

ผลการประยุกต์ใช้โปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการเร่งรัดกำจัดโรคไข้มาลาเรียของอาสาสมัครสาธารณสุข พื้นที่อำเภอชายแดนจังหวัดสุรินทร์

The Effect of a Health Literacy Program on Malaria Elimination among Village Health Volunteers in a Border Area of Surin Province

ศรเพชร มหามาศย์*, สุนันทา พันขุนคีรี, สุริยา ไหมทอง, กุลยา วีระวงศ์สวัสดิ์

Sornpet Maharmart*, Sunanta Punkunkeeree, Suriya Maithong, Kullaya Verawongsawat

ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงที่ 9.3 จังหวัดสุรินทร์

Vector Borne Disease Control Center 9.3 Surin

*Correspondence to: pao_lo2002@yahoo.com

Received: Mar 28, 2025 | Revised: Sep 5, 2025 | Accepted: Sep 12, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการประยุกต์ใช้โปรแกรมพัฒนาความรู้ทางด้านสุขภาพในการเร่งรัดกำจัดโรคไข้มาลาเรีย ของอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่อำเภอชายแดนจังหวัดสุรินทร์ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 แบ่งเป็นจากพื้นที่อำเภอเสี่ยงสูง จำนวน 45 คน และเสี่ยงต่ำ จำนวน 45 คน เครื่องมือวิจัย คือ โปรแกรมสร้างความรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมและกำจัดโรคไข้มาลาเรียของ อสม.หมอบประจำบ้าน อำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ การรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป ความรู้ด้านสุขภาพ ด้านการเร่งรัดกำจัดโรคไข้มาลาเรีย ของอาสาสมัครสาธารณสุข เป็นเวลา 3 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบ t-test ผลการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่เสี่ยงสูงและเสี่ยงต่ำ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 91.1 และ 88.5 สถานภาพสมรส ร้อยละ 71.1 และ 68.8 ระดับการศึกษา ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 51.2 และ 48.9 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 91.1 และ 84.4 ระยะเวลาการเป็น อสม. อยู่ระหว่าง 11 - 20 ปี ร้อยละ 42.9 และ 21.8 และประวัติการเจ็บป่วย มีโรคประจำตัว ร้อยละ 29.2 และ 28.9 ตามลำดับ การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05 ทั้งในกลุ่มพื้นที่เสี่ยงสูงและในกลุ่มพื้นที่เสี่ยงต่ำ โดยกลุ่มพื้นที่เสี่ยงสูง พบว่า มีค่าเฉลี่ยความรู้ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เท่ากับ 133.06 หลังเข้าร่วมโปรแกรม เท่ากับ 144.02 และพื้นที่เสี่ยงต่ำมีค่าเฉลี่ยความรู้ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เท่ากับ 131.93 และหลังเข้าโปรแกรม เท่ากับ 146.29 จึงสรุปได้ว่าโปรแกรมสามารถพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพได้ และควรดำเนินกิจกรรม ประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เป็นระยะๆ เพื่อให้มีความสอดคล้องกับสภาพบริบทที่มีการเปลี่ยนแปลง และกระตุ้นให้มีความคงอยู่ของความรู้ในการเร่งรัดกำจัดมาลาเรียทั้งในพื้นที่อำเภอเสี่ยง แต่อย่างไรก็ตามควรมีการวัดผลในเรื่องของพฤติกรรมสุขภาพด้วยสำหรับแผนการพัฒนาในครั้งถัดไป

คำสำคัญ: โปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพ, อาสาสมัครสาธารณสุข, โรคไข้มาลาเรียชายแดน

Abstract

This quasi-experimental study aimed to evaluate the impact of a Health Literacy Development Program on accelerating malaria eradication among village health volunteers (VHVs) in the border districts of Surin Province during the fiscal year 2023. The program, originally developed and implemented in Nong Bua Rawe District, Chaiyaphum Province, was adapted for this study and served as the primary research instrument. A total of 90 participants were included in the study, comprising 45 individuals from high-risk areas and 45 from low-risk areas. Data were collected over three months and included two components: general information and the VHVs' health literacy related to accelerated malaria elimination. The data were analyzed using descriptive statistics and t-tests.

Results showed that participants in both high- and low-risk areas were predominantly female (91.1% and 88.5%), married (71.1% and 68.8%), and engaged in farming (91.1% and 84.4%). Most had completed secondary education (51.2% and 48.9%), with 42.9% and 21.8% having served as VHVs for 11–20 years. Chronic illnesses were reported in 29.2% and 28.9% of participants in high-risk and low-risk areas, respectively. Comparison of mean health literacy scores before and after program participation revealed statistically significant improvements at the 0.05 level in both groups. In the high-risk group, the mean score increased from 133.06 to 144.02, while in the low-risk group, it increased from 131.93 to 146.29. These findings indicate that the program effectively enhanced health literacy. Continued implementation and periodic evaluation are recommended to maintain alignment with changing local contexts and to sustain health literacy related to malaria elimination in both high- and low-risk areas. Future program development should also include assessments of health behavior outcomes.

