Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.9 NO.3 July-September 2024

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัดนครราชสีมา

Development of Tuberculosis Care Model in Community with participation of District health network, Nakhon Ratchasima Province.

(Received: July 16,2024 ; Revised: August 19,2024 ; Accepted: August 20,2024)

นันทพัทธ์ ธีระวัฒนานนท์[1]ศิวะยุทธ สิงห์ปรุ[2]
Nantapat Teerawatananont[1] Siwayut Singpru[2]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัดนครราชสีมา ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบและทดลองใช้ในพื้นที่ ระยะที่ 3 ประเมินผลการพัฒนารูปแบบ และประเมินความพึงพอใจ กลุ่มตัวอย่างในการประเมินผลรูปแบบฯ เป็นกลุ่มผู้ป่วยวัณโรค และผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 68 คน ในพื้นที่ที่ศึกษาที่เข้าร่วมกิจกรรม เก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม สังเกต สัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติพรรณนา สถิติอนุมาน (Inferential statistic) ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย โดยใช้สถิติ Paired sample t-test และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัดนครราชสีมา มีองค์ประกอบ ดังนี้ (1) การประชุมวางแผนการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนในกลุ่มเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (2) การทำงานแบบบูรณาการในรูปแบบเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (3) การพัฒนาความรู้และทักษะของวิทยากรกระบวนการ (4) การคัดเลือกพื้นที่ต้นแบบ (5) การติดตามประเมินผล โดยทำการทดลองใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัดนครราชสีมา เป็นเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบ ทดลองใช้ในพื้นที่อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา และพื้นที่เปรียบเทียบในอำเภอครบุรี จังหวัดนครราชสีมา พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยในเรื่องความรู้เรื่องวัณโรคและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคมากกว่า กลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยในเรื่องของพฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคในชุมชนของผู้ป่วยวัณโรคของกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคและผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ข้อมูลการเปลี่ยนแปลงของผลเสมหะในเดือนที่ 2 พบว่า ผลการตรวจเสมหะหาปริมาณเชื้อวัณโรคในเดือนที่ 2 กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงของผลเสมหะเป็นลบ คิดเป็นร้อยละ 85.3 ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบยังคงมีผลเสมหะเป็นบวกอยู่ คิดเป็นร้อยละ 41.1 และผลการประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ ในพื้นที่ศึกษาอยู่ในระดับมากที่สุด

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบ การมีส่วนร่วม เครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ ผู้ป่วยวัณโรค

Abstract

This study was a participatory action research aimed to development of tuberculosis care model in community with participation of district health network, Nakhonratchasima province. The research procedure consisted of 3 phases as follows. Phase 1; Study the situation and problems in caring for tuberculosis patients in the community of district health network. Phrase 2; The development model and testing in the model area. In phrase 3; evaluate the development model and population's satisfaction of 68 participants in experimental group and 68 participants in comparison group. Data was collected through focus group discussions, observations and interviews. Content analysis

[1] นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
[2] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

was used to analyze qualitative data whereas descriptive and Inferential statistics were used to analyze quantitative one. Paired sample t-test was used to compare means.

The results from the development of tuberculosis care model in community with participation of district health network, Nakhonratchasima province should consist of (1) Meeting to plan the operation of tuberculosis care patients in the community in the district health network group. (2) integrated operation through working group (3) capacity building of process facilitators (4) selection of study area (5) Evaluation: After using a tuberculosis care model in community with participation of district health network program try it out in the area the dan khun thot district and comparison areas in khonburi district nakhon ratchasima province for 12 weeks, it was shown that the experimental group had a higher mean score in knowledge about tuberculosis and prevention of the spread of tuberculosis significantly more than the comparison group (p-value < 0.001) and the experimental group had an mean score on behavior to prevent the spread of tuberculosis disease in the community of tuberculosis patients among tuberculosis patients and tuberculosis patient caregivers significantly more than the comparison group (p-value < 0.001) and the satisfaction assessment results of the tuberculosis care model in community with participation of district health network activities in the research area model was also at a very high level.

Keyword: Model development, Participation, District health network, tuberculosis patients.

บทนำ

วัณโรค (Tuberculosis: TB) เป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย Mycobacterium tuberculosis จัดอยู่ในกลุ่ม Mycobacterium tuberculosis complex วัณโรคเกิดได้ทุกอวัยวะของร่างกาย ส่วนใหญ่มักเกิดที่ปอดซึ่งสามารถแพร่เชื้อได้ง่าย วัณโรคนอกปอดอาจพบได้ในอวัยวะอื่น ๆ ได้แก่ เยื่อหุ้มปอด ต่อมน้ำเหลือง กระดูกสันหลัง ข้อต่อ ช่องท้อง ระบบทางเดินปัสสาวะ ระบบสืบพันธุ์ ระบบประสาท เป็นต้น วัณโรคเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก นอกจากการเจ็บป่วยที่ก่อให้เกิดความสูญเสียทางสุขภาพจนเกิดการเสียชีวิต ยังส่งผลกระทบด้านเศรษฐกิจต่อผู้ป่วย ครอบครัวและคนใกล้ชิด สถานการณ์วัณโรคของโลกในปัจจุบันพบว่ามีผู้ป่วยวัณโรคประมาณ 16 - 20 ล้านคน ซึ่ง 8 - 10 ล้านคนเป็นผู้ป่วยวัณโรคระยะแพร่เชื้อ (Infectious case) องค์การอนามัยโลกคาดประมาณจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ปีละ 8.4 ล้านคน เสียชีวิตปีละ 1.9 ล้านคน และผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนาถึงร้อยละ 95 สำหรับประเทศไทยนั้นองค์การอนามัยโลกได้จัดอันดับอยู่ในลำดับที่ 18 จาก 22 ประเทศทั่วโลกที่พบว่ามีผู้ป่วยวัณโรคมากที่สุด[1]

