

การพัฒนารูปแบบกระบวนการจัดการปัญหาวัณโรคโดยการมีส่วนร่วม ของภาคีเครือข่ายสุขภาพ อำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง Development of a Model for Managing Tuberculosis Problems Through the Participation of Health Network Partners in Pho Thong District, Ang Thong Province.

มีโชคชัย วิเศษสิทธิโชค พ.บ.,
วว. เวชศาสตร์ป้องกัน แขนงระบาดวิทยา
กลุ่มงานการแพทย์
เสาวคนธ์ แจ่มจันทร์ พย.บ.,
กลุ่มงานการพยาบาล
โรงพยาบาลโพธิ์ทอง
จังหวัดอ่างทอง

Meechokchai Wisadsittichok M.D.,
Dip., Thai Board of Preventive Medicine
Division of Medical Services
Saowakhon Jaemjan B.N.S.,
Division of Nursing Services
Pho Thong Hospital
Ang Thong

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในอำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง และประเมินผลการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้จริงในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค

วิธีการศึกษา: ใช้ทฤษฎีระบบเป็นกรอบแนวคิด และแนวทางการบริหารคุณภาพแบบ PDCA (Plan-Do-Check-Act) ร่วมกับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน ภายใต้ยุทธศาสตร์ “End TB Strategy” ขององค์การอนามัยโลก กลุ่มตัวอย่างจำนวน 93 คน ประกอบด้วย ทีมสหวิชาชีพด้านวัณโรค พยาบาล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชน และผู้ป่วยวัณโรคปอด เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามแบบสัมภาษณ์ และแบบบันทึกผลการดำเนินงาน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) และการวิเคราะห์เนื้อหาเชิงคุณภาพ

ผลการศึกษา: พบว่าก่อนการพัฒนา ระบบการดำเนินงานวัณโรคในชุมชนมีข้อจำกัดด้านการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่ไม่ครอบคลุม การติดตามผู้ป่วยที่ไม่ต่อเนื่อง และการสื่อสารระหว่างหน่วยบริการยังไม่เป็นเอกภาพ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นคือ “THAI-CURE Model” ประกอบด้วย 8 องค์ประกอบหลัก ครอบคลุมการค้นหา การรักษา การติดตาม และการสนับสนุนแบบมีส่วนร่วมของชุมชน หลังการนำรูปแบบไปใช้ พบว่าผลลัพธ์ด้านการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดีขึ้นอย่างชัดเจน โดยอัตราการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเพิ่มจาก ร้อยละ 76.6 เป็น 96.8, อัตราความสำเร็จของการรักษาเพิ่มจาก ร้อยละ 80.2 เป็น 95.5, อัตราการขาดยาลดลงจาก ร้อยละ 6.7 เหลือ ร้อยละ 2.1, และอัตราการเสียชีวิตลดลง ร้อยละ 78.2 จาก ร้อยละ 6.6 เหลือ ร้อยละ 1.4 นอกจากนี้ การดำเนินงานวัณโรคในชุมชนผ่านเกณฑ์คุณภาพระดับดีเยี่ยม

สรุป: การพัฒนา “THAI-CURE Model” มีประสิทธิภาพในการเสริมสร้างระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนให้มีความครอบคลุม ต่อเนื่อง และยั่งยืน สอดคล้องกับแนวทางขององค์การอนามัยโลก และกรมควบคุมโรค พ.ศ. 2566 ซึ่งเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน การกำกับการกินยาแบบดิจิทัล และการทำงานแบบทีมสหวิชาชีพเป็นกลไกหลักของความสำเร็จ

คำสำคัญ: วัณโรคปอด, การวิจัยและพัฒนา, การมีส่วนร่วมของชุมชน, THAI-CURE Model

วารสารแพทย์เขต 4-5 2568 ; 44(4) : 605–618.

Abstract

Objectives: The objectives of this research and development (R&D) study were to examine the situation and problems in the care of pulmonary tuberculosis (TB) patients in the community; develop a community-based care model for pulmonary TB patients in Pho Thong District, Ang Thong Province; and evaluate the outcomes of the implemented model.

Methods: The study was guided by systems theory and employed the PDCA (Plan–Do–Check–Act) quality management approach combined with community network participation under the World Health Organization’s End TB Strategy. The sample consisted of 93 participants, including multidisciplinary TB teams, nurses, village health volunteers, community leaders, and TB patients. Data were collected using questionnaires, interview forms, and performance monitoring records. Descriptive statistics (percentages, means, standard deviations) and qualitative content analysis were used for data analysis.

Results: The study revealed that prior to model development, community TB care had limitations in risk-group screening, patient follow-up continuity, and communication among service units. The developed THAI-CURE Model, comprising eight key components, was implemented and led to significant improvements in patient care outcomes. Screening coverage increased from 76.6% to 96.8%, treatment success rate rose from 80.2% to 95.5%, non-adherence decreased from 6.7% to 2.1%, and mortality reduced by 78.2%, from 6.6% to 1.4%. The overall TB program achieved an excellent quality standard.

Conclusion: The THAI-CURE Model effectively strengthened community-based TB care systems, ensuring comprehensiveness, continuity, and sustainability. The model aligns with the World Health Organization and Thailand’s Department of Disease Control (2023) guidelines, emphasizing community participation, digital medication monitoring, and multidisciplinary teamwork as key mechanisms for success.

Keywords: pulmonary tuberculosis, research and development, community participation, THAI-CURE Model

Received: Oct 11, 2025; Revised: Oct 25, 2025; Accepted: Dec 11, 2025

Reg 4-5 Med J 2025 ; 44(4) : 605–618.

