



การพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสด้วย
SLIMNAS Model ในชุมชน อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ
Community Health Literacy Developing Process on Leptospirosis
Prevention among People with SLIMNAS Model in
Kanthararom District, Sisaket Province

วรรณวิทย์ วิเศษหมื่น

Wattanawich Wisetmuen

นักสาธารณสุขชำนาญการ

(Received: June 15, 2025; Revised: July 22, 2025; Accepted: July 24, 2025)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาชุมชนแห่งการเรียนรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส โดยประยุกต์ใช้แบบจำลอง SLIMNAS การศึกษาใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ดำเนินการเป็นระยะเวลา 6 เดือน กลุ่มตัวอย่างจำแนกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มขับเคลื่อนแบบจำลอง SLIMNAS จำนวน 67 คน และกลุ่มประเมินผลลัพธ์จำนวน 180 คน ขอบเขตการศึกษาครอบคลุมพื้นที่ 4 ตำบล 11 หมู่บ้าน การดำเนินการตามแบบจำลอง SLIMNAS ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบหลัก คือ การสำรวจและวิเคราะห์สถานการณ์ (S1) การเรียนรู้และการสร้างความรอบรู้ (L) นวัตกรรมและการบูรณาการ (I) การระดมพลังและการใช้สื่อ (M) เครือข่ายและการมีส่วนร่วม (N) การประเมินและการปรับตัว (A) และความยั่งยืนและการแบ่งปันความรู้ (S2) เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วยแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ แบบประเมินการมีส่วนร่วม และแบบสัมภาษณ์เชิงลึก

ผลการศึกษาพบว่า ระดับการมีส่วนร่วมของกลุ่มขับเคลื่อนบรรลุเป้าหมายในระดับพื้นฐานความร่วมมือ โดยมีคะแนนเฉลี่ย 3.8 ± 0.6 คะแนน ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจาก 93.8 ± 18.2 คะแนน เป็น 130.4 ± 19.8 คะแนน หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 39.0 ($p < 0.001$) โดยมีิติการประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันมีการพัฒนาสูงสุดร้อยละ 46.7 พฤติกรรมการป้องกันโรคเปลี่ยนแปลงในทางบวกทุกด้าน โดยการสวมใส่รองเท้าบูทยางเพิ่มขึ้นสูงสุดร้อยละ 55.5 รองลงมาคือการปิดแผลก่อนปฏิบัติงานร้อยละ 43.9 และการล้างมือหลังสัมผัสกับดินหรือน้ำร้อยละ 33.4 องค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์สูงสุดกับผลลัพธ์คือการเรียนรู้และการสร้างความรอบรู้ ($r = 0.638$) และการระดมพลังและการใช้สื่อ ($r = 0.589$) ชุมชนสามารถพัฒนาผู้นำสุขภาพระดับหมู่บ้าน (Health Champion) จำนวน 18 คน และจัดสรรงบประมาณสนับสนุนกิจกรรม 50,000 บาทต่อปี การศึกษาสรุปได้ว่า แบบจำลอง SLIMNAS เป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสในชุมชน แบบจำลองดังกล่าวสามารถประยุกต์ใช้เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาสุขภาพชุมชนในบริบทสังคมไทยได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, โรคเลปโตสไปโรซิส, SLIMNAS Model



Abstract

This study aimed to develop a health learning community for leptospirosis prevention by applying the SLIMNAS Model. The study employed a participatory action research design conducted over 6 months. The sample was divided into two groups: the SLIMNAS Model implementation group, consisting of 67 participants, and the outcome evaluation group, consisting of 180 participants. The study scope covered 4 sub-districts and 11 villages. The implementation of the SLIMNAS Model comprised seven core components: Situation Survey and Analysis (S1), Learning and Literacy development (L), Innovation and Integration (I), Mobilization and Media utilization (M), Network and participation (N), Assessment and Adaptation (A), and Sustainability and knowledge Sharing (S2). The research instruments included a health literacy assessment form, a participation evaluation form, and in-depth interview guides.

The study findings revealed that the participation level of the implementation group achieved the partnership cooperation target with a mean score of 3.8 ± 0.6 points. Health literacy increased significantly from 93.8 ± 18.2 points to 130.4 ± 19.8 points, representing a 39.0% increase ($p < 0.001$). The dimension of practical application in daily life showed the highest development at 46.7%. Disease prevention behaviors improved positively in all aspects, with rubber boot wearing showing the highest increase at 55.5%, followed by wound covering before work at 43.9%, and handwashing after contact with soil or water at 33.4%. The components with the highest correlation to outcomes were Learning and Literacy development ($r = 0.638$) and Mobilization and Media utilization ($r = 0.589$). The community was able to develop 18 village-level health champions and allocate a supporting budget of 50,000 baht per year for activities. The study concluded that the SLIMNAS Model is an effective approach for developing health literacy and changing leptospirosis prevention behaviors in communities. This model can be appropriately applied as a conceptual framework for community health development in the Thai social context.

Keywords: Health literacy, Leptospirosis, SLIMNAS Model

บทนำ

โรคเลปโตสไปโรซิสถือเป็นโรคติดเชื้อที่มีความสำคัญยิ่งต่อระบบสาธารณสุขของประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ชุมชนเกษตรกรรมซึ่งมีปัจจัยเสี่ยงสูงจากการสัมผัสแหล่งน้ำและสิ่งแวดล้อมที่มีการปนเปื้อนเชื้อโรค การศึกษาต่างๆ ในประเทศไทยแสดงให้เห็นว่าโรคเลปโตสไปโรซิสยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ โดยมีปัจจัยเสี่ยงทางสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมที่หลากหลาย (Hinjoy et al., 2019; Narkkul et al., 2021) แม้ว่าโรคเลปโตสไปโรซิสจะจัดอยู่ในกลุ่มโรคที่สามารถป้องกันได้ แต่ยังคงเป็นปัญหาท้าทายทางสาธารณสุขที่มีความสำคัญอย่างต่อเนื่อง