ทั่วโลกให้ความสำคัญและมีเป้าหมายยุติวัณโรคร่วมกันคือ ภายในปี พ.ศ. 2578 อุบัติการณ์การเกิดวัณโรคไม่เกิน 10 ต่อแสนประชากร การเสียชีวิตเมื่อเทียบกับฐาน 2015 ต้องลดลงมากกว่าร้อยละ 95.00 ประเทศไทยเป็น 1 ใน 14 ที่องค์การอนามัยโลกจัดเป็นประเทศที่มีภาระวัณโรคสูง (high burden countries) ได้แก่ มีภาระวัณโรค (TB) วัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี (TB/HIV) และวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR-TB) จากรายงานองค์การอนามัยโลก ปี 2562 ได้คาดประมาณการณ์ทางระบาดวิทยาว่า ประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำประมาณ 106,000 รายคิดเป็น 153 ต่อประชากรแสนคน ผู้ป่วยวัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี (TB/HIV) จำนวน 11,000 ราย และมีผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR/RR-TB) จำนวน 4,000 ราย ซึ่งคาดประมาณว่า ร้อยละ 2.30 เป็นในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และร้อยละ 24.00 เป็นผู้ป่วยที่มีประวัติการรักษาวัณโรคมาก่อน[2] จากรายงานผลการดำเนินงาน ปี 2562 ประเทศไทยมีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรค (ผู้ป่วยรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ) จำนวน 85,029 ราย คิดเป็นอัตราความครอบคลุมของการค้นหาและขึ้นทะเบียนรักษา ร้อยละ 80.00 (85,000 ราย/106,000 ราย) สาเหตุที่ความครอบคลุมของการค้นหาและขึ้นทะเบียนรักษาต่ำ เนื่องจากผู้ป่วยไม่เข้าสู่ระบบบริการ รักษาที่โรงพยาบาลหรือคลินิกเอกชน โรงพยาบาลนอกสังกัด กระทรวงสาธารณสุข ไม่ได้รับ

การวินิจฉัย หรือได้รับการวินิจฉัยแต่ไม่ถูกรายงาน โดยผู้ป่วยวัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี (TB/HIV) จำนวน 7,130 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.00 ของผู้ที่ได้รับการตรวจเอชไอวี และผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR/RR-TB) ผลยืนยันทางห้องปฏิบัติการ 1,312 ราย ได้รับยารักษา 910 ราย[3]

ประเทศไทยมีเป้าหมายการดำเนินงานด้านวัณโรค คืออัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ และกลับเป็นซ้ำ เกณฑ์มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 85.00 ปี 2560-2562 มีผลการดำเนินงาน คิดเป็นร้อยละ 84.00, 85.00 และ 85.70 ตามลำดับ จากการรวบรวมผลการดำเนินงานวัณโรคจากหน่วยบริการตรวจวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยวัณโรคทั่วประเทศ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 (ข้อมูล วันที่ 15 ธันวาคม 2566) จำนวน 1,204 แห่ง พบว่ามีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำทั้งคนไทยและไม่ใช่คนไทย ขึ้นทะเบียนรักษา จำนวน 78,955 ราย ซึ่งผู้ป่วยวัณโรค ช่วงอายุตั้งแต่ 65 ปี มีมากที่สุด จำนวน 21,761 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.7 โดยผู้ป่วยวัณโรคเป็นเพศชายประมาณ 2 เท่า เมื่อเทียบกับเพศหญิง (ชาย 53,849 ราย ,หญิง 25,106 ราย) ซึ่งผู้ป่วยวัณโรคกลุ่มดังกล่าวมีเชื้อเอชไอวีจำนวน 5,467 ราย (ร้อยละ 8.2) ส่วนอัตราผลสำเร็จของรักษาวัณโรคของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ที่ขึ้นรักษา พ.ศ. 2565 (เป็นระยะเวลาที่ผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษาสามารถนำประเมินผลการรักษาได้) พบว่ามีอัตราการความสำเร็จในการรักษา ร้อยละ 79.8 สาเหตุหลักที่ทำให้ไม่ประสบความสำเร็จในการรักษา มาจากเสียชีวิต ร้อยละ 9.8 และขาดยา ร้อยละ 5.6 ในการส่วนผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา พ.ศ. 2566 มีการขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรคยา MDR/RR-TB 886 ราย Pre XDR-TB 56 ราย และ XDR-TB 6 ราย ในปี 2566 อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ เกณฑ์มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 88.00 มีผลการดำเนินงาน คิดเป็นร้อยละ 82.20[4]

การดูแลผู้ป่วยที่สำคัญในปัจจุบันยังใช้ ระบบ DOT การรักษาวัณโรคโดยการควบคุมการกินยาของผู้ป่วย เดิมมีการใช้ โดยเรียกว่า Fully supervised therapy ต่อมาจึงมีการ ใช้คำย่อว่า DOT=Directly Observed Treatment คือ การรักษาภายใต้การสังเกตโดยตรง สำหรับคำย่อ DOTS (Directly Observed Treatment, Short Course) ที่ใช้กันในปัจจุบัน นอกจากหมายถึงการให้ผู้ป่วย กลืนกินยาระบบยาระยะสั้น ต่อหน้าผู้ที่ได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วย ยังต้องมีองค์ประกอบที่เกี่ยวข้อง 4 ประการ คือ พันธสัญญาที่มั่นคง (Strong Commitment) 1. การมีบริการคัดกรองที่ครอบคลุมดี 2. งบประมาณในการจัด 3. หายาที่เพียงพอ และ 4. มีระบบบันทึกข้อมูลการรายงานที่ถูกต้องและสามารถประเมินผลได้ DOTS ได้รับการพิสูจน์แล้วว่า เป็นวิธีการที่ดีที่สุดในปัจจุบัน ที่จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาสม่ำเสมอครบถ้วน และป้องกันการเกิดดื้อยาของเชื้อวัณโรค การดูแลกำกับการกินยาของผู้ป่วยวัณโรค พร้อมบันทึกการกินยาของผู้ป่วยวัณโรคให้กำลังใจให้ผู้ป่วยกินยาครบตามกำหนดการรักษาแนะนำการปฏิบัติตนในการรักษาวัณโรค และป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโดยการใช้ผ้าปิดปาก และจมูก สังเกต สอบถาม เมื่อผู้ป่วยเกิดอาการข้างเคียง หรืออาการแพ้ยา ระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคสามารถแพร่กระจายเชื้อวัณโรคให้แก่ผู้อื่นที่ใกล้ชิดได้ ตั้งแต่เริ่มมีอาการจนกระทั่งได้รับการวินิจฉัย และรักษาด้วยสูตรยาที่มีประสิทธิภาพจนผลตรวจเสมหะเป็นลบ ระยะเวลาจะสั้นหรือนานขึ้นกับว่าผู้ป่วยเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพเพื่อรับการวินิจฉัยเร็วหรือช้า การวินิจฉัยโดยทีมสุขภาพรวดเร็วแค่ไหน ประสิทธิภาพ ของยาที่ใช้รักษามีอาการป่วยจากเชื้อที่ไวต่อยาหรือเชื้อดื้อยาเนื่องจากผู้ป่วยทั่วไปหลังเริ่มรักษา ส่วนใหญ่ต้องใช้เวลาอย่างน้อย 2 สัปดาห์ ถึง 2 เดือน ส่วนผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน อาจต้องใช้ระยะเวลา นานประมาณ 2-4 เดือน จึงจะพ้นระยะแพร่เชื้อ

