

ประสิทธิผลของโปรแกรมการเฝ้าระวังและควบคุมป้องกันโรคอุจจาระร่วงและอาหารเป็นพิษโดยอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดพังงา

Effectiveness of Surveillance and Prevention Programs for Diarrhea and Food Poisoning
Prevention by Village Health Volunteers in Phang Nga Province

วิชัย ชูจิต

Wichai Chujit

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา

Phang Nga Provincial Public Health Office

*Correspondence author: Wichai Chujit; E-mail: whch8435@gmail.com

Received 18/09/2025

Revised 09/11/2025

Accepted 15/12/2025

บทคัดย่อ

บทนำ: โรคอุจจาระร่วงและอาหารเป็นพิษเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ซึ่งสามารถป้องกันและควบคุมได้ด้วยการเฝ้าระวังโรคที่มีประสิทธิภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีบทบาทสำคัญในการดำเนินงานด้านการเฝ้าระวังและป้องกันโรคในระดับชุมชน การพัฒนาโปรแกรมที่ช่วยเสริมสร้างศักยภาพของ อสม. จึงมีความจำเป็นต่อการลดความเสี่ยงของการเกิดโรคดังกล่าวในพื้นที่

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเฝ้าระวังและควบคุมป้องกันโรคอุจจาระร่วงและอาหารเป็นพิษโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดพังงา

วิธีการศึกษา: การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง ระยะเวลาดำเนินการ 12 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 35 คน จากอำเภอท้ายเหมือง และกลุ่มเปรียบเทียบ 35 คน จากอำเภอตะกั่วทุ่ง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการเฝ้าระวังโรค และแบบประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Independent samples t-test

ผลการศึกษา: ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะด้านการปฏิบัติ ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ความพึงพอใจต่อโปรแกรมอยู่ในระดับสูงทุกด้าน โดยด้านประสิทธิผลของโปรแกรมได้รับคะแนนสูงสุด

สรุปผลการศึกษา: โปรแกรมการเฝ้าระวังและควบคุมป้องกันโรคอุจจาระร่วงและอาหารเป็นพิษมีประสิทธิภาพในการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และสามารถนำไปขยายผลในพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกันได้

คำสำคัญ: ประสิทธิผลของโปรแกรมการเฝ้าระวัง, โรคอุจจาระร่วง, อาหารเป็นพิษ, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, การควบคุมป้องกันโรค

Abstract:

Introduction: Diarrhea and food poisoning are major public health problems that can be prevented and controlled through effective disease surveillance. Village Health Volunteers (VHVs) play a crucial role in disease surveillance and prevention at the community level. Therefore, developing programs to strengthen the capacity of VHVs is essential to reduce the risk of these diseases in local areas.

Objectives: To examine the effectiveness of a surveillance and prevention program for diarrhea and food poisoning implemented by Village Health Volunteers in Phang-nga Province.

Methods: This study employed a quasi-experimental two-group pretest–posttest design over a 12-week period. The sample consisted of 70 Village Health Volunteers, divided into an experimental group of 35 participants from Thai Mueang District and a comparison group of 35 participants from Takua Thung District. Data were collected using questionnaires assessing knowledge, attitudes, and practices related to disease surveillance, as well as a program satisfaction questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and independent samples t-tests.

Results: The results showed that after the intervention, the experimental group demonstrated statistically significant improvements in knowledge, attitudes, and practices, particularly in surveillance practices, whereas no significant differences were observed in the comparison group. Overall satisfaction with the program was high across all dimensions, with program effectiveness receiving the highest rating.

Conclusion: The surveillance and prevention program for diarrhea and food poisoning was effective in enhancing the capacity of Village Health Volunteers and can be expanded to other areas with similar contexts.

Keywords: Surveillance program effectiveness, Diarrhea, Food poisoning, Village health volunteers, Disease prevention and control

