลในระดับหนึ่งแล้ว ส่งผลให้ระบบการสื่อสารในพื้นที่มีลักษณะเป็น “ระบบสื่อสารสองชั้น” (dual-layer communication system) กล่าวคือ ชั้นแรกเป็นระบบความรู้จากหน่วยงานสาธารณสุข (รพ.สต.) และชั้นที่สองเป็นระบบการแปลและถ่ายทอดโดยผู้นำชุมชนและ อสม.

การนำสื่อดิจิทัล เช่น คลิปวิดีโอภาษากะเหรี่ยงเข้ามาใช้ จึงไม่ได้เป็นการแทนที่ระบบเดิม แต่เป็นการ “เสริมพลัง” ให้กับระบบสื่อสารที่มีอยู่แล้ว โดยช่วยให้สารสุขภาพสามารถเชื่อมโยงจากระดับความเข้าใจไปสู่การปฏิบัติได้ชัดเจนมากขึ้น

3. รูปแบบการสื่อสารสุขภาพ “3 ดู 3 ทำ 3 บอก”

จากการสังเคราะห์แนวคิด ทฤษฎี และข้อมูลเชิงประจักษ์จากพื้นที่ศึกษา ผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบการสื่อสารสุขภาพ “3 ดู 3 ทำ 3 บอก” ซึ่งเป็นรูปแบบเชิงปฏิบัติ (action-oriented communication model) ที่มุ่งเชื่อมโยงการรับรู้ไปสู่การลงมือปฏิบัติจริงในระดับครัวเรือนและชุมชนอย่างเป็นระบบ โดยบูรณาการองค์ความรู้ 3 มิติ ได้แก่ มิติเนื้อหาทางระบาดวิทยา มิติแรงจูงใจเชิงพฤติกรรม และมิติบริบททางสังคมวัฒนธรรมของชุมชน เพื่อแก้ปัญหาช่องว่างระหว่างความรู้กับการปฏิบัติ และ ลดปัญหา Meaning–Action Gap อย่างเป็นรูปธรรม

(1) การกระตุ้นการรับรู้ (Cognitive Activation: 3 ดู)

มุ่งสร้างการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงผ่านการสังเกตสภาพจริงในชีวิตประจำวัน ประกอบด้วย (1.1) ดูรู้ ดูน้ำขัง เพื่อสำรวจแหล่งน้ำขังรอบบ้าน (1.2) ดูเป็น ดูลูกน้ำ เพื่อตรวจสอบว่ามีลูกน้ำยุงลายในจุดเสี่ยงหรือไม่ (1.3) ดูแล ดูคนในบ้าน เพื่อสังเกตอาการไข้หรือความผิดปกติของสมาชิกในครัวเรือน ซึ่งกลไกระยะนี้ทำหน้าที่แปลงความรู้เชิงนามธรรมให้เป็นการรับรู้เชิงประสบการณ์

(2) การลงมือปฏิบัติ (Behavioral Execution : 3 ทำ)

มุ่งเปลี่ยนการรับรู้ให้เป็นพฤติกรรมที่เป็นรูปธรรม ทันที และต่อเนื่อง ประกอบด้วย (2.1) ทำทันที เทน้ำทิ้ง เพื่อกำจัดแหล่งน้ำขัง (2.2) ทำสม่ำเสมอ คั่วของ เพื่อป้องกันการเกิดแหล่งน้ำขังซ้ำ (2.3) ทำร่วมกัน เก็บขยะ เพื่อลดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงในระดับครัวเรือนและชุมชน ซึ่งกลไกระยะนี้ช่วยลดช่องว่างระหว่างความรู้กับการปฏิบัติ และเสริมสร้างความสามารถในการลงมือทำ

(3) การขยายผลในชุมชน (Social Diffusion : 3 บอก)

มุ่งขยายพฤติกรรมผ่านเครือข่ายความสัมพันธ์ทางสังคม ประกอบด้วย (3.1) บอก

ต่อ บอกคนในบ้าน เพื่อสร้างความเข้าใจร่วมในครัวเรือน (3.2) บอกเตือน บอกเพื่อนบ้าน เพื่อขยายพฤติกรรมในระดับชุมชน (3.3) บอกขยาย บอกอาสาสมัครสาธารณสุขหรือผู้นำชุมชน เมื่อพบความเสี่ยงหรือผู้ป่วย ซึ่งกลไกระยะนี้ทำหน้าที่เปลี่ยนพฤติกรรมรายบุคคลให้กลายเป็นพฤติกรรมของเครือข่าย