จากผลการดำเนินงานจังหวัดนครราชสีมา 5 ปีย้อนหลัง ปี 2562-2566 พบว่า มีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรคมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จำนวน 2,372 ราย, 2,464 ราย, 2,134 ราย, 2,063 ราย และ 2,315 ราย ตามลำดับ ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เสมหะพบเชื้อ คิดเป็น ร้อยละ 52.99, 47.69, 50.37,

56.86 และ 53.69 ด้านผลการดำเนินงาน ปี 2562-2566 อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ คิดเป็น ร้อยละ 86.64, 85.65, 84.83, 80.42 และ 59.55 ตามลำดับ อัตราการเสียชีวิต (เกณฑ์ไม่เกินร้อยละ 10.00) ร้อยละ 16.39, 20.09, 17.67, 14.66 และ 10.62 อัตราการขาดยา (เกณฑ์กำหนดต้องไม่มีการขาดยาในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรค) ร้อยละ 5.18, 4.93, 7.73, 5.05 และ 4.05 ตามลำดับ[5]

จากปัญหาผู้ป่วยวัณโรคขาดการรับยาตามนัด จึงขาดการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งนำไปสู่ปัญหาการเกิดวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR/RR-TB) ในอนาคตได้ โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะตรวจพบเชื้อ ผู้วิจัยจึงเห็นว่าการทำงานในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคนั้นต้องมีการดำเนินงานร่วมกับชุมชน โดยสนับสนุนให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลและการคิดหาวิธีการดำเนินงานให้เกิดการดูแลรักษาผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาที่ต่อเนื่องและรักษาสำเร็จ ไม่พบผู้ป่วยเพิ่มเติมในชุมชน และการดูแลผู้ป่วยวัณโรคต้องใช้ระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน ในการรักษาสำเร็จ เนื่องจากเดิมในชุมชนยังไม่มีรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด ซึ่งเดิมเป็นเพียงการรับรายงานผู้ป่วยจากโรงพยาบาลและเข้าไปติดตามผู้ป่วยเป็นบางช่วงเวลา ไม่เกิดการดูแลอย่างมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ทั้งของโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (รพ.สต.) อสม. และยังขาดการเข้ามามีส่วนร่วมของชุมชน ไม่ว่าจะเป็นผู้ใหญ่บ้าน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่ต้องอาศัยด้านคน งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และการจัดการ เข้ามาช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย ทำให้ต้องมีการพึ่งพาชุมชน รวมถึงเพื่อให้เกิดการกระทำในระดับบุคคลและชุมชน ให้ชุมชนสามารถเป็นที่พึ่งแก่ผู้ป่วยได้ ในการดำเนินงานรักษาวัณโรคให้หายขาด และหยุดการแพร่ระบาดของโรค รวมถึงลดอัตราการเสียชีวิตลงได้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงให้ความสนใจต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน ตามบริบทของพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา โดยให้เครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอมีส่วนร่วมในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาการขาดยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่ ลดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในชุมชน จากสภาพปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยได้เห็นความสำคัญของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัดนครราชสีมา โดยประยุกต์ใช้กรอบการดำเนินงานการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 4 องค์ประกอบ คือ PAOR (P: Planning, A: Action, O: Observation และ R: Reflection) กับงานป้องกันควบคุมโรคให้มีประสิทธิภาพในการสร้างความร่วมมือของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ และยังเป็นการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคต่าง ๆ ของชุมชนต่อไปด้วย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบทการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัดนครราชสีมา
2. เพื่อสร้างและพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัดนครราชสีมา
3. เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัดนครราชสีมา

วิธีการดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบส่วนร่วม (Participatory Action Research) แบ่งการศึกษาเป็น 3 ระยะคือ 1) ศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัดนครราชสีมา 2) พัฒนารูปแบบและทดลองใช้ในพื้นที่ต้นแบบ โดยประยุกต์ใช้รูปแบบ PAOR คือ ขั้นวางแผนการดำเนินการ (Planning) ขั้นลงมือปฏิบัติ (Action) ขั้นสังเกตุการณ์ (Observation) และขั้นสะท้อนผลลัพธ์ (Reflection) และ 3) ประเมินผลการพัฒนารูปแบบและประเมินความพึงพอใจ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการประเมินผลรูปแบบฯ เป็นกลุ่มผู้ป่วยวัณโรค และผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง ได้แก่ อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 68 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ อำเภอครบุรี จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 68 คน

เกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion Criteria) กลุ่มผู้ป่วยวัณโรค สำหรับงานวิจัย ดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการขึ้นทะเบียนประเภทผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะตรวจพบเชื้อรายใหม่ ซึ่งไม่เคยได้รับการรักษาวัณโรคมาก่อนหรือได้รับการรักษาวัณโรคไม่เกิน 1 เดือน และได้รับยาต้านเชื้อวัณโรคแนวที่ 1 2) ขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรคปอดเสมหะตรวจพบเชื้อรายใหม่ที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลหลวงพ่อคูณปริสุทโธ และโรงพยาบาลครบุรี และขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรคในโปรแกรมบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรคแห่งชาติ 3) ขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรคปอดเสมหะตรวจพบเชื้อรายใหม่ พักอาศัยอยู่พื้นที่อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา และอำเภอครบุรี จังหวัดนครราชสีมา ตลอดการรักษาวัณโรคระยะเข้มข้น

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion Criteria) สำหรับงานวิจัย ดังนี้ 1) ผู้ป่วยวัณโรคปอดเสียชีวิตระหว่างระยะเวลาของการรักษา 2) ผู้ป่วยวัณโรคปอดได้รับการปรับสูตรยาจากแนวที่ 1 ไปใช้ยาแนวที่ 2 ภายหลังการเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion Criteria) กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค สำหรับงานวิจัย ดังนี้ 1) เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการขึ้นทะเบียนในกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วย 2) เป็นผู้กำกับการกินยาต้านวัณโรคของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ได้รับการขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรคปอดเสมหะตรวจพบเชื้อรายใหม่ ที่คลินิกวัณโรคโรงพยาบาลหลวงพ่อคูณปริสุทโธ และโรงพยาบาลครบุรี

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion Criteria) สำหรับงานวิจัย ดังนี้ 1) ผู้ป่วยวัณโรคปอดดูแลได้รับการปรับสูตรยาจากแนวที่ 1 ไปใช้ยาแนวที่ 2 ภายหลังการการเข้าร่วมการวิจัย 2) ผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดเสียชีวิตระหว่างระยะเวลาของการรักษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกการสนทนากลุ่มเพื่อสร้างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัดนครราชสีมา

2. แบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อมูล 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องวัณโรคและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค จำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วย สาเหตุของการเกิดโรค อาการ การดูแลรักษา การป้องกันและควบคุมวัณโรค คำถาม มี 2 ตัวเลือก คือ ใช่และไม่ใช่ คะแนนความรู้ของกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคและผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค แบ่งกลุ่มคะแนนเป็น 3 ระดับ โดยประยุกต์ใช้เกณฑ์การแบ่งระดับความรู้ โดยใช้ค่า Percentile การแปลผล[8] ดังนี้

มีความรู้ระดับสูง หมายถึง คะแนนความรู้ร้อยละ 80.00-100

มีความรู้ระดับปานกลาง หมายถึง คะแนนความรู้ร้อยละ 60.00-79.00

มีความรู้ระดับต่ำ หมายถึง คะแนนความรู้ร้อยละ 0.00-59.00

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคในชุมชนของผู้ป่วยวัณโรค โดยมีข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ ใช้มาตรวัดการประมาณค่า Likert Scale มี 3 ระดับ คือ

ปฏิบัติทุกครั้ง หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมนั้นสม่ำเสมอหรือ 5 – 7 วัน/สัปดาห์

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมนั้นบางครั้ง หรือสัปดาห์ละ 1 – 2 วัน/สัปดาห์

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นใน 1 สัปดาห์

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า IOC มากกว่า 0.5 ในทุกข้อคำถามและได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.74

การแปลผลคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคในชุมชนของผู้ป่วยวัณโรค โดยแบ่งเกณฑ์ คิดคะแนน (คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด)/จำนวนชั้น[7] สรุปผลเป็น 3 ระดับ คือ ดี พอใช้ และไม่ดี ตามค่าเฉลี่ยดังนี้

0.00 - 0.67 หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคระดับไม่ดี

0.68 - 1.35 หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคระดับพอใช้

1.36 - 2.00 หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคระดับดี

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 10 ข้อ ใช้มาตรวัดการประมาณค่า Likert Scale มี 5 ระดับ 5 ตัวเลือกประกอบด้วย มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

การแปลผลคะแนนความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัดนครราชสีมา โดยแบ่งเกณฑ์ คิดคะแนน (คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด)/จำนวนชั้น[7] สรุปผลเป็น 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง น้อย ตามค่าเฉลี่ยดังนี้

1.00 -2.33 หมายถึง พึงพอใจน้อย

2.34-3.66 หมายถึง พึงพอใจปานกลาง

3.67-5.00 หมายถึง พึงพอใจมาก

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยใช้สถิติ ค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) เพื่อทดสอบสมมุติฐานโดยการวิเคราะห์สถิติแบบ Independent Samples t-test เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องวัณโรคและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค และพฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคในชุมชนของผู้ป่วยวัณโรค ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

3. การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ในประเด็นการสรุปและประเมินผลการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัดนครราชสีมา การสะท้อนผล เพื่อวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคและปัจจัยสู่ความสำเร็จ

จริยธรรมงานวิจัย

งานวิจัยฉบับนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เลขที่โครงการวิจัย NRPH 068 ณ วันที่ 1 มิถุนายน 2566

สรุปผลการวิจัย

แบ่งออกเป็น 3 ส่วนตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัดนครราชสีมา ข้อมูลทั่วไป พบว่า คะแนนความรู้เรื่องวัณโรคและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคของผู้ป่วยวัณโรคและผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 96.67 และมีความรู้ในระดับต่ำ ร้อยละ 3.33 (Mean = 7.83, S.D. = 0.561) ในส่วนของพฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคในชุมชนของผู้ป่วยวัณโรค ภาพรวมพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 0.98, S.D. = 0.837) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า พฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคในชุมชนของผู้ป่วยวัณโรคที่ปฏิบัติ ในระดับไม่ดี มากที่สุดคือ ท่านสวมหน้ากากอนามัย เมื่ออยู่บ้านและในห้องที่ไม่มีหน้าต่าง ร้อยละ 35.7 และใน 1 สัปดาห์ท่านจัดบ้านให้สะอาด นำที่นอน หมอนมุ้ง เครื่องใช้ส่วนตัวออกตากแดดและเปิดหน้าต่าง ประตูให้อากาศถ่ายเท ร้อยละ 21.3 ตามลำดับ

