

## การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน โดยเครือข่ายสุขภาพ อำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์

The Development of Care Model for Pulmonary Tuberculosis, Phlapphla Chai District,  
Buriram Province.

(Received: September 9, 2026; Revised: September 13, 2026 ; Accepted: September 19, 2026)

อมรภัก พิศงาม<sup>1</sup>

Amornphak Phisngam<sup>1</sup>

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบริบท สร้างและพัฒนา และประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชนโดยเครือข่ายสุขภาพ อำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ดำเนินการระหว่างเดือนเมษายนถึงกันยายน พ.ศ. 2569 แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และบริบทการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยเครือข่ายสุขภาพ 42 คน เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรค 17 คน และผู้ป่วยวัณโรคปอดที่รักษาสำเร็จแล้ว 21 คน ระยะที่ 2 สร้างและพัฒนาารูปแบบตามกระบวนการ PAOR โดยเครือข่ายสุขภาพและเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรค จำนวน 59 คน และระยะที่ 3 ทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบในผู้ป่วยวัณโรคปอดชนิดเสมหะตรวจพบเชื้อรายใหม่ 20 คน และผู้ดูแล 20 คน รวม 40 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม การสนทนากลุ่ม การสังเกต แบบติดตามการรับประทานยาตามแนวทาง DOT และแบบรายงาน TB07/1 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired samples t-test และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การดูแลโดยใช้ครอบครัวเป็นฐาน 2) การจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้าน 3) การส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย 4) การลดการติดต่อทางสังคม และ 5) การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย ภายหลังใช้รูปแบบ ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับวัณโรคและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเพิ่มขึ้นจาก 7.24 คะแนน (S.D. = 1.44) เป็น 10.93 คะแนน (S.D. = 0.67) และผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นจาก 7.96 คะแนน (S.D. = 1.15) เป็น 11.40 คะแนน (S.D. = 0.62) ส่วนคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการแพร่เชื้อของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจาก 10.45 คะแนน (S.D. = 1.38) เป็น 16.17 คะแนน (S.D. = 1.06) โดยคะแนนทุกด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) ผู้ป่วยรับประทานยาครบตามแผนการรักษาร้อยละ 95.00 และผู้ป่วยทั้งหมดมีผลตรวจเสมหะเป็นลบเมื่อสิ้นสุดระยะเข้มข้น โดยไม่พบการขาดยา การเสียชีวิต หรือการโอนออกในรอบติดตาม 3 เดือน กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อการดูแลของเครือข่ายสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ย 4.46 คะแนน

**คำสำคัญ:** การพัฒนาารูปแบบ, ผู้ป่วยวัณโรคปอด, เครือข่ายสุขภาพ, การดูแลในชุมชน, การมีส่วนร่วม

### Abstract

This participatory action research aimed to examine the community-based pulmonary tuberculosis care context, develop a care model, and evaluate the model implemented by the district health network in Phlapphla Chai District, Buriram Province. The study was conducted from April to September 2026 and comprised three phases. Phase 1 involved a situational and contextual assessment among 42 district health network members, 17 tuberculosis care personnel, and 21 successfully treated pulmonary tuberculosis patients. Phase 2 involved model development through the PAOR process with 59 district health network members and tuberculosis care personnel. Phase 3 involved model implementation and evaluation among 20 newly diagnosed smear-positive pulmonary tuberculosis patients and 20 caregivers, totaling 40 participants. Data were collected using questionnaires, focus group discussions, observations, a directly observed treatment monitoring form, and the TB07/1 treatment outcome form. Quantitative data were

<sup>1</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์

analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and paired samples t-test, while qualitative data were analyzed using content analysis.

The developed model comprised five components: 1) family-based care, 2) home environmental management, 3) promotion of patient self-care, 4) social stigma reduction, and 5) promotion of patient health behaviors. Following implementation, the patients' mean tuberculosis knowledge and transmission-prevention score increased from 7.24 (S.D. = 1.44) to 10.93 (S.D. = 0.67), while the caregivers' mean knowledge score increased from 7.96 (S.D. = 1.15) to 11.40 (S.D. = 0.62). The patients' mean tuberculosis transmission-prevention behavior score increased from 10.45 (S.D. = 1.38) to 16.17 (S.D. = 1.06). All outcome scores increased significantly following model implementation ( $p < 0.001$ ). Complete medication adherence was observed in 95.00% of the patients. At the end of the intensive treatment phase, all patients had negative sputum results, and no loss to follow-up, death, or transfer-out was recorded during the three-month monitoring period. Overall satisfaction with the care provided by the district health network was high, with a mean score of 4.46.

**Keywords:** Model development, Pulmonary tuberculosis patients, District health network, Community-based care, Participation

## บทนำ

วัณโรค (Tuberculosis: TB) เป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย *Mycobacterium tuberculosis* ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่ม *Mycobacterium tuberculosis complex* สามารถเกิดได้กับอวัยวะทุกส่วนของร่างกาย แต่ส่วนใหญ่มักเกิดที่ปอดและสามารถแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่นได้ง่าย ส่วนวัณโรคนอกปอดอาจพบที่เยื่อหุ้มปอด ต่อม้ำเหลือง กระดูกสันหลัง ข้อต่อ ช่องท้อง ระบบทางเดินปัสสาวะ ระบบสืบพันธุ์ และระบบประสาท วัณโรคจึงยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก เนื่องจากก่อให้เกิดการเจ็บป่วย การเสียชีวิต และส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว และบุคคลใกล้ชิด องค์การอนามัยโลกกำหนดเป้าหมายยุติวัณโรคภายในปี พ.ศ. 2578 โดยลดอุบัติการณ์วัณโรคให้เหลือไม่เกิน 10 ต่อประชากรแสนคน และลดจำนวนผู้เสียชีวิตจากวัณโรคลงมากกว่าร้อยละ 95 เมื่อเทียบกับปีฐาน พ.ศ. 2558 อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยยังได้รับการจัดให้อยู่ในกลุ่มประเทศที่มีภาระวัณโรคสูง ทั้งวัณโรคทั่วไป วัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี และวัณโรคดื้อยาหลายขนาน<sup>1</sup>

จากรายงานองค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2562 คาดประมาณว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยวัณโรคราย

ใหม่และกลับเป็นซ้ำประมาณ 106,000 ราย หรือคิดเป็นอัตรา 153 ต่อประชากรแสนคน มีผู้ป่วยวัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีประมาณ 11,000 ราย และผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานหรือดื้อต่อยาไรแฟมพิซิน (MDR/RR-TB) ประมาณ 4,000 ราย ในปีเดียวกันประเทศไทยมีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำขึ้นทะเบียนรักษา 85,029 ราย คิดเป็นความครอบคลุมของการค้นหาและขึ้นทะเบียนรักษาประมาณร้อยละ 80 สะท้อนว่ายังมีผู้ป่วยส่วนหนึ่งไม่เข้าสู่ระบบบริการ ไม่ได้รับการวินิจฉัย หรือได้รับการวินิจฉัยแต่ไม่ได้รับการรายงานเข้าสู่ระบบ<sup>1</sup>

ประเทศไทยกำหนดให้อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และกลับเป็นซ้ำเป็นตัวชี้วัดสำคัญของการดำเนินงานวัณโรค โดยในปี พ.ศ. 2560–2562 มีอัตราความสำเร็จของการรักษาร้อยละ 84.00, 85.00 และ 85.70 ตามลำดับ จากผลการดำเนินงานของหน่วยบริการตรวจวินิจฉัยและรักษาวัณโรคทั่วประเทศในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 จำนวน 1,204 แห่ง พบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำทั้งคนไทยและไม่ใช้คนไทยขึ้นทะเบียนรักษา 78,955 ราย กลุ่มอายุ 65 ปีขึ้นไปมีจำนวนมากที่สุด 21,761 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.70 และพบผู้ป่วยชาย

