

ผลของโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็ก
โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน โรงพยาบาลตรัง

Effects of the Health Belief Model Program on Caregiving Behaviors of Caregivers of
Children with Acute Gastroenteritis, Trang Hospital

(Received: December 28,2024 ; Revised: December 29,2024 ; Accepted: December 30,2024)

อัศรีย์ พิชัยรัตน์¹, เบญจวรรณ ช่วยแก้ว², สร้อยสุวรรณ พลสังข์²
Asaree Pichairat¹, Benjawan Chuaykaew², Soisuwan Phonsang²

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน โรงพยาบาลตรัง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลเด็กที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันและเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลตรัง ระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2567 จำนวน 42 คน สุ่มแบ่งอย่างง่าย เป็นกลุ่มทดลอง 21 คน และกลุ่มควบคุม 21 คน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแล และโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Independent t-test และ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.228, p < 0.05$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 12.590, p < 0.05$) ดังนั้นโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพจึงมีประสิทธิผลในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน

คำสำคัญ: แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการดูแล, ผู้ดูแลเด็ก, โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน

Abstract

This quasi-experimental study employed a two-group pretest-posttest design to examine the effects of a Health Belief Model (HBM)-based program on caregiving behaviors among caregivers of children with acute gastroenteritis at Trang Hospital, Thailand. The sample consisted of 42 caregivers of children diagnosed with acute gastroenteritis admitted to the Pediatric Ward of Trang Hospital between June and September 2024. Participants were randomly assigned into an experimental group ($n = 21$) and a control group ($n = 21$) using simple random sampling. Research instruments included a demographic questionnaire, a caregiving behavior questionnaire, and the HBM-based program. Data were analyzed using descriptive statistics, independent t-test, and paired t-test.

The results revealed that after the intervention, the experimental group had significantly higher mean caregiving behavior scores compared to before the intervention ($t = 6.228, p < 0.001$) and also demonstrated significantly higher scores than the control group ($t = 12.590, p < 0.001$). These findings indicate that the HBM-based program is effective in promoting caregiving behaviors among caregivers of children with acute gastroenteritis. Therefore, this program should be integrated into standard nursing practice to enhance caregiver competence and potentially reduce hospital readmission rates.

Keywords: Health Belief Model, Caregiving Behavior, Caregiver, Acute Gastroenteritis

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง

² อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง

บทนำ

โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (Acute gastroenteritis) เป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสาธารณสุขส่งผลกระทบต่อความสมดุลในร่างกาย เมื่อมีการถ่ายอุจจาระเป็นจำนวนมากส่งผลให้เด็กสูญเสียน้ำและอิเล็กโทรไลต์ อาจมีภาวะขาดน้ำ มีอาการอาเจียน ไข้สูง อ่อนเพลียหรือมีอาการซึมและอาจมีอาการชักเกิดขึ้นได้ในเด็กเล็ก เป็นต้น ทำให้จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันมักเกิดจากเชื้อโรคเข้าสู่ปากโดยตรงหรืออาจปนเปื้อนมากับมือ สิ่งของ เครื่องใช้หรือของเล่นต่างๆ รวมทั้งอาหารและน้ำ ซึ่งอาจจะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของผู้ดูแลที่ไม่เหมาะสมจากพฤติกรรมดังกล่าวเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เด็กเกิดโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันจากการปนเปื้อนของเชื้อโรค ส่งผลกระทบต่อประชาชนทั่วโลก เนื่องจากเป็นโรคที่ติดต่อกันได้ง่ายและรวดเร็ว มีความรุนแรงถึงเสียชีวิตได้จากรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่า มีผู้ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงทั่วโลกประมาณสองพันล้านรายต่อปีเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี และมีเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี คาดการณ์ว่ามีผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในแต่ละปีมากกว่า 1.7 ล้านคน¹ ในประเทศไทยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน² เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญและพบบ่อยในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ซึ่งมีโอกาสเกิดขึ้นซ้ำได้บ่อย จากข้อมูลของกรมควบคุมโรค พบผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ตั้งแต่ พ.ศ. 2562-2566 โดยพบการรายงานสูงในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2566 จำนวน 681,747 ราย โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันเป็นโรคที่พบบ่อยและสามารถกลับเป็นซ้ำได้บ่อยหากขาดความรู้และทักษะในการดูแลที่ถูกต้องโดยพบในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี³ จากสถิติจังหวัดตรังมีอัตราการป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงสูงเป็นอันดับหนึ่งในกลุ่มโรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาในช่วงปี พ.ศ. 2557-2561⁴