จากการประชุมได้ให้ข้อเสนอเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคและแนวทางการแก้ไขปัญหาของกระบวนการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน

ระยะที่ 2 ผลพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัดนครราชสีมา โดยการประยุกต์ใช้รูปแบบ PAOR จากการศึกษาพบประเด็นที่สำคัญในแต่ละขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นวางแผนการดำเนินการ (Planning) ผลการวิเคราะห์การดำเนินงานในขั้นวางแผน พบว่า จากการประชุมได้แผนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ ดังนี้

1. อบรมให้ความรู้เรื่องวัณโรค
2. คัดกรองวัณโรคในกลุ่มเสี่ยง
3. จัดหาอุปกรณ์ป้องกันตนเองในการป้องกันการติดเชื้อวัณโรค

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นลงมือปฏิบัติ (Action) หลังจากได้ข้อตกลงในการดำเนินงานแผนปฏิบัติการเครือข่ายสุขภาพทุกพื้นที่ได้ดำเนินการตามแนวทางรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน โดยเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ จากการดำเนินในขั้นตอนการวางแผนจัดทำแผนปฏิบัติการการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัดนครราชสีมา โดยแผนปฏิบัติการมี 3 โครงการ ได้แก่ อบรมให้ความรู้เรื่องวัณโรค การคัดกรองวัณโรคในกลุ่มเสี่ยง และจัดหาอุปกรณ์ป้องกันตนเองในการป้องกันการติดเชื้อวัณโรค

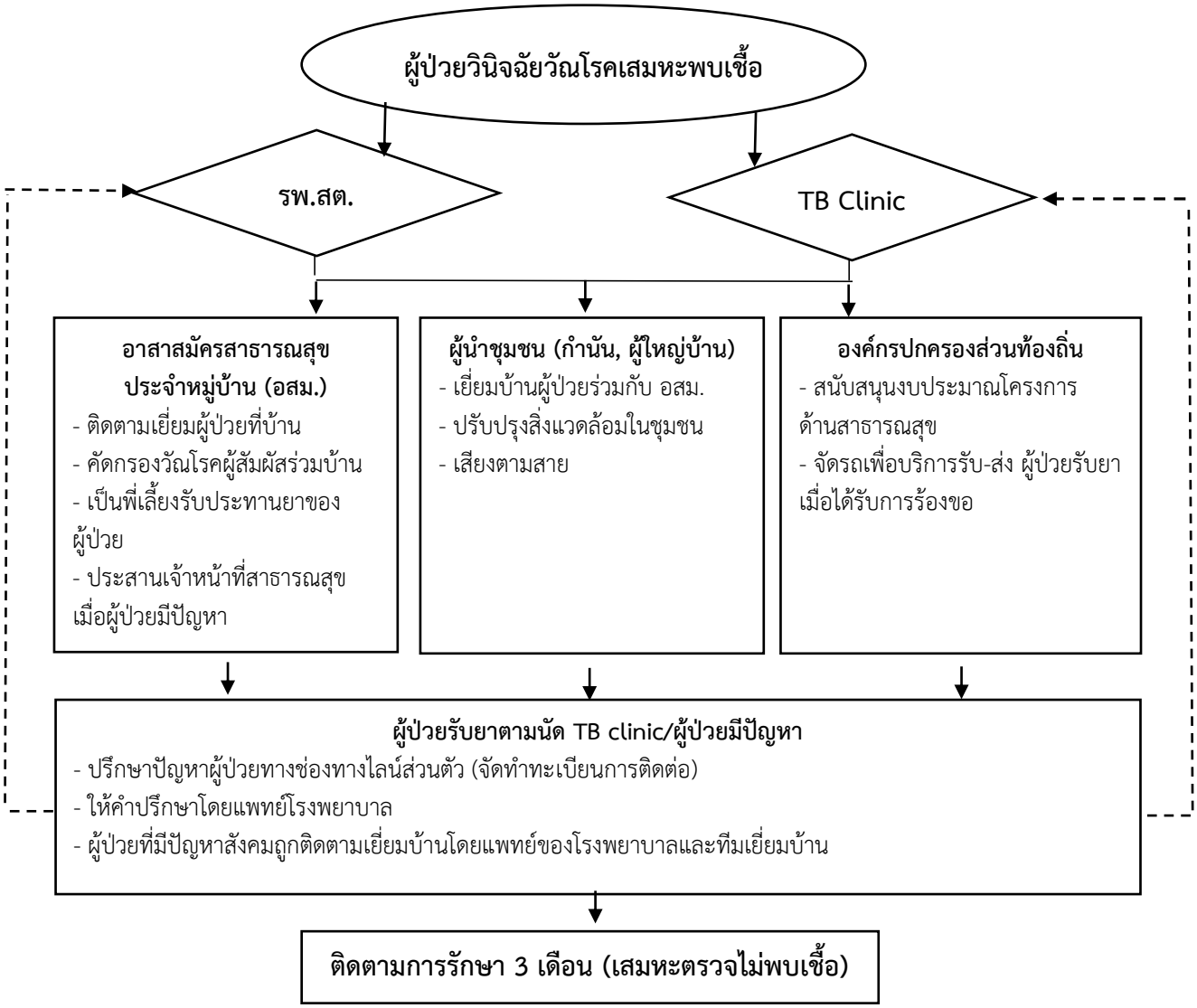
ผลจากการประชุมชี้แจงแผนการดำเนินงานพัฒนากลไกแนวทางการขับเคลื่อนและการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน โดยเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ ประกอบด้วย กิจกรรมสำคัญ (1) การประชุมวางแผนการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนในกลุ่มเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (2) การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัดนครราชสีมา และทดลองใช้ในพื้นที่อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา และพื้นที่เปรียบเทียบในอำเภอครบุรี จังหวัดนครราชสีมา โดยประยุกต์ใช้รูปแบบ PAOR ซึ่งประกอบไปด้วยกิจกรรม 1) อบรมให้ความรู้เรื่องวัณโรค 2) คัดกรองวัณโรคในกลุ่มเสี่ยง และ 3) จัดหาอุปกรณ์ป้องกันตนเองในการป้องกันการติดเชื้อวัณโรค (3) การติดตามประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัดนครราชสีมา ในพื้นที่อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลหลวงพ่อคูณปริสุทโธ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอด่านขุนทด และ รพ.สต. ในพื้นที่ร่วมเป็นวิทยากรกลุ่มย่อย

