



ผลการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อการป้องกันการเกิดโรคมalariaเรื้อรัง ในกลุ่มเสี่ยงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในพื้นที่จังหวัดกาญจนบุรี

The Results of Development a Model for Promoting Health Literacy to Prevent Malaria in High- Risk Groups Through Community Participation in Kanchanaburi Province

นิสิต จงศุภวิศาลกิจ¹, อัจฉรพรรณ ค้ายาตี², ลักษมีกานต์ สิริกาญจนชัยกุล³

Nisit Jongsupavisarnkit¹, Ajcharapan Kayadee², Laksameekarn Sirikarnchanachaikul³

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี^{1,3}, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท³

Kanchanaburi Provincial Public Health Office^{1,3}, Boromarajonani College of Nursing, Chainat³

(Received: 25 December 2025; Revised: 28 February 2026 ; Accepted: 19 March 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการป้องกันโรคมalariaเรื้อรังในกลุ่มเสี่ยง จังหวัดกาญจนบุรี โดยประยุกต์ใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) การวิจัยดำเนินการ 3 ระยะ ระหว่างเดือนสิงหาคม 2567 ถึงกุมภาพันธ์ 2568 โดยใช้แบบสอบถามและแนวทางสัมภาษณ์เป็นเครื่องมือวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและเชิงเปรียบเทียบ Wilcoxon signed-rank test ระยะที่ 1 ศึกษาบริบทและสภาพปัญหาในกลุ่มเสี่ยง 423 คน และสัมภาษณ์ภาคีเครือข่าย 15 คน ระยะที่ 2 พัฒนา KANC Model ประกอบด้วย การจัดการความรู้ผ่านทีมพิทักษ์สุขภาพชุมชน (K) ความร่วมมือเชิงรุก (A) การสื่อสารผ่านเครือข่าย (N) และการมีส่วนร่วมผ่านระบบเฝ้าระวังเชิงรุก (C) ทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 60 คน เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ระยะที่ 3 ประเมินผลและถอดบทเรียน ผลการศึกษาในระยะที่ 1 พบว่ากลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.05 อายุเฉลี่ย 48 ปี มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูง ร้อยละ 69.20 แต่พฤติกรรมการป้องกันโรคอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 58.00 สะท้อนช่องว่างระหว่างความรู้และการปฏิบัติ ระยะที่ 3 หลังการทดลองใช้รูปแบบ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เจตคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <0.05) โดยพฤติกรรมป้องกันตนเองจากยุงกัดเพิ่มขึ้นร้อยละ 39.30 และกลุ่มเป้าหมายมีความพึงพอใจและการมีส่วนร่วมสูง ร้อยละ 83.33 – 90.00 ข้อเสนอแนะ ควรบูรณาการ KANC Model เข้ากับบริการสุขภาพปฐมภูมิ พัฒนาทักษะดิจิทัลแก่กลุ่มเสี่ยง และขยายการศึกษาในระยะยาวเพื่อประเมินผลลัพธ์ทางชีวภาพ

คำสำคัญ: รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ, โรคมalariaเรื้อรัง, KANC Model, การมีส่วนร่วมของชุมชน

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: ajcharaphan@bcnchainat.ac.th, อัจฉรพรรณ ค้ายาตี)

Abstract

This research and development study aimed to develop and evaluate a health literacy enhancement model for malaria prevention among high-risk groups in Kanchanaburi Province, applying Health Literacy concepts and the Health Belief Model as the theoretical framework. The study was conducted in three phases from August 2024 to February 2025, using questionnaires and interview guides as research instruments. Data were analyzed using descriptive statistics and the Wilcoxon signed-rank test. Phase 1 examined the context and health literacy problems among 423 at-risk individuals and interviewed 15 network stakeholders. Phase 2 developed the KANC Model comprising four components: Knowledge management through community health guardian teams (K), Active partnership (A), Network communication (N), and Community engagement through proactive surveillance (C), which was piloted with 60 participants over 12 weeks. Phase 3 conducted program evaluation and lessons-learned review. Phase 1 findings revealed that most at-risk individuals were female (73.05%), with a mean age of 48 years. Overall health literacy was high (69.20%); however, malaria prevention behavior remained moderate (58.00%), indicating a knowledge-to-practice gap. Following model implementation in Phase 3, health literacy, attitudes, and malaria prevention behaviors improved significantly (P -value < 0.05), with self-protection behaviors against mosquito bites increasing by 39.30%. Satisfaction and community participation were high (83.33–90.00%). The KANC Model was effective in improving health literacy and malaria prevention behaviors and has potential for sustainable community-based malaria prevention. Recommendations include integrating the model into primary health care services, developing digital skills among at-risk groups, and extending the study period to assess long-term biological outcomes.

Keywords: Health Literacy Enhancement Model, Malaria, KANC Model, Community Participation

บทนำ

องค์การอนามัยโลกรายงานว่าในปี พ.ศ. 2566 พบผู้ป่วยมาลาเรียทั่วโลกสูงถึง 249 ล้านราย และเสียชีวิตประมาณ 619,000 ราย โดยภาระโรคร้อยละ 95.00 และสัดส่วนการเสียชีวิตร้อยละ 96.00 เกิดขึ้นในทวีปแอฟริกา ซึ่งมีเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เป็นกลุ่มเสี่ยงหลัก (World Health Organization, 2023) สำหรับภูมิภาคเอเชียผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศที่ส่งผลต่อวงจรชีวิตยุงพาหะได้เพิ่มความเสี่ยงในการแพร่ระบาด ทำให้กลุ่มประเทศในภูมิภาคตั้งเป้าหมายร่วมกันที่จะกำจัดโรคให้หมดไปภายในปี พ.ศ. 2573 (สุชญา สีหะวงษ์ และคณะ, 2565) ในประเทศไทย แม้จะมีความสำเร็จในการลดอัตราการเกิดโรคลงได้ถึงร้อยละ 85.00 ในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา แต่จังหวัดกาญจนบุรียังเป็นพื้นที่เสี่ยงสูงที่มีอัตราป่วยมากกว่าค่าเฉลี่ยประเทศถึง 3 เท่า โดยเฉพาะ

กลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ป่าเขา (ภัทรา ทองสุข และคณะ, 2563) สถานการณ์สัปดาห์ที่ 20 ของปี พ.ศ. 2567 พบว่า จังหวัดกาญจนบุรีมีผู้ป่วยสูงสุดในเขตสุขภาพที่ 5 จำนวน 610 ราย แม้จะลดลงร้อยละ 12.00 แต่ยังคงเป็นตัวเลขที่น่ากังวลโดยเฉพาะในอำเภอทองผาภูมิ สังขละบุรี และไทรโยค ซึ่งสะท้อนถึงความท้าทายที่ยังคงอยู่ โดยเฉพาะในบริบทพื้นที่เสี่ยงสูงที่มีอุปสรรคทางภูมิศาสตร์ ภาษา และวัฒนธรรม (สำนักงานสถิติจังหวัดกาญจนบุรี, 2567)

การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ในกลุ่มเสี่ยงเหล่านี้จึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้เกิดการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียอย่างยั่งยืน โดยความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และนำข้อมูลด้านสุขภาพไปใช้เพื่อการตัดสินใจและดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม (Nutbeam, 2000; Sørensen et al., 2012) งานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียในกลุ่มเสี่ยง (Oladimeji et al., 2019) การศึกษาในประเทศกัมพูชาและประเทศอื่นๆ ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้พบว่า แม้ว่าประชาชนส่วนใหญ่จะมีความรู้เกี่ยวกับโรคมาลาเรีย แต่ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการ การแพร่เชื้อ และวิธีการป้องกันยังมีจำกัด (Nofal et al., 2019; Chu et al., 2021) นอกจากนี้ การศึกษาในประเทศไนจีเรียยังพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพที่ต่ำมีความสัมพันธ์กับการไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรคมาลาเรีย เช่น การนอนในมุ้ง (Amaran, 2013)

งานวิจัยก่อนหน้านี้ที่ศึกษาการป้องกันโรคมาลาเรียในพื้นที่เสี่ยงสูง โดยเน้นการแจกจ่ายยา อุปกรณ์ป้องกันแมลง และการให้ความรู้เบื้องต้น (ภัทรา ทองสุข และคณะ, 2563) ซึ่งช่วยลดอัตราป่วยและสร้างเครือข่ายในพื้นที่ชายแดน แต่ยังคงขาดการศึกษารูปแบบเฉพาะที่บูรณาการความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) เข้ากับการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยเฉพาะในบริบทพื้นที่เสี่ยงสูงที่มีอุปสรรคทางภูมิศาสตร์ ภาษา และวัฒนธรรม การวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมาลาเรียของกลุ่มเสี่ยงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่จังหวัดกาญจนบุรี โดยใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ร่วมกับทฤษฎีความรู้ด้านสุขภาพและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ผลการวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนและดำเนินมาตรการป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่เสี่ยงสูงอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อการป้องกันการเกิดโรคมาลาเรียในกลุ่มเสี่ยงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในพื้นที่จังหวัดกาญจนบุรี

วัตถุประสงค์รอง

1. เพื่อศึกษาบริบทและสภาพปัญหาความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมาลาเรียของกลุ่มเสี่ยงในจังหวัดกาญจนบุรี

2. เพื่อการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อการป้องกันการเกิดโรคมาลาเรียในกลุ่มเสี่ยงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในพื้นที่จังหวัดกาญจนบุรี

3. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อการป้องกันการเกิดโรคมาลาเรียในกลุ่มเสี่ยงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในพื้นที่จังหวัดกาญจนบุรี

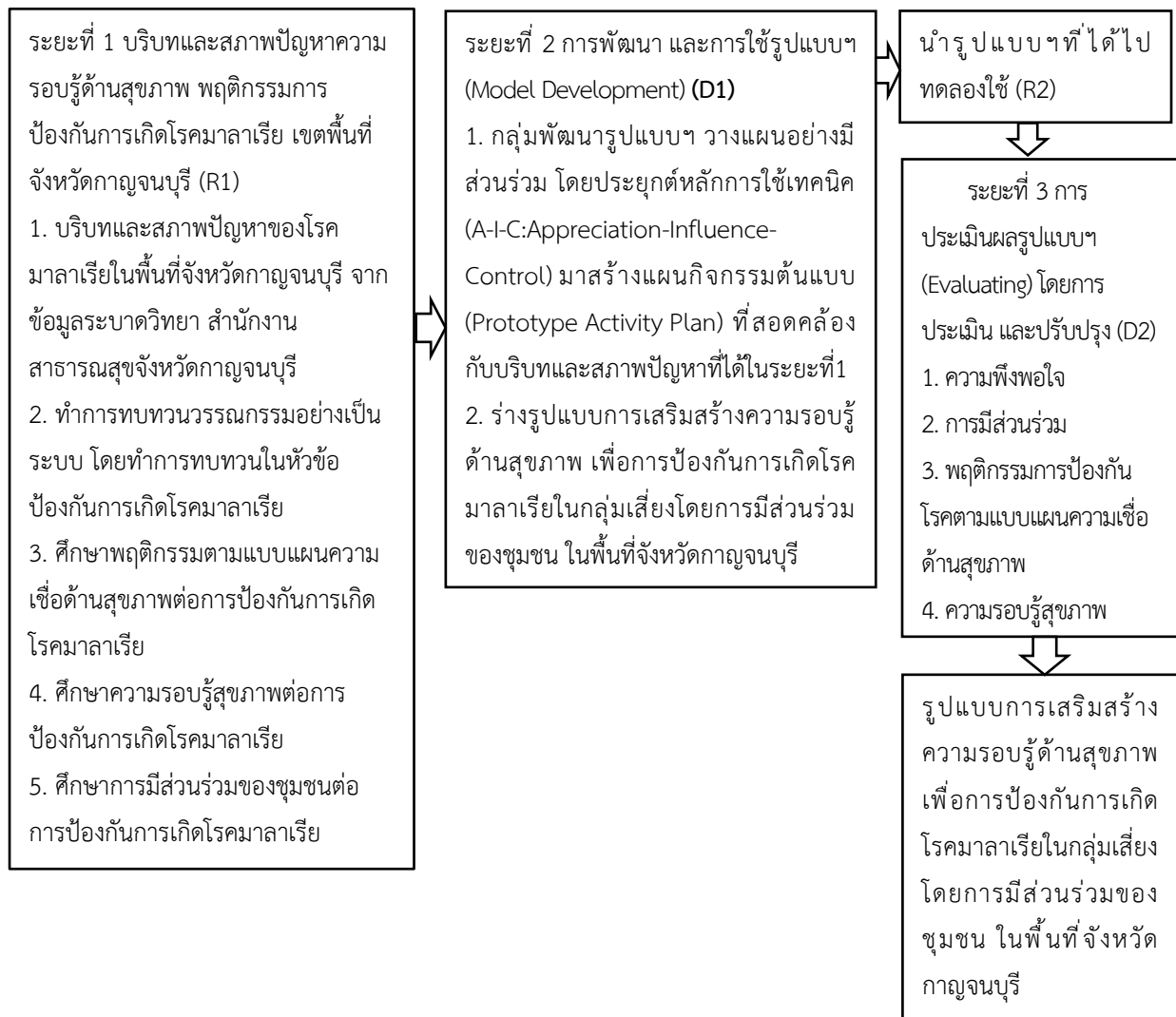
กรอบแนวคิดการวิจัย

ผลการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อการป้องกันการเกิดโรคมาลาเรียในกลุ่มเสี่ยงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในพื้นที่จังหวัดกาญจนบุรี การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยประยุกต์ใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) มาบูรณาการ การดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาบริบทและสภาพปัญหาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมาลาเรียของกลุ่มเสี่ยงในจังหวัดกาญจนบุรี ระยะนี้เป็นการศึกษาสถานการณ์บริบทและสภาพปัญหาของโรคมาลาเรียในพื้นที่จังหวัดกาญจนบุรี จากข้อมูลระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ โดยทำการทบทวนในหัวข้อ ป้องกันการเกิดโรคมาลาเรีย ศึกษาแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) และการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการป้องกันการเกิดโรคมาลาเรีย เพื่อเป็นฐานในการพัฒนารูปแบบ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในระยะนี้แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มเสี่ยงการเกิดโรคมาลาเรียในจังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 423 คน 2) กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 15 คน การศึกษาในระยะนี้มุ่งเน้นวิเคราะห์บริบทและความสำคัญของปัญหาผลสำเร็จของโครงการเดิมที่ผ่านมาในการการป้องกันโรคมาลาเรีย ตลอดจนความคิดเห็นและความต้องการในการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจนในการป้องกันโรคมาลาเรียของกลุ่มเสี่ยงในจังหวัดกาญจนบุรี