บทนำ

โรคอุจจาระร่วงและอาหารเป็นพิษเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในระดับประเทศและระดับโลก อาการท้องร่วง และอาหารเป็นพิษทำให้ประชากรของโลกเสียชีวิตจำนวนมากถึง 1.5 - 2.5 ล้านคนต่อปี ปัจจัยสำคัญคืออาหาร และน้ำที่ปนเปื้อน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ที่มีการบริโภคน้ำ และอาหารที่ไม่สะอาดหรือมีการปนเปื้อนของเชื้อโรค¹ ข้อมูลขององค์การอนามัยโลกระหว่างปี พ.ศ. 2547 - 2550 แสดงให้เห็นว่าทวีปเอเชียได้มีอัตราผู้ป่วย โรคอุจจาระร่วง และอาหารเป็นพิษสูงสุดที่ 783 ล้านคน ตามมาด้วยทวีปแอฟริกา 696 ล้านคน และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ 480 ล้านคน² จากข้อมูลการเฝ้าระวังโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของระบบเฝ้าระวังโรคดิจิทัล (Digital Disease Surveillance: DDS) กองระบาดวิทยาจาก ระบบเฝ้าระวัง 506 ปี พ.ศ. 2564 และ 2565 พบว่ามีอุบัติการณ์ป่วยด้วยโรคดังกล่าว 89.82 และ 108.13 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ และเสียชีวิต 1-2 รายต่อปี จากรายงานของทั้ง 2 ปี กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือ 15-24 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มวัยเรียน และวัยเริ่มทำงาน โดยทุก ๆ ปี จะมีอุบัติการณ์ในช่วงต้นปี (มกราคม-กุมภาพันธ์) มักสูงกว่าช่วงอื่น ๆ ของปี³ และจากรายงานข้อมูลทางระบาดวิทยา ระหว่างวันที่ 1 มกราคม - 20 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 พบผู้ป่วยรวม 48,450 ราย คิดเป็นอัตราความชุก 74.64 ต่อประชากรแสนคน โดยไม่พบรายงานการเสียชีวิต ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นคนสัญชาติไทย (96.77%) และมีการกระจายตามกลุ่มอายุโดยพบมากที่สุดในเด็กอายุ 0-4 ปี (18.30%) รองลงมาคือผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป (15.59%) และกลุ่มอายุ 20-29 ปี (14.48%) ตามลำดับ ⁴

จังหวัดพังงาเป็นหนึ่งในพื้นที่ที่มีปัญหาการแพร่ระบาดของโรคระบบทางเดินอาหารอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากเป็นจังหวัดที่มีแหล่งท่องเที่ยวทางทะเลสำคัญและมีการเคลื่อนย้ายประชากรทั้งในและต่างประเทศจำนวนมาก การเติบโตของอุตสาหกรรมท่องเที่ยวส่งผลให้ความต้องการด้านอาหารและน้ำดื่มเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ทำให้การควบคุมสุขอนามัยในสถานประกอบการอาหารเป็นเรื่องสำคัญที่ต้องเร่งดำเนินการ⁵ สถานการณ์โรคอาหารเป็นพิษในจังหวัดพังงาระหว่างปี พ.ศ. 2564-2566 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี จากผู้ป่วย 142 ราย (อัตราป่วย 52.98 ต่อแสนคน) ในปี 2564 เพิ่มขึ้นเป็น 197 ราย (อัตราป่วย 73.66 ต่อแสนคน) ในปี 2565 และเพิ่มสูงขึ้นเป็น 338 ราย (อัตราป่วย 126.56 ต่อแสนคน) ในปี 2566 สำหรับโรคอุจจาระร่วงในจังหวัดพังงามีผู้ป่วย 2,016 ราย (อัตราป่วย 753.31 ต่อแสนคน) ในปี 2564 เพิ่มขึ้นเป็น 3,006 ราย (อัตราป่วย 1,123.98 ต่อแสนคน) ในปี 2565 และลดลงเล็กน้อยเป็น 2,456 ราย (อัตราป่วย 919.65 ต่อแสนคน) ในปี 2566 โดยพบว่าเด็กอายุ 0-4 ปี เป็นกลุ่มเสี่ยงสูงสุด และพื้นที่ที่มีการระบาดมากที่สุดคืออำเภอตะกั่วทุ่ง พบว่านักท่องเที่ยวที่เดินทางมายังแหล่งท่องเที่ยวในเขาลึกมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคทางเดินอาหารสูงขึ้นในช่วงฤดูท่องเที่ยว⁷

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวังและดูแลสุขภาพของประชาชนในระดับชุมชน ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการพัฒนาสาธารณสุขระดับท้องถิ่น ปัจจุบันจังหวัดพังงามีอสม.ทั้งสิ้น 5,169 คน ประกอบด้วยเพศชาย 602 คน และเพศหญิง 4,567 คน⁷ และได้มีผลงานที่ได้รับการยอมรับในการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออกและโควิด-19 ที่ผ่านมา แต่อย่างไรก็ตาม จากสถิติการระบาดของ

