

Research Article

Received:
24 April 2025

Received in revised form:
8 June 2025

Accepted:
16 June 2025

Janjiraporn Stantripop^{1*}, Samart Jaitae¹ and Kornnatapornkrongpop Stantripop²

¹Department of Public Health, Faculty of Science and Technology, Chiang Mai Rajabhat University, Muang District, Chiang Mai Province, 50300 Thailand

²Lampang Municipality, Muang District, Lampang Province, 52100 Thailand

*Corresponding author's E-mail: janjiraporn_jan@g.cmru.ac.th

Extended Abstract (1/2)

Background

Ethnic minority communities in Thailand often rely on oral tradition and local beliefs for health guidance. In Pong Sumi village, Mae Win Subdistrict, Mae Wang District, Chiang Mai Province, 97 % of residents speak Sgaw Karen as a first language and still practise traditional rituals and herbal medicine. While such knowledge is culturally valuable, parts of it diverge from biomedical recommendations, and limited digital access curtails exposure to timely public-health information—an acute problem during the COVID-19 pandemic. Previous Thai studies show that community-coproduced, bilingual media (e.g., Akha-Thai posters or Hmong parent-child videos) raise disease-prevention knowledge and strengthen local ownership of health messages. Building on this evidence, the present project sought to create Sgaw Karen-Thai audio and video media that merge scientific facts with cultural narratives and are disseminated by a locally trained health-media team.

Objectives

Assess community health concerns, media habits, and literacy barriers. Co-design culturally resonant, bilingual media prototypes (audio for elders, video for multi-age audiences). Build capacity of 72 household representatives in health literacy (HL) and media production. Evaluate changes in knowledge of medicinal-herb use and epidemic-prevention practices. Establish a sustainable village media system integrated with schools and health posts.

Methods

Design Mixed-methods participatory action research framed by the ADDIE instructional-design model (Analysis, Design, Development, Implementation, Evaluation) and the HAC Framework (Health, Accessibility, Culture).

Phase 1 – Analysis: Focus-groups with leaders, elders, youth, and health volunteers defined priority topics: safe herbal use, COVID/post-pandemic hygiene, and childhood infection control. A SWOT matrix revealed strengths (rich herbal lore, strong clan leadership), weaknesses (low Thai literacy, scarce ICT devices), opportunities (post-pandemic funding, school partnerships), and threats (misinformation, future outbreaks).

Phase 2 – Design: Workshops (Thai + Sgaw interpreters) introduced basic HL concepts (access, cognitive, communication, self-management, decision, media-literacy skills). Participants storyboarded two media formats: Radio-card audio spots (4 min each) using folk-song hooks and elder narration. Five-minute videos with voice-over, on-screen Sgaw captions, infographics, and dramatized vignettes.



SUSTAINABLE DEVELOPMENT GOALS





Extended Abstract (2/2)

Phase 3 – Development: Community media team (10 youth + 4 elders) recorded, translated, and edited content with guidance from university media scholars. Prototype review by three external health–communication experts ensured accuracy and cultural sensitivity.

Phase 4 – Implementation: Audio files broadcast every Monday via village PA towers (“Health–Sound Day”) and distributed on USB sticks for household radios. Videos screened at monthly village meetings, early–childhood centres, and uploaded to a closed Facebook group (for smartphone owners).

Phase 5 – Evaluation: Pre/post surveys with the 72 household reps measured knowledge of 15 common herbs (score 0–5) and eight epidemic–prevention behaviours (score 0–5). Focus–group reflection captured usability, cultural fit, and suggestions for scale–up. Paired–sample t–tests analysed score changes ($\alpha = 0.05$).

Results

This study developed a model to enhance community health literacy and support adaptation to the “new normal” through participatory processes involving the Pong Sumi ethnic group in Chiang Mai Province, Thailand. The findings are presented across three key components. First, the current situation and problems related to adapting to the new normal were explored. The data revealed that most community members were farmers and had limited access to public health information, particularly regarding COVID–19 prevention. This lack of access was compounded by language barriers and low health literacy. Community members had difficulties understanding official health guidelines, resulting in inconsistent preventive behaviors. Despite these challenges, there was a strong sense of community cohesion and trust in local leaders and health volunteers, which provided a foundation for community–based intervention. Second, a participatory process was employed to develop a suitable model for enhancing health literacy. This involved collaboration among community leaders, health professionals, and local administrative organizations. The process followed a community empowerment approach, which emphasized listening to the voices of the Pong Sumi people and integrating their cultural practices into the model. The model comprised four phases: 1) community engagement and trust building, 2) identification of specific health literacy needs, 3) co–creation of educational materials in the local dialect, and 4) implementation through culturally appropriate communication channels, such as storytelling, village meetings, and local radio broadcasts. Finally, the model’s implementation and evaluation revealed notable improvements. Community members showed increased understanding of preventive health behaviors, such as proper hand hygiene, mask–wearing, and social distancing. They also became more engaged in health promotion activities. Local health volunteers reported a higher level of participation and more effective communication during outreach sessions. Moreover, the model enhanced the collaboration between community members and health personnel, fostering a more sustainable and culturally sensitive public health response. Importantly, the empowerment of local actors helped ensure the continuity of health–promoting behaviors beyond the scope of the study.

Limitations and future work

Sample size was limited to 72 households; longer follow–up is needed to track actual behaviour change and health outcomes (e.g., infection rates). Future iterations will test mobile–app push notifications where smartphones are available and evaluate cost–effectiveness relative to traditional outreach.

Conclusion

Through a systematic ADDIE–guided, participatory approach, the Pong Sumi community transformed its own cultural assets into powerful health–communication tools. Statistically significant knowledge improvements, wide media uptake, and the emergence of a local health–media cadre demonstrate how bilingual, culturally rooted media can elevate health literacy and resilience in remote ethnic settings—offering an adaptable blueprint for post–pandemic public–health promotion across Thailand’s diverse highland communities.

Keywords: Chiang Mai Province, Health literacy, Community media, Ethnic group, ADDIE model, HAC model

บทความวิจัย

วันที่รับบทความ:

24 เมษายน 2568

วันแก้ไขบทความ:

8 มิถุนายน 2568

วันที่ตอบรับบทความ:

16 มิถุนายน 2568

จันจิราภรณ์ สท้านไตรภพ^{1*} สามารถ ใจเตี้ย¹ และ กรณรุพรครองภพ สท้านไตรภพ²

¹ภาควิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ อำเภอเมือง
จังหวัดเชียงใหม่ 50300

²เทศบาลนครลำปาง อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง 52100

*ผู้เขียนหลัก อีเมล: janjiraporn_jan@g.cmru.ac.th



บทคัดย่อ

ชุมชนโป่งสมิ ตำบลแม่วีน อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่ เป็นชุมชนชาติพันธุ์ที่มีภาษา
กะเหรี่ยงสะกอและวัฒนธรรมเฉพาะถิ่น ยังคงยึดถือแนวทางปฏิบัติเดิมและส่งต่อไปยังลูกหลาน
ทั้งจารีตประเพณีและความเชื่อที่ไม่เป็นไปตามหลักการทางวิทยาศาสตร์ ในช่วงโรคระบาด
โควิด-19 ชุมชนโป่งสมิไม่รับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพและการปฏิบัติที่เหมาะสม เนื่องจาก
ไม่สามารถเข้าถึงเทคโนโลยี และภาษาในการสื่อสาร งานวิจัยนี้จึงเสริมสร้างความรอบรู้ทาง
สุขภาพผ่านกระบวนการสื่อสารแบบมีส่วนร่วมของชุมชน โดยใช้การวิจัยแบบผสมผสานและ
แนวทางของ ADDIE model โดยการวางแผนร่วมกับผู้นำชุมชน การอบรมตัวแทนครัวเรือน 72
ครัวเรือน ให้มีทักษะบนพื้นฐานของความรอบรู้ทางสุขภาพและการออกแบบสื่อร่วมกัน ด้วย
กระบวนการดังนี้ 1) การประชุมวางแผนร่วมกับผู้นำชุมชน ตัวแทนครัวเรือน ประชาชนผู้เฒ่า และ
ล่ามแปลภาษา (ปกากะญอ) เพื่อเชื่อมโยงประเด็นการพัฒนาสื่อชุมชนแบบมีส่วนร่วม เพื่อ
สะท้อนปัญหาความเจ็บป่วยและพฤติกรรมทางสุขภาพของชุมชนโป่งสมิ 2) การถ่ายทอดความรู้
เกี่ยวกับความรอบรู้ทางสุขภาพ และการจัดทำสื่อชุมชนแบบมีส่วนร่วม การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ
เพิ่มพูนทักษะและความรู้ด้วยการบรรยายผ่านโปสเตอร์ ภาพและวิดีโอภาษาไทยและภาษา
กะเหรี่ยงให้แก่ตัวแทนสมาชิก และ 3) การคัดเลือกและประเมินสื่อร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ โดยประยุกต์
ใช้แนวทางของ ADDIE model สื่อ 2 รูปแบบ คือ สื่อประเภทเสียงสำหรับผู้สูงอายุที่ขอบฟังวิทยุ
และสื่อประเภทวิดีโอ ซึ่งมี 2 ภาษา ได้แก่ ภาษากะเหรี่ยงและไทย โดยเน้นเนื้อหาที่เข้าใจง่าย
สลับกับการใช้เพลงพื้นบ้านและกรณีตัวอย่างประกอบการบรรยาย โดยชุมชนมีส่วนร่วมในการ
ออกแบบ ผลิตและประเมินผล ภายใต้กรอบแนวคิด HAC model ได้แก่ การเปิดรับสื่อสุขภาพ
รูปแบบใหม่ การปรับตัวและการพัฒนาสื่อโดยให้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง ส่งผลให้ระดับความรู้ใน
ด้านสมุนไพรจากเดิมค่าเฉลี่ย 2.96 เป็น 3.98 ($p = 0.001$) และความรู้ในการป้องกันโรคระบาด
เพิ่มขึ้นจาก 3.01 เป็น 3.68 ($p = 0.03$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และนำสื่อชุมชน 2 ภาษา
ไปประยุกต์ใช้ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียนประถม และศูนย์สุขภาพตำบล เพื่อให้เกิดการ
เรียนรู้ในทุกกลุ่มวัยและขยายผลการถ่ายทอดโมเดลสู่ชุมชนใกล้เคียง สะท้อนหลักฐานในเชิง
ประจักษ์ของการปรับตัวที่เชื่อมโยงองค์ความรู้ดั้งเดิมของกลุ่มชาติพันธุ์กับนวัตกรรมสุขภาพ