ระยะที่ 2 พัฒนาและทดลองใช้รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อการป้องกันการเกิดโรคมาลาเรียในกลุ่มเสี่ยงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในพื้นที่จังหวัดกาญจนบุรี ระยะพัฒนารูปแบบนี้เป็นการร่วมทำงานระหว่างกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระยะที่ 1 และผู้วิจัยวางแผนอย่างมีส่วนร่วม โดยมีการจัดประชุมกับกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ที่ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้องตี้ อำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี พื้นที่ต้นแบบ จำนวน 1 วัน โดยประยุกต์หลักการใช้เทคนิค (A-I-C Appreciation-Influence-Control) มาสร้างแผนกิจกรรมต้นแบบ (Prototype activity plan) ที่สอดคล้องกับบริบทและสภาพปัญหาการเกิดโรคมาลาเรียในกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่จังหวัดกาญจนบุรี ที่ได้ในระยะที่ 1 โดยมีเป้าหมายสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการเกิดโรคมาลาเรียในกลุ่มเสี่ยงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน นำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) มาร่างเป็นแผนกิจกรรมต้นแบบ จำนวน 12 สัปดาห์ กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และผู้วิจัยได้เสนอแผนกิจกรรมต้นแบบที่ร่างขึ้นกับผู้เชี่ยวชาญ (กลุ่มเดิมที่ให้คำแนะนำในการสร้างและปรับปรุงเครื่องมือวิจัย) และได้ปรับปรุงแผนกิจกรรมตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญให้เหมาะสมยิ่งขึ้นก่อนนำมาทดลองใช้กับกลุ่มเสี่ยงการเกิดโรคมาลาเรีย จำนวน 30 คน ในพื้นที่อำเภอไทรโยค และขยายผลไปใช้กับกลุ่มเสี่ยงการเกิดโรคมาลาเรีย จำนวน 30 คน ในพื้นที่อำเภอส่งขะบุรี จังหวัดกาญจนบุรี ซึ่งทั้ง 2 อำเภอเป็นอำเภอที่มีการเกิดโรคมาลาเรียในกลุ่มเสี่ยง ปี 2566 สูงที่สุดของจังหวัดกาญจนบุรี

ระยะที่ 3 ศึกษาผลของการใช้รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อการป้องกันการเกิดโรคมาลาเรียในกลุ่มเสี่ยงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในพื้นที่จังหวัดกาญจนบุรี ระยะนี้เป็นการประเมินผลการทดลองใช้และปรับปรุงรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อการป้องกันการเกิดโรคมาลาเรียในกลุ่มเสี่ยงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในพื้นที่จังหวัดกาญจนบุรี หลังการนำรูปแบบฯไปทดลองใช้ และขยายผลกับกลุ่มเสี่ยงการเกิดโรคมาลาเรีย จำนวน 30 คน ในพื้นที่อำเภอไทรโยค และขยายผลไปใช้กับกลุ่มเสี่ยงการเกิดโรคมาลาเรีย จำนวน 30 คน ในพื้นที่อำเภอสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี โดยประเมินความพึงพอใจ การมีส่วนร่วม พฤติกรรมการป้องกันโรคตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้สุขภาพและการเกิดโรคมาลาเรีย ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและ

ประเมินผลรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งในกลุ่มเสี่ยงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในพื้นที่จังหวัดกาญจนบุรี โดยบูรณาการแนวคิดทฤษฎีที่สำคัญ ได้แก่ แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) โดยแบ่งการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาบริบทและสภาพปัญหาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งของกลุ่มเสี่ยงในจังหวัดกาญจนบุรี

ระยะที่ 2 พัฒนาและทดลองใช้รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งในกลุ่มเสี่ยงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในพื้นที่จังหวัดกาญจนบุรี

ระยะที่ 3 ศึกษาผลของการใช้รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งในกลุ่มเสี่ยงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในพื้นที่จังหวัดกาญจนบุรี (D2)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็ง อาศัยอยู่ในจังหวัดกาญจนบุรี (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี, 2567) เนื่องจากประชากรไม่ทราบจำนวนที่แน่ชัด จึงคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณโดยใช้สูตรของ Cochran, 1977 สำหรับประชากรไม่จำกัด (infinite population) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% กลุ่มตัวอย่าง 385 คน เพื่อรองรับการไม่ตอบแบบสอบถามที่อาจเกิดขึ้นประมาณ 9-10% จึงปรับเพิ่มเป็น 423 คน หลังจากนั้นสุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีสุ่มแบบ Stratified random sampling ผู้วิจัยจึงใช้วิธีการสุ่มตามสัดส่วนของประชากร (Proportional to size) ข้อมูลเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 15 คน โดยเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) กับบุคคลที่ให้ข้อมูลคนสำคัญ (Keys Informant) ประกอบไปด้วย ตัวแทนชุมชน ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยใช้เครื่องมือเป็นแนวคำถามเพื่อสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) พัฒนาแบบสัมภาษณ์จากการทบทวนปัญหาและแนวทางการดำเนินงานในการป้องกันโรคมะเร็ง รวมถึงความต้องการพัฒนาทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพในบริบทชุมชนชายแดนและพื้นที่เสี่ยงที่พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและวัตถุประสงค์การวิจัย รูปแบบไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็ง จำนวน 30 คน การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ในพื้นที่อำเภอไทรโยค และขยายผลไปใช้กับกลุ่มเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็ง จำนวน 30 คน ในพื้นที่อำเภอสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี ซึ่งทั้ง 2 อำเภอเป็นอำเภอที่มีการเกิดโรคมะเร็งในกลุ่มเสี่ยง ปี 2566 สูงที่สุดของจังหวัดกาญจนบุรี กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและกลุ่มเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็ง ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียวกันกับระยะที่ 2 เครื่องมือแบบประเมินผลความพึงพอใจ และการมีส่วนร่วมอย่างละ 10 ข้อ ที่พัฒนาตามมาตรวัดแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถามการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งในกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็ง แบ่งเป็น 4 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 15 ข้อ แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี รหัสจริยธรรม EC.NO. 32/2567 ตามหนังสือรับรองเลขที่ กจ 0033.002/4153 อนุมัติเมื่อวันที่ 4 ตุลาคม 2567 โดยผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างตามหลักจริยธรรมการวิจัย มีการชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินงาน การขอคำยินยอมโดยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed Consent Form) และยืนยันการรักษาความลับของข้อมูลโดยนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 ศึกษาบริบทและสภาพปัญหาความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมาลาเรียของกลุ่มเสี่ยงในจังหวัดกาญจนบุรี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.05 มีอายุเฉลี่ย 48.81 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 53.90 ประกอบอาชีพอื่น ๆ (เช่น พนักงานบริษัท/ว่างงาน) ร้อยละ 43.97 รองลงมาคือค้าขาย ร้อยละ 30.02 ด้านเชื้อชาติส่วนใหญ่เป็นชาวไทย ร้อยละ 46.81 รองลงมาคือมอญ ร้อยละ 21.04 และกะเหรี่ยง ร้อยละ 18.44 สำหรับรายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 36.88 และร้อยละ 60.52 ไม่เคยมีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมาลาเรีย ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากรทั่วไป (n = 423)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	114	26.95
หญิง	309	73.05
อายุ (ปี)		
		M = 48.81, SD. = 10.58
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าประถมศึกษา	9	2.13
ประถมศึกษา	135	31.91
มัธยมศึกษา	228	53.90
สูงกว่ามัธยมศึกษา	51	12.06
อาชีพ		
เกษตรกร	30	7.09
รับจ้าง	76	17.97
ค้าขาย	127	30.02
นักเรียน/นักศึกษา	4	0.95
อื่น ๆ	186	43.97
เชื้อชาติ / กลุ่มชาติพันธุ์		
ไทย	198	46.81
มอญ	89	21.04

