

ประสิทธิผลการให้สุศึกษาในผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่อำเภอลำดวน จังหวัดสุรินทร์

The Effectiveness of Health Education on Tuberculosis Patients in Lamduan District, Surin Province

นางพรทิพย์ ศรีกุลบุตร*

Ms.Pornthip Srikulbuthr *

โรงพยาบาลลำดวน จังหวัดสุรินทร์*

Lamduan Hospital, Surin Province*

Email: pornthip.srikulbuthr@gmail.com

Received 24 March 2026

Revised 18 July 2026

Accepted 21 July 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) เปรียบเทียบความรู้และการปฏิบัติตน (2) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และ (3) ประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมสุศึกษาที่พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยวัณโรคปอดในอำเภอลำดวน จังหวัดสุรินทร์ ปีงบประมาณ 2568 จำนวน 40 ราย คัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยโปรแกรมสุศึกษาที่ประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ร่วมกับสื่อวีดิทัศน์และการสนับสนุนจากครอบครัว และชุดแบบสอบถามที่ผ่านการประเมินความเที่ยงตรงจากผู้ทรงคุณวุฒิ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน Paired t-test ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 75.0) อยู่ในวัยแรงงาน (ร้อยละ 70.0) ภายหลังได้รับโปรแกรมสุศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นจาก 4.95 เป็น 10.15 และมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญจาก 33.68 เป็น 57.08 ($p < .05$) สำหรับความพึงพอใจต่อโปรแกรมในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$) = 4.75, S.D. = 0.42) สรุปผลได้ว่า โปรแกรมสุศึกษาที่เน้นการสร้างความรู้ความตระหนักร่วมกับสื่อประสม ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจความรุนแรงของโรคและโอกาสเสี่ยงจากการขาดการรักษา นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องถูกต้อง ซึ่งเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียงกันต่อไป

คำสำคัญ: วัณโรค, สุศึกษา, พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

Abstract

This research was a quasi-experimental study using a one-group pretest-posttest design. The objectives were: 1) to compare the knowledge and health behaviors of tuberculosis patients before and after receiving a health education program, 2) to evaluate their self-care practices, and 3) to assess patient satisfaction with the developed program. The sample consisted of 40 pulmonary tuberculosis patients receiving treatment at healthcare facilities in Lamduan District, Surin Province, during the 2025 fiscal year. Participants were selected through purposive sampling based on specific inclusion criteria. The research instruments included: 1) a health education program based on the Health Belief Model (HBM) integrated with video media and the involvement of immediate relatives, and 2) a questionnaire covering general information, knowledge, and health behaviors. The instruments were validated for content validity by three experts, and the reliability was found to be at an acceptable level. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation, as well as the inferential statistic Paired t-test. The results showed that the majority of the participants were male (75.0%) and within the working-age group of 35–59 years (70.0%). After participating in the health education program, the participants' mean knowledge score significantly increased from 4.95 to 10.15, and the mean self-care behavior score increased markedly from 33.68 to 57.08. These improvements were statistically significant at the .05 level. Overall satisfaction with the health education program was at the highest level ($\bar{x} = 4.75$, S.D. = 0.42). In conclusion, the health education program using multimedia and awareness-building based on the Health Belief Model effectively enhanced patients' understanding of disease severity and the risks of medication non-adherence. This led to positive behavioral changes and improved medication compliance. This program can serve as a model for developing tuberculosis care systems in other areas.

Keywords: Tuberculosis, Health Education, Self-care Behavior

1. บทนำ

วัณโรค (Tuberculosis: TB) ยังคงเป็นโรคติดต่อที่สร้างปัญหาด้านสาธารณสุขในระดับโลกอย่างต่อเนื่อง โดยจากรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO) ปี พ.ศ. 2567 พบว่า มีผู้ป่วยวัณโรคกว่า 10.8 ล้านราย และมีผู้เสียชีวิตประมาณ 1.3 ล้านราย ทั่วโลก (Hfocus.org, 2568) ในบริบทของประเทศไทย วัณโรคถือเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญและจำเป็นต้องได้รับการจัดการอย่างเร่งด่วน โดยในปี พ.ศ. 2567 พบผู้ป่วย



วัณโรครายใหม่ประมาณ 113,000 ราย และมีผู้เสียชีวิตกว่า 13,000 ราย หรือคิดเป็นอัตราเฉลี่ยสูงถึง 35 คนต่อวัน (Hfocus.org, 2568)

จากสถานการณ์ดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ขับเคลื่อนการดำเนินงานควบคุมวัณโรคตามแผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค เพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค (End TB Strategy) โดยตั้งเป้าหมายลดอัตราการตายจากวัณโรคลง ร้อยละ 95 และลดผู้ป่วยรายใหม่ลง ร้อยละ 90 ภายในปี พ.ศ. 2578 (Hfocus.org, 2568)

อย่างไรก็ตาม แม้จะมีการควบคุมวัณโรคได้ในระดับหนึ่ง แต่ยังคงมีปัญหาและความท้าทายที่สำคัญ ได้แก่ ปัญหาวัณโรคเชื้อดื้อยา ซึ่งเป็นผลมาจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่องและครบตามระยะเวลา 6 เดือน (Hfocus.org, 2568) นอกจากนี้ ข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ในไตรมาสที่ 1 ปี พ.ศ. 2568 ใน 12 เขตสุขภาพ ยังชี้ให้เห็นว่ามีผู้ป่วยขาดยาถึง ร้อยละ 0.7 และมีผู้เสียชีวิต ร้อยละ 5.9 (Hfocus.org, 2568) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า ระบบการดูแลและติดตามผู้ป่วยยังขาดประสิทธิภาพในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถรับการรักษาจนครบคอร์ส

ปัญหาของวัณโรคยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างรุนแรง (Socioeconomic Impacts) ต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว และตลอดช่วงชีวิตของบุคคล (Life-Course) ผลกระทบเหล่านี้เกิดขึ้นอย่างชัดเจนทั้งในกรณีที่บุคคลป่วยเป็นวัณโรคเองโดยตรง (Direct Impact) หรือได้รับผลกระทบทางอ้อมจากการที่สมาชิกในครัวเรือนป่วยเป็นวัณโรค (Indirect Impact) (Atkins et al., 2022) สรุปได้ว่า ผลกระทบเชิงลบสามารถเกิดขึ้นได้ในหลายมิติ ได้แก่ 1) ผลกระทบทางเศรษฐกิจและวัตถุ (Material and Financial Impact) โดยวัณโรคเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความยากจนรุนแรง (Impoverishment) และความขาดแคลนทางสังคม โดยส่งผลกระทบต่อสถานะทางการเงินของครัวเรือนผ่านช่องทางหลัก คือ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่สูงมาก และการสูญเสียรายได้ของครัวเรือน เนื่องจากการที่สมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะผู้ที่มียาเสพติดทางเศรษฐกิจ ต้องหยุดทำงานเพื่อเข้ารับการรักษารักษาหรือเพื่อทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยในระยะยาว ผลกระทบดังกล่าวยังนำไปสู่ความไม่มั่นคงทางอาหาร (Food Insecurity) และภาวะทุพโภชนาการ ซึ่งในที่สุดอาจทำให้ครอบครัวเข้าสู่วงจรความยากจนที่ส่งผลกระทบต่อเนื่องไปหลายชั่วอายุคน 2) ผลกระทบทางการศึกษา (Educational Impact) วัณโรคส่งผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญต่อพัฒนาการด้านการศึกษาศึกษาของเด็กและเยาวชน โดยเฉพาะในเรื่องการขาดโอกาสทางการศึกษา (Missed Education Opportunities) ผลกระทบเหล่านี้ได้แก่ การที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องหยุดเรียนกลางคัน (School Withdrawal) เนื่องจากอาการป่วย การต้องเข้ารับการรักษานานในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน หรือปัญหาทางการเงินของครอบครัว นอกจากนี้ยังมีรายงานว่า เด็กบางรายต้องเข้าสู่แรงงานเด็ก (Child Labor) เพื่อช่วยเหลือครอบครัวที่สูญเสียรายได้จากการป่วย และ 3) ผลกระทบทางจิตสังคม (Psychosocial Impact) โดยวัณโรคก่อให้เกิดบาดแผลทางจิตใจในหลายรูปแบบ ซึ่งครอบคลุมถึง (1) การตีตราและการเลือกปฏิบัติ (Stigma and Discrimination) ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวต้องเผชิญกับการถูกตีตราและการเลือกปฏิบัติซึ่งนำไปสู่ความโดดเดี่ยวทางสังคม และส่งผลกระทบต่อปฏิสัมพันธ์กับชุมชน (2) ปัญหาสุขภาพจิต ผู้ที่ได้รับผลกระทบอาจมีภาวะซึมเศร้า (Depression) และความวิตกกังวล (Anxiety) (3) ความบกพร่องทางพัฒนาการ

โดยเฉพาะในเด็กที่ป่วยด้วยโรคเยื่อหุ้มสมอง (TB meningitis) พบว่า มีความบกพร่องทางการรู้ คิด (Cognitive Impairment) และปัญหาด้านพฤติกรรมในระยะยาว และ (4) การสูญเสียโอกาสในชีวิต ผลกระทบทางเศรษฐกิจ การศึกษา และจิตสังคมที่สั่งสมมาตั้งแต่เยาว์วัยเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อเนื่องไปถึง ช่วงวัยผู้ใหญ่ โดยทำให้โอกาสในชีวิตลดลง (Reduced Life Opportunities) และเพิ่มความเสี่ยงต่อปัญหา สุขภาพในระยะยาว ดังนั้น การจัดการโรคจึงไม่ใช่เพียงแค่การจ่ายยา แต่ต้องเป็นการจัดการเชิงระบบที่ บูรณาการเพื่อลดผลกระทบทางลบตลอดช่วงชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งปัญหาเชิงระบบดังกล่าวได้ปรากฏชัดเจน ในบริบทของการปฏิบัติงานจริงในพื้นที่ โรงพยาบาลลำดวน จังหวัดสุรินทร์

โรงพยาบาลลำดวน จังหวัดสุรินทร์ อยู่ในเขตสุขภาพที่ 9 มีข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ดังตารางที่ 1 ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 1 สรุปจำนวนผู้ป่วยวัณโรค โรงพยาบาลลำดวน จังหวัดสุรินทร์ พ.ศ. 2564 - 2568 ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2568

พ.ศ.	รวม	Cured	Completed	RR/MDR		Lost			
				ก่อน เดือนที่ 5	Change diagnosis	Died	to follow-up	Transferred out	On treatment
2564	54	45	5	1	2	1	0	0	0
2565	55	41	10	1	1	1	1	0	0
2566	64	49	6	1	0	3	5	0	0
2567	64	53	1	1	0	3	3	1	0
2568	81	54	0	1	1	6	2	3	37

จากตาราง 1 ผู้วิจัยพบประเด็นปัญหาดังนี้

1.1 การเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการรักษา (Pending Outcome) ในปี พ.ศ. 2568 มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคสะสม (รวม) สูงถึง 81 ราย และที่น่ายกย่อง คือ 37 ราย ยังคงมีสถานะ “อยู่ระหว่างการรักษา” (On treatment) ซึ่งคิดเป็นสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 45.68 ของผู้ป่วยทั้งหมดในปีนั้น ตัวเลขนี้บ่งชี้ว่า ข้อมูลผลลัพธ์การรักษาขั้นสุดท้ายยังไม่สามารถประเมินได้อย่างสมบูรณ์ และสะท้อนถึงการเพิ่มขึ้นของภาระงานในการดูแลและติดตามผู้ป่วย (Workload and Follow-up Burden) ที่จะส่งผลกระทบต่อความสำเร็จของโครงการในอนาคต

1.2 อัตราความสำเร็จในการรักษา แม้จำนวนผู้ป่วยที่รักษาหาย (Cured) ในปี พ.ศ. 2568 จะสูงถึง 54 ราย แต่จำนวนผู้ป่วยที่รักษาครบ (Completed) กลับลดลงเหลือ 0 ราย ในปีเดียวกัน ส่งผลให้อัตราความสำเร็จในการรักษา (Cured + Completed) ของปีงบประมาณล่าสุดมีลักษณะที่ผิดปกติ และอาจบ่งชี้ถึงปัญหาเชิงระบบในการสนับสนุนผู้ป่วยให้สามารถรักษาจนครบคอร์สตามมาตรฐาน

1.3 ความรุนแรงของโรคและการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้น (Increased Mortality) สิ่งที่ต้องเร่งแก้ไข คือ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต (Died) ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในปี พ.ศ. 2568 ที่มีผู้เสียชีวิตถึง 6 ราย ซึ่งเป็นตัวเลขที่สูงที่สุดในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา (เพิ่มขึ้นจาก 1 ราย ในปี 2564 – 2565 ถึง ร้อยละ 500 หรือเพิ่มขึ้น 5 เท่า) ตัวเลขนี้ชี้ให้เห็นถึงความซับซ้อนของภาวะแทรกซ้อน (Comorbidity) และความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง

1.4 อุปสรรคในการติดตาม (Lost to follow-up) แม้จำนวนผู้ป่วยที่ หลุดจากการรักษา (Lost to follow-up) จะผันผวน แต่ยังคงมีผู้ป่วย 2 ราย ในปี พ.ศ. 2568 ที่หลุดออกไปจากระบบการดูแล ซึ่งเป็นช่องโหว่ที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อในชุมชนและเพิ่มโอกาสในการเกิดวัณโรคเชื้อดื้อยา ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญตามที่กล่าวไว้ในเบื้องต้น

จากข้อมูลข้างต้น ชี้ให้เห็นว่า การดำเนินงานควบคุมวัณโรคของโรงพยาบาลลำดวนยังคงเผชิญกับปัญหา แม้ว่าปัจจุบันจะมียาที่มีประสิทธิภาพในการรักษาวัณโรค แต่ความสำเร็จของการรักษาขึ้นอยู่กับผู้ป่วยต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและครบถ้วนเป็นระยะเวลานาน (6 - 8 เดือน) ซึ่งความสำเร็จของการรักษาวัณโรคจึงไม่ได้ขึ้นอยู่กับยาเพียงอย่างเดียว แต่ต้องมีการจัดการเชิงระบบที่บูรณาการเพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถรับการรักษาจนครบคอร์ส โดยการให้สุขศึกษา (Health Education) ที่มีประสิทธิผลจึงเป็นกลยุทธ์สำคัญที่ตรงจุดที่สุดในการเสริมสร้างความรู้ ความตระหนัก และความเชื่อมั่นในตนเองของผู้ป่วย ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้อง

จากความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะดำเนินการวิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพการให้สุขศึกษาในผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่อำเภอลำดวน จังหวัดสุรินทร์

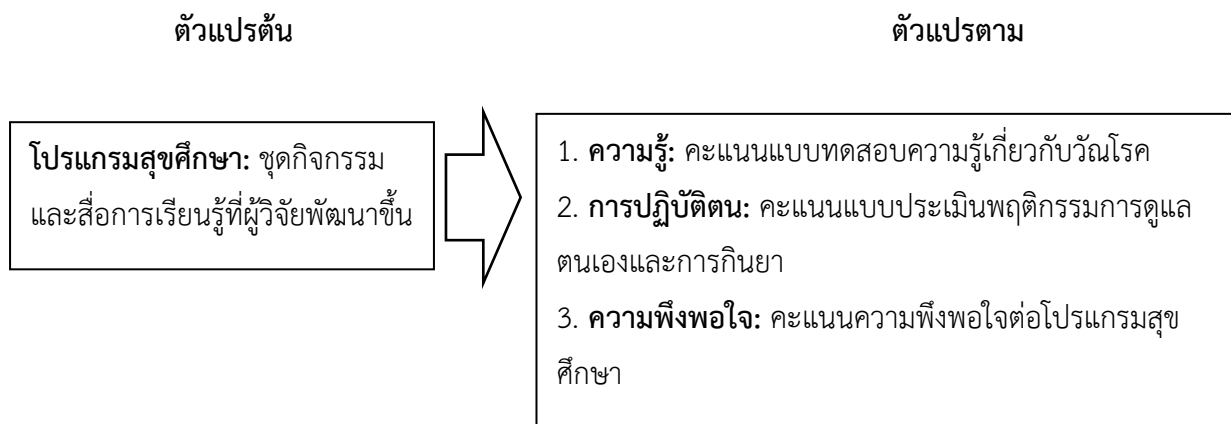
2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

2.1 เพื่อเปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังการได้รับสุขศึกษาในผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่อำเภอลำดวน จังหวัดสุรินทร์

2.2 เพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติตนก่อนและหลังการได้รับสุขศึกษาในผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่อำเภอลำดวน จังหวัดสุรินทร์

2.3 เพื่อประเมินความพึงพอใจในโปรแกรมสุขศึกษาในผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่อำเภอลำดวน จังหวัดสุรินทร์

3. กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

4. ทบทวนวรรณกรรม

4.1 แนวคิดและข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับวัณโรค (Tuberculosis)

วัณโรค (Tuberculosis; TB) เป็นโรคที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรียในสกุลมัยโคแบคทีเรีย (Mycobacteria) ทำให้เกิดพยาธิสภาพกับอวัยวะทุกส่วนในร่างกาย ตั้งแต่ผิวหนังภายนอกจนถึงในระบบประสาทและสมอง วัณโรคที่พบบ่อยที่สุด คือ วัณโรคปอด วัณโรคในคนประมาณร้อยละ 99 เกิดจากเชื้อ Mycobacterium Tuberculosis และประมาณร้อยละ 1 เกิดจากเชื้อ Mycobacterium Africanum ซึ่งทำให้เกิดโรคในคนแอฟริกัน และเชื้อ Mycobacterium Bovis ทำให้เกิดโรคในวัวและควาย (กองวัณโรค, 2537; ทวี โชติพิทยสุนนท์, 2550) เชื้อวัณโรคเมื่อเข้าสู่ร่างกายแล้วจะทำให้เกิดโรคหรือไม่ขึ้นขึ้นอยู่กับความรุนแรงของเชื้อและภูมิคุ้มกันของผู้รับเชื้อ ถ้าเชื้อมีความรุนแรงน้อยอาจไม่ทำให้เกิดโรค แต่ถ้าเชื้อมีปริมาณมาก และร่างกายของผู้รับเชื้ออ่อนแอก็จะทำให้เกิดโรคได้ การรักษาวัณโรคที่สำคัญ คือ การให้ยาอย่างต่อเนื่อง และครบถ้วน เพื่อป้องกันปัญหาวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR-TB) ซึ่งเกิดจากเชื้อดื้อต่อยาหลักอย่างน้อย 2 ชนิด คือ Isoniazid และ Rifampicin ซึ่งเป็นความท้าทายในการควบคุมวัณโรคในปัจจุบัน

อาการสำคัญ คือ ไอเรื้อรังเกิน 2 สัปดาห์ ไอมีเสมหะปนเลือด เจ็บหน้าอก น้ำหนักลด และมีไข้ต่ำ ช่วงบ่าย การวินิจฉัยที่แม่นยำอาศัยการตรวจหาเชื้อในเสมหะ (Sputum AFB) และการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest X-ray) (กาญจนา คอนสาคุ, 2566)

การรักษาเน้นระบบยาระยะสั้นมาตรฐาน (Standard Short-course Chemotherapy) ต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน โดยแบ่งเป็นระยะเข้มข้น 2 เดือนแรก และระยะต่อเนื่องอีก 4 เดือน ภายใต้การกำกับ การรับประทานยาโดยเจ้าหน้าที่หรือพี่เลี้ยง (Directly Observed Treatment Short-course: DOTS) เพื่อป้องกันการขาดยาและปัญหาเชื้อดื้อยา (พิมพกา ศรีใจอินทร์, 2562)