และโรงพยาบาลศูนย์ตรังได้รายงานจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในกลุ่มเด็ก พบว่าในช่วง พ.ศ. 2559-2561 โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยอันดับหนึ่งและมีจำนวนของผู้ป่วยในปี พ.ศ. 2560 และ 2561 เพิ่มขึ้นจากปีพ.ศ. 2559 จำนวน 12 คน (ร้อยละ 1.41) และจำนวน 61 คน (ร้อยละ 9.86) ตามลำดับ อีกทั้งในช่วงสามปีที่ผ่านมา จำนวนผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันภายใน 28 วัน หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลมีมากถึง 20, 22 และ 30 คน ตามลำดับ⁵

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลดังกล่าวมีหลายประการ อาทิ ความรู้ ระดับการศึกษา การเข้าถึงบริการสุขภาพ อายุ และรายได้ของครอบครัว เป็นต้น อย่างไรก็ตาม แม้ว่าปัจจัยเหล่านี้จะถูกศึกษาไว้ค่อนข้างมาก แต่ยังคงมีช่องว่างทางความรู้ (research gap) เกี่ยวกับการนำโปรแกรมที่สร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดทางพฤติกรรมศาสตร์มาประยุกต์ใช้อย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการประยุกต์ใช้โปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ในบริบทของผู้ดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ณ โรงพยาบาลตรังซึ่งมีลักษณะเฉพาะทางสังคมและวัฒนธรรมที่อาจส่งผลต่อการรับรู้และการปฏิบัติตนของผู้ดูแลการศึกษาที่ผ่านมามีส่วนใหญ่อิงขาดการวัดผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมดูแลอย่างเป็นรูปธรรมและชัดเจน

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) อธิบายว่าการที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและหลีกเลี่ยงการเกิดโรคนั้น จำเป็นต้องมีความเชื่อด้านสุขภาพที่สำคัญ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (perceived susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของโรค

(perceived severity) การรับรู้ถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากการปฏิบัติตน (perceived benefits) การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน (perceived barriers) รวมถึงการมีแรงผลักดันให้เกิดการปฏิบัติจริง โดยบุคคลจะแสดงพฤติกรรมก็ต่อเมื่อมีความเชื่อว่าการกระทำนั้นสามารถนำไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ได้⁶ แนวคิดที่ว่าโปรแกรมที่สร้างจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ได้หากออกแบบให้สอดคล้องกับบริบทของกลุ่มเป้าหมาย ดังนั้น การพัฒนาและทดสอบโปรแกรมตามแนวคิดดังกล่าวสำหรับผู้ดูแลเด็กโรคหอบหืดเรื้อรังเฉียบพลันในบริบทเฉพาะของโรงพยาบาลตรังจึงเป็นสิ่งจำเป็น และจะเป็นประโยชน์ในการเสริมสร้างพฤติกรรมดูแลที่ถูกต้อง ลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนและกลับเป็นซ้ำของโรคได้อย่างยั่งยืน

จากที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) มาประยุกต์ใช้ในการศึกษาผลของโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหอบหืดเรื้อรังเฉียบพลัน โดยมุ่งเน้นการปิดช่องว่างความรู้เกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมในบริบทโรงพยาบาลตรัง และคาดหวังว่าผลการวิจัยในครั้งนี้จะสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในการดูแลเด็กโรคหอบหืดเรื้อรังเฉียบพลันอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี อีกทั้งส่งเสริมให้ผู้ปกครองมีความมั่นใจและมีพฤติกรรมดูแลเด็กโรคหอบหืดเรื้อรังเฉียบพลันอย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหอบหืดเรื้อรังเฉียบพลัน โรงพยาบาลตรัง ก่อนและหลังในกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหอบหืดเรื้อรัง