กะเหรี่ยง	78	18.44
พม่า	32	7.57
อื่น ๆ	26	6.15
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	156	36.88
5,000 – 10,000 บาท	142	33.57
10,001 – 20,000 บาท	89	21.04
มากกว่า 20,000 บาท	36	8.51
ประวัติการเป็นโรคมะเร็ง		
เคยเป็น	167	39.48
ไม่เคยเป็น	256	60.52

ผลการศึกษาริบทและสภาพปัญหาความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรม และความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร (ระยะที่ 1) จากการศึกษาในกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งจำนวน 423 คน ในพื้นที่จังหวัดกาญจนบุรี พบข้อมูลสำคัญที่สะท้อนถึงสภาพปัญหาและความสัมพันธ์ของตัวแปรหลัก พบว่า กลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งในจังหวัดกาญจนบุรี มีระดับ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ กลาง ($M = 3.46, SD. = 0.34$) และ ความเชื่อด้านสุขภาพปานกลางถึงสูง ($M = 3.30, SD. = 0.38$) แสดงถึงความเข้าใจที่ดีในมิติการเข้าถึงข้อมูล ความรู้พื้นฐาน ทักษะการสื่อสาร และการตัดสินใจเกี่ยวกับโรคมะเร็ง อย่างไรก็ตาม พฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.92, SD. = 0.40$) ซึ่งบ่งชี้ถึงช่องว่างระหว่างความรู้ ความเชื่อกับการปฏิบัติจริง (knowledge-practice gap) ดังแสดงตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็ง ($n = 423$)

ตัวแปร	<i>M</i>	<i>SD.</i>
ความรู้ด้านสุขภาพ	3.46	0.34
ความเชื่อด้านสุขภาพ	3.30	0.38
พฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็ง	2.92	0.40

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มพัฒนารูปแบบฯ 15 คน พบว่า กลุ่มเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็ง มีปัญหาในการป้องกันโรคอย่างต่อเนื่อง โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระบุว่า “ผู้ที่ทำงานในพื้นที่ป่าหรือไร่ส่วนใหญ่ไม่ค่อยใช้มุ้งชุบสารเคมี เพราะคิดว่ายุ่งกัแล้วไม่เป็นไร หรือลืมใช้เพราะเหนื่อยจากการทำงานหนัก” สอดคล้องกับคำให้สัมภาษณ์ของกลุ่มเสี่ยงที่ว่า “รู้ว่าต้องใช้มุ้ง แต่บางคืนกลับดีก็ไม่ได้กางมุ้ง” พบปัญหาด้านความรู้ด้านสุขภาพ ตามที่ อสม. กล่าวว่า “บางคนไม่รู้ว่ายุงกัดตอนเช้ามีดและตอนพลบค่ำ คนส่วนใหญ่คิดว่ายุงทั่วไปก็ทำให้เป็นมาลาเรียได้” และการสนับสนุนทางสังคมมีจำกัด ดังที่ผู้นำชุมชนระบุว่า “เราช่วยกันพ่นยาฆ่าแมลงในชุมชน แต่บางบ้านไม่ยอมให้พ่น เพราะกลัวสารเคมีตกค้าง”

เมื่อวิเคราะห์ตามกรอบแนวคิด พบว่าปัญหาหลักเกิดจากวิถีชีวิตการทำเกษตรกรรมในพื้นที่ป่าเขาและรับจ้างที่จำกัดเวลาในการป้องกันโรค ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันและการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยมีอุปสรรคจากการรับรู้และความเชื่อที่ไม่เหมาะสม ดังที่ อสม. เล่าว่า “บางคนเชื่อว่ากินยาแก้ไข้แล้วหายเองได้ ไม่ต้องไปตรวจเลือด” ทำให้เกิดความต้องการในการพัฒนาระบบสนับสนุน ทั้งด้านความรู้และทรัพยากร ดังที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเสนอว่า “อยากให้ อสม. มีชุดตรวจมาลาเรียแบบรวดเร็ว และอบรมเรื่องการใช้มุ้งชุบสารเคมีให้ครอบครัว” เพื่อช่วยให้กลุ่มเสี่ยงสามารถป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียได้ดีขึ้น สอดคล้องกับบริบทและวิถีชีวิตของชุมชน

ระยะที่ 2 พัฒนาและทดลองใช้รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อการป้องกันการเกิดโรคมาลาเรียในกลุ่มเสี่ยงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในพื้นที่จังหวัดกาญจนบุรี

จากการวิเคราะห์สถิติในระยะที่ 1 พบช่องว่างสำคัญคือกลุ่มเป้าหมายมีความรอบรู้สูงแต่พฤติกรรมยังอยู่ระดับปานกลาง โดยความเชื่อด้านสุขภาพมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมากที่สุด ข้อมูลนี้ถูกนำเข้าสู่กระบวนการ AIC ในระยะที่ 2 เพื่อร่วมกันออกแบบกิจกรรมที่เน้นการปฏิบัติจริง การสื่อสารผ่านเครือข่าย และการมีส่วนร่วมของชุมชน จนเกิดเป็นแนวทางที่ตอบโจทย์ปัญหาพื้นที่อย่างเป็นระบบ นำไปสู่การพัฒนาในรูปแบบ KANC Model และทดลองใช้ 12 สัปดาห์ที่ รพ.สต. พื้นที่ต้นแบบ (อำเภอไทรโยค) และ รพ.สต. พื้นที่ขยายผล (อำเภอทองผาภูมิ) กลุ่มตัวอย่างรวมกลุ่มเสี่ยงมาลาเรียและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) รวม 60 คน (แห่งละ 30 คน)