Keywords: Health Literacy Program, Village Health Volunteers, Malaria Border

บทนำ

โรคไข้มาลาเรียเป็นโรคติดต่อที่มียุงก้นปล่อง (Anopheles) เป็นพาหะนำโรค ประเทศไทยยังมีปัญหาเชื้อมาลาเรีย ติดต่อยารักษา ซึ่งเป็นปัญหาของประเทศในภูมิภาคลุ่มแม่น้ำโขง สาเหตุจากการเคลื่อนย้ายของประชากรข้ามพรมแดน โดยยุทธศาสตร์การจัดการโรคติดต่อนำโดยแมลง พ.ศ. 2566 - 2575 ได้กำหนดแผนการเร่งรัดกำจัดโรค

ไข้มาลาเรียตามพันธะสัญญากับนานาชาติ ภายใต้ยุทธศาสตร์กำจัดโรคไข้มาลาเรียในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2560 - 2569 ซึ่งกำหนดเป้าหมายให้ประเทศไทยปลอดจากโรคไข้มาลาเรียภายในปี พ.ศ. 2567⁽¹⁾ สำหรับสถานการณ์โรคไข้มาลาเรีย เขตสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรินทร์ ปีงบประมาณ 2566 ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2565 - 30 กันยายน

2566 มีรายงานพบผู้ป่วยสะสม 8 ราย โดยเพิ่มขึ้น 3 รายจาก ปี 2565 จังหวัดที่พบผู้ป่วยคือ จังหวัด นครราชสีมา 4 ราย รองลงมาเป็นจังหวัดบุรีรัมย์ 2 รายและจังหวัดสุรินทร์ 2 ราย ส่วนใหญ่เป็นชนิด เชื้อ *Plasmodium falciparum* 5 ราย ติดเชื้อ จากสาธารณสุขชุดาน สหสาธารณรัฐแทนซาเนีย สาธารณรัฐแคเมอรูน สาธารณรัฐแอฟริกาใต้ และ สาธารณรัฐแห่งสหภาพเมียนมา และ *P.vivax* 2 ราย ติดเชื้อจากจังหวัดกาญจนบุรี และอาซีฟที่พบ ผู้ป่วย คือ อาซีฟรับจ้าง 4 ราย รองลงมากคือ ทหาร 2 ราย นักเรียน 1 ราย และอาซีฟอื่นๆ 1 ราย⁽²⁾

สำหรับสถานการณ์โรคไข้มาลาเรียจังหวัด สุรินทร์ ปีงบประมาณ 2566 มีรายงานผู้ป่วยสะสม 2 ราย โดยเป็นการติดเชื้อจากต่างประเทศ 1 ราย และติดเชื้อจากต่างจังหวัด 1 ราย⁽²⁾ แม้ว่าสุรินทร์ จะมีจำนวนผู้ป่วยน้อยกว่าจังหวัดอื่น แต่เนื่องจาก ลักษณะพื้นที่เป็นแนวชายแดนติดกับประเทศ กัมพูชา ซึ่งเป็นแหล่งระบาดของสำคัญของเชื้อมาลาเรีย ดื้อยา และเป็นเส้นทางผ่านของแรงงานและผู้เดินทางข้ามพรมแดน จึงเป็นพื้นที่ที่มีความเปราะบาง และเสี่ยงต่อการแพร่กระจายของโรคในอนาคต โดยเฉพาะในเขตอำเภอชายแดน เช่น กาบเชิง บัวเขต สังขะ และพนมดงรัก ที่ยังคงมีปัจจัยเสี่ยง หลายด้าน เช่น ความห่างไกล การเข้าถึงบริการ สุขภาพต่ำ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคของ ประชาชนที่ยังไม่ครอบคลุม⁽³⁾ ดังนั้น การดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคในพื้นที่จังหวัดสุรินทร์ จึงมีความสำคัญเชิงยุทธศาสตร์ในการปิดช่องว่าง ของระบบเฝ้าระวังโรคในพื้นที่ชายแดน

แนวทางในการควบคุมและป้องกันโรค ไข้มาลาเรียอย่างยั่งยืน จำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุข

ประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งถือเป็นกลไกสำคัญใน การสื่อสารความเสี่ยง การเฝ้าระวัง และการให้ ความรู้แก่ประชาชนในระดับพื้นที่ จากนโยบายของ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2563 ที่ยกระดับ อสม. ให้เป็น “หมอประจำบ้าน” ทำให้ อสม. มีบทบาท มากขึ้นในการส่งเสริมสุขภาพและควบคุมโรค โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกลและชายแดน⁽⁴⁾ และเพื่อ ให้ อสม. สามารถดำเนินบทบาทเหล่านี้ได้อย่างมี ประสิทธิภาพ จึงจำเป็นต้องพัฒนาความรู้ด้าน สุขภาพ (Health Literacy: HL) และพฤติกรรม การป้องกันโรคที่เหมาะสม เช่น การรู้จักวิธีควบคุมยุง พาหะ การให้คำแนะนำแก่ชาวบ้าน และการสื่อสาร ความเสี่ยงในชุมชน โดยมีงานวิจัยหลายฉบับที่ ยืนยันว่า การพัฒนาความรู้ทางด้านสุขภาพ ของ อสม. สามารถส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ในบริบทประเทศไทยซึ่งพัฒนา โปรแกรมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการ ควบคุมโรคไข้มาลาเรีย และพบว่า มีประสิทธิผลใน การเพิ่ม HL และพฤติกรรมในการป้องกันของ อสม.⁽⁵⁾ อย่างไรก็ตาม โปรแกรมของ มนัสพงษ์ มาลา มี ข้อจำกัดบางประการ เช่น ดำเนินการเฉพาะใน พื้นที่ที่ไม่ติดชายแดน ไม่มีการวัดผลเปรียบเทียบใน พื้นที่เสี่ยงสูงและต่ำ และเน้นการบรรยายเป็นหลัก โดยยังไม่มีกิจกรรมเสริมทักษะปฏิบัติจริง ดังนั้น การนำ โปรแกรมนี้มาประยุกต์ใช้กับพื้นที่ชายแดนสุรินทร์ จึงเป็นการปรับให้เหมาะสมกับบริบทเฉพาะ เพิ่ม กิจกรรมแบบมีส่วนร่วม และการฝึกปฏิบัติเพื่อเสริม สมรรถนะให้ อสม. ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ มากขึ้น

