



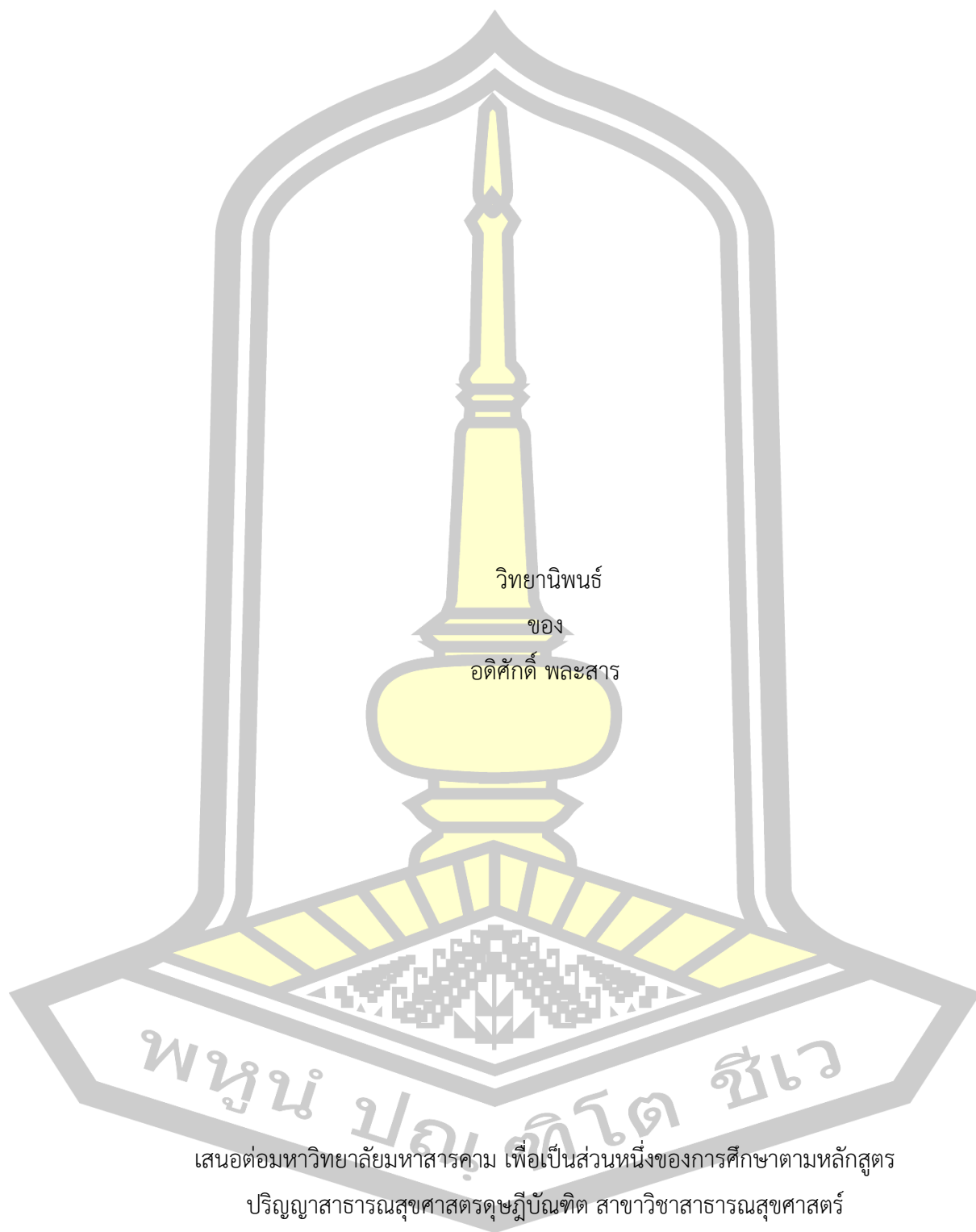
รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัยโรคในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

วิทยานิพนธ์  
ของ  
อดิศักดิ์ พลະสาร

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์  
กรกฎาคม 2563

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม



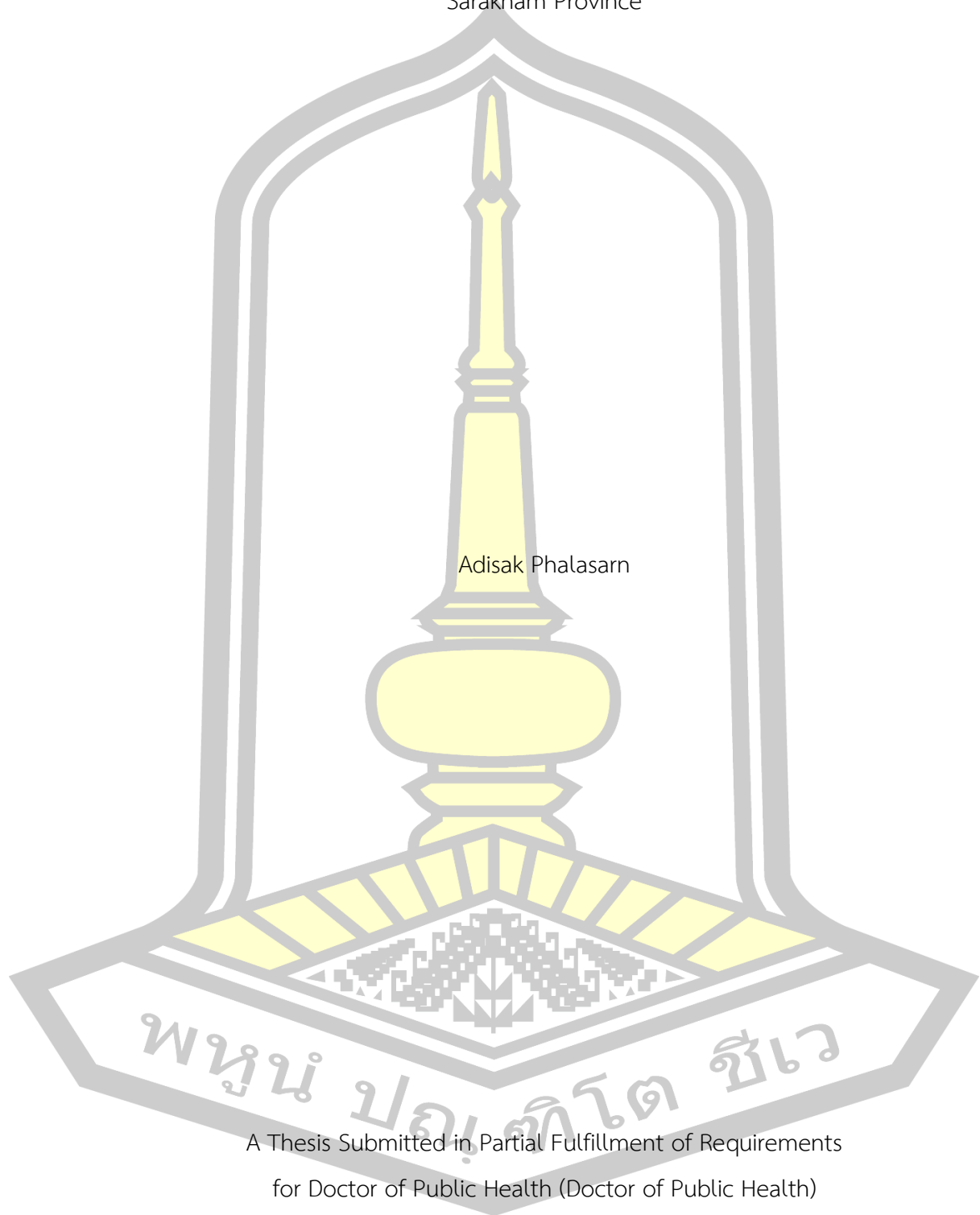
เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาสาธาณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสาธาณสุขศาสตร์

กรกฎาคม 2563

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Health Care Model for Tuberculosis Patient in Community, Muang District, Maha  
Sarakhm Province



Adisak Phalasarn

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements  
for Doctor of Public Health (Doctor of Public Health)

July 2020

Copyright of Mahasarakham University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนายอดิศักดิ์ พลະสาร แล้วเห็นสมควร  
รับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธาณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสาธาณสุขศาสตร์  
ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ประธานกรรมการ

(รศ. ดร. ประจักษ์ บัวผัน )

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(รศ. ดร. สุมัทนา กลางคาร )

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(รศ. ดร. จุฬารัตน์ ไสตะ )

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(รศ. ดร. วรพจน์ พรหมสัตยพรต )

กรรมการ

(รศ. ดร. สงครามชัย ลีทองดี )

กรรมการ

(ผศ. ดร. สันติสิทธิ์ เขียวเงิน )

กรรมการ

(ผศ. ดร. สุณิรัตน์ ยั่งยืน )

มหาวิทยาลัยขอนแก่นให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา  
สาธาณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสาธาณสุขศาสตร์ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

(รศ. ดร. สุมัทนา กลางคาร )

คณบดีคณะสาธาณสุขศาสตร์

(รศ. ดร. กิริสน์ ชัยมูล )

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม		
ผู้วิจัย	อดิศักดิ์ พลະสาร		
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร. สุมีทนา กลางคาร รองศาสตราจารย์ ดร. จุฬารัตน์ โสตะ รองศาสตราจารย์ ดร. วรพจน์ พรหมสัตยพรต		
ปริญญา	สาธารณสุขศาสตรดุษฎี	สาขาวิชา	สาธารณสุขศาสตร์
	บัณฑิต		
มหาวิทยาลัย	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	ปีที่พิมพ์	2563

### บทคัดย่อ

วัณโรค เป็นปัญหาสาธารณสุขที่ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพ ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่เป็นระบบและมีประสิทธิภาพ การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ระยะที่ 1 เป็นการศึกษาปัจจัยด้านการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนและการบริการสุขภาพผู้ป่วยวัณโรค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ ผู้ป่วย 42 คน ผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค 42 คน ระยะที่ 2 สร้างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน โดยศึกษารูปแบบตามขั้นตอน วางแผน ปฏิบัติการ สังเกต และสะท้อนผล และระยะที่ 3 ประเมินรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนบ้านร่วมใจ เก็บข้อมูลคุณภาพ และเชิงปริมาณ ซึ่งใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษา ระยะที่ 1 พบว่าผู้ป่วยวัณโรคเข้าถึงการบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ ผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขติดตามเยี่ยมผู้ป่วย เพื่อรับการรักษอย่างต่อเนื่อง ระยะที่ 2 ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน มีระบบให้ครอบครัวผู้ป่วยติดตามการดูแลรักษา และจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแล ส่วนชุมชนและครอบครัวลดการตีตราผู้ป่วย ระยะที่ 3 พบว่าการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ส่งผลให้ผู้ป่วยวัณโรคมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคและการดูแลตัวเองได้ดี ส่วนผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคได้พัฒนาศักยภาพด้านการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : วัณโรค, ผู้ดูแล, การมีส่วนร่วมในชุมชน

<b>TITLE</b>	Health Care Model for Tuberculosis Patient in Community, Muang District, Maha Sarakham Province		
<b>AUTHOR</b>	Adisak Phalasarn		
<b>ADVISORS</b>	Associate Professor Sumattana Glangkarn , Ph.D. Associate Professor Chulaporn Sota , Ph.D. Associate Professor Warapoj Promasatayaprot , Ph.D.		
<b>DEGREE</b>	Doctor of Public Health	<b>MAJOR</b>	Doctor of Public Health
<b>UNIVERSITY</b>	Mahasarakham University	<b>YEAR</b>	2020

### ABSTRACT

Tuberculosis (TB) is a public health issue that relies on the participation of health networks and the care of tuberculosis patients systematically and effectively. The purpose of this action research was to study the healthcare model for tuberculosis patients in community, Muang District, Mahasarakham Province. Phase 1, had conducted explore, factors of cares and health services in the community. Questionnaires and interviews were used in 42 patients and 42 caregivers. Phase 2 had created a model of tuberculosis care in the community. The study steps consisted of planning, acting, observing, and reflecting. Phase 3 had evaluated the model of tuberculosis care in the community of Banromjai village. Data was collected including qualitative and quantitative data. Descriptive statistics used such as number, percentage, average, standard deviation, and qualitative analysis by content analysis. The results of phase 1. found TB patients had effective health services. Tuberculosis caregivers and health officials could monitor patient visits for continuous treatment. Phase 2 revealed the model of tuberculosis care in the community. Patient families had abilities to monitor care and provide a conducive environment for treatment. Community and family lowered the stigma of patients. Phase 3 found an implement of the tuberculosis care model in the community. As a result, tuberculosis patients had improved preventive and self-care behaviors. Tuberculosis caregivers had developed the potential for effective patient care.