4.2 แนวคิดเกี่ยวกับสุขศึกษา (Health Education)

สุขศึกษา คือ กระบวนการเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยมุ่งเน้นให้บุคคลมีความรู้ (Knowledge) เจตคติ (Attitude) และการปฏิบัติ (Practice) ที่ถูกต้อง เพื่อให้สามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างยั่งยืน ประกอบด้วย การให้สุขศึกษารายบุคคลเพื่อแก้ปัญหาเฉพาะราย และการสอนสุขศึกษาแบบกลุ่มเพื่อกระตุ้นการมีส่วนร่วมและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ป่วย (นาถอนงค์ ธรรมสมบูรณ์, 2554)

4.3 ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นทฤษฎีที่อธิบายถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล เพื่อหลีกเลี่ยงหรือป้องกันการเกิดโรค โดย Becker (1974) และ Rosenstock (1974) ได้จำแนกองค์ประกอบสำคัญไว้ดังนี้

4.3.1 การรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) หมายถึง การที่บุคคลมีความเชื่อหรือประเมินตนเองว่ามีโอกาสที่จะได้รับเชื้อหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ หากไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ (ในกรณีวัณโรค คือ การตระหนักว่าหากไม่กินยาต่อเนื่องจะมีโอกาสเกิดเชื้อดื้อยาหรือโรคกลับเป็นซ้ำ)

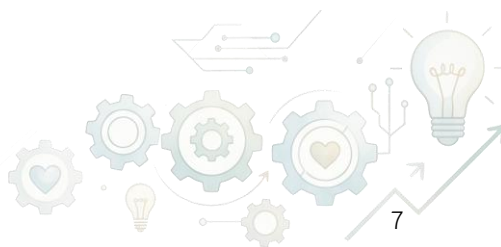
4.3.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) หมายถึง ความรู้สึกหรือความเชื่อของบุคคลต่อระดับความรุนแรงของโรค หรือผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับชีวิตหากเป็นโรคนั้น ๆ ทั้งในด้านร่างกาย (เช่น ความพิการ การเสียชีวิต) และด้านเศรษฐกิจสังคม (เช่น ค่าใช้จ่ายในการรักษา การสูญเสียรายได้ ผลกระทบต่อครอบครัว)

4.3.3 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ (Perceived Benefits) หมายถึง ความเชื่อของบุคคลว่าการปฏิบัติตามพฤติกรรมที่แนะนำจะช่วยลดโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือลดความรุนแรงของโรคได้จริง รวมถึงความคุ้มค่าของการรักษา (ในกรณีวัณโรค คือ เชื่อว่าการกินยาครบจะทำให้หายขาดและไม่แพร่เชื้อให้คนในครอบครัว)

4.3.4 การรับรู้อุปสรรค (Perceived Barriers) หมายถึง การประเมินถึงปัจจัยด้านลบที่ขัดขวางไม่ให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เช่น ผลข้างเคียงจากยา ความยากลำบากในการเดินทางมาโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายแพงหรือความกลัวต่อการถูกตีตราจากสังคม

4.3.5 สิ่งกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to Action) หมายถึง เหตุการณ์หรือสิ่งกระตุ้นที่ส่งผลให้บุคคลตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรม แบ่งเป็น 1) ปัจจัยภายใน เช่น อาการเจ็บป่วยที่รุนแรงขึ้น หรือความกลัว และ 2) ปัจจัยภายนอก เช่น การได้รับการเตือนจากบุคลากรสาธารณสุข การได้รับชมสื่อสุขศึกษา หรือการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว

4.3.6 การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) หมายถึง ความมั่นใจของบุคคลในความสามารถของตนเองที่จะจัดการและปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เฉพาะเจาะจงนั้นให้สำเร็จได้ เช่น มั่นใจว่าสามารถจัดการตารางการกินยาที่ซับซ้อนให้ครบ 6 เดือนได้ (Rosenstock et al., 1988)



4.4 ทฤษฎีการเรียนรู้และความรู้ (Knowledge)

ความรู้เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดย Bloom (1956) ได้จำแนกพฤติกรรมการเรียนรู้ด้านพุทธิพิสัย (Cognitive Domain) ออกเป็น 6 ระดับ ซึ่งในบริบทของวัณโรค ความรู้ที่ผู้ป่วยควรได้รับประกอบด้วยประเด็นสำคัญ เช่น สาเหตุการเกิดโรค การแพร่กระจายเชื้อ และความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง (อภิชน จินเสวก, 2564) โดยระดับของการเรียนรู้มีดังนี้

4.4.1 ความจำ (Knowledge) คือ ความสามารถในการระลึกได้ถึงข้อมูล เช่น ชื่อยาที่กิน

4.4.2 ความเข้าใจ (Comprehension) คือ การอธิบายความหมายของโรคและอาการได้

4.4.3 การนำไปใช้ (Application) คือ การปฏิบัติตนได้ถูกต้องเมื่อมีอาการข้างเคียงจากยา

4.4.4 การวิเคราะห์ (Analysis) คือ การแยกแยะความแตกต่างระหว่างอาการของโรคและอาการแพ้ยา

4.4.5 การสังเคราะห์ (Synthesis) คือ การวางแผนการดูแลตนเองในบริบทของชีวิตประจำวัน

4.4.6 การประเมินค่า (Evaluation) คือ การตัดสินใจเลือกพฤติกรรมที่ส่งผลดีต่อการรักษามากที่สุด

4.5 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ (Health Behavior) และการปฏิบัติตามแผนการรักษา (Adherence)

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำของบุคคลที่ส่งผลต่อสุขภาพทั้งในเชิงบวกและลบ (Kasl & Cobb, 1966) สำหรับผู้ป่วยวัณโรค พฤติกรรมที่สำคัญ คือ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่ง Orem (1991) ระบุว่า เป็นกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและปฏิบัติด้วยตนเองเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิตและสุขภาพที่สมบูรณ์ โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

4.5.1 ด้านการรับประทานยา โดยการรับประทานยาครบตามขนาดและเวลาที่แพทย์กำหนด

4.5.2 ด้านการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ โดยการสวมหน้ากากอนามัยเมื่ออยู่ในที่ชุมชน และการปิดปาก จมูกขณะไอหรือจาม

4.5.3 ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม โดยการการกจัดบ้านเรือนให้มีอากาศถ่ายเทสะดวกและแสงแดดส่องถึง