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นสังเกต (Observation) ผลการดำเนินงานในขั้นตอนที่ 2 พบว่า การสังเกตการณ์การมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมกิจกรรมในแต่ละขั้นตอนของการศึกษาและสะท้อนผลการปฏิบัติกลับ เก็บรวบรวมข้อมูลในการติดตามผลการดำเนินงานคุณภาพด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค ได้แก่ การติดตาม DOTS ของผู้ป่วยวัณโรค อัตราการเปลี่ยนเสมหะหลังสิ้นสุดการรักษาระยะเข้มข้น อัตราการขาดยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรอบ 3 เดือน โดยมีผลการดำเนินงานของการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน โดยเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา ตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัดนครราชสีมา พบว่า 1) ภาคีเครือข่ายสุขภาพเข้าร่วมการกระบวนการในทุกกระบวนการเกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน โดยเครือข่ายสุขภาพอำเภอด่านขุนทด 2) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ดำเนินการติดตาม DOT ร่วมกับ อสม. มีการติดตาม DOT ทุกราย ส่งผลให้อัตราการเปลี่ยนเสมหะหลังสิ้นสุดการรักษาระยะเข้มข้น ตรวจไม่พบเชื้อร้อยละ 66.66 อยู่ระหว่างรักษารอผลเสมหะหลังสิ้นสุดการรักษาระยะเข้มข้น จำนวน 4 ราย 3) ไม่พบการขาดยาของผู้ป่วยในรอบ 3 เดือน 4) เครือข่ายสุขภาพ ได้รับมีความพึงพอใจต่อในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ในภาพรวมของมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชนสูง

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นสะท้อนผล (Refection) ได้ข้อมูลที่ได้จากการดำเนินงานในขั้นตอนที่ 3 มาจัดเวทีสรุปประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย

วัณโรคในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัดนครราชสีมาในประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา และคืนข้อมูลผลการดำเนินงานตามแผนงาน

หลังจากการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัดนครราชสีมา ตามวงจรพัฒนาคุณภาพวง PAOR ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัดนครราชสีมา ดังนี้



ระยะที่ 3 ผลการประเมินรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัดนครราชสีมา

1) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง เกี่ยวกับความรู้เรื่องวัณโรคและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคของกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคและผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค พบว่า ภายในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยต่างกัน 7.28 คะแนน (95% CI 6.12-8.43) และมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องวัณโรคและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคหลังเข้าร่วม

โปรแกรมมากกว่าก่อนการทดลองแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P < 0.0001) และภายในกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยต่างกัน 2.20 คะแนน (95% CI 1.01-3.39) และมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอดหลังเข้าร่วมโปรแกรมมากกว่าก่อนการทดลองแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p=0.0008)

2) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้านพฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคในชุมชนของผู้ป่วยวัณโรคของกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคและผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง พบว่าภายในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยต่างกัน 15.00 คะแนน (95% CI 12.52-17.48) และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตามแผนการรักษาหลังเข้าร่วมโปรแกรมมากกว่าก่อนการทดลองแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P=0.0001) และภายในกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยต่างกัน 1.60 คะแนน (95% CI 0.12-3.08) และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคในชุมชนของผู้ป่วยวัณโรคของกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคและผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค หลังเข้าร่วมโปรแกรมมากกว่าก่อนการทดลองไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P=0.0351)

3) ผลการประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัดนครราชสีมา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อรูปแบบกิจกรรมโดยรวม อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.25, S.D. = 0.554) เมื่อพิจารณารายข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจมากที่สุด คือ กลุ่มผู้ป่วยวัณโรคและผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคได้รับความรู้ แนวคิด ทักษะและประสบการณ์ใหม่ๆ จากการเข้าร่วมกิจกรรม (Mean = 4.82, S.D. = 0.542) และประเด็นที่กลุ่มผู้ป่วยวัณโรคและผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคมีความพึงพอใจที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ความเหมาะสมของระยะเวลาในการจัดกิจกรรม (Mean = 4.12, S.D. = 0.545)

4) จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลการเปลี่ยนแปลงของผลเสมหะในเดือนที่ 2 พบว่า ผลการตรวจเสมหะหาปริมาณเชื้อวัณโรคใน Sputum AFB (การย้อมสีชนิดทนกรด: Acid fast bacilli stain, AFB) เพื่อการวินิจฉัยวัณโรคปอดร่วมกับการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (X-ray) นั้น ในเดือนแรกของการรักษาตรวจพบปริมาณเสมหะบวกในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริม
สุขภาพฯ และรับการรักษาวัณโรคโดยการรับประทานยาสูตรยาระยะเข้มข้น (Intensive phase) 2 เดือนแรก พบว่าผลการตรวจเสมหะในเดือนที่ 2 กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงของผลเสมหะเป็นลบ คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบยังคงมีผลเสมหะเป็นบวกอยู่ คิดเป็นร้อยละ 40

5) ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินการตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัดนครราชสีมา ประกอบด้วยการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ, ความสามัคคีของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ, กิจกรรมที่ชัดเจน ปฏิบัติได้จริง, การสร้างและพัฒนาศักยภาพเครือข่ายในชุมชน, มีแนวปฏิบัติที่ดีเป็นแบบอย่างและแนวทางในการดำเนินงาน และ งบประมาณสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัย เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัดนครราชสีมา มีประเด็นสำคัญที่สามารถนำมาอภิปรายผล ดังนี้

จากการศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัดนครราชสีมา ครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคได้รับการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพและมีการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่ชุมชนโดยเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอตามบทบาทหน้าที่ของตนเอง ได้แก่ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อปท.