คำสำคัญ:

จังหวัดเชียงใหม่

ความรอบรู้ทางสุขภาพ

สื่อชุมชน

กลุ่มชาติพันธุ์

ADDIE model

HAC model

บทนำ

ช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ในพื้นที่ภาคเหนือตอนบน พบว่าจังหวัดที่มีจำนวนผู้ป่วยสะสมและเข้าเกณฑ์การเฝ้าระวัง 4 อันดับแรก คือ จังหวัดเชียงใหม่ เชียงราย ลำพูน และลำปาง ตามลำดับ (Chiang Mai Provincial Public Health Office, 2020) ซึ่งการแพร่ระบาดส่งผลกระทบต่อทั้งด้านการสูญเสีย การเจ็บป่วย เศรษฐกิจ สังคมวิถีชีวิต และสร้างความวิตกกังวลให้กับประชาชน

การเผยแพร่ข้อมูลการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ที่ประชาชนทั่วไปสามารถเข้าถึงและสื่อสารข่าวสารได้มีหลายช่องทาง แต่พบว่ากลุ่มชาติพันธุ์ที่ใช้ภาษาถิ่นในการสื่อสาร ผู้สูงอายุและประชากรที่ไม่ได้รับการศึกษาตามหลักสูตรขั้นพื้นฐานที่ไม่สามารถอ่านหรือเข้าใจภาษาไทยได้ด้วยตนเอง จะรับรู้ข่าวสารจากการส่งต่อจากคนในครอบครัวเท่านั้น (Boontavee, 2022) นอกจากนี้กลุ่มชาติพันธุ์ยังให้ความสำคัญกับความเชื่อและการเคารพในค่านิยมจากผู้อาวุโสหรือผู้เฒ่า ซึ่งมีบทบาทสำคัญในเชิงสัญลักษณ์ที่เป็นผู้นำทางจิตวิญญาณและเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจของลูกหลาน ตลอดจนค่านิยมการปฏิบัติตามวิถีเดิมของบรรพบุรุษ ผสมผสานกับความเชื่อเหนือธรรมชาติที่อาจเป็นส่วนหนึ่งในการตัดสินใจในการปฏิบัติเพื่อป้องกันตนเองและครอบครัวจากโรคระบาดทั้งในอดีตและปัจจุบัน ซึ่งมีมติการแสดงออกของกลุ่มชาติพันธุ์มีทั้งประโยชน์และข้อกังวลในหลายประการ (Chansom et al., 2019) ดังนั้นหากมีการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพผ่านสื่อชุมชนแบบมีส่วนร่วมจะทำให้เกิดความยั่งยืนและถ่ายทอดข้อมูลอย่างถูกต้องไปยังประชาชนในทุกกลุ่มวัยและส่งต่อไปยังคนรุ่นหลังเพื่อเติมเต็มวิถีชีวิตความเชื่อบนพื้นฐานทางวิทยาศาสตร์

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) มีการเปลี่ยนแปลงในหลายมิติ ทั้งด้านช่องทางการเข้าถึงข้อมูล พฤติกรรมของผู้บริโภค สื่อ และลักษณะของเนื้อหา เนื่องจากมีข้อมูลข่าวสารมากเกินไปจนจำแนกและไม่สามารถแยกแยะข้อเท็จจริงได้ เนื่องจากแพลตฟอร์มออนไลน์กลายเป็นศูนย์กลางของการแพร่กระจายข้อมูลและข่าวปลอม (Fake news) ซึ่งเนื้อหาส่วนใหญ่อยู่ในรูปแบบของการตัดต่อวิดีโอสั้น ส่งผลการรับรู้และความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนของผู้รับสาร (Thai Health Promotion Foundation, 2023) และข้อมูลเหล่านั้นส่งผลให้เกิดความหวาดกลัวและความหวาดระแวง ส่งผลกระทบต่อภาวะความวิตกกังวลเกินเหตุและความเครียดที่เพิ่มมากขึ้น รวมถึงต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิตอย่างกะทันหัน อาทิ การทำงาน การดำรงชีพ การสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันตนเอง หลีกเลี่ยงสถานที่แออัด การล้างมือ การพกเจลแอลกอฮอล์ และการ

ถูกจำกัดพื้นที่ตามมาตรการการปฏิบัติตัวเว้นระยะห่างทางสังคม (Social distancing) เป็นต้น และทำให้การใช้ชีวิตของผู้คนเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมเข้าสู่วิถีชีวิตใหม่ (New normal) ที่มีการปรับแนวคิดวิธีการ แนวทางการสื่อสาร ตลอดจนพฤติกรรมที่เคยปฏิบัติเป็นกิจวัตรประจำวันในหลายมิติ อาทิ ด้านอาหาร การศึกษา การประกอบธุรกิจ การสื่อสาร การดูแลสุขภาพและการป้องกันตนเอง โดยสิ่งใหม่ที่เกิดขึ้นกลายเป็นความปกติใหม่ในสังคม ซึ่งผู้คนในสังคมปรับตัวและยอมรับจนกลายเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตและชีวิตประจำวัน โดยมีวัตถุประสงค์เดียวกันคือ เพื่อป้องกันตนเองให้ปลอดภัยและมีชีวิตรอดด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามการดำรงชีวิตจากวิถีเดิม ดังนั้นหากประชาชนเข้าใจและสามารถปรับตัวกับสถานการณ์ได้ก็จะเป็นผลดีกับตัวบุคคล แต่คนบางกลุ่ม เช่น ผู้สูงอายุ ผู้คนที่ทำงานหาเช้ากินค่ำ กลุ่มประกอบอาชีพในชุมชนห่างไกล เป็นต้น ไม่สามารถปรับตัวได้ในระยะเวลาอันรวดเร็ว ส่งผลให้เกิดความอึดอัด หงุดหงิด และความเครียดกับการใช้ชีวิตที่ลำบากมากขึ้น (United Nations, 2020)

ทั้งนี้ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทยรายงานว่า การเสพข้อมูลข่าวสารที่มากเกินไปจนกระตุ้นความเครียดและสร้างความตื่นตระหนกโดยไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ในการดูแลตนเอง ครอบครัวและสังคม หากประชาชนรู้เท่าทันสื่อ สามารถพิจารณาถ่วงดุลความถูกต้องเหมาะสมของการรับรู้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง จะช่วยลดความวิตกกังวลและเข้าใจธรรมชาติของการเกิดโรค การแพร่กระจายเชื้อ ตลอดจนแนวทางการป้องกัน มาตรการระวังและดูแลตนเองตามหลักวิชาการอย่างถูกต้อง ตลอดจนยังสามารถประยุกต์ใช้แนวทางการดูแลป้องกันสุขภาพสมัยใหม่ ผสมผสานกับวิถีชีวิตดั้งเดิมของแต่ละบุคคลได้อย่างเหมาะสม (The Royal College of Psychiatrists of Thailand, 2020)

สถานการณ์ที่เป็นอยู่เดิม

ชุมชนโป่งสมิ บ้านห้วยข้าวลีบ ตำบลแม่วิน อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่ มีประชากร 420 คน จำนวน 72 ครัวเรือน อายุของหมู่บ้านประมาณ 200 ปีเศษ ประชาชนในพื้นที่เป็นกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงขาวหรือยางขาว ภาษาถิ่นที่ใช้สื่อสารคือ ภาษากะเหรี่ยงสะกอ (หรือ ปกาเกอญอ) และยังคงใช้วิถีชีวิตแบบดั้งเดิม คือ การใช้ยาสมุนไพร มีความเชื่อเรื่องหมอเป่าหม้อพื้นบ้าน ยึดภูมิปัญญาชนเผ่าลัวะและกะเหรี่ยงในการดูแลสุขภาพ เป็นต้น จากการดำรงไว้ซึ่งวิถีชีวิตวัฒนธรรมแบบดั้งเดิมของชุมชนจึงทำให้มีปัญหาการปรับตัวด้านสุขภาพและสาธารณสุข (Chuchat, 2018) เมื่อพิจารณาแบบการดำเนินชีวิตและการปรับตัวในการดูแลสุขภาพและป้องกันโรคตามช่วงเวลา ก่อน ระหว่าง และหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 พบว่า ช่วงก่อนการระบาดของโรค

(Before the epidemic) ชุมชนจะพึ่งพาวิถีชีวิตแบบดั้งเดิม เช่น การใช้สมุนไพรพื้นบ้านในการรักษาโรค มีความเชื่อเกี่ยวกับผีปอบ ผีบรรพบุรุษและพิธีกรรมตามความเชื่อในสิ่งศักดิ์สิทธิ์ต่าง ๆ ในช่วงระหว่างการระบาดของโรค (During the epidemic) วิถีชีวิตมีการเปลี่ยนแปลงและปรับตัวไปตามความวิตกกังวล อาทิ การปิดทางเข้า-ออกหมู่บ้าน ห้ามสมาชิกออกจากพื้นที่เพื่อความปลอดภัย การต้มสมุนไพรผสมเพื่อป้องกันและรักษาโรค ผู้สูงอายุและประชาชนในพื้นที่ส่วนใหญ่เริ่มเปิดรับข้อมูลข่าวสารทุกช่องทางจากลูกหลานหรือคนนอกพื้นที่ซึ่งไม่ผ่านการกลั่นกรอง ในขณะที่คนบางกลุ่มกลัวการฉีดวัคซีนและปิดกั้นการรับข้อมูลจากภายนอก ทำให้การเข้าถึงของบุคลากรด้านสาธารณสุขและการสื่อสารทางสุขภาพไม่สามารถเข้าถึงพื้นที่ได้อย่างทั่วถึง และหลังการระบาดของโรค (After the epidemic) วิถีชีวิตเริ่มมีความเชื่อในวิทยาศาสตร์เพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุและผู้นำชุมชนเริ่มยอมรับข้อมูลทางการแพทย์ แต่ยังคงมีความกังวลเกี่ยวกับการแพร่ระบาดของโรคต่าง ๆ ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 77.89 และในระหว่างหรือภายหลังการเจ็บป่วยยังคงมีที่พึ่งทางจิตใจเกี่ยวกับความเชื่อ/พิธีกรรมในการมัดมือ การเรียกขวัญ การขอขมาผีปอบ ผีบรรพบุรุษ และสิ่งศักดิ์สิทธิ์อื่น ๆ รวมถึงการขอพระจากพระเจ้า ร้อยละ 83.15

