

การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรม
การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวัณโรคปอด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์
Application of Health Belief Models and Social Support to Promote Epidemic
Prevention Behaviors in Pulmonary Tuberculosis Patients, Uttaradit Hospital

(Received: April 29,2023 ; Revised: April 30,2023 ; Accepted: April 30,2023)

อภิญญา ตันเจริญ¹
Apinya Tanchajean¹

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวัณโรคปอด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ จำนวน 25 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม 2 ครั้ง ก่อนและหลังการทดลองระหว่าง 1 มกราคม - 20 เมษายน 2566 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญ .05 ผลการศึกษาพบว่า ความรู้เรื่องวัณโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค การรับรู้ความรุนแรงของการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค และพฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคของผู้ป่วยวัณโรคสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวัณโรคปอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ความสม่ำเสมอในการรับประทานยารักษาวัณโรคเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 84.0 เป็นร้อยละ 100.0

คำสำคัญ; การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การแพร่กระจายเชื้อวัณโรค ผู้ป่วยวัณโรค

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effect of the application of health belief models and social support to promote epidemic prevention behaviors in pulmonary tuberculosis patients, Uttaradit Hospital. The experimental group consisted of 25 people in the responsible area of Uttaradit Hospital. The experimental group received the program for 12 weeks, and the control group did not receive the program. The data were collected from questionnaires twice, before and after experiments during January 1, 2023, and March 31, 2023, and were analyzed by descriptive statistics in Frequency, percentages, mean, standard deviations and paired t-test with a statistical significance level of .05.

The results revealed that the knowledge of tuberculosis, perceived risk of tuberculosis transmission, perceived severity of tuberculosis transmission, perceived benefit in preventing of tuberculosis transmission, perceived barriers to prevent of tuberculosis transmission and preventive behaviors for tuberculosis transmission among prevention of tuberculosis patients were higher than before receiving the application of health belief models and social support to promote epidemic prevention behaviors in pulmonary tuberculosis patients at the 0.05 level. The adherence to TB drug intake increased from 84.0 % to 100.0 %.

Keyword; Applying the health belief model, Spread of tuberculosis, Tuberculosis patient

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

บทนำ

วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสำคัญทาง การแพทย์และสาธารณสุขทั่วโลก สำหรับประเทศไทย องค์การอนามัยโลกจัดให้เป็น 1 ใน 14 ประเทศที่เป็นปัญหาวัณโรค มีผู้ป่วยวัณโรคทั่วไป สูง (Global Tuberculosis Report WHO, 2021) สำหรับประเทศไทยปี พ.ศ. 2564 พบผู้ป่วยขึ้น ทะเบียนรักษาวัณโรค (ผู้ป่วยรายใหม่และกลับเป็น ซ้ำ) จำนวน 85,029 ราย และวัณโรคดื้อยาหลาย ขนานชนิดรุนแรงมาก 42 ราย เสียชีวิตจากวัณโรค 10,000 รายต่อปี จำนวนผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลาย ขนาน หรือ ดื้อยา rifampicin (MDR/RR-TB) 2,500 ราย และพบผู้ป่วยวัณโรค MDR/RR-TB ร้อยละ 1.7 ในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และร้อยละ 10 ในผู้ป่วยที่มีประวัติการรักษาวัณโรคมาก่อน¹ ประเทศไทยดำเนินการใช้กลยุทธ์การรักษาวัณโรค ด้วยระบบยาระยะสั้นภายใต้การสังเกตโดยตรง หรือแบบมีพี่เลี้ยง (DOTS; Directly Observed Treatment, Short Course) ซึ่งเป็นยุทธวิธีที่มี ประสิทธิภาพในการควบคุมวัณโรคและเพิ่มเติม ประเด็นการผสมผสานวัณโรคและเอชไอวี การ จัดระบบการดูแลวัณโรคดื้อยาหลายขนาน การ สร้างความเข้มแข็งระบบสาธารณสุข การส่งเสริม การมีส่วนร่วมของประชาชนและการศึกษาวิจัย² อย่างไรก็ตาม การรักษาผู้ป่วยวัณโรคของประเทศ ไทยไม่บรรลุตามเป้าหมายที่องค์การอนามัยโลก กำหนด คือ อัตราการรักษาสำเร็จมากกว่าร้อยละ 90³ นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ป่วยวัณโรคมีอัตราการ ขาดยาสูงถึงร้อยละ 5⁴ ปัจจุบันแม้ว่าความชุก อุบัติการณ์และอัตราการตายของผู้ป่วยวัณโรค มีแนวโน้มลดลง แต่ยังเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่ สำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยวัณโรคไม่ทราบว่าตนเองติด เชื้อวัณโรคจึงไม่ได้รับการรักษาอย่างทันที่ ผู้ป่วยขาดความรู้ในการป้องกันไม่ให้วัณโรคติดต่อ สู่อื่น เช่น ไอจามโดยไม่สวมหน้ากากอนามัย ทำให้ เชื้อแพร่กระจายทางอากาศสู่คนรอบข้าง รวมทั้งสภาพความเป็นอยู่ที่แออัดอากาศไม่ถ่ายเท สาเหตุที่ทำให้วัณโรคควบคุมได้ยากและแพร่