การใช้เทคนิค A-I-C ในการพัฒนาแผนกิจกรรมต้นแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อการป้องกันการเกิดโรคมาลาเรียในกลุ่มเสี่ยงเริ่มจาก ขั้นตอน Appreciation พบจุดแข็งของชุมชน คือประสบการณ์การเกิดโรคมาลาเรียในอดีต และมีเครือข่ายหลายด้านมาร่วมกันทำงาน ดังคำกล่าว “คนที่นี่ส่วนมากเคยเป็นมาลาเรียเกือบทุกคนแล้ว รู้วิธีปฏิบัติตัวเองในการป้องกันโรคมาบ้าง แต่ก็ยังเป็นโรคมาลาเรียกันทุกปี” ขั้นตอน Influence พบว่า ปัจจัยสำคัญ คือ การใช้เทคโนโลยีและการติดตามใกล้ชิด สะท้อนจากคำพูด “น่าจะใช้ไลน์หมู่บ้านส่งความรู้ผู้สูงอายุใช้ไลน์กันหมดแล้ว” และขั้นตอน Control นำไปสู่การพัฒนากิจกรรมที่เป็นรูปธรรม เช่น การใช้มุ้งชุบสารเคมี การบันทึกการเฝ้าระวังอาการ และการเยี่ยมบ้าน ดังคำกล่าว “เราจะมีสมุดบันทึกการใช้มุ้งและการกำจัดลูกน้ำุง จะมีสมุดไปให้ทุกบ้าน”

การป้องกันมาลาเรียที่ยั่งยืนจะเกิดขึ้นได้เมื่อชุมชนมีความสามารถในการจัดการสุขภาพของตนเอง (Health Literacy) โดยมีเครือข่ายในพื้นที่เป็นแกนหลัก (Community Participation) พร้อมเครื่องมือที่เหมาะสมและได้รับการสนับสนุนจากระบบการสื่อสารที่รวดเร็วและแม่นยำ

K - Knowledge Management ทีมพิทักษ์สุขภาพชุมชน (The People) หลักการ: เสริมศักยภาพและขยายบทบาทของเครือข่ายอาสาสมัครที่มีอยู่แล้ว โดยยกระดับให้กลายเป็นทีมที่ทำงานเชิงรุกและครอบคลุมมากขึ้น

A+N - Active Partnership & Network Communication ผ่าน “มาตรการของชุมชน พร้อมเครื่องมือพิทักษ์มาลาเรีย” (The Process & Tools) หลักการ: ผสานแนวคิด “มาตรการของชุมชน โดยชุมชน เพื่อชุมชน” เข้ากับ “เครื่องมือพิทักษ์มาลาเรีย (Malaria Toolkit)” ที่จับต้องได้และใช้งานง่าย เช่น มุ้งชุบสารเคมี ชุดกำจัดลูกน้ำุง และสมุดบันทึกการเฝ้าระวัง

C - Community Engagement ผ่าน “ระบบเฝ้าระวังเชิงรุกและชุดปฏิบัติการตอบโต้สถานการณ์” (Preparedness) หลักการ: เปลี่ยนกระบวนการที่ขึ้นจากการ “ตั้งรับ” ไปสู่การ “เตรียมพร้อมเชิงรุก” (Anticipate, Plan, and Act) โดยมีเป้าหมายเพื่อตรวจจับสัญญาณความเสี่ยงของการระบาดให้ได้เร็วที่สุด และมีแผนปฏิบัติการที่ชัดเจนพร้อมตอบโต้ได้ทันที

การนำรูปแบบ KANC Model ไปทดลองใช้ใน 2 พื้นที่คือ รพ.สต.พื้นที่ต้นแบบและ รพ.สต.พื้นที่ขยายผล พบว่า ทั้งสองพื้นที่มีผลลัพธ์ที่ดีขึ้นในทุกด้าน ทั้งความรู้ด้านสุขภาพ เจตคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรีย โดยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ ($Z = -2.85$ ถึง -3.31 , $P\text{-value} < 0.05$) และผลลัพธ์ใกล้เคียงกัน (ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยไม่เกินร้อยละ 5.00) KANC Model สามารถประยุกต์ใช้ได้เหมาะสมกับทั้งสองพื้นที่ โดยเฉพาะทีมที่ทำงานเชิงรุกและครอบคลุมมากขึ้น การใช้เทคโนโลยี (เช่น LINE หมู่บ้าน) และการสร้างความสัมพันธ์แบบคู่หูระหว่าง อสม. กับกลุ่มเสี่ยงในการ เฝ้าระวังและเตือนใช้มุ้งชุบสารเคมี

ผลการวิเคราะห์ความรู้ด้านสุขภาพ ความเชื่อ และพฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรีย โดยความรู้ด้านสุขภาพวัดจาก 15 รายการ พฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรียวัดจาก 10 รายการ และความเชื่อวัดจาก 10 รายการ โดยเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบ KANC ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test ($n=30$ ต่ออำเภอ, รวม 60 คน) การทดลองใช้รูปแบบ KANC ($M \pm SD$). การทดลองใช้รูปแบบ KANC ทำให้คะแนน ความรู้ด้านสุขภาพ ความเชื่อ และพฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรีย เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในภาพรวม ($P\text{-value} < 0.05$) โดยเฉพาะพฤติกรรมการป้องกันโรค ที่เพิ่มสูงสุด สังขละบุรี +0.87 ทองผาภูมิ +0.80 สะท้อนประสิทธิภาพของรูปแบบในการเชื่อมโยงความรู้และความเชื่อสู่การปฏิบัติจริง ไทรโยคแสดงผลดีกว่าในทุกมิติและมีนัยสำคัญชัดเจนกว่า ซึ่งอาจเนื่องจากบริบทชายแดนที่เข้มข้นและการเข้าถึงกิจกรรมชุมชนที่ดีกว่า ในขณะที่พฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรียในทองผาภูมิเพิ่มขึ้นแต่ไม่ถึงนัยสำคัญ ($P\text{-value} = 0.119$) อาจเพราะความเชื่อเดิมที่ฝังรากลึก เช่น ความเชื่อเรื่องน้ำลำห้วย ยังคงอยู่ตามข้อมูลเชิงคุณภาพ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการทดลองใช้ KANC Model ($n=30$ ต่อพื้นที่)