4.5.4 ด้านการส่งเสริมสุขภาพ โดยการรับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูงและการพักผ่อนที่เพียงพอ การปฏิบัติตามแผนการรักษา (Treatment Adherence) เป็นหัวใจสำคัญของการรักษาวัณโรคให้หายขาด โดย World Health Organization (2003) ได้ระบุว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษามีได้ขึ้นอยู่กับตัวผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว แต่รวมถึงปัจจัยด้านระบบบริการและแรงสนับสนุนทางสังคมด้วย (ผกายดาว พรหมสุรีย์, 2563) หากผู้ป่วยมีพฤติกรรม Adherence ต่ำ จะนำไปสู่ภาวะวัณโรคดื้อยา (MDR-TB) ซึ่งรักษาได้ยากและมีค่าใช้จ่ายสูง

4.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

อภิชน จินเสวก (2564) ได้พัฒนารูปแบบ “3CS Model” (Client, Care Team, Community, System) ณ โรงพยาบาลลาดหลุมแก้ว โดยใช้สื่อการสอน “5 เครือข่ายวัณโรค” และปฏิทินเตือนใจ พบว่า

พฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และทีมสหวิชาชีพมีความพึงพอใจในระดับสูง

ผกายดาว พรหมสุรีย์ (2563) ศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยด้วย 3C model ณ โรงพยาบาลน้ำยืน พบว่า ปัญหาหลักที่ทำให้อัตราการรักษาสำเร็จต่ำ คือ การขาดยา การพัฒนาระบบที่เน้นการประสานงานระหว่างโรงพยาบาล รพ.สต. และชุมชน ช่วยเพิ่มอัตราความสำเร็จในการรักษาให้สูงกว่าร้อยละ 85

สายพิน ทองคำ และคณะ (2567) ได้พัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดมหาสารคาม โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เน้นการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพในระดับอำเภอเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการติดตามผู้ป่วย

พิมผกา ศรีใจอินทร์ (2562) ศึกษาการพัฒนาระบบป้องกันการติดเชื้อในบุคลากรพยาบาลโรงพยาบาลน่าน โดยใช้แผนการสอนและการสังเกตพฤติกรรม พบว่า ระดับความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันโรคเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

พลอยไพลิน จินตนา (2567) และ ฐิติมา ถมทอง (2564) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันวัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัสผู้ป่วย พบว่า ความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคอย่างถูกต้อง

นาฏอนงค์ ธรรมสมบูรณ์ (2554) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเอง พบว่า การใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับสื่อสุขศึกษาช่วยให้กลุ่มเป้าหมายมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม

Atkins et al. (2022) ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Scoping Review) เกี่ยวกับผลกระทบทางเศรษฐกิจสังคมของวัณโรค พบว่า ปัจจัยด้านค่าใช้จ่ายที่นอกเหนือจากค่ารักษา (เช่น ค่าเดินทาง ค่าอาหาร) และการขาดรายได้ระหว่างรักษา เป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ (Non-adherence) ซึ่งสอดคล้องกับบริบทพื้นที่อำเภอลำคานที่พบปัญหาผู้ป่วยรายได้น้อย

Sarafino & Smith (2011) ระบุในงานวิจัยด้านจิตวิทยาสุขภาพว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์อย่างมากกับ Self-Efficacy หรือความสามารถที่บุคคลรับรู้ว่าจะตนเองสามารถจัดการกับโรคได้ การให้สุขศึกษาที่เน้นการเพิ่มความมั่นใจและการสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นสิ่งจำเป็น

รายงานของ World Health Organization (2023) เน้นย้ำว่า การให้สุขศึกษาเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอ แต่ต้องมีระบบการติดตามที่เข้มแข็ง เช่น DOTS และการจัดการภาวะสุขภาพจิต (Anxiety/Depression) ควบคู่ไปด้วย เนื่องจากผู้ป่วยวัณโรคมีความเสี่ยงสูงต่อปัญหาสุขภาพจิตซึ่งส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษา

5. ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One-group Pretest-Posttest Design) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม

การให้สุศึกษาต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและผลลัพธ์การรักษาของผู้ป่วยวัณโรค มีรายละเอียดดำเนินการดังนี้

5.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

5.1.1 ประชากร คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และรายที่กลับเป็นซ้ำ (Relapse) ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในคลินิกวัณโรค โรงพยาบาลลำดวน จังหวัดสุรินทร์

5.1.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ได้รับการรักษาในช่วงปีงบประมาณ 2568 จำนวน 40 ราย (หรือตามจำนวนประชากรที่เข้าเกณฑ์ในช่วงเวลาที่กำหนด) โดยคัดเลือกแบบจำเพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์ดังนี้

- 1) เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) อายุ 18 ปีขึ้นไป, สื่อสารเข้าใจ, ยินดีเข้าร่วมวิจัย
- 2) เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงหรือมีภาวะแทรกซ้อนทางจิตเวชที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้

5.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

5.2.1 เครื่องมือดำเนินการ (Intervention Tools)

- 1) โปรแกรมสุศึกษา เน้นการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)
- 2) สื่อประกอบ คู่มือผู้ป่วยวัณโรค, วัสดุทัศนสาธิตการดูแลตนเอง และนวัตกรรม “STRONG TB Network” สำหรับการติดตามดูแล

5.3 เครื่องมือเก็บข้อมูล (Data Collection Tools) ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป , แบบประเมินความรู้เรื่องวัณโรคและการรักษา, แบบวัดพฤติกรรมดูแลตนเอง (การกินยา, การป้องกันการแพร่เชื้อ, การดูแลภาวะโภชนาการ) และแบบบันทึกผลการรักษา (จากโปรแกรม NTIP)

5.4 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

5.4.1 ความตรง (Validity) นำเครื่องมือและโปรแกรมให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหา (IOC) ให้มีค่าตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป

5.4.2 ความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน 30 ราย เพื่อหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยยอมรับค่าที่สูงกว่า 0.70

5.5 ขั้นตอนดำเนินการและเก็บรวบรวมข้อมูล

5.5.1 ระยะก่อนทดลอง (Pre-intervention) ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอความยินยอม และให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบก่อนเรียน (Pre-test)

5.5.2 ระยะทดลอง (Intervention) ดำเนินกิจกรรมสุศึกษาตามแผนการสอนที่วางไว้ ได้แก่ การให้ความรู้รายบุคคล การใช้สื่อทัศน และการจัดตั้งระบบเครือข่ายพี่เลี้ยงติดตามที่บ้าน

5.5.3 ระยะหลังทดลอง (Post-intervention) เมื่อครบกำหนดระยะเข้มข้นของการรักษา (2 เดือนแรก) หรือตามที่กำหนดในโครงการ ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบหลังเรียน (Post-test) และประเมินพฤติกรรมอีกครั้ง

