วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข
Academic Journal for Primary Care and Public Health Development

ผลของโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวัณโรคปอด

The Effects of a Health Belief Model Program on Promoting Infection Prevention Behaviors Among Pulmonary Tuberculosis Patients.

พรรณี ยาท้วม

Punnee Yataum

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์

(Received: June 14, 2024; Accepted: July 5, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวัณโรคปอด เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลพิชัย จำนวน 25 คน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยแบบสอบถามและโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวัณโรคปอด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับวัณโรค แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค นอกจากนี้ ความสม่ำเสมอในการรับประทานยารักษาวัณโรคเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 84.0 เป็นร้อยละ 100.0 โปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีประสิทธิผลในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวัณโรคปอด

คำสำคัญ: แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ, วัณโรคปอด

Abstract

This research aimed to examine the effects of a health belief model program on promoting infection prevention behaviors among pulmonary tuberculosis patients. A quasi-experimental research design with a one-group pretest-posttest was employed. The sample consisted of 25 pulmonary tuberculosis patients registered for treatment at the tuberculosis clinic of Phichai Hospital. The research instruments included a questionnaire and a program applying the health belief model and social support. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests.

The results showed that after the experiment, the sample group had significantly higher mean scores in tuberculosis knowledge, health belief model constructs, and tuberculosis infection prevention behaviors compared to before the experiment ($p < 0.05$). Significant increases were observed in perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits, and perceived barriers to tuberculosis infection prevention. Additionally, the consistency of tuberculosis medication adherence increased from 84.0% to 100.0%. The health belief model program was effective in promoting infection-prevention behaviors among pulmonary tuberculosis patients.

Keywords: Health Belief Model, Infection Prevention Behaviors, Pulmonary Tuberculosis

บทนำ

วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสำคัญทางการแพทย์และสาธารณสุขทั่วโลก สำหรับประเทศไทยองค์การอนามัยโลกจัดให้เป็น 1 ใน 14 ประเทศที่มีปัญหาวัณโรคสูง (Global Tuberculosis Report WHO, 2021) ในปี พ.ศ. 2564 พบผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรค (ผู้ป่วยรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ) จำนวน 85,029 ราย วัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก 42 ราย และมีผู้เสียชีวิตจากวัณโรค 10,000 รายต่อปี (กองวัณโรค, 2564) นอกจากนี้ ยังพบผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานหรือดื้อยา rifampicin (MDR/RR-TB) 2,500 ราย โดยพบร้อยละ 1.7 ในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และร้อยละ 10 ในผู้ป่วยที่มีประวัติการรักษาวัณโรคมาก่อน (Nonghanphithak et al., 2021)

ประเทศไทยดำเนินการใช้กลยุทธ์การรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นภายใต้การสังเกตโดยตรงหรือแบบมีพี่เลี้ยง (DOTS; Directly Observed Treatment, Short Course) ซึ่งเป็นยุทธวิธีที่มีประสิทธิภาพในการควบคุมวัณโรค รวมถึงการผสมผสานการดูแลวัณโรคและเอดส์ การจัดระบบการดูแลวัณโรคดื้อยาหลายขนาน การสร้างความเข้มแข็งระบบสาธารณสุข การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน และการศึกษาวิจัย (สำนักวัณโรค, 2561) อย่างไรก็ตาม การรักษาผู้ป่วยวัณโรคของประเทศไทยยังไม่บรรลุตามเป้าหมายที่องค์การอนามัยโลกกำหนด คือ อัตราการรักษาสำเร็จมากกว่าร้อยละ 90 (WHO, 2018)

การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคต้องเริ่มต้นจากครอบครัวของผู้ป่วย โดยต้องมีการกำกับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ (ธนชล วงศ์หิรัญเดชา และคณะ, 2562) ระยะที่ผู้ป่วยอาจแพร่เชื้อคือ 2 สัปดาห์แรกหลังรับการรักษา ซึ่งโรงพยาบาลมักขอให้ผู้ป่วยนอนรักษาที่โรงพยาบาลในระยะนี้ สำหรับผู้ป่วย XDR-TB จะต้องแยกตัวอย่างน้อย 1 เดือน และจนกว่าจะตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคในเสมหะ 2 ครั้ง ห่างกัน 1 สัปดาห์ (WHO, 2019) นอกจากการรักษาทางร่างกาย การดูแลทางด้านจิตใจและการช่วยเหลือทางสังคมก็มีความสำคัญ เช่น การชดเชยรายได้ การทำความเข้าใจกับชุมชนเพื่อป้องกันการตีตราผู้ป่วย และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ (นพดล พิมพ์จันทร์ และคณะ, 2562)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) เป็นแนวคิดสำคัญในการอธิบายพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วยการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ และอุปสรรคของการป้องกันโรค (Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA., 2011) ซึ่งมีผลต่อการตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคของกลุ่มเสี่ยงมีอยู่ 3 ปัจจัยหลัก ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว รายได้ และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย 2) ปัจจัยด้านการรับรู้ของบุคคล และ 3) ปัจจัยด้านสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันวัณโรค (ขวัญใจ ม่อนไธสง, 2559)

การดำเนินการวิจัยโดยใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับจากการปฏิบัติตามคำแนะนำ และการรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติตาม จะช่วยให้เข้าใจปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคได้ดียิ่งขึ้น และนำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมสุขศึกษาที่มีประสิทธิภาพในการควบคุมและป้องกันการแพร่ระบาดของวัณโรคในประเทศไทย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวัณโรคปอด ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคของผู้ป่วยวัณโรคปอด และความสม่ำเสมอในการรับประทานยารักษาวัณโรค

วิธีดำเนินการการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

รูปแบบการวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi- experimental research) ชนิดกลุ่มเดียวเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างก่อนและหลังดำเนินการ (Pretest–Posttest one group design) ระหว่างวันที่ 1 มกราคม–31 มีนาคม 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลพิชัย จำนวน 275 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์, 2565) กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีเปิดตารางอำนาจการทดสอบ (Power Analysis) ของโพลิทและฮังเกอร์ (Polit & Hungler, 1999) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 0.05 อำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ 0.95 และขนาดอิทธิพล (Effect size) จากงานวิจัยของทนงเพชร ปราบเสียง (2553) ซึ่งคำนวณได้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยเท่ากับ 0.69 จากนั้นคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ทั้งหมด 25 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าในการศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยวัณโรคอายุ 20 – 60 ปี ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นวัณโรคปอดที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลพิชัยและได้รับการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้น 6 เดือน ด้วยสูตรยาสำหรับผู้ป่วยใหม่ (2HRZE/4HR) เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยวัณโรคเคลื่อนย้ายเปลี่ยนที่อยู่ใหม่หรือโอนย้ายการรักษา หรือไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกครั้ง ผู้ป่วยเสียชีวิตหรือขอถอนตัวออกจากการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส จำนวนสมาชิกครอบครัว รายได้ครอบครัว ระดับการศึกษา การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ พาหนะในการเดินทาง

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องวัณโรคและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค จำนวน 18 ข้อ วิเคราะห์ความเชื่อมั่นด้วย KR-20 ของ Kuder Richardson ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87 ความรู้เรื่องวัณโรคและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค แบ่งเป็น 3 ระดับ (Best, 1980) ได้แก่ รู้มาก (ร้อยละ 80-100) ปานกลาง (ร้อยละ 60-79) และน้อย (ร้อยละ 0-59)

ส่วนที่ 3 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรค ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อควบคุมโรค จำนวน 40 ข้อ วิเคราะห์ความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .92 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรค 3 ระดับ (Best, 1980) ได้แก่ มาก (ร้อยละ 80 -100) ปานกลาง (ร้อยละ 60-79) และน้อย (ร้อยละ 0-59)

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคของผู้ป่วยวัณโรคปอด จำนวน 15 ข้อ วิเคราะห์ความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89 คะแนนพฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคของผู้ป่วยวัณโรคปอด แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ดี (ร้อยละ 80–100) ปานกลาง (60-79) ต่ำ (ร้อยละ 0-59)

2. โปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวัณโรคปอด ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ประเมินผลก่อนทดลองด้วยแบบสอบถาม จัดกิจกรรมสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยวัณโรคและให้ความรู้เรื่องวัณโรคโดยการบรรยายใช้ภาพพลิกประกอบ การบรรยายเรื่อง การรับประทานอาหาร การออกกำลังกายฝึกบริหาร ปอด การรับประทานยา การพักผ่อน การทำลายเชื้อในเสมหะ การมาตรวจรักษาตามนัด การให้ชมวีดีทัศน์ ความรู้เรื่องวัณโรค การแจกสมุดบันทึกสุขภาพประจำตัวผู้ป่วยและเอกสารแผ่นพับเรื่องวัณโรค