ประมาณสองเท่าของผู้ป่วยหญิง สำหรับผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนรักษาในปี พ.ศ. 2565 พบอัตราความสำเร็จของการรักษาร้อยละ 79.80 โดยสาเหตุสำคัญที่ทำให้การรักษาไม่สำเร็จ ได้แก่ การเสียชีวิตร้อยละ 9.80 และการขาดยาร้อยละ 5.60 นอกจากนี้ ในปี พ.ศ. 2566 ยังพบผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรคดื้อยา MDR/RR-TB จำนวน 886 ราย Pre-XDR-TB จำนวน 56 ราย และ XDR-TB จำนวน 6 ราย ขณะที่อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่อยู่ที่ร้อยละ 82.20 ซึ่งยังต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดไว้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 88<sup>2</sup>

แนวทางสำคัญในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคคือการรักษาภายใต้การสังเกตโดยตรง (Directly Observed Treatment: DOT) โดยมอบหมายให้พี่เลี้ยงกำกับดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง พร้อมบันทึกข้อมูล ให้คำแนะนำและกำลังใจ ติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากยา และส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการประเมินเมื่อพบความผิดปกติ การดำเนินงานดังกล่าวมีความสำคัญต่อการทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาครบถ้วนตามแผนการรักษา ลดการขาดยา ป้องกันการเกิดวัณโรคดื้อยา และลดการแพร่กระจายเชื้อในครอบครัว และชุมชน อย่างไรก็ตาม การดูแลผู้ป่วยวัณโรคให้ประสบความสำเร็จไม่สามารถดำเนินการโดยหน่วยบริการสุขภาพเพียงฝ่ายเดียว แต่ต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล ครอบครัว โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น<sup>3</sup>

สถานการณ์วัณโรคของจังหวัดบุรีรัมย์ในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2563–2567 พบผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรคจำนวน 1,416, 1,234, 1,358, 1,498 และ 1,543 ราย ตามลำดับ โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ เสมหะตรวจพบเชื้อ คิดเป็นร้อยละ 52.99, 47.69, 50.37, 56.86 และ 53.69 ตามลำดับ อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดราย

ใหม่ในช่วงเวลาดังกล่าวอยู่ที่ร้อยละ 53.74, 56.24, 57.58, 55.74 และ 56.32 ตามลำดับ ส่วนอัตราการเสียชีวิตอยู่ที่ร้อยละ 8.83, 7.86, 12.37, 7.41 และ 4.60 และอัตราการขาดยาอยู่ที่ร้อยละ 5.16, 5.92, 4.71, 3.81 และ 2.92 ตามลำดับ สถานการณ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า แม้แนวโน้มการขาดยาจะลดลง แต่ผลสำเร็จของการรักษายังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย และยังพบการเสียชีวิตและการขาดยาในระบบการรักษาอย่างต่อเนื่อง<sup>4</sup>

สำหรับอำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ข้อมูลรายงานของโรงพยาบาลพลับพลาชัยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563–2567 พบผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรครายใหม่จำนวน 29, 19, 28, 25 และ 55 ราย ตามลำดับ อัตราความสำเร็จของการรักษาอยู่ที่ร้อยละ 25.00, 73.91, 75.00, 75.00 และ 73.77 ตามลำดับ ซึ่งยังต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด ขณะที่อัตราการเสียชีวิตอยู่ที่ร้อยละ 0.00, 4.35, 6.25, 10.71 และ 6.56 ตามลำดับ และอัตราการขาดยาอยู่ที่ร้อยละ 0.00, 13.04, 15.63, 3.57 และ 1.64 ตามลำดับ แม้ในระยะหลังอัตราการขาดยามีแนวโน้มลดลง แต่ยังคงพบผู้ป่วยขาดยาและเสียชีวิต รวมถึงมีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรายใหม่เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยที่มีความต่อเนื่องและเชื่อมโยงระหว่างหน่วยบริการ ครอบครัว และชุมชน<sup>5</sup>

จากการทบทวนบริบทการดำเนินงานในพื้นที่พบว่า การดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนเดิมยังเป็นการรับรายงานผู้ป่วยจากโรงพยาบาลและติดตามเป็นบางช่วงเวลา การประสานงานและการกำหนดบทบาทของผู้เกี่ยวข้องยังไม่เป็นระบบ อีกทั้งการมีส่วนร่วมของครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังไม่ครอบคลุม การขาดการติดตามกำกับ การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องอาจทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ครบ ขาดยา มีผลการรักษาไม่สำเร็จ และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดวัณโรคดื้อยาหลายขนาน โดยเฉพาะผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่

มีผลตรวจเสมหะพบเชื้อ ซึ่งสามารถแพร่กระจายเชื้อไปยังผู้สัมผัสร่วมบ้านและบุคคลในชุมชน<sup>5</sup>

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน โดยเครือข่ายสุขภาพอำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ โดยประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ PAOR<sup>6</sup> ประกอบด้วยการวางแผน (Planning) การลงมือปฏิบัติ (Action) การสังเกตผล (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) เพื่อเปิดโอกาสให้เครือข่ายสุขภาพร่วมศึกษาปัญหา วางแผนดำเนินกิจกรรม ติดตามประเมินผล และปรับปรุงแนวทางการดูแลให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ รูปแบบดังกล่าวมุ่งส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับทราบยาอย่างสม่ำเสมอ มีพฤติกรรมป้องกันการแพร่เชื้อที่เหมาะสม ครอบครัวและผู้ดูแลสามารถสนับสนุนการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเครือข่ายสุขภาพมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง อันจะนำไปสู่การลดการขาดยา เพิ่มโอกาสความสำเร็จของการรักษา และลดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในชุมชนต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และบริบทการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชนของเครือข่ายสุขภาพ อำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์
2. เพื่อสร้างและพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพ อำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์
3. เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพ อำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์

### วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ดำเนินการในพื้นที่อำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ระหว่างเดือนมีนาคม

ถึงกันยายน พ.ศ. 2569 แบ่งการศึกษาออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

#### 1. ระยะศึกษาสถานการณ์และบริบท

ศึกษาสถานการณ์ สภาพปัญหา และบริบทการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชนของเครือข่ายสุขภาพอำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ครอบคลุมระบบการค้นหาและคัดกรองผู้ป่วย การป้องกันและควบคุมการแพร่เชื้อ การดูแลและติดตามผู้ป่วย การส่งต่อ การสนับสนุนทางสังคม ตลอดจนปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ผู้ดูแล และเครือข่ายสุขภาพ

#### 2. ระยะสร้างและพัฒนารูปแบบ นำข้อมูล

จากระยะที่ 1 มาวิเคราะห์และใช้ในการสร้างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพ โดยประยุกต์ใช้กระบวนการ PAOR ประกอบด้วย ขั้นตอนวางแผน (Planning) ขั้นตอนลงมือปฏิบัติ (Action) ขั้นตอนสังเกต (Observation) และขั้นตอนสะท้อนผล (Reflection) จากนั้นนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้กับผู้ป่วยวัณโรคปอดและผู้ดูแลในพื้นที่อำเภอพลับพลาชัย

#### 3. ระยะประเมินผล ประเมินผลการใช้

รูปแบบโดยเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับวัณโรคและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ รวมถึงพฤติกรรมป้องกันการแพร่เชื้อก่อนและหลังการใช้รูปแบบ ติดตามการรับทราบยาตามแนวทาง DOT เป็นระยะเวลา 2 เดือน ประเมินผลเสมอเมื่อสิ้นสุดระยะเข้มข้น อัตราการขาดยา ความพึงพอใจต่อการดูแลของเครือข่ายสุขภาพ ตลอดจนถอดบทเรียนเกี่ยวกับปัจจัยความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะในการพัฒนารูปแบบ

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย เครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรค ผู้ป่วยวัณโรคปอด และผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในพื้นที่อำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ

เจาะจง (Purposive Sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วยวัณโรคปอดชนิดเสมหะตรวจพบเชื้อรายใหม่ จำนวน 20 คน และผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด จำนวน 20 คน รวม 40 คน ผู้ป่วยทั้งหมดขึ้นทะเบียนรักษาที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ เริ่มรักษาด้วยยาวัณโรคแนวที่ 1 ได้แก่ Rifampicin, Isoniazid, Pyrazinamide และ Ethambutol มาแล้วไม่เกิน 1 เดือน และมีผู้ดูแลซึ่งเป็นญาติหรือบุคคลใกล้ชิดคอยสนับสนุนการดูแลที่บ้าน นอกจากนี้ เครือข่ายสุขภาพอำเภอ 42 คน และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรค 17 คน ยังมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ติดตาม ประเมินผล และถอดบทเรียนจากการใช้รูปแบบ

### ผู้ป่วยวัณโรคปอดในกลุ่มทดลองใช้รูปแบบ

เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่

1. เป็นผู้ป่วยวัณโรคปอดชนิดเสมหะตรวจพบเชื้อรายใหม่

2. ขึ้นทะเบียนรักษาที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์

3. เริ่มรักษาด้วยยาวัณโรคแนวที่ 1 ได้แก่ Rifampicin, Isoniazid, Pyrazinamide และ Ethambutol มาแล้วไม่เกิน 1 เดือน

4. มีผู้ดูแลซึ่งเป็นญาติหรือบุคคลใกล้ชิดและสามารถสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้

5. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

6. พักอาศัยอยู่ในอำเภอพลับพลาชัยตลอดระยะเวลาการดำเนินการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่

1. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคดื้อยา MDR/RR-TB, Pre-XDR-TB หรือ XDR-TB หรือเป็นวัณโรคนอกปอด

2. มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง หรือมีปัญหาทางสุขภาพจิต การรับรู้ หรือการสื่อสาร ซึ่งส่งผลต่อการเข้าร่วมกิจกรรม

3. ผู้ดูแลไม่สามารถติดตามหรือสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง

4. ข้อมูลการวินิจฉัยหรือการรักษาไม่สมบูรณ์ หรือไม่สามารถตรวจสอบยืนยันจากระบบ NTIP ได้

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี เอกสารวิชาการ มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยวัณโรค และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็นเครื่องมือเชิงปริมาณและเครื่องมือเชิงคุณภาพ ดังนี้

#### 1. เครื่องมือเชิงปริมาณ

1.1 แบบสอบถามผู้ป่วยวัณโรคปอดและผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว เขตพื้นที่พักอาศัย ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยวัณโรคปอด และผู้ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงกำกับการรับประทานยา

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับวัณโรค และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค จำนวน 12 ข้อ ครอบคลุมสาเหตุของโรค การแพร่กระจายเชื้อ อาการสำคัญ การรักษา การรับประทานยา การป้องกันและควบคุมการแพร่เชื้อ และบทบาทของผู้ป่วย ผู้ดูแล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก ได้แก่ “ใช่” และ “ไม่ใช่” โดยตอบถูกให้ 1 คะแนน และตอบผิดให้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-12 คะแนน ประยุกต์ใช้เกณฑ์ของ Bloom<sup>7</sup> แบ่งระดับความรู้เป็น 3 ระดับ<sup>8</sup> ดังนี้

คะแนนร้อยละ 80.00-100 หมายถึง มีความรู้ระดับสูง

คะแนนร้อยละ 60.00-79.99 หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง

คะแนนร้อยละ 0.00-59.99 หมายถึง มีความรู้ระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรม การป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคในชุมชนของผู้ป่วยวัณโรคปอด จำนวน 10 ข้อ ครอบคลุมการสวมหน้ากากอนามัย การปิดปากและจมูกเมื่อไอหรือจาม การแยกพื้นที่นอนในระยะแพร่เชื้อ การดูแลความสะอาดและการระบายอากาศภายในบ้าน การกำจัดเสมหะอย่างเหมาะสม การปฏิบัติตนเมื่อใช้บริการขนส่งสาธารณะ และการหลีกเลี่ยงสถานที่แออัด ลักษณะคำตอบเป็นมาตรฐานค่า 3 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ

ข้อคำถามเชิงบวกกำหนดคะแนนเป็น ปฏิบัติทุกครั้ง 2 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง 1 คะแนน และไม่เคยปฏิบัติ 0 คะแนน ส่วนข้อคำถามเชิงลบให้คะแนนในทิศทางตรงกันข้าม คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0–20 คะแนน ประยุกต์ใช้เกณฑ์ของ Bloom<sup>7</sup> แบ่งระดับพฤติกรรมเป็น 3 ระดับ<sup>8</sup> ดังนี้

คะแนนร้อยละ 80.00–100 หมายถึง มีพฤติกรรมระดับดี

คะแนนร้อยละ 60.00–79.99 หมายถึง มีพฤติกรรมระดับปานกลาง

คะแนนร้อยละ 0.00–59.99 หมายถึง มีพฤติกรรมระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อเครือข่ายสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน จำนวน 10 ข้อ ครอบคลุมการมีส่วนร่วมในการวางแผน การแก้ไขปัญหา การสนับสนุนทรัพยากร การให้ความรู้ การคัดกรอง การประชาสัมพันธ์ การติดตามรักษา การดูแลผู้ป่วย การจัดการสิ่งแวดล้อม และการติดตามประเมินผล ลักษณะคำตอบเป็นมาตรฐานค่า 5 ระดับ ตั้งแต่พึงพอใจมากที่สุด 5 คะแนน ถึงพึงพอใจน้อยที่สุด 1 คะแนน แปลผลจากคะแนนเฉลี่ยเป็น 3 ระดับ<sup>9</sup> ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 3.67–5.00 หมายถึง มีความพึงพอใจระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 2.34–3.66 หมายถึง มีความพึงพอใจระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00–2.33 หมายถึง มีความพึงพอใจระดับต่ำ

**1.2 แบบติดตามการรับประทายยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดตามแนวทาง DOT** ประยุกต์จากมาตรฐานการรักษาภายใต้การสังเกตโดยตรง (Directly Observed Treatment: DOT)<sup>10</sup>

**1.3 แบบรายงาน TB07/1** เป็นแบบรายงานผลการรักษาเมื่อสิ้นสุดระยะเข้มข้นของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ประยุกต์จากแบบรายงานมาตรฐานของกองวัณโรค<sup>11</sup>

## 2. เครื่องมือเชิงคุณภาพ

**2.1 แบบสัมภาษณ์การดำเนินงานด้านการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน**

**2.2 แบบบันทึกการสังเกตพฤติกรรมมีส่วนร่วมในการประชุมเชิงปฏิบัติการ** จำนวน 8 ข้อ

**2.3 แบบบันทึกการสังเกตพฤติกรรมการถอดบทเรียน** จำนวน 3 ข้อ

## การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นเสนอผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ ความเหมาะสมของภาษา และความชัดเจนของข้อคำถาม ผลการตรวจสอบค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) เท่ากับ 0.67 จากนั้นปรับปรุงเครื่องมือตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญและนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง

ผลการตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับวัณโรคและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคด้วยวิธี Kuder-Richardson 20 (KR-20) มีค่าเท่ากับ 0.88 ส่วนแบบประเมินพฤติกรรมป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคและแบบประเมินความพึงพอใจ ตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.77 และ 0.86 ตามลำดับ แสดงว่า

เครื่องมือมีความตรงเชิงเนื้อหาและมีความเชื่อมั่นอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ สามารถนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยได้

#### การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ โดยแบ่งการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

**สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)** ใช้อธิบายข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง คะแนนความรู้เกี่ยวกับวัณโรคและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค พฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคในชุมชน และความพึงพอใจต่อเครือข่ายสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน อำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ โดยใช้ค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ตามระดับการวัดของข้อมูล ส่วนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาตามแนวทาง DOT ผลตรวจเสมหะเมื่อสิ้นสุดระยะเข้มข้น การขาดยา การเสียชีวิต และผลลัพธ์อื่นตามแบบรายงาน TB07/1 วิเคราะห์ด้วยค่าความถี่และร้อยละ

**สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics)** ใช้การทดสอบที่สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่สัมพันธ์กัน (Paired Samples t-test) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับวัณโรคและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคของผู้ป่วยและผู้ดูแลก่อนและหลังการใช้รูปแบบ รวมถึงเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคในชุมชนของผู้ป่วยวัณโรคปอดก่อนและหลังการใช้รูปแบบ โดยตรวจสอบการแจกแจงของค่าผลต่างก่อนการทดสอบ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และรายงานค่าเฉลี่ยผลต่าง ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ค่าสถิติ t และค่า p-value

**การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ** ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) จากข้อมูลการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม การสังเกตการณ์

มีส่วนร่วม และการถอดบทเรียน โดยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล ถอดข้อความ จัดหมวดหมู่ข้อมูลตามประเด็น เปรียบเทียบความเหมือนและความแตกต่าง และสังเคราะห์เป็นข้อสรุปเกี่ยวกับสถานการณ์และบริบทการดูแลผู้ป่วย กระบวนการพัฒนารูปแบบ ผลการดำเนินงาน การมีส่วนร่วมของเครือข่าย ปัญหาและอุปสรรค ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน อำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์

#### จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เอกสารรับรองเลขที่ BRO 2026-052 ลงวันที่ 30 เมษายน 2569

#### ผลการวิจัย

ผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะตามวัตถุประสงค์การวิจัย โดยผลการวิจัยระยะที่ 1 มีรายละเอียดดังนี้

#### ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และบริบทการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน

การศึกษาศถานการณ์และบริบทการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนของเครือข่ายสุขภาพ อำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ผ่านการรักษาสำเร็จแล้ว จำนวน 21 คน ร่วมกับข้อมูลจากการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มของเครือข่ายสุขภาพและเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรค ผลการศึกษามีดังนี้

**1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาสำเร็จแล้ว** ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 71.43 และเป็นเพศหญิงจำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 28.57 มีอายุเฉลี่ย 46.71 ปี (S.D. = 13.09) อายุอยู่ระหว่าง 29-71 ปี เมื่อจำแนกตามช่วงอายุ พบว่า กลุ่มอายุ 30-39 ปีและ 40-49 ปีมีจำนวนมากที่สุดเท่ากัน กลุ่มละ 6 คน คิดเป็นร้อยละ 28.57 รองลงมาคือ กลุ่มอายุ

50-59 ปีและอายุ 60 ปีขึ้นไป กลุ่มละ 4 คน คิดเป็นร้อยละ 19.05 และกลุ่มอายุ 20-29 ปี จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 4.76

ด้านสถานภาพสมรส พบว่า ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 66.67 รองลงมาคือ หย่าหรือแยกกันอยู่ จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 19.05 หม้าย จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 9.52 และโสด จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 4.76

ด้านการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 66.67 รองลงมาคือ ระดับปริญญาตรีขึ้นไป จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 19.05 ไม่ได้เรียนหนังสือ จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 9.52 และระดับอนุปริญญาหรือเทียบเท่า จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 4.76

ด้านการประกอบอาชีพ พบว่า ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรวม จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 42.86 รองลงมาคือ รับจ้างทั่วไป จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 ไม่ได้ทำงานหรือว่างงานและค้าขายหรือประกอบธุรกิจส่วนตัว กลุ่มละ 2 คน คิดเป็นร้อยละ 9.52 และเป็นพนักงานบริษัท จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 4.76

ผู้ป่วยมีรายได้เฉลี่ย 16,523.81 บาทต่อเดือน (S.D. = 6,523.95) ค่ามัธยฐาน 15,000 บาท โดยมีรายได้อยู่ระหว่าง 8,000-30,000 บาทต่อเดือน เมื่อจำแนกตามช่วงรายได้ พบว่า ส่วนใหญ่มีรายได้ 10,001-20,000 บาทต่อเดือน จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 52.38 รองลงมาคือ รายได้ไม่เกิน 10,000 บาทและมากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน กลุ่มละ 5 คน คิดเป็นร้อยละ 23.81

ด้านที่พักอาศัย พบว่า ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในบ้านเดี่ยว จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 76.19 และอาศัยอยู่ในตึกแถวหรืออาคารพาณิชย์ จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 23.81 ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับลูกหรือหลาน จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 52.38 และอาศัยอยู่กับสามีหรือภรรยา จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 47.62

ครอบครัวของผู้ป่วยมีสมาชิกเฉลี่ย 3.00 คน (S.D. = 0.95) อยู่ระหว่าง 1-5 คน ส่วนใหญ่มีสมาชิกในครอบครัว 3 คน จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 42.86 รองลงมาคือ มีสมาชิก 2 คนและ 4 คน กลุ่มละ 5 คน คิดเป็นร้อยละ 23.81 ส่วนครอบครัวที่มีสมาชิก 1 คนและ 5 คน พบกลุ่มละ 1 คน คิดเป็นร้อยละ 4.76

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 66.67 และมีโรคประจำตัวจำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 ส่วนประวัติการป่วยเป็นวัณโรคในครอบครัว พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีประวัติวัณโรคในครอบครัว จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 80.95 และมีประวัติวัณโรคในครอบครัว จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 19.05

## 2. ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

ผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาสำเร็จแล้วมีคะแนนความรู้เฉลี่ย 10.62 คะแนน จากคะแนนเต็ม 12 คะแนน (S.D. = 0.50) โดยมีคะแนนต่ำสุด 10 คะแนนและสูงสุด 11 คะแนน เมื่อจำแนกตามเกณฑ์ระดับความรู้ พบว่า ผู้ป่วยทั้ง 21 คนมีความรู้อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 100 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่ผ่านการรักษาสำเร็จแล้วมีความรู้เกี่ยวกับวัณโรคและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในระดับสูง แต่ยังมีประเด็นความรู้บางข้อที่ควรได้รับการทบทวนและย้ำเตือนอย่างต่อเนื่อง

## 3. พฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคในชุมชน

การประเมินพฤติกรรมจำนวน 9 ข้อ มีคะแนนเต็ม 18 คะแนน โดยข้อ B7 เป็นข้อคำถามเชิงลบจึงกลับคะแนนก่อนคำนวณคะแนนรวม ผลการวิเคราะห์พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนพฤติกรรมเฉลี่ย 16.14 คะแนน (S.D. = 1.11) หรือมีค่าเฉลี่ยต่อข้อเท่ากับ 1.79 คะแนน (S.D. = 0.12) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 14-18 คะแนน เมื่อจำแนกตามระดับพฤติกรรม พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้ออยู่ในระดับดี จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 95.24 และอยู่ในระดับปานกลาง

จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 4.76 โดยไม่พบผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับต่ำ จึงควรเน้นย้ำพฤติกรรมในประเด็นดังกล่าวในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัยโรคในชุมชน

#### 4. สถานการณ์ ปัญหา และความต้องการในการดูแลผู้ป่วยวัยโรคในชุมชน

ผลจากการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มกับเครือข่ายสุขภาพและเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัยโรค พบว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยวัยโรคในชุมชนยังมีข้อจำกัดหลายด้าน ได้แก่ ผู้ป่วยบางรายมีที่พักอาศัยไม่แน่นอนและเดินทางไปทำงานต่างพื้นที่เมื่ออาการดีขึ้น ทำให้ติดตามการรักษาได้ยาก ผู้ป่วยและครอบครัวบางส่วนไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลอย่างต่อเนื่อง ชุมชนยังมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนและมีการตีตราผู้ป่วย การจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านทำได้ยากในครอบครัวที่มีสมาชิกอาศัยอยู่ร่วมกันหลายคน อีกทั้งเครือข่ายบางส่วนยังขาดความรู้ ความมั่นใจ สื่อประชาสัมพันธ์ อุปกรณ์ป้องกัน และงบประมาณสนับสนุน

นอกจากนี้ การดำเนินงานระหว่างโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังขาดระบบประสานงานและการกำหนดผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน การอนุมัติงบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความล่าช้า และผู้ป่วยบางรายประสบปัญหาด้านค่าใช้จ่ายและการเดินทางมารับยา จึงมีข้อเสนอให้พัฒนาระบบดูแลร่วมกัน กำหนดบทบาทของเครือข่าย จัดระบบส่งต่อข้อมูล ติดตามเยี่ยมบ้าน สนับสนุนพาหนะและอุปกรณ์ ตลอดจนพัฒนาการสื่อสารเพื่อลดการตีตราในชุมชน

ผลการศึกษาในระยะที่ 1 สะท้อนว่า แม้ผู้ป่วยที่รักษาสำเร็จแล้วส่วนใหญ่มีความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันการแพร่เชื้ออยู่ในระดับดี แต่ระบบการดูแลในชุมชนยังมีข้อจำกัดด้านการประสานงาน การติดตามผู้ป่วย การสนับสนุนทรัพยากร การจัดสภาพแวดล้อม และการลดการตีตรา จึงนำข้อมูล

ดังกล่าวมาใช้กำหนดองค์ประกอบและกิจกรรมของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัยโรคปอดในชุมชนโดยเครือข่ายสุขภาพ อำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ในระยะที่ 2 ต่อไป

#### ระยะที่ 2 ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัยโรคในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพ

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัยโรคในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพ อำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ดำเนินการร่วมกับเครือข่ายสุขภาพอำเภอ จำนวน 42 คน และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัยโรค จำนวน 17 คน รวม 59 คน โดยนำผลการศึกษาศถานการณ์และบริบทในระยะที่ 1 มาคืนข้อมูลแก่ผู้เกี่ยวข้องร่วมวิเคราะห์ปัญหา กำหนดแนวทางดำเนินงานและพัฒนารูปแบบตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ PAOR ประกอบด้วย การวางแผน การลงมือปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล ผลการดำเนินงานในแต่ละขั้นตอนมีดังนี้

##### ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning)

ผู้วิจัยจัดประชุมเครือข่ายสุขภาพและเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัยโรค เพื่อคืนข้อมูลสถานการณ์วัยโรคและผลการศึกษาบริบทในระยะที่ 1 ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุของการดูแลผู้ป่วยที่ยังไม่ต่อเนื่อง ได้แก่ การประสานข้อมูลระหว่างหน่วยบริการกับชุมชน การติดตามรับประทานยา การขาดความรู้และความมั่นใจของผู้ดูแลและเครือข่าย การจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้าน การขาดอุปกรณ์ป้องกัน การเดินทางมารับบริการ และการตีตราผู้ป่วยในชุมชน

ผลจากการประชุมทำให้ได้แผนปฏิบัติการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัยโรคปอดในชุมชนประกอบด้วยกิจกรรมสำคัญ ดังนี้

1. พัฒนาความรู้เกี่ยวกับวัยโรค การรักษา การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และการสังเกตอาการไม่พึงประสงค์จากยาให้แก่ผู้ป่วย ผู้ดูแล อสม. ผู้นำชุมชน และเครือข่ายสุขภาพ

2. ส่งเสริมการค้นหาและคัดกรองวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านและประชาชนกลุ่มเสี่ยง

3. จัดหาและสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสำหรับผู้ป่วย ผู้ดูแล และผู้ปฏิบัติงาน

4. กำหนดผู้ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงกำกับกำกับการรับประทานยาตามแนวทาง DOT และจัดทำระบบบันทึกการรับประทานยารายวัน

5. จัดระบบส่งต่อข้อมูลระหว่างคลินิกวัณโรค โรงพยาบาลพลับพลาย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ อสม.

6. จัดระบบติดตามเยี่ยมบ้านและให้คำปรึกษาเมื่อผู้ป่วยมีปัญหาการรับประทานยา การเดินทาง หรืออาการไม่พึงประสงค์จากยา

7. ส่งเสริมการจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้สะอาดและมีอากาศถ่ายเท ตลอดจนแยกพื้นที่พักอาศัยตามความเหมาะสมในระยะแพร่เชื้อ

8. พัฒนาการสื่อสารในชุมชนเพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องและลดการตีตราผู้ป่วยวัณโรค

9. ประสานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อสนับสนุนงบประมาณ อุปกรณ์ และการเดินทางของผู้ป่วยที่มีข้อจำกัด

10. กำหนดแนวทางติดตามและประเมินผลการดำเนินงานร่วมกันของเครือข่ายสุขภาพ

## ขั้นตอนที่ 2 การลงมือปฏิบัติ (Action)

ภายหลังได้ข้อตกลงและแผนปฏิบัติการ ผู้วิจัยและเครือข่ายสุขภาพดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในพื้นที่อำเภอพลับพลาย โดยจัดประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานและกำหนดบทบาทของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลพลับพลาย ทำหน้าที่วินิจฉัย ขึ้นทะเบียน วางแผนการรักษา ให้ความรู้ และส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยไปยังหน่วยบริการในพื้นที่

2. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทำหน้าที่ประสานการดำเนินงาน กำกับติดตาม และสนับสนุนการเชื่อมโยงเครือข่ายระดับอำเภอ

3. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทำหน้าที่รับข้อมูล ประเมินสภาพผู้ป่วยและครอบครัว เยี่ยมบ้าน ให้คำปรึกษา และติดตามปัญหาระหว่างการรักษา

4. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทำหน้าที่ติดตามการรับประทานยา สนับสนุนผู้ป่วยและผู้ดูแล สังเกตอาการผิดปกติ และรายงานปัญหาแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

5. ผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงกำกับกำกับการรับประทานยา ให้กำลังใจ ดูแลสภาพแวดล้อม และช่วยพาผู้ป่วยไปรับบริการตามนัด

6. ผู้นำชุมชนทำหน้าที่สนับสนุนการสื่อสารที่ถูกต้อง ลดการตีตรา และประสานความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

7. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทำหน้าที่สนับสนุนทรัพยากร อุปกรณ์ งบประมาณ หรือพาหนะสำหรับผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการเดินทาง กิจกรรมหลักที่ดำเนินการประกอบด้วย การอบรมให้ความรู้เรื่องวัณโรค การค้นหาและคัดกรองผู้สัมผัสร่วมบ้านและกลุ่มเสี่ยง การสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกัน การกำหนดพี่เลี้ยง DOT การติดตามรับประทานยา การเยี่ยมบ้าน การจัดสภาพแวดล้อม การติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากยา และการสื่อสารเพื่อลดการตีตราในชุมชน