จังหวัดศรีสะเกษเป็นหนึ่งในพื้นที่ที่มีการรายงานอุบัติการณ์ผู้ป่วยในระดับสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งอำเภอกันทรารมย์ซึ่งมีผู้ป่วยเฉลี่ย 15-20 รายต่อปี ประชากรกลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่เป็นเกษตรกรที่มีปัจจัยเสี่ยงหลายประการ ประกอบด้วย พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเลปโตสไปโรซิส การตรวจพบเชื้อเลปโตสไปราในสัตว์พาหะนำโรค และสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการคงอยู่ของเชื้อเลปโตสไปรา อาทิ ปัจจัยทางกายภาพ ได้แก่ อุณหภูมิ ความชื้นสัมพัทธ์ และปริมาณน้ำฝนรายปี (Wongbutdee et al., 2016; Jittimanee & Wongbutdee, 2014; Viroj et al., 2021)

แม้ว่าโรคเลปโตสไปโรซิสจะสามารถป้องกันได้ แต่การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในชุมชนยังคงเป็นความท้าทายสำคัญ การทบทวนวรรณกรรมพบว่าแบบจำลองการพัฒนาชุมชนแห่งการเรียนรู้ด้านสุขภาพที่มีอยู่ส่วนใหญ่เน้นการประยุกต์ใช้ทฤษฎีเชิงเดี่ยวหรือการดำเนินงานแบบแยกส่วน ส่งผลให้ขาดการบูรณาการที่ครอบคลุมและสอดคล้องกับบริบทเฉพาะของสังคมไทย เพื่อแก้ไขข้อจำกัดดังกล่าว การศึกษานี้จึงได้พัฒนาแบบจำลอง SLIMNAS Model ซึ่งเป็นแนว

ทางการพัฒนาชุมชนแห่งการเรียนรู้ด้านสุขภาพแบบบูรณาการที่สังเคราะห์จากทฤษฎีและแนวคิดที่มีประสิทธิผลจาก 6 สาขาวิชา ประกอบด้วย กรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ (Nutbeam, 2000; Sørensen et al., 2012) แบบจำลอง PRECEDE-PROCEED (Green & Kreuter, 2005) การวิจัยชุมชนแบบมีส่วนร่วม (Israel et al., 2012) ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมและพฤติกรรม (Bandura, 1986) ทฤษฎีการแพร่กระจายและยอมรับนวัตกรรม (Rogers, 2003) และทฤษฎีการพัฒนาชุมชนเชิงบูรณาการ (Rothman, 2007)

แบบจำลอง SLIMNAS ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบหลักที่เชื่อมโยงกันเป็นวงจรต่อเนื่อง ได้แก่ Survey & Situation Analysis (S1) Learning & Literacy (L) Innovation & Integration (I) Mobilization & Media (M) Networking & Participation (N) Assessment & Adaptation (A) และ Sustainability & Sharing (S2) แบบจำลองนี้มีคุณลักษณะเฉพาะที่แตกต่างจากแบบจำลองอื่น คือ การเป็นแบบจำลองเชิงวงจรต่อเนื่อง การมีความยืดหยุ่นในการปรับประยุกต์ใช้ การเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างแท้จริง การมีกลไกสร้างความยั่งยืนในตัวแบบจำลอง และการมีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติใช้จริงในบริบทสังคมไทย

การประยุกต์ใช้แบบจำลอง SLIMNAS กับ การป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสจะเป็นการประเมินประสิทธิผลของแบบจำลองในสถานการณ์จริง และสร้างฐานความรู้ใหม่ที่มีคุณค่าสำหรับการพัฒนาชุมชนแห่งการเรียนรู้ด้านสุขภาพในอนาคต การศึกษานี้จึงมีความสำคัญในการพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของแบบจำลอง SLIMNAS ในบริบทเฉพาะของอำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ ผ่านการประยุกต์ใช้ในการ

พัฒนาชุมชนแห่งการเรียนรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นแนวทาง ผลการศึกษาจะก่อให้เกิดองค์ความรู้ใหม่ทั้งในเชิงทฤษฎีและเชิงประยุกต์ปฏิบัติ และส่งผลในเชิงบวกต่อชุมชนในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสโดยประยุกต์ใช้แบบจำลอง SLIMNAS ผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และปัจจัยเกี่ยวข้องเกี่ยวกับการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสในชุมชนพื้นที่อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ
2. เพื่อประยุกต์ใช้แบบจำลอง SLIMNAS ในการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม
3. เพื่อประเมินผลการประยุกต์ใช้แบบจำลอง SLIMNAS ต่อระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรค และการมีส่วนร่วมของชุมชน
4. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จและข้อจำกัดในการประยุกต์ใช้แบบจำลอง SLIMNAS

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ซึ่งมุ่งเน้นการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพใน

การป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสโดยประยุกต์ใช้แบบจำลอง SLIMNAS โดยชุมชนและนักวิจัยร่วมมือกันอย่างเป็นหุ้นส่วนในทุกขั้นตอนของการศึกษา ประกอบด้วย การระบุปัญหา การวางแผนการดำเนินงาน การปฏิบัติตามแผน การติดตามและประเมินผล และการปรับปรุงแก้ไข เพื่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้และการเปลี่ยนแปลงที่มีความยั่งยืนในชุมชน

พื้นที่ดำเนินการศึกษา

การศึกษาดำเนินการในพื้นที่อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ ครอบคลุม 4 ตำบล 11 หมู่บ้าน ประกอบด้วย ตำบลนูน (3 หมู่บ้าน) ตำบลบึงมะลู (2 หมู่บ้าน) ตำบลห้วยยาง (2 หมู่บ้าน) และตำบลกันทรารมย์ (4 หมู่บ้าน) การกำหนดขอบเขตพื้นที่ศึกษาใช้เกณฑ์การคัดเลือกดังต่อไปนี้ 1) เป็นพื้นที่ที่มีการรายงานผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรซิสอย่างต่อเนื่องในช่วง 5 ปีย้อนหลัง 2) มีกิจกรรมเกษตรกรรมเป็นอาชีพหลักของประชากรในพื้นที่ 3) มีระบบสุขภาพชุมชนที่มีความพร้อมในการให้ความร่วมมือ 4) ผู้นำชุมชนมีความสนใจและความตั้งใจที่จะเข้าร่วมโครงการ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้จำแนกกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่มหลัก ตามบทบาทหน้าที่ในกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม และการประยุกต์ใช้แบบจำลอง SLIMNAS

