

โครงการวิจัยฉบับย่อ (Research Project Summary)

1. **ชื่อโครงการวิจัย** : ประสิทธิภาพของโปรแกรมการฝึกอบรมโดยกระบวนการมีส่วนร่วมแบบพหุภาคี ต่อความรู้ด้านสุขภาพโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่นำร่อง อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ

ภาษาอังกฤษ : Enhancing Health Knowledge of Diabetes and Hypertension among Village Health Volunteers in the Pilot Area of Chum Saeng District, Nakhon Sawan Province, through Multilateral Participatory Training Programs

2. ชื่อผู้วิจัยหลัก	นางวิชุดา จันท์รมาเมือง	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
ผู้ร่วมวิจัย	นางอนงค์ รุ่งรัตน์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
	นางสาวนิชาภัทร วัฒนบุญเลี้ยง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

3. **หน่วยงานที่ส่งโครงการ** กลุ่มขับเคลื่อนยุทธศาสตร์และพัฒนากำลังคน ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์
157 ม.1 ถ.พหลโยธิน ต.นครสวรรค์ออก อ.เมืองนครสวรรค์ จ.นครสวรรค์

ชื่อผู้บังคับบัญชาหน่วยงาน พญ.ศรินนา แสงอรุณ ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์

4. หลักการและเหตุผล

กลุ่มโรคไม่ติดต่อ (Non Communicable Disease : NCDs) เกิดได้จากหลายสาเหตุ ที่สำคัญก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพในคนส่วนใหญ่ โดยสาเหตุหรือพฤติกรรมเสี่ยงเกิดจากการใช้ชีวิตอย่างไม่เหมาะสมทั้งพฤติกรรม การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย และการทำงานหนักเกินไปจนเกิดผลเสียต่อสุขภาพในระยะยาว ร่วมกับความเสื่อมของร่างกายตามอายุ กลุ่มโรค NCDs ประกอบด้วย โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคอ้วนลงพุง โรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ โรคถุงลมโป่งพอง และโรคมะเร็ง โรคเหล่านี้ อาจนำไปสู่โรคที่รุนแรงยิ่งขึ้น เช่น โรคไตเรื้อรัง และโรคสมองเสื่อม ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มโรค NCDs มีคุณภาพชีวิต แย่ลง เกิดความพิการ หรือแม้แต่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตได้ ปัจจุบันแนวโน้มผู้ป่วยกลุ่มโรค NCDs ได้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และมีอายุน้อยลงเรื่อย ๆ¹ เป็นภาระต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและบุคคลใกล้ชิด สังคม และประเทศชาติ เนื่องจากไม่สามารถรักษาให้หายขาด ยังต้องอาศัยระยะเวลาในการรักษาอย่างต่อเนื่อง ยาวนาน และมีค่าใช้จ่ายสูง ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมอย่างรุนแรง ซึ่งหากสามารถลดหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงได้ ก็จะเป็นการลดโอกาสเสี่ยงในการเป็นกลุ่มโรค NCDs ได้มากถึงร้อยละ 80 ลดโอกาสในการเป็นมะเร็งได้ร้อยละ 40 ลดโอกาสในการเป็นโรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ และโรคเบาหวานประเภทที่ 2 ได้ถึงร้อยละ 80² องค์การอนามัยโลก ระบุว่า โรคที่เกิดจากการใช้ชีวิตของคนในปัจจุบันทั่วโลก เกิดจากกลุ่มโรค NCDs มากถึงร้อยละ 68 จากรายงาน 2019 Global Health Estimates แสดงให้เห็นว่า 7 ใน 10 อันดับแรกของสาเหตุการเสียชีวิตทั่วโลก มาจากโรค NCDs ซึ่งสาเหตุการเสียชีวิตทั้ง 7 อันดับนี้ คิดเป็น ร้อยละ 44 ของการเสียชีวิตทั้งหมด และเมื่อรวมกลุ่มโรคที่ไม่ติดต่อทั้งหมดแล้วจะสูงถึงร้อยละ 74 ของการเสียชีวิตทั่วโลก ซึ่งส่งผลต่อผลผลิตทั้งในระดับโลกและระดับประเทศ³ นอกจากนี้องค์การอนามัยโลกยัง ระบุว่าร้อยละ 85 ของผู้เสียชีวิตก่อนวัยอันควร (อายุ 30-69 ปี) อาศัยอยู่ในกลุ่มประเทศที่มีรายได้น้อยและปานกลาง (low and middle income countries) ซึ่งรวมถึงประเทศไทย⁴