## ขั้นตอนที่ 3 การสังเกต (Observation)

ผู้วิจัยติดตามและสังเกตกระบวนการดำเนินงานของเครือข่ายสุขภาพ โดยใช้แบบบันทึกการสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการประชุมเชิงปฏิบัติการ ติดตามความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรม การแลกเปลี่ยนข้อมูล การปฏิบัติตามบทบาท และการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน

ผลการสังเกตพบว่า เครือข่ายสุขภาพเข้าร่วมกิจกรรมและมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนารูปแบบ ตั้งแต่การให้ข้อมูล การวิเคราะห์ปัญหา การวางแผน การกำหนดบทบาท การดำเนินกิจกรรม และการติดตามผล เกิดการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างคลินิกวัณโรค หน่วยบริการปฐมภูมิ

อสม. ผู้ดูแล และชุมชนอย่างเป็นระบบมากขึ้น  
เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อสม. มีแนวทางติดตาม  
ผู้ป่วยร่วมกัน ขณะที่ครอบครัวและผู้ดูแลมีบทบาท  
ในการกำกับการรับประทานยาและสังเกตอาการ  
ผิดปกติของผู้ป่วยมากขึ้น

การติดตามผลลัพธ์ของรูปแบบประกอบด้วย  
การบันทึกการรับประทานยาตามแนวทาง DOT  
เป็นระยะเวลา 2 เดือน การติดตามอาการไม่พึง  
ประสงค์จากยา การตรวจเสมหะเมื่อสิ้นสุดระยะ  
เข้มข้น การติดตามการขาดยา และการประเมิน  
ความพึงพอใจต่อการดูแลของเครือข่ายสุขภาพ  
โดยนำเสนอผลลัพธ์เชิงปริมาณในระยะที่ 3

#### ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล (Reflection)

ผู้วิจัยจัดเวทีถอดบทเรียนร่วมกับเครือข่าย  
สุขภาพและเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรค เพื่อ  
นำข้อมูลจากการดำเนินงานและการสังเกตมา  
สะท้อนผล วิเคราะห์สิ่งที่ดำเนินการได้ดี ปัญหาที่  
เกิดขึ้น และแนวทางปรับปรุงรูปแบบ ผู้เข้าร่วม  
เสนอให้มีผู้ประสานงานหลักในแต่ละพื้นที่ ส่งต่อ  
ข้อมูลผู้ป่วยให้รวดเร็ว กำหนดช่องทางให้  
คำปรึกษาที่เข้าถึงง่าย ติดตามผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง  
ต่อการขาดยาเป็นรายกรณี สนับสนุนอุปกรณ์และ  
การเดินทาง ตลอดจนประชุมติดตามผลการ  
ดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

ผลจากการสะท้อนทำให้มีการปรับแนว  
ทางการทำงานให้ชัดเจนขึ้น โดยเฉพาะการกำหนด  
บทบาทของเครือข่าย การสื่อสารระหว่างหน่วย  
บริการ การติดตาม DOT การเยี่ยมบ้าน การส่ง  
ต่อเมื่อพบอาการไม่พึงประสงค์จากยา และการ  
ช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดทางสังคมหรือ  
เศรษฐกิจ

**รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดใน  
ชุมชนที่พัฒนาขึ้น** ภายหลังจากดำเนินงานตามวงจร  
PAOR ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดใน  
ชุมชนโดยเครือข่ายสุขภาพ อำเภอพลับพลาชัย  
จังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งมีองค์ประกอบสำคัญ 5 ด้าน  
ได้แก่

1. การดูแลโดยใช้ครอบครัวเป็นฐาน  
(Family Care) โดยให้ผู้ดูแลและสมาชิกใน  
ครอบครัวมีส่วนร่วมในการกำกับการรับประทาน  
ยา ให้กำลังใจ สังเกตอาการผิดปกติ และพาผู้ป่วย  
ไปรับบริการตามนัด

2. การจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้าน  
(Housing) โดยส่งเสริมการระบายอากาศ การ  
รักษาความสะอาด การจัดพื้นที่พักอาศัย และการ  
กำจัดเสมหะอย่างเหมาะสม

3. การส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย  
(Self-care) โดยพัฒนาความรู้ ทักษะการ  
รับประทานยา การป้องกันการแพร่เชื้อ และการ  
เฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากยา

4. การลดการตีตราทางสังคม (Stigma  
Reduction) โดยสื่อสารข้อมูลที่ถูกต้องแก่  
ครอบครัว ผู้นำชุมชน อสม. และประชาชน เพื่อ  
สร้างความเข้าใจและลดการเลือกปฏิบัติต่อผู้ป่วย

5. การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย  
(Host) โดยสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมป้องกัน  
การแพร่เชื้อ รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ดูแล  
สุขภาพ และมาตรวจตามนัดกลไกสนับสนุน  
รูปแบบประกอบด้วยระบบส่งต่อข้อมูล การ  
กำหนดพี่เลี้ยง DOT การติดตามเยี่ยมบ้าน การให้  
คำปรึกษา การสนับสนุนอุปกรณ์และการเดินทาง  
และการติดตามประเมินผลร่วมกันของเครือข่าย  
สุขภาพ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นจึงเชื่อมโยงการดูแล  
ตั้งแต่โรงพยาบาลไปสู่หน่วยบริการปฐมภูมิ  
ครอบครัว และชุมชน โดยกำหนดบทบาทของ  
ผู้เกี่ยวข้องแต่ละระดับอย่างชัดเจน

#### ระยะที่ 3 ผลการประเมินรูปแบบการดูแล ผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของ เครือข่ายสุขภาพ

การประเมินรูปแบบดำเนินการในผู้ป่วยวัณ  
โรคปอดชนิดเสมหะตรวจพบเชื้อรายใหม่ จำนวน  
20 คน และผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 20 คน รวม 40  
คน ผลการเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับวัณโรคและ  
การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วย พบว่า  
ภายหลังใช้รูปแบบมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 7.24

คะแนน (S.D. = 1.44) เป็น 10.93 คะแนน (S.D. = 0.67) โดยเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 3.69 คะแนน และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI: 2.90–4.49,  $t = 9.72$ ,  $p < 0.001$ ) ส่วนผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 7.96 คะแนน (S.D. = 1.15) เป็น 11.40 คะแนน (S.D. = 0.62) เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 3.43 คะแนน และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI: 2.78–4.09,  $t = 10.93$ ,  $p < 0.001$ )

ด้านพฤติกรรมป้องกันการแพร่เชื้อของผู้ป่วย พบว่า ภายหลังใช้รูปแบบมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 10.45 คะแนน (S.D. = 1.38) เป็น 16.17 คะแนน (S.D. = 1.06) หรือเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 5.72 คะแนน ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI: 4.89–6.55,  $t = 14.49$ ,  $p < 0.001$ ) สะท้อนว่าภายหลังเข้าร่วมกิจกรรม ผู้ป่วยมีพฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดีขึ้น

ผลการติดตามการรับประทานยาตามแนวทาง DOT เป็นระยะเวลา 2 เดือน พบว่าผู้ป่วยทั้ง 20 คนได้รับการติดตามโดยผู้ดูแล อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ป่วยรับประทานยาครบตามแผนการรักษา 19 คน คิดเป็นร้อยละ 95.00 และรับประทานยาไม่ครบ 1 คน คิดเป็นร้อยละ 5.00 เมื่อสิ้นสุดระยะเข้มข้น ผู้ป่วยทั้ง 20 คนมีผลตรวจเสมหะเป็นลบ คิดเป็นร้อยละ 100 และไม่พบผู้ป่วยที่มีผลเสมหะเป็นบวก ไม่มีผลตรวจ ขาดยา เสียชีวิต หรือโอนออกในรอบติดตาม 3 เดือน