โรคอุจจาระร่วงและอาหารเป็นพิษในจังหวัดพังงาที่ยังคงสูงอยู่ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องพัฒนาศักยภาพของ อสม. ให้มีความรู้และทักษะในการเฝ้าระวัง ควบคุม และป้องกันโรคดังกล่าว โดยมาตรการการเฝ้าระวังและป้องกันโรคระบบทางเดินอาหารที่มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องเป็นโปรแกรมที่ครอบคลุมและบูรณาการ รวมทั้งการให้ความรู้ด้านสุขอนามัยและการป้องกันโรคในระดับชุมชน ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการเฝ้าระวังและควบคุมป้องกันโรคระบบทางเดินอาหารสำหรับอสม. ในพื้นที่เสี่ยงของจังหวัดพังงา เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบสาธารณสุขระดับชุมชนที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคอุจจาระร่วงและอาหารเป็นพิษโดย อสม. ในจังหวัดพังงา
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคของ อสม. ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม
3. เพื่อประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคอุจจาระร่วงและอาหารเป็นพิษของกลุ่ม อสม. ในจังหวัดพังงา

วิธีดำเนินการวิจัย (Methods)

การศึกษานี้ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยเป็นการวิจัยที่มีการจัดกลุ่มทดลอง (intervention group) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของผลการดำเนินการทั้งก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคอุจจาระร่วงและอาหารเป็นพิษของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดพังงา โดยใช้ระยะเวลาดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 12 สัปดาห์ รวบรวมข้อมูลตามตัวแปร โดยใช้แบบสอบถามก่อนและหลังการทดลองทั้ง 2 กลุ่ม

ขอบเขตของการวิจัย

- 1) ขอบเขตด้านพื้นที่และเวลา พื้นที่ในการวิจัยประกอบด้วย พื้นที่อำเภอท้ายเหมือง และอำเภอตะกั่วทุ่ง จังหวัดพังงา โดยระยะเวลาดำเนินการวิจัยตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ.2568 – 30 เมษายน พ.ศ. 2568

- 2) ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอท้ายเหมือง และอำเภอตะกั่วทุ่ง

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างตามแนวคิดการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power 3.0.10 สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ t-test ได้กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 35 คน

การสุ่มตัวอย่าง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่าง ในแต่ละอำเภอ มีปัจจัยส่วนบุคคลที่แตกต่างกันผู้วิจัยจึงใช้วิธีการควบคุมอิทธิพลของตัวแปร ภายนอกโดยการจับคู่ matching ให้ทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกันในด้านอายุ การศึกษา สถานภาพ โดยการจับฉลากเข้ากลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเข้า

1. เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดพังงา
2. มีอายุ 18 ปีขึ้นไป
3. สามารถอ่าน เขียน สื่อสาร และใช้เทคโนโลยีได้ดี
4. มีประสบการณ์ทำงานเป็น อสม. มาแล้วอย่างน้อย 1 ปี
5. ยินดีเข้าร่วมโปรแกรมอย่างสมัครใจจนจบการศึกษา

เกณฑ์การคัดออก

1. ไม่สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม
2. ลาออกจากการเป็น อสม.
3. ย้ายที่อยู่ หรือมีปัญหาด้านสุขภาพ
4. ขอลงตัวออกจากการวิจัยระหว่างดำเนินโครงการ

โดยกลุ่มทดลองได้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอท้ายเหมืองจำนวน 35 คน และ กลุ่มเปรียบเทียบได้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอตะกั่วทุ่งจำนวน 35 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้เครื่องมือจำนวน 3 ประเภท ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 2) แบบสอบถามความรู้ ทศคติ และการปฏิบัติ (Knowledge, Attitude, and Practice: KAP) จำนวน 30 ข้อ เป็นแบบปรนัย 4 ตัวเลือกเกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วงและอาหารเป็นพิษที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้ว และ 3) โปรแกรมการฝึกอบรมสำหรับ อสม.เป็นโปรแกรมฝึกอบรมระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยจัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 วัน วันละ 3 ชั่วโมง รวมทั้งสิ้น 12 ครั้ง มีเนื้อหาประกอบด้วยความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรค การสังเกตอาการ การรายงาน สุขาภิบาลอาหาร การเฝ้าระวังสถานที่จำหน่ายอาหาร การสื่อสารสุขภาพกับชุมชน การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การจัดกิจกรรมรณรงค์ การจัดการกรณีฉุกเฉิน และ แบบประเมินผลความพึงพอใจของ อสม. ต่อโปรแกรมการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค ประกอบด้วย 4 ส่วน จำนวน 20 ข้อ คือ การประเมินความรู้และทักษะ การประเมินทัศนคติ การประเมินความสามารถด้านการปฏิบัติ และการประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรม โดยใช้มาตรวัดแบบลิเคิร์ต สเกล 5 ระดับ (มากที่สุด=5 คะแนน ถึง น้อยที่สุด=1 คะแนน) การแปลผลคะแนนรวมอิงตามเกณฑ์ของเบสท์⁸ จากข้อมูลการวิจัยที่ได้แบ่งเป็น ความพึงพอใจมาก (76-100 คะแนน) ความพึงพอใจปานกลาง (48-75 คะแนน) และความพึงพอใจน้อย (20-47 คะแนน)