5.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

5.6.1 สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ (Percentage), ค่าเฉลี่ย (Mean), และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เพื่ออธิบายข้อมูลส่วนบุคคลและระดับพฤติกรรม

5.6.2 สถิติเชิงอนุมาน ใช้ Paired t-test เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม และ ใช้ Chi-square Test เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับ อัตราความสำเร็จในการรักษา

5.7 จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยจะดำเนินการภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ โดยยึดหลักความลับและสิทธิส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง เป็นสำคัญ

6. ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพการให้ศึกษาในผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่อำเภอลำดวน จังหวัดสุรินทร์ เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับดังนี้

6.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (40 คน)	ร้อยละ (100.00)
1. เพศ		
ชาย	30	75
หญิง	10	25
2. อายุ		
ต่ำกว่า 35 ปี	6	15
35 - 59 ปี	28	70
60 ขึ้นไป	6	15
3.ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้รับการศึกษา/ต่ำกว่าประถมศึกษา	5	12.5
ประถมศึกษา	25	62.5
มัธยมศึกษาตอนต้น	5	12.5

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (40 คน)	ร้อยละ (100.00)
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	5	12.5
4.อาชีพหลักในปัจจุบัน		
เกษตรกรรม/รับจ้างทั่วไป	35	87.5
ว่างงาน/ไม่ได้ทำงาน/แม่บ้าน	5	12.5
5. ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรค		
น้อยกว่า 1 เดือน	5	12.5
1-3 เดือน	15	37.5
มากกว่า 3 เดือน	20	50
6. ท่านเคยหยุดกินยาวัณโรคเองก่อนครบกำหนดหรือไม่		
ไม่เคย	25	62.5
เคย	15	37.5
7. ท่านมีบุคคลในครอบครัวหรือพี่เลี้ยงช่วยเหลือในกินยา (DOT) หรือไม่		
มี	20	50
ไม่มี	20	50

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่อำเภอลำดวน จังหวัดสุรินทร์ ที่เข้าร่วมการศึกษาจำนวน 40 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 30 ราย คิดเป็นร้อยละ 75.0 เมื่อพิจารณาตามอายุ พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 35 – 59 ปี จำนวน 28 ราย คิดเป็นร้อยละ 70.0 รองลงมา คือ กลุ่มอายุต่ำกว่า 35 ปี และกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ในสัดส่วนที่เท่ากัน คือ จำนวนกลุ่มละ 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.0 สำหรับด้านระดับการศึกษาสูงสุด ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 25 ราย คิดเป็นร้อยละ 62.5 และประกอบอาชีพเกษตรกรรม/รับจ้างทั่วไปเป็นหลัก จำนวน 35 ราย คิดเป็นร้อยละ 87.5

ในส่วนของคุณลักษณะด้านสุขภาพและการรักษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่งได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นวัณโรคมาแล้วมากกว่า 3 เดือน จำนวน 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 50.0 รองลงมา คือ ระยะเวลา 1 – 3 เดือน จำนวน 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 37.5 เมื่อพิจารณาประวัติการรับประทานยา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยหยุดกินยาวัณโรคเองก่อนครบกำหนด จำนวน 25 ราย คิดเป็นร้อยละ 62.5 ในขณะที่ด้านการมีบุคคลในครอบครัวหรือพี่เลี้ยงช่วยเหลือในกินยา (DOT) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสัดส่วนผู้ที่มีพี่เลี้ยงและผู้ที่ไม่มีพี่เลี้ยงช่วยเหลือในสัดส่วนที่เท่ากัน คือ จำนวนกลุ่มละ 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 50.0

6.2 เปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังได้รับสุขศึกษา

ผู้วิจัยได้ทำการเปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตนของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา โดยใช้สถิติ Paired Samples t-test ผลการวิเคราะห์ปรากฏดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา

การทดสอบ	$\bar{X}$	S . D .	t
1. ก่อนได้รับโปรแกรม (Pre-test)	4.95	1.81	-15.22
2. หลังได้รับโปรแกรม (Post-test)	10.15	1.51	

จากตารางที่ 2 พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เท่ากับ 4.95 (S.D. = 1.81) และเมื่อได้รับโปรแกรมสุขศึกษาแล้ว พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มสูงขึ้นเป็น 10.15 (S.D. = 1.51)

เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วยสถิติ Paired Samples t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้หลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -15.22$, $p < .001$) แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมสุขศึกษาที่เน้นการสอนรายบุคคลร่วมกับการใช้สื่อวีดิทัศน์สามารถพัฒนาความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและการปฏิบัติตนให้แก่ผู้ป่วยโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

6.3 พฤติกรรมการปฏิบัติตนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา

ผู้วิจัยได้เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรค จำนวน 40 ราย ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา โดยใช้สถิติ Paired Samples t-test ผลการวิเคราะห์ปรากฏดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา

การทดสอบ	$\bar{X}$	S.D.	t
1. ก่อนได้รับโปรแกรม (Pre-test)	33.68	4.90	-21.49
2. หลังได้รับโปรแกรม (Post-test)	57.08	5.86	

จากตารางที่ 3 พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตนเท่ากับ 33.68 (S.D. = 4.90) แต่เมื่อได้รับโปรแกรมสุขศึกษาแล้ว กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตนเพิ่มสูงขึ้นเป็น 57.08 (S.D. = 5.86)

เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย พบว่า คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตนหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -21.49$, $p < .001$) แสดงให้เห็น

ว่า โปรแกรมสุขศึกษาที่เน้นกระบวนการมีส่วนร่วมและการติดตามอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองและการรับประทานยาที่ถูกต้องดีขึ้นอย่างชัดเจน

6.4 ผลการประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมสุขศึกษา

ผู้วิจัยได้ประเมินความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อโปรแกรมสุขศึกษาในผู้ป่วยโรค หลังสิ้นสุดการทดลอง โดยวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) รายข้อและภาพรวม ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์ในการแปลความหมายของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมและความพึงพอใจ ดังนี้

4.21 – 5.00 หมายถึง อยู่ในระดับมากที่สุด

3.41 – 4.20 หมายถึง อยู่ในระดับมาก

2.61 – 3.40 หมายถึง อยู่ในระดับปานกลาง

1.81 – 2.60 หมายถึง อยู่ในระดับน้อย

1.00 – 1.80 หมายถึง อยู่ในระดับน้อยที่สุด

ผลการวิเคราะห์ปรากฏดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความพึงพอใจต่อโปรแกรมสุขศึกษา