องค์การอนามัยโลก (WHO) กำหนดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) เป้าหมาย 3.4 ลดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากกลุ่มโรค NCDs ให้ลดลง 1 ใน 3 ภายในปี 2573 ผ่านการป้องกัน การรักษา และการส่งเสริมสุขภาพจิตและความเป็นอยู่ที่ดี วารสาร Lancet ได้ตีพิมพ์การศึกษาหัวข้อ NCD Countdown 2030 : pathways to achieving Sustainable Development Goal target 3.4 ที่สำรวจการดำเนินการของโลก เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) เป้าหมาย 3.4 พบว่า ประเทศที่มีรายได้น้อยและรายได้

ปานกลาง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในอนุภูมิภาคทะเลทรายซาฮารา ในเอเชียกลาง และยุโรปตะวันออก มีความเสี่ยงสูงสุดที่จะเสียชีวิตจากโรค NCDs รายงานยังแสดงให้เห็นว่าความคืบหน้าช้าเกินไปที่จะบรรลุเป้าหมาย⁵

สำหรับประเทศไทยกลุ่มโรค NCDs ยังคงเป็นปัญหาสุขภาพ และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของประเทศ ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับสถานการณ์ระดับโลก คนไทยเสียชีวิต 37 คนต่อชั่วโมง หรือราว 320,000 คนต่อปี อันดับหนึ่ง คือ โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 4.59 หรือประมาณ 28,000 คน รองลงมาคือโรคหัวใจขาดเลือด โรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง เบาหวาน และความดันโลหิตสูง ตามลำดับ³ จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 ในปี 2562 - 2563 เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจฯ ครั้งที่ 5 ปี 2557 ความชุกของเบาหวาน (โดยประวัติ และ Fasting Plasma Glucose (FPG) หรือการตรวจระดับน้ำตาลกลูโคสในพลาสมาขณะอดอาหาร) ในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป มีความชุกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.9 เป็นร้อยละ 9.5 สำหรับความครอบคลุมในการตรวจพบผู้เป็นเบาหวานเพิ่มขึ้น เมื่อเทียบกับผลการสำรวจในปี 2557 สัดส่วนของผู้เป็นเบาหวานที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยลดลงจากร้อยละ 43.1 เป็นร้อยละ 30.6 และในส่วนของการรักษาและสามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์ (FPG < 130 มก./ดล.) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 23.5 เป็นร้อยละ 26.3 ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในปี 2562 - 2563 นี้ เท่ากับร้อยละ 25.4 สูงกว่าของการสำรวจครั้งที่ 5 เมื่อ พ.ศ. 2557 ซึ่งพบความชุก ร้อยละ 24.7 แต่การเข้าถึงระบบบริการยังไม่ดีขึ้น โดยในจำนวนคนที่เป็นความดันโลหิตสูงนั้น สัดส่วนของผู้ที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูงเพิ่มจากร้อยละ 44.7 เป็นร้อยละ 48.8 สัดส่วนที่ได้รับการรักษาแต่ควบคุมไม่ได้ตามเกณฑ์เพิ่มจากร้อยละ 20.1 เป็น 25.0 และสัดส่วนของผู้ที่สามารถคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ลดลงจากร้อยละ 29.7 เป็น 22.6 ตามลำดับ⁶