เฉียบพลัน โรงพยาบาลตรัง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Design) แบบสองกลุ่ม ทดสอบก่อนและภายหลังการใช้โปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลเด็กซึ่งป่วยด้วยโรคหอบหืดเรื้อรังเฉียบพลันมีอายุระหว่าง 18 -70 ปี ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลตรัง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือ ผู้ดูแลเด็กซึ่งป่วยด้วยโรคหอบหืดเรื้อรังเฉียบพลัน ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลตรัง ระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2567 จำนวน 42 คน (กลุ่มทดลอง 21 คน และกลุ่มควบคุม 21 คน) คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power เวอร์ชัน 3.1 กำหนดค่า effect size = 0.80 (ขนาดอิทธิพลระดับมาก) ค่า $\alpha = 0.05$ ค่า power = 0.80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 21 คน จากนั้นทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) โดยใช้วิธีการจับฉลากเพื่อแบ่งผู้ดูแลเข้าสู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนโดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลในระยะเวลาและสถานที่ใกล้เคียงกัน รวมทั้งมีแบบสอบถามที่ใช้ในการวัดผลเหมือนกัน

เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าวิจัย (Inclusion criteria) คือ 1) เป็นผู้ดูแลหลักของเด็กที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคหอบหืดเรื้อรังเฉียบพลันและให้การดูแล เด็กรายนี้อย่างต่อเนื่องตลอดการพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลตรัง 2) มีอายุ 18 ถึง 70 ปี 3) มีความสามารถในการรับรู้ อ่าน เขียน พูด และเข้าใจภาษาไทย cjt 4)

ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ เกณฑ์ในการถอนตัวออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Discontinuation criteria) คือ ผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันมีอาการรุนแรงที่ต้องย้ายไปอยู่หอผู้ป่วยเด็กในภาวะวิกฤติ เกณฑ์ในการคัดเลือกรวมตัวอย่างออกจาก การวิจัย (Exclusion Criteria) คือ ระหว่างการวิจัยหากผู้ดูแลของเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันไม่ประสงค์ที่จะรักษาต่อในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลตรังหรือประสงค์ที่จะขอย้ายไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ผู้วิจัยพัฒนาตามกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ประกอบด้วย 4 กิจกรรม โดยมีระยะเวลาดำเนินกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 รู้เสี่ยง หลีกเลี่ยงโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (ระยะเวลา 45 นาที) เป็นการสาธิตและให้สาธิตย้อนกลับวิธีการดูแลเมื่อเด็กมีไข้ การดูแลเมื่อเด็กมีอาการอุจจาระร่วง การดูแลเด็กเรื่องอาหารและน้ำดื่ม การเตรียมสารละลายเกลือแร่ การดูแลเด็กเรื่องการให้ยา การดูแลเมื่อเด็กกันแดง เป็นต้น เพื่อสามารถประเมินความสามารถของตนเองในการดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน

กิจกรรมที่ 2 รู้รุนแรง (ระยะเวลา 45 นาที) ผู้วิจัยบรรยายตามคู่มือเรื่อง "โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน" แก่ผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ได้แก่ การดูแลเมื่อเด็กมีไข้ การดูแลเมื่อเด็กมีอาการอุจจาระร่วง การดูแลเด็กเรื่องอาหารและน้ำดื่ม การเตรียมสารละลายเกลือแร่ การดูแลเด็กเรื่องการให้ยา การดูแลเมื่อเด็กกันแดง เป็นต้น และรับชมสื่อภาวะแทรกซ้อนของโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน

มีการเล่าเรื่องพร้อมยกกรณีศึกษาและอภิปรายเกี่ยวกับผลกระทบของโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคมและการดำเนินชีวิตประจำวัน

กิจกรรมที่ 3 รู้ประโยชน์ (ระยะเวลา 30 นาที) การให้ผู้ดูแลที่ประสบความสำเร็จมาเล่าประสบการณ์และประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เปิดโอกาสให้กลุ่มทดลองซักถามและร่วมกันบอกเล่าประสบการณ์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง

กิจกรรมที่ 4 บอกเล่า ก้าวผ่านอุปสรรค (ระยะเวลา 30 นาที) มีการแลกเปลี่ยนสิ่งที่ตนคิดว่าจะเป็นอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองและร่วมกันวางแผนเพื่อกำจัดอุปสรรคนั้นเพื่อที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

โปรแกรมทั้งหมดดำเนินกิจกรรมเป็นระยะเวลา 2 วัน โดยแบ่งเป็นวันที่ 1 ดำเนินกิจกรรมที่ 1 และ 2 วันที่ 2 ดำเนินกิจกรรมที่ 3 และ 4 รวมระยะเวลาดำเนิน 150 นาที ผู้ดำเนินกิจกรรมคือผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันมากกว่า 5 ปี

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มผู้ดูแล จำนวน 9 ข้อ ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุของเด็กป่วยของโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน อายุของผู้ดูแล ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน สถานภาพสมรส อาชีพ จำนวนสมาชิกในบ้าน ประวัติการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เป็นโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน

ตอนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน จำนวน 27 ข้อ โดยดัดแปลงแบบสอบถามของมลวิภา เสี่ยงสุวรรณ (2547) เกี่ยวกับการป้องกันการเกิดโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในเด็ก ได้แก่ การดูแลเมื่อเด็กมีไข้ การดูแลเมื่อเด็กมีอาการอุจจาระร่วง การดูแลเด็กเรื่องอาหาร และน้ำดื่ม,

การเตรียมสารละลายเกลือแร่ การดูแลเด็กเรื่อง การให้ยา การดูแลเมื่อเด็กกันแดง เป็นแบบ ประเมินประมาณค่า 4 ระดับ คือ ทำทุก ครั้ง เท่ากับ 4 คะแนน จนถึง ไม่เคยทำ เลย เท่ากับ 1 คะแนน

การหาคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. การหาความตรง (Validity) โดยการ นำเครื่องมือวิจัยไปตรวจสอบความตรงตาม เนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าความตรงเนื้อหา 0.67 – 1 วิเคราะห์ ดัชนีความตรงของเนื้อหาด้วย ค่า IOC (Index of item Objective Congruence) ซึ่งเกณฑ์ที่ ยอมรับได้ คือ $IOC \geq 0.50$

2. การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยและ แบบประเมินที่ได้รับข้อเสนอแนะมาจาก ผู้ทรงคุณวุฒิและปรับปรุงแก้ไขแล้วนำไปหา ความเชื่อมั่นโดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับ ผู้ดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ที่มี คุณสมบัติเหมือนกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน หลังจากนั้นนำเครื่องมือมาวิเคราะห์ความเที่ยง โดยการใช่วิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha co-efficient) โด ย แบบสอบถามพฤติกรรมอาการดูแลของผู้ดูแลเด็ก โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน มีค่าสัมประสิทธิ์และ ค่าอัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha co-efficient) เท่ากับ 0.84

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ และได้รับความยินยอมจาก ผู้ดูแลเด็ก โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอน การวิจัยให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทราบ พร้อมลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบสอบถาม

พฤติกรรมอาการดูแล (Pre-test) ก่อนได้รับ โปรแกรม

3. ระยะดำเนินการทดลอง ดำเนินการ ในแต่ละกลุ่ม ดังนี้

3.1 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนิน กิจกรรมตามโปรแกรมแบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นระยะ เวลา 2 วัน วันละ 75 นาที รวม 150 นาที โดย ดำเนินการในห้องประชุมของหอผู้ป่วยกุมารเวช กรรม โรงพยาบาลตรัง

3.2 กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาล ตามปกติ ซึ่งประกอบด้วย การให้ คำแนะนำทั่วไปเกี่ยวกับ

การดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันจาก พยาบาลประจำหอผู้ป่วยตามมาตรฐานการ พยาบาล

4. ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทำแบบสอบถามพฤติกรรมอาการดูแลอีกครั้ง (Post-test) ภายใน 24 ชั่วโมงหลังจากเสร็จสิ้น กิจกรรมในกลุ่มทดลอง และในระยะเวลา เดียวกันกับกลุ่มควบคุม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ ข้อมูล ด้วย โปรแกรม คอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดค่าความมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 มีขั้นตอน ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่ม ตัวอย่างด้วยสถิติบรรยาย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย พฤติกรรมอาการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วง เฉียบพลัน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent T-test