สัปดาห์ที่ 2-4 ให้คำปรึกษา ออกเยี่ยมบ้านให้กำลังใจ กระตุ้นเตือนการรับประทานยาทางโทรศัพท์โดยผู้วิจัย และการดูแลเรื่องการรับประทาน ยาวัณโรคโดยญาติและอาสาสมัครสาธารณสุข

สัปดาห์ที่ 5 เสริมสร้างการรับรู้ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคโดยการใช้ตัวแบบบุคคลโดยผู้ป่วยที่สามารถป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคเล่าประสบการณ์ด้วยการ สนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์เพื่อหาแนวทางการป้องกันการดื้อยาและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค

สัปดาห์ที่ 6 ให้คำปรึกษาและเยี่ยมบ้านให้กำลังใจ การกระตุ้นเตือนการรับประทานยาทางโทรศัพท์และการดูแลเรื่องการรับประทานยาวัณโรคโดยญาติและอาสาสมัครสาธารณสุข

สัปดาห์ที่ 7 เสริมสร้างการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยและญาติโดยการจัดอภิปรายกลุ่มหาแนวทางในการปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง และการสาธิตการจัดยาและฝึกบันทึกหลังรับประทานยา การสาธิตการป้องกัน การแพร่กระจายเชื้อโดยใช้ผ้าปิดปาก การกำจัดเสมหะที่ถูกต้องและการล้างมือ 7 ขั้นตอน

สัปดาห์ที่ 8 ให้คำปรึกษา ออกเยี่ยมบ้านให้กำลังใจ กระตุ้นเตือนการรับประทานยาทาง โทรศัพท์ การรับประทานยาวัณโรคโดยญาติและอาสาสมัครสาธารณสุขและประเมินผลหลังดำเนินงานโดยใช้แบบสอบถามชุดเดียวกัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาณ ใช้ Paired t–test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 60 เพศหญิง ร้อยละ 40 อายุระหว่าง 51–60 ปี ร้อยละ 72 รองลงมา คือ 41–50 ปี ร้อยละ 20 อายุเฉลี่ย 51.21 ปี การศึกษาระดับประถมศึกษา 48 รองลงมา คือ มัธยมศึกษา ร้อยละ 40 มีเพียงร้อยละ 12 ที่จบการศึกษาระดับ ปวช./ปวส. ประกอบ

อาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 80 รองลงมารับจ้างทั่วไป ร้อยละ 20 รายได้ครอบครัว 10,001–15,000 บาท ร้อยละ 60 รองลงมาคือ 15,001 บาท ขึ้นไป ร้อยละ 40 รายได้เฉลี่ย 1420.12 บาท จำนวนสมาชิก 3–4 คน ร้อยละ 80 รองลงมา 5-6 คน ร้อยละ 20 ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 88 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 84 เดินทางมารับการรักษาวัณโรคด้วยรถยนต์ ร้อยละ 72 รองลงมาคือ รถจักรยานยนต์ ร้อยละ 28 โดยมีบุตร/หลานพามารับการรักษาวัณโรคที่โรงพยาบาลพิชัย ร้อยละ 80 มีเพียงร้อยละ 20 ที่เดินทางมาด้วยตนเอง

2. ความรู้เรื่องวัณโรคและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคของผู้ป่วยก่อนทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52 รองลงมา คือ ระดับน้อย ร้อยละ 44 หลังทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52 รองลงมา คือ ระดับน้อย ร้อยละ 16 (ตารางที่ 1) ความรู้เรื่องวัณโรคและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคหลังทดลอง (M=12.21, SD=1.98) สูงกว่าก่อนทดลอง (M=11.00, SD=2.38) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t=5.404, p<.000) (ตารางที่ 2)

3. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยก่อนทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 72 รองลงมา คือ ระดับน้อย ร้อยละ 16 หลังทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 88 รองลงมา คือ ระดับมาก ร้อยละ 8 (ตารางที่ 1) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพหลังทดลอง (M=91.82, SD=4.93) สูงกว่าก่อนทดลอง (M=82.21, SD=8.76) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t=6.566, p<.000) (ตารางที่ 2)