องค์ประกอบ “3 บอก” มีบทบาทสำคัญในการแก้ปัญหการรับรู้ว่าการควบคุมโรคเป็นหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขเพียงฝ่ายเดียว โดยเปลี่ยนจาก “หน้าที่ของ อสม.” ไปสู่ “ความรับผิดชอบร่วมของชุมชน” ผ่านกระบวนการสื่อสารที่กระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วม การเฝ้าระวังร่วม และการลงมือปฏิบัติร่วมกัน ซึ่งนำไปสู่การสร้างความรู้สึกร่วมเป็นเจ้าของร่วม และพลังร่วมในการควบคุมโรค รูปแบบนี้แตกต่างจากแนวคิดดั้งเดิม เช่น Knowledge–Attitude–Practice (KAP) และ Health Belief Model ที่มุ่งเน้นระดับปัจเจก โดย “3 ดู 3 ทำ 3 บอก” ขยายการเปลี่ยนแปลงสู่ระดับเครือข่ายสังคม ผ่านการเชื่อมโยงการรับรู้ การปฏิบัติ และการขยายผลอย่างเป็นระบบนอกจากนี้ รูปแบบยังออกแบบให้สอดคล้องกับบริบทชุมชนชาติพันธุ์ โดยใช้ภาษาท้องถิ่นเป็นเครื่องมือหลัก และใช้ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขเป็น “ผู้แปลความรู้” เพื่อเชื่อมโยงองค์ความรู้ทางการแพทย์กับระบบความเชื่อดั้งเดิม เช่น พิธีกรรม “บะชา” และ “ปาอี” โดยไม่ขัดแย้ง แต่ทำงานร่วมกับความเชื่อ (working with beliefs) ผ่านการปรับความหมายของการปฏิบัติด้านสุขภาพให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชน

ดังนั้น รูปแบบ “3 ดู 3 ทำ 3 บอก” จึงเป็นกลไกการสื่อสารสุขภาพที่สามารถเชื่อมโยงองค์ความรู้เชิงวิชาการกับบริบทจริงของชุมชน และมีศักยภาพในการส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืนในระดับครัวเรือนและชุมชน



ภาพที่ 1 รูปแบบ 3 ดู 3 ทำ 3 บอก

เพื่อการสื่อสารสุขภาพป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนชาติพันธุ์กะเหรี่ยง

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่าการสื่อสารสุขภาพเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนชาติพันธุ์กะเหรี่ยง เป็นกระบวนการที่มีความ

ซับซ้อนเชิงระบบ ซึ่งถูกกำหนดอย่างมีนัยสำคัญโดยบริบททางสังคม วัฒนธรรม ภาษา ศาสนาและโครงสร้างความสัมพันธ์ภายในชุมชน แม้ว่าไข้เลือดออกในระดับหนึ่งแต่การนำความรู้ไปสู่การ

ปฏิบัติจริงยังคงขาดความต่อเนื่องสะท้อนข้อจำกัดของแนวทางการสื่อสารสุขภาพที่มุ่งเน้น “การถ่ายทอดข้อมูล” มากกว่าการออกแบบ “กระบวนการเปลี่ยนพฤติกรรม” ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Berry²⁸ ที่ชี้ว่าการสื่อสารสุขภาพจะมีประสิทธิภาพก็ต่อเมื่อผู้รับสารสามารถเชื่อมโยงข้อมูลเข้ากับประสบการณ์ชีวิตของตนเองได้อย่างไรก็ตามงานวิจัยนี้ได้ขยายความเข้าใจดังกล่าวไปอีกชั้นโดย