จากข้อจำกัดดังกล่าว นำมาสู่ช่องว่างของ การวิจัยที่ยังไม่มีการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผล ของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของ อสม. ในบริบทพื้นที่ชายแดนที่มีระดับความเสี่ยง

โรคไข้มาลาเรียแตกต่างกัน การดำเนินการวิจัยในครั้งนี้จึงมุ่งวิเคราะห์และเปรียบเทียบผลของโปรแกรมใน 2 พื้นที่ คือ พื้นที่เสี่ยงสูง (อำเภอบัวเขต) และพื้นที่เสี่ยงต่ำ (อำเภอมโนรมย์) เพื่อให้ได้ข้อเสนอเชิงนโยบาย และรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ ที่สอดคล้องกับบริบทความเสี่ยงของแต่ละพื้นที่ ซึ่งจะนำไปสู่การควบคุมและกำจัดโรคไข้มาลาเรียได้อย่างยั่งยืนในระดับชุมชน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาผลของการประยุกต์ใช้โปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการเร่งรัดกำจัดโรคไข้มาลาเรียของอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่อำเภอชายแดนจังหวัดสุรินทร์
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ด้านสุขภาพในการกำจัดโรคไข้มาลาเรียก่อนและหลังเข้าโปรแกรมของพื้นที่กลุ่มเสี่ยงสูง และพื้นที่เสี่ยงต่ำ

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) โดยใช้แบบแผนการวิจัยกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (the one group pretest posttest design)

ขอบเขตการวิจัย การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ทางด้านสุขภาพในการเร่งรัดกำจัดโรคไข้มาลาเรีย ของอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่อำเภอชายแดนจังหวัดสุรินทร์ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่อำเภอชายแดนจังหวัดสุรินทร์

ปีงบประมาณ 2566 จำนวน 202 ราย⁽⁶⁾ และคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนของประชากร กรณีประชากรขนาดเล็ก เก็บข้อมูลจากตัวอย่างทดลองใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย คัดเข้าตามเกณฑ์โดยคัดเลือกจาก อสม.หมอบะจ่างบ้าน จากพื้นที่เสี่ยงสูงและเสี่ยงต่ำโรคไข้มาลาเรียในพื้นที่อำเภอชายแดน คือ กาบเชิง สังขะ บัวเขต และพนมดงรัก ปี 2566

การสุ่มตัวอย่าง โดยเก็บข้อมูลจากตัวอย่างทดลองใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย คัดเข้าตามเกณฑ์ ซึ่งเป็นพื้นที่เสี่ยงสูงและเสี่ยงต่ำโรคไข้มาลาเรีย ปี 2566 เก็บข้อมูลจากตัวอย่างทดลองใช้วิธีการสุ่มการศึกษาโดยวิเคราะห์แบบ Paired-T-test กำหนดค่า effect size เป็น 0.45 (ขนาดกลาง - ใหญ่) $\alpha = 0.05$ power = 0.8 และกำหนดค่า p สำหรับสมมติฐานหลัก เท่ากับ 0 อ้างอิงจากงานวิจัยที่ใกล้เคียง⁽⁷⁾ จะได้จำนวนตัวอย่าง 38 ตัวอย่าง ซึ่งมาจากอาสาสมัครสาธารณสุขที่เข้าร่วมการอบรมในพื้นที่และกำหนดความคลาดเคลื่อน ร้อยละ 20 จำนวนกลุ่มละ 45 ตัวอย่าง รวมจำนวน 90 ตัวอย่าง

เกณฑ์ในการสุ่มตัวอย่าง การคัดเลือกจากอำเภอที่ติดพื้นที่ชายแดน จากทั้งหมด 4 อำเภอ การสุ่มอำเภอ ทำการสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) เพื่อเลือกอำเภอเป้าหมายจากพื้นที่ทั้งจังหวัดจำนวน 2 อำเภอ การสุ่ม อสม. ภายในอำเภอที่สุ่มได้ ทำการสุ่มรายชื่อ อสม. จากแต่ละตำบล โดยใช้วิธีการสุ่มระบบ (Systematic Sampling) เพื่อให้ได้ อสม. จำนวน 45 คน