และผู้นำชุมชน ซึ่งการดูแลในชุมชนจะมีความใกล้ชิดและมีการดูแลผู้ป่วยตามวิถีชีวิตประจำวัน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ รุจิเรจ ล้อไป[9] ที่พบว่ากระบวนการเสริมพลังภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชนในการพัฒนาความสำเร็จของการรักษาวัณโรค และเฉลิมเกียรติ ตาตะมิ[10] พบว่า รูปแบบการปูองกันและควบคุมวัณโรค เรียกว่า THABO model มีปัจจัยแห่งความสำเร็จคือการมีระบบกำกับติดตามที่ดีโดยการติดตามถึงบ้านด้วยเครือข่ายที่ร่วมมือกันทั้งหน่วยบริการและชุมชนและมีการเสริมสร้างกำลังใจและใส่ใจอย่างใกล้ชิดต่อเนื่อง รวมทั้งการดูแลผู้ป่วยของ รพร.ธาตุพนม มีการดูแลตามสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ต้องปรับวิธีการจ่ายยาให้ผู้ป่วยโดยส่งยาให้ที่บ้าน

จากการวิเคราะห์ขั้นตอนการดำเนินงาน พบว่าการประชุมชี้แจงขับเคลื่อนแผนการดำเนินงานโครงการให้กับเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอในพื้นที่ทำให้ทุกภาคส่วนทราบแผนการดำเนินงาน และมองภาพความสำเร็จของโครงการไปในทิศทางเดียวกัน ประกอบกับการคืนข้อมูลผลการสำรวจ ได้รับทราบสภาพปัญหา สถานการณ์ของพื้นที่ ซึ่งเป็นขั้นตอนสำคัญเพื่อใช้ในการออกแบบกิจกรรมได้สอดคล้องเหมาะสมกับสภาพปัญหาและบริบทของพื้นที่ต่อไป ซึ่งการเสริมสร้างความรู้เรื่องวัณโรค การคัดกรองวัณโรคในกลุ่มเสี่ยง และการจัดหาอุปกรณ์ป้องกันตนเองในการป้องกันการติดเชื้อวัณโรค ที่เหมาะสมกับความต้องการของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ ซึ่งกลวิธีและโปรแกรมจะเป็นในลักษณะของการสร้างโอกาสให้ประชาชนได้เรียนรู้ตลอดชีวิต และแหล่งประโยชน์ต่างๆ ที่ช่วยเพิ่มศักยภาพด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนได้อย่างเต็มที่และเท่าเทียมกัน ซึ่งจะส่งผลให้ประชาชนมีความสามารถในการควบคุมป้องกันโรคของตนเองและครอบครัวได้[11]

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง เกี่ยวกับความรู้เรื่องวัณโรคและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคของกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคและผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค พบว่า ภายในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยต่างกัน 7.28 คะแนน (95% CI 6.12-8.43) และมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องวัณโรคและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคหลังเข้าร่วมโปรแกรมมากกว่าก่อนการทดลองแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P < 0.0001$) และภายในกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยต่างกัน 2.20 คะแนน (95% CI 1.01-3.39) และมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอดหลังเข้าร่วมโปรแกรมมากกว่าก่อนการทดลองแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p= 0.0008) ซึ่งสอดคล้องกับ สมัญญา มุขอาษา[12] พบว่าคะแนนเฉลี่ยในเรื่องความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอดภายในกลุ่มทดลอง พบว่าภายในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยต่างกัน 7.28 คะแนน (95% CI 6.12-8.43) และมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอดหลังเข้าร่วมโปรแกรมมากกว่าก่อนการทดลองแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p=0.0001) แสดงให้เห็นได้ว่ากิจกรรมการจัดกระบวนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนในกลุ่มเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอโดยรวมที่วางแผนไว้และได้ปฏิบัติจริงโดยผู้วิจัยได้เสริมสร้างกระบวนการให้กับกลุ่มทดลอง ด้วยการฝึกทักษะที่เฉพาะเจาะจงของผู้ป่วยวัณโรคและผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคร่วมกันออกแบบกับเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอที่เหมาะสมกับกลุ่มทดลอง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้านพฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคในชุมชนของผู้ป่วยวัณโรคของกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคและผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง พบว่าภายในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยต่างกัน 15.00 คะแนน (95% CI 12.52-17.48) และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตามแผนการรักษาหลังเข้าร่วมโปรแกรมมากกว่าก่อนการทดลองแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P=0.0001) และภายในกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยต่างกัน 1.60 คะแนน (95% CI 0.12-3.08) และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคในชุมชนของผู้ป่วยวัณโรคของกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคและผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค หลังเข้าร่วมโปรแกรมมากกว่าก่อนการทดลองไม่แตกต่างอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P=0.0351) ซึ่งสอดคล้องกับ สมัญญา มุขอาษา[12] พบว่า ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพโดยการประยุกต์ทฤษฎีการสร้างพลังอำนาจ พบว่าภายในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยต่างกัน 15.00 คะแนน (95% CI 12.52-17.48) และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตามแผนการรักษา หลังเข้าร่วมโปรแกรมมากกว่าก่อนการทดลองแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p=0.0001)

และพฤติกรรมการปฏิบัติตามแผนการรักษา พบว่าก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยต่างกัน 2.68 คะแนน (95% CI 0.67-6.04) ซึ่งคะแนนเฉลี่ย ในเรื่องของพฤติกรรมการปฏิบัติตามแผนการรักษาของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ (p=0.1150) และหลังการทดลองพบว่า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยต่างกัน 10.72 คะแนน (95% CI 7.29-14.15) พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยในเรื่องของพฤติกรรมการปฏิบัติตามแผนการรักษามากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p=0.0001)