ชุมชนโป่งสมิมีรูปแบบวัฒนธรรมที่ผสมผสานระหว่างกลุ่มกะเหรี่ยง คนไทยและม้ง ปราชญ์ผู้เฒ่าของชุมชนระบุว่า สมุนไพรท้องถิ่นที่ใช้เป็นประจำในการรักษาอาการเจ็บป่วย มี 2 ชนิด ได้แก่ 1) ชื่อเฉพาะถิ่น “เซอโย” ใช้รักษาอาการเจ็บคอ ไอ ปวดท้อง แก้คัน แมลงกัดต่อย และ 2) ชื่อเฉพาะถิ่น “จอมลม” ใช้ถอนพิษในร่างกาย สำหรับสมุนไพรท้องถิ่นที่นาน ๆ ใช้ มี 6 ชนิด ได้แก่ 1) ขมิ้นบรรเทาอาการปวดท้อง แน่นหรือจุกเสียดท้อง 2) พ้าทะลายใจรักษาอาการปวดหัว 3) เปลือกและเมล็ดมะขาม แก้เหงือกบวม แก้บิด สมานแผลและบรรเทาอาการไอ 4) ยาแก้ รักษาอาการเจริญอาหารไอ 5) เกือบาเปิด รักษาอาการปวดตามร่างกาย และ 6) เซอแงซ่า รักษาอาการไอ เจ็บคอ ซึ่งสมุนไพรหลายชนิดมีชื่อและคุณสมบัติเฉพาะประจำถิ่นแต่ไม่ปรากฏความชัดเจนในสรรพคุณทางยาสำหรับการรักษาโรคในเชิงวิชาการ

ในช่วงการระบาดของโควิด-19 วิถีชีวิตของชุมชนโป่งสมิเปลี่ยนไปในหลายมิติเนื่องจากความกลัวและกังวล อาทิ การห้ามออกนอกหมู่บ้าน ความไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรคและการประยุกต์ใช้สมุนไพรท้องถิ่นในปริมาณที่เกินขนาดและไม่เหมาะสม และอุปสรรคด้านภาษาที่ทำให้คนในชุมชนโดยเฉพาะผู้สูงอายุไม่สามารถเข้าถึงสื่อได้อย่างทั่วถึง เนื่องจากรับรู้และเข้าใจในภาษาปกากะญอเท่านั้น นอกจากนี้พื้นที่ชุมชนโป่งสมิมีคลื่นสัญญาณโทรศัพท์ไม่เสถียรและอยู่ห่างไกลจากพื้นที่ของบุคลากรสาธารณสุขหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยอยู่ห่างจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองเต่า ประมาณ 60 กิโลเมตร ดังภาพที่ 1 (Figure 1) ซึ่งต้องใช้เวลาเดินทาง 60-90 นาที ทำให้การ

ติดต่อสื่อสารหรือการรับรู้ข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพล่าช้า ไม่สามารถรับมือกับสถานการณ์ได้อย่างทันท่วงที

ระหว่างและหลังการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 การเกิดโรคระบบทางเดินหายใจในชุมชนโป่งสมิเพิ่มขึ้นในอัตรา 1.2 เท่า จากปี พ.ศ. 2564 ซึ่งเป็นกลุ่มโรคอันดับ 1 ที่ประชาชนในพื้นที่เข้ารับการรักษาที่ รพ.สต.บ้านหนองเต่า ซึ่งครอบคลุมประชากรในเขตบริการ ได้แก่ โป่งสมิ-ห้วยข้าวสับ บ้านแม่เตียน ห้วยทราย ห้วยข้าวตอง ห้วยอีค่าง หนองเต่า นอกจากนี้ยังพบว่าในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและความดันจำนวน 412 ราย มีภาวะแทรกซ้อนทางไต (CKD Stage 3-5) เพิ่มขึ้นร้อยละ 0.3 ประกอบกับสถานการณ์การสูญเสียคนในชุมชนในช่วงสถานการณ์โควิด-19 ทำให้ประชาชนร้อยละ 77.89 เริ่มตระหนักและมีความกังวลต่อการระบาดของโรคติดต่อต่าง ๆ ในอนาคต จึงยังสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นของการเปิดช่องทางการสื่อสาร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการส่งเสริมและป้องกันความรุนแรงของการเกิดโรคในอนาคตได้ ดังนั้นการจัดทำสื่อชุมชนจึงเป็นหนึ่งในแนวทางลดช่องว่างของความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ โดยอาศัยสถานการณ์หลังโควิดกระตุ้นความตระหนักทำให้ประชาชนเปิดรับข้อมูลทางสุขภาพในทุกด้านเพื่อปกป้องตนเอง

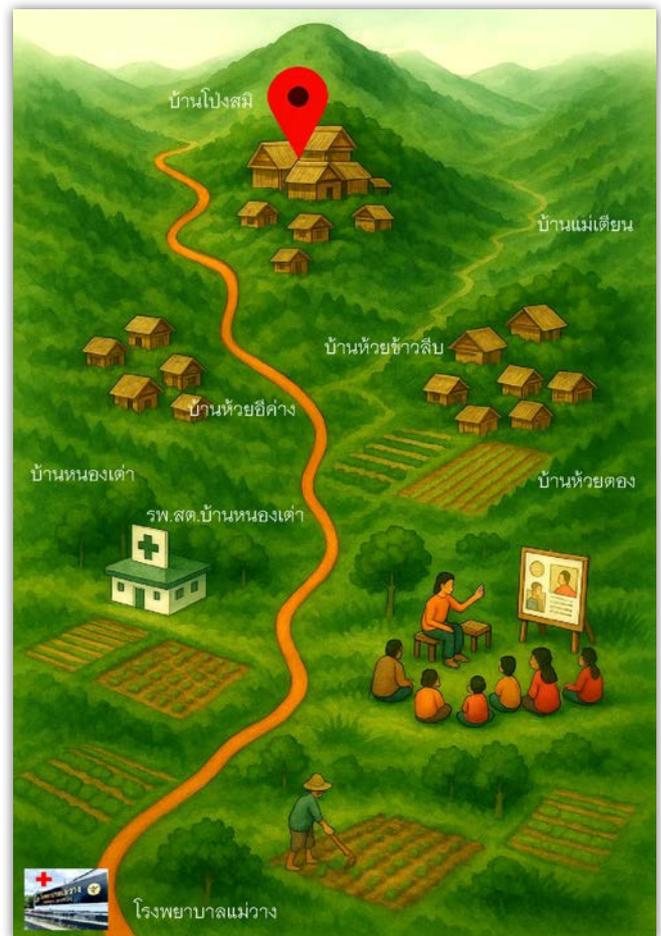


Figure 1 Simplified map highlighting important locations in Pong Sami Village

และครอบครัวมากขึ้น ภายใต้ความรอบรู้ทางสุขภาพและสามารถเอาชนะต่ออุปสรรคทางภาษาได้ ดังภาพที่ 2 (Figure 2)

หรือโรคระบาดในชุมชนในระยะยาว พฤติกรรมการบริโภคอาหารและสมุนไพรในปริมาณที่ไม่เหมาะสม สรรพคุณทางยา และข้อจำกัดในการใช้สมุนไพรท้องถิ่นในการรักษาโรค ข้อเสนอจากที่ประชุมคือการส่งเสริมความรู้และการป้องกันดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคที่พบบ่อยในชุมชน คือ โรคปวดโครงร่างกล้ามเนื้อ โรคข้อเข่าเสื่อม โรค NCDs โรคมือเท้าปากในเด็ก อาการนอนไม่หลับที่เกี่ยวข้องกับโรคเครียดและซึมเศร้า

กระบวนการที่ใช้ในการเปลี่ยนแปลงและการยอมรับของชุมชนเป้าหมาย

ขั้นตอนที่ 1 การประชุมวางแผนร่วมกับผู้นำชุมชนตัวแทนครัวเรือน ประชาชนผู้เฒ่าและล่ามแปลภาษา (ปากกาะะญอ)

การเชื่อมโยงประเด็นการพัฒนาสื่อชุมชนแบบมีส่วนร่วมเพื่อสะท้อนปัญหาความเจ็บป่วยและพฤติกรรมทางสุขภาพของชุมชนโป่งสรมี ประกอบด้วย การป้องกันและรับมือหลังโควิด-19

ขั้นตอนที่ 2 การถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับความรอบรู้ทางสุขภาพ และการจัดทำสื่อชุมชนแบบมีส่วนร่วม

การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพิ่มพูนทักษะและความรู้ด้วยการบรรยายผ่านโปสเตอร์ ภาพและวิดีโอภาษาไทยและภาษากะเหรี่ยงให้แก่ตัวแทนสมาชิก จำนวน 72 ครัวเรือน ซึ่งเป็นจำนวน