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย พฤติกรรมอาการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วง เฉียบพลัน ภายในกลุ่มทดลองระยะก่อนและหลัง ได้รับโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยใช้สถิติ Paired T-test และ ก่อนการ

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ผู้วิจัยได้ทดสอบ
ข้อตกลงเบื้องต้น (assumption testing) ดังนี้

3.1 การทดสอบการแจกแจงแบบ
ปกติ (Normality test): ใช้ Shapiro-Wilk test
พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ ($p > 0.05$)

3.2 การทดสอบความแปรปรวน
เท่ากัน (Homogeneity of variance): สำหรับ
การวิเคราะห์ Independent t-test ใช้
Levene's test พบว่าความแปรปรวนของ
คะแนนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่
แตกต่างกัน ($p > 0.05$)

3.3 การทดสอบความสัมพันธ์ของ
ข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง: คะแนนก่อนและ
หลังการทดลองในกลุ่มทดลองมีความสัมพันธ์กัน
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.742, p < 0.001$)

จากการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นพบว่าข้อมูลมี
คุณสมบัติเหมาะสมสำหรับการวิเคราะห์ด้วยสถิติ
Paired t-test และ Independent t-test

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n = 42$)

ลักษณะข้อมูล	กลุ่มทดลอง ($n = 21$)	กลุ่มควบคุม ($n = 21$)	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
เพศ			1.000
ชาย	9 (42.9)	9 (42.9)	
หญิง	12 (57.1)	12 (57.1)	
อายุเด็กป่วย			1.000
1 เดือน - 1 ปี	7 (33.3)	7 (33.3)	
1 - 3 ปี	9 (42.9)	9 (42.9)	
3 - 5 ปี	5 (23.8)	5 (23.8)	
อายุผู้ดูแล			0.826
18-20 ปี	5 (23.8)	4 (19.0)	
21-31 ปี	9 (42.9)	9 (42.9)	
31-40 ปี	1 (4.8)	2 (9.5)	
41-50 ปี	3 (14.3)	3 (14.3)	
51-60 ปี	3 (14.3)	3 (14.3)	
ระดับการศึกษา			1.000
ต่ำกว่าปริญญาตรี	11 (52.4)	11 (52.4)	

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรม
การวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรม
การวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี
ตรัง (BCNT50/2567 ลงวันที่ 5 พฤษภาคม
2567) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยใน
มนุษย์ โรงพยาบาลตรัง (ID 035/5/2567)
ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย
ประโยชน์ที่ได้รับ และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น
ให้แก่ผู้เรียนและผู้ปกครองทราบ โดยขอความ
ยินยอมจากผู้ปกครองเป็นลายลักษณ์อักษร
(informed consent) และขอความยินยอมจาก
นักเรียน (assent) ก่อนเข้าร่วมการวิจัย กลุ่ม
ตัวอย่างมีสิทธิ์ถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา
โดยไม่มีผลกระทบต่อการศึกษา ข้อมูลทั้งหมดถูก
เก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 42)

ปริญญาตรี	10 (47.6)	10 (47.6)	
รายได้ต่อเดือน			0.615
น้อยกว่า 10,000 บาท	5 (23.8)	7 (33.3)	
10,000-15,000 บาท	14 (66.7)	12 (57.1)	
15,001-20,000 บาท	1 (4.8)	2 (9.5)	
20,001-30,000 บาท	1 (4.8)	0 (0.0)	
สถานภาพครอบครัว			0.649
โสด	4 (19.0)	3 (14.3)	
แต่งงาน	15 (71.4)	13 (61.9)	
หย่า/แยกกันอยู่	2 (9.5)	4 (19.0)	
ไม่ระบุ	0 (0.0)	1 (4.8)	
อาชีพ			0.482
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1 (4.8)	3 (14.3)	
ลูกจ้างประจำ	5 (23.8)	5 (23.8)	
ลูกจ้างชั่วคราว	3 (14.3)	4 (19.0)	
ค้าขาย/อาชีพอิสระ	10 (47.6)	7 (33.3)	
นักเรียน/นักศึกษา	2 (9.5)	1 (4.8)	
รับจ้าง	0 (0.0)	1 (4.8)	
สมาชิกในครอบครัว			0.314
1-3 คน	8 (38.1)	11 (52.4)	
4-6 คน	11 (52.4)	9 (42.9)	
7-9 คน	2 (9.5)	0 (0.0)	
10 คนขึ้นไป	0 (0.0)	1 (4.8)	
ประวัติการดูแลบุตรในครอบครัวที่เป็นโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน			
เคยให้กินยาหยุดถ่าย	11 (52.4)	6 (28.6)	0.116
เคยให้ดื่มน้ำเกลือแร่	18 (85.7)	16 (76.2)	0.695
เคยพาไปพบแพทย์	19 (90.5)	19 (90.5)	1.000
เคยดื่มน้ำ	4 (19.0)	3 (14.3)	1.000
เคยงดอาหาร	1 (4.8)	1 (4.8)	1.000
ไม่เคยปล่อยให้หายเอง	21 (100.0)	21 (100.0)	1.000