อำเภอ	ตัวแปร	ก่อน ($M \pm SD$.)	หลัง ($M \pm SD$.)	Z	P-value
ไทรโยค	ความรู้ด้านสุขภาพ	3.12 ± 0.45	3.68 ± 0.32	52.0	<0.05
	พฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรีย	3.05 ± 0.52	3.62 ± 0.41	43.0	<0.05
	ความเชื่อ	2.58 ± 0.48	3.45 ± 0.39	6.0	<0.05
ทองผาภูมิ	ความรู้ด้านสุขภาพ	3.05 ± 0.50	3.55 ± 0.38	90.0	<0.05
	พฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรีย	2.98 ± 0.55	3.48 ± 0.44	156.0	0.119
	ความเชื่อ	2.52 ± 0.51	3.32 ± 0.42	21.0	<0.05
รวมทั้งสองพื้นที่	ความรู้ด้านสุขภาพ	3.09 ± 0.48	3.62 ± 0.35	247.0	<0.05
	พฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรีย	3.02 ± 0.54	3.55 ± 0.43	366.0	<0.05
	ความเชื่อ	2.55 ± 0.50	3.39 ± 0.41	48.0	<0.05

การประเมินผลเชิงคุณภาพของรูปแบบ KANC Model แสดงให้เห็นถึงความสำเร็จในการแก้ปัญหาการจัดการตนเองที่พบในระยาะที่ 1 โดยองค์ประกอบ Knowledge Management สะท้อนผ่านคำพูดของที่ว่า "คนที่นี่ส่วนมากเคยเป็นมาลาเรียเกือบทุกคนแล้ว รู้วิธีปฏิบัติตัวเองในการป้องกันโรคมามาก แต่ก็ยังเป็นโรคมมาเรียกันทุกปี" Active Partnership & Network Communication โดยการผสมแนวคิด "มาตรการของชุมชน โดยชุมชนเพื่อชุมชน" ที่จับต้องได้และใช้งานง่าย ในส่วนของ Community Engagement ผ่าน "ระบบเฝ้าระวังเชิงรุกและชุดปฏิบัติการตอบโต้สถานการณ์" (Preparedness) เปลี่ยนกระบวนทัศน์จากการ "ตั้งรับ" ไปสู่การ "เตรียมพร้อมเชิงรุก" (Anticipate, Plan, and Act) โดยมีเป้าหมายเพื่อตรวจจับสัญญาณความเสี่ยงของการระบาดให้ได้เร็วที่สุด และมีแผนปฏิบัติการที่ชัดเจนพร้อมตอบโต้ได้ทันที

รูปแบบ KANC Model จึงประสบความสำเร็จในการแก้ไขปัญหการจัดการตนเองที่พบในระยาะที่ 1 โดยเฉพาะผ่านกลไกการเยี่ยมบ้านที่ช่วยสร้างความสัมพันธ์และความเข้าใจระหว่างทีมพิทักษ์สุขภาพชุมชนกับกลุ่มเสี่ยงการเกิดโรคมมาเรียที่เข้าถึงง่ายและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีขึ้น

ระยาะที่ 3 ศึกษาผลของการใช้รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อการป้องกันการเกิดโรคมมาเรียในกลุ่มเสี่ยงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในพื้นที่จังหวัดกาญจนบุรี (D2)

การวิเคราะห์ผลการประเมินความพึงพอใจและการมีส่วนร่วมของรูปแบบ KANC Model พบว่าทั้งกลุ่มเสี่ยงการเกิดโรคมมาเรีย และกลุ่มการสร้างแผนกิจกรรมฯ มีความพึงพอใจในระดับสูง โดยกลุ่มการสร้างแผนกิจกรรมฯ มีค่าเฉลี่ยสูงกว่า (4.4±0.6) เมื่อเทียบกับ กลุ่มเสี่ยงการเกิดโรคมมาเรีย (4.2±0.7) ในด้านการมีส่วนร่วมก็พบแนวโน้มเดียวกัน คือกลุ่มการสร้างแผนกิจกรรมฯ มีค่าเฉลี่ยสูงกว่า (4.5±0.6) เมื่อเทียบกับ กลุ่มเสี่ยงการเกิดโรคมมาเรีย (4.3±0.7) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความพึงพอใจและการมีส่วนร่วม (n=30)

ตัวชี้วัด	กลุ่ม	M ± SD.	ร้อยละ
ความพึงพอใจ	กลุ่มเสี่ยงการเกิดโรคมมาเรีย	4.2 ± 0.7	83.33
	กลุ่มการสร้างแผนกิจกรรมฯ	4.4 ± 0.6	86.67
การมีส่วนร่วม	กลุ่มเสี่ยงการเกิดโรคมมาเรีย	4.3 ± 0.7	86.67
	กลุ่มการสร้างแผนกิจกรรมฯ	4.5 ± 0.6	90.00

สรุปผลการวิจัยโดยรวม KANC Model ใช้ Social Support จาก ทีมพิทักษ์สุขภาพชุมชนและเปลี่ยนทัศนคติตาม Health Belief Model เพิ่มความรอบรู้ (Health Literacy) เจตคติ และพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญ (P-value < 0.05) อุบัติการณ์โรคมมาเรียหรือการตรวจพบเชื้อ มีการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย (P-value > 0.05) ซึ่งอาจเนื่องจากระยะเวลาทดลองสั้นเพียง 12 สัปดาห์ ไม่เพียงพอต่อการเห็นผลชัดเจนในระดับประชากร แนะนำขยายเวลาและพัฒนาทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทั้งสองกลุ่มมีความพึงพอใจและการมีส่วนร่วมสูง โดยกลุ่มการสร้างแผนกิจกรรมฯ มีร้อยละสูงกว่า 86.67 และ 90.00 เนื่องจากมีบทบาทโดยตรงในการออกแบบและดำเนิน

กิจกรรม ทำให้รู้สึกเป็นเจ้าของมากกว่า

ผู้วิจัยนำเสนอผลการถอดบทเรียนแบบแยกวิเคราะห์รายกิจกรรม ประกอบด้วย การปลูกตะไคร้หอมเพื่อไล่ยุงพาหะนำโรคมะลาเรีย การอบรมให้ความรู้กับประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคมะลาเรียการแจกคู่มือเป็นการกระตุ้นเพื่อดึงดูดเด็กให้สนใจอ่าน เนื่องจากผู้ปกครองเด็กบางคนไม่สามารถอ่านหนังสือได้ จึงต้องใช้เด็กอ่านคู่มือให้ฟัง ประชาชนในการป้องกันโรคมะลาเรียให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยง และการเปิดสื่อเสียงหลายภาษา ได้แก่ ภาษาไทย ภาษากระเหรี่ยงเกี่ยวกับโรคมะลาเรียผ่านหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้านและในโรงเรียน โดยเจ้าหน้าที่เพื่อให้ชาวบ้านเกิดความตระหนักมากขึ้น