ปัจจัยแห่งความสำเร็จเกิดจากการสนับสนุนจากผู้บริหาร การร่วมแรงร่วมใจจากทีมผู้ดูแลทั้งทีมสหวิชาชีพ ชุมชน และภาคีเครือข่ายที่ร่วมกันพัฒนารูปแบบที่ปรับให้เหมาะสมกับบริบท และปัญหาที่เกิดขึ้นตั้งแต่การเข้าถึงการคัดกรองกระบวนการดูแลรักษา พี่เลี้ยงกำกับการกินยา ระบบส่งต่อข้อมูล ช่องทางปรึกษา การดูแลต่อเนื่องในชุมชน นอกจากนี้ได้มีการพัฒนาศักยภาพการดูแลรักษาให้แก่ทีมผู้ดูแล พี่เลี้ยงระดับอำเภอเป็นที่ปรึกษา มีการติดตามเสริมพลังอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้การดำเนินงานคุณภาพโรงพยาบาลด้านการดูแลรักษาวัณโรคผ่านเกณฑ์มาตรฐาน บรรลุเป้าหมาย และมีความยั่งยืนต่อไป

บทสรุปของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัดนครราชสีมา ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นร่วมกับเครือข่ายมีผลต่อพัฒนาความรู้เรื่องวัณโรคและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค และพฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคในชุมชนของผู้ป่วยวัณโรค เพื่อการป้องกันควบคุมโรคของประชาชนในพื้นที่เป็นไปในทางที่ดีขึ้น ดังนั้น การวิจัยในครั้งนี้จึงบรรลุผลตามความมุ่งหมายของการศึกษาที่ตั้งไว้ทุกประการ

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1. จากผลการวิจัยที่พบว่า ความสำเร็จของการสร้างการดูแลผู้ป่วยในชุมชนโดยเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอส่วนหนึ่งที่สำคัญมาจากการคัดเลือกคนเข้ามาเป็นคณะทำงานรวมไปถึงการจัดทำโครงการให้สอดคล้องกับปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ และการมีงบประมาณสนับสนุนจึงจะทำให้การดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ เป็นไปอย่างได้รับความร่วมมือ ดังนั้น จึงควรกำหนดเป็นประเด็นปัญหาให้ชัดเจนในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่ระบุถึงประเด็นการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยเครือข่ายระดับสุขภาพอำเภอเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมต่อไป

2. ผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการติดตามผลเสมหะหลังสิ้นสุดการรักษาระยะเข้มข้น ควรเพิ่มการติดตามการรับประทานยาที่เข้มข้นเพื่อป้องกันการดื้อยาของเชื้อวัณโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การเพิ่มช่องทางการให้ความรู้ การกระตุ้นเตือนการกำกับ และการติดตามผ่านช่องทางแอพพลิเคชั่น สื่อสังคมออนไลน์ เช่น ไลน์ หรือเฟสบุ๊ค ที่สามารถติดต่อผู้ป่วยวัณโรคและผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคได้โดยตรง หรือการประสานใช้ช่องทางผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำชุมชน ผ่านแอพพลิเคชั่นและเสียงตามสายในหมู่บ้าน และเก็บเสมหะส่งตรวจเพาะเชื้อวัณโรคดื้อยาของผู้ป่วยที่เสมหะหลังสิ้นสุดการรักษาระยะเข้มข้นยังพบเชื้อ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป

1. ควรประยุกต์ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน โดยเครือข่ายสุขภาพไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ในชุมชน โดยเฉพาะโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง

2. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มที่ให้แรงสนับสนุนทางสังคม เช่น บุคคลในครอบครัว ชุมชน เนื่องจากผู้ป่วยวัณโรคต้องรับประทานยารักษาวัณโรคติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน ครอบครัวหรือชุมชนจึงอาจมีส่วนร่วมในการจัดการ และดูแลผู้ป่วยวัณโรคได้

เอกสารอ้างอิง

1.สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค. (2561). แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย National Tuberculosis Control Program Guidelines, Thailand. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.

2.World Health Organization. (2019). Global tuberculosis report 2019. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/329368.

3.กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). คู่มือการประเมินคุณภาพโรงพยาบาลด้านการดูแลและรักษาวัณโรค. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิกแอนด์ดีไซด์.

4.กลุ่มระบาดวิทยาและตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กองวัณโรค กรมควบคุมโรค. (2567). รายงานประจำปี 2566. (เอกสารอัดสำเนา).

5.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. (2566). รายงานสถานการณ์วัณโรค จังหวัดนครราชสีมา ปี 2566. (เอกสารอัดสำเนา).

6.สุมัทนา กลางคาร และวรพจน์ พรหมสัตยพรต. (2553). หลักการวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 6. มหาสารคาม: สารคามการพิมพ์สารคามเปเปอร์.

7.วิรัตน์ ปานศิลา. (2544). หลักการวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.

8.Bloom, B. S. (1956). Mycoted. (2004). Plan Do Check Act (PDCA). Retrieved from http://www.mycoted.com/creativity/ techniques/pdca.php

9.รุจิเรข ล้อไป. (2561). การเสริมพลังภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชนในการพัฒนาความสำเร็จของการรักษาวัณโรค ในตำบลกลางดง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิชาการสำนักงานควบคุมป้องกันโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา, 24, 15-23.

10.เฉลิมเกียรติ ตาตะมิ. (2562). การพัฒนารูปแบบในการป้องกันและควบคุมวัณโรค ในพื้นที่ตำบลท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย. สำนักงานควบคุมป้องกันโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น, 26(1), 36-47.

11.Nutbeam, D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International 2000;15(3):259–67.

12.สมัญญา มุขอาสา. (2560). ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพโดยการประยุกต์ทฤษฎีการสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่. วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 1, 13-27.