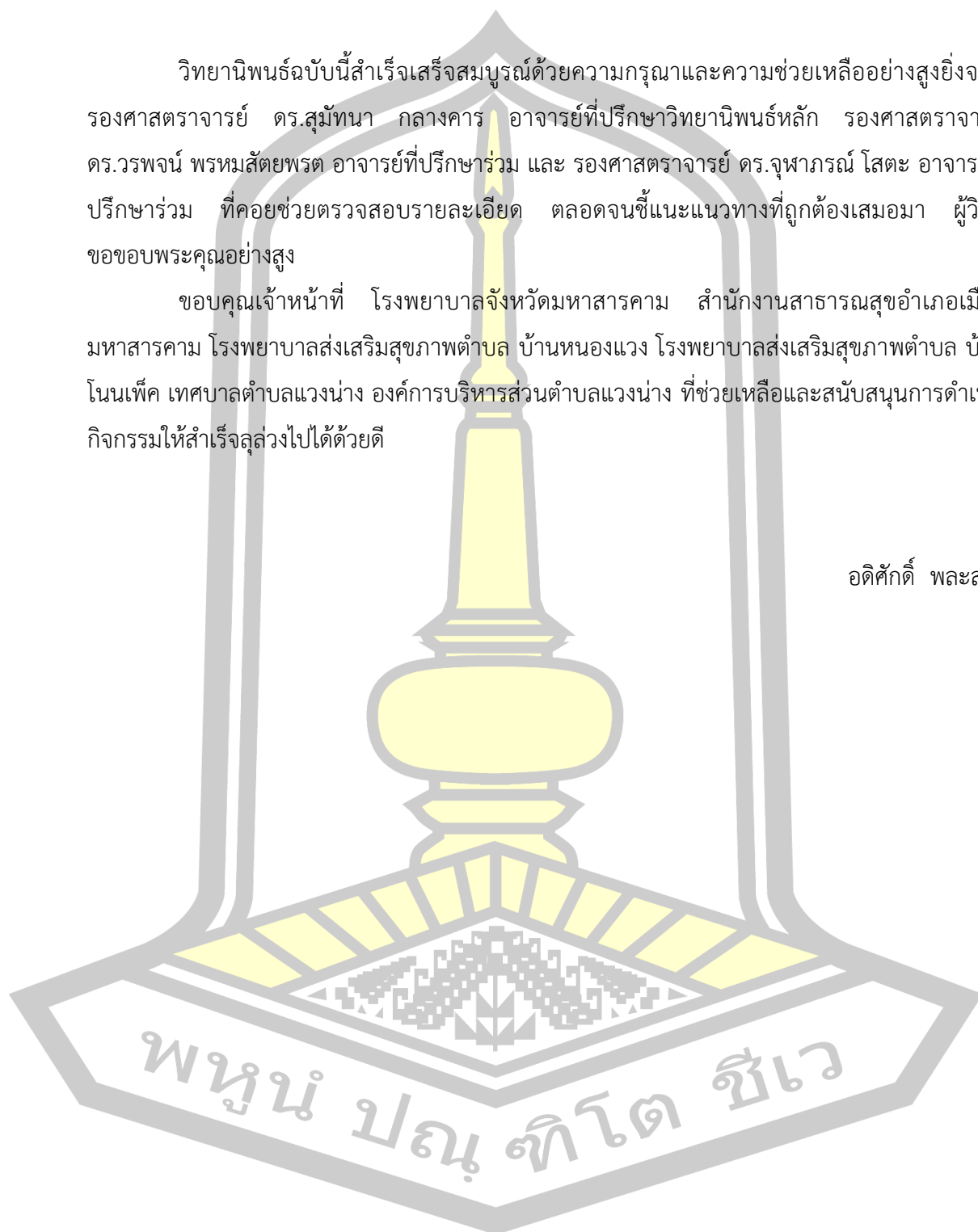
Keyword : Tuberculosis, Caregivers, Community participation

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จเสร็จสมบูรณ์ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างสูงยิ่งจาก  
รองศาสตราจารย์ ดร.สุมัทนา กลางคาร อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก รองศาสตราจารย์  
ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพรต อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม และ รองศาสตราจารย์ ดร.จุฬารักษ์ โสตะ อาจารย์ที่  
ปรึกษาร่วม ที่คอยช่วยตรวจสอบรายละเอียด ตลอดจนชี้แนะแนวทางที่ถูกต้องเสมอมา ผู้วิจัย  
ขอขอบพระคุณอย่างสูง

ขอบคุณเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลจังหวัดมหาสารคาม สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง  
มหาสารคาม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านหนองแวง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้าน  
โนนเพ็ด เทศบาลตำบลแวงน่าง องค์การบริหารส่วนตำบลแวงน่าง ที่ช่วยเหลือและสนับสนุนการดำเนิน  
กิจกรรมให้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

อดิศักดิ์ พละสาร



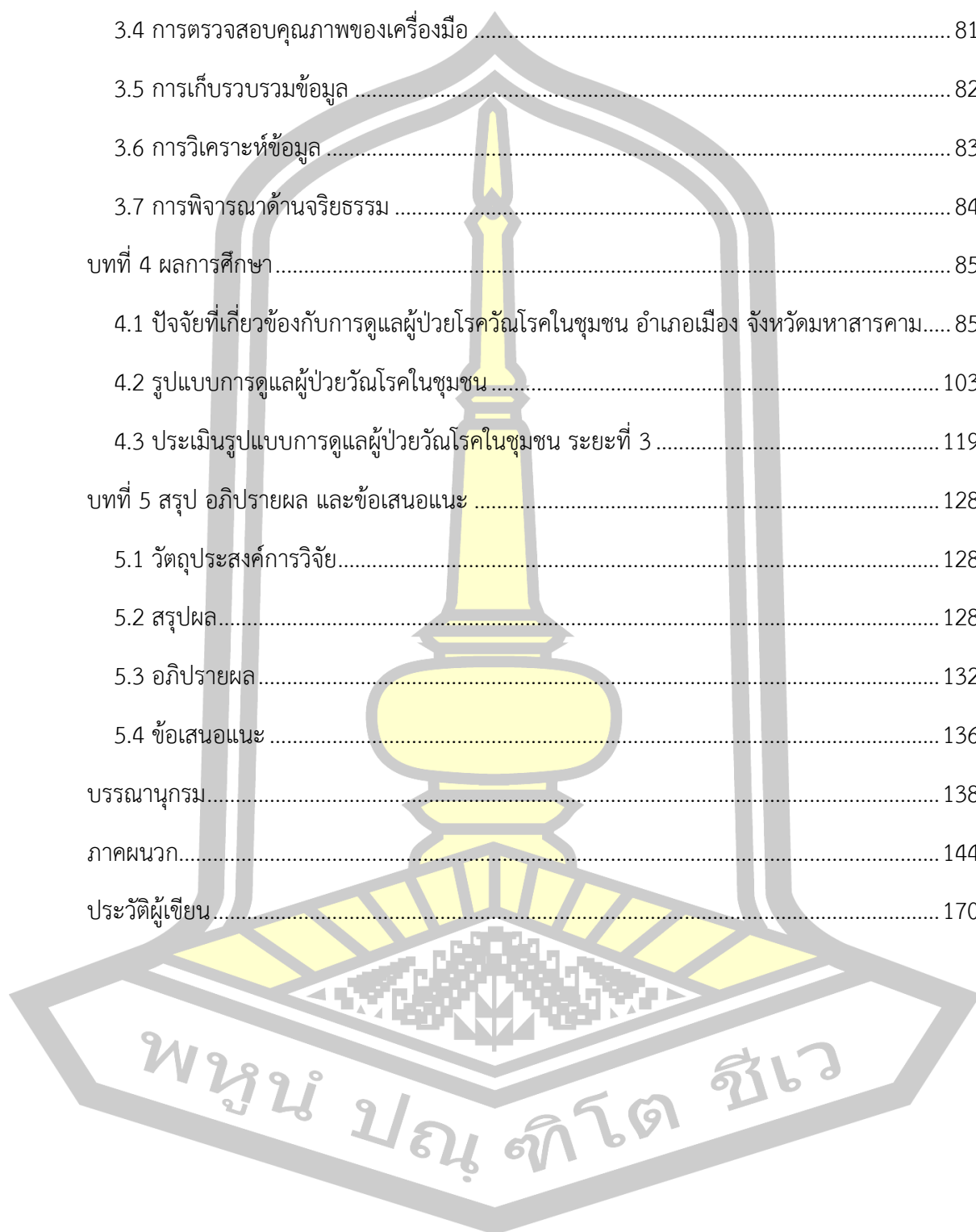
## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญภาพ.....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 ภูมิหลัง.....	1
1.2 คำถามการวิจัย.....	5
1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	6
1.4 ความสำคัญของการวิจัย.....	6
1.5 ขอบเขตของการวิจัย.....	6
1.6 นิยามศัพท์เฉพาะ.....	7
บทที่ 2 ปรัชญาเอกสารข้อมูล.....	9
2.1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับวินโรค.....	10
2.1.1 ประวัติศาสตร์ของวินโรค.....	10
2.1.2 ความหมายของโรควินโรค.....	12
2.1.3 ปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อ.....	13
2.1.4 การวินิจฉัยโรค.....	14
2.1.4.1 อาการและอาการแสดง.....	14
2.1.4.2 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ.....	17



2.4.1.3 การตรวจภาพรังสีทรวงอก.....	21
2.4.1.4 การตรวจวินิจฉัยวัณโรคแฝง.....	23
2.1.5 การจำแนกประเภทผู้ป่วยวัณโรค.....	24
2.1.6 ยารักษาวัณโรค.....	25
2.1.6.1 สูตรยารักษาวัณโรค.....	25
2.1.6.2 สูตรยาสำหรับผู้ป่วยใหม่ (New Patient Regimen).....	26
2.1.6.3 สูตรยารักษาซ้ำ (Re-Treatment Regimen).....	27
2.1.7 วัณโรคดื้อยา.....	28
2.1.7.1 บริหารจัดการวัณโรคดื้อยา.....	28
2.1.8 การติดตามการรักษา.....	38
2.1.8.1 การประเมินการตอบสนองต่อการรักษา.....	38
2.1.8.2 การดูแลรักษาใหม่หลังการขาดยา.....	39
2.1.8.3 การติดตามดูแลรักษาผลข้างเคียงของยา.....	39
2.1.9 การป้องกันและการลดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค.....	41
2.2 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ.....	43
2.3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพ.....	51
2.4 ระเบียบวิธีวิจัย.....	52
2.4.1 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research).....	52
2.4.2 กระบวนการการวิเคราะห์ SWOT.....	56
2.4.3 แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน.....	59
2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	61
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	69
3.1 รูปแบบการวิจัย.....	69
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	75

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	79
3.4 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	81
3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	82
3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล.....	83
3.7 การพิจารณาด้านจริยธรรม.....	84
บทที่ 4 ผลการศึกษา.....	85
4.1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคไวรัสโรคลในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม.....	85
4.2 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยไวรัสโรคลในชุมชน.....	103
4.3 ประเมินรูปแบบการดูแลผู้ป่วยไวรัสโรคลในชุมชน ระยะที่ 3.....	119
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	128
5.1 วัตถุประสงค์การวิจัย.....	128
5.2 สรุปผล.....	128
5.3 อภิปรายผล.....	132
5.4 ข้อเสนอแนะ.....	136
บรรณานุกรม.....	138
ภาคผนวก.....	144
ประวัติผู้เขียน.....	170



## สารบัญตาราง

	หน้า
ตาราง 1 คำจำกัดความของผู้ป่วยวัณโรค .....	12
ตาราง 2 คำจำกัดความของผลการรักษาผู้ป่วยดื้อยาวัณโรค (Companion Handbook to The WHO Guidelines for The Programmatic Management of Drug-Resistant Tuberculosis)28	
ตาราง 3 แสดงการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) .....	77
ตาราง 4 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไป (ผู้ป่วยวัณโรค) (n=42) .....	85
ตาราง 5 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไป (ผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค) (n=42) .....	91
ตาราง 6 จำนวนและร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยคุณภาพบริการ .....	95
ตาราง 7 จำนวนและร้อยละ ปัจจัยคุณภาพบริการ (ด้านนโยบายภาครัฐ) .....	97
ตาราง 8 จำนวนและร้อยละ ปัจจัยคุณภาพบริการ (ด้านเจ้าหน้าที่) (n=16) .....	99
ตาราง 9 ตารางวิเคราะห์ SWOT ในชุมชน .....	104
ตาราง 10 จำนวนและร้อยละก่อนทดลองและหลังทดลอง จำแนกตามระดับแรงจูงใจในการป้องกันวัณโรค (คะแนนเต็ม 200 คะแนน) .....	111
ตาราง 11 การเปรียบเทียบความต่างค่าเฉลี่ยคะแนนแรงจูงใจในการป้องกันโรควัณโรคก่อนและหลัง .....	111
ตาราง 12 จำนวนและร้อยละ ก่อนทดลองและหลังทดลอง จำแนกตามระดับการมีส่วนร่วมต่อการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยวัณโรค (คะแนนเต็ม 60 คะแนน) .....	112
ตาราง 13 การเปรียบเทียบความต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการมีส่วนร่วมต่อการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยวัณโรคก่อนและหลังการทดลอง .....	113
ตาราง 14 จำนวนและร้อยละ ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม (คะแนนเต็ม 50 คะแนน) .....	113
ตาราง 15 การเปรียบเทียบความต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมก่อนและหลังการทดลอง .....	114
ตาราง 16 จำนวนและร้อยละ ก่อนและหลังการทดลอง จำแนกตามระดับความพึงพอใจ (คะแนนเต็ม 50 คะแนน) .....	114

ตาราง 17 การเปรียบเทียบความต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจ ก่อนและหลังการทดลอง .....	115
ตาราง 18 การตีตราทางสังคมและความเครียด .....	118
ตาราง 19 การตีตราทางสังคม(ผู้ป่วยวัณโรค).....	122
ตาราง 20 จำนวนและร้อยละก่อนทดลองและหลังการทดลอง จำแนกตามระดับแรงจูงใจในการป้องกันวัณโรค (คะแนนเต็มด้านละ 200 คะแนน).....	123
ตาราง 21 การเปรียบเทียบความต่างค่าเฉลี่ยคะแนนแรงจูงใจในการป้องกันวัณโรคก่อนและหลังการทดลอง .....	124
ตาราง 22 จำนวนและร้อยละ ก่อนและหลังการทดลอง จำแนกตามระดับการมีส่วนร่วมต่อการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยวัณโรค (คะแนนเต็ม 60 คะแนน).....	124
ตาราง 23 การเปรียบเทียบความต่างค่าเฉลี่ยคะแนนการมีส่วนร่วมต่อการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยวัณโรคก่อนและหลังการทดลอง .....	125
ตาราง 24 จำนวนและร้อยละ ก่อนและหลังการทดลอง จำแนกตามระดับแรงสนับสนุนทางสังคม (คะแนนเต็ม 50 คะแนน) .....	125
ตาราง 25 การเปรียบเทียบความต่างค่าเฉลี่ยคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมก่อนและหลังการทดลอง .....	126
ตาราง 26 ตารางแสดงจำนวนและร้อยละคะแนนก่อนและหลังการทดลอง จำแนกตามระดับความพึงพอใจ (คะแนนเต็ม 50 คะแนน) .....	126
ตาราง 27 ตารางการเปรียบเทียบความต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจ ก่อนและหลังการทดลอง .....	127



## สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพ 1 ความสัมพันธ์ที่แตกต่างกันระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเอง .....	43
ภาพ 2 แผนภูมิแบบดั้งเดิมของทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ส .....	47
ภาพ 3 แสดงวงจรการดำเนินงานของ Kemmis.....	55
ภาพ 4 กรอบแนวคิดการวิจัย (Conception frameworks).....	68
ภาพ 5 การดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ .....	74
ภาพ 6 สุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage random sampling).....	78
ภาพ 7 ปัจจัยหลัก (ผู้ป่วย เชื่อว่าโรค และสิ่งแวดล้อม).....	105
ภาพ 8 ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน .....	108
ภาพ 9 วงจรการศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน .....	110
ภาพ 10 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม.....	119
ภาพ 11 รูปแบบขั้นตอนการดำเนินงาน .....	144



# บทที่ 1

## บทนำ

### 1.1 ภูมิหลัง

วัณโรคยังเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของประเทศไทยโดย องค์การอนามัยโลกจัดให้ประเทศไทย เป็น 1 ใน 14 ประเทศ ที่มีปัญหาวัณโรครุนแรงระดับโลก ทั้งวัณโรคทั่วไป วัณโรคและเอ็ดส์วัณโรคตัวยาลายขนานและคาดประมาณจำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ 120,000 รายต่อปี ซึ่งในจำนวนดังกล่าวมีผู้ป่วยเสียชีวิต 12,000 ราย รวมทั้งมีปัญหาวัณโรคตัวยาลายขนานประมาณปีละ 2,200 ราย ถึงแม้ว่าที่ผ่านมาได้มีการดำเนินงานป้องกันและควบคุมวัณโรคอย่างต่อเนื่อง แต่การเปลี่ยนแปลงโครงสร้าง ประชากรที่มีผู้สูงอายุมากขึ้น มีการเคลื่อนย้ายแรงงาน ทำให้ทราบว่าผู้ป่วยวัณโรคเกินกว่าครึ่งหนึ่งไม่มีอาการหรือมีอาการเล็กน้อย พบวัณโรคในเพศชายมากกว่าเพศหญิง รวมทั้งผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการป่วยสูง และความก้าวหน้าอย่างรวดเร็วทำให้การเฝ้าระวัง การวินิจฉัย การตรวจยืนยัน การรักษา และการป้องกันต้องมีประสิทธิภาพมากขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่ง การพัฒนาด้านการรักษาโรคที่ป้องกันด้วยวัคซีนและโรคที่มีความรุนแรงอาจจะมีการติดต่อกันทางเดินหายใจซึ่งโรคจำพวกนี้แฝงมาด้วยความรุนแรงทั้งสิ้น (กรมควบคุมโรค, 2560) ปัจจัยสำคัญที่มีส่วนส่งเสริมให้เกิดโรคอุบัติใหม่ในปัจจุบันมีการเดินทางข้ามทวีป การขยายตัวของเมือง (Urbanization) ชุมชนแออัด ความยากจนในประเทศที่มีเศรษฐกิจต่ำ ความยากจนส่งผลให้ระบบทางการแพทย์และการสาธารณสุขต่ำกว่ามาตรฐาน ระบบการจัดการสุขภาพที่ไม่เป็นระบบ ทำให้การดูแลรักษาไม่ครอบคลุม การกักกันของผู้ป่วยเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของโรคไม่ได้ประสิทธิภาพ และภาวะโลกร้อนโรคระบาดมีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมเป็นอย่างมากและปัจจุบันเชื่อว่าภาวะโลกร้อนมีความสัมพันธ์กับการระบาดของโรคที่สามารถป้องกันได้ (WHO, 2017) โรควัณโรค สาเหตุของการตายทั่วโลกและ ในปี 2017 มีผู้ป่วยถึง 10 ล้านคน ป่วยเป็นวัณโรค และ 1.6 ล้านคนเสียชีวิตจากโรค (ผู้ป่วยวัณโรคร่วมกับเชื้อเอชไอวีเสียชีวิตถึง 0.3 ล้านคน) ผู้ป่วยวัณโรคตัวยาลายขนาน (MDR-TB) ยังคงวิกฤตสาธารณสุขและภัยคุกคามความปลอดภัยสุขภาพ อุบัติการณ์ จะตกที่ประมาณร้อยละ 2.0 ต่อปี นี้ต้องเร่งการลดลงร้อยละ 4.0-5.0 การระบาดจะต้องจัดการวัณโรคสิ้นสุดลง 2030 เป็นหนึ่งในเป้าหมายสุขภาพของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนกลยุทธ์สามเสาหลักที่จะยับยั้งระบาดอย่างมีประสิทธิภาพคือ การบูรณาการผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการดูแลและป้องกันโรค ด้านนโยบายและระบบการสนับสนุนด้านสังคม และการวิจัยและนวัตกรรม (WHO, 2017)

จากการรายงานขององค์การอนามัยโลก ปี 2559 คาดการณ์ในไทย 120,000 ราย ผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์กับเชื้อเอชไอวี 15,000 ราย ผู้ป่วยที่ตัวยาลายขนาน 4,500 ราย ผู้ป่วยขึ้นทะเบียน

รักษาวัณโรค 73,756 รายโดยมีอัตราการความสำเร็จจากการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ร้อยละ 77.60 เป้าหมายที่วางไว้ ร้อยละ 90.00 ต้องดำเนินงานตามเป้าหมายที่วางไว้คือมาตรการลดการตาย ลดการขาดยา พัฒนาระบบส่งต่อและติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง วัณโรคคือยาหลายขนานมีความสำคัญเนื่องจากค่าใช้จ่ายสูงประมาณ 200,000 บาทต่อรายเมื่อเปรียบเทียบกับวัณโรคที่ไม่คือยา ค่าใช้จ่าย 2,000 ถึง 4,000 บาทต่อราย (กรมควบคุมโรค, 2560) นอกจากนี้องค์การอนามัยโลก ค.ศ. 2016 ยังมีการเพิ่มคำแนะนำว่าวัณโรคคือยา Rifampicin ชนิดเดี่ยวควรได้รับการรักษาด้วยสูตรยาเช่นเดียวกันกับวัณโรคคือยาหลายขนานรวมถึงมีการปรับเปลี่ยนคำแนะนำเรื่องจำนวนชนิดของยารักษาวัณโรคคือยาเพิ่มเป็น 5 ชนิดในระยะเข้มข้นประกอบด้วย Pyrazinamide (สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค, 2561)

ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจ ฉบับที่ 12 ปี 2560 ถึง 2564 เพื่อลดความชุกของโรควัณโรคในปี พ.ศ. 2557 ได้สูงถึง 171 ต่อประชากร 100,000 คน ให้ความชุกลดลงเหลือ 88 ต่อประชากร 100,000 คน ภายในปี พ.ศ. 2564 (สำนักงานเลขาธิการของคณะกรรมการยุทธศาสตร์ชาติ, 2561) ยุทธศาสตร์ยุติเชื้อวัณโรค เป็นวิสัยทัศน์ปราศจากโรควัณโรคและเป้าหมายยุติการระบาดโรคโดยมุ่งหมายลดอัตราการตายลง ร้อยละ 95.00 และลดผู้ป่วยรายใหม่ลงร้อยละ 90.00 ภายในปี พ.ศ. 2578 ยุทธศาสตร์ระดับโลกได้พัฒนา 3 เสาหลัก (Strategic pillars) ด้วยมาตรการ 4 หลักการ (Principles) ซึ่งเป็นการป้องกัน การดูแลและรักษา โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง บทบาทภาคประชาชน ประชาสังคมในการพัฒนาร่วมกับภาครัฐ การจัดทำนโยบายที่เข้มแข็ง ซึ่งรวมถึงหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในหน่วยงานสำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (กรมควบคุมโรค, 2560) และที่สำคัญแผนยุทธศาสตร์วัณโรคระดับชาติ พ.ศ. 2560 ถึง 2564 ที่ประกอบด้วยยุทธศาสตร์ที่ 1. เร่งรัดค้นหาผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคให้ครอบคลุมโดยการคัดกรอง ในกลุ่มเสี่ยงเป้าหมายยุทธศาสตร์ที่ 2. ลดการเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรคยุทธศาสตร์ที่ 3. พัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อป้องกัน ดูแลรักษาและควบคุมวัณโรคยุทธศาสตร์ที่ 4. สร้างกลไกการบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์อย่างยั่งยืน ยุทธศาสตร์ที่ 5. ส่งเสริมการวิจัยและพัฒนานวัตกรรมป้องกัน ดูแลรักษา และควบคุม วัณโรค (กรมควบคุมโรค, 2560) ปัจจุบันแม้ว่าความชุก อุบัติการณ์และอัตราการตายของผู้ป่วยวัณโรคมีแนวโน้มลดลง แต่ยังคงเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขอย่างหนึ่งที่สำคัญ อันเกิดจากปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ ผู้ป่วยไม่ทราบว่าตนเองติดเชื้อวัณโรคจึงไม่ได้รับการรักษาอย่างทันที่ ผู้ป่วยขาดความรู้ในการป้องกันไม่ให้โรคติดต่อสู่ผู้อื่นโดยเฉพาะอย่างยิ่งการไอจามโดยไม่สวมหน้ากากอนามัย ทำให้เชื้อแพร่กระจายทางอากาศสู่นรอบข้าง รวมถึงสภาพความเป็นอยู่ที่แออัดอากาศไม่ถ่ายเท นอกจากนี้ยังมีอีก 2 ปัจจัยสำคัญที่ทำให้วัณโรคควบคุมได้ยากและยังเกิดการแพร่ระบาดนั้นคือ 1. การเกิดเชื้อวัณโรคคือยาหลายขนานและ 2. การเพิ่มขึ้นของผู้ป่วย โรคติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ (กรมควบคุมโรค, 2560)

พยาธิกำเนิดและการแพร่กระจายการติดเชื้อวัณโรคเกิดจากเชื้อเป็นเชื้อ M.tuberculosis เป็นเชื้อกลุ่มมัยโคแบคทีเรียสามารถติดต่อผ่านทางระบบทางเดินหายใจ ทำให้เกิดพยาธิสภาพในอวัยวะต่าง ๆ เช่น ปอด สมอง เยื่อหุ้มสมอง เยื่อหุ้มหัวใจ ตับ ไต ลำไส้ กระดูก ต่อมน้ำเหลือง หรืออวัยวะหลายแห่งพร้อมกัน เป็นต้น (กิตติ จิระรัตนโพธิ์ชัย, 2559) ส่วนใหญ่เกิดเป็นวัณโรคปอด เชื้อสามารถแพร่กระจายจากคนหนึ่งไปสู่อีกคนหนึ่งโดยการไอหรือจามน้ำละอองฝอยลอยในอากาศ เป็นละอองฝอยขนาดเล็กประมาณ 1-5 ไมครอน เมื่อคนสูดหายใจนำละอองฝอยที่มีเชื้อเข้าสู่ทางเดินหายใจจะทำให้เกิดการติดเชื้อ (Infection) ซึ่งพบเพียงร้อยละ 30.00 ของผู้ได้รับเชื้อ ผู้ที่มีการติดเชื้อในร่างกายไม่ได้เป็นโรคทุกคนแต่มีเพียงร้อยละ 10.00 จะเกิดเป็นโรคตั้งแต่ช่วงแรกที่มีการติดเชื้อ (Primary TB disease) ซึ่งมีอาการทางคลินิกแสดงออกมามากพบได้ในเด็กและบางส่วนอาจเกิดในวัยรุ่นหรือผู้ใหญ่บางครั้งอาจเกิดเป็นวัณโรคชนิดแพร่กระจาย (Military TB) ผ่านทางกระแสเลือดหรือหลอดน้ำเหลืองทำให้เกิดวัณโรคที่อวัยวะต่าง ๆ ตั้งแต่ครั้งแรกที่มีการติดเชื้อ ส่วนใหญ่ร้อยละ 90.00 ของผู้ติดเชื้อเป็นวัณโรคแฝง (Latent TB infection) (กิตติ จิระรัตนโพธิ์ชัย, 2559) เป็นผู้ไม่มีอาการแสดงและไม่สามารถแพร่กระจายเชื้อได้ อีกทั้งส่วนใหญ่ผู้เป็นวัณโรคแฝงนี้ยังคงไม่มีอาการแสดงแต่มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 10.00 ที่จะแสดงอาการออกมาเกิดเป็นวัณโรคระยะติดต่อ (Active TB) โดยครึ่งหนึ่งจะแสดงอาการออกมาใน 2 ปีแรกของการติดเชื้อ โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จะมีโอกาสเกิดอาการแสดงร้อยละ 10.00 ต่อปี และร้อยละ 5.00 จะมีโอกาสแสดงอาการของวัณโรคในช่วงชีวิตที่เหลือ ซึ่งเรียกผู้ป่วยกลุ่มนี้ว่า Post-primary TB หรือ Reactivated TB นอกจากนี้ผู้ป่วยวัณโรคบางคน มีโอกาสสูงมากในการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่น ได้แก่ เสมหะเพาะขึ้นเชื้อ M.tuberculosis ภาพถ่ายรังสีทรวงอกพบโพรง (Cavitation) ที่ปอด (กิตติ จิระรัตนโพธิ์ชัย, 2559)