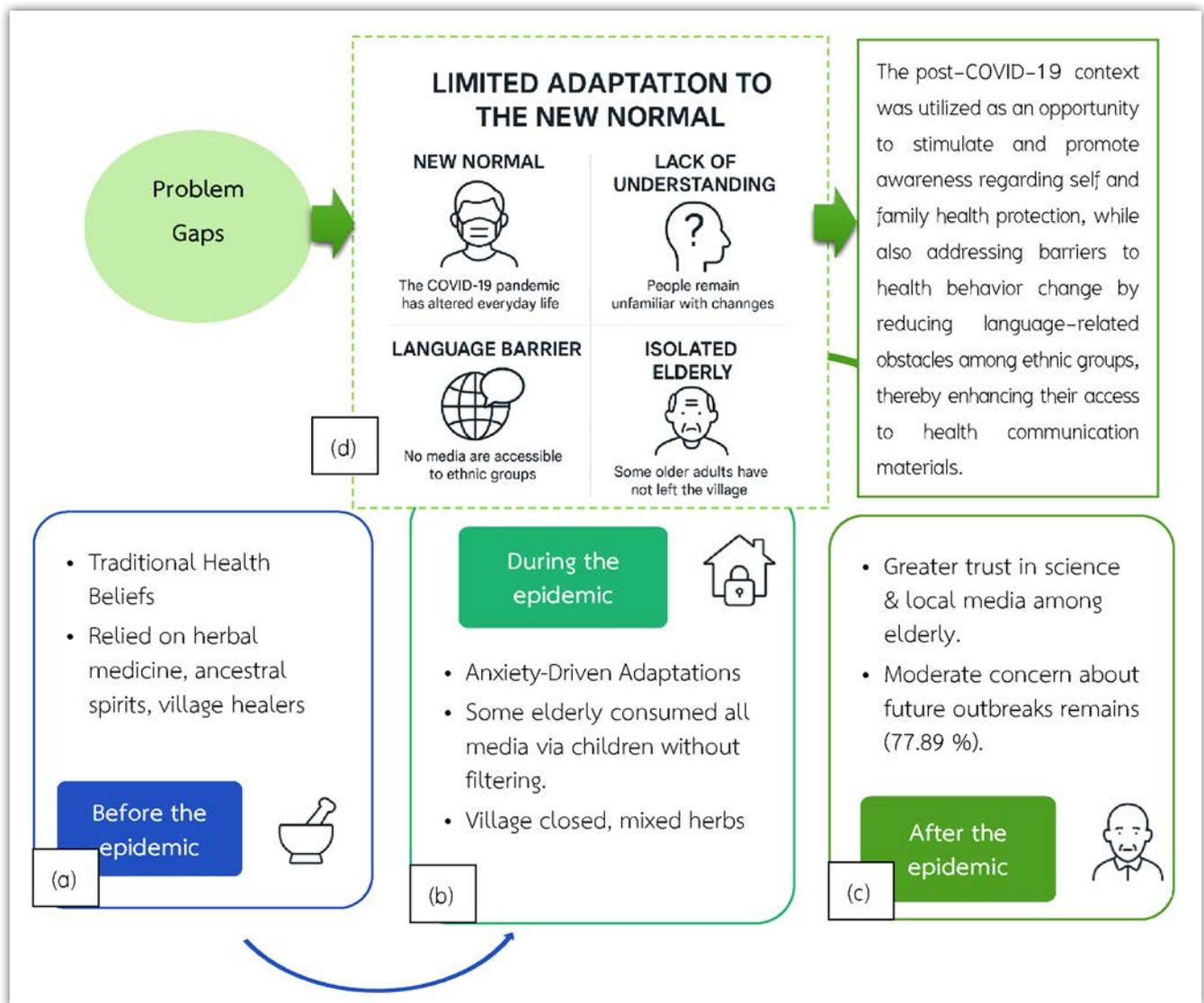


Figure 2 Behavioral patterns and belief systems; (a) Before the COVID-19 pandemic, (b) During the pandemic, (c) After the pandemic, and (d) Identified gaps and challenges

ครัวเรือนทั้งหมดที่อาศัยอยู่ในชุมชนโป่งสมิ โดยทำการทดสอบความเข้าใจก่อนและหลังการอบรม พบว่า ระดับความรู้ในด้านสมุนไพร ก่อนรับสื่อมีค่าเฉลี่ย 2.96 ± 0.81 (ระดับปานกลาง) และหลังรับสื่อค่าเฉลี่ยเพิ่มเป็น 3.98 ± 0.71 (ระดับมาก) และระดับความรู้ในการป้องกันและรับมือหลังโรคระบาดในชุมชน ก่อนรับสื่อมีค่าเฉลี่ย 3.01 ± 0.76 (ระดับปานกลาง) และหลังรับสื่อค่าเฉลี่ยเพิ่มเป็น 3.68 ± 0.59 (ระดับมาก) มีหัวข้อในการอบรม คือ 1) การรู้เท่าทันสื่อด้วยการกรองข้อมูลผ่านทักษะความรู้ด้านสุขภาพเพื่อพัฒนาขีดความสามารถในระดับบุคคลสำหรับตัวแทนครัวเรือน 2) การออกแบบสื่อชุมชนโดยประยุกต์ใช้แนวทางของ ADDIE model และ 3) คัดเลือกตัวแทนชุมชนจำนวน 20 คน เพื่อร่วมกันออกแบบโมเดลในการเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพผ่านสื่อชุมชนแบบมีส่วนร่วมของชุมชนโป่งสมิ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกตัวแทนชุมชนแบบเจาะจง คือ บุคคลที่มีคะแนนทดสอบหลังการอบรมมากกว่าร้อยละ 80 สามารถสื่อสารทั้งภาษาไทยและภาษากะเหรี่ยงได้อย่างคล่องแคล่วและมีภาวะความเป็นผู้นำในการถ่ายทอดองค์ความรู้

ไปสู่สมาชิกอื่น ๆ ในครัวเรือนและชุมชน กระบวนการพัฒนาโมเดลการเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพผ่านสื่อชุมชนแบบมีส่วนร่วมของชุมชนโป่งสมิ ดังภาพที่ 3 (Figure 3)

ขั้นตอนที่ 3 การคัดเลือกและประเมินสื่อร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ

การออกแบบสื่อชุมชนโดยประยุกต์ใช้แนวทางของ ADDIE model ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้ 1) การวิเคราะห์ (Analysis) ผ่านงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสื่อชุมชน ผสมกับข้อมูลจากการสังเคราะห์วิถีชุมชน ภูมิปัญญาพื้นบ้าน และฐานแนวคิดของความรอบรู้ทางสุขภาพ พบว่าประเด็นที่ชุมชนสนใจ คือ การป้องกันและรับมือหลังโควิด-19 หรือโรคระบาดในชุมชนในระยะยาว สรรพคุณทางยา และข้อจำกัดในการใช้สมุนไพรท้องถิ่นในการรักษาโรค และโรคที่พบบ่อยในชุมชน อาทิ โรคปวดโครงร่างกล้ามเนื้อ โรคข้อเข่าเสื่อม โรค NCDs โรคมือเท้าปาก และการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต 2) การออกแบบ (Design) เพื่อจัดทำโครงสร้างเนื้อหาของสื่อชุมชน

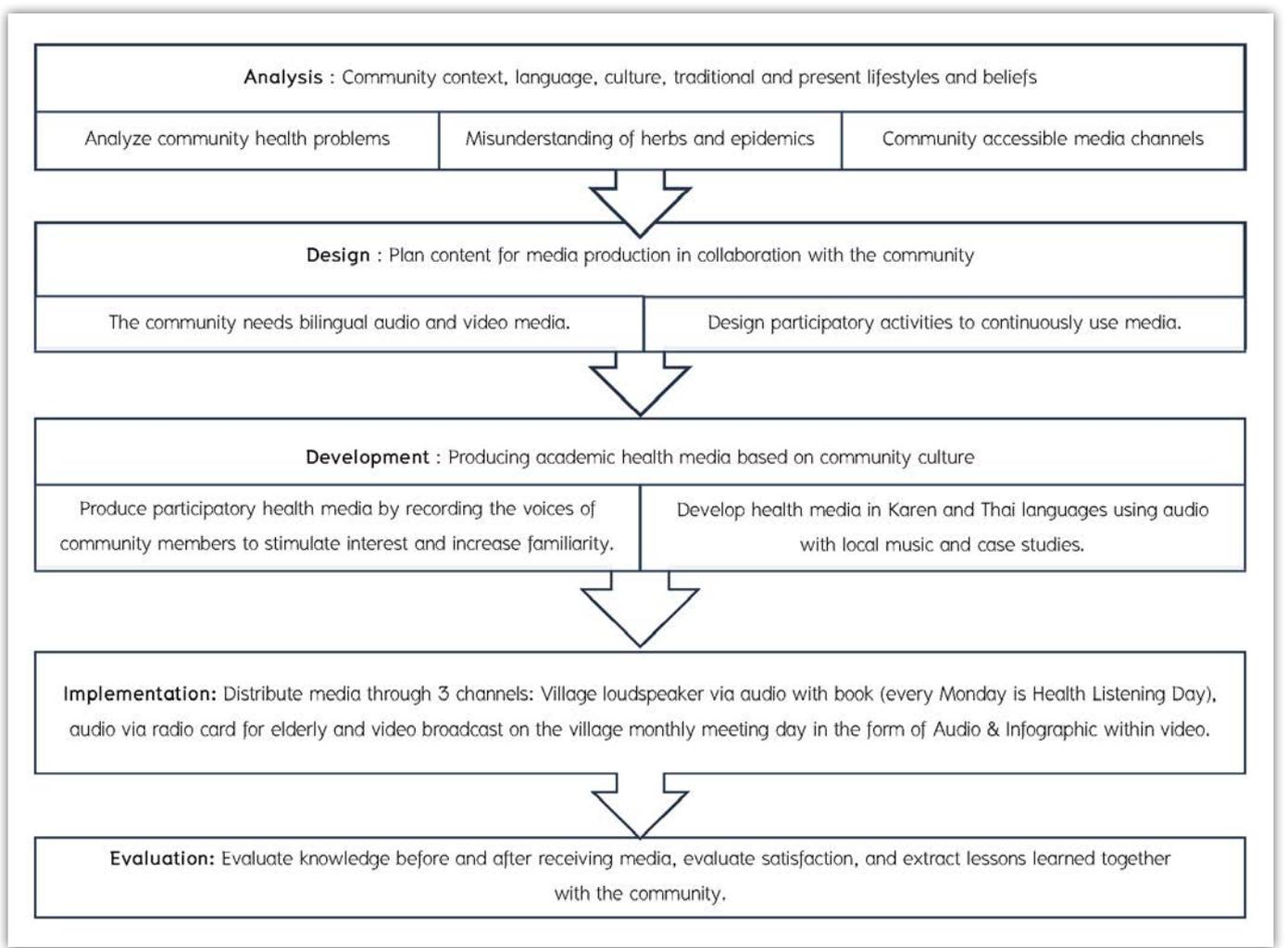


Figure 3 Summary of the process of developing a model for enhancing health literacy through community media with participation of the Pong Samit Community