บทนำ

วัณโรค (tuberculosis: TB) ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกที่สำคัญ โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้ประกาศยุทธศาสตร์ “End TB Strategy” ตั้งแต่ ค.ศ. 2015 เพื่อยุติการระบาดของวัณโรคภายใน ค.ศ. 2035 โดยตั้งเป้าลดอุบัติการณ์วัณโรคลง ร้อยละ 95 และลดอัตราการเสียชีวิตลง ร้อยละ 90 เมื่อเทียบกับปีฐาน¹⁻² ในขณะเดียวกัน องค์การสหประชาชาติ (United Nations: UN) ได้บรรจุตัวชี้วัดวัณโรคไว้ในเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (sustainable development goals: SDG 3.3) โดยตั้งเป้าลดอุบัติการณ์วัณโรคลง ร้อยละ 80 ภายใน ค.ศ. 2030² รายงานสถานการณ์วัณโรคโลก ค.ศ. 2023 ระบุว่า ค.ศ. 2022 มีผู้ป่วยวัณโรคทั่วโลกประมาณ 10.6 ล้านคน คิดเป็นอุบัติการณ์ 133 ต่อประชากรแสนคน และมีผู้เสียชีวิตจากวัณโรคกว่า 1.3 ล้านราย โดยประชากรโลกประมาณ 1 ใน 4 ติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง (latent TB infection: LTBI) สำหรับประเทศไทย ซึ่งยังคงอยู่ในกลุ่ม 30 ประเทศที่มีภาระวัณโรคสูง มีอุบัติการณ์วัณโรค 155 ต่อประชากรแสนคน หรือประมาณ 111,000 ราย ผู้เสียชีวิต 14,000 ราย และพบวัณโรคดื้อยา (drug-resistant TB: DR-TB) จำนวน 2,700 ราย³⁻⁴

ประเทศไทยได้จัดทำ “แผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค ระยะที่ 2 พ.ศ. 2566–2570” เพื่อให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ระดับโลกของ WHO และเป้าหมาย SDG 3.3 โดยมุ่งลดการป่วยและการตายจากวัณโรคลงตามเกณฑ์สากล⁴ แผนดังกล่าวประกอบด้วยยุทธศาสตร์หลัก 5 ด้าน ได้แก่ (1) การเร่งรัดการค้นหาและตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยวัณโรคและวัณโรคดื้อยา; (2) การยกระดับคุณภาพการดูแลรักษา; (3) การเพิ่มประสิทธิภาพระบบวินิจฉัยและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ; (4) การเสริมสร้างระบบสนับสนุนและภาคีเครือข่าย; (5) การขับเคลื่อนงานวิจัยและ

นวัตกรรมวัณโรค อย่างไรก็ตาม แม้ประเทศไทยจะมีนโยบายและแนวทางดำเนินงานที่ชัดเจน แต่ในระดับพื้นที่ยังพบข้อจำกัดสำคัญ ได้แก่ การติดตามผู้ป่วยขาดความต่อเนื่อง การบูรณาการข้อมูลระหว่างหน่วยบริการไม่เป็นเอกภาพ และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนยังไม่เข้มแข็ง ส่งผลให้ประสิทธิภาพการรักษายังไม่ถึงเป้าหมาย โดยมีอัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรค ร้อยละ 79.8 และอัตราการขาดยาสูงถึง ร้อยละ 5.6⁵⁻⁶

ในระดับอำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง ซึ่งเป็นพื้นที่ศึกษานี้ มีแนวโน้มผู้ป่วยวัณโรคเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยระหว่าง พ.ศ. 2565–2567 พบผู้ป่วยวัณโรค 26,75, และ 98 ราย ตามลำดับ มีอัตราการขาดยาเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 5.9 เป็น 7.1 และอัตราการเสียชีวิตเฉลี่ย ร้อยละ 6 แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่มีความต่อเนื่อง ครอบคลุม และยั่งยืน เพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลในระดับชุมชน

กรอบแนวคิดของการศึกษานี้อิงจาก ทฤษฎีระบบ (systems theory) ของ Von Bertalanffy⁷ ซึ่งมององค์กรสุขภาพเป็นระบบเปิดที่มีองค์ประกอบสำคัญคือ Input–Process–Output–Feedback ที่ต้องทำงานสอดคล้องกันเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ขณะเดียวกันได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการบริหารคุณภาพแบบวงจร PDCA (Plan–Do–Check–Act) ของ Deming⁸ เพื่อปรับปรุงกระบวนการดำเนินงานวัณโรคให้เป็นระบบ โดยเน้นการวิเคราะห์สถานการณ์ วางแผนพัฒนา ติดตามผล และปรับปรุงคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง

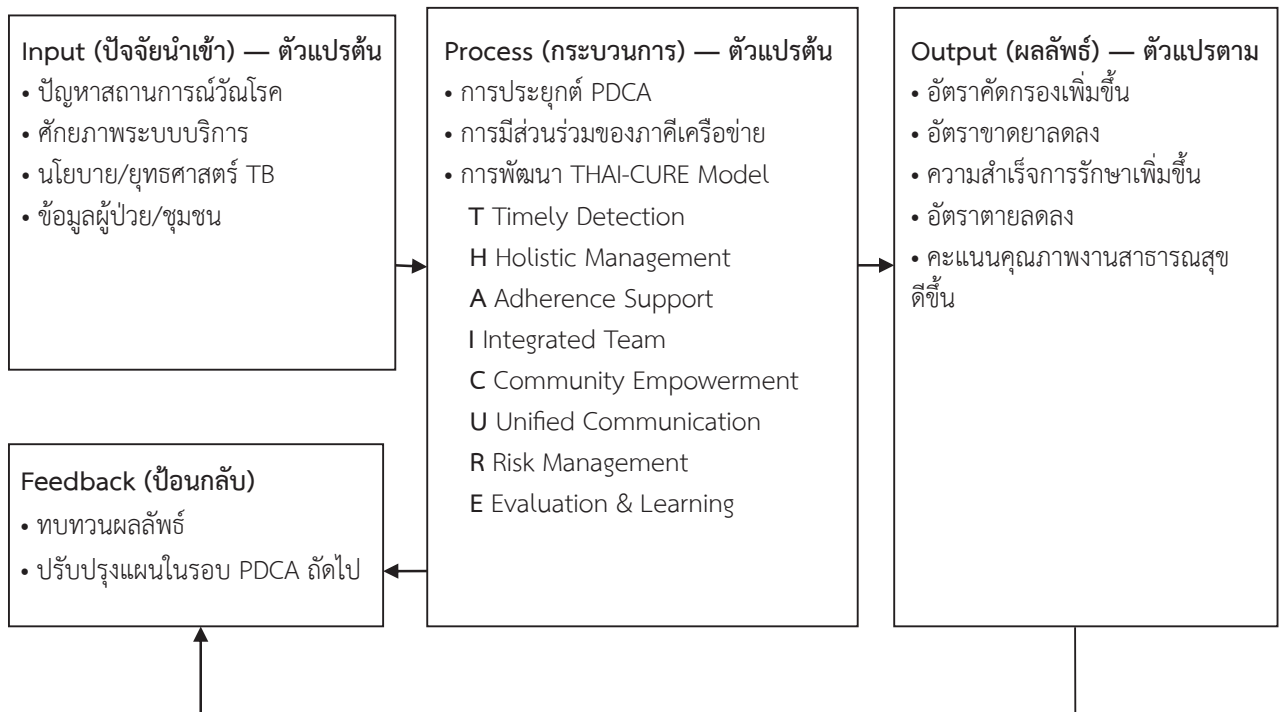
จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนให้ผลลัพธ์ที่ดี เช่น การศึกษาของ มุกดา วิเศษ และนพดล พิมพ์จันทร์⁹ ที่พัฒนาโมเดลการป้องกันวัณโรคดื้อยาหลายขนานด้วยกระบวนการชุมชนมีส่วนร่วม พบว่าการรับรู้ ความรู้ และพฤติกรรมป้องกัน

ของประชาชนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ รวมถึงผลงานของ อุไร โชควรกุล¹⁰ ที่พัฒนาระบบพี่เลี้ยงติดตามผู้ป่วยวัณโรคในอำเภอพยุหะคีรี พบว่าอัตราการสำเร็จของการรักษาเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 91.8 และอัตราการขาดยาลดลงเหลือเพียง ร้อยละ 1.2 ซึ่งแสดงให้เห็นถึงพลังของการบริหารจัดการวัณโรคแบบมีส่วนร่วม แม้จะมีงานวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยวัณโรคในหลายพื้นที่ของประเทศไทย แต่ยังไม่พบช่องว่างสำคัญ ได้แก่ ขาดรูปแบบการดูแลวัณโรคที่บูรณาการเทคโนโลยีดิจิทัลอย่างเป็นระบบ เช่น NTIP, VOT, Line Follow-Up ซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญในการลดการขาดยา ยังไม่มีการจัดระดับความเสี่ยงผู้ป่วย (risk stratification) เพื่อให้การกำกับการรักษามีความเหมาะสมรายบุคคล ขาดรูปแบบ Community-Based TB Management ยัง

ไม่มีงานวิจัยที่ดำเนินการในจังหวัดอ่างทอง ซึ่งมีภาระโรคสูงและอัตราขาดยาสูงต่อเนื่อง

ดังนั้น การศึกษานี้จึงมุ่งพัฒนา “รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชนอำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง” โดยใช้แนวคิด ทฤษฎีระบบ และ วงจร PDCA ผสานกับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ เพื่อสร้างระบบการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุม ตั้งแต่ การคัดกรอง การรักษา การติดตาม และการสนับสนุนต่อเนื่อง ทั้งนี้คาดว่าผลจากการวิจัยจะสามารถเสริมสร้างประสิทธิภาพของระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในระดับชุมชนให้มีความยั่งยืน และสอดคล้องกับเป้าหมายยุทธศาสตร์ “End TB Strategy” ขององค์การอนามัยโลก ใน ค.ศ. 2035²

กรอบแนวคิดการวิจัย



คำถามวิจัย

1. สถานการณ์และปัญหาการดำเนินงาน
วัณโรคในอำเภอฟรทองเป็นอย่างไร
2. รูปแบบ THAI-CURE Model
มีองค์ประกอบและกระบวนการดำเนินงานอย่างไร
3. ผลลัพธ์ก่อนและหลังการพัฒนา
รูปแบบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหรือไม่

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา
การดำเนินงานวัณโรค อำเภอฟรทอง จังหวัดอ่างทอง
2. เพื่อพัฒนารูปแบบกระบวนการดำเนินงาน
ในการจัดการแก้ไขปัญหาวัณโรค อำเภอฟรทอง
จังหวัดอ่างทอง
3. เพื่อประเมินผล การพัฒนา
รูปแบบกระบวนการดำเนินงานในการจัดการแก้ไขปัญหาวัณโรค
ในพื้นที่ อำเภอฟรทอง จังหวัดอ่างทอง

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพิ่มอัตราการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่
ให้ $\geq 90\%$ ภายใน 1 ปี
2. เพิ่มอัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรค
ให้ $\geq 90\%$ ภายในปี 2568
3. ลดอัตราการขาดยาให้เหลือ $\leq 5\%$ ภายใน
ปี 2568
4. ลดอัตราการเสียชีวิตจากวัณโรคลง $\geq 75\%$
เมื่อเทียบกับฐานปี 2566
5. ยกระดับคุณภาพการดำเนินงานวัณโรค
ของโรงพยาบาลให้ $\geq 95\%$ ตามเกณฑ์กรมควบคุมโรค

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา
(research and development: R&D) โดยใช้ ทฤษฎี
ระบบ (systems theory) เป็นกรอบแนวคิด เพื่อ
พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน
ให้เกิดประสิทธิผลและความยั่งยืน ทั้งนี้ใช้แนวทางการ

บริหารคุณภาพแบบ PDCA (Plan-Do-Check-Act)
ร่วมกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ
(participatory approach) ตามแนวทางยุทธศาสตร์
“End TB Strategy” ขององค์การอนามัยโลก
เพื่อส่งเสริมการจัดการวัณโรคในระดับชุมชนอย่าง
เป็นระบบ

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการปฏิบัติการ (action
research) เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและ
เชิงคุณภาพ ในการดำเนินการมีเป้าหมายเพื่อเรียนรู้
และวางแผนพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน การดูแล
ผู้ป่วยวัณโรคปอด โดยเครือข่ายสุขภาพ ตามบริบท
ของอำเภอฟรทอง จังหวัดอ่างทอง ระยะเวลา
การดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2567
ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2568 รวมระยะเวลา 1 ปี โดยมี
ขั้นตอนการวิจัย 3 ระยะ ตามแนวคิดทฤษฎีระบบ ดังนี้
**ระยะที่ 1 ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลและวางแผน
ปฏิบัติการ (Input)**

1. ศึกษาข้อมูล วิเคราะห์สถานการณ์
และประเมินสภาพปัญหาการดำเนินงานด้านวัณโรค
อำเภอฟรทอง จังหวัดอ่างทอง และสรุปภาพรวม
ของปัญหา
2. ทบทวนนโยบายจังหวัดและยุทธศาสตร์
ปัญหาวัณโรค
3. ประชุมผู้เกี่ยวข้องเพื่อนำปัญหาที่ได้มา
ร่วมกำหนดแผนปฏิบัติการและกำหนด แนวทางในการ
พัฒนา
3. วิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน
และความต้องการของผู้ที่เกี่ยวข้อง
4. ทบทวนแนวทางจัดการแก้ปัญหา
การดำเนินงาน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย
สุขภาพอำเภอฟรทอง จังหวัดอ่างทอง