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. มีระบบบันทึกข้อมูลการ รายงานที่ถูกต้องและสามารถประเมินผลได้ DOTS ได้รับการพิสูจน์แล้วว่า เป็นวิธีการที่ดีที่สุดในปัจจุบัน ที่จะทำให้ผู้ป่วย ได้รับการรักษาสม่ำเสมอครบถ้วน และป้องกันการเกิดดื้อยาของเชื้อวัณโรค การดูแล กำกับกรกินยาของผู้ป่วยวัณโรค พร้อมบันทึกการกินยาของผู้ป่วยวัณโรคให้กำลังใจให้ผู้ป่วยกินยา ครบตามกำหนดการรักษาแนะนำการปฏิบัติตนในการรักษาวัณโรค และป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ โดยการใช้ผ้าปิดปาก และจมูก สังเกต สอบถาม เมื่อผู้ป่วยเกิดอาการข้างเคียง หรืออาการแพ้ยา



เน้นย้ำเรื่องการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย เช่น ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ไม่สูบบุหรี่ ให้ข้อมูลผู้ป่วยแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เช่น ความสม่ำเสมอในการกินยาของผู้ป่วยในความปลอดภัย ความลับของผู้ป่วย ไม่นำเรื่องของผู้ป่วยไปพูดให้คนอื่น

ระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคสามารถแพร่กระจายเชื้อวัณโรคให้แก่ผู้อื่นที่ใกล้ชิดได้ ตั้งแต่เริ่มมีอาการจนกระทั่งได้รับการวินิจฉัย และรักษาด้วยสูตรยาที่มีประสิทธิภาพจนผลตรวจเสมหะเป็นลบ ระยะเวลาจะสั้นหรือนานขึ้นกับว่าผู้ป่วยเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ เพื่อรับการวินิจฉัยเร็วหรือช้า การวินิจฉัยโดยทีมสุขภาพรวดเร็วแค่ไหน ประสิทธิภาพ ของยาที่ใช้รักษา มีอาการป่วยจากเชื้อที่ไวต่อยาหรือเชื้อดื้อยา เนื่องจากผู้ป่วยทั่วไปหลังเริ่มรักษา ส่วนใหญ่ต้องใช้เวลาอย่างน้อย 2 สัปดาห์ ถึง 2 เดือน ส่วนผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน อาจต้องใช้ระยะเวลา นานประมาณ 2-4 เดือน จึงจะพ้นระยะแพร่เชื้อ แนวทางการควบคุมป้องกันตามมาตรการต่าง ๆ ประกอบด้วย มาตรการการจัดการ 1. ค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนให้พบโดยเร็ว โดยเฉพาะกลุ่มที่มีความเสี่ยง เช่น ผู้สัมผัสร่วมบ้าน หรือสัมผัสใกล้ชิดผู้ติดเชื้อ เอชไอวี ผู้สูงอายุที่มีโรคร่วม (ติดเชื้อหรือติดบ้าน) ผู้ติดเชื้อเรื้อรังผู้ใช้สารเสพติด เป็นต้น 2. เมื่อพบผู้ป่วยวัณโรค ให้การดูแลและแนะนำการปฏิบัติตัวดังนี้ ให้การรักษาที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพ เป็นวิธีที่จะตัดวงจรการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคโดยเร็ว ให้ผู้ป่วยดูแลตนเองให้แข็งแรง ออกกำลังกาย พักผ่อนให้เพียงพอ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ใช้ช้อนกลาง เมื่อกินอาหารร่วมกับผู้อื่น งดสูบบุหรี่ เลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการคลุกคลีใกล้ชิดกับบุคคลอื่นในช่วงระยะแพร่เชื้อ อย่างน้อย 2 สัปดาห์ หรือจนกว่าผลตรวจเสมหะเป็นลบ (กรณีผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน ระยะเวลาแยกผู้ป่วยจนกว่ามีผลตรวจเสมหะเป็นลบ) บุคคลอื่น ๆ ในชุมชน ถ้าผู้ป่วยต้องทำงานในที่ทำงานที่มีความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อควรให้หยุดงาน ควรหลีกเลี่ยงการเข้าไปในสถานที่ที่มีลักษณะปิด (Close Space) และมีคนแออัด เช่น สถานบันเทิง โรงภาพยนตร์ ห้างสรรพสินค้า เป็นต้น ควรหลีกเลี่ยงการโดยสารสาธารณะที่ติดเครื่องปรับอากาศ เช่น รถโดยสารปรับอากาศ รถแท็กซี่ เครื่องบิน เป็นต้น แนะนำผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิดไปรับการคัดกรองและตรวจหาวัณโรคอย่างสม่ำเสมอทุก 6 เดือน เป็นเวลา 2 ปีและหลังจากนั้นประจำปี

สถานการณ์วัณโรคจังหวัดมหาสารคาม ผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียน จำนวน 1,265 ราย ผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างการรักษา 123 ราย ร้อยละ 9.72 ขาดการรับยาต่อเนื่อง จำนวน 41 ราย ร้อยละ 3.24 อัตราการรักษาสำเร็จของผู้ป่วยที่ป่วยเป็นวัณโรคปอดรายใหม่ ร้อยละ 79.38 ในปี พ.ศ. 2560 ผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียน จำนวน 1,152 ราย ผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างการรักษา 85 ราย ร้อยละ 7.38 ขาดการรับยาต่อเนื่อง จำนวน 30 ราย ร้อยละ 2.60 อัตราการรักษาสำเร็จของผู้ป่วยที่ป่วยเป็นวัณโรคปอดรายใหม่ ร้อยละ 78.57 ในงบประมาณปี พ.ศ. 2561 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม, 2561) ผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียน จำนวน 746 ราย กำลังรับการรักษา 346 ราย ร้อยละ

2.60 ผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างการรักษา 53 ราย ร้อยละ 9.95 ขาดการรับยาต่อเนื่อง จำนวน 4 ราย ร้อยละ 0.57 อัตราการรักษาสำเร็จของผู้ป่วยที่ป่วยเป็นวัณโรคปอดรายใหม่ จำนวน 44 ราย ร้อยละ 5.89 ปัญหาผู้ป่วยวัณโรคในเขตเมืองจังหวัดมหาสารคาม ข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนใหม่ ในปี พ.ศ. 2559 ขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค 310 ราย รักษาวัณโรคสำเร็จ 219 ราย ร้อยละ 70.65 เสียชีวิตระหว่างการรักษา 54 ราย ร้อยละ 17.42 ในปี พ.ศ. 2560 ขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค 273 ราย รักษาวัณโรคสำเร็จ 177 ราย ร้อยละ 42.86 เสียชีวิตระหว่างการรักษา 35 ราย ร้อยละ 12.82 ไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่อง (ติดต่อกันไม่ได้) 4 ราย คงเหลือ 234 ราย ในปี พ.ศ.2561 (สำรวจ 1 ตุลาคม 2560 ถึง 31 พฤษภาคม 2560) ขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ 73 ราย รักษาวัณโรคสำเร็จ 28 ราย ร้อยละ 38.36 กำลังรักษาอย่างต่อเนื่อง 28 ราย ร้อยละ 38.36 เสียชีวิตระหว่างการรักษา 12 ราย ร้อยละ 16.44 ขาดยา 1 ราย ร้อยละ 1.37 จำแนกผู้ป่วยวัณโรค จำนวน 168 ราย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม, 2561)

การดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน หากดำเนินงานอย่างเป็นลำดับขั้นตอนจะส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพในการรักษา หมายถึงผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลหายจากโรควัณโรค และบุคคลใกล้ชิดหรือละแวกบ้านไม่ติดโรควัณโรค ซึ่งการดูแลผู้ป่วยต้องอาศัยองค์ประกอบของชุมชน ครอบครัว เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน เทศบาลหรือท้องถิ่นโดยอาศัยการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ระบบการดูแลแบบเดิมเป็นการติดตามผู้ป่วยโดยเจ้าหน้าที่หรืออาสาสมัครประจำหมู่บ้าน เพื่อติดตามการกินยาของผู้ป่วยวัณโรคเพียงอย่างเดียว การติดตามผู้ป่วยนั้นเจ้าหน้าที่ให้ความรู้การดูแลตัวเองของผู้ป่วยวัณโรค แต่ครอบครัวหรือคนดูแลรอบข้างยังไม่ได้รับรู้ข้อมูลการดูแลหรือป้องกันตัวเองจากโรควัณโรค ที่เปรียบเสมือนบ้านเป็นสถานที่ดูแลผู้ป่วยวัณโรค ส่วนปัญหาการกินยา (DOTs) ยังไม่มีประสิทธิภาพพอ เพราะการติดตาม DOTs เป็นการตามทางโทรศัพท์ พื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม มีการขยายตัวของเขตชุมชนเมือง แต่ยังมีชุมชนที่มีปัญหาเรื่องโรคติดต่อวัณโรค ซึ่งโรควัณโรคเป็นโรคที่ติดต่อได้ง่ายโดยการติดต่อทางระบบทางเดินหายใจ ดังนั้นผู้วิจัยสนใจศึกษาการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน และการป้องกันโรควัณโรคของบุคคลในครอบครัวชุมชน ระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน การมีส่วนร่วมของชุมชน การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว การกำกับติดตาม การดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการรักษาที่ต่อเนื่อง ผู้วิจัยจึงศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม เพื่อให้การรักษาผู้ป่วยได้มีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุดในชุมชนต่อไป

## 1.2 คำถามการวิจัย

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคจังหวัดมหาสารคาม ควรเป็นอย่างไร

### 1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

#### 1.3.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

#### 1.3.2 ความมุ่งหมายเฉพาะ

1.3.2.1 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดูแลผู้ป่วยโรควัณโรคในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

1.3.2.2 เพื่อสร้างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

1.3.2.3 เพื่อประเมินรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

### 1.4 ความสำคัญของการวิจัย

1.4.1 ทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดูแลผู้ป่วยโรควัณโรคในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

1.4.2 ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

1.4.3 แนวทางในการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยโรควัณโรคในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

### 1.5 ขอบเขตของการวิจัย

#### 1.5.1 ขอบเขตด้านเนื้อหา

ศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

#### 1.5.2 ขอบเขตด้านประชากร

##### ระยะที่ 1

เจ้าหน้าที่เทศบาลตำบล เจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานระบาดวิทยาสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ผู้สัมผัสวัณโรคร่วมบ้าน ผู้ป่วยที่หายจากวัณโรค ซึ่งสามารถติดต่อ สื่อสารและให้ข้อมูลได้และเป็นผู้ร่วมยินดีในการทำวิจัย จำนวน 16 คน

ผู้ป่วยวัณโรค อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม สื่อสารและให้ข้อมูลได้และเป็นผู้ร่วมยินดีในการทำวิจัย จำนวน 42 คน

ผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค สื่อสารและให้ข้อมูลได้และเป็นผู้ร่วมยินดีในการทำวิจัย จำนวน 42 คน

## ระยะที่ 2

เจ้าหน้าที่เทศบาลตำบล เจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานระบาดวิทยาสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ผู้สัมผัสตัวร่วมบ้าน ผู้ป่วยที่หายจากวัณโรค ซึ่งสามารถติดต่อ สื่อสารและให้ข้อมูลได้และเป็นผู้ร่วมยินดีในการทำวิจัย จำนวน 16 คน

ผู้ป่วยวัณโรค อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม สื่อสารและให้ข้อมูลได้และเป็นผู้ร่วมยินดีในการทำวิจัย จำนวน 42 คน

ผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค สื่อสารและให้ข้อมูลได้และเป็นผู้ร่วมยินดีในการทำวิจัย จำนวน 42 คน

## ระยะที่ 3

ผู้ป่วยวัณโรค อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม สื่อสารและให้ข้อมูลได้และเป็นผู้ร่วมยินดีในการทำวิจัย จำนวน 9 คน

ผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค สื่อสารและให้ข้อมูลได้และเป็นผู้ร่วมยินดีในการทำวิจัย จำนวน 9 คน

### 1.5.3 ขอบเขตด้านเวลา

ดำเนินการระหว่าง พ.ศ. 2561 ถึง พ.ศ. 2563

## 1.6 นิยามศัพท์เฉพาะ

1.6.1 ผู้ป่วยวัณโรค หมายถึง ผู้ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นวัณโรครายใหม่จะต้องได้รับการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้น 6 เดือน โดยตรงจนหายพบเชื้อวัณโรคหรือตรวจพบโดยเอกซเรย์ปอด ในอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

1.6.2 ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลที่ดูแลผู้ป่วยวัณโรค ซึ่งเป็นลูกหรือเป็นญาติโดยทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยวัณโรค และอาศัยอยู่ในเขตเมืองมหาสารคาม

1.6.3 ผู้สัมผัสร่วมบ้าน หมายถึง ผู้ที่อาศัยอยู่ร่วมหลังคาเดียวกันในครอบครัวของผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนผู้ป่วยรับการรักษาที่คลินิกวัณโรคของโรงพยาบาล

1.6.4 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมายถึง บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดซึ่งทำหน้าที่ส่งเสริมสนับสนุนและประสานงานการดำเนินกิจกรรมในการดูแลสุขภาพให้แก่ผู้ป่วยวัณโรคที่อยู่ในชุมชน

1.6.5 ภาควิชาในชุมชน หมายถึง ผู้ดูแลอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้นำชุมชนที่สนับสนุนและประสานงานการดำเนินกิจกรรม เพื่อการดูแลสุขภาพผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

1.6.6 การมีส่วนร่วม หมายถึง การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค โดยร่วมตัดสินใจร่วมดำเนินงานร่วมรับผลประโยชน์ร่วมติดตามและประเมินผล

1.6.7 ผู้ป่วยติดเชื้อวัณโรค หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลย้อมเสมหะพบเชื้อ AFB อย่างน้อย 1 ครั้ง ผลการตรวจห้องปฏิบัติการพบเชื้อวัณโรค