การจัดการข้อมูลและการตรวจสอบข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และความเชื่อมั่น (Reliability) โดยผู้เชี่ยวชาญโดยมีค่าความเชื่อมั่นด้านความรู้เกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วงและอาหารปลอดภัยเท่ากับ 0.875 ทศนคติเท่ากับ 0.746 และการปฏิบัติในการควบคุมป้องกันโรคเท่ากับ 0.789 ส่วนเครื่องมือการประเมินผลโปรแกรมด้านความรู้ และทัศนคติ เท่ากับ 0.825 ด้านการปฏิบัติเท่ากับ 0.748

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนานำเสนอด้วยค่าร้อยละค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรภายในกลุ่มโดยใช้สถิติ Paired t-test และผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Independent samples t-test กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา โดยรับการพิจารณา และให้ความเห็นชอบ อนุมัติในด้านจริยธรรมให้ทำการศึกษาเลขที่การรับรองจริยธรรม PNPB 2024/034.1411 รับรองวันที่ 4 เดือนธันวาคม พ.ศ.2567

ผลการวิจัย (Results)

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ สรุปได้ดังตาราง 1

ตาราง 1 แสดงจำนวนและร้อยละของสม.กลุ่มทดลอง อำเภอท้ายเหมือง (n = 35) และกลุ่มเปรียบเทียบ อำเภอตะกั่วทุ่ง จังหวัดพังงา (n = 35)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 35)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 35)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	5	14.3	8	22.9
หญิง	30	85.7	27	77.1
อายุ				
31 – 40 ปี	4	11.4	5	14.2
41 – 50 ปี	12	34.3	8	22.9
51 – 60 ปี	11	31.4	14	40.0

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 35)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 35)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
60 ปี ขึ้นไป	8	22.9	8	22.9
$\bar{X} = 52.74$, $S.D.=8.62$, $Min = 38$, $Max = 68$				
$\bar{X} = 53.17$, $S.D.=9.48$, $Min = 33$, $Max = 70$				
อาชีพ				
เกษตรกร	11	31.3	29	82.8
ค้าขาย	8	22.8	1	2.9
ธุรกิจส่วนตัว	4	11.4	2	5.7
แม่บ้าน	12	34.5	3	8.6
การศึกษา				
ต่ำกว่า มัธยมต้น	8	22.9	9	25.7
มัธยมต้น	8	22.9	8	22.9
มัธยมปลาย/ปวช.	12	34.2	10	28.5
ปริญญาตรี/ปวส.	7	20.0	8	22.9
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน				
ต่ำกว่า 5000 บาท	11	31.4	7	20.0
5001 - 8000 บาท	7	20.0	13	37.1
8001 - 10000 บาท	8	22.9	6	17.1
10001-15000 บาท	2	5.7	6	17.1
มากกว่า 15000 บาท	7	20.0	3	8.7
$\bar{X} = 10141.71$, $S.D.= 6787.87$, $Min = 460$, $Max = 30000$				
$\bar{X} = 9122.86$, $S.D.=4039.73$, $Min = 3000$, $Max = 20000$				
ระยะเวลาการเป็น อสม.				
น้อยกว่า 1 ปี	1	2.9	2	5.7
1 - 3 ปี	2	5.7	5	14.3
4 - 10 ปี	5	14.3	6	17.1
มากกว่า 10 ปี	27	77.1	22	62.9

ตัวแปร	Mean	SD	MeanDiff	95%CI	t	p-value
ก่อนทดลอง	12.91	2.811	0.001	-0.235-	0.001	1.00
หลังทดลอง	12.91	2.693		0.235		
ทัศนคติของอสม.เกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วง และอาหารเป็นพิษ						
กลุ่มทดลอง (n=35)						
ก่อนทดลอง	39.48	5.002	0.400	0.075-	2.502	<0.017*
หลังทดลอง	39.88	5.074		0.724		
กลุ่มเปรียบเทียบ n=35)						
ก่อนทดลอง	34.25	4.520	-0.085	-0.366-	-0.620	2.935
หลังทดลอง	34.17	4.668		-0.366		
การปฏิบัติของอสม. เกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วง และอาหารเป็นพิษ						
กลุ่มทดลอง (n=35)						
ก่อนทดลอง	30.80	3.007	1.200	0.939-	9.350	<0.001*
หลังทดลอง	32.00	3.009		1.460		
กลุ่มเปรียบเทียบ(n=35)						
ก่อนทดลอง	25.42	2.852	0.742	0.488-	5.928	<0.001*
หลังทดลอง	25.42	2.935		0.997		