รายการประเมินความพึงพอใจ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
1. เนื้อหาในโปรแกรมมีความถูกต้องและตรงกับความต้องการของท่าน	4.88	0.33	มากที่สุด
2. รูปแบบการนำเสนอโปรแกรม (เช่น สื่อ, กิจกรรม) มีความน่าสนใจและไม่น่าเบื่อ	4.75	0.44	มากที่สุด
3. โปรแกรมนี้ช่วยให้ท่านมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษาเพิ่มขึ้น	4.75	0.44	มากที่สุด
4. ระยะเวลาที่ใช้ในการจัดกิจกรรมสุขศึกษามีความเหมาะสม ไม่นานหรือสั้นเกินไป	4.63	0.49	มากที่สุด
5. ท่านมีความพึงพอใจโดยรวมต่อโปรแกรมสุขศึกษาที่ได้รับในครั้งนี้	4.63	0.49	มากที่สุด
6. เนื้อหาในโปรแกรมช่วยให้ท่านเข้าใจถึงอันตรายของการขาดยาและการดื้อยาได้ชัดเจน	4.88	0.33	มากที่สุด
7. สื่อที่ได้รับช่วยกระตุ้นให้ท่านมีความตั้งใจที่จะกินยาให้ครบตามแผนการรักษา	4.74	0.44	มากที่สุด

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมสุขศึกษาในผู้ป่วยโรค โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.75$, S.D. = 0.42)

เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจสูงที่สุดมี 2 รายการ ได้แก่ เนื้อหาในโปรแกรมมีความถูกต้องและตรงกับความต้องการของท่าน และเนื้อหาในโปรแกรมช่วยให้ท่านเข้าใจถึงอันตรายของการขาดยาและการดื้อยาได้ชัดเจน โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.88 (S.D. = 0.33) อยู่ในระดับมากที่สุด

รองลงมา คือ รูปแบบการนำเสนอโปรแกรมมีความน่าสนใจและไม่น่าเบื่อ และโปรแกรมช่วยให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษาเพิ่มขึ้น มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.75 (S.D. = 0.44) อยู่ในระดับมากที่สุด และสื่อที่ได้รับช่วยกระตุ้นให้มีความตั้งใจที่จะกินยาให้ครบตามแผนการรักษา มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.74 (S.D. = 0.44) อยู่ในระดับมากที่สุด

ส่วนรายการที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดมี 2 รายการ ได้แก่ ระยะเวลาที่ใช้ในการจัดกิจกรรมมีความเหมาะสม และ ความพึงพอใจโดยรวมต่อโปรแกรม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.63 (S.D. = 0.49) ซึ่งยังคงอยู่ในระดับความพึงพอใจมากที่สุดเช่นกัน

7. อภิปรายผล

จากผลการวิจัยมีประเด็นสำคัญที่ควรนำมาอภิปรายดังนี้

7.1 ประสิทธิภาพของโปรแกรมต่อความรู้และการปฏิบัติตน การที่คะแนนความรู้เพิ่มขึ้นกว่า 1 เท่าตัว และพฤติกรรมเปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน เป็นผลมาจากการออกแบบโปรแกรมที่ใช้สื่อวีดิทัศน์ ร่วมกับการสอนรายบุคคล ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ที่ว่า การรับรู้ผ่านประสาทสัมผัสทั้งตาและหูช่วยให้จดจำได้ดีกว่าการอ่านเอกสารเพียงอย่างเดียว โดยเฉพาะในกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาประถมศึกษา การใช้สื่อประสมจึงมีประสิทธิภาพสูงในการสื่อสารข้อมูลที่ซับซ้อน เช่น กลไกการออกฤทธิ์ของยาและอันตรายของการดื้อยา ทั้งนี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Bloom (1956) ที่ระบุว่า การเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพต้องครอบคลุมทั้งด้านพุทธิพิสัย (ความรู้) และทักษะพิสัย (การปฏิบัติ) เมื่อผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ถูกต้องผ่านสื่อที่เข้าใจง่ายย่อมส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม สอดคล้องกับงานวิจัยของ นาฏอนงค์ ธรรมสมบูรณ์ (2554) ที่พบว่า การใช้โปรแกรมสุขศึกษาที่มีรูปแบบกิจกรรมน่าสนใจสามารถส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเป้าหมายให้สูงขึ้นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

7.2 การสร้างความตระหนักรู้ถึงอันตรายของการขาดยา ผลความพึงพอใจที่สูงที่สุดในข้อ เนื้อหาช่วยให้เข้าใจอันตรายของการขาดยาและการดื้อยาได้ชัดเจน สะท้อนให้เห็นว่า ผู้ป่วยให้ความสำคัญกับความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) ตามทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Rosenstock (1974) และ Becker (1974) ที่อธิบายว่า หากบุคคลมีการรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) และรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) ในระดับที่สูง จะเป็นแรงจูงใจสำคัญที่ทำให้บุคคลยอมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายนั้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ อภิชน

จินเสวก (2564) ที่พบว่า การพัฒนารูปแบบการจัดการวัณโรคโดยเน้นการให้ความรู้ที่ชัดเจนเกี่ยวกับผลกระทบของโรค ช่วยให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาและลดโอกาสการเกิดเชื้อดื้อยาได้ดีขึ้น

7.3 บทบาทของพี่เลี้ยงและการสนับสนุนทางสังคม แม้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 50 จะไม่มีพี่เลี้ยงที่บ้านอย่างเป็นทางการ แต่การที่โปรแกรมเน้นการสร้างระบบติดตาม ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกได้รับการดูแลและสนับสนุน ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจและร่วมมือในการรักษาจนจบโปรแกรม สอดคล้องตามทฤษฎีการสร้างเสริมพลังอำนาจทางสุขภาพ (Health Empowerment Theory) ของ Shearer (2009) ที่เน้นการส่งเสริมให้บุคคลมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพของตนเองผ่านกระบวนการสนับสนุนข้อมูลและการสร้างแรงจูงใจ สอดคล้องกับงานวิจัยของ วิชชุดา พรหมสวัสดิ์ (2566) และ ผกายดาว พรหมสุรีย์ (2563) ที่ระบุว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่เน้นการติดตามอย่างต่อเนื่องและการสร้างระบบเครือข่ายดูแล (เช่น 3C Model) มีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง (Adherence) จนสิ้นสุดการรักษาตามมาตรฐานของ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2003)

8. สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

8.1 สรุปผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 75.0) อายุ 35 - 59 ปี (ร้อยละ 70.0) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 62.5) และประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม รับจ้างทั่วไป สำหรับความรู้เรื่องวัณโรค หลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นจาก 4.95 เป็น 10.15 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการปฏิบัติตาม หลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตามเพิ่มขึ้นจาก 33.68 เป็น 57.08 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สุดท้าย ความพึงพอใจ กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.75$) โดยพึงพอใจสูงสุดในด้านความถูกต้องของเนื้อหาและการเข้าใจอันตรายของการดื้อยา