จากการพูดคุย ตกตะกอนความคิดโดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการเสนอแนะเนื้อหาที่ต้องการและออกแบบสื่อร่วมกับทีมผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพ จนได้ต้นแบบของสื่อเพื่อการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ โดยแสดงเป็นสื่อ 2 ภาษา ได้แก่ ภาษาไทย และภาษากะเหรี่ยง 3) การพัฒนา (Development) ดำเนินการสร้างสื่อต้นแบบตามแนวคิดและขั้นตอนที่ได้ออกแบบ ดังภาพที่ 4 (Figure 4) 4) การนำไปใช้ (Implementation) หลังจากได้สื่อต้นแบบแล้ว นำไปทดลองใช้กับตัวแทนครัวเรือน จำนวน 20 ครัว เพื่อทดสอบความถูกต้องของภาษาและความเข้าใจของสื่อต้นแบบ 2 ภาษา และนำข้อผิดพลาด/ข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำเผยแพร่ และ 5) การประเมินผล (Evaluation) การประเมินคุณภาพของสื่อชุมชนซึ่งเป็นต้นแบบโมเดลการปรับตัววิถีใหม่หลังโรคระบาดของกลุ่มชาติพันธุ์ชุมชนโป่งสนิม

ตัวแทนชุมชนมีส่วนร่วมในการกำหนดประเด็นเนื้อหาและประเมินข้อมูลเบื้องต้นก่อนและหลัง โดยให้สามฝ่ายทอดผ่านสื่อวิดีโอ เพื่อเปิดโอกาสการสะท้อนมุมมองและแสดงความคิดเห็นตลอดจนแก้ไขเนื้อหาความให้สามารถสื่อสารไปยังกลุ่มชาติพันธุ์ในทุกกลุ่มวัยได้ การจัดทำตารางเปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลังเพื่อร่วมกันวิเคราะห์และตัดสินใจกลั่นกรองเนื้อหา ให้ถูกต้องและง่ายต่อความเข้าใจ ตลอดจนกำหนดหัวข้อเพื่อให้สะดวกต่อการรับสารและน่าสนใจผู้ฟัง ชุมชนร่วมกันสังเคราะห์และลำดับความสำคัญของปัญหา 5 ประเด็นแรก คือ 1) สมุนไพรที่ควรมีประจำบ้าน 2) สรรพคุณและข้อจำกัดในการใช้สมุนไพรท้องถิ่น 3) การป้องกันและรับมือหลังโรคระบาดในชุมชน 4) โรคของคนสูงวัย และ 5) โรคภัยในวัยเด็ก โดยนำทั้ง 5 ประเด็นมาผลิตสื่อ 2 รูปแบบ คือ สื่อประเภทเสียงสำหรับผู้สูงอายุที่ชอบฟังวิทยุ โดยชุมชนเสนอแนะให้นำใส่



Figure 4 Development of community media prototypes based on the proposed concept; (a) Conducting workshops to design the content structure, (b) Creating and testing a flowchart, and (c) Filming the media in two languages

การ์ดในวิทยุเพื่อให้ผู้สูงอายุเลือกฟังในหัวข้อที่สนใจได้ และสื่อประเภทวิดีโอ โดยทั้งสองรูปแบบชุมชนร่วมกันพัฒนาโครงสร้างเพื่อให้สื่อชุมชนต้นแบบเชื่อมโยงเป็นลักษณะเนื้อหาเดียวกันและถ่ายทอดความเข้าใจ โดยโครงสร้างเน้นกระบวนการเปลี่ยนแปลงปรับปรุงจากการรับรู้ ประสบการณ์ของชุมชนและการสื่อสารที่สอดคล้องกับวิถีของชุมชนเป็นหลัก ได้แก่ การใช้เสียง (Audio) บันทึกลงในการ์ดเพื่อเปิดผ่านเสียงตามสายของหมู่บ้านและบันทึกลงในการ์ดผ่านเครื่องวิทยุประจำตัวผู้สูงอายุบางครัวเรือน (Radio card for elderly) และชุมชนร่วมกันแปลเนื้อหาในการสร้างสื่อวิดีโอ เพื่อการจัดทำเสียงบรรยายเป็นภาษากะเหรี่ยงและมีภาษาไทยกำกับประกอบภาพ (Video with voiceover & Infographic within video) โดยเน้นเนื้อหาที่ง่าย สลับกับการใช้เพลงพื้นบ้านและกรณีตัวอย่างประกอบการบรรยาย ดังตารางที่ 1 (Table 1)

การผลิตสื่อสุขภาพในชุมชนโป่งสนิมเป็นกระบวนการที่ชุมชนมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาและกำหนดเนื้อหาที่สอดคล้องกับบริบทท้องถิ่นผ่านเวทีประชาคม ช่วงเวลาดำเนินการตั้งแต่เดือน มกราคม-เมษายน พ.ศ. 2566 โดยเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพผ่านการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มผู้นำชุมชน กลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่มเยาวชน จำนวนกลุ่มละ 10 คน สำหรับสะท้อนมุมมองปัญหาของชุมชนและร่วมประเมินคุณภาพสื่อผ่านกระบวนการ “พูด ฟัง ถอดความ” ด้วยภาษากะเหรี่ยง โดยล่ามเป็นผู้ช่วยแปลและบันทึกความเห็นแล้วนำมาทบทวนร่วมกันในเวทีถอดบทเรียน โดยใช้เกณฑ์ประเมิน 4 ด้าน ประกอบด้วย ความเข้าใจง่ายของเนื้อหา ความเหมาะสมกับทุกกลุ่มวัย ความน่าเชื่อถือและความเชื่อมโยงกับวิถีชีวิต และความสามารถในการกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และในเชิงปริมาณผ่านกระบวนการประเมินสื่อทั้งก่อนและหลังการปรับปรุง กลุ่มตัวอย่างคือ ตัวแทนจากภาคครัวเรือน จำนวน 72 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ของครัวเรือนทั้งหมดในชุมชนโป่งสนิม ซึ่งตัวแทนทั้งหมดเป็นกลุ่มชาติพันธุ์ที่สามารถสื่อสารภาษาไทยและภาษากะเหรี่ยงได้

การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยสัมภาษณ์ผ่านแบบสอบถาม ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการรับรู้ข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพและความวิตกกังวลหลังโควิด-19 เป็นคำถามที่มีลักษณะให้เลือกตอบเพียงข้อเดียว (ใช่/ไม่ใช่) จำนวน 10 ข้อ และข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้พื้นฐานของการรับรู้ข้อมูลด้านการใช้สมุนไพรและการป้องกันโรคด้วยตนเองในชีวิตประจำวัน จำนวน 20 ข้อ ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลก่อนและหลังการใช้สื่อโดยใช้สถิติพรรณนา รายงานเป็นค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติ Paired t-test เพื่อเปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังการรับสื่อ

การ “สร้างทีมสุขภาพของชุมชน” โดยร่วมกันถอดประเด็นจากภูมิปัญญาดั้งเดิมที่เชื่อมโยงกับสุขภาพ และประสบการณ์ด้านการเจ็บป่วยภายในชุมชน เพื่อกำหนดหัวข้อเนื้อหาที่ต้องการ

ถ่ายทอดร่วมกับผู้เชี่ยวชาญในเวทีประชาคมอีกครั้ง เพื่อจัดลำดับความสำคัญของเนื้อหาและออกแบบโครงสร้างของสื่อในแต่ละประเด็นร่วมกัน โดยผู้วิจัยและทีมผู้ช่วยนักวิจัยเป็นผู้ดำเนินการติดต่อควบคุมกับการประเมินความถูกต้องของเนื้อหาโดยทีมสุขภาพชุมชนและอาจารย์แพทย์แผนไทย จำนวน 2 ท่าน ในด้านของรายละเอียดเนื้อหาที่ใช้ “การบรรยายเสียง” ในสื่อสุขภาพทั้ง 5 ประเด็นหลัก และการผลิตสื่อดำเนินการในรูปแบบ Radio Card และวิดีโอภาษากะเหรี่ยง-ไทย อ้างอิงเนื้อหาสาระตามหลักวิชาการ ชุมชนเสนอแนะให้มีตัวละครสมมติเพื่อร่วมดำเนินการเล่าเรื่องถ่ายทอดผ่านวิดีโอและเสียงสองภาษา เช่น ในประเด็นเนื้อหาเกี่ยวกับ “สรรพคุณและข้อจำกัดในการใช้สมุนไพร (Herbal use and limitations)” ชุมชนร่วมกันกำหนดตัวละครชื่อ “ป้าแสง” เพื่อใช้เป็นตัวแทนบุคคลในการดำเนินเรื่อง “ป้าแสงกับโรคความดันสูง” ดังตัวอย่างเนื้อเรื่องเล่าในภาพที่ 5 (Figure 5)

ชุมชนกำหนด “วันฟังเสียงสุขภาพ” ทุกวันจันทร์ โดยเปิดเสียงผ่านหอกระจายข่าวหมู่บ้าน และติดตั้งเครื่องวิทยุที่ผลิตในรูปแบบ Radio card ไว้ตามบ้านของผู้สูงอายุ ในวันประชุมประจำเดือนของหมู่บ้านจะตั้งโต๊ะ “จุดรับฟังเสียงสุขภาพ” เพื่อเปิดวิดีโอสุขภาพให้สมาชิกในหมู่บ้านดูร่วมกันก่อนเริ่มประชุมเพื่อกระตุ้นการสร้างพื้นที่เรียนรู้แบบไม่เป็นทางการ หลังจากประชุมประจำเดือนผู้ใหญ่บ้านและทีมสุขภาพสะท้อนมุมมองการเปลี่ยนแปลงที่พบหลังนำสื่อทดลองใช้จริง พบว่า ชาวบ้านเริ่มแยกแยะได้ว่าควรใช้สมุนไพรเมื่อมีอาการเล็กน้อยและเลือกใช้ที่โรงพยาบาลเมื่อแสดงอาการ เช่น ถ้าปวดหัว มีน้ตริษะและรู้สึกเหนื่อยง่ายหรือลูกแล้วมีอาการหน้ามืดอย่างต่อเนื่อง มากกว่า 2 สัปดาห์ จะขอให้ลูกหลานพาไปตรวจวัดความดันที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองเต่า เป็นต้น