ระยะที่ 2 ขั้นตอนดำเนินการและปฏิบัติการตามแผน (Process)

โดยการดำเนินการ เกิดจากการประยุกต์ใช้ แนวคิดการบริหารคุณภาพวงจร PDCA (Plan-Do-Check-Act) ร่วมกับทฤษฎีการมีส่วนร่วมของชุมชน

1. จัดเวทีระดมสมอง สื่อสารให้ภาคี เครือข่ายสุขภาพ รับรู้สถานการณ์ ปัญหา ผลกระทบ ร่วมวิเคราะห์ปัญหา วางแผน แก้ไข กำหนดกิจกรรม เป้าหมายและผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน (Plan)

2. กำหนดแผนปฏิบัติการ (Plan)

3. ร่วมปฏิบัติตามแผนที่กำหนด (Do)

4. ร่วมติดตามผลการดำเนินงาน โดยการ สังเกตการณ์การมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมกิจกรรม ในแต่ละขั้นตอนของการศึกษาและสะท้อนผลการปฏิบัติ กลับ (Check)

5. นำผลลัพธ์มาวิเคราะห์ พัฒนาปรับปรุง (Act)

ระยะที่ 3 ขั้นตอนการติดตามและประเมินผล (Output)

1. Output

มีรูปแบบกระบวนการจัดการปัญหาวัณโรค อำเภอโพธิ์ทอง

2. Outcome

- 2.1 เก็บรวบรวมข้อมูลในการติดตามผลการดำเนินงานคุณภาพด้านการดูแลรักษา ผู้ป่วยวัณโรค

- 2.2 ผู้ป่วย/ผู้ดูแล มีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรควัณโรค

- 2.3 ผู้ป่วย/ผู้ดูแล สามารถปฏิบัติตัว ได้อย่างเหมาะสม

- 2.4 ประเมินคุณภาพโรงพยาบาลด้านการดูแลรักษาวัณโรค

- 2.5 ประเมินอัตราการขาดยาของผู้ป่วย วัณโรครอบ 3 เดือน

- 2.6 ความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพ ต่อการให้บริการด้านการดูแลรักษาวัณโรค

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษานี้ประกอบด้วยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในอำเภอ โพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง ซึ่งครอบคลุมทั้งระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างกำหนดโดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์การมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลผู้ป่วยวัณโรค แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยวัณโรคและผู้ดูแล จำนวน 30 คน, เครือข่ายสุขภาพในชุมชน จำนวน 27 คน, และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคในหน่วยบริการ จำนวน 36 คน รวมทั้งสิ้น 93 คน

การกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างอ้างอิง หลักการข้อมูลอิ่มตัว (data saturation) ซึ่งเป็น มาตรฐานสำคัญของงานวิจัยเชิงคุณภาพและงานพัฒนารูปแบบที่มุ่งให้ได้ข้อมูลรอบด้านและไม่เกิดประเด็นใหม่เพิ่มเติมในระหว่างการเก็บข้อมูล¹¹ นอกจากนี้ยัง สอดคล้องกับแนวทางของ Borg และ Gall¹² ซึ่งแนะนำว่า การทดลองใช้รูปแบบในงานวิจัยและพัฒนาควรมีจำนวนผู้เข้าร่วมระหว่าง 30-100 คน เพื่อให้เกิดความครอบคลุมของข้อมูลและสามารถประเมิน ประสิทธิภาพได้อย่างเหมาะสม การประเมินผลลัพธ์เชิงปริมาณในการเปรียบเทียบสัดส่วนก่อนและ หลังการพัฒนา ใช้หลักการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ขึ้นตามข้อแนะนำของการทดสอบ chi-square ซึ่งเสนอให้มีจำนวนไม่น้อยกว่า 25-30 คน ในกลุ่ม ที่ต้องการวิเคราะห์ผลลัพธ์เชิงสัดส่วน¹³

เกณฑ์คัดเข้า

1. อายุ ≥ 20 ปี
2. ได้รับการวินิจฉัยวัณโรคปอดเสมอ
3. อยู่ในพื้นที่ ≥ 6 เดือน
4. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออก

1. ผู้ป่วยโรคดื้อยาหลายขนานรุนแรง
2. ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตรุนแรง
3. ผู้ที่ไม่สามารถสื่อสารได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามสำหรับเก็บข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ดูแล แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปจำนวน 11 ข้อ, ความรู้ จำนวน 20 ข้อ, พฤติกรรมการดูแลตนเอง จำนวน 15 ข้อ

1.1 ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน (IOC = 0.67–1.00)

1.2 ผ่านการทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 15 คน (pilot test)

1.3 ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น Cronbach's alpha = 0.82

2. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (semi-structured Interview) สำหรับทีมสหวิชาชีพและผู้บริหาร มี 12 คำถามหลัก

2.1 ตรวจสอบความตรงโดยผู้เชี่ยวชาญ 2 ท่าน

2.2 ใช้วิธีการตรวจสอบแบบสามเส้า (triangulation) เพิ่มความน่าเชื่อถือ

2.3 มีการบันทึกเสียงและถอดความ

3. แบบสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วม (participant observation form) 10 รายการ (คะแนน 1–3) ตรวจสอบความเชื่อมั่นแบบ inter-rater reliability ($r = 0.89$)

4. แบบบันทึกผลการดำเนินงานของทีมวินโรค (performance record form)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับอธิบายข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยเจ้าหน้าที่ และภาคีเครือข่ายที่เข้าร่วมการศึกษา

2. การประเมินผลของรูปแบบ THAI-CURE Model ใช้ สถิติทดสอบความแตกต่างของสัดส่วน (chi-square test) เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการพัฒนาในปี 2566 และปี 2568 ได้แก่ อัตราการคัดกรอง อัตราความสำเร็จของการรักษา อัตราการขาดยา อัตราการเสียชีวิต และคะแนนคุณภาพงานวินโรค