*p<0.05

จากตาราง 2 พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับสูง (Mean Diff = 0.228, t = 2.758, p = 0.009, 95%CI: 0.060-0.396) ทัศนคติ (Mean Diff = 0.400, t = 2.502, p = 0.017, 95%CI: 0.075-0.724) และการปฏิบัติ (Mean Diff = 1.200, t = 9.350, p < 0.001, 95%CI: 0.939-1.460) ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีเพียงการปฏิบัติที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 5.928, p = 0.001, 95%CI: 0.488-0.997) ส่วนคะแนนเฉลี่ยของความรู้และทัศนคติไม่มีการเปลี่ยนแปลง

ตาราง 3 แสดงการเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วง และอาหารเป็นพิษ ก่อน-หลัง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม เปรียบเทียบ (n = 35)

ตัวแปร	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ความรู้ของ อสม. เกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วง และอาหารเป็นพิษ						
ก่อนทดลอง						

ตัวแปร	Mean	SD	Mean	95%CI	t	p-value
			Diff			
กลุ่มทดลอง(n=35)	16.02	1.014	3.114	3.114-	8.017	<0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ(n=35)	12.91	2.811		3.903		
หลังทดลอง						
กลุ่มทดลอง(n=35)	16.25	0.950	3.342	2.593-	9.063	<0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ(n=35)	12.91	2.693		4.092		
ทัศนคติของอสม.เกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วง และอาหารเป็นพิษ						
ก่อนทดลอง						
กลุ่มทดลอง(n=35)	39.48	5.002	5.228	4.516-	4.918	<0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ(n=35)	34.25	4.520		5.940		
หลังทดลอง						
กลุ่มทดลอง(n=35)	39.88	5.074	5.714	4.971-	15.625	<0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ(n=35)	34.17	4.668		6.457		
การปฏิบัติของอสม. เกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วง และอาหารเป็นพิษ						
ก่อนทดลอง						
กลุ่มทดลอง(n=35)	30.80	3.007	5.371	4.654-	15.222	<0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ(n=35)	25.42	2.852		6.088		
หลังทดลอง						
กลุ่มทดลอง(n=35)	32.00	3.009	5.828	5.031-	14.86	<0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ(n=35)	26.17	2.935		6.625	4	

*p<0.05

จากตาราง 3 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ทั้งก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$ ทุกตัวแปร) โดยความแตกต่างของความรู้ระหว่างกลุ่มเพิ่มขึ้นจาก 3.114 คะแนน เป็น 3.342 คะแนน (95%CI: 2.593-4.092) ทัศนคติเพิ่มขึ้นจาก 5.228 คะแนน เป็น 5.714 คะแนน (95%CI: 4.971-6.457) และการปฏิบัติเพิ่มขึ้นจาก 5.371 คะแนน เป็น 5.828 คะแนน (95%CI: 5.031-6.625)

ประเมินความพึงพอใจและการยอมรับต่อโปรแกรมฯ

ผลการประเมินความพึงพอใจ ของ อสม. ต่อโปรแกรมการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค ซึ่งจัดทำขึ้นเพื่อวัดระดับความพึงพอใจหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ทั้งรายด้าน ตาราง 3 และโดยรวมตาราง 4

ตาราง 4 แสดง ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความพึงพอใจต่อโปรแกรมฯ (รายด้าน) (n = 35)

รายละเอียดตัวแปร	ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน S.D.	ค่าต่ำสุด-สูงสุด	ระดับความ พึงพอใจ
ด้านความรู้	21.88	1.79	18-25	สูง
ด้านทัศนคติ	22.54	1.70	19-25	สูง
ด้านการปฏิบัติ	21.94	1.69	19-25	สูง
ด้านประสิทธิผลโดยรวม	23.68	1.32	19-25	สูง