การใช้สื่อที่ผลิตโดยชุมชนก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในหลายมิติ อาทิ ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพที่เพิ่มขึ้นในขณะที่ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานลดลง สะท้อนให้เห็นว่าคนในชุมชนมีความรู้ความเข้าใจต่อการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากสื่อใหม่ได้อย่างถูกต้องและมีแนวโน้มใกล้เคียงกันมากขึ้น ด้านจิตใจและความภาคภูมิใจต่อการมีส่วนร่วมในกระบวนการผลิตสื่อทำให้ชุมชนเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของสื่อและเกิดพลังใจในการขับเคลื่อนทั้งผู้รับสารและส่งสาร ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ พบว่า ตัวแทนครัวเรือนร้อยละ 78 กล่าวถึงการใช้สมุนไพรอย่างเหมาะสม และการป้องกันโรคด้วยตนเองในชีวิตประจำวันอย่างถูกต้องและเป็นระบบ

การประเมินคุณภาพของสื่อโดยชุมชนมีส่วนร่วมผ่านกระบวนการ “พูด-ฟัง-ถอดความ” ด้วยภาษากะเหรี่ยง โดยล่ามเป็นผู้ช่วยแปลและบันทึกความเห็นจากสมาชิกหมู่บ้าน แล้วนำมาทบทวนร่วมกันในเวทีถอดบทเรียน โดยใช้เกณฑ์ประเมิน 4 ด้าน

Table 1 Community co-creation and content refinement for health literacy media (analysis and media design)

Main topics	Community perspective		Developing participatory community media	
	Reflect opinions	Community issues	Suggestion	Community designed media
1. Essential herbs in the household	Estimate the proportion of herbal preparations through local herbalists /increase the quantity inappropriately	Difficulty in memorization leads to confusion in appropriate use for the disease.	List of 10 important herbs that should be in your home and how to prepare and use them properly	Bilingual video media played during the meeting to increase familiarity with the correct consumption of herbs (infographic within video) 
2. Properties and limitations of using local herbs	Belief in herbs that can cure all kinds of diseases	Relying on herbs to the point of not wanting to be referred for further treatment according to hospitals	Provides advice for patients with chronic diseases, emphasizing use for mild symptoms.	Audio book for promoting safe herbal use – opens with audio media via the news tower every Monday (audio with book) 
3. Prevention and response after an epidemic in community	Excessive anxiety	Lack of access to information	Explain causes and symptoms/self-prevention	Media promotes long-term self-protection behavior (voice & infographic) 
4. Elderly health care	Rely on local doctors/boil/buy medicine to take yourself	Unable to distinguish between minor and chronic conditions	There should be an example case that attracts attention/local music	Media to promote the potential of the elderly to care for and protect their own health (audio via radio card for elderly) 
5. Common diseases in children	Misconceptions about Hand, Foot and Mouth Disease, Vaccination and Infection in Children	Access to child health care information in the community is limited/lack of funds	Describe symptoms/prevention and warning signs	Bilingual video media for parents and printed media to learn about common diseases for children 
Main media: Audio & infographic within video			Addition: Audio with local music/audio with examples/storytelling	



Figure 5 Examples of media content; (a) Case study titled "Pasang and Hypertension", and (b) Illustrations of herbal applications and their limitations

ประกอบด้วย ความเข้าใจง่ายของเนื้อหา ความเหมาะสมกับทุกกลุ่มวัย ความน่าเชื่อถือและความเชื่อมโยงกับวิถีชีวิต และสามารถในการกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยทั้ง 4 ประเด็นอยู่ในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 85.75 และค่าเฉลี่ยหลังรับรู้สื่อจากโมเดลการปรับตัวสู่วิถีใหม่หลังโรคระบาดของกลุ่มชาติพันธุ์ชุมชนโป่งสรมิ สูงกว่าก่อนรับรู้สื่อในทั้ง 5 ประเด็น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยเฉพาะในประเด็นหัวข้อ "สรรพคุณและข้อจำกัดในการใช้สมุนไพรท้องถิ่น" พบว่าก่อนรับสื่อมีค่าเฉลี่ย 2.96 ± 0.81 (ระดับปานกลาง) และหลังรับสื่อค่าเฉลี่ยเพิ่มเป็น 3.98 ± 0.71 (ระดับมาก) ซึ่งมีค่า t สูงที่สุด ($t = 4.32$, $p = 0.001$) แสดงถึงการพัฒนาความรู้ไปสู่ระดับที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบการลดลงของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในประเด็นหัวข้อ "ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันและรับมือหลังโรคระบาดในชุมชน" จาก 0.76 เป็น 0.59 สะท้อนว่า ผู้ตอบแบบสอบถามมีความรู้ใกล้เคียงกันมากขึ้น สะท้อนให้เห็นว่าการใช้สื่อสุขภาพ 2 ภาษา (ไทย-กะเหรี่ยง) มีผลต่อการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจและลดความเหลื่อมล้ำด้านข้อมูลสุขภาพในชุมชน

โมเดลการปรับตัวสู่วิถีใหม่หลังโรคระบาดของกลุ่มชาติพันธุ์ชุมชนโป่งสรมิ ผ่านการเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพผ่านสื่อชุมชนแบบมีส่วนร่วมของชุมชน โดยออกแบบให้สอดคล้องกับวิถีชีวิต วัฒนธรรมและระบบความเชื่อตามบริบทชุมชน ภายใต้กรอบแนวคิด "HAC Model" ประกอบด้วย

H: Harmony of health หมายถึง การเข้าใจและเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพอย่างกลมกลืน ผ่านองค์ประกอบหลัก 3 ประการ

ได้แก่ 1) การพัฒนาทักษะการรู้เท่าทันสื่อด้วยการกรองข้อมูลผ่านทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อพัฒนาขีดความสามารถในระดับบุคคลสำหรับตัวแทนครัวเรือน 2) การเสริมสร้างที่มสุขภาพชุมชนเพื่อร่วมออกแบบสื่อและขับเคลื่อนกิจกรรมอย่างต่อเนื่องโดยประยุกต์ใช้แนวทางของ ADDIE model และ 3) การเปิดเวทีเพื่อรับฟังประเด็นปัญหาทางสุขภาพและวัฒนธรรมความเชื่อของชุมชนเพื่อสะท้อนมุมมองและทัศนคติของภาคส่วนครัวเรือน

A: Adaptation หมายถึง การปรับตัวและเตรียมพร้อมรับมือกับสถานการณ์ทางสุขภาพ โดยชี้แนะการปรับเปลี่ยนมุมมองจากการรักษาเดิมที่พึ่งพิงพิธีกรรมการเลี้ยงผีบรรพบุรุษหรือมุ่งเน้นการใช้สมุนไพรอย่างต่อเนื่องยาวนานโดยอาจไม่ได้คำนึงถึงระดับความรุนแรงของโรค ปรับตัวสู่การสร้างทักษะความเข้าใจของอาการและการกำเริบของโรคเพื่อการประเมินอาการเบื้องต้นและพร้อมเดินทางออกนอกพื้นที่เพื่อเข้าสู่ระบบการรักษาตามหลักของแพทย์แผนปัจจุบัน บนพื้นฐานการปรับตัวที่สอดคล้องกับประเด็นความต้องการเติมเต็มความรู้ใหม่ของชุมชน ประกอบด้วย 1) สมุนไพรที่สำคัญในครัวเรือน 2) สรรพคุณและข้อจำกัดในการใช้สมุนไพรท้องถิ่น 3) การป้องกันและรับมือหลังโรคระบาดในชุมชน 4) การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และ 5) โรคทั่วไปในเด็ก

C: Community-based หมายถึง การพัฒนาโดยให้ชุมชนเป็นศูนย์กลางในการนำความรู้ดั้งเดิมหรือวัฒนธรรมที่ดงามผสมผสานกับการออกแบบสื่อให้เท่าทันกับสภาวะสมัยใหม่ อาทิ การนำภาษาถิ่นและเพลงพื้นบ้านมาร่วมขับเคลื่อนการพัฒนาสื่อและยังคงใช้รูปแบบที่ชุมชนเปิดรับสื่อ คือ วิหุยกพา เสียงตามสาย

ของหมู่บ้าน และผู้นำชุมชนซึ่งมีบทบาทหลักในการผสมผสานความเชื่อเดิมกับการปรับตัวใหม่เป็นแกนนำของทีมสุขภาพชุมชนในวันประชุมประจำเดือนเพื่อการขับเคลื่อนกิจกรรมไปได้อย่างยั่งยืน