เสนอแนวคิดใหม่ที่สำคัญ “ช่องว่างระหว่างความหมายกับการลงมือทำ” (Meaning–Action Gap) ซึ่งมีลักษณะลึกซึ้งกว่าช่องว่างความรู้กับการปฏิบัติ (Knowledge–Practice Gap) ที่มักปรากฏในวรรณกรรมทั่วไป กล่าวคือ Knowledge–Practice Gap อธิบายสภาวะที่ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค แต่ไม่สามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งอธิบายในระดับพฤติกรรมของปัจเจกบุคคล ขณะที่ Meaning–Action Gap สะท้อนว่าปัญหาสำคัญอาจไม่ได้อยู่ที่การ “ไม่รู้” หากแต่อยู่ที่ข้อมูลสุขภาพยังไม่ได้ถูกแปลความหมายให้เชื่อมโยงกับวิถีชีวิต ประสบการณ์ และความรับผิดชอบของตนเองอย่างแท้จริง

ตัวอย่างที่ชัดเจนจากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ แม้ประชาชนจะเข้าใจว่าการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงเป็นวิธีป้องกันโรคไข้เลือดออกที่สำคัญ แต่บางส่วนยังตีความว่าเป็นหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขมากกว่าหน้าที่ของตนเอง สะท้อนว่าความหมายของ “การป้องกันโรค” ยังไม่ถูกผนวกเข้าเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวันและความรับผิดชอบร่วมของชุมชน แนวคิดดังกล่าวจึงช่วยขยายความเข้าใจเกี่ยวกับการสื่อสารสุขภาพในบริบทชาติพันธุ์ โดยชี้ให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจำเป็นต้องอาศัยกระบวนการสร้างความหมายร่วมทางสังคมและวัฒนธรรมควบคู่กับการให้ข้อมูลด้านสุขภาพ

เมื่อพิจารณาผ่านกรอบแนวคิด Health Belief Model ผลการศึกษายืนยันว่าการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยเฉพาะในกลุ่มที่ไม่มีประสบการณ์เจ็บป่วยโดยตรง ซึ่งมักมีระดับการรับรู้ต่ำ อย่างไรก็ตามงานวิจัยนี้ได้ขยายกรอบ HBM โดยเสนอว่า “ประสบการณ์ตรงของการเจ็บป่วย” ทำหน้าที่เป็นตัวกระตุ้นเชิงพฤติกรรม ที่มีพลังสูงกว่าการรับรู้เชิงข้อมูล

การค้นพบลักษณะของ “ระบบการตัดสินใจด้านสุขภาพแบบคู่ขนาน” ยังสามารถอธิบายได้ผ่านแนวคิดพหุลักษณะทางการแพทย์ (medical pluralism) ของ Kleinman²⁹ โดยสะท้อนว่าระบบความเชื่อดั้งเดิมมิได้เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ หากแต่ทำหน้าที่เป็น “กลไกการตีความความเจ็บป่วย” ในระยะเริ่มต้นก่อนเข้าสู่ระบบการแพทย์สมัยใหม่

ในด้านโครงสร้างการสื่อสาร ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขมีบทบาทที่ลึกกว่าการเป็น “ผู้ส่งสาร” ตามกรอบการสื่อสารแบบดั้งเดิม แต่ทำหน้าที่เป็น “ตัวกลางทางวัฒนธรรม” และ “ผู้แปลความรู้” (knowledge translator) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Two-step Flow of Communication ของ Katz และ Lazarsfeld³⁰ และทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของ Bandura³¹ อย่างไรก็ตามงานวิจัยนี้ได้ขยายความเข้าใจในมิติใหม่ โดยเน้นบทบาทของ “การแปลความหมายเชิงวัฒนธรรม” (cultural meaning translation) ซึ่งเป็นกลไกสำคัญที่ทำให้ข้อมูลสุขภาพสามารถฝังตัวในวิถีชีวิตของชุมชนได้

จากข้อค้นพบเชิงประจักษ์ดังกล่าว นำไปสู่การพัฒนารูปแบบ “3 ดู 3 ทำ 3 บอก” ซึ่งมีลักษณะเป็น “กระบวนการเปลี่ยนผ่านจากการรับรู้สู่การปฏิบัติ” อย่างเป็นลำดับขั้น โดย “3 ดู” ทำหน้าที่กระตุ้นการรับรู้ความเสี่ยงผ่านประสบการณ์จริง “3 ทำ” ทำหน้าที่แปลงการรับรู้ไปสู่พฤติกรรม