กลุ่มที่ 1 กลุ่มขับเคลื่อนแบบจำลอง SLIMNAS จำนวน 67 คน ซึ่งได้มาโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยจำแนกเป็น 4 กลุ่มย่อย ดังต่อไปนี้

1. กลุ่มผู้นำชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 14 คน ประกอบด้วย นายกเทศมนตรีตำบล หัวหน้ากองสาธารณสุข กำนัน และผู้ใหญ่บ้าน

2. กลุ่มบุคลากรสาธารณสุขและการศึกษา
จำนวน 19 คน ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และครูอนามัย
โรงเรียน

3. กลุ่มเยาวชนและองค์กรศาสนา จำนวน 12
คน ประกอบด้วย ตัวแทนเยาวชนในสถานศึกษาและ
พระภิกษุ

กลุ่มประชาชนและผู้ที่ได้รับผลกระทบ จำนวน
22 คน ประกอบด้วย ผู้ที่เคยมีประวัติการป่วยด้วยโรค
เลปโตสไปโรซิส ญาติของผู้ป่วย และตัวแทนกลุ่ม
เกษตรกร

กลุ่มที่ 2 กลุ่มประเมินผลลัพธ์ จำนวน 180
คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple
Random Sampling) และมีการกระจายตัวตามสัดส่วน
ประชากรในพื้นที่อำเภอกันทรารมย์ ออกเป็น 4 ตำบล
ได้แก่ ตำบลชุม 45 คน ตำบลบึงมะลู 30 คน ตำบลห้วย
ยาง 30 คน และตำบลกันทรารมย์ 75 คน

เกณฑ์การคัดเข้า ประกอบด้วย 1) มีถิ่นที่อยู่
อาศัยในอำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ เป็น
ระยะเวลาไม่น้อยกว่า 1 ปี 2) มีความสามารถในการ
สื่อสารโดยใช้ภาษาไทยหรือภาษาอีสาน 3) มีอายุตั้งแต่
18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป 4) ให้ความยินยอมในการเข้าร่วม
การศึกษาโดยสมัครใจและมีข้อมูลครบถ้วน (Informed
Consent)

เกณฑ์การคัดออก ประกอบด้วย 1) ไม่สามารถ
เข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่องตามที่กำหนด 2) มีการ
เปลี่ยนแปลงถิ่นที่อยู่อาศัยออกนอกพื้นที่ศึกษาระหว่าง
การดำเนินการศึกษา 3) แสดงความประสงค์ขอถอนตัว
จากการเข้าร่วมด้วยเหตุผลส่วนบุคคลใดๆ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ ได้รับการ
การดัดแปลงจากมาตรวัดความรู้ด้านสุขภาพ

(Health Literacy Scale) ให้มีความเหมาะสมกับบริบท
เฉพาะของโรคเลปโตสไปโรซิส ประกอบด้วย 5 มิติการ
วัด รวมทั้งสิ้น 35 ข้อคำถาม ได้แก่ มิติการเข้าถึงข้อมูล
สุขภาพ 8 ข้อ มิติการเข้าใจและตีความข้อมูล 8 ข้อ มิติ
การประเมินคุณภาพข้อมูล 6 ข้อ มิติการประยุกต์ใช้ใน
ชีวิตประจำวัน 8 ข้อ และมิติการสื่อสารและแบ่งปัน
ข้อมูล 5 ข้อ โดยมีเกณฑ์การแปลผลและจำแนกระดับ
เป็น 5 ระดับ

2. แบบประเมินการมีส่วนร่วม เป็นเครื่องมือ
สำหรับวัดระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการ
ขับเคลื่อนแบบจำลอง SLIMNAS จำนวน 35 ข้อ โดยยึด
ตามทฤษฎีการมีส่วนร่วมของชุมชน 5 ระดับ ได้แก่
ระดับการรับรู้ข้อมูล (Informing) ระดับการเข้าร่วม
กิจกรรม (Consultation) ระดับการร่วมมือดำเนินงาน
(Involving) ระดับการเป็นหุ้นส่วนความร่วมมือ
(Collaboration) และระดับการเป็นเจ้าของ
กระบวนการ (Empowerment)

3. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก ได้รับการพัฒนาขึ้น 2
ชุดเครื่องมือ สำหรับการประเมินบริบทและการถอด
บทเรียนจากกระบวนการ โดยครอบคลุมเนื้อหาใน
ประเด็นต่างๆ ประกอบด้วย ประสพการณ์การเข้าร่วม
กิจกรรม กระบวนการเรียนรู้และการเปลี่ยนแปลงที่
เกิดขึ้น ปัจจัยที่ส่งเสริมความสำเร็จ อุปสรรคและ
ข้อจำกัดในการดำเนินงาน และข้อเสนอแนะเพื่อการ
พัฒนาต่อยอด

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาได้ผ่านการตรวจสอบ
คุณภาพในด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)
โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย
ผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขชุมชน ด้านโรคติดต่อและ
ระบาดวิทยา และด้านการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วน
ร่วม นอกจากนี้ ยังได้ดำเนินการทดสอบความเชื่อมั่น
(Reliability Testing) โดยการทดลองใช้เครื่องมือกับ

กลุ่มประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันในพื้นที่ใกล้เคียง
กับพื้นที่ศึกษา จำนวน 30 คน

ผลการทดสอบคุณภาพเครื่องมือพบว่า แบบ
ประเมินความรู้ด้านสุขภาพมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา
ของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient)
เท่ากับ 0.89 และแบบประเมินการมีส่วนร่วมมีค่า
สัมประสิทธิ์เท่ากับ 0.92 ซึ่งค่าดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า
เครื่องมือทั้งสองชุดมีความเชื่อมั่นในระดับสูงมาก และ
สามารถนำไปใช้ในการศึกษาได้อย่างเหมาะสม

การประยุกต์ใช้แบบจำลอง SLIMNAS

แบบจำลอง SLIMNAS ดำเนินการผ่าน
กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดย
ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบหลักที่มีการเชื่อมโยงกันใน
ลักษณะของวงจรการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ดังต่อไปนี้

เดือนที่ 1 การเตรียมความพร้อม: สร้างความ
เข้าใจร่วมกันเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การศึกษา จัดการ
ประชุมชี้แจงแบบจำลอง SLIMNAS และ
กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม กำหนด
ข้อตกลงร่วมกันในการดำเนินงาน และจัดสรรบทบาท
หน้าที่ความรับผิดชอบ