อภิปรายผล

การวิจัยนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของ KANC Model ซึ่งเป็นรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เพื่อการป้องกันการเกิดโรคมะลาเรียในกลุ่มเสี่ยงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่จังหวัดกาญจนบุรี โดยบูรณาการแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Nutbeam, 2000) และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Rosenstock, 1974) ผลการวิจัยทั้ง 3 ระยะเผยให้เห็นประสิทธิผล ข้อจำกัด และบริบทที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ผลการศึกษาระยะที่ 1 ระบุว่ากลุ่มเสี่ยงมี ความรอบรู้ด้านสุขภาพสูง แต่ พฤติกรรมป้องกันโรคมะลาเรียต่ำกว่าที่คาด ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam (2000) ที่แยก Health Literacy ออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ความรู้พื้นฐาน (Functional Literacy), การสื่อสาร (Interactive Literacy), และการประยุกต์ใช้ (Critical Literacy) คะแนนต่ำในด้านการจัดการตนเองบ่งชี้ถึงข้อจำกัดในระดับ Critical Literacy ซึ่งเป็นความท้าทายในการควบคุมพฤติกรรมสุขภาพ ความสัมพันธ์สูงระหว่าง ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรม ($r = 0.50$) สนับสนุน Health Belief Model ของ Rosenstock (1974) การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคเป็นตัวกลางสำคัญระหว่างความรู้และการกระทำที่ความรอบรู้มีความสัมพันธ์ต่ำกับพฤติกรรม ($r = 0.22$) บ่งชี้ว่าการให้ความรู้อย่างเดียวไม่เพียงพอ ต้องเน้นการปรับความเชื่อและการเสริมทักษะการจัดการตนเองควบคู่กัน

ในระยะที่ 2 รูปแบบ KANC สามารถยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงจาก $M = 3.25 \pm 0.42$ เป็น 3.58 ± 0.40 ($P\text{-value} < 0.05$) และของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จาก 3.67 ± 0.38 เป็น 3.92 ± 0.35 ($P\text{-value} < 0.05$) ผ่านกลไกการอบรมเชิงปฏิบัติ การสื่อสารผ่าน LINE หมู่บ้าน และการเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอ การเพิ่มขึ้นนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Sørensen et al. (2012) ซึ่งระบุว่า การสนับสนุนจากชุมชนและการเข้าถึงข้อมูลที่มีคุณภาพช่วยพัฒนา Health Literacy โดยเฉพาะในมิติการประยุกต์ใช้การเยี่ยมบ้านโดย อสม. และการใช้สื่อดิจิทัลตอบโต้การรู้เท่าทันสื่อที่เพิ่มจากระดับต่ำในระยะเวลาที่ 1 ร้อยละ 62.00 และการจัดการตนเอง (Self-management) ที่ต่ำสุดร้อยละ 60.40 ได้อย่างมีนัยสำคัญ

2. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ระยะที่ 1 ระบุทัศนคติเชิงลบและการรับรู้ความเสี่ยงต่ำ (Perceived Susceptibility และ Perceived Severity) เป็นอุปสรรคสำคัญต่อการป้องกันโรคมะลาเรีย KANC Model ในระยะที่ 2 รูปแบบ KANC สามารถปรับปรุงเจตคติของกลุ่มเสี่ยงและ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) ผ่านการให้ข้อมูลที่ชัดเจนจาก อสม. การสะท้อนผลจากการเฝ้าระวังเชิงรุก (เช่น การตรวจพบเคสเร็วและการควบคุมการแพร่กระจาย) ซึ่งสอดคล้องกับ Health Belief Model ที่ระบุว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) และประโยชน์ของการป้องกัน (Perceived Benefits) เป็นตัวกระตุ้นพฤติกรรมสำคัญ (Rosenstock, 1974) คำพูดจากกลุ่มเสี่ยงที่ว่า “พอรู้ว่าถ้าไม่ใช้ถุงหรือไม่กำจัดลูกน้ำยุง แล้วอาจเป็นมาลาเรียซ้ำซากหรือแพร่ให้ครอบครัวได้ ก็กลัว เลยต้องพยายามใช้ทุกคืน” สะท้อนการเปลี่ยนแปลงนี้ได้อย่างชัดเจน อย่างไรก็ตาม อุบัติการณ์โรคในพื้นที่ทดลองลดลงเพียงเล็กน้อยในระยะสั้น ($P\text{-value} > 0.05$) ซึ่งอาจเนื่องจากความไม่สม่ำเสมอในการปฏิบัติตามรูปแบบในบางครัว และระยะทดลอง 12 สัปดาห์อาจยังไม่เพียงพอต่อการเห็นผลการลดเคสที่ชัดเจน สอดคล้องกับงานวิจัยของ Powers et al. (2017) ที่แนะนำระยะเวลา 12-24 สัปดาห์เพื่อให้เห็นผลลัพธ์ทางคลินิกและพฤติกรรมที่ยั่งยืน

3. จุดแข็งและข้อจำกัดของ KANC Model อยู่ที่การออกแบบกระบวนการที่ตอบโจทย์บริบทและวิถีชีวิตของชุมชนในพื้นที่เสี่ยงอย่างแท้จริง โดยเฉพาะกิจกรรมการเยี่ยมบ้านเชิงรุกและการใช้ชุดเครื่องมือพิทักษ์มาลาเรีย (เช่น มุ้งชุบสารเคมีและสมุดบันทึกเฝ้าระวัง) ซึ่งช่วยเพิ่มความเข้าใจถึงความต้องการที่แท้จริงของกลุ่มเสี่ยง (Understanding At-risk Group Needs) และกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Driving Behavioral Change) ในการป้องกันตนเองอย่างสม่ำเสมอ สอดคล้องกับแนวคิดของ Lorig et al. (2001) ที่ระบุว่า การสนับสนุนทางสังคมและการมีส่วนร่วมของชุมชนมีความสำคัญในการเพิ่มความสามารถด้านการจัดการตนเอง (Self-management)

สำหรับข้อจำกัดที่พบคือ ทักษะการใช้แอปพลิเคชัน LINE ในกลุ่มเสี่ยงบางส่วนที่ยังมีความยากลำบากในการเข้าถึงข้อมูลดิจิทัล ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Lee et al. (2016) ที่พบว่า การนำเทคโนโลยีมาใช้ในกลุ่มเป้าหมายที่มีความแตกต่างด้านทักษะดิจิทัลจำเป็นต้องมีการฝึกอบรมหรือการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ ระยะเวลาดำเนินการทดลองใช้รูปแบบเพียง 12 สัปดาห์ อาจยังไม่เพียงพอที่จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของตัวชี้วัดทางชีวภาพ (Biological Indicators) หรืออุบัติการณ์การติดเชื้อมาลาเรียในพื้นที่ได้อย่างชัดเจนในเชิงสถิติ

สรุปผล KANC Model ใช้ Social Support จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และเปลี่ยนทัศนคติตาม Health Belief Model เพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy), เจตคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรียอย่างมีนัยสำคัญ ($P\text{-value} < 0.05$) อุบัติการณ์โรคและการแพร่กระจายลดลงเล็กน้อยในระยะสั้น ($P\text{-value} > 0.05$) เนื่องจากระยะเวลาทดลองเพียง 12 สัปดาห์ ความพึงพอใจและการมีส่วนร่วมสูง (84.00-90.00 ร้อยละ) องค์ความรู้ใหม่ที่ค้นพบคือการใช้ อสม. เป็นคู่หู (buddy system) และเครื่องมือจับต้องได้อย่างมุ้งชุบสารเคมี ชุดกำจัดลูกน้ำยุง รวมถึงสมุดบันทึกการเฝ้าระวัง ที่มีประสิทธิภาพสูงในชุมชน ซึ่งแตกต่างจากวิธีเดิมที่เน้นการให้ความรู้ในสถานพยาบาลเป็นหลัก โดย KANC Model เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนและการปรับใช้ในชีวิตประจำวันอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