ระบาด คือ 1) การเกิดเชื้อวัณโรคดื้อยาหลาย ขนานและ 2) การเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยโรคติดเชื้อเอช ไอวี/เอดส์¹

การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคต้อง เริ่มต้นจากครอบครัวพบผู้ป่วยวัณโรค เนื่องจาก การรักษาวัณโรคใช้เวลานานและถ้าหากกิน ยาไม่สม่ำเสมอหรือไม่ครบสูตรจะทำให้เชื้อดื้อยาได้ จึงต้องมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกำกับให้ผู้ป่วยกินยา ต่อหน้าทุกวัน (DOTS) หรือคนในครอบครัวก็อาจ ทำหน้าที่นี้แทน⁵ ระยะที่ผู้ป่วยอาจแพร่เชื้อวัณโรค คือ 2 สัปดาห์ หลังรับการรักษา ในปัจจุบัน โรงพยาบาลจะขอความร่วมมือให้ผู้ป่วยนอนรักษา ที่โรงพยาบาลในระยะนี้ เพื่อสังเกตการกินยา ผลข้างเคียงของยาและควบคุมโรคไปพร้อมกัน สำหรับการป้องกัน XDR-TB จะแยกตัวผู้ป่วยที่ โรงพยาบาลจะเข้มงวดกว่า อย่างน้อย 1 เดือน และจนกว่าจะตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคในเสมหะ 2 ครั้ง ห่างกัน 1 สัปดาห์⁶ การดูแลทางด้านจิตใจก็ สำคัญไม่แพ้การรักษาทางด้านร่างกาย รวมถึงการ ช่วยเหลือทางสังคม เช่น การชดเชยรายได้ การทำ ความเข้าใจกับชุมชนไม่ให้เกิดการตีตรากับผู้ป่วย และความตื่นตระหนก นอกจากนี้ ชุมชนอาจเข้า มามีส่วนร่วมในการค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ให้ เข้ามาได้รับการรักษา ด้านปัจจัยพฤติกรรม การ ป้องกันการป่วยวัณโรค ถือว่าเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ สำคัญ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า แนวคิดความเชื่อสุขภาพ ประกอบด้วย การ รับรู้โอกาสเสี่ยงของปัญหาสุขภาพ การรับรู้ความ รุนแรงของปัญหาสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของ การปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการป่วยวัณโรค และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม การ ป้องกันปัญหาสุขภาพ ปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและการสร้างความ ตระหนักของกลุ่มเสี่ยงต่อการป้องกันการป่วยด้วย วัณโรค⁷ ซึ่งปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรม การ ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคของกลุ่มเสี่ยงมี อยู่ 3 ปัจจัยหลัก⁸ ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว รายได้

และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย 2) ปัจจัยด้านการรับรู้ของบุคคล ได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค และ 3) ปัจจัยด้านสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค ทั้งนี้ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) เป็นแนวคิดทฤษฎีทางด้านจิตวิทยาสังคมที่ใช้ อธิบายการตัดสินใจของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ โดยเชื่อว่าบุคคลที่มีความเชื่อด้านสุขภาพอย่างใดจะมีแนวโน้มแสดงพฤติกรรมสุขภาพตามความเชื่อของตน ความเชื่อด้านสุขภาพประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค (perceived benefits) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อควบคุมโรค (Perceived barriers to disease prevention) และแรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health motivation)⁹ ดังนั้น แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพจึงมีความสำคัญ การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมป้องกันสุขภาพเกิดขึ้นหรือไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อการกระทำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพอนามัยของบุคคลต้องมีการรับรู้ของตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูงมากน้อยเพียงใด หรือรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคหรือภาวะแทรกซ้อนอาจทำให้ถึงแก่ชีวิตได้ เกิดความพิการมีความเจ็บปวดหรือกระทบความสัมพันธ์ในครอบครัว ซึ่งการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค จะส่งผลให้บุคคลเกิดความเกรงกลัวต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคนั้นๆ และเริ่มมีการรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการปฏิบัติในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หากบุคคลรับรู้ถึงประโยชน์ในด้านการรักษาและการปฏิบัติตนว่ามีมากกว่าอุปสรรคในการปฏิบัติตามคำแนะนำแล้ว บุคคลนั้นจะมีพฤติกรรมการ

ป้องกันเกิดขึ้น ทั้งนี้ร่วมกับการได้รับสิ่งกระตุ้นที่จำเป็นในกระบวนการตัดสินใจ ได้แก่ ปัจจัยชักนำให้ปฏิบัติที่มีทั้งปัจจัยภายใน เช่น การเห็นความเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวหรือเพื่อนสนิท และปัจจัยภายนอก เช่น การได้รับข้อมูลจากสื่อต่างๆ รวมทั้งคำแนะนำ จากบุคลากรในทีมสุขภาพ¹⁰

แนวคิดแบบแผนความเชื่อสุขภาพ (Health belief model; HBM) ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับจากการปฏิบัติตามคำแนะนำและการรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรด้านสุขภาพ¹¹ การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยนำ 4 องค์ประกอบมาใช้ในการจัดโปรแกรมสุขภาพ โดยผู้วิจัยต้องการทราบว่าภายหลังการให้โปรแกรมสุขภาพจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้เกี่ยวกับโรคมากน้อยเพียงใด ซึ่งผลการวิจัยจะเป็นประโยชน์ต่อสถานบริการสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการนำผลการวิจัยไปใช้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมพฤติกรรม การป้องกัน การแพร่กระจายเชื้อโรคของผู้ป่วยโรคปอด ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรค แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรม การป้องกันการแพร่เชื้อโรคของผู้ป่วยโรคปอด และความสม่ำเสมอในการรับประทานยารักษาโรค

สมมติฐานการวิจัย

ความรู้เกี่ยวกับโรค แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรม การป้องกันการแพร่เชื้อโรคของผู้ป่วยโรคปอด ความสม่ำเสมอในการรับประทานยารักษาโรคของผู้ป่วยโรค ภายหลังได้รับโปรแกรมการประยุกต์แบบแผน

ความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวัณโรคปอดดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

วิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi- experimental research) ชนิด กลุ่มเดียวเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างก่อนและหลัง ดำเนินการ (Pretest-Posttest one group design) ระหว่างเดือนมกราคม – เมษายน 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ จำนวน 275 คน¹² กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีเปิดตารางอำนาจการทดสอบ (Power Analysis) ของโพลิตและฮังเกอร์¹³ โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 0.05 อำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ 0.95 และขนาดอิทธิพล (Effect size) จากงานวิจัยของทงเพชร ปราบเสียง¹⁴ ซึ่งคำนวณได้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยเท่ากับ .69 จากนั้นคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ทั้งหมด 25 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าในการศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยวัณโรค อายุ 20 – 60 ปี ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นวัณโรคปอดที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลอุดรดิตถ์และได้รับการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้น 6 เดือน ด้วยสูตรยาสำหรับผู้ป่วยใหม่ (2HRZE/4HR) เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยวัณโรคเคลื่อนย้ายเปลี่ยนที่อยู่ใหม่หรือโอนย้ายการรักษา หรือไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกครั้ง ผู้ป่วยเสียชีวิตหรือขอลอนตัวออกจากการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรม

การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวัณโรคปอด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ ประกอบด้วย

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

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องวัณโรคและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค 18 ข้อ ค่าความเชื่อมั่นวิเคราะห์ด้วย KR-20 ของ Kuder Richardson ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .87 ความรู้เรื่องวัณโรคและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค แบ่งเป็น 3 ระดับ¹⁴ (Best, 1980) ได้แก่ รู้มาก (ร้อยละ 80.0-100.0) ปานกลาง (ร้อยละ 60.00-79.00) และน้อย (ร้อยละ 0.00-59.00)

ส่วนที่ 3 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรค ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อควบคุมโรค 40 ข้อ ค่าความเชื่อมั่นวิเคราะห์ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .92 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรค 3 ระดับ¹⁵ ได้แก่ มาก (ร้อยละ 80.0 -100.0) ปานกลาง (ร้อยละ 60.00-79.00) น้อย (ร้อยละ 0.00-59.00)

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคของผู้ป่วยวัณโรคปอด จำนวน 15 ข้อ ค่าความเชื่อมั่นวิเคราะห์ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .89 พฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคของผู้ป่วยวัณโรคปอด แบ่งเป็น 3 ระดับ¹⁵ ได้แก่ ดี (ร้อยละ 80.0-100.0) ปานกลาง (60.0-79.0) ต่ำ (ร้อยละ 0.0-59.0)

2. โปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวัณโรคปอด ผู้วิจัยจัดกิจกรรมโปรแกรม

สุศึกษาสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ 2 ชั่วโมง ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ประเมินผลก่อนทดลองด้วยแบบสอบถาม จัดกิจกรรมสร้างสัมพันธภาพระหว่าง ผู้วิจัยกับผู้ป่วยวัณโรคและให้ความรู้เรื่องวัณโรคโดย บรรยายใช้ภาพพลิกประกอบ การบรรยายเรื่อง การรับประทานยา การออกกำลังกายฝึกบริหาร ปอด การรับประทานยา การพักผ่อน การทำลายเชื้อในเสมหะ การมาตรวจรักษาตามนัด การให้ประวัติทัศน ความรู้เรื่องวัณโรค การแจกสมุดบันทึกสุขภาพประจำตัวผู้ป่วย และเอกสารแผ่นพับเรื่องวัณโรค

สัปดาห์ที่ 2 - 4 ให้คำปรึกษา ออกเยี่ยมบ้านให้กำลังใจ กระตุ้นเตือนการรับประทานยาทางโทรศัพท์โดยผู้วิจัยและการดูแลการรับประทานยาวัณโรคโดยญาติและอาสาสมัครสาธารณสุข

สัปดาห์ที่ 5 เสริมสร้างการรับรู้ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคโดยใช้ตัวแบบบุคคลโดยผู้ป่วยที่สามารถป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคเล่าประสบการณ์ด้วยการสนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์เพื่อหาแนวทางการป้องกันการดื้อยาและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค

สัปดาห์ที่ 6 ให้คำปรึกษาและเยี่ยมบ้านให้กำลังใจ การกระตุ้นเตือนการรับประทานยาทางโทรศัพท์และการดูแลเรื่องการรับประทานยาวัณโรคโดยญาติและอาสาสมัครสาธารณสุข

สัปดาห์ที่ 7 เสริมสร้างการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยและญาติโดยการจัดอภิปรายกลุ่มหาแนวทางในการปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง และการสาธิตการจัดยาและฝึกบันทึกหลังรับประทานยา การสาธิตการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโดยใช้ผ้าปิดปาก การกำจัดเสมหะที่ถูกต้องและการล้างมือ 7 ขั้นตอน