จากข้อมูลโรคไม่ติดต่อ กอโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค อัตราตายด้วย 5 โรคไม่ติดต่อ (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจขาดเลือด หลอดเลือดสมอง และทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง) ต่อประชากรแสนคน ปี 2560 - 2564 ภาพรวมประเทศรวมถึงเขตสุขภาพที่ 3 มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยภาพรวมทั่วประเทศ พบอัตรา 114.66, 113.93, 123.84, 124.65, 128.10 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ และเขตสุขภาพที่ 3 พบอัตรา 128.71, 125.39, 148.56, 140.96, 142.25 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ⁷ จากข้อมูลระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ พบว่า เขตสุขภาพที่ 3 พบอัตราป่วยตายด้วยโรคความดันโลหิตสูง ตั้งแต่ปี 2561 - 2565 มีแนวโน้มลดลง คือ ร้อยละ 1.81, 2.05, 1.91, 1.84 และ 1.60 ตามลำดับ ขณะที่จังหวัดนครสวรรค์กลับมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อยเมื่อเทียบกับจังหวัดอื่น ๆ คือร้อยละ 1.80, 2.04, 1.81, 1.84, และ 1.82 ตามลำดับ เช่นเดียวกับอัตราป่วยตายด้วยโรคเบาหวาน ภาพรวมเขตสุขภาพที่ 3 มีแนวโน้มลดลง คือ ร้อยละ 2.03, 2.27, 2.10, 2.14 และ 1.34 ตามลำดับ แต่จังหวัดนครสวรรค์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คือ ร้อยละ 1.95, 2.43, 2.09, 2.10 และ 2.11 ตามลำดับ ในพื้นที่อำเภอชุมแสง พบอัตราป่วยตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ยสูงที่สุดในจังหวัดนครสวรรค์ คือ ร้อยละ 1.74, 2.13, 2.18, 2.44 และ 2.27 ตามลำดับ ขณะที่อัตราป่วยตายด้วยโรคเบาหวานติดอันดับ 1 ใน 5 ของอำเภอที่มีอัตราตายสูงที่สุด คือ ร้อยละ 2.07, 2.37, 2.19, 2.45 และ 2.34 ตามลำดับ⁹

การดำเนินงานด้านสาธารณสุขในประเทศไทย มุ่งเน้นให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) นับเป็นทรัพยากรบุคคลที่สำคัญ เป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนสุขภาพภาคประชาชน โดย อสม. มีกระจายอยู่ทุกหมู่บ้าน และเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพของชุมชนอย่างเข้มแข็งยิ่งขึ้น¹⁰ บทบาทที่สำคัญของ อสม. คือ การเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change agent) พฤติกรรมสุขภาพของประชาชน ตลอดจนการสื่อสารด้านสาธารณสุขระหว่างหน่วยงานรัฐและประชาชน¹¹ ดังนั้น อสม. ควรต้องมีการพัฒนาศักยภาพเพื่อช่วยในการพัฒนางานด้านสาธารณสุข การพัฒนาศักยภาพของ อสม. ในด้านความรู้ด้านสุขภาพ มีความสำคัญในการพัฒนาขีดความสามารถของ อสม. ในระดับบุคคล ให้มีความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูลความรู้ ความเข้าใจเพื่อวิเคราะห์ แปลความหมาย ประเมินข้อมูล

ข่าวสารและบริการทางสุขภาพที่ได้รับการถ่ายทอดและเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อม ซึ่งทำให้เกิดการจูงใจให้ตัดสินใจเลือกวิถีทางในการดูแลตนเอง มีการจัดการสุขภาพตนเอง และคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองไว้เสมอ รวมทั้งชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อสุขภาพที่ดี¹²

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ที่จะสามารถจัดการแก้ไขปัญหาสุขภาพได้ด้วยตนเอง ตามกรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ จะต้องส่งเสริมความสามารถของบุคคล ด้วยการสร้างความตระหนักรู้ให้การศึกษา สร้างแรงจูงใจ สร้างทักษะ จนเกิดความสามารถในการปฏิบัติ การรับรู้ความสามารถตนเอง และพลังอำนาจของชุมชน นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและการปฏิบัติ จนเกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพ ดูแลตนเอง และจัดการตนเองได้¹³ อีกทั้งความรู้ด้านสุขภาพของ อสม. มีความแตกต่างกันตามบริบทของพื้นที่¹⁰ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ พฤติกรรมสุขภาพใน อสม.และประชาชนทั่วไป¹⁹ อสม. ที่มีความรู้ด้านสุขภาพสูงมีแนวโน้มที่จะมีส่วนร่วมในการเผยแพร่ต่อครอบครัวและเผยแพร่สู่ชุมชนได้ดี จึงควรจัดหาโปรแกรมการศึกษาเพื่อพัฒนา อสม.เนื่องจากความรู้เรื่องสุขภาพอาจเอื้ออำนวยต่อการทำงานของ อสม.¹⁴ และการพัฒนาศักยภาพ อสม. อย่างต่อเนื่องในพื้นที่โดยเฉพาะตามองค์ประกอบของความรู้ด้านสุขภาพทำให้ อสม. มีความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มสูงขึ้น ช่วยเพิ่มความมั่นใจให้กับ อสม. ในการปฏิบัติหน้าที่และเป็นต้นแบบด้านพฤติกรรมสุขภาพแก่ประชาชน สามารถเป็นแกนนำในการจัดการสุขภาพให้กับประชาชนและชุมชน¹⁹