การขยายผลรูปแบบ ขยายการดำเนินงานไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอื่น ๆ โดยเน้นการเยี่ยมบ้านและการใช้มุ้งชุมชนเป็นกลไกหลักในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ บูรณาการการมีส่วนร่วมของครอบครัวกลุ่มเสี่ยงเพื่อเพิ่มมิติ Emotional Support และ Informational Support ตามแนวคิดของ House (1981) การพัฒนาทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล พัฒนาคู่มือการใช้ LINE ที่เข้าใจง่ายและจัดอบรมทักษะดิจิทัลสำหรับกลุ่มเสี่ยง เพื่อลดช่องว่างทางเทคโนโลยีตามที่ Lee et al. (2016) แนะนำ สร้างระบบแจ้งเตือนอัตโนมัติใน LINE เพื่อกระตุ้นพฤติกรรมป้องกันการโรคมะเร็งอย่างสม่ำเสมอ การสร้างความยั่งยืนของรูปแบบ ออกแบบระบบรางวัลใจ เช่น ใบประกาศเกียรติคุณสำหรับกลุ่มเสี่ยงและ อสม. ที่ปฏิบัติได้ดี เพื่อเพิ่มแรงจูงใจตามทฤษฎีการเสริมแรง (Ryan & Deci, 2020) บูรณาการ KANC Model เข้ากับนโยบายสาธารณสุขท้องถิ่น เช่น โครงการหมู่บ้านจัดการสุขภาพ เพื่อให้เกิดการสนับสนุนในระยะยาว

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การประเมินผลลัพธ์ระยะยาว ขยายระยะเวลาการทดลองเป็น 12-24 สัปดาห์ เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงตัวชี้วัดทางชีวเคมี (เช่น อุบัติการณ์โรค) และพฤติกรรมในระยะยาวตามที่ Powers et al. (2017) แนะนำ ใช้การออกแบบการวิจัยแบบสุ่มมีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial RCT) เพื่อยืนยันประสิทธิผลของ KANC Model เทียบกับกลุ่มควบคุมตามมาตรฐานการวิจัยทางคลินิก (Moher et al., 2010)

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพล ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรส่วนบุคคล (เช่น อายุ, เพศ, ระดับการศึกษา) กับประสิทธิผลของ KANC Model โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอย (Regression Analysis) เพื่อระบุกลุ่มเป้าหมายที่เหมาะสม วิเคราะห์บทบาทของครอบครัวในการสนับสนุนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงตามกรอบ Social Support (House, 1981)

การพัฒนาและเปรียบเทียบเทคโนโลยี พัฒนาแอปพลิเคชันเฉพาะสำหรับ KANC Model เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการติดตามและเปรียบเทียบกับการใช้ LINE โดยอิงจากงานของ Free et al. (2013) ที่พบว่าแอปพลิเคชันช่วยเพิ่มการยอมรับในกลุ่มเสี่ยง เปรียบเทียบประสิทธิผลระหว่างช่องทางการสื่อสารแบบดั้งเดิม (เช่น การโทรศัพท์) กับแบบดิจิทัล (LINE) เพื่อหาทางเลือกที่เหมาะสมกับบริบทชุมชน

การขยายขอบเขตการศึกษา ทดลองประยุกต์ใช้ KANC Model กับโรคติดต่ออื่น ๆ เช่น โรคไข้เลือดออก เพื่อประเมินความยืดหยุ่นของรูปแบบตามแนวคิดของ Lorig et al. (2001) วิเคราะห์ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ (Cost-Effectiveness Analysis) ของ KANC Model เพื่อสนับสนุนการนำไปใช้ในนโยบายสาธารณสุขตามที่ Drummond et al. (2005)

รายการอ้างอิง

ภัทรา ทองสุข, วัลลีย์รัตน์ พบศิริ, ปิยธิดา ตรีเดช, และ สุนธธา ศิริ. (2563). การศึกษาการมีส่วนร่วมในการพัฒนาบริการแบบบูรณาการ โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก. *วารสารสถาบันบาราศนราดรุณ*, 14(1), 27-40.

- สำนักงานสถิติจังหวัดกาญจนบุรี. (2567). *รายงานสถิติจังหวัดกาญจนบุรี พ.ศ. 2567*. สำนักงานสถิติจังหวัดกาญจนบุรี.
- สุขญา สีหะวงษ์, วิริยา ลิ้มปิที่ปการ, วิลาวลย์ สุขยา, วิภารัตน์ คำภา, และ สุรจิต เต็มวงษ์. (2565). การประเมินผลมาตรการ 1-3-7 เร่งรัดกำจัดไข้มาลาเลีย เขตสุขภาพที่ 10 อุบลราชธานี ปีงบประมาณ 2563. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี*, 20(1), 9–21.
- Amoran, O. E. (2013). Impact of health education intervention on malaria prevention practices among nursing mothers in rural communities in Nigeria. *Nigerian Medical Journal*, 54(2), 115–122.
- Chu, C. S., & White, N. J. (2021). The prevention and treatment of *Plasmodium vivax* malaria. *PLOS Medicine*, 18(4), Article e1003561.
- Drummond, M. F., Sculpher, M. J., Torrance, G. W., O'Brien, B. J., & Stoddart, G. L. (2005). *Methods for the economic evaluation of health care programmes* (3rd ed.). Oxford University Press.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Addison-Wesley.
- Lee, N. J., Chae, S. M., Kim, H., Lee, J. H., Min, H. J., & Park, D. E. (2016). Mobile-based video learning outcomes in clinical nursing skill education: A randomized controlled trial. *Computers, Informatics, Nursing*, 34(1), 8–16.
- Lorig, K. R., Ritter, P., Stewart, A. L., Sobel, D. S., Brown, B. W., Jr., Bandura, A., ... Holman, H. R. (2001). Chronic disease self-management program: 2-year health status and health care utilization outcomes. *Medical Care*, 39(11), 1217–1223.
- Nofal, S., Peto, T., Adhikari, B., Tripura, R., Callery, J., Bui, T. M., & [others]. (2019). How can interventions that target forest-goers be tailored to accelerate malaria elimination in the Greater Mekong Subregion? A systematic review of the qualitative literature. *Malaria Journal*, 18(1), Article 32.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies in the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072–2078.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Dittich, G., Pelikan, J. M., Slonska, Z., Brand, H., & (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, Article 80.
- World Health Organization. (1998). *Health promotion glossary*.



<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HPR-HEP-98.1>

World Health Organization. (2023). *World malaria report 2023*.

<https://www.who.int/teams/global-malaria-programme/reports/world-malaria-report-2023>