สัปดาห์ที่ 8 ให้คำปรึกษา การเยี่ยมบ้านให้กำลังใจ กระตุ้นเตือนการรับประทานยาทาง

โทรศัพท์ การรับประทานยาวัณโรคโดยญาติและอาสาสมัครสาธารณสุข

สถิติที่นำมาวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t-test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ เลขที่ 4/2566 วันที่ 9 มีนาคม 2566 ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ชี้แจงสิทธิและความสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย แก่กลุ่มตัวอย่างพร้อมทั้งลงนามเข้าร่วมวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการทำงานหรือการรับการรักษาวัณโรค

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 60.0 เพศหญิง ร้อยละ 40.0 อายุระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 72.0 รองลงมา คือ 41-50 ปี ร้อยละ 20.0 อายุเฉลี่ย 51.21 ปี การศึกษาระดับประถมศึกษา 48.0 รองลงมา คือ มัธยมศึกษา ร้อยละ 40.0 มีเพียง ร้อยละ 12.0 จบการศึกษาระดับ ปวช./ปวส. ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 80.0 รองลงมา คือ 20.0 รายได้ครอบครัว 10,001-15,000 บาท ร้อยละ 60.0 รองลงมาคือ 15,001 บาท ขึ้นไป ร้อยละ 40.0 รายได้เฉลี่ย 1420.12 บาท จำนวนสมาชิก 3-4 คน ร้อยละ 80.0 รองลงมา คือ 5-6 คน ร้อยละ 20.0 ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 88.0 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 84.0 เดินทางมารับการรักษาวัณโรคด้วยรถยนต์ ร้อยละ 72.0 รองลงมา คือ รถจักรยานยนต์ ร้อยละ 28.0 โดยมีบุตร/หลานพามารับการรักษาวัณโรคที่โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ ร้อย

ละ 80.0 มีเพียงร้อยละ 20.0 ที่เดินทางมาด้วยตนเอง

2. ความรู้เรื่องวัณโรคและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคของผู้ป่วยวัณโรคก่อนทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.0 หลังทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 72.0 (ตารางที่ 1) ความรู้เรื่องวัณโรคและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคหลังทดลอง ($=12.12$, $SD.=1.81$) ดีกว่าก่อนทดลอง ($=11.00$, $SD.=2.17$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 2)

3. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับวัณโรคของผู้ป่วยวัณโรคก่อนทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 80.0 หลังทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 80.0 (ตารางที่ 1) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับวัณโรคของผู้ป่วยวัณโรคหลังทดลอง ($=92.68$, $SD.=4.67$) ดีกว่าก่อนทดลอง ($=82.04$, $SD.=7.94$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 2)

3.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรคก่อนทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 72.0 หลังทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.0 (ตารางที่ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรคหลังทดลอง ($=22.48$, $SD.=2.08$) ดีกว่าก่อนทดลอง ($=19.80$, $SD.=3.18$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 2)

3.2 การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรคก่อนทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 72.0

หลังทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 72.0 (ตารางที่ 1) การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรคหลังทดลอง ($=22.12$, $SD.=2.01$) ดีกว่าก่อนทดลอง ($=20.08$, $SD.=2.81$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 2)

3.3 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคก่อนทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 92.0 หลังทดลองอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 64.0 (ตารางที่ 1) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคหลังทดลอง ($=24.08$, $SD.=1.80$) ดีกว่าก่อนทดลอง ($=21.08$, $SD.=1.93$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 2)

3.4 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคก่อนทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 80.0 รองลงมา คือ ระดับน้อย ร้อยละ 12.0 หลังทดลองอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 60.0 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 40.0 (ตารางที่ 1) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคหลังทดลอง ($=24.0$, $SD.=1.61$) ดีกว่าก่อนทดลอง ($=20.36$, $SD.=1.65$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 2)