3. ใช้ค่าความเชื่อมั่น 95% (95% confidence interval: 95% CI) เพื่อประเมินช่วงประมาณค่าของส่วนต่าง (difference in proportions) และใช้ค่า effect size (Cohen's d) เพื่อบอกขนาดอิทธิพลของความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น โดยพิจารณาค่าตามเกณฑ์ทั่วไป ได้แก่ $d = 0.20$ (เล็ก), $d = 0.50$ (ปานกลาง), และ $d = 0.80$ (มาก) ซึ่งใช้กันอย่างแพร่หลายในงานวิจัยด้านสาธารณสุขและการประเมินโครงการ เกณฑ์นัยสำคัญทางสถิติใช้ $p < .05$ ทุกการทดสอบ

4. ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) เพื่อสังเคราะห์ประเด็นหลัก แนวคิด และข้อเสนอแนะจากภาคีเครือข่ายและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

จริยธรรมในการวิจัย

การเก็บข้อมูลเพื่อวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ในคนของจังหวัดอ่างทอง ตามเอกสารรับรองเลขที่ ATGEC 123/2567 รับรองเมื่อ 23 กันยายน 2567 ผู้ดำเนินการวิจัยได้ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยจากกลุ่มตัวอย่าง แจ้งวัตถุประสงค์ของการเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยโดยพิทักษ์สิทธิ ซึ่งผู้ป่วยวินโรค สามารถเข้าร่วมวิจัยหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการดูแลรักษาที่ได้รับอยู่และการเปิดเผยข้อมูลของการวิจัยนี้ เป็นการนำเสนอในภาพรวมที่ไม่มีการระบุชื่อผู้ร่วมวิจัยแต่ประการใด

ผลการศึกษา

1. ผลการศึกษาศาสนาการณและการวิเคราะห์สภาพ ปัญหา (Input)

จากการศึกษาศาสนาการณวัณโรคในอำเภอ
โพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง พบปัญหาหลัก 3 ด้าน
ได้แก่ (1) การเข้าถึงบริการและการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง
ยังไม่ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยเข้าสู่ระบบ

บริการล่าช้า ขาดแนวทางคัดกรองในระดับชุมชนที่
ชัดเจน; (2) การประสานงานระหว่างหน่วยบริการ
และชุมชน ยังไม่เป็นระบบ ขาดกลไกติดตามประเมิน
ผลอย่างต่อเนื่อง; และ (3) การประชาสัมพันธ์และ
การขึ้นทะเบียนผู้ป่วยรายใหม่ มีข้อจำกัด ทำให้เกิด
ความล่าช้าในการเข้ารับบริการดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ประเด็นสภาพปัญหาที่พบจากการวิเคราะห์

ประเด็นการวิเคราะห์	สภาพปัญหาที่พบ
1. การเข้าถึงบริการ	- การคัดกรองผู้ป่วยรายใหม่ยังไม่ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ - ผู้ป่วยเข้าสู่ระบบบริการล่าช้า ทำให้การรักษาเริ่มต้นไม่ทันเวลา - ไม่มีแนวทางที่ชัดเจนในการคัดกรองกลุ่มเป้าหมายในระดับชุมชน - การประสานงานระหว่างหน่วยบริการและชุมชนยังไม่เป็นระบบ - การประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการคัดกรองยังไม่ทั่วถึงกลุ่มเสี่ยง - ระบบการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยรายใหม่มีข้อจำกัด (ดำเนินการเพียงสัปดาห์ละหนึ่งครั้ง) ส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการเข้ารับบริการ
2. กระบวนการดูแล	- ขาดระบบติดตามและประเมินผลการคัดกรองอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง (1) ผู้ป่วย: - ผู้ป่วยยังขาดความตระหนักในการรับประทานยาต่อเนื่อง - ไม่มาตรวจตามนัดหมาย - รับประทานยาไม่สม่ำเสมอหรือหยุดยาเอง - ขาดผู้ดูแลหรือผู้สนับสนุนในการติดตามการรักษา (2) ทีมผู้ดูแล: - บุคลากรมีระดับความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยแตกต่างกัน - บุคลากรบางส่วนยังไม่ชำนาญในการใช้โปรแกรมหรือระบบข้อมูลวัณโรค (3) ระบบการดูแล: - ไม่มีแนวทางการทำงานหรือขั้นตอน (work flow) ที่ชัดเจนระหว่างหน่วยงาน - ขาดมาตรฐานการดูแลรักษาที่เป็นแนวเดียวกันในทุกระดับบริการ - ไม่มีแนวทางเวชปฏิบัติ (CPG) ที่จำแนกตามระดับความรุนแรงของผู้ป่วย - ระบบ DOT ยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร - การส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยบริการและชุมชนยังไม่เป็นระบบ - ไม่มีระบบการเยี่ยมบ้านที่ชัดเจนและสม่ำเสมอ

ตารางที่ 1 ประเด็นสภาพปัญหาที่พบจากการวิเคราะห์ (ต่อ)

ประเด็นการวิเคราะห์	สภาพปัญหาที่พบ
3. สนับสนุนการจัดบริการ	- บุคลากรมีจำนวนจำกัดและต้องรับผิดชอบหลายภารกิจ - ขาดระบบกำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรม - ยังไม่มีนโยบายหรือแนวทางความร่วมมือด้านการควบคุมวัณโรคร่วมกับชุมชนที่ชัดเจน - การดำเนินงานวัณโรคยังคงจำกัดอยู่ในกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยขาดการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย - ไม่มีแผนงานหรือแนวทางการแก้ไขปัญหาวัณโรคที่เป็นระบบและยั่งยืน - ระบบข้อมูลระหว่างหน่วยงานและภาคีเครือข่ายยังไม่เชื่อมโยงกันอย่างมีประสิทธิภาพ - การสื่อสารประชาสัมพันธ์เรื่องวัณโรคยังไม่เข้าถึงกลุ่มเสี่ยงและประชาชนทั่วไป

2. ผลการดำเนินการและปฏิบัติการตามแผน (Process)

ผลการศึกษาจากการสังเกตพฤติกรรม การมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพในระหว่าง การประชุมเชิงปฏิบัติการ พบว่า ผู้เข้าร่วมประชุม มีความสนใจและให้ความร่วมมือในการดำเนิน กิจกรรมอย่างเต็มที่ โดยแต่ละหน่วยงานได้มอบหมาย ผู้รับผิดชอบงานและตัวแทนเข้าร่วมประชุมตาม กำหนดเวลา มีการซักถาม แสดงความคิดเห็น และร่วมวิเคราะห์ปัญหาในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง ผู้เข้าร่วมทุกคนมีโอกาสแสดงความคิดเห็นอย่าง เท่าเทียม เคารพความคิดเห็นของกันและกัน และช่วยกัน วางแผนแก้ปัญหาวัณโรคในชุมชนร่วมกัน ซึ่งสะท้อน ถึงระดับการมีส่วนร่วมในระดับ “สูง” ทั้งในด้านการมีส่วนร่วมเชิงความคิด การปฏิบัติ และการตัดสินใจ

การประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มุ่งเน้น การวิเคราะห์สถานการณ์วัณโรคในอำเภอโพธิ์ทอง โดยให้เจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลโพธิ์ทอง นำเสนอข้อมูลสถานการณ์ผู้ป่วย เพื่อนำไปสู่การระดม ความคิดเห็นของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย สุขภาพในพื้นที่ เพื่อหาแนวทางการพัฒนารูปแบบ การดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนอย่างเป็นระบบ โดยมีการ จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ 3 ครั้ง

ครั้งที่ 1: วิเคราะห์สถานการณ์ (3 ชั่วโมง, ผู้เข้าร่วม 40 คน)

ครั้งที่ 2: ออกแบบรูปแบบ THAI-CURE Model (4 ชั่วโมง, ผู้เข้าร่วม 45 คน)

ครั้งที่ 3: ทบทวนและปรับปรุง (3 ชั่วโมง, ผู้เข้าร่วม 38 คน)

ใช้เทคนิค

1. Focus group
2. Brainstorming
3. Nominal group technique (NGT)

ซึ่งผลการอภิปรายได้ข้อสรุปสำคัญ 3 ด้านหลัก ดังนี้

1. ด้านการเข้าถึงบริการ (Accessibility of TB services)

มีการกำหนดแนวทางคัดกรองกลุ่มเสี่ยง 7 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานที่คุม น้ำตาลไม่ได้ ผู้สูงอายุ ≥ 70 ปี ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ผู้ป่วยโรคไต ระยะสุดท้าย ผู้ป่วยมะเร็ง ผู้สัมผัสร่วมบ้านใน 2 ปี และ ผู้ติดเชื้อ HIV

- กำหนดแนวทางการคัดกรองร่วมกันของ ทุกหน่วยบริการ เพื่อให้ได้มาตรฐานเดียวกัน
- แบ่งบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนระหว่าง ทีม สหวิชาชีพ ภาคีเครือข่าย และ อสม.

- จัดระบบขึ้นทะเบียนผู้ป่วยรายใหม่ทุกวัน
ราชการ ทั้งจากโรงพยาบาลและชุมชน
- พัฒนาระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยผ่าน ระบบ NTIP
(National TB Information Program) เพื่อ
ใช้ติดตามความก้าวหน้าและความครอบคลุม
ของการดำเนินงาน

2. ด้านการสนับสนุนการจัดบริการ (Service support and management)

กำหนดโครงสร้างและระบบสนับสนุนการดำเนินงานวัณโรคในระดับอำเภอให้มีความเข้มแข็งมากขึ้น

- จัดทำแนวทางการป้องกันและควบคุมวัณโรค
ที่ใช้ได้กับทุกหน่วยบริการ
- สนับสนุนกำลังคนในคลินิกวัณโรคให้เพียงพอ
โดยเฉพาะพยาบาลผู้ผ่านการอบรมเฉพาะทาง
วัณโรค
- จัดโครงสร้างคลินิกวัณโรคให้แยกจาก
หน่วยบริการอื่น เน้นการระบายอากาศดี
มีแสงธรรมชาติ
- จัดทำ มาตรฐานและแผนภูมิกระบวนการ
ดูแลผู้ป่วยวัณโรค ครอบคลุมตั้งแต่การค้นหา
การคัดกรอง การรักษา การติดตาม และการ
ส่งต่อ
- มีการประชุมติดตามงานวัณโรคทุก 3 เดือน
เพื่อทบทวนความก้าวหน้าและแก้ไขปัญหา
ร่วมกัน
- จัดตั้งเครือข่ายห้องปฏิบัติการ 17 แห่ง ภายใต้
การควบคุมมาตรฐานเดียวกัน
- กำหนดให้ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต
ระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นหน่วยกำกับติดตาม

3. ด้านการดูแลผู้ป่วย (Patient care and treatment)

พัฒนาระบบบริการที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
และสอดคล้องกับระดับความเสี่ยง

- ให้บริการแบบ one stop service ครอบคลุม
ตั้งแต่การตรวจ การรักษา การให้คำปรึกษา
และติดตามผู้ป่วย
- แบ่งผู้ป่วยตามระดับความเสี่ยง 3 ระดับ
(ปกติ-เสี่ยงปานกลาง-เสี่ยงสูง) เพื่อจัดบริการ
และติดตามการกินยาอย่างเหมาะสม
- มี standing order สำหรับแพทย์ เพื่อเป็น
แนวทางมาตรฐานในการรักษา
- พัฒนาระบบ พินิจฉัยดูแลการกินยา (DOT)
ตามระดับความเสี่ยง เพื่อลดการขาดยา
- เภสัชกรตรวจสอบความครบถ้วนของยา
ในทุกนัด
- จัดระบบ บันทึกข้อมูลผ่าน NTIP Online
เพื่อให้ติดตามผลได้แบบเรียลไทม์
- มีระบบติดตามผู้ขาดการรักษาภายใน 7 วัน
และส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาล
และ รพ.สต. ผ่าน TB Group (กลุ่มปิด
ออนไลน์)

สรุป ผลการดำเนินการประชุมเชิงปฏิบัติ
การร่วมกับภาคีเครือข่ายสุขภาพ ทีมสหวิชาชีพ
อสม. และผู้นำชุมชน แสดงให้เห็นว่าภาคีเครือข่ายมี
ระดับพฤติกรรมมีส่วนร่วมสูง (ค่าเฉลี่ย = 22.30,
SD = 1.27) ดังกล่าวปรากฏใน ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละ คะแนนพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการประชุมเชิงปฏิบัติการของภาคีเครือข่ายสุขภาพ
โดยการสังเกต (n = 63)

ระดับพฤติกรรมการมีส่วนร่วม	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (>19)	63	100
ระดับปานกลาง (15-18)	-	-
ระดับต่ำ (<14)	-	-
รวม	63	100