1.6.8 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรค หมายถึง 1. การดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยใช้ครอบครัวเป็นบริบทพื้นฐาน (Family Care) 2. การจัดการสภาพแวดล้อมบ้าน (Housing) 3. การดูแลตัวเองของผู้ป่วยวัณโรค 4. การลดตีตราทางสังคม (Stigma) 5. ผู้ป่วยวัณโรคมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี (Host)



## บทที่ 2

### ปริทัศน์เอกสารข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าทบทวนวรรณกรรมแนวคิดทฤษฎีเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศเพื่อเป็นแนวคิดและหลักการประกอบการดำเนินงานวิจัยให้ถูกต้องและสมบูรณ์ ในประเด็นดังต่อไปนี้

- 2.1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับวัณโรค
  - 2.1.1 ประวัติศาสตร์ของวัณโรค
  - 2.1.2 ความหมายของโรควัณโรค
  - 2.1.3 ปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อ
  - 2.1.4 การวินิจฉัยโรค
  - 2.1.5 การจำแนกประเภทผู้ป่วยวัณโรค
  - 2.1.6 ยารักษาวัณโรค
  - 2.1.7 วัณโรคดื้อยา
  - 2.1.8 การติดตามการรักษา
  - 2.1.9 การป้องกันและการลดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค
- 2.2 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ
  - 2.2.1 ทฤษฎีความสามารถตนเอง (Self- Efficacy Theory)
  - 2.2.2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเอง
  - 2.2.3 ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (The Protection Motivation Theory)
  - 2.2.4 การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรม
- 2.3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพ
  - 2.3.1 ผลกระทบของปัจจัยสังคมและปัจจัยศีลธรรม
- 2.4 ระเบียบวิธีวิจัย
  - 2.4.1 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)
  - 2.4.2 แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน
- 2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.6 กรอบแนวคิดในการวิจัย

## 2.1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับวัณโรค

วัณโรค (Tuberculosis, TB) เป็นโรคติดต่อเกิดจากเชื้อ Mycobacterium Tuberculosis (M. Tuberculosis) ยังเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขของทั่วโลก รวมไปถึงประเทศไทยสาเหตุที่ทำให้วัณโรคยังคงเป็นปัญหาในหลายประเทศทั่วโลกเนื่องมาจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ (HIV/AIDS) วัณโรคสามารถติดต่อผ่านทางเดินหายใจ ทำให้เกิดวัณโรคปอดเป็นอวัยวะหลัก อาจมีการติดเชื้อที่อวัยวะอื่น ๆ ก็ได้ ปัจจุบันมีแนวทางการดูแลรักษา ขององค์การอนามัยโลก ปี ค.ศ. 2010 และแนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ พ.ศ.2556 ของประเทศไทย เพื่อช่วยเป็นคำแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ ดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคอย่างเหมาะสม (พิชญาภา รุจิวิชชญ์ และคณะ, 2559)

### 2.1.1 ประวัติศาสตร์ของวัณโรค

วัณโรคเป็นโรคหนึ่งที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดต่อพบได้บ่อยและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของมนุษย์ตั้งแต่ยุคโบราณ จากการศึกษาพบหลักฐานของบรรพบุรุษเชื้อ M. Tuberculosis ในพื้นที่ทวีปแอฟริกาตะวันออกโดยสันนิษฐานว่าอาจทำให้เกิดการติดเชื้อในเผ่าพันธุ์มนุษย์ยุคก่อนประวัติศาสตร์เมื่อ 3 ล้านปีก่อน และพบเชื้อ M. Tuberculosis สมัยใหม่เป็นสายพันธุ์เดียวกันกับในปัจจุบัน เริ่มขึ้นประมาณ 15,000 - 20,000 ปีก่อน มีการปรับเปลี่ยนและแบ่งเป็นสายพันธุ์ต่าง ๆ เมื่อประมาณ 250 - 1,000 ปีก่อน จากการศึกษาหลักฐานการติดเชื้อในมนุษย์ พบจากศพมัมมี่อียิปต์ ตั้งแต่ยุค 3,500 ปีก่อนคริสตกาล และยุคต่อมา โดยพบพันธุกรรม (Deoxyribonucleic Acid, DNA) ของเชื้อจากการตรวจด้วยวิธีการพิสูจน์โมเลกุลในชิ้นเนื้อส่วนกระดูกสันหลังของมัมมี่ซึ่งเป็นหลักฐานว่าเกิดวัณโรคของกระดูกเรียกว่า Pott's Disease (พิชญาภา รุจิวิชชญ์ และคณะ, 2559)

ในยุคถัดมาคือ ยุคกรีกโบราณ มีการเรียกชื่อวัณโรคว่า Phthisis โดยมีแพทย์ชาวกรีกชื่อ ฮิปโปเครติส (Hippocrates) ซึ่งได้รับการยกย่องว่าเป็นผู้ให้กำเนิดวิชาแพทย์เป็นผู้เขียนบรรยายว่าโรคนี้อาจเกิดขึ้นในคนที่มีอายุระหว่าง 18 ถึง 35 ปีและทำให้คนจำนวนมากเสียชีวิต ซึ่งมักมีอาการอ่อนเพลียหมดแรงจึงเรียกชื่อโรคนี้อีกชื่อหนึ่งว่า Consumption

ในช่วงต้นคริสต์ศตวรรษที่ 19 มีการค้นคว้าหาความรู้เรื่องวัณโรคมากขึ้น เริ่มตั้งแต่ ค.ศ. 1819 (Rene Theophile Hyacinthe Laennec) แพทย์กายวิภาคศาสตร์และเป็นหนึ่งในผู้คิดค้นประดิษฐ์เครื่องหูฟัง (Stethoscope) ได้เขียนบรรยายเรื่องพยาธิกำเนิด พยาธิวิทยาและความผิดปกติจากการตรวจร่างกายของผู้ป่วยวัณโรคทั้งชนิดในปอดและนอกปอด บทความต่าง ๆ ในหนังสือถูกปรับปรุงแก้ไขและแปลเป็นภาษาอังกฤษซึ่งถือว่าเป็นต้นกำเนิดของความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับวัณโรคในปัจจุบัน ต่อมา มีการนำเสนอเชื้อวัณโรคอย่างเป็นทางการครั้งแรก ที่งานประชุมสมาคมสรีรวิทยาแห่ง

เบอร์ลิน (Berlin Physiological Society) ในวันที่ 24 มีนาคม ค.ศ. 1882 โดย Robert Koch แพทย์จุลชีววิทยาชาวเยอรมันซึ่งเป็นการรายงานการพบตัวเชื้อรูปแท่ง (Bacillus) ย้อมติดสีแดง เรียกว่า Acid-fast Bacilli ครั้งแรกและระบุว่า เป็นเชื้อทำให้เกิดโรคติดเชื้อเรียกชื่อว่าวัณโรค (Tuberculosis) จากการค้นพบดังกล่าวเป็นประโยชน์ทางการแพทย์และสาธารณสุขทำให้มีการควบคุมการแพร่กระจายของวัณโรคส่งผลให้ลดการเสียชีวิตของคนในสมัยนั้นเป็นอย่างมากและต่อมา ภายหลังจากได้รับรางวัลโนเบลสาขาการแพทย์และสรีรวิทยาในปี ค.ศ. 1905 อีกทั้งองค์การอนามัยโลกกำหนดให้วันที่ 24 มีนาคมของทุกปีเป็น “วัณโรคโลก (World TB Day)” เพื่อเป็นเกียรติแก่ผู้ค้นพบและกระตุ้นให้ทั่วโลกตระหนักถึงอันตรายของวัณโรคนอกจากนี้ในปี ค.ศ. 1890 Robert Koch ยังคิดค้นการตรวจเชื้อวัณโรคโดยนำสารที่เกิดจาก Tubercle จากการติดเชื้อวัณโรคซึ่งเชื่อว่าเป็นเชื้ออ่อนกำลังมาฉีดเข้าใต้ผิวหนังของตนเองพบว่าเกิดรอยนูน เกิดขึ้นโดยไม่ทำให้เกิดอันตรายร้ายแรง นอกจากมีปฏิกิริยาทำให้มีไข้เท่านั้น เรียกสารที่นำมาทดสอบนี้ว่า Tuberculin ต่อมาในปี ค.ศ.1970 (Clemens Freiherr Von Pirquet) กุมารแพทย์ชาวออสเตรียเป็นผู้บรรยายถึงการตอบสนองทางภูมิคุ้มกันของร่างกายต่อ Tuberculin เกิดปฏิกิริยาที่ผิวหนังและตีพิมพ์รายงานวิจัยเรียกการตรวจนี้ว่า Tuberculin Skin Test และให้นิยามผลการตรวจเป็นบวกเมื่อจุดตัดของค่าเส้นผ่านศูนย์กลางที่ผิวหนังมากกว่า 5 มม. บ่งบอกถึงเป็นการติดเชื้อวัณโรคแฝงในเด็กที่ไม่มีอาการแสดง ช่วงปี ค.ศ. 1934 Florence Seibert นักชีวเคมีชาวอเมริกันพัฒนาโปรตีนสกัดเรียกว่า Purified Protein Derivative (PPD) นำมาใช้ในการตรวจวินิจฉัยวัณโรค (พิชญาภา รุจิวิษญ์ และคณะ, 2559)

การดูแลผู้ป่วยและป้องกันวัณโรคมีแนวความคิดการแยกผู้ป่วยวัณโรคออกจากคนทั่วไป (Isolation) ครั้งแรกเริ่มตั้งแต่ปี ค.ศ. 1859 โดย Hermann Brehmer แพทย์ชาวเยอรมันทำการเปิดศูนย์ดูแลผู้ป่วย (Sanatorium) ที่หมู่บ้าน Silesian Mountain โดยมีแนวทางการดูแลรักษาประกอบด้วย การให้ผู้ป่วยนอนพักในโรงเรือนที่มีอากาศถ่ายเทสะดวกรับประทานอาหารบำรุงร่างกายและออกกำลังกายอย่างเหมาะสม การจัดตั้งศูนย์ดูแลผู้ป่วยดังกล่าวเป็นต้นแบบของการดูแลและป้องกันวัณโรคในช่วงถัดมา ในช่วงต่อมาปี ค.ศ.1921 Albert Calmette แพทย์และCamille Guerin สัตวแพทย์ชาวฝรั่งเศสที่เชี่ยวชาญด้านภูมิคุ้มกันวิทยาและแบคทีเรียวิทยาได้ค้นพบวัคซีนป้องกันวัณโรคจากศึกษาเชื้อชนิดหนึ่งที่มีความคล้ายคลึงกับวัณโรคคือ Mycobacterium Bovis ที่หมดความสามารถในการก่อโรคเรียกชื่อวัคซีนว่า Bacille Calmette-Guerin (BCG) โดยทดลองครั้งแรกกับเด็กแรกเกิดที่มารดาเสียชีวิตหลังจากวัณโรคและเด็กต้องอาศัยอยู่กับยายผู้เลี้ยงดูที่ป่วยเป็นวัณโรคเช่นกัน การทดลองวัคซีนคือ การให้เด็กรับประทานเชื้อดังกล่าว ผลปรากฏว่าเด็กคนนั้นไม่ป่วยเป็นวัณโรคเลยในช่วงอย่างน้อย 7 ปีที่ติดตามดูอาการ จึงเป็นที่มาของการพัฒนาและผลิตวัคซีนป้องกันวัณโรค (BCG Vaccine) ชนิดฉีดที่ใช้มาจนถึงปัจจุบันสำหรับยารักษาวัณโรคถูกค้นพบครั้งแรกในปี ค.ศ.1943 คือ Para amino Salicylic Acid (PAS) โดย Joegen Lehmann แพทย์และนักเคมีชาว



สวีเดนเป็นผู้คิดค้นยาที่มีประสิทธิภาพตัวแรกทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการรักษาวัณโรคแม้ว่ายานี้ออกฤทธิ์ยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อ (Bacteriostatic) เท่านั้นก็ตาม และในปีถัดมา ค.ศ.1944 Albert Schatz, Elizabeth Bugie และ Selman Waksman นักวิทยาศาสตร์ชาวอเมริกันได้ค้นพบยาปฏิชีวนะที่มีฤทธิ์ฆ่าเชื้อ (Bactericidal) คือ Streptomycin ซึ่งเป็นยาชนิดตัวแรกที่มีประสิทธิภาพในการรักษาวัณโรค และค.ศ.1952 มีการค้นพบยารูปแบบรับประทานที่มีฤทธิ์ฆ่าเชื้อคือ Isoniazid ที่ใช้ต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน (พิชญภา รุจิวิษญ์ และคณะ, 2559)

### 2.1.2 ความหมายของโรควัณโรค

ตาราง 1 คำจำกัดความของผู้ป่วยวัณโรค

คำจำกัดความ	ความหมาย
ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยแน่นอนทางแบคทีเรียวิทยา(Bacteriologically Confirmed Case of TB)	ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคแน่นอนจากแบคทีเรียวิทยา (การตรวจเสมหะ การเพาะเชื้อ หรือผลการตรวจ (Xpert MTB/RIF) ไม่ว่าจะเริ่มได้รับการรักษาแล้วหรือไม่ก็ตาม
ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโดยอาศัยลักษณะทางคลินิก (Clinically Diagnosed Case of TB)	ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคโดยแพทย์อาศัยลักษณะทางคลินิก (รวมถึงภาพรังสีหรือผลการตรวจเนื้อเยื่อ) โดยไม่มีผลการตรวจยืนยันทางแบคทีเรียวิทยา
วัณโรคปอด (Case of Pulmonary TB)	ผู้ป่วยวัณโรคปอด (Lung Parenchyma or Tracheobronchial Tree) รวมถึง Military TB ผู้ป่วยที่มีวัณโรคทั้งภายในและภายนอกปอด จะถูกจัดอยู่ในกลุ่มวัณโรคปอด
วัณโรคนอกปอด (Case of Extraputmonary TB)	ผู้ป่วยวัณโรคในตำแหน่งอื่นๆนอกปอด (กระดูก ข้อ ต่อม น้ำเหลือง ไต ฯลฯ) รวมทั้งวัณโรคต่อมน้ำเหลืองภายในช่องอก (Mediastinal and/or Hilar) or Tuberculous Pleural Effusion) โดยไม่พบความผิดปกติของเนื้อปอด ทั้งนี้ ไม่ว่าจะได้รับการวินิจฉัยแน่นอนหรือโดยทางคลินิกก็ตาม
ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ (New Case of TB)	ผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับการรักษามาก่อน หรือผู้ป่วยที่ได้รับยาวัณโรคน้อยกว่า 1 เดือน