เดือนที่ 2 Survey & Situation Analysis
(S1): กลุ่มขับเคลื่อนเข้าร่วมการสำรวจแบบมีส่วนร่วม
(Participatory Community Mapping) เพื่อระบุ
ปัญหาและปัจจัยเสี่ยงของโรคเลปโตสไปโรซิส วิเคราะห์
ทรัพยากรและศักยภาพของชุมชน รวมทั้งการ
ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกให้ผู้ให้ข้อมูลหลัก ใน
ขณะเดียวกัน กลุ่มประเมินผลลัพธ์ได้รับการประเมิน
ความรู้ด้านสุขภาพเบื้องต้น (Pre-test) และการ
สำรวจพฤติกรรมในการป้องกันโรคในปัจจุบัน

เดือนที่ 3 Learning & Literacy (L): พัฒนา
ความรู้และทักษะของกลุ่มขับเคลื่อนโดยการจัดอบรมให้
ความรู้เรื่องโรคเลปโตสไปโรซิส การพัฒนาสื่อการเรียนรู้

ที่สอดคล้องกับบริบทท้องถิ่น การอบรมผู้นำสุขภาพ
ชุมชน (Community Health Champions) และการ
ฝึกอบรมทักษะการสื่อสารและการถ่ายทอดความรู้

เดือนที่ 4 Innovation & Integration (I) และ
Mobilization & Media (M): กลุ่มขับเคลื่อนร่วมกัน
พัฒนานวัตกรรมในการป้องกันโรคที่เหมาะสมกับบริบท
เฉพาะของท้องถิ่น โดยการบูรณาการภูมิปัญญาดั้งเดิม
เข้ากับองค์ความรู้สมัยใหม่ จัดกิจกรรมรณรงค์สร้าง
ความตื่นเฝ้าระวังในงานประเพณีท้องถิ่น ประยุกต์ใช้สื่อ
หลากหลายรูปแบบ และระดมทรัพยากรผ่านผู้นำในทุก
ระดับ

เดือนที่ 5 Networking & Participation (N)
และ Assessment & Adaptation (A): สร้างเครือข่าย
ความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่างๆ ในชุมชน จัดตั้ง
คณะกรรมการสุขภาพชุมชนเฉพาะทาง ดำเนินการ
ประเมินการมีส่วนร่วมและการเปลี่ยนแปลงระหว่าง
การดำเนินงาน รวมทั้งการปรับปรุงและพัฒนากิจกรรมตาม
ข้อเสนอแนะที่ได้รับ

เดือนที่ 6 Sustainability & Sharing (S2):
สร้างกลไกความยั่งยืนและแบ่งปันองค์ความรู้ โดยการ
จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการถอดบทเรียนร่วมกัน
การวางแผนความยั่งยืนอย่างมีส่วนร่วม การเตรียมความ
พร้อมสำหรับการขยายผลไปยังพื้นที่อื่น และการจัดทำ
คู่มือการปฏิบัติงานสำหรับชุมชน ในขณะเดียวกัน กลุ่ม
ประเมินผลลัพธ์ได้รับการประเมินผลขั้นสุดท้าย (Post-
test)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

1.1 สถิติพรรณนา ประกอบด้วย ความถี่
ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

1.2 สถิติเชิงอนุมาน ประกอบด้วย การ
ทดสอบแบบ Paired t-test สำหรับเปรียบเทียบคะแนน

■ ■ ■
ความรู้ด้านสุขภาพระหว่างก่อนและหลังการ
ประยุกต์ใช้แบบจำลอง การวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบ
Correlation analysis สำหรับศึกษาความสัมพันธ์
ระหว่างระดับการมีส่วนร่วมกับผลลัพธ์ของการศึกษา
โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ค่า $p < 0.05$

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพดำเนินการโดย
ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยเริ่ม
จากกระบวนการถอดเทปบันทึกเสียงการสัมภาษณ์และ
การประชุมอย่างละเอียด การจำแนกและจัดหมวดหมู่
เนื้อหาตามองค์ประกอบของแบบจำลอง SLIMNAS และ
การสร้างระบบรหัส (Coding Scheme) ตามกรอบ
แนวคิดที่กำหนดไว้ นอกจากนี้ ยังดำเนินการวิเคราะห์
เชิงธีม (Thematic Analysis) ซึ่งมุ่งเน้นการระบุและ
พัฒนาธีมหลักและธีมย่อยจากประสบการณ์การมีส่วน
ร่วมของชุมชน และการวิเคราะห์แบบสามเส้า
(Triangulation) โดยการเปรียบเทียบและยืนยันข้อมูล
จากแหล่งข้อมูลที่แตกต่างกัน เพื่อสร้างความตรงและ
ความน่าเชื่อถือของผลการศึกษา

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาและอนุมัติ
จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

ผลการวิจัย

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้ดำเนินการรวบรวมข้อมูลจากกลุ่ม
ขับเคลื่อนแบบจำลอง SLIMNAS จำนวน 67 คน และ
กลุ่มประเมินผลลัพธ์จำนวน 180 คน รวมทั้งสิ้น 247 คน

กลุ่มขับเคลื่อนแบบจำลอง SLIMNAS
ประกอบด้วยผู้เข้าร่วมเพศชายร้อยละ 56.7 และเพศ
หญิงร้อยละ 43.3 มีอายุเฉลี่ยอยู่ในช่วง 46-60 ปี คิด

เป็นร้อยละ 41.8 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ
46.3 เมื่อจำแนกตามบทบาทหน้าที่ พบว่า เป็นกลุ่ม
ประชาชนและผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคร้อยละ 32.8
กลุ่มบุคลากรสาธารณสุขและการศึกษาร้อยละ 28.4
กลุ่มผู้นำชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร้อยละ
20.9 และกลุ่มเยาวชนและผู้นำองค์กรศาสนาร้อยละ 17.9

กลุ่มประเมินผลลัพธ์ ประกอบด้วยผู้เข้าร่วม
เพศชายร้อยละ 52.2 และเพศหญิงร้อยละ 47.8 มีอายุ
เฉลี่ย 45.3 ± 12.8 ปี ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ
70.0 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 60.0
และมีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 5,000-10,000
บาท คิดเป็นร้อยละ 46.7