ที่เป็นรูปธรรม และ “3 บอก” ทำหน้าที่ขยายพฤติกรรมผ่านเครือข่ายทางสังคม

รูปแบบดังกล่าวมีความโดดเด่นในฐานะโมเดลการเปลี่ยนพฤติกรรมระดับชุมชน ที่เชื่อมโยงระดับปัจเจกกับระดับเครือข่ายสังคม และสะท้อนการทำงานของระบบสื่อสารแบบสองชั้น ได้แก่ ชั้นขององค์ความรู้จากระบบสาธารณสุข และชั้นของการแปลความหมายในระดับชุมชนผ่านผู้นำและอาสาสมัคร

กลไกสำคัญที่ทำให้รูปแบบนี้มีประสิทธิผล ได้แก่ (1) การใช้ประสบการณ์จริงเป็นตัวกระตุ้น (2) การใช้ผู้นำเป็นจุดเริ่มต้นของการเปลี่ยนแปลง (3) การสร้างพลังร่วมของชุมชน (4) การใช้สื่อภาพและภาษาท้องถิ่น และ (5) การเสริมสร้างศักยภาพด้านดิจิทัลของอาสาสมัคร ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการแพร่กระจายนวัตกรรมของ Rogers³²

ในเชิงนโยบาย ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าการสื่อสารสุขภาพในพื้นที่ชาติพันธุ์ควรเปลี่ยนจากแนวทาง “information dissemination” ไปสู่ “behavioral communication design” ที่เน้นการสร้างประสบการณ์ การแปลความหมาย และการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะการเสริมบทบาทของผู้นำชุมชนในฐานะ knowledge translator และการพัฒนาสื่อสุขภาพที่สอดคล้องกับภาษาและวัฒนธรรมของพื้นที่

อย่างไรก็ตาม รูปแบบ “3 ดู 3 ทำ 3 บอก” ยังมีข้อจำกัดในด้านการพัฒนาจากบริบทเฉพาะพื้นที่ จึงจำเป็นต้องมีการปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทอื่น รวมถึงการศึกษาติดตามผลในระยะยาว และการพัฒนาศักยภาพด้านดิจิทัลของอาสาสมัครอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. หน่วยงานด้านสาธารณสุขควรกำหนดกรอบนโยบายการสื่อสารสุขภาพในพื้นที่ชาติพันธุ์ให้มุ่งสู่ “การสื่อสารเชิงพฤติกรรม” โดยบูรณาการแนวคิดการสร้างการรับรู้ การกระตุ้นการลงมือ

ปฏิบัติ และการขยายผลผ่านเครือข่ายสังคมโดยใช้รูปแบบ “3 ดู 3 ทำ 3 บอก” เป็นต้นแบบ

2. ควรยกระดับบทบาทของผู้นำชุมชนและ อสม. ให้เป็น “ผู้แปลความรู้” (knowledge translator) และ “ตัวกลางทางวัฒนธรรม” (cultural broker) ที่สามารถเชื่อมโยงองค์ความรู้ทางการแพทย์ กับระบบความเข้าใจของชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ควรสนับสนุนการพัฒนาสื่อสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทวัฒนธรรม โดยเฉพาะการใช้ภาษาท้องถิ่นและสื่อภาพเคลื่อนไหว เพื่อลดช่องว่างระหว่างความรู้กับการปฏิบัติ

4. ควรพัฒนา “ระบบการสื่อสารสองชั้น” โดยให้ รพ.สต. ทำหน้าที่เป็นแหล่งองค์ความรู้ และให้ผู้นำชุมชนและ อสม. เป็นผู้ถ่ายทอดและแปลความหมายให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

ในระดับครัวเรือน ควรส่งเสริมให้ประชาชนปฏิบัติตามแนวทาง “3 ดู 3 ทำ” เป็นกิจวัตรประจำวัน โดยใช้สื่อภาพหรือสัญลักษณ์ที่เข้าใจง่ายเป็นตัวกระตุ้นการรับรู้ และส่งเสริมให้เกิดการลงมือปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