จากข้อมูลเบื้องต้นเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอชุมแสงสนใจที่จะพัฒนาศักยภาพแกนนำ อสม. เพื่อสร้างความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมตามแนวคิดของโคลบ์ (Kolb) ซึ่งเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ เพราะเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับประสบการณ์ ความรู้เดิม การปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย สะท้อนความคิดและอภิปราย นำข้อสรุปจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ กำหนดเป็นวิธีปฏิบัติที่สามารถนำไปใช้ในการดูแลตนเองและผู้ป่วยในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยบูรณาการร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง มาร่วมกำหนดหลักสูตรการสอน เพื่อให้แกนนำ อสม.สามารถนำความรู้ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยในชุมชนได้ถูกต้อง ต่อเนื่องและยั่งยืน ได้เริ่มจากพื้นที่ในเขตรับผิดชอบ NPCU 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทับกฤช และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองขอน ซึ่งผู้วิจัยได้เข้าไปมีส่วนร่วมในกระบวนการสอนเพื่อสร้างความรู้ให้กับแกนนำ อสม.ที่เข้าร่วมโครงการดังกล่าว จึงสนใจศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการฝึกอบรมโดยกระบวนการมีส่วนร่วมแบบพหุภาคี ต่อความรู้ด้านสุขภาพโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เนื่องจากการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) จำเป็นต้องมุ่งดำเนินการในระดับบุคคล ชุมชน และระบบสุขภาพ ต้องอาศัยแนวคิดการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ที่จะสามารถจัดการแก้ไขปัญหาสุขภาพในชุมชนได้ด้วยตนเอง และนำปัจจัยสำคัญของการทำงานในชุมชนที่ประสบความสำเร็จมาเป็นหลักการสำคัญในการดำเนินงาน และขยายสู่พื้นที่อื่น

นิยามศัพท์

ประสิทธิภาพ หมายถึง ผลของการฝึกอบรมตามโปรแกรมฝึกอบรมโดยกระบวนการมีส่วนร่วมแบบพหุภาคี ซึ่งประเมินผลจากการตอบแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง 6 ด้าน ก่อนและหลังการเข้าร่วมอบรม

โปรแกรมการฝึกอบรมโดยกระบวนการมีส่วนร่วมแบบพหุภาคี หมายถึง กิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อพัฒนาศักยภาพแกนนำ อสม. โดยมีกิจกรรมดังนี้ 1) กิจกรรมสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมแบบพหุภาคี (ORID Method)¹⁵ 2) อบรมพัฒนาศักยภาพแกนนำ อสม. โดยการบูรณาการร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรค

ไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) 3) อบรมเชิงปฏิบัติการ/ฝึกปฏิบัติพร้อมลงพื้นที่จริง 4) กำกับติดตามการดำเนินงาน 5) แลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงาน

ความรู้ด้านสุขภาพโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ความรู้ด้านสุขภาพโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง 6 ด้าน ได้แก่ 1) การเข้าถึงแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง 2) ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง 3) ทักษะการโต้ตอบซักถามเกี่ยวกับโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง 4) การตัดสินใจในการป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง 5) พฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง 6) การบอกต่อการป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

แกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ผ่านกระบวนการพัฒนาทั้งความรู้ ทักษะ และการฝึกปฏิบัติให้สามารถจัดการตนเองสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพในชุมชนและสามารถขยายผลสร้างเสริมสุขภาพแก่ประชาชนและกลุ่มเสี่ยง

พื้นที่นาร่อง หมายถึง พื้นที่ที่ถูกคัดเลือกให้ดำเนินการพัฒนาศักยภาพแกนนำ อสม. ตามโปรแกรมฝึกอบรมโดยกระบวนการมีส่วนร่วมแบบพหุภาคี

5. วัตถุประสงค์

5.1 เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมโดยกระบวนการมีส่วนร่วมแบบพหุภาคีในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