เกณฑ์การคัดเข้า คือ เป็น อสม. ที่ปฏิบัติงานอยู่จริงในพื้นที่ของอำเภอที่สุ่มได้ ยินยอมเข้าร่วมการอบรมและการศึกษาค้นคว้าโดยสมัครใจ และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมทั้งช่วงก่อนและหลังการอบรมได้ครบถ้วน

เกณฑ์การคัดออก คือ ขาดการเข้าร่วมอบรมเกินร้อยละ 25 ของเวลาทั้งหมด สามารถตอบแบบสอบถามก่อนหรือหลังอบรมได้ครบถ้วน และมีประวัติการอบรมหัวข้อเดียวกันภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา

เครื่องมือที่ใช้การศึกษา และการวัดผล

เครื่องมือที่ใช้ คือ โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพด้านสุขภาพในการเร่งรัดกำจัดโรคไข้มาลาเรียของอาสาสมัครสาธารณสุข พื้นที่อำเภอชายแดนจังหวัดสุรินทร์ โดยประยุกต์จากโปรแกรมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมและกำจัดโรคไข้มาลาเรียของ อสม.หมอบะจอบ อำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ ของ มนัสพงษ์ มาลา จากโปรแกรมใช้กระบวนการอบรม จำนวน 1 วัน ซึ่งดำเนินการในปี 2565 ดังนี้

1. โปรแกรมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมและป้องกันโรคไข้มาลาเรียของ อสม. จำนวน 6 ชุดกิจกรรม ใช้เวลา 1 วัน (8 ชั่วโมง) ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 1 การบรรยายเรื่องยุทธศาสตร์ในการกำจัดโรคไข้มาลาเรีย และสถานการณ์ของโรคไข้มาลาเรีย จำนวน 30 นาที

กิจกรรมที่ 2 การบรรยายเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรีย และโรคติดต่อมาโดยแมลง ยุง พะพาหะ เทคนิคการสำรวจยุงพาหะ จำนวน 1 ชั่วโมง

กิจกรรมที่ 3 การศึกษาองค์ความรู้เป็นกลุ่มเรื่อง การให้ความรู้เพื่อพัฒนาศักยภาพด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมาลาเรีย จำนวน 30 นาที

กิจกรรมที่ 4 การศึกษาองค์ความรู้เป็นกลุ่มเรื่อง การสร้างเครือข่ายความร่วมมือในการเฝ้าระวังและเสนอแนวทางในการดำเนินในชุมชนเพื่อการควบคุมและป้องกันโรคไข้มาลาเรีย จำนวน 30 นาที

กิจกรรมที่ 5 กิจกรรมฝึกปฏิบัติเพื่อเพิ่มทักษะในการตรวจคัดกรอง การป้องกัน ควบคุม และการสื่อสารความเสี่ยงเกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรีย และโรคติดต่อมาโดยยุงลายจำนวน 2 ชั่วโมง โดยแบ่งเป็นฐานละ 30 นาที ฐานที่ 1 การฝึกเจาะโลหิต การฝึกทำสไลด์ ฐานที่ 2 การฝึกพ่นสารเคมี และการชุบมุ้ง ฐานที่ 3 ทักษะการรู้เท่าทันสื่อและการสนับสนุนข้อมูลข่าวสารเพื่อการตัดสินใจในการปฏิบัติ และ ฐานที่ 4 การจำแนกยุงพาหะ (โรคไข้เลือดออก ยุงลาย ยุงรำคาญ)

กิจกรรมที่ 6 การศึกษาองค์ความรู้เป็นกลุ่มเพื่อเสริมทักษะการรู้เท่าทันสื่อและการสนับสนุนข้อมูลข่าวสารเพื่อการตัดสินใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคไข้มาลาเรีย จำนวน 1 ชั่วโมง

2. แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมและป้องกันโรคไข้มาลาเรียของ อสม. ในการควบคุมและป้องกันโรคไข้มาลาเรีย ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสำรวจรายการ (Check List) จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการเป็น อสม. และประวัติการป่วยด้วยโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมและป้องกันโรคไข้มาลาเรีย 6 ด้าน แบบประมาณค่า (rating scale) จำนวน 5 ระดับ โดยแบ่งระดับตามเกณฑ์ของกองสุศึกษา จำนวน 35 ข้อ จำนวน 6 ด้าน ลักษณะคำถามเป็นแบบประมาณค่า (rating scale) จำนวน 5 ตัวเลือก โดยแบ่งระดับความรอบรู้ในภาพรวมตามเกณฑ์การวิเคราะห์ระดับคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพของกองสุศึกษา⁽³⁾ ดังนี้

(1) ช่วงคะแนน <60% ระดับไม่ดี หมายถึง เป็นผู้ที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ

ต่อการควบคุมและกำจัดโรคไข้มาลาเรียได้

(2) ช่วงคะแนน ≥ 60 - $< 70\%$ ระดับพอใช้ หมายถึง เป็นผู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเล็กน้อยและอาจจะมีการปฏิบัติเพื่อการควบคุมและกำจัดโรคไข้มาลาเรียได้ถูกต้องบ้าง