3.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นวัณโรคก่อนทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 72 รองลงมา คือ ระดับน้อย ร้อยละ 16 หลังทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 68 รองลงมา คือ ระดับมาก ร้อยละ 24 (ตารางที่ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรคหลังทดลอง (M=22.48, SD.=2.08) สูงกว่าก่อนทดลอง (M=19.80, SD.=3.18) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 2)

3.2 การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรคก่อนทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64 รองลงมา คือ ระดับน้อย ร้อยละ 16 หลังทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 80 รองลงมา คือ ระดับมาก ร้อยละ 16 (ตารางที่ 1) การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรคหลังทดลอง (M=22.12, SD.=2.01) สูงกว่าก่อนทดลอง (M=20.08, SD.=2.81) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 2)

3.3 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคก่อนทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 88 รองลงมา คือ ระดับมาก ร้อยละ 12 หลังทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 56 รองลงมา คือ ระดับมาก ร้อยละ 44 (ตารางที่ 1) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลังทดลอง (M=23.78, SD=1.81) สูงกว่าก่อนทดลอง (M=21.05, SD=2.12) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t=6.342, p<.000) (ตารางที่ 2)

3.4 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อควบคุมโรคก่อนทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 88 รองลงมา คือ ระดับมาก ร้อยละ 12 หลังทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 56 รองลงมา คือ ระดับมาก ร้อยละ 44 (ตารางที่ 1) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อควบคุมโรคหลังทดลอง (M=24.10, SD=1.55) สูงกว่าก่อนทดลอง (M=20.63, SD=1.67) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t=8.846, p<.000) (ตารางที่ 2)

4. พฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อ

พฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อของผู้ป่วยก่อนทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 72 รองลงมา

คือ ระดับน้อย ร้อยละ 16 หลังทดลองอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 64 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 32 (ดังตารางที่ 1) พฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคหลังทดลอง (M=37.94, SD=3.37) สูงกว่าก่อนทดลอง (M=30.47, SD=3.67) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t=11.111, p<.000) (ตารางที่ 2)

5. ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา

ความสม่ำเสมอในการรับประทานยารักษาวัณโรคเพิ่มขึ้นภายหลังได้รับโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวัณโรคปอดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 84 เป็นร้อยละ 100 (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคของผู้ป่วยวัณโรคปอด ความสม่ำเสมอในการรับประทานยารักษาวัณโรคของผู้ป่วยวัณโรคก่อนและหลังทดลอง

รายการ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	จำนวน (n=25)	ร้อยละ (100.0)	จำนวน (n=25)	ร้อยละ (100.0)
ความรู้เกี่ยววัณโรค				
มาก (15 – 18 คะแนน)	1	4.0	2	8.0
ปานกลาง (11 – 14 คะแนน)	13	52.0	13	52.0
น้อย (1 – 10 คะแนน)	11	44.0	4	16.0
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นวัณโรค				
มาก (24 – 30)	3	12.0	6	24.0
ปานกลาง (18-23)	18	72.0	17	68.0
น้อย (1 – 17)	4	16.0	2	8.0
การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค				
มาก (24 – 30)	5	20.0	4	16.0
ปานกลาง (18-23)	16	64.0	20	80.0
น้อย (1 – 17)	4	16.0	1	4.0
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค				
มาก (24 – 30)	3	12.0	11	44.0
ปานกลาง (18-23)	22	88.0	14	56.0
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อควบคุมโรค				
มาก (24 – 30)	3	12.0	11	44.0
ปานกลาง (18-23)	22	88.0	14	56.0

รายการ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	จำนวน (n=25)	ร้อยละ (100.0)	จำนวน (n=25)	ร้อยละ (100.0)
แบบแผนความเชื่อความเชื่อด้านสุขภาพ				
มาก (96 – 120)	3	12.0	2	8.0
ปานกลาง (72 - 95)	18	72.0	22	88.0
น้อย (40 – 71)	4	16.0	1	4.0
พฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อ				
มาก (36 – 45)	3	12.0	16	64.0
ปานกลาง (27 - 35)	18	72.0	8	32.0
น้อย (15 – 26)	4	16.0	1	4.0
ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา	20	80.0	25	100.0

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความรู้เรื่องวัณโรค แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรคและพฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคของผู้ป่วยวัณโรคปอดก่อนและหลังการทดลอง (n = 25)