5.2 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ด้านสุขภาพโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมโดยกระบวนการมีส่วนร่วมแบบพหุภาคีในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้มุ่งศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกอบรมโดยกระบวนการมีส่วนร่วมแบบพหุภาคี ต่อความรู้ด้านสุขภาพโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยผู้วิจัยประยุกต์แนวคิดเรื่องความรู้ด้านสุขภาพของนายแพทย์วชิระ เพ็งจันทร์²¹ ที่ให้นิยามความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้และความสามารถของบุคคลในการที่จะกลั่นกรอง ประเมินและตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเลือกใช้บริการและผลิตภัณฑ์สุขภาพได้อย่างเหมาะสม ตามกระบวนการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (V-shape) มี 6 องค์ประกอบคือ การเข้าถึง การเข้าใจ การโต้ตอบซักถามและแลกเปลี่ยน การตัดสินใจ การเปลี่ยนพฤติกรรมและการบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ

โปรแกรมการฝึกอบรมโดยกระบวนการมีส่วนร่วมแบบพหุภาคี

1. กิจกรรมสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมแบบพหุภาคี (ORID Method)
2. อบรมพัฒนาศักยภาพแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยการบูรณาการร่วมกับทีมสหวิชาชีพ
3. อบรมเชิงปฏิบัติการ/ฝึกปฏิบัติพร้อมลงพื้นที่จริง
4. กำกับติดตามการดำเนินงาน
5. แลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงาน



ความรู้ด้านสุขภาพโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

1. การเข้าถึงแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับโรค
2. ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค
3. ทักษะการโต้ตอบซักถามเกี่ยวกับโรค
4. การตัดสินใจในการป้องกันโรค
5. พฤติกรรมการป้องกันโรค
6. การบอกต่อการป้องกันโรค

6. ประโยชน์ของโครงการ

ผลการวิจัยนี้คาดว่าจะได้รูปแบบหรือโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพที่สามารถเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ จนเกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของแกนนำ อสม. จนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติตนที่เหมาะสม ลดภาวะแทรกซ้อนของโรค หรือยืดระยะเวลาของภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระยะยาว ทั้งตนเอง และประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ

7. การวางแผนวิจัย

การออกแบบ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกอบรมโดยกระบวนการมีส่วนร่วมแบบพหุภาคี ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่นำร่อง

ประชากรที่ศึกษา

ประชากร คือ แกนนำ อสม. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทับกฤช โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองขอน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสันเนิน รวมจำนวน 147 คน

การคำนวณขนาดตัวอย่างและการสุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (Sample Size) จากโปรแกรมคำนวณ G*Power version 3.1.9.7 ใช้ Test Family เลื่อน t-tests และ Statistical test เลื่อน Means : Difference Between Two Independent Means (two groups) กำหนดค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = 0.05 และค่าอำนาจในการทดสอบ (Power analysis) = 0.85 ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ (Effect Size) = 0.8 โดยได้ศึกษาผลการศึกษารุ่นเก่า อาระห์ (2560)¹⁶ ซึ่งมีตัวแปรที่คล้ายคลึงกัน ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 24 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 จึงได้เป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน

การสุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ แกนนำ อสม. อำเภอชุมแสง จังหวัด นครสวรรค์ โดยกลุ่มทดลองเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (Network of Primary Care Units : NPCU) 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองขอน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทับกฤช โดยแบ่งกลุ่มทดลองขนาดเท่ากันแต่ละ 15 คน รวมจำนวน 30 คน ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบเลือกจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสันเนิน ซึ่งมีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มทดลองแต่อยู่คนละพื้นที่ จำนวน 30 คน

สถานที่และระยะเวลาดำเนินการ

อำเภอชุมแสง จังหวัดนครสวรรค์ เก็บข้อมูลในช่วงเดือนมกราคม - พฤษภาคม 2567

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion Criteria)

1. แกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สามารถสื่อสาร อ่าน และเขียนหนังสือได้
2. เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไม่น้อยกว่า 1 ปี ยินดีเข้าร่วมการศึกษาด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion Criteria)

1. แกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่เข้าร่วมกิจกรรมตามไม่ครบตามโปรแกรม
2. มีความผิดปกติหรือภาวะเจ็บป่วยรุนแรง เช่น ปวดศีรษะรุนแรง ตาพร่ามัว มึนงง พูดไม่ชัด เป็นต้น

เกณฑ์การให้เลิกจากการศึกษา (Discontinuation criteria)

เกณฑ์การให้อาสาสมัครเลิกจากการศึกษา (Withdrawal criteria for participant) กลุ่มตัวอย่างที่ไม่สะดวกในการให้ข้อมูล สามารถออกจากโครงการเป็นอาสาสมัครได้ทันที