การดำเนินงานตามแบบจำลอง SLIMNAS

การพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพโดย
ประยุกต์ใช้แบบจำลอง SLIMNAS ได้ดำเนินการอย่าง
ต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 6 เดือน โดยการวิเคราะห์อัตรา
การเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มขับเคลื่อนในแต่ละ
องค์ประกอบ พบว่า องค์ประกอบที่มีอัตราการเข้าร่วม
สูงสุดคือ S2 (Sustainability & Sharing: ความยั่งยืน
และการแบ่งปันความรู้) ร้อยละ 97.0 รองลงมาคือ M
(Mobilization & Media: การระดมทรัพยากรและการ
ใช้สื่อ) ร้อยละ 95.5 และ S1 (Survey & Situation
Analysis: การสำรวจและวิเคราะห์สถานการณ์) ร้อยละ
94.0 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 การมีส่วนร่วมตามองค์ประกอบ SLIMNAS Model

องค์ประกอบ	คะแนนเฉลี่ย $\pm$ SD	ระดับการมีส่วนร่วม
S1: การสำรวจและวิเคราะห์สถานการณ์	3.8 ± 0.9	หุ้นส่วน
L: การเรียนรู้และความรอบรู้	4.2 ± 0.7	หุ้นส่วน
I: นวัตกรรมและการบูรณาการ	3.9 ± 0.8	หุ้นส่วน
M: การระดมพลังและสื่อ	4.1 ± 0.6	หุ้นส่วน
N: การสร้างเครือข่ายและการมีส่วนร่วม	3.6 ± 0.9	หุ้นส่วน
A: การประเมินและปรับตัว	3.7 ± 0.8	หุ้นส่วน
S2: ความยั่งยืนและการแบ่งปัน	3.5 ± 1.0	หุ้นส่วน
รวม	3.8 ± 0.6	หุ้นส่วน

จากตารางที่ 1 แสดงระดับการมีส่วนร่วมของกลุ่มขับเคลื่อนในแต่ละองค์ประกอบของแบบจำลอง SLIMNAS พบว่า องค์ประกอบ L (การเรียนรู้และความรอบรู้) มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 4.2 ± 0.7 คะแนน รองลงมาคือ องค์ประกอบ M (การระดมพลังและสื่อ) ที่มีคะแนนเฉลี่ย 4.1 ± 0.6 คะแนน และองค์ประกอบ I (นวัตกรรมและการบูรณาการ) ที่มีคะแนนเฉลี่ย 3.9 ± 0.8 คะแนน ตามลำดับ

องค์ประกอบ S1 (การสำรวจและวิเคราะห์สถานการณ์) มีคะแนนเฉลี่ย 3.8 ± 0.9 คะแนน องค์ประกอบ A (การประเมินและปรับตัว) มีคะแนนเฉลี่ย 3.7 ± 0.8 คะแนน องค์ประกอบ N (การสร้างเครือข่ายและการมีส่วนร่วม) มีคะแนนเฉลี่ย 3.6 ± 0.9 คะแนน และองค์ประกอบ S2 (ความยั่งยืนและการแบ่งปัน) มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด 3.5 ± 1.0 คะแนน

เมื่อพิจารณาค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พบว่า องค์ประกอบ M มีค่าความผันแปรต่ำสุด ($SD = 0.6$) แสดงให้เห็นถึงความสม่ำเสมอของการมีส่วนร่วมในกิจกรรมนี้ ขณะที่องค์ประกอบ S2 มีค่าความผันแปรสูงสุด ($SD = 1.0$) แสดงให้เห็นถึงความหลากหลายของ

ระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมด้านความยั่งยืนและการแบ่งปัน

คะแนนรวมทุกองค์ประกอบมีค่าเฉลี่ย 3.8 ± 0.6 คะแนน โดยทุกองค์ประกอบจัดอยู่ในระดับ "หุ้นส่วน" ซึ่งหมายความว่า ผู้เข้าร่วมมีการมีส่วนร่วมในระดับที่มีการแบ่งปันอำนาจในการตัดสินใจและร่วมรับผิดชอบในการดำเนินงานอย่างแท้จริง

การเปลี่ยนแปลงความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกมิติ ($p < 0.001$) โดยคะแนนรวมเพิ่มขึ้นจาก 93.8 ± 18.2 คะแนน เป็น 130.4 ± 19.8 คะแนน หรือเพิ่มขึ้น 36.6 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 39.0

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน มีการพัฒนาสูงสุด โดยเพิ่มขึ้น 9.2 คะแนน จาก 19.7 เป็น 28.9 คะแนน (เพิ่มขึ้นร้อยละ 46.7) ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ เพิ่มขึ้น 8.8 คะแนน จาก 22.4 เป็น 31.2 คะแนน (เพิ่มขึ้นร้อยละ 39.3) ด้านการเข้าใจและตีความข้อมูล เพิ่มขึ้น 8.2 คะแนน จาก 21.6 เป็น 29.8 คะแนน (เพิ่มขึ้นร้อยละ 38.0) ด้านการประเมินคุณภาพข้อมูล เพิ่มขึ้น 5.8

คะแนน จาก 16.3 เป็น 22.1 คะแนน (เพิ่มขึ้นร้อยละ 35.6) และด้านการสื่อสารและแบ่งปันข้อมูล เพิ่มขึ้น 4.6 คะแนน จาก 13.8 เป็น 18.4 คะแนน (เพิ่มขึ้นร้อยละ 33.3) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ด้านสุขภาพก่อนและหลังการทดลอง (n=180)

ความรู้	คะแนนเต็ม	ก่อน (M±SD)	หลัง (M±SD)	Mean Difference	95% CI	p-value
การเข้าถึงข้อมูล	40	22.4 ± 4.8	31.2 ± 5.1	8.8	7.8-9.8	<0.001*
การเข้าใจข้อมูล	40	21.6 ± 5.2	29.8 ± 4.9	8.2	7.3-9.1	<0.001*
การประเมินข้อมูล	30	16.3 ± 3.9	22.1 ± 4.2	5.8	5.2-6.4	<0.001*
การนำไปใช้	40	19.7 ± 5.4	28.9 ± 5.6	9.2	8.3-10.1	<0.001*
การสื่อสาร	25	13.8 ± 3.6	18.4 ± 3.8	4.6	4.1-5.1	<0.001*
รวม	175	93.8 ± 18.2	130.4 ± 19.8	36.6	33.1-40.1	<0.001*