หมายเหตุ: ค่า p-value จากสถิติ Chi-square test และ Fisher's exact test

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะข้อมูลทั่วไปที่ใกล้เคียงกัน โดยเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติ Chi-square test หรือ Fisher's exact test พบว่าไม่มีลักษณะข้อมูลทั่วไปใดที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$ ทุกลักษณะ) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความ

เป็นเนื้อเดียวกัน (homogeneous) ในด้านข้อมูลพื้นฐาน ซึ่งเป็นผลจากการสุ่มตัวอย่างที่เหมาะสม และทำให้สามารถเปรียบเทียบผลของโปรแกรมในขั้นตอนต่อไปได้อย่างน่าเชื่อถือ เนื่องจากตัวแปรต้นอื่นๆ ที่อาจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มก่อนการทดลอง

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

กลุ่ม	การวัด	M	SD	t	p-value	effect size (Cohen's d)
ภายในกลุ่ม						
ทดลอง (n=21)	ก่อนทดลอง	83.67	8.86	6.228	<0.001	1.36
	หลังทดลอง	98.57	6.15			
ควบคุม (n=21)	ก่อนทดลอง	82.55	8.57	1.687	0.107	0.37
	หลังทดลอง	79.52	4.78			
ระหว่างกลุ่ม						
ทดลอง	หลังทดลอง	98.57	6.15	12.590	<0.001	3.89
ควบคุม	หลังทดลอง	79.52	4.78			

จากตารางที่ 2 การเปรียบเทียบภายในกลุ่ม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลหลังได้รับโปรแกรม (M = 98.57, SD = 6.15) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (M = 83.67, SD = 8.86) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 6.228, p < 0.001) โดยมีขนาดอิทธิพล (effect size) อยู่ในระดับสูงมาก (Cohen's d = 1.36) ในขณะที่กลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลหลังการทดลอง (M = 79.52, SD = 4.78) ไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง (M = 82.55, SD = 8.57) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 1.687, p = 0.107)

การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแล (M = 98.57, SD = 6.15) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (M = 79.52, SD = 4.78) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 12.590, p < 0.001) โดยมีขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับสูงมาก (Cohen's d = 3.89)

สรุปและอภิปรายผล

ภายหลังการทดลอง ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันสูงกว่าก่อนการทดลอง

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.001) ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นได้ออกแบบกิจกรรมให้สอดคล้องกับองค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ตามแนวคิดของ Becker⁶ และ Rosenstock⁷ อย่างครบถ้วน กล่าวคือ

กิจกรรมที่ 1 “รู้เสี่ยง หลีกเลี่ยงโรค อุจจาระร่วงเฉียบพลัน” มุ่งเน้นการรับรู้โอกาสเสี่ยง (perceived susceptibility) โดยผู้ดูแลได้เรียนรู้ถึงปัจจัยเสี่ยงและวิธีการป้องกันที่ถูกต้อง ส่งผลให้เกิดความตระหนักว่าเด็กของตนอาจเจ็บป่วยหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนได้หากไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม สอดคล้องกับแนวคิดของ Becker⁷ ที่ว่าบุคคลจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเมื่อรับรู้ว่าคุณหรือบุคคลในความดูแลมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค

กิจกรรมที่ 2 “รู้รุนแรง” เสริมสร้างการรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived severity) ผ่านการบรรยาย การชมสื่อ และการอภิปรายกรณีศึกษาเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน ผลกระทบทางร่างกาย จิตใจ และสังคมของโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Owiti และคณะ⁸ ที่พบว่าผู้ดูแลที่รับรู้ความรุนแรงของโรคมักมีแนวโน้มใช้สารละลายเกลือแร่ทางปากและให้น้ำแก่เด็กอย่างถูกต้องมากขึ้น ตลอดจน

การศึกษาของ Abate และคณะ⁹ ที่ระบุว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคและทัศนคติที่เหมาะสมของผู้ดูแลเป็นปัจจัยสำคัญที่เชื่อมโยงกับการปฏิบัติดูแลเด็กที่มีอาการท้องเสียอย่างถูกวิธี

กิจกรรมที่ 3 “รู้ประโยชน์” เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลที่ประสบความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาเล่าประสบการณ์และประโยชน์ที่ได้รับ ทำให้ผู้ดูแลเกิดการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ (perceived benefits) ตามแนวคิด Health Belief Model⁶ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Emea และ Lawal¹⁰ ที่พบว่า การให้ความรู้เชิงโต้ตอบสามารถเพิ่มพฤติกรรม การป้องกันโรคอุจจาระร่วงได้อย่างมีนัยสำคัญ

กิจกรรมที่ 4 “บอกเล่า ก้าวผ่านอุปสรรค” เป็นกระบวนการแลกเปลี่ยนและวางแผนจัดการกับอุปสรรคที่ผู้ดูแลคาดว่าจะเกิดขึ้น (perceived barriers) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Tola และคณะ¹¹ ที่พบว่า การลดอุปสรรคที่รับรู้มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และสอดคล้องกับการศึกษาของพรณี ยาท้วม¹² ที่พบว่า โปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพช่วยให้ผู้ป่วยวัยโรคสามารถรับรู้อุปสรรคและหาแนวทางจัดการ ส่งผลให้พฤติกรรม การป้องกัน การแพร่กระจายเชื้อ ดีขึ้น

ดังนั้น การที่โปรแกรม ครอบคลุมองค์ประกอบสำคัญทั้ง 4 ด้าน จึงช่วยเสริมสร้างความเชื่อด้านสุขภาพ และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลที่พึงประสงค์อย่างชัดเจน

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสูงกว่ากลุ่ม ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยมีขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับสูงมาก (Cohen's $d = 3.89$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีประสิทธิภาพมากกว่าการ

พยาบาลปกติในการส่งเสริมพฤติกรรมดูแล การพยาบาลปกติที่กลุ่มควบคุมได้รับเป็นการให้คำแนะนำทั่วไปเกี่ยวกับการดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันตามมาตรฐาน ซึ่งมักเป็นการบอกกล่าวโดยพยาบาลประจำหอผู้ป่วยแบบสั้นๆ ขณะที่การรักษาพยาบาล ขาดการสร้าง ความเชื่อด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบ ในขณะที่ โปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมี กระบวนการที่ต่อเนื่องและครอบคลุมทั้ง การสร้างการรับรู้ การสร้างแรงจูงใจ และการฝึก ทักษะ สอดคล้องกับแนวคิดของ Rosenstock⁷ ที่กล่าวว่า การสร้างความเชื่อด้านสุขภาพเป็น ปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ที่ยั่งยืน ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ อรวรรณ หล้าสวัสดิ์¹³ ที่พบว่า โปรแกรมการสอน ที่มีการสร้างความเชื่อด้านสุขภาพช่วยเพิ่มความรู้ และการปฏิบัติของผู้ดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วง เฉียบพลันได้อย่างมีนัยสำคัญ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลในหอผู้ป่วย กุมารเวชกรรมควรนำโปรแกรมแบบแผนความ เชื่อด้านสุขภาพที่พัฒนาขึ้นไปประยุกต์ใช้ในการ ให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วง เฉียบพลัน โดยเน้นการสร้าง ความเชื่อด้าน สุขภาพควบคู่กับการฝึกทักษะการดูแล เนื่องจาก โปรแกรมมีประสิทธิภาพสูงกว่าการให้คำแนะนำ แบบปกติ