(3) ช่วงคะแนน ≥ 70 - $< 80\%$ ระดับดี หมายถึง เป็นผู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอและมีการปฏิบัติเพื่อการควบคุมและกำจัดโรคไข้มาลาเรียได้อย่างถูกต้อง

(4) ช่วงคะแนน $\geq 80\%$ ระดับดีมาก หมายถึง เป็นผู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพดีมากเพียงพอและมีการปฏิบัติเพื่อการควบคุมและกำจัดโรคไข้มาลาเรียได้ถูกต้องและยั่งยืนจนเชี่ยวชาญ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item objective congruence: IOC) ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไปทุกข้อ ด้านความรู้หาค่าความเที่ยง โดยคำนวณหาค่า KR20 ของ Kuder Richardson ได้ค่าความเที่ยง 0.80 ด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช เท่ากับ 0.76

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ส่วนที่ 1 ใช้สถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระดับพฤติกรรมด้านสุขภาพ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยวัดกลุ่มทดลองก่อนและหลังการฝึกอบรมทันที โดยให้กลุ่มทดลองทำแบบสอบถาม ด้วยตนเอง จากนั้นตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ใช้สถิติพรรณนา อธิบายข้อมูลทั่วไป ความรู้ ความรอบรู้ การควบคุมป้องกันโรคไข้มาลาเรีย

ส่วนที่ 2 ใช้สถิติอนุมาน เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ วัดผลก่อนและหลังการอบรม ได้แก่ Pair T-Test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ เลขที่ 2/2567 จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ ลงวันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2567 โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงรายละเอียดวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมก่อนตัดสินใจยินยอม เข้าร่วมการวิจัย สามารถออกจากการวิจัยได้ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ข้อมูลทุกอย่างจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ นำเสนอเป็นภาพรวมตามความเป็นจริง

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 การศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่เสี่ยงสูงและเสี่ยงต่ำ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 91.1 และ 88.5 มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 71.1 และ 68.8 ระดับการศึกษา ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 51.2 และ 48.9 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 91.1 และ 84.4 ระยะเวลาการเป็น อสม. อยู่ระหว่าง 11-20 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.9 และ 21.8 และประวัติการเจ็บป่วย มีโรคประจำตัว ร้อยละ 29.2 และ 28.9 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป

ลักษณะทั่วไป		ร้อยละ	
		กลุ่มพื้นที่เสี่ยงสูง (N=45)	กลุ่มพื้นที่เสี่ยงต่ำ (N=45)
เพศ	ชาย	6.7	11.5
	หญิง	91.1	88.5
	ไม่ระบุ	2.2	0.0
อายุ (ปี)	น้อยกว่า 20	6.7	8.3
	21 – 30	2.2	6.3
	31 – 40	22.2	8.3
	41 – 50	33.3	18.8
	มากกว่า 50	35.6	58.3
สถานภาพ	โสด	11.1	12.5
	สมรส	71.1	68.8
	สมรสแต่ไม่ได้อยู่ด้วยกัน	6.7	12.5
	หย่าร้าง/หม้าย	2.2	6.3
การศึกษา	ประถมศึกษา	42.2	44.4
	มัธยมศึกษา	51.2	48.9
	ปวส./อนุปริญญา	0.0	2.2
	ปริญญาตรี	2.2	0.0
	ไม่ได้ศึกษา	4.4	4.2
อาชีพ	เกษตรกร	91.1	84.4
	รับจ้าง	6.7	11.1
	อื่นๆ	2.2	4.5
ระยะเวลาการเป็น อสม. (ปี)	1 – 10	34.3	31.3
	11 – 20	42.9	21.8
	21 – 30	14.3	20.8
	มากกว่า 30	8.6	27.1
ประวัติการป่วย	มีโรคประจำตัว	29.2	28.9
	ไม่มีโรคประจำตัว	62.2	64.4
	ไม่ระบุ	8.6	6.7

ส่วนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มพื้นที่เสี่ยงสูง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีความรอบรู้เกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรีย แสดงเป็นค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เท่ากับ 133.06 (16.600) และหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ความรอบรู้เกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรีย แสดงเป็นค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เท่ากับ 144.02 (13.269) โดยพบว่า การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฯ ได้ค่าสถิติทดสอบที เท่ากับ 5.37 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มพื้นที่เสี่ยงต่ำ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีความรอบรู้เกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรีย แสดงเป็นค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 131.93 (21.019) และหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ความรอบรู้เกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรีย แสดงเป็นค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 146.29 (18.722) โดยพบว่า การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฯ ได้ค่าสถิติทดสอบที เท่ากับ 3.55 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.005$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมและกำจัดโรคไข้มาลาเรียก่อน และหลังเข้าร่วมโปรแกรม ระหว่างพื้นที่เสี่ยงสูงและพื้นที่เสี่ยงต่ำ (เป็นการเปรียบเทียบข้อมูลก่อนเข้าร่วมโปรแกรม กับเดือนที่ 0) (n=45)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง (เดือนที่ 0)		Pair t-test	P-value
	ค่าเฉลี่ย	(SD)	ค่าเฉลี่ย	(SD)		
กลุ่มพื้นที่เสี่ยงสูง	133.06	16.600	144.02	13.269	5.37	0.000*
กลุ่มพื้นที่เสี่ยงต่ำ	131.93	21.019	146.29	18.722	3.55	0.001*