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความพึงพอใจต่อการดูแลของเครือข่ายสุขภาพโดยรวมเฉลี่ย 4.46 คะแนน อยู่ในระดับสูง ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือการดูแลรักษาและให้คำแนะนำ มีค่าเฉลี่ย 4.65 คะแนน (S.D. = 0.49) รองลงมาคือทำให้ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค มีค่าเฉลี่ย 4.58 คะแนน (S.D. = 0.51) ส่วนประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือการสนับสนุนทรัพยากร มีค่าเฉลี่ย 4.30 คะแนน (S.D. = 0.66)

ผลการถอดบทเรียนพบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จประกอบด้วย การบริหารจัดการและกำหนดบทบาทของหน่วยงานอย่างชัดเจน ความร่วมมือของเครือข่ายสุขภาพ การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว กิจกรรมที่สามารถปฏิบัติได้จริง การพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วย ผู้ดูแล และเครือข่าย การมีพี่เลี้ยงติดตามการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การใช้แนวปฏิบัติร่วมกัน การสนับสนุนทรัพยากรจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การมีส่วนร่วมของครอบครัว และการสื่อสารเพื่อลดการตีตราผู้ป่วยในชุมชน

### สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน โดยเครือข่ายสุขภาพอำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ประยุกต์ใช้กระบวนการ PAOR เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องร่วมศึกษาสถานการณ์ วางแผน ดำเนินกิจกรรม ติดตามประเมินผล และสะท้อนผลการดำเนินงาน ผลการศึกษามีประเด็นสำคัญที่นำมาอภิปรายได้ดังนี้

ผลการพัฒนารูปแบบแสดงให้เห็นว่า การดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนจำเป็นต้องอาศัยการเชื่อมโยงการทำงานระหว่างคลินิกวัณโรค โรงพยาบาลพลับพลาชัย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ป่วย และผู้ดูแล โดยแต่ละภาคส่วนมีบทบาทสนับสนุนซึ่งกันและกัน ตั้งแต่การส่งต่อข้อมูล การให้ความรู้ การกำกับการรับประทานยา การเยี่ยมบ้าน การจัดสภาพแวดล้อม การช่วยเหลือด้านทรัพยากร และการลดการตีตราผู้ป่วย การดูแลในระดับชุมชนมีข้อได้เปรียบด้านความใกล้ชิดและความเข้าใจวิถีชีวิตของผู้ป่วย ทำให้สามารถติดตามปัญหาและให้ความช่วยเหลือได้เหมาะสมกับแต่ละราย สอดคล้องกับการศึกษาของรุจิเรข ล้อไป<sup>12</sup> ซึ่งพบว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนช่วย

พัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค และทำให้ครอบครัวกับชุมชนมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น

กระบวนการคืนข้อมูลสถานการณ์และปัญหาให้แก่เครือข่ายสุขภาพในชั้นวางแผนเป็นองค์ประกอบสำคัญของการพัฒนารูปแบบ เนื่องจากทำให้ผู้เกี่ยวข้องได้รับรู้ปัญหาจากข้อมูลชุดเดียวกัน เห็นช่องว่างของระบบการดูแล และร่วมกำหนดเป้าหมายการดำเนินงานไปในทิศทางเดียวกัน กิจกรรมที่พัฒนาขึ้นจึงตอบสนองต่อปัญหาของพื้นที่ ได้แก่ การเสริมสร้างความรู้ การคัดกรองผู้สัมผัสร่วมบ้านและกลุ่มเสี่ยง การสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกัน การกำหนดพี่เลี้ยง DOT การเยี่ยมบ้าน การจัดสิ่งแวดล้อม และการสื่อสารเพื่อลดการตีตรา การมีส่วนร่วมตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหาจนถึงการสะท้อนผลทำให้เครือข่ายเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของและสามารถปรับกิจกรรมให้เหมาะสมกับบริบทของอำเภอพลับพลาชัยได้ สอดคล้องกับเฉลิมเกียรติ ตาตะมิ<sup>13</sup> ซึ่งพบว่า ปัจจัยสำคัญของการป้องกันและควบคุมวัณโรคคือการมีส่วนร่วมของชุมชน การทำงานของภาคีเครือข่าย และการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีองค์ประกอบครอบคลุมการดูแลโดยใช้ครอบครัวเป็นฐาน การจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้าน การส่งเสริมการดูแลตนเอง การลดการตีตราทางสังคม และการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย องค์ประกอบดังกล่าวสะท้อนว่าการดูแลผู้ป่วยวัณโรคไม่ควรมุ่งเฉพาะการรับประทานยา แต่ต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านครอบครัว สังคม เศรษฐกิจ และสภาพแวดล้อมร่วมด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของดาวประกายพญางาม<sup>14</sup> ซึ่งพบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดที่เชื่อมโยงหน่วยบริการ อสม. ครอบครัว และชุมชน ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่อง และสามารถขอคำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่เมื่อประสบปัญหาระหว่างการรักษา

ผลที่รายงานภายหลังใช้รูปแบบแสดงว่า คະแนนความรู้เกี่ยวกับวัณโรคและการป้องกันการ

แพร่กระจายเชื้อของทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลสูงกว่า ก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลดังกล่าวอาจอธิบายได้จากกิจกรรมที่ไม่ได้ใช้เพียงการบรรยาย แต่เชื่อมโยงความรู้เข้ากับการปฏิบัติจริง ได้แก่ การรับประทานยา การสังเกตอาการไม่พึงประสงค์ การป้องกันการแพร่เชื้อ การดูแลสภาพแวดล้อม และการติดตามผู้ป่วยที่บ้าน การให้ผู้ป่วยกับผู้ดูแลเรียนรู้ร่วมกันยังช่วยให้ผู้ดูแลสามารถทบทวนความรู้ สนับสนุนการรักษา และช่วยแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยได้ ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของสมัญญา มุขอาษา<sup>15</sup> ซึ่งพบว่า โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพที่พัฒนาความรู้และทักษะเฉพาะสำหรับผู้ป่วยวัณโรคช่วยให้คะแนนความรู้หลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ด้านพฤติกรรมกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อพบว่าภายหลังใช้รูปแบบผู้ป่วยมีคะแนนพฤติกรรมสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวอาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยได้รับทั้งความรู้ การสาธิต การติดตาม และแรงสนับสนุนจากผู้ดูแล อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง ทำให้สามารถนำความรู้ไปใช้ในชีวิตประจำวัน เช่น การสวมหน้ากากอนามัย การปิดปากและจมูกเมื่อไอหรือจาม การกำจัดเสมหะอย่างเหมาะสม การดูแลความสะอาด และการเปิดประตูหรือหน้าต่างให้อากาศถ่ายเท นอกจากนี้ การติดตามเยี่ยมบ้านยังเปิดโอกาสให้เจ้าหน้าที่ประเมินข้อจำกัดและให้คำแนะนำตามสภาพแวดล้อมจริงของแต่ละครอบครัว จึงมีแนวโน้มทำให้เกิดการปรับพฤติกรรมได้มากกว่า การให้ข้อมูลที่หน่วยบริการเพียงครั้งเดียว ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของสมัญญา มุขอาษา ซึ่งพบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่เข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพมีพฤติกรรมปฏิบัติตามแผนการรักษาดีขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ผลการติดตามตามแนวทาง DOT ที่รายงาน ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่รับประทานยาครบตามแผน และผู้ป่วยทุกคนได้รับการติดตามโดยผู้ดูแล อสม. และ