4. ความสม่ำเสมอในการรับประทานยารักษาวัณโรคเพิ่มขึ้นภายหลังได้รับโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวัณโรคปอดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 84.0 เป็นร้อยละ 100.0

ตารางที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคของผู้ป่วย
วัณโรคปอดความสม่ำเสมอในการรับประทายรักษาวัณโรคของผู้ป่วยวัณโรคก่อนและหลังทดลอง

รายการ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	จำนวน (n=25)	ร้อยละ (100.0)	จำนวน (n=25)	ร้อยละ (100.0)
ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค				
มาก (15 – 18 คะแนน)	1	4.0	2	8.0
ปานกลาง (11 – 14 คะแนน)	13	52.0	18	72.0
น้อย (1 – 10 คะแนน)	11	44.0	5	20.0
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นวัณโรค				
มาก (24 – 30)	3	16.0	9	36.0
ปานกลาง (18-23)	18	72.0	16	64.0
น้อย (1 – 17)	4	12.0	0	0.0
การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค				
มาก (24 – 30)	4	16.0	7	28.0
ปานกลาง (18-23)	18	72.0	18	72.0
น้อย (1 – 17)	3	12.0	0.0	0.0
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค				
มาก (24 – 30)	2	8.0	16	64.0
ปานกลาง (18-23)	23	92.0	9	36.0
น้อย (1 – 17)	0	0.0	0	0.0
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อควบคุมโรค				
มาก (24 – 30)	2	8.0	15	60.0
ปานกลาง (18-23)	23	96.0	10	40.0
น้อย (1 – 17)				
แบบแผนความเชื่อความเชื่อด้านสุขภาพ				
มาก (96 – 120)	2	8.0	5	20.0
ปานกลาง (72 - 95)	20	80.0	20	80.0
น้อย (40 – 71)	3	12.0	0	0.0
พฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อ				
มาก (36 – 45)	6	24.0	22	88.0
ปานกลาง (27 - 35)	16	64.0	3	12.0
น้อย (15 – 26)	3	12.0	0	0.0
ความสม่ำเสมอในการรับประทายยา	21	84.0	25	100.0

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความรู้เรื่องวัณโรค แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรคและพฤติกรรม
การป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคของผู้ป่วยวัณโรคปอดก่อนและหลังการทดลอง (n = 25)

รายการ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
		SD		SD		
ความรู้เรื่องวัณโรค	11.00	2.17	12.12	1.81	6.039	.000 *
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	82.04	7.94	92.68	4.67	10.750	.000 *
- การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นวัณโรค	19.80	3.18	22.48	2.08	5.770	.000 *
- การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค	20.80	2.81	22.12	2.01	3.997	.001 *
- การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค	21.08	1.93	24.08	1.80	8.261	.000 *
- การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อควบคุมโรค	20.36	1.65	24.00	1.61	10.995	.000 *
พฤติกรรมป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรค	32.08	4.67	38.52	3.20	9.391	.000 *

* p < .05

อภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า ความรู้เรื่องวัณโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค การรับรู้ความรุนแรงของการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคและพฤติกรรมป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคของผู้ป่วยวัณโรคสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวัณโรคปอด รวมทั้งความสม่ำเสมอในการรับประทานยารักษาวัณโรคเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 84.0 เป็นร้อยละ 100.0 สอดคล้องกับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ ที่อธิบายว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่ตนเองมีโอกาสป่วยหรือมีโอกาสเป็นโรค ส่งผลทางตรงต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรค โดยผู้ป่วยวัณโรคปอดรับรู้ว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคเนื่องจากต้องคลุกคลีใกล้ชิดและดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด จึงส่งผลให้ผู้ป่วยวัณโรคกระทำพฤติกรรมต่างๆ ทั้งทางตรงและทางอ้อมในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากวัณโรคปอด¹¹ ดังนั้น การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคต้องเริ่มต้นจากผู้ป่วยวัณโรคเนื่องจากการรักษาวัณโรคใช้ระยะเวลานานและถ้าหาก