*p < 0.001

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการป้องกันโรค

ตารางที่ 3 การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสและการทดสอบทางสถิติ (n=180)

พฤติกรรมในการป้องกันโรค	ก่อน n (%)	หลัง n (%)	การเปลี่ยนแปลง n (%)	χ^2	p-value
สวมรองเท้าบูทเมื่อทำนา	34 (18.9)	134 (74.4)	+100 (+55.5)	89.10	<0.001*
ปิดแผลก่อนทำงาน	62 (34.4)	141 (78.3)	+79 (+43.9)	69.93	<0.001*
ล้างมือหลังสัมผัสดิน/น้ำ	94 (52.2)	154 (85.6)	+60 (+33.4)	52.74	<0.001*
ไปหาแพทย์เมื่อมีอาการ	75 (41.7)	133 (73.9)	+58 (+32.2)	50.77	<0.001*
หลีกเลี่ยงการลุยน้ำขัง	83 (46.1)	128 (71.1)	+45 (+25.0)	39.51	<0.001*
กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์หนู	106 (58.9)	144 (80.0)	+38 (+21.1)	32.60	<0.001*

จากตารางที่ 3 พบว่า พฤติกรรมในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของกลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกด้าน (p < 0.001) โดยมีการเพิ่มขึ้นตั้งแต่ 38 คน (ร้อยละ 21.1) ถึง 100 คน (ร้อยละ 55.5)

การสวมรองเท้าบูทเมื่อทำนา มีการเปลี่ยนแปลงสูงสุดและมีนัยสำคัญทางสถิติสูงสุด ($\chi^2 = 89.10$, p < 0.001) โดยเพิ่มขึ้น 100 คน จาก 34 คน เป็น 134 คน

การปิดแผลก่อนทำงาน มีการเปลี่ยนแปลงรองลงมา ($\chi^2 = 69.93$, p < 0.001) โดยเพิ่มขึ้น 79 คน จาก 62 คน เป็น 141 คน พฤติกรรมอื่น ๆ ทั้งหมดมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับสูงมาก ($\chi^2 = 32.60-52.74$, p < 0.001) แสดงให้เห็นว่าการประยุกต์ใช้แบบจำลอง SLIMNAS ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคในทุกด้านอย่างชัดเจน

ปัจจัยสนับสนุนความสำเร็จและอุปสรรคใน การดำเนินงาน

ปัจจัยสนับสนุนความสำเร็จ

การวิเคราะห์ปัจจัยสนับสนุนความสำเร็จใน
การประยุกต์ใช้แบบจำลอง SLIMNAS พบองค์ประกอบ
สำคัญ 5 ประการ ได้แก่

1. การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในทุกระดับ
ตั้งแต่ผู้นำท้องถิ่น ผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ
ผู้นำทางความคิด ซึ่งส่งผลต่อการยอมรับและการ
ขับเคลื่อนกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง
2. การออกแบบแบบจำลอง SLIMNAS ที่
สอดคล้องกับบริบทเฉพาะของชุมชนท้องถิ่น โดย
คำนึงถึงลักษณะทางสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรมของ
พื้นที่ศึกษา
3. การบูรณาการภูมิปัญญาท้องถิ่นเข้ากับองค์
ความรู้สมัยใหม่ ทำให้เกิดการเรียนรู้ที่มีความหมายและ
สามารถประยุกต์ใช้ได้จริง
4. การประยุกต์ใช้สื่อการสื่อสารที่หลากหลาย
รูปแบบ ทั้งสื่อดั้งเดิมและสื่อสมัยใหม่ เพื่อให้เข้าถึง
กลุ่มเป้าหมายได้อย่างครอบคลุม
5. การได้รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครอง
ส่วนท้องถิ่นทั้งในด้านการนโยบาย งบประมาณ และการ
อำนวยความสะดวก

อุปสรรคในการดำเนินงาน

การศึกษาระบุอุปสรรคหลัก 5 ประการที่ส่งผล
กระทบต่อการดำเนินงาน ประกอบด้วย

1. ข้อจำกัดด้านเวลาของผู้เข้าร่วมกิจกรรม
โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงฤดูกาลทำการเกษตร ซึ่งส่งผล
ต่ออัตราการเข้าร่วมและความต่อเนื่องของการ
ดำเนินงาน

2. ความแตกต่างของระดับการศึกษาในกลุ่ม
ผู้เข้าร่วม ทำให้การถ่ายทอดข้อมูลและการสร้างความ
เข้าใจร่วมกันต้องใช้วิธีการที่หลากหลาย

3. ความเชื่อและทัศนคติเดิมของชุมชนที่ฝัง
แน่น ซึ่งต้องใช้เวลาและกระบวนการที่เหมาะสมในการ
เปลี่ยนแปลง

4. ปัจจัยสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สภาพอากาศและ
ความสะดวกในการเดินทาง ซึ่งส่งผลต่อการจัดกิจกรรม
และการเข้าร่วมของชุมชน

5. การประสานงานระหว่างหน่วยงานที่
เกี่ยวข้อง อันเนื่องมาจากความแตกต่างของภารกิจ
ขั้นตอนการทำงาน และระยะเวลาการดำเนินงาน

ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบกับ ผลลัพธ์

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงสหสัมพันธ์แสดงให้เห็นว่าองค์ประกอบ L (การเรียนรู้และการสร้างความ
รอบรู้) มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สูงสุดกับการ
เปลี่ยนแปลงความรู้ด้านสุขภาพ ($r = 0.638, p < 0.001$) รองลงมาคือองค์ประกอบ M (การระดม
ทรัพยากรและการใช้สื่อ) ที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
ในระดับสูง ($r = 0.589, p < 0.001$)

อภิปรายผล

ประสิทธิผลของแบบจำลอง SLIMNAS ใน การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ

การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลที่มี
นัยสำคัญของแบบจำลอง SLIMNAS ในการพัฒนาความ
รอบรู้ด้านสุขภาพของชุมชน โดยคะแนนรวมเพิ่มขึ้น
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจาก 93.8 คะแนน เป็น 130.4
คะแนน หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 39.0 ($p < 0.001$) พร้อมทั้ง
มีขนาดผลกระทบในระดับสูงมาก (Effect Size = 1.93)

การเปรียบเทียบกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผลการศึกษานี้มีความสอดคล้องกับกรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2000) ที่เน้นการพัฒนาทักษะการเข้าถึง การเข้าใจ การประเมิน และการนำไปใช้ข้อมูลสุขภาพแบบบูรณาการ และสนับสนุนแนวคิดของ Sørensen et al. (2012) ที่ระบุถึงความสำคัญของการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน

เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของ เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของ Ruangkiatkul และคณะ (2022) ที่พบว่าประชากรไทยโดยรวมมีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่แตกต่างกันตามช่วงอายุ โดยกลุ่มวัยกลางคนมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง การศึกษานี้แสดงให้เห็นการปรับปรุงที่เป็นรูปธรรมและมีความชัดเจนมากกว่า โดยเฉพาะอย่างยิ่งในมิติการประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันที่เพิ่มขึ้นร้อยละ 46.7

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการป้องกันโรค

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการป้องกันโรคในการศึกษานี้มีความชัดเจนและมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสวมใส่รองเท้าบูทยางที่เพิ่มขึ้นร้อยละ 55.5 (จากร้อยละ 18.9 เป็นร้อยละ 74.4) ความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนี้สามารถอธิบายได้ด้วยการบูรณาการระหว่างการให้ความรู้ การสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันอย่างเป็นรูปธรรม และการสร้างแรงจูงใจผ่านกลุ่มเพื่อนในชุมชน ซึ่งมีความสอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมและพุทธิปัญญา (Social Cognitive Theory) ของ Bandura (1986) เกี่ยวกับความสำคัญของการเรียนรู้จากแบบอย่าง (Modeling) และการสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

ประสิทธิผลของกระบวนการมีส่วนร่วม

การที่ชุมชนสามารถบรรลุระดับการมีส่วนร่วมในชั้น "หุ้นส่วนความร่วมมือ" โดยมีคะแนน 3.8 ± 0.6

ซึ่งเกินกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ในระดับที่ 3 (ความร่วมมือ) สะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการประยุกต์ใช้หลักการของการวิจัยชุมชนแบบมีส่วนร่วม (Community-Based Participatory Research) ตามแนวคิดของ Israel และคณะ (2012) ที่เน้นการสร้างความเป็นหุ้นส่วนที่มีความเท่าเทียมกันระหว่างนักวิจัยและชุมชน

การที่องค์ประกอบ L (การเรียนรู้และการสร้างความรอบรู้) ได้รับคะแนนการมีส่วนร่วมสูงสุด 4.2 ± 0.7 คะแนน สะท้อนให้เห็นถึงความต้องการในการเรียนรู้และพัฒนาศักยภาพของตนเองของชุมชน ซึ่งมีความสอดคล้องกับหลักการทฤษฎีการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ (Adult Learning Theory) ของ Knowles (1984) ที่เน้นการเรียนรู้จากประสบการณ์และการแก้ไขปัญหาในชีวิตจริง

ในทางตรงข้าม การที่องค์ประกอบ S2 (ความยั่งยืนและการแบ่งปันความรู้) มีคะแนนต่ำสุด 3.5 ± 1.0 คะแนน แสดงให้เห็นถึงความท้าทายในการสร้างความมุ่งมั่นในระยะยาวและการถ่ายโอนความรับผิดชอบให้แก่ชุมชน อย่างไรก็ตาม การที่ชุมชนสามารถพัฒนาผู้นำสุขภาพระดับหมู่บ้าน (Health Champion) จำนวน 18 คน และจัดทำแผนงานประมาณสนับสนุนกิจกรรม 50,000 บาทต่อปี แสดงให้เห็นถึงศักยภาพในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

การบูรณาการแบบจำลอง SLIMNASสู่การปฏิบัติ

แบบจำลอง SLIMNAS แสดงให้เห็นถึงนวัตกรรมในการบูรณาการทฤษฎีจากหลายสาขาวิชาอย่างเป็นระบบ ประกอบด้วย กรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2000) และ Sørensen et al. (2012) แบบจำลอง PRECEDE-PROCEED ของ Green และ Kreuter (2005) การวิจัยชุมชนแบบมีส่วนร่วม

ร่วมของ Israel et al. (2012) ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมและพฤติกรรมของ Bandura (1986) ทฤษฎีการแพร่กระจายและยอมรับนวัตกรรมของ Rogers (2003) และทฤษฎีการพัฒนาชุมชนเชิงบูรณาการของ Rothman (2007)

การจัดลำดับองค์ประกอบ 7 ขั้นตอนที่มีการเชื่อมโยงกันเป็นวงจรอย่างต่อเนื่องมีความแตกต่างจากแนวทางเดิมที่มักเน้นการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าหรือการดำเนินงานแยกเป็นส่วนๆ การออกแบบให้มีองค์ประกอบ A (Assessment & Adaptation) ที่เน้นการประเมินและการปรับตัวอย่างต่อเนื่อง และองค์ประกอบ S2 (Sustainability & Sharing) ที่เน้นความยั่งยืนและการแบ่งปันความรู้ แสดงให้เห็นถึงการเรียนรู้จากข้อจำกัดของโครงการพัฒนาชุมชนในอดีต

การสร้างผู้นำสุขภาพแบบบูรณาการ

การพัฒนาผู้นำสุขภาพระดับหมู่บ้าน (Health Champion) จำนวน 18 คนจากแบบจำลอง SLIMNAS เป็นนวัตกรรมที่มีความแตกต่างจากการอบรมผู้นำแบบดั้งเดิม โดยผู้นำเหล่านี้ไม่เพียงแต่มีความรู้เฉพาะด้านเกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิสเท่านั้น แต่ยังได้รับการพัฒนาทักษะเชิงบูรณาการที่ครอบคลุมการสื่อสาร การจัดกิจกรรม การประเมินผล และการสร้างเครือข่ายความร่วมมือ

ข้อจำกัดและความท้าทาย

อุปสรรคหลักที่พบในการดำเนินงานประกอบด้วย ข้อจำกัดด้านเวลาของผู้เข้าร่วมในช่วงฤดูกาลเก็บเกี่ยว ความแตกต่างของระดับการศึกษา โดยผู้เข้าร่วมร้อยละ 60 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาและความเชื่อและทัศนคติดั้งเดิมของประชากรบางกลุ่ม นอกจากนี้ ยังมีอุปสรรคด้านสิ่งแวดล้อม อาทิ สภาพอากาศและการเดินทางในช่วงฤดูฝน และความท้าทายในการประสานงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