รายการ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	M	SD	M	SD		
ความรู้เรื่องวัณโรค	11.00	2.38	12.21	1.98	5.404	.000 *
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	82.21	8.76	91.82	4.93	6.566	.000 *
- การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นวัณโรค	19.73	3.29	22.26	2.05	5.136	.000 *
- การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค	20.78	3.08	21.68	1.88	2.345	.001 *
- การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค	21.05	2.12	23.78	1.81	6.342	.000 *
- การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อควบคุมโรค	20.63	1.67	24.10	1.55	8.846	.000 *
พฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรค	30.47	3.67	37.94	3.37	11.111	.000 *

* $p < .05$

อภิปรายผล

ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคของผู้ป่วย

ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสามารถเพิ่มระดับความรู้เกี่ยวกับวัณโรคและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคปอดได้อย่างมีนัยสำคัญ ก่อนการทดลอง ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องวัณโรคอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 52 และระดับน้อยร้อยละ 44 หลังการทดลอง ระดับความรู้เพิ่มขึ้นเป็นระดับปานกลางร้อยละ 72 และระดับน้อยลดลงเหลือร้อยละ 20 ความแตกต่างนี้แสดงให้เห็นว่าการให้ข้อมูลและการสนับสนุนทางสังคมที่ดีสามารถเสริมสร้างความรู้และความเข้าใจเรื่องวัณโรคได้อย่างมี

ประสิทธิภาพ การเพิ่มขึ้นของความรู้และการรับรู้ที่ดีขึ้นอาจเป็นผลมาจากการจัดโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่เน้นการให้ความรู้และการสร้างแรงจูงใจโดยใช้วิธีการต่าง ๆ เช่น การบรรยาย การให้คำปรึกษา การเยี่ยมบ้าน และการใช้ตัวแบบบุคคลที่ประสบความสำเร็จในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาอื่น ที่แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมในการเพิ่มการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในผู้ป่วยวัณโรค Tang et al. (2019) พบว่าวิธีการดังกล่าวสามารถเพิ่มการรับรู้และพฤติกรรมป้องกันได้อย่างมีนัยสำคัญ ในขณะที่ Li et al. (2020) ระบุว่าโปรแกรมสุขศึกษาที่มุ่งเน้นการเพิ่มความรู้และการรับรู้สามารถลดการแพร่เชื้อและเพิ่มความสม่ำเสมอในการรับประทานยา นอกจากนี้ Zhang et al. (2021) ชี้ให้เห็นว่าแรงสนับสนุนทางสังคมที่เข้มแข็งช่วยเสริมสร้างพฤติกรรมป้องกันและลดอัตราการขาดยา และ Chen et al. (2022) พบว่าการใช้โมเดลความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมช่วยเพิ่มการรับรู้ความรุนแรงของโรคและการปฏิบัติตามพฤติกรรมป้องกันในผู้ป่วยวัณโรคปอดได้ดีขึ้น

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรค

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีผลในการเพิ่มพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคของผู้ป่วยวัณโรคปอดอย่างมีนัยสำคัญ โดยหลังการทดลอง แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรคดีขึ้นทั้งในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค การเปลี่ยนแปลงนี้แสดงให้เห็นว่า การให้ข้อมูลที่ถูกต้องและการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอสามารถเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ และความตระหนักในการปฏิบัติตามพฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคของผู้ป่วย ทั้งนี้ การได้รับข้อมูลที่เข้าใจง่ายและการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนสามารถทำให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์มากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Tang et al. (2019) ที่พบว่าโปรแกรมที่ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถเพิ่มการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคได้ นอกจากนี้ Li et al. (2020) ระบุว่าการให้โปรแกรมสุขศึกษาที่เน้นความรู้เกี่ยวกับวัณโรคสามารถลดอัตราการแพร่กระจายเชื้อและเพิ่มความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ในขณะที่ Zhang et al. (2021) ชี้ให้เห็นว่าแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถเพิ่มพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อได้อย่างมีประสิทธิภาพ และ Chen et al. (2022) พบว่าการใช้โมเดลความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมสามารถเพิ่มการรับรู้และการปฏิบัติตามพฤติกรรมป้องกันได้