กินยาไม่สม่ำเสมอ ซึ่งระยะที่ผู้ป่วยยังอาจแพร่เชื้อได้คือ 2 สัปดาห์ หลังรับการรักษา ทั้งนี้ ปัจจัยพฤติกรรมป้องกันการป่วยวัณโรคถือว่าเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่สำคัญ ที่เกิดจากผู้ป่วยวัณโรคมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของปัญหาสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงของปัญหาสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันปัญหาสุขภาพและการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันปัญหาสุขภาพ ปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการสร้างความตระหนักแก่ผู้ป่วยวัณโรคในป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคส่งผลให้การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคและพฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคหลังการทดลองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวัณโรคปอด เนื่องจากในสัปดาห์ที่ 1 ผู้ป่วยวัณโรคจะได้รับความรู้เรื่องวัณโรคจากการบรรยายใช้ภาพพลิกประกอบเกี่ยวกับ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกายฝึกบริหาร ปอด การรับประทานยา การพักผ่อน การทำลายเชื้อในเสมหะ การมาตรวจรักษาตามนัด ร่วมกับการชมวิดิทัศน์ความรู้เรื่องวัณโรค การ

แจกสมุดบันทึกสุขภาพประจำตัวผู้ป่วยและเอกสารแผ่นพับเรื่องโรค

การวิจัยนี้ ผู้วิจัยนำแรงสนับสนุนทางสังคมมาสร้างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยให้คำปรึกษาและกระตุ้นเตือนการรับประทานยาทางโทรศัพท์โดยผู้วิจัย รวมทั้งเสริมสร้างการรับรู้ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคโดยการใช้ตัวแบบบุคคลโดยผู้ป่วยที่สามารถป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคเล่าประสบการณ์ด้วยการ สนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์เพื่อหาแนวทางการป้องกันการดื้อยาและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคอย่างต่อเนื่อง แรงสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์ เช่น การจัดหาผ้าปิดปากและจมูกให้ผู้ป่วยวัณโรคและแรงสนับสนุนด้านจิตใจจากครอบครัวและสังคมผ่านการเยี่ยมบ้าน การให้กำลังใจจากคนในครอบครัวและชุมชน การไม่แสดงความรังเกียจผู้ป่วยวัณโรค สอดคล้องกับการศึกษาของวลัยพร สิงห์จ้อย¹⁶ ที่พบว่า โปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคมีประสิทธิภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันวัณโรคปอดของผู้ดูแลได้โดยกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของวัณโรคปอด การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดวัณโรคปอดความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันโรคปอด ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันวัณโรคปอดและพฤติกรรมในการป้องกันวัณโรคของผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดมากกว่าก่อนการทดลอง ภายหลังผู้ป่วยวัณโรคได้รับโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมพบว่า พฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคของผู้ป่วยวัณโรค มีการปฏิบัติและพฤติกรรมที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น ได้แก่ การแยกของใช้ส่วนตัว เช่น เสื้อผ้า ผ้าเช็ดตัวไม่ให้ปะปนกับผู้อื่น การใช้ช้อนกลางเมื่อรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่นโดยแยกเครื่องใช้ในการรับประทานอาหาร เช่น จาน ชาม แก้วน้ำ สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพ ภาสุรกุล, ภาวนา กิตติยวงศ์ และเขมรติ มาสิงบุญ¹⁷ พบว่าการใช้โปรแกรมการกำกับตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมช่วยให้ผู้ป่วยวัณโรคปอดหลังเข้ารับรักษาระยะ

เข้มข้นครบ 2 เดือนแล้ว มีเจตคติในการรักษาและพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น