ขั้นตอนการดำเนินการ/ควบคุมการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้

เก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง และผู้ช่วยนักวิจัย ซึ่งสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี และปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับงานสาธารณสุข ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการเก็บข้อมูลและชี้แจงข้อคำถามให้เข้าใจตรงกัน โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลงานวิจัย
2. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยการทำหนังสือขออนุญาตคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ กรมอนามัย ดำเนินการชี้แจงข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และหนังสือแสดงการยินยอมเข้าร่วมการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง
3. ประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทับกฤช ,บ้านหนองขอน, และบ้านสันเนิน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการศึกษา และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง
4. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลในวันแรกของการฝึกอบรมตามโปรแกรมฝึกอบรมฯ โดยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเอง ขอความร่วมมือ แจ้งความประสงค์ในการศึกษาและชี้แจงรายละเอียดการพิทักษ์สิทธิให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ ในรายที่ปฏิเสธการให้ข้อมูล ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณ
5. กลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยเก็บข้อมูลตามแบบสอบถาม โดยจะเก็บข้อมูลในวันแรกก่อนที่จะมีการอบรม และในวันสุดท้ายตามโปรแกรมฯ จัดสถานที่ให้กลุ่มตัวอย่างเป็นส่วนตัว เพื่อให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย และมีสมาธิในการให้ข้อมูล และผู้วิจัยอยู่บริเวณใกล้เคียง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสอบถามเมื่อไม่เข้าใจเกี่ยวกับการตอบแบบสอบถาม เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ให้ใส่แบบสอบถามลงในกล่องที่ผู้วิจัยจัดเตรียมไว้เพื่อลดความลำเอียงทางด้านข้อมูล (Information bias)
6. เมื่อผู้วิจัยได้ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ครบตามจำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง และความครบถ้วนของข้อมูลแบบสอบถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบข้อคำถามได้ครบถ้วนมากกว่าร้อยละ 80 จะถูกนำไปใช้ลงข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีทางสถิติต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยประยุกต์ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมแบบพหุภาคี ระยะเวลาดำเนินกิจกรรม 12 สัปดาห์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม (Questionnaire) มาจากการบูรณาการการดำเนินงานเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในเขตสุขภาพที่ 3 ของศูนย์วิชาการในเขตสุขภาพที่ 3 คือ แบบสอบถามประเมินความรู้ด้านสุขภาพโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ปี 2566 เขตสุขภาพที่ 3 ประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพหลัก และบทบาทในชุมชน จำนวน 6 ข้อ ข้อคำถามมีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบตามความเป็นจริง

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 42 ข้อ ครอบคลุมเนื้อหา 6 ด้าน คือ 2.1 การเข้าถึงแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 9 ข้อ 2.3 ทักษะการโต้ตอบซักถามเกี่ยวกับโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 5 ข้อ 2.4 การตัดสินใจในการป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 5 ข้อ 2.5 พฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 10 ข้อ 2.6 การบอกต่อการป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 3 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละข้อ ดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามเชิงบวก

- 5 หมายถึง ประจำ/ทำได้ง่ายมาก
 4 หมายถึง บ่อยครั้ง/ทำได้ง่าย
 3 หมายถึง บางครั้ง/ทำได้ยาก
 2 หมายถึง นาน ๆ ครั้ง/ทำได้ยากมาก
 1 หมายถึง ไม่เคยได้รับ/ไม่เคยทำเลย

เกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามเชิงลบ

- 1 หมายถึง ประจำ/ทำได้ง่ายมาก
 2 หมายถึง บ่อยครั้ง/ทำได้ง่าย
 3 หมายถึง บางครั้ง/ทำได้ยาก
 4 หมายถึง นาน ๆ ครั้ง/ทำได้ยากมาก
 5 หมายถึง ไม่เคยได้รับ/ไม่เคยทำเลย

ในส่วนของ 2.2 ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ 2 ตัวเลือก โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละข้อ ดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามเชิงบวก

- 1 หมายถึง ถูก
 0 หมายถึง ผิด

เกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามเชิงลบ

- 0 หมายถึง ถูก
 1 หมายถึง ผิด

เกณฑ์การสรุปคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม จำนวน 42 ข้อ คะแนนเต็ม 170 คะแนน เกณฑ์การประเมินแบ่งออกเป็น 4 ระดับ¹⁷ ดังนี้