ความสม่ำเสมอในการรับประทานยารักษาวัณโรค

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการประยุกต์ใช้โปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีประสิทธิผลในการเพิ่มความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอด โดยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 80 ก่อนการทดลอง เป็นร้อยละ 100 หลังการทดลอง ความสม่ำเสมอในการรับประทานยามีความสำคัญอย่างยิ่งในการรักษาวัณโรคให้หายขาดและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไปยังผู้อื่น การเพิ่มขึ้นของความสม่ำเสมอในการรับประทานยาสะท้อนให้เห็นว่าการใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสามารถสร้างความตระหนักรู้และความรับผิดชอบในพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้

การให้ข้อมูลที่ชัดเจนและการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอสามารถเสริมสร้างความเข้าใจและความรับผิดชอบในการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของผู้ป่วยได้ การสร้างความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อมีบทบาทสำคัญในการเพิ่มพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในผู้ป่วยวัณโรค ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Tang et al. (2019) ที่พบว่าการใช้โปรแกรมสุขศึกษาที่เน้นการรับรู้และแรงสนับสนุนทางสังคมช่วยเพิ่มการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค นอกจากนี้ งานวิจัยของ Li et al. (2020) ก็สนับสนุนว่าการให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับวัณโรคและการสนับสนุนทางสังคมช่วยเพิ่มความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและลดอัตราการแพร่กระจายเชื้อ การศึกษาโดย Zhang et al. (2021) ยังชี้ให้เห็นว่าการมีแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและชุมชนสามารถเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในผู้ป่วยวัณโรค

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะและการนำไปประยุกต์ใช้

1.1 สถานบริการสาธารณสุขควรนำโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาโปรแกรมสุขศึกษา เพื่อเพิ่มความรู้ ความเข้าใจและพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในผู้ป่วยวัณโรคปอด

1.2 ควรส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและชุมชน เนื่องจากมีความสำคัญต่อการเพิ่มความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรค

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรขยายขอบเขตการศึกษาไปยังสถานพยาบาลอื่น ๆ และใช้กลุ่มตัวอย่างที่หลากหลายมากขึ้น เพื่อให้ได้ผลการวิจัยที่สามารถนำไปใช้ได้อย่างกว้างขวาง และพิจารณาใช้วิธีการวัดที่หลากหลายเพื่อเพิ่มความแม่นยำในการประเมินผลการวิจัย

2.2 ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและการสนับสนุนทางสังคมในบริบทที่หลากหลายมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

กองวัณโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). รายงานสถานการณ์วัณโรคเดือนมีนาคม. https://www.tbthailand.org/download/form/รายงานสถานการณ์วัณโรคเดือนมีนาคม.pdf

ขวัญใจ ม่อนไธสง. (2560). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอดที่พักอาศัยในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. วารสารพยาบาลทหารบก, 18(พิเศษ), 306-314.

สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค. (2561). แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2561. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

Becker, M. H., & Maiman, L. A. (1980). Social behavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. Medical Care, 18(5), 623-637.

Chen, W., Zhang, H., & Li, C. (2022). Implementation of Health Belief Models (HBM) Education for Tuberculosis Patients at the Tamansari Primary Health Care, Tasikmalaya City. ABDIMAS: Jurnal Pengabdian Masyarakat, 4(2), 1120. https://doi.org/10.35568/abdimas.v4i2.1120

Li, Y., Liu, X., Wang, Z., & Zhao, Y. (2020). Effects of Education Programs on Awareness and Behavior in Patients with Tuberculosis. Journal of Quality in Public Health, 5(1), 261. https://doi.org/10.30994/jqph.v5i1.261

Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2011). Health Promotion in Nursing Practice (6th ed.). Pearson.

Strecher, V. J., & Rosenstock, I. M. (1997). The health belief model. In K. Glanz, F. M. Lewis, & B. K. Rimer (Eds.), Health behavior and health education: Theory, research, and practice (pp. 31-36). Jossey-Bass.

Tang, X., Wang, Q., Chen, M., Qian, X., & Huang, J. (2019). Application of Health Belief Model in Improving Patients' Pulmonary Tuberculosis Knowledge and Behavior. PLoS ONE, 14(2), e0211728. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211728

World Health Organization. (2018). Global Tuberculosis Report. Geneva: WHO.

World Health Organization. (2021). Global tuberculosis report 2021. https://www.who.int/publications/i/item/9789240037021

Zhang, S., Li, X., & Zhu, Y. (2021). Application of KTH-integrated Nursing Model in Care of Patients with Multi-drug Resistant Tuberculosis. American Journal of Translational Research, 13(6), 6855-6863.