จะเห็นได้ว่า โปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น ทำให้ผู้ป่วยวัณโรคมีการป้องกันการแพร่กระจายวัณโรคปอดดีขึ้น เกิดความรู้ทัศนคติที่ดีมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติตนในการป้องกันแพร่กระจายเชื้อวัณโรคที่ถูกต้อง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ โปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวัณโรคปอดสามารถนำผลการวิจัยเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาการรับรู้ความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค โดยกระตุ้นให้ตระหนักถึงความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรควัณโรคและเพิ่มการสนับสนุนหน้าากอนามัยเพื่อป้องกันวัณโรค การให้ความรู้และคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุข และนำผลการวิจัยไปส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคที่เหมาะสมในกลุ่มผู้ที่อยู่ร่วมกัน ประกอบด้วย ปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค ที่มีส่วนช่วยสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคได้ ที่อาจก่อให้เกิดประโยชน์ในงานควบคุมและป้องกันวัณโรคต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันการสัมผัสเชื้อวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน เพื่อนำผลการวิจัยมาวางแผนการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันการสัมผัสเชื้อโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน

เอกสารอ้างอิง

- 1.สำนักงานวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์วัณโรคในประเทศไทย. กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร; 2564.
- 2.สำนักงานวัณโรค กรมควบคุมโรค. แนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ พ.ศ. 2556. พิมพ์ครั้งที่ 2 (ฉบับปรับปรุงเพิ่มเติม) กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2556.
- 3.World Health Organization. Global tuberculosis report 2019. Geneva; 2019.
- 4.สำนักงานวัณโรค กรมควบคุมโรค. แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2561 National Tuberculosis Control Program Guideline, 2560. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซด์.
- 5.ชนชล วงศ์หิรัญเดชา, เอกราช มีแก้ว, ฆาลิตา วารวินิช, ผกาวัลย์ แดหาว, วรญา อำนวยผล, กุสุมา สว่างพันธ์ และคณะ. การสอบสวนผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก จังหวัดภูเก็ต เดือนเมษายน 2561 (2562). รายงาน การเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์. 50(24): 357-65.
- 6.World Health Organization. WHO consolidated guidelines on drug-resistant tuberculosis. Geneva; 2019.
- 7.Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. Health Promotion in Nursing Practice (6th ed.). (2011) New Jersey: Prentice Hall
- 8.ขวัญใจ ม่อนโธสง. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอดที่พักอาศัยใน กรุงเทพมหานครและปริมณฑล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2559.
- 9.Janz, N.K., & Becker, M.H. The health belief model: Adecadelater. Health Education Quarterly; 1984. 11(1), 1-47.
10. Rosenstock, I. M., Stretcher, V. J., & Becker, M. H. The health belief model: Explaining health expectancies. In K. Glanz, E. M. Lewis, & B. K. Rimer. (Eds.), Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice. San Francisco: Jossey-Boss.; 1997.
- 11.Becker MH. The health belief model and sick role behavior. Health education monographs. 1974; 2(4): 409-19.
- 12.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. เอกสารผลการดำเนินงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ปีงบประมาณ 2564 และไตรมาส 1 ปีงบประมาณ 2565 วันที่ 2 – 4 กุมภาพันธ์ 2565; 2565
- 13.Polit, D. F., & Hungler, B. P. Nursing research principles and methods. Philadelphia: J.B. Lippincott.; 1999.
- 14.ทองเพชร ปราบเสียง. ผลของโปรแกรมการจัดการสร้างพลังอำนาจร่วมกับการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมในพื้นที่เลี้ยงผู้ดูแล ผู้ป่วยวัณโรคตามกลยุทธ์ DOTS อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ. (ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัย มหาสารคาม, คณะสาธารณสุขศาสตร์, การจัดการระบบสุขภาพ; 2553.
- 15.Best, J. W. Research in Education (3rd ed ed.). New Jersey :Prentice Hall, Inc.; 1977.
- 16.วัลย์พร สิงห์จ้อย. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคปอดของผู้ดูแล [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต] .นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2556.
- 17.สุภาพ ภาสุกุล, ภาวนา กิตติยวงศ์, เขมรดี มาสิงบุญ. ผลการใช้โปรแกรมการกำกับตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อเจตคติเกี่ยวกับการรักษาพฤติกรรมการดูแลตนเองและผลสำเร็จในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด.วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2555;20(4):57-67.