ช่วงคะแนน	ระดับ	แปลผล
น้อยกว่าร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม หรือน้อยกว่า 101 คะแนน	ไม่ดี	มีระดับความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติเพื่อ การมีสุขภาพที่ดี
ร้อยละ 60 – 69 ของคะแนนเต็ม หรือ 102 - 118 คะแนน	พอใช้	มีระดับความรู้ด้านสุขภาพเล็กน้อยและอาจมีการ ปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพที่ดีได้ถูกต้องบ้าง
ร้อยละ 70 – 79 ของคะแนนเต็ม หรือ 119 - 135 คะแนน	ดี	มีระดับความรู้ด้านสุขภาพเพียงพอและมีการปฏิบัติ เพื่อการมีสุขภาพที่ดีได้ถูกต้อง
มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม หรือ 136 คะแนนขึ้นไป	ดีมาก	มีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่มากพอและมีการปฏิบัติ เพื่อการมีสุขภาพที่ดีได้ถูกต้องและยั่งยืนจนเชี่ยวชาญ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อทดสอบสมมุติฐานการศึกษา ค้นคว้า โดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์ประมวลผลสำเร็จรูป ในการทดสอบครั้งนี้ยอมรับความมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง โดยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ค่าสถิติอ้างอิง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าสถิติ paired t-test เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย /ค่าแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Independent t-test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 เปรียบเทียบคะแนนของตัวแปรที่ศึกษาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest - posttest design)

8. อคติและการป้องกัน และข้อจำกัดของการศึกษา (ปัจจัยที่อาจส่งผลต่อผลการวิจัย)

การป้องกัน Information bias ซึ่งอาจเกิดขึ้น ไม่มีบันทึกชื่ออาสาสมัครผู้ให้ข้อมูลในแบบสอบถาม แยกหนังสือแสดงการยินยอมเข้าร่วมการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างกับแบบสอบถาม เพื่อไม่ให้เชื่อมโยงคำตอบกับอาสาสมัครผู้ให้ข้อมูล กรณีไม่สบายใจที่จะตอบก็ให้ข้ามข้อคำตอบนั้น ๆ ได้

9. ความเสี่ยงของอาสาสมัครและโครงการ/การป้องกัน/การแก้ปัญหา *ประเด็นจริยธรรม*

อาสาสมัครอาจรู้สึกกังวลใจ และไม่สบายใจในการตอบแบบสอบถาม โดยอาจกังวลว่าอาจส่งผลกระทบต่อบริการที่จะได้รับหลังการให้ข้อมูลตามแบบสอบถาม ดังนั้น เพื่อป้องกันและแก้ไขความเสี่ยงจึงมีการดำเนินการดังนี้

1. ไม่มีการบันทึกชื่อ นามสกุลของอาสาสมัครในแบบสอบถาม โดยจะใส่เป็นรหัสที่ไม่สามารถระบุตัวบุคคลได้ และข้อมูลจะถูกนำเสนอหรือเผยแพร่ในภาพรวมเท่านั้น
2. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลทั้งหมด โดยมีการแยกส่วนระหว่างแบบสอบถาม กับหนังสือแสดงการยินยอมเข้าร่วมการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อไม่ให้สามารถระบุตัวบุคคลที่ตอบแบบสอบถามได้
3. กลุ่มตัวอย่างจะไม่ได้รับคำตอบแทนหรือผลประโยชน์โดยตรงจากการเข้าร่วมการวิจัย
4. มีสิทธิถอนตัว บอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัย หยุดให้ข้อมูลได้ตลอดเวลา ไม่ว่าด้วยเหตุผลใด โดยไม่มีผลกระทบในเชิงลบกับกลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด

10. งบประมาณ และแหล่งทุน

1,000 บาท (ค่าถ่ายเอกสาร)

11. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

แกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) และสามารถถ่ายทอดความรู้ให้กับเครือข่าย อสม. ในพื้นที่ เป็นพื้นที่ต้นแบบในการพัฒนาศักยภาพให้กับ อสม. ในพื้นที่อื่น ๆ รวมถึงผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ได้รับการดูแลครบถ้วนทุกรูปแบบบริการ เกิดความเชื่อมั่นต่อการได้รับการดูแลจาก อสม.