ความรู้หรือความเชี่ยวชาญที่ใช้

การพัฒนาสื่อสุขภาพสองภาษา

กระบวนการออกแบบและผลิตสื่อสุขภาพในรูปแบบโปสเตอร์และวิทยุเสียง 2 ภาษา (อาษา-ไทย) โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนเพื่อพัฒนาสื่อสุขภาพสองภาษาสำหรับการส่งเสริมสุขภาพ สะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ที่ชัดเจนเกี่ยวกับความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตในระดับที่เพิ่มขึ้นและมีความมั่นใจในการเข้าถึงบริการสุขภาพ (Inkaew, 2021) การประยุกต์ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการออกแบบและผลิตสื่อสุขภาพเรื่องการดูแลเด็กเล็กร่วมกับเยาวชนและผู้นำท้องถิ่นในชุมชนม้ง สะท้อนผลลัพธ์สื่อที่ได้รับการยอมรับจากผู้ปกครองเด็กและผู้นำชุมชน และเกิดทีมเยาวชนด้านสุขภาพในพื้นที่ร่วมคิดและขับเคลื่อนสร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของและเกิดการใช้อย่างต่อเนื่อง เสริมสร้างพลังทางสังคมในชุมชนที่ทำให้สื่อมีชีวิต (Boontavee, 2022) และมีการออกแบบใช้สื่ออินโฟกราฟิก ในรูปแบบแผ่นพับและวิดีโอแปลเป็นภาษาถิ่นของชนเผ่าลาหู่ และทดสอบความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมือเท้าปาก พบว่าระดับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคเพิ่มขึ้นและผู้ดูแลเด็กในชุมชนสามารถถ่ายทอดความรู้ต่อได้ด้วยภาษาท้องถิ่นได้อย่างถูกต้อง (Chansom, 2019) ดังนั้นข้อค้นพบที่สำคัญในการศึกษาคือ สื่อสุขภาพสำหรับกลุ่มชาติพันธุ์ควรเป็นสองภาษาเพื่อลดอุปสรรคการเข้าถึงของกลุ่มชาติพันธุ์ โดยชุมชนควรร่วมผลิตสื่อเพื่อเพิ่มความภาคภูมิใจและการยอมรับ สื่ออินโฟกราฟิกและเสียงจะช่วยให้ความเข้าใจง่ายขึ้นและสนใจคนในชุมชน และการพัฒนาทีมสุขภาพท้องถิ่นจะช่วยขยายผลการสื่อสารได้อย่างต่อเนื่อง

การปรับตัววิถีใหม่

ชาวกะเหรี่ยงสะกอมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการใช้ชีวิตหลังโควิด-19 โดยผสมผสานพิธีกรรมแบบดั้งเดิมเข้ากับแนวคิดการดูแลสุขภาพอนามัยที่ดี สะท้อนการอยู่ร่วมกันของความเชื่อเดิมกับสุขภาพะสมัยใหม่หลังการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึง “ความยืดหยุ่นทางวัฒนธรรม” ที่สามารถปรับตัวและผสมผสานความเชื่อเข้ากับแนวทางการดำรงชีวิตแบบวิถีใหม่ได้อย่างกลมกลืน (Taruenithi, 2022) แม้ภายหลังการแพร่ระบาดของโควิด-19 ผู้คนในทุกบริบทจำเป็นต้องเผชิญกับ “วิถีใหม่” (New normal) ทั้งในด้านสุขภาพ กิจกรรมการดำเนินชีวิต และการรับรู้ข่าวสาร

ซึ่งนำมาสู่การปรับตัวในหลายระดับ ทั้งระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน (World Health Organization, 2022) การปรับตัวนี้เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางกายภาพ เช่น การใส่หน้ากากหรือรักษาระยะห่าง และรวมถึงการปรับเปลี่ยนความคิด ทศนคติ และการเรียนรู้จากแหล่งข้อมูลใหม่อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มชาติพันธุ์ที่มีข้อจำกัดด้านภาษาและการเข้าถึงข้อมูล กระบวนการสร้างความตระหนักรู้ และการยอมรับการเปลี่ยนแปลงนี้ สามารถอธิบายได้ด้วยแนวคิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Cognitive Theory) ของ Bandura (1986) ซึ่งเน้นว่าพฤติกรรมของบุคคลสามารถเปลี่ยนแปลงได้ผ่านกระบวนการเรียนรู้จากแบบอย่าง การเสริมแรง และการรับรู้ความสามารถของตน (Self-efficacy) ซึ่งสื่อชุมชนสามารถทำหน้าที่เป็น “แบบอย่างทางสังคม” (Social model) ในการถ่ายทอดความรู้และส่งเสริมการปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การใช้สื่อที่เหมาะสมกับบริบททางวัฒนธรรมของแต่ละชุมชน เช่น สื่อสองภาษาในชุมชนชาติพันธุ์ ยังช่วยลดช่องว่างการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสื่อสารสุขภาพอย่างสร้างสรรค์และยั่งยืน (Nutbeam, 2000)

การสื่อสารด้านสุขภาพสำหรับกลุ่มชาติพันธุ์

การพัฒนาสื่อประเภทเสียงภาษากะเหรี่ยง (Audio: Radio card for elderly) และสื่อประเภทวิดีโอ (Video with voiceover & Infographic within video) เป็นวิธีที่ได้รับความนิยมและสามารถเข้าถึงง่ายโดยไม่รบกวนวิถีชีวิตของชุมชน ภายใต้การมีส่วนร่วมในการพัฒนาทางเลือกเพื่อสื่อสารข้อมูลทางสุขภาพไปยังกลุ่มชาติพันธุ์ในทุก ๆ กลุ่มวัยภายในชุมชน โดยทั้งสองรูปแบบชุมชนร่วมกันออกแบบโครงสร้างสื่อต้นแบบผ่านการจัดทำเสียงบรรยายเป็นสองภาษา (กะเหรี่ยง-ไทย) โดยเน้นการใช้เนื้อหาที่ง่ายต่อความเข้าใจ สลับกับการใช้เพลงพื้นบ้านและกรณีตัวอย่างประกอบการบรรยาย เพื่อกระตุ้นความสนใจและสนใจให้เกิดการเรียนรู้จนเข้าใจ โดยมีเป้าหมายหลักเพื่อให้เกิดการนำไปประยุกต์ใช้ในระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัวและสังคมโดยรวม ซึ่งถือเป็นส่วนหนึ่งในการขับเคลื่อนแรงเสริมสนับสนุนให้คนในสังคมที่มีข้อจำกัดในการค้นหาและเรียนรู้ข้อมูลสุขภาพได้ด้วยตนเอง สามารถนำไปปฏิบัติเพื่อการพัฒนาวิถีชีวิตสุขภาพที่ดีให้กับตนเองได้ โดยมีวัตถุประสงค์การกระจายข่าวสารเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ของคนในสังคม และนำข้อมูลไปใช้เพื่อการตัดสินใจ ปฏิบัติตนเพื่อการมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี (Council for Steering the National Reform of Public Health and the Environment, 2016) การประยุกต์ใช้ ADDIE model ซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญในการสร้างสื่ออย่างเป็นระบบ มีการย้อนกลับไปแก้ไขได้ตลอดกระบวนการ โดยมีจุดเด่นคือ “การวิเคราะห์กลุ่มเป้าหมายก่อนและเน้นผลสัมฤทธิ์ในการเรียนรู้หรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม” โดยใช้กระบวนการออกแบบและพัฒนาสื่อที่มี

โครงสร้าง 5 ขั้นตอน ประกอบด้วย การวิเคราะห์ การออกแบบ การพัฒนา การนำไปใช้ และการประเมินผล (Seels & Glasgow, 1998)

แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน

การมีส่วนร่วมของชุมชน (Community participation) เป็นกระบวนการที่เปิดโอกาสให้สมาชิกในชุมชนมีบทบาทในการร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ และร่วมดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับชีวิตและสุขภาพของตนเอง ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการสร้างการพัฒนาอย่างยั่งยืน (Pretty, 1995) โดยเฉพาะในบริบทของสุขภาพ การมีส่วนร่วมสามารถเสริมสร้างความเป็นเจ้าของ ความตระหนักรู้ และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในระยะยาวได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Arnstein, 1969) และการจัดกระบวนการเรียนรู้ในชุมชน นำไปสู่การมีส่วนร่วมของชุมชนในการวางแผนและตัดสินใจร่วมกันเพื่อหาทางออกของปัญหา ซึ่งการศึกษานี้เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนในทุกขั้นตอนของการจัดทำผ่านพลังภูมิปัญญาบนรากฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) โดยมีเป้าหมายร่วมกันคือ พัฒนาขีดความสามารถในระดับบุคคลระยะยาว เพื่อการเตรียมพร้อมรับมือกับโรคในปัจจุบันและในอนาคต ตลอดจนการปรับตัววิถีชีวิตวิถีใหม่หลังการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ได้อย่างยั่งยืน

ความรอบรู้ทางสุขภาพ

ตัวแทนสมาชิกของครัวเรือนได้รับการถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อพัฒนาขีดความสามารถในระดับบุคคล และสามารถเผยแพร่ส่งต่อข้อมูลไปยังสมาชิกคนอื่น ๆ ของครัวเรือน เป็นกระบวนการเสริมสร้างทักษะทางปัญญาและสังคมที่จะก่อให้เกิดแรงจูงใจของตัวบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารประกอบการตัดสินใจหรือเพิ่มทางเลือกที่เหมาะสมไปสู่การมีสุขภาพที่ดี (Department of Health, 2018) ตลอดจนสามารถร่วมออกแบบโมเดลในการเสริมสร้าง “ความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับชุมชน” ผ่านการพัฒนาสื่อชุมชนแบบมีส่วนร่วมของชุมชนไปงสมิ ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของงานส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ผ่านคุณลักษณะสำคัญที่จำเป็นต้องพัฒนาเพื่อเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลัก ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ (Access skill) การพัฒนาทักษะความรู้ความเข้าใจ (Cognitive skill) การมีทักษะในการสื่อสารหรือถ่ายทอด (Communication skill) ทักษะในด้านการประมวลผลและจัดการด้วยตนเอง (Self-management skill) ทักษะในการตัดสินใจยอมรับหรือปฏิเสธข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ (Decision skill) และการรู้เท่าทันสื่อในทุกรูปแบบ (Media literacy skill) ทั้งนี้เพื่อการประเมินและบูรณาการข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพที่มีความหลากหลายของช่องทางการสื่อสารและแตกต่างกันตามบริบทของพื้นที่ อันจะนำไปสู่

การคิด วิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติ การตัดสินใจ การจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อในทุกรูปแบบ ตลอดจนสามารถชี้แนะข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพเพื่อป้องกันและควบคุมความเสี่ยงแก่สมาชิกในครัวเรือนได้ (Health Education Division, Department of Health Service Support, 2018)