จากตาราง 4 แสดงให้เห็นว่า อสม. มีความพึงพอใจต่อโปรแกรมการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคในระดับสูงทุกด้าน โดยด้านประสิทธิผลโดยรวมมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x}$ = 23.68, S.D. = 1.32) และมีความแปรปรวนต่ำสุด แสดงถึงความสอดคล้องของความคิดเห็นในด้านนี้ รองลงมาคือ ด้านทัศนคติ ($\bar{x}$ = 22.54, S.D. = 1.70) ด้านการปฏิบัติ ($\bar{x}$ = 21.94, S.D. = 1.69) และด้านความรู้ ($\bar{x}$ = 21.88, S.D. = 1.79) ตามลำดับ ทั้งนี้ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในทุกด้านมีค่าต่ำ (1.32-1.79) สะท้อนความสอดคล้องของคะแนนประเมิน ขณะที่ช่วงคะแนนต่ำสุด-สูงสุดในแต่ละด้านอยู่ระหว่าง 18-25 และ 19-25 แสดงให้เห็นว่าแม้จะมีการกระจายของคะแนน แต่ยังคงอยู่ในระดับที่ยอมรับได้และไม่มีคะแนนที่อยู่ในระดับต่ำ

ตาราง 5 แสดง ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนความพึงพอใจต่อโปรแกรมฯโดยรวม

ระดับความพึงพอใจต่อโปรแกรม	จำนวน (N=35)	(ร้อยละ)
ระดับต่ำ	5	14.3
ระดับปานกลาง	18	51.4
ระดับสูง	12	34.3

$$\bar{x} = 90.05, S.D. = 5.133, Min = 77, Max = 99$$

จากตาราง 5 พบว่า อสม. มีความพึงพอใจต่อโปรแกรมการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 90.05, S.D. = 5.133, Min = 77, Max = 99) โดยกลุ่มที่มีความพึงพอใจระดับปานกลางมีจำนวนมากที่สุด 18 คน (ร้อยละ 51.4) รองลงมาคือกลุ่มที่มีความพึงพอใจระดับสูง 12 คน (ร้อยละ 34.3) และกลุ่มที่มีความพึงพอใจระดับต่ำ 5 คน (ร้อยละ 14.3) ตามลำดับ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานที่ต่ำ (S.D. = 5.133) แสดงถึงความสอดคล้องของคะแนนประเมิน ขณะที่ช่วงคะแนนระหว่าง 77-99 สะท้อนให้เห็นถึงการกระจายของความคิดเห็นที่หลากหลาย แม้ว่าค่าเฉลี่ยโดยรวมจะอยู่ในระดับสูง (90.05 จาก 100 คะแนน) และมีเพียงร้อยละ 14.3 ที่มีความพึงพอใจในระดับต่ำ

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลอง ภายหลังการใช้โปรแกรม พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$ ทุกตัวแปร) อธิบายได้ว่าการเปลี่ยนแปลงนี้สอดคล้องกับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ(Health Belief Model: HBM)⁹ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและแนวทางการพัฒนาศักยภาพของบุคคลที่เป็นผลมาจากการที่ความรู้เพิ่มขึ้น¹⁰ ประกอบกับ อสม. ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 10 ปี และมีพื้นฐานความรู้อยู่แล้วในระดับสูง (80.1%) รวมถึงการได้รับการปรับปรุงทัศนคติที่ดีขึ้นมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากทัศนคติที่ดีจะส่งผลต่อแรงจูงใจและความมุ่งมั่นในการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับ ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Theory of Planned Behavior: TPB)⁹ ที่อธิบายว่าทัศนคติเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่การปฏิบัติจริง ส่งผลให้โปรแกรมได้บรรลุเป้าหมายหลัก¹¹ ซึ่งอาจเกิดจากการออกแบบโปรแกรมที่เน้นการฝึกปฏิบัติจริงการใช้กรณีศึกษาจากพื้นที่จริง และการจัดทำแผนการปฏิบัติส่วนบุคคลที่ชัดเจนสอดคล้องกับการศึกษาของสุทธิพงษ์ ทาสอน และฤทธิชัย ทิตะพันธ์¹² ชลดา อนสำโรง และณัฐภูมิ กกกระโทก¹³ ที่พบว่าหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ภายหลังการใช้โปรแกรม พบว่า ทั้งก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$ ทุกตัวแปร) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 และ 2 แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการพัฒนาความรู้ และทักษะในการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคอุจจาระร่วงและอาหารเป็นพิษ ที่ผู้ศึกษาพัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในกลุ่มทดลอง ให้มีความรู้ ทัศนคติ และทักษะการปฏิบัติ ได้ดีกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ และหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ ทัศนคติ การรับรู้ความเชื่อพฤติกรรม สูงกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)^{14,15}