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข แสดงให้เห็นถึงประโยชน์ของการกำหนดพี่เลี้ยงและระบบติดตามที่ชัดเจน การแบ่งบทบาทระหว่างครอบครัว อสม. และหน่วยบริการช่วยให้สามารถตรวจพบปัญหาการรับประทานยาและอาการไม่พึงประสงค์ได้เร็วขึ้น ผลเสมอเมื่อสิ้นสุดระยะเข้มข้นที่รายงานว่า เป็นลบทุกคน และไม่พบการขาดยาในช่วงติดตาม อาจสะท้อนประสิทธิภาพเบื้องต้นของระบบกำกับการรับประทานยาและการดูแลต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม ผลดังกล่าวควรตีความอย่างระมัดระวัง เนื่องจากมีกลุ่มตัวอย่างจำนวนน้อย ระยะติดตามเพียงช่วงระยะเข้มข้น และไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ จึงยังไม่สามารถสรุปได้ว่าผลลัพธ์ทั้งหมดเกิดจากรูปแบบที่พัฒนาขึ้นเพียงปัจจัยเดียว

ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงาน ประกอบด้วย การสนับสนุนจากผู้บริหาร การกำหนดบทบาทของผู้เกี่ยวข้องอย่างชัดเจน ความร่วมมือของเครือข่าย การส่งต่อข้อมูลอย่างรวดเร็ว การมีพี่เลี้ยงกำกับการรับประทานยา การพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วย ผู้ดูแล และเครือข่าย ตลอดจนการสนับสนุนทรัพยากรจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ปัจจัยดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิด 4M's ซึ่งประกอบด้วยบุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และการจัดการ การดำเนินงานจะบรรลุเป้าหมายได้เมื่อมีบุคลากรที่มีความรู้ มีทรัพยากรเพียงพอ มีอุปกรณ์ที่เหมาะสม และมีระบบบริหารจัดการกับการติดตามประเมินผลที่ต่อเนื่อง

โดยสรุป รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีจุดเด่นที่การเชื่อมโยงการดูแลจากโรงพยาบาลไปสู่ครอบครัว และชุมชน เปิดโอกาสให้เครือข่ายมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน และกำหนดกลไกติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ผลที่รายงานชี้ให้เห็นแนวโน้มที่ดีต่อความรู้ พฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อ ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา และความพึงพอใจ อย่างไรก็ตาม การนำผลไปใช้ควรคำนึงถึงข้อจำกัด

ด้านขนาดตัวอย่าง การศึกษาในพื้นที่เพียงอำเภอเดียว การไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ ระยะติดตามที่ยังไม่ครอบคลุมผลสำเร็จเมื่อสิ้นสุดการรักษา และความเป็นไปได้ของอคติจากการตอบแบบสอบถาม การศึกษาครั้งต่อไปควรติดตามผลจนครบระยะการรักษา 6 เดือน เพิ่มจำนวนพื้นที่ศึกษา และพิจารณาใช้กลุ่มเปรียบเทียบเพื่อยืนยันประสิทธิภาพของรูปแบบให้ชัดเจนยิ่งขึ้น

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. ควรบรรจุการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนเป็นประเด็นสำคัญของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอพลับพลาชัย พร้อมกำหนดบทบาทผู้รับผิดชอบ แผนงานงบประมาณ และระบบติดตามประเมินผลอย่างชัดเจน

2. ควรดำเนินระบบส่งต่อข้อมูล การเยี่ยมบ้าน และการกำกับการรับประทานยาตามแนวทาง DOT อย่างต่อเนื่อง โดยเชื่อมโยงโรงพยาบาล รพ.สต. อสม. ผู้ดูแล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งใช้ช่องทางออนไลน์อย่างเหมาะสมและรักษาความลับของผู้ป่วย

3. ผู้ป่วยที่รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง มีอาการไม่พึงประสงค์จากยา หรือมีผลเสมอหะยังเป็นบวก ควรได้รับการประเมินและติดตามตามแนวทางการควบคุมวัณโรคของประเทศโดยเร็ว

### ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบในกลุ่มตัวอย่างและพื้นที่ที่กว้างขึ้น มีกลุ่มเปรียบเทียบ และติดตามผลจนครบระยะการรักษา 6 เดือน

2. ควรศึกษาบทบาทของแรงสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน และเทคโนโลยีติดตามการรับประทานยา รวมถึงความคุ้มค่าและความเป็นไปได้ในการขยายรูปแบบไปยังพื้นที่อื่น

## เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization.(2019). Global tuberculosis report 2019. Geneva: World Health Organization; 2019.
- 2.กลุ่มระบาดวิทยาและตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กองวัณโรค กรมควบคุมโรค.(2567). รายงานประจำปี 2566. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรค; 2567. (เอกสารอัดสำเนา).
- 3.กองวัณโรค กรมควบคุมโรค.(2564). แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ: กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
- 4.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์.(2567). รายงานสถานการณ์วัณโรค จังหวัดบุรีรัมย์ ปี 2567. บุรีรัมย์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์; 2568. (เอกสารอัดสำเนา).
- 5.โรงพยาบาลลพบุรี.(2567). ข้อมูลผลการดำเนินงานวัณโรค อำเภอลพบุรี ปีงบประมาณ 2563–2567. บุรีรัมย์: โรงพยาบาลลพบุรี; 2567. (เอกสารอัดสำเนา).
6. Kemmis S, McTaggart R.(1988). The action research planner. 3rd ed. Geelong: Deakin University Press; 1988.
7. Bloom BS, Engelhart MD, Furst EJ, Hill WH, Krathwohl DR.(1956). Taxonomy of educational objectives: the classification of educational goals. Handbook I: cognitive domain. New York: David McKay; 1956.
8. Likert R.(1967). The method of constructing an attitude scale. In: Fishbein M, editor. Readings in attitude theory and measurement. New York: Wiley; 1967. p. 90–95.
9. Best JW.(1978). Research in education. 3rd ed. New Delhi: Prentice-Hall of India; 1978.
- 10.สำนักงานวัณโรค กรมควบคุมโรค.(2561). แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2561. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิกแอนดดีไซน์; 2561.
- 11.กรมควบคุมโรค.(2566). รายงาน TB07/1: รายงานผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคเมื่อสิ้นสุดระยะเข้มข้น [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2566 [สืบค้นเมื่อ 8 เม.ย. 2569]. เข้าถึงได้จาก: [https://ntip-ddc.moph.go.th/lesson/Ntip\\_lesson08.pdf](https://ntip-ddc.moph.go.th/lesson/Ntip_lesson08.pdf)
- 12.รุจิเรข ล้อไป, สงครามชัย ลีทองดี, ญัฐฐวุฒิ แก้วพิบูล.(2560). การเสริมสร้างพลังภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชนในการพัฒนาความสำเร็จของการรักษาวัณโรคในตำบลกลางดง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิชาการ สคร. 9. 2560;24(1):15–23.
- 13.เฉลิมเกียรติ ตาตะมิ, เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์, สุทิน ชนะบุญ.(2562). การพัฒนารูปแบบในการป้องกันและควบคุมวัณโรคในพื้นที่ตำบลท่าบ่อ อำเภوتاบ่อ จังหวัดหนองคาย. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น. 2562;26(2):36–47.
- 14.ดาวประกาย หนูงาม, วรพจน์ พรหมสัตยพรต, พัดชา หิรัญวัฒนกุล.(2565). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชนโดยเครือข่ายสุขภาพ อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน. 2565;4(2):75–84.
- 15.สมัญญา มุขอาษา, เกษร สำเภาทอง.(2560). ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพโดยการประยุกต์ทฤษฎีการสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวกรายใหม่. วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2560;24(1):13–27.