การที่ยังสามารถบรรลุเป้าหมายได้แม้จะมีอุปสรรคเหล่านี้ แสดงให้เห็นถึงความยืดหยุ่นและความเหมาะสมของแบบจำลอง SLIMNAS ในการปรับประยุกต์ใช้กับสถานการณ์จริงในชุมชน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1.1 การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพควรให้ความสำคัญกับมิติการประยุกต์ใช้เป็นหลัก เนื่องจากผลการศึกษาแสดงการพัฒนาสูงสุดในมิตินี้ (ร้อยละ 46.7) การพัฒนาควรดำเนินการอย่างเป็นระบบตามลำดับมิติ เริ่มจากการเข้าถึงและเข้าใจข้อมูล ตามด้วยทักษะการประเมินและการสื่อสาร พร้อมบูรณาการการเรียนรู้เชิงปฏิบัติเพื่อสร้างนวัตกรรมในชุมชน

1.2 การสร้างการมีส่วนร่วมควรเริ่มจากการพัฒนาองค์ประกอบ L (การเรียนรู้และความรอบรู้) ซึ่งมีความสัมพันธ์สูงสุดกับผลลัพธ์ ($r = 0.638$) และใช้องค์ประกอบ M (การระดมทรัพยากรและสื่อ) เป็นกลไกขับเคลื่อน ($r = 0.589$) ควรสร้างกลไกติดตามองค์ประกอบ S2 (ความยั่งยืนและการแบ่งปัน) อย่างต่อเนื่องเพื่อเสริมสร้างความยั่งยืน

1.3 การพัฒนาผู้นำสุขภาพชุมชนควรใช้กระบวนการคัดเลือกแบบมีส่วนร่วมเพื่อความน่าเชื่อถือ พัฒนาทักษะครอบคลุมทั้ง 7 องค์ประกอบ ทั้งความรู้เฉพาะโรค ทักษะการสื่อสาร การจัดกิจกรรม และการสร้างเครือข่าย พร้อมจัดสรรงบประมาณสนับสนุน 50,000 บาทต่อปี ตามแนวทางการศึกษานี้ที่สามารถพัฒนาผู้นำสุขภาพ 18 คน

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรดำเนินการวิจัยแบบ Randomized Controlled Trial โดยใช้หมู่บ้านเป็นหน่วยการสุ่มเพื่อยืนยันประสิทธิภาพของแบบจำลอง SLIMNAS



เปรียบเทียบกับวิธีการดั้งเดิม พร้อมการติดตามผลระยะ
ยาว 2-3 ปี และการศึกษาต้นทุนประสิทธิผลเพื่อ
สนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบาย

2.2 การศึกษาการประยุกต์ใช้ในหลายพื้นที่ที่มี
บริบทแตกต่างกันเพื่อประเมินความสามารถในการปรับ
ใช้และขยายผล รวมทั้งการเปรียบเทียบการประยุกต์ใช้

กับโรคติดต่ออื่นและปัญหาสุขภาพเรื้อรังเพื่อพัฒนาเป็น
แบบจำลองสากล

2.3 ควรพัฒนาเทคโนโลยีประกอบด้วย
แพลตฟอร์มประเมินความรู้ด้านสุขภาพ ระบบ
ปัญญาประดิษฐ์วิเคราะห์การมีส่วนร่วม และเทคโนโลยี
VR/AR สำหรับฝึกอบรมผู้นำสุขภาพชุมชน เพื่อเพิ่ม
ประสิทธิภาพการดำเนินงาน

เอกสารอ้างอิง

- Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Prentice Hall.
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). Health program planning: An educational and ecological approach (4th ed.). McGraw-Hill.
- Hinjoy, S., Chadsuthi, S., Petcharat, N., Wongkanjana, N., Adisasmito, W., & Triampo, W. (2019). Environmental and behavioral risk factors for severe leptospirosis in Thailand. *BMC Public Health*, 19, 350. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6641-4>
- Israel, B. A., Eng, E., Schulz, A. J., & Parker, E. A. (Eds.). (2012). Methods in community-based participatory research for health (2nd ed.). Jossey-Bass.
- Jittimanee, J., & Wongbutdee, J. (2014). Survey of pathogenic *Leptospira* in rats by polymerase chain reaction in Sisaket Province. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 97(Suppl 4), S20-S24. PMID: 26817234.
- Knowles, M. S. (1984). The adult learner: A neglected species (3rd ed.). Gulf Publishing Company.
- Narkkul, U., Thaipadungpanit, J., Srisawat, N., Whitwam, T., Navacharoen, N., Chantratita, N., Kerdsin, A., Chongsuvivatwong, V., & Thamthitawat, S. (2021). Human, animal, water source interactions and leptospirosis in Thailand. *Scientific Reports*, 11, Article 3493. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-82290-5>
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Rogers, E. M. (2003). Diffusion of innovations (5th ed.). Free Press.
- Rothman, J. (2007). Multi modes of intervention at the macro level. *Journal of Community Practice*, 15(4), 11-40. https://doi.org/10.1300/J125v15n04_02

- Ruangkiatkul, N., Sirison, K., Techasrivichien, T., Suphanchaimat, R., Topothai, T., Topothai, C., & Tangcharoensathien, V. (2022). General health literacy scale for Thais and comparison between age groups. *Heliyon*, 8(5), Article e09431. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2022.e09431>
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Viroj, J., Punpanich Vandepitte, W., Storset, A. K., Kristensen, B., Blasband, T., & Phetsouvanh, R. (2021). Climate factors and prevalence of leptospirosis and melioidosis infections in Thailand. *Tropical Medicine and Infectious Disease*, 6(3), 152. <https://doi.org/10.3390/tropicalmed6030152>
- Wongbutdee, J., Saengnill, W., Jittimanee, J., & Daendee, S. (2016). Perceptions and risky behaviors associated with Leptospirosis in an endemic area in a village of Ubon Ratchathani Province, Thailand. *African Health Sciences*, 16(1), 170-176. <https://doi.org/10.4314/ahs.v16i1.23>