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระหว่างกลุ่มพื้นที่เสี่ยงสูงและกลุ่มพื้นที่เสี่ยงต่ำ หลังเข้าร่วมโปรแกรมในช่วงระยะเวลาเดือนที่ 0 พบว่ามีความแตกต่างกัน ได้ค่าสถิติทดสอบที เท่ากับ 4.55 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

($p<0.03$) หลังเข้าร่วมโปรแกรม แล้ว 3 เดือน พบว่ามีความแตกต่างกัน โดยมีค่าเฉลี่ยมีค่าลดลง และได้ค่าสถิติทดสอบที เท่ากับ 2.06 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพื้นที่เสี่ยงสูงและพื้นที่เสี่ยงต่ำ หลังเข้าร่วมโปรแกรม ในช่วงระยะเวลาเดือน 0 และเข้าร่วมโปรแกรมแล้ว 3 เดือน (เดือนที่ 3)

หลังเข้าร่วมโปรแกรม	กลุ่มพื้นที่เสี่ยงสูง		กลุ่มพื้นที่เสี่ยงต่ำ		T-test	P-value
	ค่าเฉลี่ย	(SD)	ค่าเฉลี่ย	(SD)		
เดือนที่ 0	144.02	13.269	146.29	18.722	4.55	0.03*
เดือนที่ 3	144.85	9.54	140.14	11.36	2.06	0.04*

ผลของโปรแกรมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมกำจัดโรคไข้มาลาเรีย หลังผ่านการเข้าร่วมโปรแกรม 3 เดือน ดังแสดงในตารางที่ 4

1) ผลของการใช้โปรแกรมมีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมและกำจัดโรคไข้มาลาเรียหลังจากการศึกษาในพื้นที่เสี่ยงสูง ดังนี้

หลังเข้าโปรแกรมระดับความรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมและกำจัดโรคไข้มาลาเรียของ อสม. ในพื้นที่เสี่ยงสูงพบว่า ด้านการแลกเปลี่ยนและทักษะการสื่อสารในการป้องกันควบคุมโรคไข้มาลาเรียอยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ย(ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) เท่ากับ 79.7 (3.2) ส่วนด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรีย ด้านการบอกต่อและการรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันควบคุมโรคไข้มาลาเรีย และด้านการเปลี่ยนพฤติกรรมและการจัดการตนเองให้ปลอดภัยจากโรคไข้มาลาเรีย ด้านการรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรีย และด้านทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันควบคุมโรคไข้มาลาเรีย อยู่ในระดับดีมาก ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบน

มาตรฐาน) เท่ากับ 80.8 (1.79) 83.8 (2.2) 87.4 (1.7) 87.8 (2.3) และ 90.0 (3.5) ตามลำดับ

2) ผลของการใช้โปรแกรมมีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมและกำจัดโรคไข้มาลาเรียหลังจากการศึกษาในพื้นที่เสี่ยงต่ำ ดังนี้

ระดับความรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมและกำจัดโรคไข้มาลาเรียของ อสม. ในพื้นที่เสี่ยงต่ำ พบว่า ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรีย และด้านการแลกเปลี่ยนและทักษะการสื่อสารในการป้องกันควบคุมโรคไข้มาลาเรียอยู่ในระดับดี แสดงเป็นค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) เท่ากับ 76.7(2.9) และ 79.7 (3.2) ตามลำดับ ส่วน ด้านการรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรีย ด้านการบอกต่อและการรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันควบคุมโรคไข้มาลาเรีย ด้านการเปลี่ยนพฤติกรรมและการจัดการตนเองให้ปลอดภัยจากโรคไข้มาลาเรีย และด้านทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันควบคุมโรคไข้มาลาเรีย อยู่ในระดับดีมาก แสดงเป็นค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) เท่ากับ 82.2 (2.1) 86.4 (2.3) 86.5 (3.1) และ 87.7 (3.5) ตามลำดับ

ตารางที่ 4 ระดับความรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมและกำจัดโรคไข้มาลาเรียของ อาสาสมัครสาธารณสุข หลังได้รับโปรแกรมฯ แล้ว 3 เดือน (N = 42)

ความรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมและกำจัดโรคไข้มาลาเรียรายด้าน	กลุ่มพื้นที่เสี่ยงสูง		กลุ่มพื้นที่เสี่ยงต่ำ	
	ค่าเฉลี่ย (SD)	แปลผล	ค่าเฉลี่ย (SD)	แปลผล
1. ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรีย	80.8 (1.79)	ดีมาก	76.7 (2.90)	ดี
2. ด้านการรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรีย	87.4 (1.70)	ดีมาก	82.2 (2.10)	ดีมาก
3. ด้านการแลกเปลี่ยนและทักษะการสื่อสารในการป้องกันควบคุมโรคไข้มาลาเรีย	79.7 (3.20)	ดี	77.0 (3.0)	ดี

ความรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมและ กำจัดโรคไข้มาลาเรียรายด้าน	กลุ่มพื้นที่เสี่ยงสูง		กลุ่มพื้นที่เสี่ยงต่ำ	
	ค่าเฉลี่ย (SD)	แปลผล	ค่าเฉลี่ย (SD)	แปลผล
4. ด้านทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ในการป้องกันควบคุมโรคไข้มาลาเรีย	90.0 (3.50)	ดีมาก	87.7 (3.50)	ดีมาก
5. ด้านการเปลี่ยนพฤติกรรมและการจัดการ ตนเองให้ปลอดภัยจากโรคไข้มาลาเรีย	87.8 (2.30)	ดีมาก	86.5 (3.10)	ดีมาก
6. ด้านการบอกต่อและการรู้เท่าทันสื่อในการ ป้องกันควบคุมโรคไข้มาลาเรีย	83.8 (2.20)	ดีมาก	86.4 (2.30)	ดีมาก
รวม	84.9 (2.45)		82.8 (2.82)	

วิจารณ์ผล

1) การประยุกต์ใช้โปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการเร่งรัดกำจัดโรคไข้มาลาเรียของอาสาสมัครสาธารณสุข พื้นที่อำเภอชายแดน จังหวัดสุรินทร์ ประกอบด้วย การพัฒนาศักยภาพของ อสม. ตามรูปแบบของการพัฒนาความรู้ทางด้านสุขภาพในการกำจัดโรคไข้มาลาเรีย และมีการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง การสื่อสารความเสี่ยงเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไข้มาลาเรียในพื้นที่ที่รับผิดชอบ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าแนวทางในการป้องกันควบคุมโรคของ อสม. ประกอบด้วย เฝ้าระวังคัดกรองกลุ่มเสี่ยง ส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรค สนับสนุนการดำเนินงานควบคุมโรค และสอบสวนโรค และสร้างการมีส่วนร่วมสื่อสารความเสี่ยงและประชาสัมพันธ์^(8,9) ในการศึกษาครั้งนี้ได้พัฒนาทักษะเรื่องการสื่อสารความเสี่ยง การตรวจสอบสื่อและแหล่งที่มา ทั้งจากข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต โซเชียลมีเดีย เพื่อให้ อสม.ได้เกิดทักษะในการพัฒนาต่อยอด

2) การพัฒนาทักษะในกลุ่มพื้นที่เสี่ยงสูงจากผลการศึกษา พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ของอาสาสมัครในพื้นที่เสี่ยงสูงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉลี่ย

จาก 133.06 เป็น 144.02 หลังได้รับโปรแกรมการพัฒนา แม้ในระยะติดตามผลภายหลังอาจพบว่าคะแนนลดลงเล็กน้อยแต่ยังคงสูงกว่าค่าก่อนทดลอง แสดงให้เห็นว่า มาตรการที่ดำเนินการมีผลในการสร้างองค์ความรู้และทักษะที่จำเป็นต่อการควบคุมโรค และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า โปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้มีการพัฒนาความรู้ที่มากขึ้น มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับประชาชน ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดียิ่งขึ้นโดยเฉพาะทางด้านสุขภาพ^(10,11)

ความสำเร็จนี้สามารถอธิบายได้จากโครงสร้างของโปรแกรมที่ประกอบด้วย กิจกรรมเชิงปฏิบัติ (workshop และฐานฝึกทักษะ) ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการทำให้ อสม. สามารถแปลงความรู้ไปสู่การปฏิบัติจริงในพื้นที่ โดยเฉพาะกิจกรรมที่ 5 และ 6 ที่เน้นการฝึกการเจาะโลหิต การจำแนกุงพหะ และการสื่อสารความเสี่ยงในบริบทชุมชน การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ชี้ว่าการส่งเสริมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ ช่วยยกระดับพฤติกรรมสุขภาพของ อสม.^(5,8) แต่แตกต่างตรงที่การศึกษารุ่นนี้

ดำเนินการในบริบทชายแดน ซึ่งมีความเสี่ยงและข้อจำกัดเชิงพื้นที่มากกว่า ทำให้เห็นได้ว่าโปรแกรมที่ประยุกต์ใหม่นี้สามารถใช้ได้ผลในบริบทที่ซับซ้อนกว่าเดิม

3) การพัฒนาทักษะในกลุ่มพื้นที่เสี่ยงต่ำ แม้ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพจะดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มจาก 131.93 เป็น 146.29 และสัดส่วนของผู้มีผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ ระดับดีเพิ่มจากร้อยละ 67.6 เป็น ร้อยละ 75.2 แต่จากการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนในกิจกรรมต่างๆ อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากพื้นที่เสี่ยงต่ำมีการรับรู้ภัยคุกคามน้อย จึงอาจทำให้ความกระตือรือร้นของ อสม. ต่ำกว่าพื้นที่เสี่ยงสูง