$\bar{X}$ = 22.30, SD = 1.27, Min = 20, Max = 24

ผลเชิงคุณภาพ

เป็นตัวอย่างความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่าง เช่น

“พอมีพี่เลี้ยงคอยติดตาม ทางบ้านรู้สึกอุ่นใจ
ขึ้นมากค่ะ ไม่กลัวว่าจะลืมกินยาอีกแล้ว” – ผู้ป่วย A

“ระบบ NTIP (National TB Information
Program) ทำให้เราติดตามผู้ป่วยได้เร็วขึ้นมาก จาก
เดิมที่ข้อมูลล่าช้าหลายวัน” – เจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรค

“ชุมชนเข้ามามีบทบาทจริง ทำให้การค้นหา
ผู้ป่วยเชิงรุกได้ผลดีกว่าเดิม” – ผู้ใหญ่บ้าน

มีการเสนอแนวทางและร่วมออกแบบ “THAI-
CURE Model” ที่ประกอบด้วย 8 องค์ประกอบหลัก
ได้แก่

1. T : Timely detection ตรวจคัดกรอง
เชิงรุกในกลุ่มเสี่ยง
2. H : Holistic management ประเมิน
สุขภาพกาย ใจ เศรษฐกิจ และการใช้ยา
3. A : Adherence support ใช้แนวคิด
Directly Observed Therapy (DOT) + digital tools
4. I : Integrated team จัดตั้งทีมดูแล
ร่วมข้ามสายงาน (multidisciplinary team)
5. C : Community empowerment
สร้างความร่วมมือกับชุมชน
6. U : Unified communication ประกัน
การเข้าถึงยา บริการ และสิทธิรักษาฟรี

7. R : Risk management ใช้ระบบ Health
Information System ติดตามผลการรักษา adverse
drug reaction และผลลัพธ์สุขภาพ

8. E : Evaluation & Learning เชื่อมโยงกับ
แผนยุทธศาสตร์วัณโรคแห่งชาติ

3. การติดตามและประเมินผล (Output)

การเปรียบเทียบผลการดำเนินงานก่อนและ
หลังการพัฒนา (ปี 2566-2568) โดยใช้ THAI-CURE
Model พบว่าผลลัพธ์ทุกด้านดีขึ้นอย่างชัดเจนเมื่อเทียบกับ
เกณฑ์มาตรฐานของกรมควบคุมโรคและยุทธศาสตร์
End TB ขององค์การอนามัยโลก ดังนี้

การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง: เพิ่มขึ้น ร้อยละ 20.2
(χ^2 = 6.14, p = .013) และขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับ
ปานกลาง (Cohen's d = 0.52) สะท้อนถึงความ
สำเร็จขององค์ประกอบ T – Timely detection &
treatment ที่ส่งเสริมการค้นหาเชิงรุกโดยทีม อสม.
ร่วมกับเทคโนโลยี mobile X-ray และ GeneXpert.

อัตราความสำเร็จของการรักษา: เพิ่มจาก
ร้อยละ 80.2 เป็นร้อยละ 95.5 เพิ่มขึ้น ร้อยละ 15.3
(χ^2 = 5.72; p = .017) และขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับ
ปานกลาง (Cohen's d = 0.48) แสดงถึงประสิทธิภาพ
ของแนวทาง A – Adherence support with DOT
Plus และ I – Integrated health team ที่ใช้การ
กำกับกรกินยาและติดตามผ่าน Line group และ VOT
(video observed therapy)

อัตราการขาดยา: ลดจากร้อยละ 6.7 เหลือร้อยละ 2.1 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($\chi^2 = 4.98$; $p = .026$) และขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับเล็ก (Cohen's $d = 0.32$) สะท้อนผลลัพธ์ของ H – Holistic patient management และการเยี่ยมบ้านตามระดับความเสี่ยงที่ช่วยลดการละเลยการรักษา.

อัตราการเสียชีวิต: ลดจากร้อยละ 6.6 เหลือร้อยละ 1.4 ลดจากร้อยละ 78.2 ($\chi^2 = 5.89$; $p = .015$) และขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับปานกลาง (Cohen's $d = 0.50$) จากการบูรณาการดูแลด้านการแพทย์และจิตสังคม รวมถึงการจัดการภาวะร่วม เช่น เบาหวาน และภาวะโภชนาการบกพร่อง.

คุณภาพการดำเนินงานวัณโรคในโรงพยาบาล: เพิ่มจากร้อยละ 90.5 เป็นร้อยละ 98.0 ($\chi^2 = 4.55$; $p = .033$) และขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับเล็กถึงปานกลาง (Cohen's $d = 0.36$) สะท้อนความสำเร็จขององค์ประกอบ E – Elimination goal-oriented policy และ C – Community engagement ที่บูรณาการแผนวัณโรคเข้ากับยุทธศาสตร์โรงพยาบาล และการมีส่วนร่วมของท้องถิ่น.

โดยสรุป การดำเนินงานด้วย THAI-CURE Model ทำให้ระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนมีประสิทธิภาพสูงขึ้นอย่างครอบคลุม ต่อเนื่อง และยั่งยืน ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบผลการรักษาเมื่อสิ้นสุดการรักษาของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เสมหะพบเชื้อ ปี 2566 ก่อนการพัฒนา กับปี 2568 หลังการพัฒนา

ผลการรักษา	ปี 2566 ก่อนพัฒนา	ปี 2568 หลังพัฒนา	สถิติ ทดสอบ	p-value	95% CI	Effect Size
1. กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรอง เป้าหมาย $\geq$ ร้อยละ 90	76.6	96.8	$\chi^2 = 6.14$	.013	4.8–26.9	$d = 0.52$
2. อัตราความสำเร็จของการรักษา วัณโรค (success rate) เป้าหมาย $\geq$ ร้อยละ 89	80.2	95.5	$\chi^2 = 5.72$	.017	3.1–22.4	$d = 0.48$
3. อัตราการขาดยา (default rate) เป้าหมาย $\leq$ ร้อยละ 5	6.7	2.1	$\chi^2 = 4.98$	.026	–8.6–1.2	$d = 0.32$
4. อัตราตาย (death rate) เป้าหมายลดจากร้อยละ 75	6.62	1.44	$\chi^2 = 5.89$	.015	–9.4–2.1	$d = 0.50$
5. การดำเนินงานคุณภาพ โรงพยาบาลด้านการดูแลรักษา วัณโรคผ่านเกณฑ์มาตรฐาน เป้าหมาย $\geq$ ร้อยละ 95	90.5	98.0	$\chi^2 = 4.55$	.033	0.8–14.9	$d = 0.36$