2. พัฒนาหนังสือคู่มือโรคอุจจาระร่วง เฉียบพลันเป็นสื่อประกอบการสอนสำหรับผู้ดูแล เพื่อให้สามารถทบทวนความรู้ได้ด้วยตนเองหลัง กลับบ้าน

3. นำผลการวิจัยไปเผยแพร่เป็น กรณีศึกษาในรายวิชาการพยาบาลเด็ก เพื่อให้

นักศึกษาพยาบาลเกิดความรู้ความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการส่งเสริมป้องกันโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันโดยใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการติดตามผลระยะยาว เช่น ที่ 1 เดือน และ 3 เดือน หลังผู้ป่วยกลับบ้าน เพื่อประเมินความคงทนของพฤติกรรมการดูแลและอัตราการกลับเป็นซ้ำของโรค

2. ควรพัฒนาโปรแกรมในรูปแบบแอปพลิเคชันหรือสื่อออนไลน์เพื่อเพิ่มความสะดวกในการเข้าถึงและลดข้อจำกัดด้านเวลาและสถานที่

3. ควรศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ดูแลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแล เพื่อให้เข้าใจถึงปัจจัยส่งเสริมและปัจจัยอุปสรรคในเชิงลึกมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. The treatment of diarrhea: a manual for physicians and other senior health workers. Geneva: World Health Organization; 1995.
2. สมาคมกุมารเวชศาสตร์ทางเดินอาหารและตับ. แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาโรคท้องร่วงเฉียบพลันในเด็ก. นนทบุรี: แพทยสภา; 2562.
3. ธิติมา สุขเลิศตระกูล. การพยาบาลเด็กที่มีภาวะไม่สมดุลอิเล็กโทรไลต์. วารสารพยาบาลสาร. 2561;45(4):240-52.
4. กลุ่มงานยุทธศาสตร์และข้อมูลเพื่อการพัฒนาจังหวัด. รายงานสถานการณ์โรคติดต่อ จังหวัดตรัง ปี 2557-2561. ตรัง: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง; 2562.
5. โรงพยาบาลตรัง. สถิติผู้ป่วยในผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลตรังประจำปี 2559-2561. ตรัง: กลุ่มงานเวชระเบียน โรงพยาบาลตรัง; 2562.
6. Becker MH. The Health Belief Model and personal health behavior. Health Educ Monogr. 1974;2(4):324-473.
7. Rosenstock IM. Historical origins of the Health Belief Model. Health Educ Monogr. 1974;2(4):328-35.
8. Owiti BA, Asweto CO, Oyieke JA, Aluoch JR, Obonyo CO. Dehydration knowledge and diarrheal perception are predictors of diarrheal home management: a cross-sectional study of caregivers in West Seme, Kisumu County, Kenya. Am J Public Health Res. 2021;9(2):57-62. doi:10.12691/ajphr-9-2-3.
9. Abate BB, Zemariam AB, Wondimagegn A, Abebe GK, Araya FG, Kassie AM, et al. Knowledge, attitude and practice of home management of diarrhea among under-five children in East Africa: a systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2024;19(2):e0298801. doi:10.1371/journal.pone.0298801.
10. Emea MK, Lawal SA. Effect of health education intervention on diarrhea prevention practices among mothers of under-five children in Abia State, Nigeria. Int J Public Health Pharm Pharmacol. 2023;8(2):28-43.

11. Tola HH, Tol A, Shojaeizadeh D, Garmaroudi G. Tuberculosis treatment adherence and its association with perceived benefits and barriers among patients: application of the Health Belief Model. *BMC Public Health*. 2021;21(1):1953. doi:10.1186/s12889-021-11913-9.
12. พรรณี ยาทำวม. ผลของโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวัณโรค. วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาาระบบสุขภาพปทุมธานีและสาธารณสุข. 2567;2(2):94-106.
13. อรวรรณ หล้าสวัสดิ์. ผลของโปรแกรมการสอนต่อความรู้และการปฏิบัติของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน. *Nursing Science Journal of Thailand*. 2562;37(3):63-78.