ในระดับชุมชน ควรใช้กลไก “3 บอก” เป็นเครื่องมือในการขยายพฤติกรรมผ่านเครือข่ายทางสังคม โดยเฉพาะการใช้ผู้นำชุมชนเป็นต้นแบบ (role model) และการจัดกิจกรรมร่วมของชุมชน เช่น การทำความสะอาดพื้นที่หรือกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงในระดับหมู่บ้าน

ในระดับระบบบริการสุขภาพ ควรพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขให้สามารถใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการผลิตและเผยแพร่สื่อสุขภาพได้ เช่น การสร้างคลิปวิดีโอสั้นในภาษาท้องถิ่น หรือการใช้แพลตฟอร์มออนไลน์ในการสื่อสารกับประชาชน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการเข้าถึงและความเข้าใจของประชาชน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเชิงกึ่งทดลอง (quasi-experimental study) เพื่อประเมินประสิทธิผล

ของรูปแบบ "3 ดู 3 ทำ 3 บอก" ต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและการลดอุบัติการณ์โรคไข้เลือดออกในเชิงปริมาณ

2. ควรมีการศึกษาติดตามผลในระยะยาวเพื่อประเมินความต่อเนื่องและความยั่งยืนของพฤติกรรมสุขภาพ

3. ควรมีการศึกษาการปรับใช้รูปแบบในพื้นที่อื่นที่มีบริบทแตกต่างกัน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษา คณาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิ และ ดร.อมรรัตน์ อนุวัฒน์นันทเขตต์ ที่กรุณาให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะ และแนวทาง

ทางวิชาการอันเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงานวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และประชาชนในชุมชนบ้านห้วยเสือเฒ่า ตำบลผาบ่อง อำเภอเมือง จังหวัดแม่ฮ่องสอน ที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยเป็นอย่างดี รวมทั้งผู้ช่วยนักวิจัยท้องถิ่นที่มีส่วนสำคัญในการสื่อสารและถ่ายทอดข้อมูลระหว่างภาษาไทยและภาษากะเหรี่ยง จนทำให้งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- 1.World Health Organization.(2012). Global strategy for dengue prevention and control 2012–2020. Geneva: WHO Press; 2012. 43 p.
- 2.กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค.(2567). สถานการณ์โรคไข้เลือดออกรายสัปดาห์ปี 2566 และ 2567 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข [เข้าถึงเมื่อ 27 มี.ค. 2569]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/doe/>
- 3.กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค.(2565). รายงานสถานการณ์โรคไข้เลือดออกรายสัปดาห์ สัปดาห์ที่ 52 ปี 2565. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
- 4.John TJ, Kompithra RZ.(2023). Eco-epidemiology triad to explain infectious diseases. Indian J Med Res. 2023;158(2):107-112.
- 5.Rosenstock IM.(1974). Historical origins of the Health Belief Model. Health Educ Monogr. 1974;2(4):328-35.
- 6.Arham AF, Mokhtar MI, Zainal N, Jaafar MH, Amin L, Rusly NS, et al.(2025). Asian households' dengue-related knowledge, attitudes, and practices: a systematic review. Humanit Soc Sci Commun. 2025;12(1):1-12.
- 7.Crowley J, Liu B, Jan H.(2025). Assessing the knowledge, attitudes, and practices (KAP) of dengue in Thailand: a systematic review and meta-analysis. Arch Public Health. 2025;83(1):38. doi: 10.1186/s13690-025-01522-6.
- 8.Naing C, Htet NH, Tung WS, Aung HH, Whittaker MA.(2023). Facilitators and barriers to engaging communities in health service research on dengue control in Indo-Pacific region: A systematic review. BMC Public Health. 2023;23(1):1924. doi: 10.1186/s12889-023-16832-3.
- 9.World Health Organization.(2026). Dengue and severe dengue [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [cited 2026 Apr 27]. Available from: who.int
- 10.European Centre for Disease Prevention and Control.(2025). Communicable Disease Threats Report, Week 1, 2025. Stockholm: ECDC; 2025.
- 11.สุภาพ หวังช่อกลาง.(2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน. วารสารสุขภาพภาคประชาชน. 2564;15(1):[หน้า].
- 12.Selvarajoo S, Liew JWK, Tan W, Lim XY, Refai AS, Tiong V, et al.(2020). Knowledge, attitude and practice on dengue prevention and control among local communities: a cross-sectional study in Malaysia. Int J Care Sch. 2020;3(2):15-23.