อย่างไรก็ตาม งานวิจัยนี้มีข้อจำกัด เนื่องจากพหุวิทยาและข้อจำกัดเชิงจริยธรรมในพื้นที่ คณะผู้วิจัยจึงเลือกใช้การวิจัยเชิงกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง (One-group pretest-posttest design) โดยไม่มีกลุ่มควบคุม (No control group) ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดความจำกัดในการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน (Extraneous Variables) เช่น การที่ผู้ป่วยได้รับการบริการการรักษาพยาบาลตามมาตรฐานปกติของโรงพยาบาลร่วมด้วยหรือปัจจัยด้านวุฒิภาวะและการรับรู้ที่เพิ่มขึ้นตามระยะเวลา (Maturation) อย่างไรก็ดี ผู้วิจัยได้บรรเทาข้อจำกัดนี้โดยใช้ขั้นตอนการติดตามผ่าน STRONG TB Network เพื่อตรวจสอบความต่อเนื่องของพฤติกรรมอย่างใกล้ชิด นอกจากนี้ การสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากสถานพยาบาลเพียงแห่งเดียว ส่งผลให้การนำผลการวิจัยไปอ้างอิงสู่ประชากรในบริบทอื่น (Generalizability) ควรทำด้วยความระมัดระวัง

8.2 ข้อเสนอแนะ

8.2.1 ควรนำสื่อวีดิทัศน์ที่พัฒนาขึ้นไปใช้เป็นเครื่องมือมาตรฐานในการให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในโรงพยาบาลลำดวนและ รพ.สต. ในเครือข่าย



8.2.2 ควรเน้นย้ำเนื้อหาเรื่อง ผลกระทบของการดื้อยา เป็นประเด็นหลักในการสอน เนื่องจากเป็นจุดที่ผู้ป่วยให้ความสนใจและส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ดีที่สุด

8.2.3 ควรมีการศึกษาติดตามผลในระยะยาว (Longitudinal study) เช่น 6 เดือน หรือจนสิ้นสุดการรักษา เพื่อดูความคงทนของพฤติกรรมและอัตราความสำเร็จในการรักษา (Cure rate)

8.2.4 ควรศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้ป่วยที่เคยมีประวัติหยุดยา เพื่อหาสาเหตุเชิงลึกและนำมาพัฒนาโปรแกรมที่เฉพาะเจาะจงมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

กาญจนา คอนสาคุ. (2566). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอดที่กลับมาเป็นซ้ำ โรงพยาบาลกำแพงเพชร. วารสารวิชาการสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร, 7(1), 15-28.

จิตติมา ฅมทอง. (2564). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรคในเขตอำเภอบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยนเรศวร].

ทวี โชติพิทยสุนนท์. (2550). วัณโรคในเด็ก. ใน สมศักดิ์ โล่ห์เลขา, ทวี โชติพิทยสุนนท์, และกุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ (บก.), ตำราโรคติดเชื้อในเด็ก (พิมพ์ครั้งที่ 3, น. 345-380). ปัยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.

นาฏอนงค์ ธรรมสมบูรณ์. (2554). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มารับบริการฝากครรภ์ในโรงพยาบาลอานันทมหิดล จังหวัดลพบุรี [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์].

ผกายดาว พรหมสุรีย์. (2563). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคด้วย 3C model โรงพยาบาลน้ำเย็น อุบลราชธานี. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา, 5(1), 1-10.

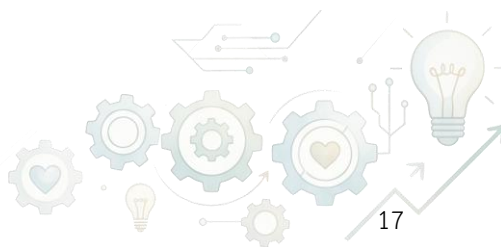
พลอยไพลิน จินตนา. (2567). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรคในอำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง [การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยพะเยา].

พิมพ์ภา ศรีใจอินทร์. (2562). การพัฒนาระบบการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคในบุคลากรพยาบาลโรงพยาบาลน่าน. [รายงานการวิจัย]. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน.

วิชชุดา พรหมสวัสดิ์. (2566). การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยคลินิกวัณโรคในโรงพยาบาลนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช. มหาราชนครศรีธรรมราชเวชสาร, 7(1), 16-27.

สายพิน ทองคำ, ภริญา พินิจกลาง, และกาญจนา จันทะนุญ. (2567). การพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 4(1), 199-208.

อภิชน จินเสวก. (2564). การพัฒนารูปแบบการจัดการวัณโรคโรงพยาบาลลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 30(4), 679-688.



- Atkins, S., Heimo, L., Carter, D. J., Ribas Closa, M., Vanleeuw, L., Chenciner, L., Wambi, P., Sidney-Annerstedt, K., Egere, U., Verkuijl, S., Brands, A., Masini, T., Viney, K., Wingfield, T., Lönnroth, K., & Boccia, D. (2022). The socioeconomic impact of tuberculosis on children and adolescents: A scoping review and conceptual framework. *BMC Public Health*, 22, Article 2153. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14579-7>
- Becker, M. H. (Ed.). (1974). *The health belief model and personal health behavior*. Charles B. Slack.
- Bloom, B. S. (1956). *Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals*. Longmans, Green.
- Hfocus.org. (2568, 28 มีนาคม). ปลัดฯ.กำหนดแผนจัดการ "วันโรค" หลังตัวเลขตายวันละ 35 คน เผย PM2.5 อาจมีส่วนกระตุ้น (คลิป). <https://www.hfocus.org/content/2025/03/33511>
- Kasl, S. V., & Cobb, S. (1966). Health behavior, illness behavior and sick role behavior. *Archives of Environmental Health: An International Journal*, 12(2), 246–266. <https://doi.org/10.1080/00039896.1966.10664365>
- Orem, D. E. (1991). *Nursing: Concepts of practice* (4th ed.). Mosby-Year Book.
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*, 2(4), 328–335. <https://doi.org/10.1177/109019817400200403>
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the Health Belief Model. *Health Education Quarterly*, 15(2), 175–183. <https://doi.org/10.1177/109019818801500203>
- Sarafino, E. P., & Smith, T. W. (2011). *Health psychology: Biopsychosocial interactions* (7th ed.). John Wiley & Sons.
- Shearer, N. B. C. (2009). Health empowerment theory as a guide for practice. *Geriatric Nursing*, 30(2, Suppl), 4–10. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2009.02.003>
- World Health Organization. (2003). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*.