วิจารณ์

ผลการศึกษาพบว่าเครือข่ายสุขภาพมีระดับการมีส่วนร่วมสูง ทั้งในด้านการแสดงความคิดเห็น การวิเคราะห์ปัญหา และการกำหนดแนวทางแก้ไขร่วมกัน ซึ่งสะท้อนถึงศักยภาพของระบบสุขภาพระดับอำเภอในการบูรณาการงานวันโรคอย่างมีส่วนร่วม การที่ผู้เข้าร่วมประชุมมีการซักถาม แลกเปลี่ยนข้อมูล และเสนอแนวทางแก้ไขในบริบทของพื้นที่ แสดงให้เห็นถึง “ความเป็นเจ้าของร่วม (shared ownership)” ซึ่งเป็นหัวใจของแนวคิดการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม (participatory management) ตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก ที่เน้นการเสริมพลังชุมชน (empowerment) ให้มีบทบาทร่วมในระบบสุขภาพ

การกำหนดองค์ประกอบของระบบดูแลผู้ป่วยวันโรคออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงบริการ การสนับสนุนการจัดบริการ และการดูแลผู้ป่วย แสดงถึงแนวคิดที่ครอบคลุมและเป็นระบบ (holistic and systematic approach) สอดคล้องกับทฤษฎีระบบ (systems theory) ที่มององค์การสุขภาพเป็นองค์รวมของหน่วยย่อยที่ต้องทำงานเชื่อมโยงกันอย่างต่อเนื่อง การจัดให้มีแนวทางการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง การปรับโครงสร้างคลินิกวันโรค และการกำหนดบทบาทของทีมนสหวิชาชีพอย่างชัดเจน เป็นการสร้างระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย (effective and safe health service system) ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางของ Integrated People-Centered Health Services Framework ที่เน้นให้บริการตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในแต่ละบริบท

ในด้านพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพ ผลการประชุมแสดงให้เห็นการมีส่วนร่วมในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 22.30, SD = 1.27) ซึ่งสะท้อนถึงการยอมรับบทบาทของแต่ละหน่วยงานและความ

ร่วมมือข้ามสายงาน (intersectoral collaboration) อย่างแท้จริง การมีส่วนร่วมในทุกระดับตั้งแต่การคิดวางแผน ปฏิบัติ และประเมินผล เป็นกลไกสำคัญที่นำไปสู่ความสำเร็จของการพัฒนา “THAI-CURE Model” และสอดคล้องกับแนวคิดของ Arnstein’s Ladder of Citizen Participation ค.ศ. 1969 ที่ระบุว่า การมีส่วนร่วมที่แท้จริงจะเกิดขึ้นเมื่อผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้รับอำนาจในการตัดสินใจและการกำหนดทิศทางการดำเนินงานร่วมกัน อีกทั้งการกำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยตามระดับความเสี่ยงและระบบพี่เลี้ยงการกินยา (DOT) ยังสอดคล้องกับหลักการของ Patient-Centered Care และแนวทาง End TB Strategy ขององค์การอนามัยโลก ที่มุ่งลดอัตราการขาดยาและเพิ่มความต่อเนื่องในการรักษา ลดภาระเดินทางของผู้ป่วย ลดความเสี่ยงแพร่เชื้อในครอบครัว เพิ่ม adherence ด้วยดิจิทัล ลดค่าใช้จ่ายของระบบสุขภาพ ซึ่งถือเป็นการพัฒนาที่มีความยั่งยืนและตอบสนองต่อความท้าทายในระบบวันโรคของประเทศไทย

สรุป

การประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ไม่เพียงเป็นเวทีแลกเปลี่ยนข้อมูลเชิงวิชาการ แต่ยังเป็นกระบวนการพัฒนา “การเรียนรู้ร่วม (collaborative learning process)” ที่ทำให้เกิดความเข้าใจร่วมกันระหว่างหน่วยบริการและชุมชน นำไปสู่การออกแบบระบบการดูแลผู้ป่วยวันโรคที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ และเป็นตัวอย่างที่ดีของการนำหลักการ “ร่วมคิด ร่วมทำ และร่วมรับผลลัพธ์” มาประยุกต์ใช้ในงานสาธารณสุข ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้

1. ขยายโมเดลสู่โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดอื่น
2. บูรณาการเข้ากับ SDG 3.3 และ End TB

3. ใช้ระบบติดตามผลผ่าน NTIP (National TB Information Program) และ VOT (video observed therapy) ในระดับจังหวัด

4. ควรทำ RCT หรือ quasi-experimental เพื่อยืนยันประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. The end TB strategy: Global strategy and targets for tuberculosis prevention, care and control after 2015. Geneva: WHO; 2015.
2. World Health Organization. Global tuberculosis report 2023. Geneva: WHO; 2023.
3. กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์วัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2565. กรุงเทพมหานคร: สำนักวัณโรค; 2565.
4. กระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์วัณโรคแห่งชาติ พ.ศ. 2566–2573. กรุงเทพมหานคร: กรมควบคุมโรค; 2566.
5. กรมควบคุมโรค. แนวทางเวชปฏิบัติการควบคุมวัณโรคแห่งชาติ (National tuberculosis guideline 2023). กรุงเทพมหานคร: สำนักวัณโรค; 2566.
6. กรมควบคุมโรค. แผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค ระยะที่ 2 พ.ศ. 2566–2570. กรุงเทพมหานคร: กองวัณโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
7. Von Bertalanffy L. General system theory: Foundations, development, applications. New York: George Braziller; 1968.
8. Deming WE. Out of the crisis. Cambridge (MA): MIT Press; 1986.
9. มุกดา วิเศษ, นพดล พิมพ์จันทร์. การพัฒนารูปแบบการป้องกันวัณโรคด้วยยาหลายขนานชนิดรุนแรงมากโดยกระบวนการชุมชนมีส่วนร่วม. วารสารวิจัยงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น. 2563;33(4):455–70.
10. อุไร โชควรรกุล. การพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค อำเภอพยุหะภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2566;20(1):85–98.
11. Guest G, Bunce A, Johnson L. How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. Field Methods. 2006;18(1):59–82.
12. Borg WR, Gall MD. Educational Research: An Introduction. 5th ed. New York: Longman; 1989.
13. McHugh ML. The chi-square test of independence. Biochem Med (Zagreb). 2013;23(2):143–9.