สถานการณ์ใหม่ ที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม

ตัวแทนครัวเรือนของชุมชนไปงสมิ จำนวน 72 ครัวเรือน เข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่องในทุกกระบวนการ สะท้อนถึงการเปิดกว้างต่อการรับสื่อสุขภาพรูปแบบใหม่และลดข้อจำกัดด้านภาษา การเข้าถึงเทคโนโลยี สะท้อนให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงทั้งในเชิงโครงสร้างความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และแผนการดำเนินงานของชุมชนในรูปแบบการสื่อสารที่เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น คือ 1) การจัดทำคลังเสียงสุขภาพที่เปิดฟังได้ผ่านวิทยุในบ้านผู้สูงอายุ และวิดีโอเรื่องสุขภาพที่นำคนในชุมชนร่วมถ่ายทอดและบรรยายร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ โดยผู้นำชุมชนและเยาวชน จำนวน 10 คน เข้ามา มีบทบาทเป็นทีมพัฒนาสื่อท้องถิ่น ร่วมถอดคำจากภาษาไทยเป็นภาษากะเหรี่ยง สร้างความภาคภูมิใจและต่อยอดทักษะ 2) แผนการดำเนินงานของชุมชน ได้แก่ กำหนดทุกวันจันทร์ (วันฟังเสียงสุขภาพ) จะเปิดสื่อเสียงสุขภาพ ณ หอกระจายข่าวของหมู่บ้าน และในวันประชุมประจำเดือน จัดตั้งโต๊ะ “จุดรับฟังเสียงสุขภาพ” เปิดฉายวิดีโอสื่อ 2 ภาษาระหว่างรอบประชุม 3) การปรับตัวสู่ “วิถีใหม่” ของชุมชนไปงสมิไม่ได้เป็นเพียงการยอมรับข้อมูลทางการแพทย์ แต่เป็นการผสมผสานองค์ความรู้ดั้งเดิมกับองค์ความรู้ใหม่ผ่านกระบวนการเรียนรู้ที่มาจากมีส่วนร่วมของชุมชน สื่อที่ผลิตจึงไม่เพียงแต่สื่อสารข้อมูลเท่านั้น แต่ยังทำหน้าที่เชื่อมโยง “รากฐานทางวัฒนธรรม” ให้เข้ากับ “นวัตกรรมสุขภาพ” กล่าวคือชุมชนมีการผสมผสานภูมิปัญญาดั้งเดิมกับนวัตกรรมสุขภาพหรือองค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์สะท้อนถึงแนวคิด “การรู้เท่าทันสื่อ” ที่แสดงให้เห็นถึงความสามารถในการเลือกเสพ และประเมินข้อมูลอย่างเหมาะสม เพื่อประกอบการตัดสินใจด้านสุขภาพ โดยสื่อที่พัฒนาขึ้นสามารถเชื่อมโยงความเชื่อเดิม เช่น ความศรัทธาต่อสมุนไพรรักษาหรือพิธีกรรมเรียกขวัญ เข้ากับองค์ความรู้เรื่องโรคระบาดและการป้องกันตนเองในบริบทของวิถีใหม่ 4) การเพิ่มขึ้นของระดับความรู้และความเข้าใจทางสุขภาพของตัวแทนครัวเรือนจำนวน 72 ครัวเรือน หลังจากรับสื่อ 2 ภาษา โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นในทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ 5) การเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สะท้อนถึงผลลัพธ์ของการเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพในระดับบุคคลและครัวเรือน ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อการตัดสินใจปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคในวิถีชีวิตประจำวัน

นอกจากนี้ยังลดช่องว่างของความรู้ในชุมชน และทำให้เกิด “ความเข้าใจร่วม” ที่สามารถต่อยอดไปสู่การสื่อสารสุขภาพในระดับชุมชนได้อย่างยั่งยืน

ผลกระทบและความยั่งยืน ของการเปลี่ยนแปลง

มิติด้านการพัฒนาต่อยอด

ทีมสื่อสุขภาพชุมชน ที่ประกอบด้วยผู้นำชุมชนและเยาวชน สามารถพัฒนาเป็น “ผู้นำเครือข่ายสื่อชุมชนสุขภาพ” ที่มีบทบาทต่อเนื่องในการถ่ายทอดสื่อคุณภาพสู่ชุมชน เนื่องจากมีทักษะการเข้าถึงสื่อที่น่าเชื่อถือ มีความรอบรู้ต่อการกลั่นกรองข้อมูลทางสุขภาพ ตลอดจนการพัฒนาสื่อและกิจกรรมซึ่งสามารถเป็นผู้นำทางสุขภาพ รับมือและตอบสนองต่อสถานการณ์โรคระบาดในขนาดของชุมชนเบื้องต้นได้

มิติด้านการบูรณาการ

การบูรณาการกับระบบการศึกษา โดยนำสื่อชุมชน 2 ภาษา ไปประยุกต์ใช้ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียนประถม และศูนย์สุขภาพตำบล เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ในทุกกลุ่มวัยและขยายผลถ่ายทอดโมเดลสู่ชุมชนใกล้เคียง อาทิ หมู่บ้านห้วยอีค่าง แม่สะปอก แม่วิน ซึ่งเป็นชุมชนกลุ่มชาติพันธุ์และมีวิถีชีวิตใกล้เคียงกัน และการบูรณาการกับหน่วยบริการสาธารณสุขเพื่อส่งต่อข้อมูลสุขภาพตามสถานการณ์ของโรคและมาตรการการเฝ้าระวังต่าง ๆ ให้แก่ผู้นำและทีมสื่อสุขภาพชุมชน ประชาสัมพันธ์และสื่อสารโดยตรงกับชุมชน

มิติด้านชุมชนและวิถีชีวิต

การลดช่องว่างระหว่างความเชื่อดั้งเดิมกับความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่ผ่านสื่อสุขภาพที่มีภาษาท้องถิ่นและคนในชุมชนร่วมถ่ายทอดทำให้เกิด “การสื่อสารข้ามความเชื่อ” ซึ่งไม่ทับซ้อนความศรัทธาเดิม แต่ช่วยเติมเต็มให้ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ถูกยอมรับอย่างเป็นธรรมชาติ และการร่วมมือกันในกระบวนการสื่อสารจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เยาวชน ผู้นำชุมชน ผู้เฒ่าหรือผู้อาวุโสในพื้นที่ได้เข้ามาร่วมมือกันในกระบวนการสื่อสาร จึงเกิดเป็นทุนทางสังคมที่สร้างความเข้มแข็งและเกิดพื้นที่แห่งความร่วมมือส่งผลให้การประสานงานกิจกรรมสุขภาพในอนาคตง่ายขึ้น

กระบวนการสื่อสารสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของชุมชน ไปง่สมิ มิใช่เพียงการผลิตสื่อเพื่อส่งสารเท่านั้น แต่ได้กลายเป็นเครื่องมือในการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่เชื่อมโยงคนในทุกช่วงอายุและความเชื่อเข้าด้วยกันอย่างกลมกลืน และหากมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องภายใต้การสนับสนุนที่เหมาะสม จะนำไปสู่การพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพและลดช่องว่างของการสื่อสารระหว่างชุมชนกลุ่มชาติพันธุ์กับหน่วยบริการสุขภาพและสาธารณสุขได้อย่างยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ งบประมาณด้านวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม ประเภททุนสนับสนุนฐาน (Fundamental Fund) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 สัญญาเลขที่ สกสว 6.1/66

References

- Amstein, S. R. (1969). A ladder of citizen participation. *Journal of the American Institute of Planners*, 35(4), 216–224.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Boontavee, M. (2022). Participatory health media development process in highland Thai communities. *Journal of Public Health and Development*, 20(1), 15–28. (in Thai).
- Chansom, S. (2019). *Effects of using bilingual infographic media in the Mae Fah Luang ethnic group*. *Journal of Health Research and Development*, 7(3), 33–42. (in Thai).
- Chiang Mai Provincial Public Health Office. (2020). *COVID-19 surveillance report and public health situation in Chiang Mai province*. Chiang Mai: Ministry of Public Health. (in Thai).
- Chuchat, C. (2018). *Health beliefs and traditional healing practices among highland ethnic communities in northern Thailand*. Chiang Mai: Ethnic Health Research Center. (in Thai).
- Council for Steering the National Reform of Public Health and the Environment. (2016). *Strategic communication for health and environmental reform*. Bangkok: Office of the Prime Minister. (in Thai).

- Department of Health. (2018). *Health literacy development and evaluation framework for Thai people*. Bangkok: Ministry of Public Health. (in Thai).
- Health Education Division, Department of Health Service Support. (2018). *Manual for promoting individual health literacy in local communities*. Bangkok: Ministry of Public Health. (in Thai).
- Inkaew, S. (2021). Development of bilingual health media to promote health among Akha ethnic groups. *Naresuan University Journal of Public Health*, 13(2), 45–56. (in Thai).
- 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.
- Pretty, J. N. (1995). Participatory learning for sustainable agriculture. *World Development*, 23(8), 1247–1263.
- Seels, B., & Glasgow, Z. (1998). *Making instructional design decisions* (2nd edition). Upper Saddle River, NJ: Merrill Prentice Hall.
- Taruenithi, P. (2022). Ritual beliefs and changes in the way of life among the Saw Karen ethnic group: A case study of Ban Huai Tong, Mae Win Subdistrict, Mae Wang District, Chiang Mai Province. *Journal of Khwampaya*, 16(2), 37–52. (in Thai)
- Thai Health Promotion Foundation. (2023). Media consumption behavior of Thai people 2023. Retrieved August 18, 2023, from: <https://www.thaihealth.or.th>. (in Thai).
- The Royal College of Psychiatrists of Thailand. (2020). *Mental health impact from media overexposure during the COVID-19 pandemic*. Bangkok: Department of Mental Health. (in Thai).
- United Nations. (2020). Policy brief: COVID-19 and the need for action on mental health. Retrieved January 23, 2023, from: <https://unsdg.un.org/sites/default/files/2020-05/UN-Policy-Brief-COVID-19-and-mental-health>.
- World Health Organization. (2022). Living with COVID-19: A roadmap for navigating the transition. Retrieved January 6, 2025, from: <https://www.who.int/publications>.