12. เอกสารอ้างอิงตามหลักวิชาการ

1. มยุรี หอมสนิท.(2561). NCD โรคไม่ติดต่อ...ปรับพฤติกรรม ปลอดภัยจาก NCD. ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
2. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). (2564). กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable diseases). สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). สืบค้นจาก <https://resourcecenter.thaihealth.or.th/article-ncds1/กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง-ncds-non-communicable-diseases-> เข้าถึงเมื่อ 10 มีนาคม 2566.
3. ภูติ เทชาดิวัฒน์. (2564). ปรับ เปลี่ยน พฤติกรรมเพื่อสุขภาพ ลดอัตราการตายก่อนวัยอันควรแนว “เวชศาสตร์วิถีชีวิต”. สืบค้นจาก <https://www.posttoday.com/columnist/666880> เข้าถึงเมื่อ 10 มีนาคม 2566.
4. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2563). รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562. กลุ่มเทคโนโลยี ระบาดวิทยา และมาตรการชุมชน กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิค แอนด์ดีไซน์.

5. Natetida Bunnag. (2021). ความพยายามลดการตายก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อ ยังช้าเกินกว่าจะบรรลุ SDG#3 ภายในปี 2030. สืบค้นจาก<https://www.sdgmovement.com/2021/02/05/efforts-to-reduce-ncds-mortality-too-slow-to-achieve-sdg-3-in-2030/> เข้าถึงเมื่อ 10 มีนาคม 2566.
6. วิชัย เอกพลากร, (บก), (2564). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.
7. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2564). จำนวนและอัตราตายด้วย 5 โรค NCD ปี 2560-2564. ข้อมูลโรคไม่ติดต่อ กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
8. เขตสุขภาพที่ 3 (2566). ข้อมูลระบบกำกับติดตามและประเมินผล เขตสุขภาพที่ 3 ตัวชี้วัด Service Plan กลุ่มที่ 1 สาขาโรคไม่ติดต่อ. สืบค้นจาก <https://spbo3.moph.go.th/cockpit/sp/main/ncd.php> เข้าถึงเมื่อ 10 มีนาคม 2566.
9. กระทรวงสาธารณสุข. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ HDC. สืบค้นจาก <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php> เข้าถึงเมื่อ 10 มีนาคม 2566.
10. ทรรศนีย์ บุญมั่น. (2564). ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย. วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร.
11. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2565). อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.). คลังสื่อประชาสัมพันธ์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.
12. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2560). การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ จาก อสม. สู่ อสค.. กรุงเทพฯ: โอ-วิทย์.
13. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2564). Health Literacy ความรอบรู้ด้านสุขภาพ. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
14. Taguchi, A., Murayama, H., & Murashima, S. (2016). Association between Municipal Health Promotion Volunteers' Health Literacy and Their Level of Outreach Activities in Japan. PloS one, 11(10), e0164612.
15. Chonlasith Jucksriporn. (2018). Retrospective ด้วย ORID. สืบค้นจาก<https://medium.com/odds-team/retrospective-%E0%B8%94%E0%B9%89%E0%B8%A7%E0%B8%A2-oid-e1e79fe1f92f>. เข้าถึงเมื่อ 10 มีนาคม 2566.
16. รุ่งนภา อาระหัง. (2560). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
17. ทิพวัลย์ ชูประเสริฐ. (2562). การศึกษาสถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตสุขภาพที่ 11 พ.ศ. 2562. กลุ่มสุขภาพภาคประชาชนและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต 11 จังหวัดสุราษฎร์ธานี.
18. กัญญาวิณี โมกขาว และคณะ. (2564). ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อระดับความเครียดและความสามารถในการจัดการความเครียดของนักศึกษาพยาบาล. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครบุรี. วารสารพยาบาลทหารบก ปีที่ 22 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2564.

19. ภาณุวัฒน์ พิทักษ์ธรรมากุล. (2565). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในชุมชนต้นแบบของเขตสุขภาพที่ 5. กลุ่มสุขภาพภาคประชาชนและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 5
20. ขวัญตา เพชรณิโชติ และคณะ. (2564). ผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้และการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ปีที่ 31 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2564.
21. วชิระ เพ็งจันทร์. (2560). กรอบแนวคิดพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสู่ความเป็นเลิศเพื่อคนไทยทุกกลุ่มวัย รอบรู้สุขภาพ อายุยืนยาวพร้อมสุขภาพยอดเยี่ยม. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.