อย่างไรก็ตาม โปรแกรมยังสามารถกระตุ้นการเรียนรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ เนื่องจากมีกิจกรรมที่ตอบโต้ภัย เช่น การบรรยายสถานการณ์เชิงวิชาการ (กิจกรรมที่ 1) และการวิเคราะห์กรณีศึกษา ทำให้ อสม. รับรู้ถึงความจำเป็นในการป้องกันโรคในพื้นที่เสี่ยงต่ำ แนวทางนี้สอดคล้องกับแนวคิดของ เรื่อง Predisposing Factors ซึ่งชี้ว่าการรับรู้และความเชื่อเป็นปัจจัยสำคัญของพฤติกรรมสุขภาพ⁽¹²⁾

ความรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมและกำจัดโรคไข้มาลาเรียของ อสม. ในพื้นที่เสี่ยงต่ำเพิ่มขึ้น แม้ไม่มากเท่าพื้นที่เสี่ยงสูง แต่ก็สะท้อนว่า เมื่อมีการส่งเสริมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบ แม้บุคคลในพื้นที่ที่รับรู้ความเสี่ยงต่ำ งานวิจัยนี้จึงเติมเต็มความรู้ในแง่ของการนำโปรแกรมไปใช้ในบริบทพื้นที่ที่แตกต่างกัน และเน้นย้ำถึงความจำเป็นของการปรับเนื้อหาและวิธีการสื่อสารให้เหมาะสมกับ ระดับความเสี่ยงและแรงจูงใจของกลุ่มเป้าหมาย ในแต่ละพื้นที่

ข้อจำกัดในการวิจัย

เนื่องจากการติดตามในช่วงระยะเวลาเพียง 3 เดือนหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการเร่งรัดกำจัดโรคไข้มาลาเรียของอาสาสมัครสาธารณสุข ทำให้ไม่สามารถวัดผลเชิงพฤติกรรมการปฏิบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขในระยะยาวได้ว่ามีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบถาวรหรือไม่ รวมถึงในการติดตามผลการพัฒนาความรู้ทางด้านสุขภาพฯ ติดตามได้เพียง 42 ตัวอย่าง จากที่เข้าร่วมโครงการ 45 ตัวอย่าง ซึ่งอาจจะทำให้ผลการศึกษามีน่าเชื่อมั่นได้ในระดับหนึ่ง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบัวเขต และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอนมดรัก จังหวัดสุรินทร์ ที่อนุเคราะห์บุคลากร และอาสาสมัครสาธารณสุขมาร่วมงานวิจัย และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือที่ดีเช่นนี้ตลอดไป

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. โครงการกำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 1 ต.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://malaria.ddc.moph.go.th/malariaR10/home.php>
2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์โรคไข้มาลาเรีย เขตสุขภาพที่ 9 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 1 ต.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://malaria.ddc.moph.go.th/malariar10/home.php>

3. กองสุกศึกษา. การเสริมสร้างและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเด็กและเยาวชน อายุ 7-14 ปี และกลุ่มประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ; 2561.
4. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม และกำจัดโรคไข้มาลาเรียในพื้นที่โครงการพัฒนาเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดาร ตามพระราชดำริสมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้า กรมสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ปีงบประมาณ 2564. นนทบุรี: กองโรคติดต่อภายในโดยแมลง; 2564.
5. มนัสพงษ์ มาลา. ผลของโปรแกรมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมและกำจัดโรคไข้มาลาเรียของ อสม. หมอประจำบ้าน อำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 6 ต.ค. 2566]; 8(1):113-24. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/journalkorat/article/view/256155>
6. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. รายงาน อสม.ระดับจังหวัดสุรินทร์ [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี; กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ [เข้าถึงเมื่อ 2 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thaiphc.net/phc/phcadmin/administrator/Report/osm/district.php?id=32>
7. เอื้อจิต สุพล, ชลดา กิ่งมาลา, ภาวิณี แพงสุข, ธวัชชัย ยืนยาว, วชิรวิทย์ หวังมัน. ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงาน. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2563; 29(3):419-30.
8. ลำพูน วรจักร, พุทธิไกร ประมวล. ผลของการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรียของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตพื้นที่ชายแดนไทย-กัมพูชา จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารการแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 6 ต.ค. 2566]; 3(3):175-86. เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jmpub/article/view/243603>
9. สมพร เนติรัฐกร. แนวปฏิบัติในการดำเนินการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน.วารสารการแพทย์และสาธารณสุขมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2 ก.ค. 2568]; 4(2):111-20. เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jmpub/article/view/250696>
10. กฤษฎากร เจริญสุข. ผลของโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเทศบาลเมืองสิงห์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี. วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 7 เม.ย. 2568]; 30(1):72-90. เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/shj/article/view/248864/169987>
11. สัจจะ บุญมาเกียะ. ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงราย. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย

[อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 7 เม.ย. 2568]; 1(1):29-45. เข้าถึงได้จาก: <https://he04.tci-thaijo.org/index.php/jcrpho/article/view/964/555>

12. นรลักษณ์ เอื้อกิจ, ลัดดาวัลย์ เพ็ญศรี. การประยุกต์ใช้แนวคิด PRECEDE MODEL ในการสร้างเสริมสุขภาพ. วารสารพยาบาลสหราชอาณาจักร [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 1 ก.ค. 2568]; 112(1):38-48. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/trcnj/article/view/203249>