ผลการประเมินความพึงพอใจ ของ อสม. ต่อโปรแกรมการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค พบว่า อสม. มีความพึงพอใจต่อโปรแกรมฯ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 90.05$, S.D. = 5.133, Min = 77, Max = 99) อธิบายได้ว่า แม้ค่าเฉลี่ยโดยรวมจะอยู่ในระดับสูง (90.05 จาก 100 คะแนน) ก็ยังมีบางกลุ่มที่ยังต้องการการปรับปรุงเพิ่มเติม สอดคล้องกับการศึกษาของ ราชวัช ทวีคุณ, สมจินตนา สมณะ,เบญจวรรณ สง่าลี¹⁶ และบุษบา ทาธง,ปริญดาศรีธราพิพัฒน์, และสุภัททา เลาหะโรจนพันธ์¹⁷ ที่พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างอสม. มีความพึงพอใจต่อโปรแกรมที่เข้าร่วมอยู่ในระดับมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. เนื่องจากโปรแกรมแสดงประสิทธิภาพชัดเจน ควรมีการขยายผลโปรแกรมไปยังพื้นที่อื่นๆ โดยปรับแต่งให้เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น โดยปรับเปลี่ยนเนื้อหาและวิธีการให้สอดคล้องกับความต้องการและลักษณะเฉพาะของแต่ละพื้นที่
2. เพื่อพัฒนาระบบติดตามและประเมินผลต่อเนื่องควรมีสร้างกลไกการติดตามผลผ่าน 3 วิธี คือ การทบทวนความรู้เป็นระยะ การจัดประชุมให้ อสม. แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลช่วยในการติดตาม
3. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมด้านทักษะการสังเกตอาการและคัดกรองผู้ป่วยเนื่องจากผลการศึกษพบว่า อสม. มีคะแนนต่ำสุดในด้านนี้ จึงต้องสร้างหลักสูตรเสริมที่เน้นการฝึกปฏิบัติจริงเพื่อเสริมสร้างทักษะเฉพาะด้าน
4. ควรมีการส่งเสริมการสร้างเครือข่าย อสม. ระหว่างพื้นที่และบูรณาการกับระบบสุขภาพชุมชนที่มีอยู่เดิม เพื่อให้เกิดการทำงานที่เป็นระบบและมีประสิทธิภาพมากขึ้น
5. หน่วยงานองค์กรภาครัฐในพื้นที่ควรจัดสรรเงินงบประมาณเพื่อสนับสนุนการดำเนินโปรแกรมให้เป็นไปอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาติดตามผลในระยะยาว
ควรดำเนินการศึกษาติดตามผลหลังการอบรมในช่วงระยะเวลา 6-12 เดือน เพื่อประเมินว่าความรู้และทักษะที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ได้รับจากโปรแกรมยังคงอยู่และนำไปใช้ในภาคปฏิบัติได้จริงหรือไม่รวมถึงศึกษาความยั่งยืนของผลลัพธ์ในระยะยาว
2. ศึกษาเปรียบเทียบในบริบทที่หลากหลาย
ควรขยายการวิจัยไปยังพื้นที่และสภาพแวดล้อมที่แตกต่างกันเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพของโปรแกรมในบริบทที่หลากหลายว่าโปรแกรมสามารถปรับใช้และมีผลสัมฤทธิ์แตกต่างกันอย่างไรตามลักษณะเฉพาะของแต่ละพื้นที่
3. ศึกษาผลกระทบต่อชุมชนในเชิงสุขภาพ
ควรศึกษาผลกระทบของการพัฒนา อสม. ต่อดัชนีชี้วัดสุขภาพของชุมชน เช่น อัตราการป่วย อัตราการตาย และการเข้าถึงบริการสุขภาพ เพื่อวัดว่าการพัฒนาศักยภาพ อสม. ส่งผลให้สถานการณ์สุขภาพของประชาชนในชุมชนดีขึ้นหรือไม่
4. ศึกษาการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการพัฒนา อสม.
ควรวิจัยการใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่เช่นแอปพลิเคชันระบบออนไลน์หรือปัญญาประดิษฐ์(AI)เพื่อสนับสนุนการฝึกอบรมและพัฒนาทักษะของ อสม. อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

ขอขอบคุณอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ของอำเภอท้ายเหมืองและอำเภอดงรัก จังหวัดพังงา กลุ่มผู้ประกอบการธุรกิจการท่องเที่ยวของจังหวัดพังงาทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการสนับสนุนการศึกษาวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- กิตติชัย พงศ์วินทร์, & สมคิด จูหว่า. (2568). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเรียนรู้ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย. *วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนานวัตกรรมเชิงพื้นที่*, 6(2), 92–107. <https://ph01.tci-thaijo.org/index.php/jsid/article/view/258222/174107>
- กรมควบคุมโรค. (2567). รายงานสถานการณ์โรคอุจจาระร่วงในประเทศไทย. กระทรวงสาธารณสุข. <https://he05.tci-thaijo.org/index.php/WESR/article/download/5178/4784>
- เขมิกา ฅนทรเดชานนท์, ภัควรินทร์ภัทร ศิริสมบุรณ์, วรณิ เตียววิเศษ, & ปาริชาติ ญาตินิยม. (2024). ประสิทธิภาพโปรแกรมส่งเสริมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ของผู้สูงอายุ จังหวัดชัยภูมิ. *วารสารพุทธศาสตร์ มจร อุบลราชธานี*, 6(3), 1165–1178. <https://so12.tci-thaijo.org/index.php/JOB2025/article/view/3390>
- ชนมธิดา ยศปิ่น, ฅนาวิรัชญ์ พรศิยาวรรณ, ประสงค์ อุทัย, & จุมพล ขอบขำ. (2567). ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานในจังหวัดพังงา. *วารสารวิชาการเซาธ์อีสท์บางกอก*, 10(1), 15–31. https://so05.tci-thaijo.org/index.php/SB_Journal/article/view/267545/182520
- ชลลดา งามสำโรง, & ณัฐวุฒิ กนกกระโทก. (2566). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลโพรงชัยเหนือ อำเภอปักธงชัย จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา*, 9(1), 115–129. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/journalkorat/article/view/261778/180206>
- ชัยนันต์ ไชยเสน. (2562). แนวทางการเพิ่มขีดความสามารถและนวัตกรรมบริการธุรกิจร้านอาหารยุค 4.0 เพื่อส่งเสริมและพัฒนาจังหวัดภูเก็ตเป็นเมืองสร้างสรรค์ด้านอาหาร. *วารสารวิทยาลัยดุสิตธานี*, 13(3), 491–504. <https://so01.tci-thaijo.org/index.php/journaldtt/article/download/241133/163991>
- ชูสุกุล พิริยะ, & ปณิธิ ฅมมวิจยะ. (2023). สถานการณ์โรคอุจจาระร่วงและอาหารเป็นพิษในประเทศไทย ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2565–22 กุมภาพันธ์ 2566 จากฐานข้อมูลระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์ กรมควบคุมโรค. *รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์*, 54(17). <https://he05.tci-thaijo.org/index.php/WESR/article/download/234/206>

- บุษบา ทาธง, ปรีญดา ศรีธราพิพัฒน์, & สุภัททา เลาหะโรจนพันธ์. (2567). ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดชัยนาท. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 18(3), 1121–1138. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHPC9Journal/article/view/269542/184892>
- นันทน์ภัส เพ็ชรสุวรรณ, & สุเวช พิมน้ำเย็น. (2560). ผลการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการปฏิบัติสุขภาพอนามัยส่วนบุคคลต่อความรู้ ทักษะการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในชุมชนไทยภูเขาเผ่าม้ง อำเภอเงา จังหวัดลำปาง. *วารสารวิชาการสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี*, 6(1), 15–26.
- ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงสาธารณสุข. (n.d.). *ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา เขตสุขภาพที่ 11*. สืบค้นเมื่อ 4 พฤศจิกายน 2568, จาก <https://url.in.th/AqBNk>
- ราชวัช ทวีคุณ, สมจินตนา สมณะ, & เบญจวรรณ สง่าลี. (2025). ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอศรีบุญเรือง. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*, 10(1), 10–21. <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/ech/article/view/3725/2879>
- สุทธิพงษ์ ทาสอน, & ฤทธิชัย ทิตะพันธ์. (2024). ความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในประชาชนตำบลไทรงาม อำเภอไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอินทร์*, 5(3), 133–144. <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/scintc/article/view/3327/2410>
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179–211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research*. Addison-Wesley.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W. H. Freeman.
- Best, J. W., & Kahn, J. V. (1977). *Research in education* (3rd ed.). Prentice-Hall.
- Rego, J. do N. M., Viegas, A. L. de J. S., Sauaia, B. B., Amorim, J. R. A., Matos, L. V. S. de, Lima, O. G. de S., Ferreira da Silva, P. I., Lima, T. de A., & Sauaia, B. A. (2024). Acute gastroenteritis due to food poisoning in public spaces: A dissertation review. *International Seven Journal of Health Research*, 3(3), 911–918. <https://doi.org/10.56238/isevjhv3n3-010>