- 13.นภารัตน์ อุเงิน.(2564). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของหัวหน้าครัวเรือนกลุ่มชาติพันธุ์ ตำบลป่ากลาง อำเภอปัว จังหวัดน่าน [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2564.
- 14.Viengnakhone Khamphet, นิยม จันทน์นวล.(2567). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนแขวงอัตตะปือ สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2567;9(2):246-9.
- 15.Liu X, Yang Y, Chen W.(2021). Cultural beliefs, risk perception and dengue prevention behaviors among Dai ethnic minority in Yunnan, China. Infect Dis Poverty. 2021;10(1):45. doi: 10.1186/s40249-021-00830-5.
- 16.Xu J, Lin H, Liu Q.(2019). Dengue knowledge, attitudes and practices among Shan ethnic group in eastern Shan State, Myanmar. BMC Infect Dis. 2019;19(1):573. doi: 10.1186/s12879-019-4213-1.
- 17.Wong LP, Shakir SMM, AbuBakar S.(2023). Health belief model-based dengue prevention intervention among Orang Asli in Selangor, Malaysia: A cluster-randomised controlled trial. Lancet Reg Health West Pac. 2023;33:100700. doi: 10.1016/j.lanwpc.2023.100700.
- 18.เพิ่มพร ณ นคร, ณัฐวิวัฒน์ ธนพรณสิน.(2560). การใช้ทฤษฎีบทบาทหน้าที่ของสื่อกับสื่อมวลชน. วารสารการสื่อสารมวลชน. 2560;5(2):144-60.
- 19.นฤวรรณ ม่วงประเสริฐ.(2564). ปัจจัยการสื่อสารที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรคณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย [สารนิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 18 ก.พ.. 2569]. เข้าถึงได้จาก: <https://digital.car.chula.ac.th/chulaetd/8025>
- 20.รัชชัย ปิยะวัฒน์, และจันทวรรณ ปิยะวัฒน์.(2567). ทฤษฎีการสื่อสาร [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: Gotoknow; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 28 เม.ย. 2569]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.gotoknow.org/posts/491949>
- 21.กุลนิดา ธานีโต, สุภาภรณ์ ศรีดี, กานต์ บุญศิริ.(2568). การจัดการทางการสื่อสาร. วารสาร มจร อุบลราชธานี. 2568;10(1):3046-58.
- 22.Aristotle.(1954). The rhetoric of Aristotle. Cope EM, editor. Cambridge: Cambridge University Press; 1954.
- 23.Berlo, David K.(1960). The process of communication: An introduction to theory and practice. New York: Holt, Rinehart and Winston; 1960.
- 24.Hauswirth M, Jazayeri M.(1999). A component and communication model for push systems. In: Proceedings of the 7th European Software Engineering Conference (ESEC/FSE '99); 1999 Sep 6-10; Toulouse, France. Berlin: Springer; 1999. p. 20-38.
- 25.Joshi HK, Joshi M, Sharma A, Dubey R, Jaswal SS.(2020). Introduction to mass communication. Noida: Vikas Publishing House for Alagappa University; 2020.
- 26.Bahrain NNK, Sakrani SNR, Maidin A.(2023). Communication barriers in work environment: Understanding impact and challenges. Int J Acad Res Bus Soc Sci. 2023;13(11):1489-1503. doi: 10.6007/IJARBS/v13-i11/19498.
- 27.Kaur M. Links between communication components. Afr J Biomed Res. 2024;27(2S):626-31. doi: 10.53555/AJBR.v27i2S.7849.
- 28.Berry D.(2007). Health communication: Theory and practice. Buckingham: Open University Press; 2007.
- 29.Kleinman A.(1980). Patients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry. Berkeley: University of California Press; 1980.
- 30.Katz E, Lazarsfeld PF.(1955). Personal influence: The part played by people in the flow of mass communications. Glencoe: Free Press; 1955.
- 31.Bandura A.(1977). Social learning theory. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1977.
- 32.Rogers EM.(2003). Diffusion of innovations. 5th ed. New York: Free Press; 2003.