ตาราง 1 คำจำกัดความของผู้ป่วยวัณโรค (ต่อ)

คำจำกัดความ	ความหมาย
ผู้ป่วยที่เคยได้รับการรักษามาก่อน (Re- Treatment Case or Previously Treated Case of TB)	ผู้ป่วยที่เคยได้รับการรักษาด้วยยาต้านวัณโรคมามาก่อนอย่างน้อย 1 เดือนขึ้นไป ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาใหม่ แบ่งย่อยเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้ 1) Relapse หมายถึงผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาจนหายแล้ว แล้วกลับเป็นซ้ำ 2) Treatment After Failure หมายถึงผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา แต่ล้มเหลวหลังได้รับยาครบ 4 เดือน เข้าสู่เดือนที่ 5 การตรวจเสมหะหรือเพาะเชื้อให้ผลบวก 3) Treatment After Loss to Follow-up หมายถึงผู้ป่วยที่ขาดการติดตามผลหลัง เริ่มได้รับการรักษา 4) Other Previously Treated หมายถึงผู้ป่วยที่เคยได้รับการรักษา แต่ไม่ทราบผลของการรักษา
ผู้ป่วยดื้อยาหลายชนิด (Case of Multi-Drug-Resistant TB (MDR-TB))	ผู้ป่วยที่ดื้อต่อยา Isoniazid และ Rifampin ผู้ป่วยกลุ่มนี้ ควรได้รับการรักษาด้วยยาต้านวัณโรค นาน 20 เดือน (โดยสูตรยาที่มีกลุ่ม Second-line Drugs)
ผู้ป่วยดื้อยา Rifampin (Case of Rifampicin-Resistant TB (RR-TB))	ผู้ป่วยที่ดื้อต่อยา Rifampin (Detected using Phenotypic or Genotypic Methods) ทั้งชนิด Mono-Resistance, Multidrug Resistance, Poly-Drug Resistance or Extensive Drug Resistance

ที่มา (กิตติ จิระรัตนโพธิ์ชัย, 2559) (WHO, 2017)

### 2.1.3 ปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อ

การติดเชื้อวัณโรคมักเกิดในผู้ใหญ่ผู้น้อยโดยเฉพาะวัยเจริญพันธุ์ ทุกกลุ่มอาชีพมีความเสี่ยงต่อการเป็นวัณโรคเช่นกันปัจจัยที่สำคัญ ได้แก่

- 1) โรคติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มีโอกาสเป็นวัณโรคระยะติดต่อ 21-34 เท่าของผู้ที่ไม่ได้ติดเชื้อเอชไอวี
- 2) โรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคไตเรื้อรัง โรคตับแข็ง โรคปอดฝุ่นทราย (Silicosis) และโรคเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน
- 3) โรคมะเร็งโดยเฉพาะมะเร็งระบบโลหิตวิทยา และมะเร็งของศีรษะและลำคอ

4) ภาวะภูมิคุ้มกันต่ำจากยากดภูมิคุ้มกันกลุ่ม Corticosteroids, Immunosuppressants, Cytotoxic Agents และ Immunomodulators เช่น Infliximab, Etanercept

5) ภาวะหลังการผ่าตัดกระเพาะอาหารหรือลำไส้

6) ภาวะหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะ

7) การตั้งครรภ์และสภาวะหลังคลอด

8) การขาดสารอาหารโดยเฉพาะวิตามินดี

9) น้ำหนักตัวน้อย ถ้าค่าดัชนีมวลกายต่ำกว่า 18.5 กก.ต่อ ตร.ม มีความเสี่ยงต่อการเป็นวัณโรค 2.6 เท่า

10) การติดเชื้อบางชนิดในวัยเด็ก เช่น หัดไทรน ทอนซิลอักเสบเฉียบพลัน

11) การดื่มสุราหรือพิษสุราเรื้อรัง (Alcoholism)

12) การสูบบุหรี่ พบร้อยละ 20.0 ของผู้ป่วยวัณโรคทั้งหมดโดยเพิ่มความเสี่ยงเป็น 1.5 - 2 เท่าของคนที่ไม่สูบบุหรี่

13) ผลจากการรักษาของแพทย์ เช่น การใส่สายสวนท่อปัสสาวะ การสลายนิ่วด้วยคลื่น กระทบจากภายนอกหรือเลเซอร์ การผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ การฉีด BCG เข้าภายในกระเพาะปัสสาวะเพื่อรักษามะเร็งกระเพาะปัสสาวะ เป็นต้น

14) การวินิจฉัยผู้ป่วยวัณโรคล่าช้า ทำให้แพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่นได้ง่าย

15) ผู้ป่วยวัณโรคที่มีความผิดปกติที่สำคัญ ได้แก่ ภาพรังสีทรวงอกพบโครงที่ปอดเสมหะย้อมพบ Acid-Fast Bacilli 3+ หรือมากกว่า 100 ตัวต่อ Oil Field

16) การอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรคโดยเฉพาะช่วงกลางคืน สมาชิกในบ้านมีหลายคน เป็นคนในครอบครัวเดียวกันที่เป็นผู้หญิง พ่อหรือแม่ ผู้ป่วยวัณโรคหนึ่งคนสามารถแพร่เชื้อไปสู่ผู้ที่ใกล้ชิดทำให้เกิดการติดเชื้อได้ประมาณ 10-15 คนในช่วง 1 ปี

17) ผู้ที่เกิดในประเทศที่มีความชุกของวัณโรคสูงมากกว่า 25 คนต่อประชากรแสนคน (พิจญาภา รุจิวิชญ์ และคณะ, 2559)

#### 2.1.4 การวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยวัณโรคปอดอาศัยข้อมูลที่สำคัญจากอาการทางคลินิก ภาพรังสีทรวงอกและการตรวจเสมหะนอกจากนี้ยังมีการตรวจวินิจฉัยวัณโรคแฝงด้วย

##### 2.1.4.1 อาการและอาการแสดง

Primary tuberculosis ส่วนใหญ่ผู้ป่วยร้อยละ 70.0 มีไข้เป็นอาการหลัก แบบค่อยเป็นค่อยไปและมักเป็นไข้ต่ำ ๆ เฉลี่ยนาน 14-21 วันก่อนมาพบแพทย์ อาการไข้จะดีขึ้นประมาณ 10

สัปดาห์นอกจากนี้อาจมีอาการอื่น ๆ ได้แก่ เจ็บหน้าอกสัมพันธ์กับการหายใจ (Pleuritic Pain) เจ็บที่ด้านหลังกระดูกกลางหน้าอก (Retrosternal Pain) หรือบริเวณระหว่างกระดูกสะบักทั้งสองข้างพบร้อยละ 25.0 ซึ่งตรวจพบน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดร่วมด้วยร้อยละ 50.0 ของผู้ที่มีอาการเจ็บดังกล่าว อาการเจ็บต่าง ๆ เหล่านี้สัมพันธ์กับการโตขึ้นของต่อมน้ำเหลืองบริเวณหลอดลมนอกจากนี้ยังพบอาการอ่อนเพลีย ไอ ปวดข้อ และข้ออักเสบ

Reactivated Tuberculosis อาการไอเป็นลักษณะทางคลินิกที่พบบ่อยที่สุดร้อยละ 50.0 – 66.0 อาจไอแห้งหรือมีเสมหะก็ได้ อาจมีเลือดปน อาการอื่น ๆ ได้แก่ มีไข้ร้อยละ 38.0 – 80.0 เหงื่อออกกลางคืน เหนื่อยง่าย เจ็บหน้าอกปวดเมื่อยตัวเบื่ออาหาร อ่อนเพลียไม่มีแรงรับประทานอาหารได้น้อย น้ำหนักลด อาการต่าง ๆ เหล่านี้เป็นอาการนำมาพบแพทย์และเป็นช่วงสามารถแพร่กระจายเชื้อสู่ผู้อื่นได้ ส่วนน้อยมากที่ผู้ป่วยมีภาวะหายใจล้มเหลวซึ่งเกิดจากวัณโรคชนิดแพร่กระจาย

End Bronchial Tuberculosis เป็นการติดเชื้อวัณโรคภายในหลอดลมอาจเกิดจากเชื้อลุกลามมาจากเนื้อปอดที่มีการติดเชื้อที่อยู่ใกล้กันซึ่งมักมาจากตรงในปอด หรือเกิดจากการกระจายของเชื้อเข้าสู่หลอดลมผ่านทางเสมหะที่มีเชื้อซึ่งเป็นความผิดปกติที่พบใน Reactivated Tuberculosis พยาธิสภาพภายในหลอดลมมักพบที่หลอดลมใหญ่ (Main Bronchi) หรือหลอดลมของกลีบปอดบน (Upper Lobe Bronchi) พยาธิสภาพนี้พบได้ร้อยละ 10.0 – 40.0 ในผู้ป่วยวัณโรคระยะติดต่อ นอกจากนี้อาจพบใน Primary Tuberculosis ที่เกิดจากต่อมน้ำเหลืองขนาดใหญ่กดทับบริเวณหลอดลมผลเสียของวัณโรคภายในหลอดลมอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆเช่น แผลเป็น รูทูล การตีบแคบ ปอดแฟบ หลอดลมพองตัวและหลอดลมใหญ่บีบตีบตัน (Tracheal Stenosis) เป็นต้น อาการของผู้ป่วยวัณโรคชนิดนี้อาจเกิดแบบเฉียบพลันซึ่งทำให้เกิดความสับสนกับโรคปอดอักเสบ โรคหืดหรือภาวะสำลักสิ่งแปลกปลอมเข้าสู่หลอดลม รวมถึงยังสามารถทำให้เกิดอาการแบบค่อยเป็นค่อยไปหรือแบบเรื้อรังคล้ายกับมะเร็งปอดได้ อาการไอเสียงก้องลักษณะคล้ายสุนัขเห่าเรียกว่า Barking Cough เป็นอาการที่พบได้บ่อยประมาณร้อยละ 66.0 ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ และพบเสียงนกหวีด อาการไอเป็นเลือดเจ็บหน้าอกและหอบเหนื่อยที่เกิดจากต่อมน้ำเหลืองโตหรือการตีบตันของหลอดลมหรือภาวะปอดแฟบได้

อาการไอเป็นเลือด (Hemoptysis) อาจไม่ได้บ่งว่าเป็นวัณโรคระยะติดต่อเสมอไป แต่มักเป็นผลจากโรคปอดเดิมได้แก่ ภาวะหลอดลมพองตัว (Bronchiectasis) จากเคยติดเชื้อวัณโรค การแตกของหลอดเลือดโป่งพอง (Rasmussen's Aneurysm) ในผนังโครงที่ปอดการติดเชื้อแบคทีเรียหรือเชื้อราโดยเฉพา *Aspergillus* spp. เกิดเป็น Mycetoma ภายในโครงที่ปอด หรือการกัตเขาะของหินปูนที่สะสมภายในหลอดลม (Broncholithiasis)

การตรวจร่างกายระบบการหายใจของผู้ป่วยวัณโรคปอดมักไม่พบความผิดปกติ หรือ หากพบความผิดปกติก็ไม่จำเพาะเจาะจง แต่บางครั้งอาจฟังพบเสียง Crepitations (Rales หรือ Crackles) หรือเสียง Bronchial breath sounds หรือลักษณะ Whispered Pectoriloquy บริเวณปอดที่มีพยาธิสภาพผิดปกติแบบ Consolidation หากตรวจพบเสียง Amphoric เป็นเสียงหายใจที่เหมือนกับเสียงที่เป่าลมเข้าไปในเหยือกน้ำ พบในภาวะที่มีโพรงในเนื้อปอด หากตรวจพบการเคาะทึบ และการสั่นสะเทือนลดลงที่ผนังทรวงอกอาจบ่งถึงภาวะน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดหรือภาวะเยื่อหุ้มปอดหนาตัว หากตรวจพบเสียงหายใจลดลงข้างใดข้างหนึ่งร่วมกับเสียงหวีดแบบระดับเสียงต่ำคงที่หรือเสียง Rhonchi ข้างเดียวกันพบในภาวะ Endobronchial Tuberculosis

การวินิจฉัยวัณโรคในผู้สูงอายุมักเกิดความล่าช้าเนื่องจากอาการที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์ไม่เด่นชัดเมื่อเปรียบเทียบกับคนอายุน้อยบางครั้งอาจมีเพียงอาการไข้ไม่ทราบสาเหตุร่วมกับผลเลือดพบเม็ดเลือดต่ำ (Pancytopenia) หรือเม็ดเลือดสูงคล้ายเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาว (Leukemoid Reaction) นอกจากนี้การแสดงวัณโรคของผู้ป่วยโรคติดเชื้อ เอชไอวี/เอดส์ อาจแตกต่างจากผู้ป่วยวัณโรคที่มีภูมิคุ้มกันปกติขึ้นอยู่กับระดับภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยในแต่ละคน ผู้ที่มีภูมิคุ้มกันระดับปกติมักมีอาการเช่นเดียวกับผู้ป่วยที่ไม่ได้ติดเชื้อ เอชไอวีและมักเกิดวัณโรคปอดเป็นหลัก ส่วนผู้ป่วยโรคติดเชื้อ เอชไอวี/เอดส์ที่มีระดับภูมิคุ้มกันต่ำมาก (ปริมาณเม็ดเลือดขาว CD4 T-Lymphocyte น้อยกว่า 200 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร) นอกจากจะพบวัณโรคปอดเป็นส่วนใหญ่แล้วยังพบวัณโรคนอกปอดร่วมด้วยซึ่งชนิดของวัณโรคนอกปอดที่พบบ่อยที่สุดคือวัณโรคต่อมน้ำเหลืองและวัณโรคชนิดแพร่กระจาย (พิชญาภา รุจิวิษณุ และคณะ, 2559)

อาการทางคลินิกแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับอวัยวะที่มีการติดเชื้อวัณโรค  
Extrapulmonary tuberculosis อาการทางคลินิกของวัณโรคนอกปอดที่สำคัญ ได้แก่

1) วัณโรคต่อมน้ำเหลือง (Tuberculosis Lymphadenitis) มักมีอาการบวมแต่ไม่เจ็บที่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณที่พบบ่อยคือ คอและบริเวณเหนือกระดูกไหปลาร้า อาจมีการแตกของต่อมน้ำเหลืองทำให้เกิดการแตกทะลุสู่ผิวหนัง (Sinus Tract Formation) ซึ่งหายช้า

2) วัณโรคเยื่อหุ้มปอด (Tuberculous Pleural Effusion) มักมีไข้และเจ็บหน้าอกสัมพันธ์กับการหายใจ อาการเหนื่อยมักเกิดขึ้นเมื่อมีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดปริมาณมาก โดยทั่วไปน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดมักมีปริมาณน้อยและเกิดในทรวงอก ข้างใดข้างหนึ่งมากกว่าการพบทั้ง 2 ข้างพร้อมกัน ภาพรังสีทรวงอกมักพบความผิดปกติของเนื้อปอดร่วมด้วยร้อยละ 70.0 บางครั้งพบการติดเชื้อวัณโรคเกิดเป็นหนองในช่องเยื่อหุ้มปอด (Tuberculous Empyema) ซึ่งพบเชื้อปริมาณมากเกิดจากการแตกของโครงหนองหรือรอยโรคที่เนื้อปอดผ่าน Bronchopleural Fistula โดยภาวะนี้ผลตรวจจากภาพรังสีทรวงอกมักพบความผิดปกติของเนื้อปอดหรืออาจพบลมในช่องเยื่อหุ้มปอดการวินิจฉัย

วัณโรคเยื่อหุ้มปอดจำเป็นต้องเจาะน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด (Thoracentesis) และมักต้องตัดเนื้อเยื่อหุ้มปอด (Pleural Biopsy) ร่วมด้วยเพื่อเพิ่มความแม่นยำในการวินิจฉัย

3) วัณโรคเยื่อหุ้มสมอง (Tuberculous Meningitis) เป็นการติดเชื้อวัณโรคที่เยื่อหุ้มสมองโดยตรงตั้งแต่เริ่มแรกที่ติดเชื้อหรือเกิดจากวัณโรคปอดหรือวัณโรคจากบริเวณข้างเคียงของเยื่อหุ้มสมองที่มีการแตกเข้าสู่เยื่อหุ้มสมองชั้น Subarachnoid อาการมักสัมพันธ์กับความผิดปกติของการทำงานของประสาทเส้นสมองปวดศีรษะ ภาวะรู้สติผิดปกติและคอแข็ง (Neck Stiffness) ภาพรังสีทรวงอกมักพบความผิดปกติของเนื้อปอดร่วมด้วยร้อยละ 50.0 ซึ่งอาจเป็นรอยโรคเดิมหรือวัณโรคระยะติดต่อโดยเฉพาะวัณโรคชนิดแพร่กระจาย เมื่อตรวจร่างกายพบภาวะเยื่อหุ้มสมองผิดปกติ (Meningeal Signs) ควรเจาะกรวดน้ำไขสันหลังเพื่อช่วยวินิจฉัยโรค ข้อควรพึงระวังก่อนเจาะ คือหากตรวจพบความผิดปกติทางระบบประสาทที่จุดใดจุดหนึ่ง (Focal Findings) หรือมีอาการแสดงของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้นควรตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองก่อนเจาะน้ำไขสันหลังภาพรังสีเอกซเรย์คอมพิวเตอร์อาจปกติหรือพบภาวะสมองบวมแบบกระจายทั่วไป (Diffuse Edema) หรือพบลักษณะ Obstructive Hydrocephalus หรือกรณีเป็น Tuberculoma มักพบ Ring-Enhancing Mass Lesions

4) วัณโรคเยื่อหุ้มหัวใจ (Tuberculous Pericarditis) เกิดจากการติดเชื้อโดยตรงหรือปฏิกิริยาของการอักเสบทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอกบางครั้งเจ็บคล้ายโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดบางครั้งอาจเกิดภาวะน้ำเยื่อหุ้มหัวใจกดทับหัวใจ (Cardiac tamponade หรือ Constriction) และมีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ การวินิจฉัยอาศัยการเจาะน้ำเยื่อหุ้มหัวใจและตัดชิ้นเนื้อเยื่อหุ้มหัวใจจะช่วยเพิ่มความแม่นยำของการวินิจฉัยมากขึ้น (พิชญาภา รุจิวิษญ์ และคณะ, 2559)

#### 2.1.4.2 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

##### 1) การตรวจเสมหะ

การตรวจเสมหะเพื่อดู Acid-Fast Bacilli (AFB) ด้วยการส่องกล้องจุลทรรศน์เป็นการตรวจเบื้องต้นวิธีหลักในการช่วยวินิจฉัยวัณโรคเนื่องจากเป็นวิธีที่ทำงานง่าย ได้ผลรวดเร็วและสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายน้อย การตรวจ AFB ใช้การย้อมสี Carbol-fuchsin ด้วยวิธี Ziehl-Neelsen และทำการตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์โดยมีการบันทึกและรายงานผลตามระบบขององค์การอนามัยโลก การตรวจ AFB ด้วยวิธีดั้งเดิมนี้มีค่าความไวร้อยละ 45.0-80.0 และค่าพยากรณ์บวก (Positive Predictive Value) ร้อยละ 50.0 ถึง 80.0 ทั้งนี้การย้อมพบเชื้อ AFB (Smear Positive) จะต้องมีปริมาณเชื้อมากพอสมควร (5,000 - 10,000 ตัวต่อมล.) ในปี พ.ศ. 2557 ประเทศไทยพบผู้ป่วยวัณโรคชนิดพบเชื้อจากการย้อมและการตรวจทางจุลชีววิทยาร้อยละ 63.0 ของผู้ป่วยวัณโรคปอดทั้งหมด นอกจากนี้ยังมีการตรวจหาเชื้อด้วยเทคนิคสารเรืองแสง (Fluorochrome) โดยการย้อมเสมหะด้วยสี

ชนิดพิเศษคือ Auramine-O หรือ Auramine-rhodamine แล้วส่องด้วยกล้องจุลทรรศน์ชนิด Fluorescence ซึ่งวิธีนี้สามารถเพิ่มความไวในการตรวจพบเชื้อมากกว่าวิธีย้อมสี Carbolfuchsin แม้ว่าต้นทุนค่าตรวจและเทคนิคการตรวจมีความซับซ้อนมากกว่าวิธีดั้งเดิม แต่ในปัจจุบันมีการนำมาใช้ทางเวชปฏิบัติมากขึ้น (พิชญาภา รุจิวิชชญ์ และคณะ, 2559)

การเพาะเชื้อเป็นวิธีตรวจมาตรฐานเพื่อวินิจฉัยวัณโรคซึ่งสามารถช่วยวินิจฉัยวัณโรคได้แม้ว่ามีเชื้อปริมาณน้อย (10-100 ตัวต่อมล.) และยอมไม่พบเชื้อ AFB (Mear Negative) อีกทั้งยังสามารถทดสอบความไวของเชื้อวัณโรคต่อยารักษาและวินิจฉัยแยกโรคมัคโคแบคทีเรียอื่น ที่ไม่ใช่วัณโรค (Non-Tuberculous Mycobacterium, NTM) ออกจากวัณโรคได้ การเพาะเชื้อวัณโรคตามวิธีมาตรฐานแบ่งตามชนิดของอาหารเลี้ยงเชื้อ (Media) เป็น 3 วิธีหลัก ได้แก่ Egg-Based (Lowenstein-Jensen) Media, Agar – Based (Middlebrook 7H10 หรือ 7H11) Media และ Liquid (เช่น Middlebrook 7H12) Media โดย Egg และ Egg-Based Media เป็นอาหารเลี้ยงเชื้อชนิดแข็ง (Solid Media) ที่เชื้อวัณโรคโตขึ้นช้ากว่าชนิดเหลว (Liquid Media) ระยะเวลาที่พบเชื้อในอาหารเลี้ยงเชื้อชนิดแข็งประมาณ 3 - 8 สัปดาห์ ดังนั้นปัจจุบัน มีคำแนะนำการใช้อาหารเลี้ยงเชื้อชนิดเหลวเป็นวิธีมาตรฐานในการวินิจฉัยวัณโรค วิธีนี้สามารถเพาะเชื้อได้อย่างรวดเร็วภายใน 1 - 3 สัปดาห์อันเป็นผลจากการพัฒนาระบบการตรวจเชื้อวัณโรคแบบอัตโนมัติโดยบริษัทเอกชน เช่น BACTEC 460, Mycobacterial Growth Indicator Tube (MGIT) System, BacT/ALERT MB เป็นต้น อย่างไรก็ตามอาหารเลี้ยงเชื้อชนิดแข็งยังเป็นวิธีที่มีความคุ้มค่าและประหยัดเหมาะสำหรับประเทศที่มีทรัพยากรจำกัดอย่างเช่นประเทศไทย (พิชญาภา รุจิวิชชญ์ และคณะ, 2559)

การตรวจทางอณูชีววิทยาเพื่อหาสารพันธุกรรมของเชื้อวัณโรคในเสมหะ (Nucleic Acid Amplification Test) เช่น Polymerase Chain Reaction (PCR), Real-Time PCR เป็นต้น ช่วยวินิจฉัยวัณโรคปอดที่มีความแม่นยำค่อนข้างสูงโดยมีค่าความไวร้อยละ 95.0 และค่าความจำเพาะร้อยละ 98.0 ในผู้ป่วยวัณโรคยอมเสมหะพบเชื้อค่าความไวร้อยละ 77.0 - 88.0 และค่าความจำเพาะร้อยละ 95.0 ในผู้ป่วยวัณโรคปอดยอมเสมหะไม่พบเชื้อ นอกจากนี้การพัฒนาระบบการตรวจวิธีนี้ทำให้ตรวจได้อย่างรวดเร็วและทราบผลตรวจภายใน 2 ชั่วโมงรวมถึงยังสามารถวิเคราะห์วัณโรคดื้อยา Rifampicin ได้อีกด้วยวิธีการตรวจนี้เรียกว่า Xpert MTB/RIF Assay ข้อมูลการวิเคราะห์อภิมาน (Meta Analysis) จากการรวบรวม 27 การศึกษาพบว่าการตรวจ Xpert MTB/RIF มีค่าความไวร้อยละ 89.0 และค่าความจำเพาะร้อยละ 99.0 โดยค่าความแม่นยำจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับกลุ่มผู้ป่วยได้แก่ ค่าความไวของการตรวจในผู้ป่วยวัณโรคปอดยอมเสมหะยอมไม่พบเชื้อ ผู้ป่วยโรคติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ผู้ป่วยที่ไม่มีการติดเชื้อเอชไอวีพบร้อยละ 67.0, 79.0 และ 86.0 ตามลำดับ อีกทั้งมีความไวและความจำเพาะในการวินิจฉัยวัณโรคคือยา Rifampicin ร้อยละ 95.0 และ 98.0 ตามลำดับ

ปัจจุบันมีการนำวิธีนี้มาใช้ในเวชปฏิบัติมากขึ้นในหลายประเทศรวมถึงประเทศไทยแต่มีข้อจำกัด คือ ค่าใช้จ่ายยังค่อนข้างสูงและมีเครื่องมือตรวจในโรงพยาบาลบางแห่งเท่านั้น ดังนั้นจึงต้องรอการพัฒนา ระบบการตรวจให้เข้าถึงได้ง่ายและปรับลดราคาค่าตรวจลงจะทำให้การดูแลผู้ป่วยวัณโรคในประเทศไทยเป็นไปได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพมากขึ้น (พิชญภา รุจิวิษญ์ และคณะ, 2559)

เสมหะที่ได้รับการตรวจควรเป็นเสมหะที่มีคุณภาพ การเก็บเสมหะอย่างถูกวิธีโดยให้ผู้ป่วยพยายามไอแรง ๆ เพื่อได้เสมหะจากส่วนลึกของหลอดลมและควรส่งห้องปฏิบัติการทันที ในกรณีที่ไม่สามารถส่งตรวจได้ทันทีให้เก็บไว้ในตู้เย็นโดยไม่ใส่ในช่องแช่แข็งและไม่ควรเก็บนานเกินกว่า 1 สัปดาห์ควรเก็บเสมหะที่มีคุณภาพอย่างน้อย 2 ครั้ง วันแรกที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์และวันต่อมาต้องเป็นเสมหะตอนตื่นนอนเช้า ในกรณีที่เสมหะไม่มีคุณภาพ เช่น น้ำลายปนเสมหะหรือน้ำลายหรือ ปนเลือดควรส่งตรวจซ้ำ ปริมาณเสมหะเก็บมากเกินกว่า 5 มล.จะสามารถเพิ่มความไวในการตรวจ AFB ได้มากขึ้น

กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถไอเอาเสมหะออกมาได้หรือไม่มีเสมหะ อาจพิจารณาเก็บเสมหะ โดยวิธีต่าง ๆ เช่น การสูดดมละอองน้ำเกลือเข้มข้น (3% Saline) ด้วยวิธีพ่นละอองฝอย (Nebulization) เพื่อให้ไอเอาเสมหะส่งย้อมและเพาะเชื้อการส่องกล้องตรวจหลอดลมปอดเพื่อดูน้ำล้างลมปอดและปอด (Brochoalveolar Lavagefluid) ส่งย้อมและเพาะเชื้อและ/หรือตัดชิ้นเนื้อ เป็นต้น (พิชญภา รุจิวิษญ์ และคณะ, 2559)

2) ข้อเสนอแนะสำหรับการส่งเสมหะเพาะเชื้อวัณโรคและการทดสอบความไวของเชื้อ ต่อยาตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก 2010 ได้แก่

1. ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดวัณโรคคือยา ต้องส่งเสมหะเพาะเชื้อทุกราย ได้แก่
  - 1.1 ผู้ป่วยที่มีประวัติสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรคคือยา หรือ ความชุก ของวัณโรคคือยาในผู้ป่วยใหม่มากกว่าร้อยละ 3.0
  - 1.2 ผู้ป่วยที่มีประวัติเคยรักษาวัณโรคมาก่อนได้แก่มีประวัติขาดการรักษาติดต่อกัน 2 เดือนขึ้นไป (Default) และเคยรักษาหายแล้วกลับเป็นซ้ำ (Relapse)
  - 1.3 ผู้ป่วยที่ยังมีผลย้อมเสมหะพบเชื้อเมื่อสิ้นสุดการรักษาในระยะเข้มข้น คือ ณ เดือนที่ 2 หรือ 3 ของการรักษา
  - 1.4 ผู้ป่วยที่มีผลการรักษาล้มเหลว (Treatment failure)
  - 1.5 ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
2. ผู้ป่วยที่สงสัยการติดเชื้อ NTM ต้องส่งเสมหะเพาะเชื้อทุกรายได้แก่ ผู้ป่วยโรคติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์



แนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ พ.ศ. 2556 กระทรวงสาธารณสุข  
ของประเทศไทย มีคำแนะนำสำหรับการส่งเสริมหาเพาะเชื้อ ได้แก่

- 1) ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ย้อมเสมหะไม่พบเชื้อ
- 2) ผู้ป่วย MDR-TB ที่ต้องตรวจเสมหะเพื่อติดตามการรักษา
- 3) ผู้ป่วยที่เป็นวัณโรคนอกปอด เช่น วัณโรคต่อม้ำเหลือง วัณโรคเยื่อหุ้ม  
ปอดและอื่น ๆ

คำแนะนำสำหรับการส่งเสริมหาเชื้อเพาะและทดสอบความไว ต่อยาควรทำกรณี  
มีโอกาสเกิดวัณโรคดื้อยา ได้แก่

1. ผู้ป่วยที่มีประวัติการรักษาวัณโรคมาก่อน
  - 1.1 ผู้ป่วยมีประวัติการรักษาล้มเหลว
  - 1.2 ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ
  - 1.3 ผู้ป่วยขาดยาเกิน 2 เดือนติดต่อกันและผลตรวจเสมหะพบเชื้อ
  - 1.4 ผู้ป่วยที่มีประวัติเคยได้รับการรักษาหลายครั้งและรับประทาน  
ยาไม่สม่ำเสมอและยังคงพบเชื้อในเสมหะ
2. ผู้ป่วยวัณโรคขณะกำลังรักษา เสมหะยังคงยังพบเชื้อเมื่อสิ้นเดือนที่ 3
3. ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่มีประวัติเสี่ยงต่อการเป็นวัณโรคดื้อยา ได้แก่
  - 3.1 ผู้ป่วยที่มีประวัติสัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา
  - 3.2 ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มีความชุกของวัณโรคดื้อยาสูง เช่น  
ผู้ป่วยในเรือนจำผู้อาศัยในค่ายอพยพ
  - 3.3 ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมและกลุ่มอื่นๆ ที่มีความเสี่ยงต่อเชื้อดื้อยา  
ได้แก่ ผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวีผู้ป่วยแรงงานข้ามชาติ

คำแนะนำสำหรับการตรวจทางอณูชีววิทยาด้วยเครื่อง Xpert MTB/RIF ได้แก่

- 1) ผู้ป่วยที่สงสัยเป็นวัณโรคดื้อยา หรือเสี่ยงที่จะเป็นวัณโรคดื้อยา ได้แก่  
ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ ผู้ป่วยที่มีผลการรักษาล้มเหลว ผู้ป่วยที่กำลังรักษาแต่เสมหะยังพบเชื้อไม่สิ้นสุด  
เดือนที่ 3 และ 5 หรือมีประวัติสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยดื้อยาหลายขนาน
- 2) ผู้ป่วยโรคติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มีอาการรุนแรงและสงสัยว่ากำลังป่วย  
เป็นวัณโรคร่วมด้วย
- 3) ผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ ที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวีและตรวจเสมหะไม่พบเชื้อ แต่สงสัย  
ว่าเป็นวัณโรค (พิชญาภา รุจิวิษชญ์ และคณะ, 2559)

3) การตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Complete Blood Count)

การตรวจเม็ดเลือดมักพบความผิดปกติที่ไม่จำเพาะเจาะจง อาจพบเม็ดเลือดขาวสูงเล็กน้อย และภาวะซีดพบร้อยละ 10.0 บางครั้งพบเม็ดเลือดขาวต่ำ (Leukopenia) หรือเม็ดเลือดสูงคล้ายมะเร็งเม็ดเลือดขาวอาจพบชนิด Monocyte และ Eosinophil ได้

#### 4) การตรวจวัดระดับ อิเล็กโทรไลต์ในเลือด (Blood Electrolyte)

ความผิดปกติของเกลือแร่อาจพบภาวะโซเดียมต่ำในเลือดพบร้อยละ 11.0 เป็นผลจากการสร้างฮอร์โมนคล้าย Antidiuretic Hormone ในปอดที่มีรอยโรค

##### 2.4.1.3 การตรวจภาพรังสีทรวงอก

ภาพรังสีทรวงอกสามารถใช้ตรวจคัดกรองวัณโรคเบื้องต้นในกรณีผู้ที่มีประวัติใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรคหรือผู้ป่วยเป็นวัณโรคแฝง เช่น Tuberculin Skin Test เป็นบวก เพื่อช่วยในการวินิจฉัยวัณโรคระยะติดต่อ (Active TB) ร่วมกับการใช้ข้อมูลอาการทางคลินิกและการตรวจทางจุลวิทยา หากผลภาพรังสีทรวงอกปกติความน่าจะเป็นวัณโรคระยะติดต่อก่อนข้างสูง นั่นคือ มีค่าพยากรณ์ลบ (Negative Predictive Value) สูงและผลลบต่ำเพียงร้อยละ 1.0 ในผู้ป่วยที่มีระดับภูมิคุ้มกันปกติและร้อยละ 7.0-15.0 ในผู้ป่วยโรคติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

Primary Tuberculosis ภาพรังสีทรวงอกของผู้ป่วยกลุ่มนี้มักพบภาวะต่อมน้ำเหลืองโต (Lymphadenopathy) พบมากถึงร้อยละ 96.0 โดยเฉพาะในเด็กเล็กและพบลดลงเหลือร้อยละ 10.0-43.0 เมื่ออายุมากขึ้น ตำแหน่งที่พบบ่อยมากที่สุด คือ ด้านข้างของหลอดลมใหญ่ (Paratrachea) และซั้วปอด (Hilum) ด้านขวา บางครั้งอาจพบที่ตำแหน่งอื่น ๆ ได้แก่ ซั้วปอดทั้ง 2 ข้างและประจันอก (Mediastinum) และมักพบความผิดปกติได้ชัดเจนเมื่อตรวจด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (Computed Tomography, CT Scan) แบบฉีดสารทึบรังสี นอกจากนี้ยังพบความผิดปกติของเนื้อปอดร่วมด้วยร้อยละ 38.0-81.0 ส่วนใหญ่เป็น Consolidation ที่เป็นเนื้อเดียวกันกระจายตามเนื้อปอดบริเวณ Segmental หรือ Lobar และมักพบด้านขวา หากมีความผิดปกติเฉพาะเนื้อที่ปอดที่ติดเชื้อวัณโรคตั้งแต่แรกเรียกว่า Ghon Focus ถ้ามีหินปูนเกาะที่ต่อมน้ำเหลืองมีขนาดโตมากขึ้นร่วมกับ Ghon Focus เรียกว่า Ranke Complex ถ้ามีหินปูนเกาะที่ก้อนเนื้อปอดขนาดเล็ก (Calcified Nodules) เรียกว่า Simon Foci นอกจากนี้อาจพบวัณโรคในหลอดลมส่งผลให้เกิดปอดแฟบ น้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด (Pleural Effusion) พบร้อยละ 29.0-38.0 มักพบข้างใดข้างหนึ่งและเป็นข้างเดียวกับที่มีการติดเชื้อวัณโรคปอดในช่วงแรก (พิชญาภา รุจิวิษญ์ และคณะ, 2559)

Reactivated Tuberculosis ภาพรังสีทรวงอกของผู้ป่วยมักพบความผิดปกติของเนื้อปอดที่บริเวณ Apex และ Posterior Segments ของกลีบปอดบนและ Superior Segment ของกลีบปอดล่าง พบโพรง (Cavitation) ในเนื้อปอดร้อยละ 40.0-45.0 ซึ่งเป็นโพรงเดี่ยวหรือหลายตำแหน่ง ขอบ

โพรงอาจบางเรียบหรือหนาขรุขระก็ได้ อาจพบระดับของลมและน้ำ (Air-Fluid Level) ภายในโพรง หรืออาจพบเป็นย้อมก้อนเล็กขนาด 0.5-1.0 ซม. กระจายทั่ว ๆ เกิดจากการกระจายของเชื้อออกจาก ตำแหน่งของโพรงไปตามหลอดลม (Bronchogenic spreading) ซึ่งมักพบผิดปกติของบริเวณปอด ด้านล่าง (Dependent Part) ในระยะแรกมักพบก้อนขาวขนาดเล็กขอบเขตไม่ชัด หรือเป็นเส้นออกจาก บริเวณขั้วปอดหรือขอบของเนื้อปอด เมื่อวัณโรคเป็นมากขึ้นก้อนขาวจะมารวมกันเป็นปื้นขาว ขนาดใหญ่ขึ้น บางครั้งอาจทำให้โครงสร้างของหลอดลม หลอดเลือดในปอดและประชนอกบิดเบี้ยว ผิดรูปไป ก้อนรูปร่างกลมหรือรีในเนื้อปอดที่มีขอบเขตชัดเจนขนาด 0.5 ถึง 4.0 ซม. มักเป็นก้อนเดี่ยว ที่มีหินปูนเกาะพบร้อยละ 3.0 – 6.0 เรียกว่า Tuberculoma และอาจพบลักษณะ Endobronchial Tuberculosis ร้อยละ 2.0-4.0 ลักษณะของ Hilar และ Mediastinal Lymphadenopathy ร้อยละ 5.0 และ Pleural Effusion ร้อยละ 16.0–18.0 ซึ่งมักเป็นข้างใดข้างหนึ่ง อาจพบ Air-Fluid Level ในช่องเยื่อหุ้มปอดซึ่งบ่งถึงภาวะ Bronchopleural Fistula ความผิดปกติอื่น ๆ ที่อาจพบได้จาก ภาพ CT Scan แบบฉีดสารทึบรังสีคือ การหนาตัวของเยื่อหุ้มปอดชั้นนอกที่แยกออกจากชั้นในและมี น้ำแทรกตัวระหว่างเยื่อหุ้มปอดทั้งสองชั้นนั้นเรียกลักษณะผิดปกตินี้ว่า Split Pleura Sign บ่งถึง ภาวะน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดที่แบ่งเป็นช่องๆหลายช่อง (Loculated Pleural Effusion) ความผิดปกติ ของเนื้อปอดจากภาพ CT Scan ที่บ่งถึงวัณโรคระยะติดต่อ ได้แก่ Centrilobular Nodules, Tree-in-Bud Appearance, Pulmonary Nodules ขนาด 5.0-8.0 มม. และ Consolidation พบร้อยละ 91.0, 71.0, 69.0 และ 14.0 ตามลำดับ (พิชญาภา รุจิวิชัย และคณะ, 2559)

Miliary Tuberculosis ภาพรังสีทรวงอกส่วนใหญ่เป็นจุดขาวขนาดเล็กเท่า ๆ กันแต่ละ จุดเล็กกว่า 2.0 มม. ปริมาณมากกระจายอยู่ทั่วไปในเนื้อปอดทั้งสองข้างเรียกว่า Military Infiltration พบร้อยละ 50.0 นอกจากนี้ยังสามารถพบความผิดปกติที่ไม่ใช่ Military Infiltration ร้อยละ 10.0 ถึง 30.0 ได้แก่ Asymmetrical Nodular Pattern, Coalescence of Nodules, Mottled Appearance, Snowstorm Appearance และ Air-Space Consolidation

ผู้ป่วยโรคติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ลักษณะภาพรังสีทรวงอกของวัณโรคปอดขึ้นอยู่กับ ระดับภูมิคุ้มกัน ถ้าระดับภูมิคุ้มกันดี (ปริมาณเม็ดเลือดขาว CD4 T-Lymphocyte มากกว่า 350 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร) ภาพรังสีทรวงอกจะมีลักษณะเหมือนกับผู้ป่วยที่ไม่ได้ติดเชื้อเอชไอวี นั่น คือ ความผิดปกติของเนื้อปอดมักพบปื้นขาวเป็นเส้นร่วมกับจุด (Fibronodular Infiltration) หรือปื้น ขาวเป็นโพรง (Cavitary Infiltration) ที่กลีบปอดบน หากระดับภูมิคุ้มกันต่ำลงมาก (ปริมาณเม็ด เลือด CD4 T-Lymphocyte ขาวน้อยกว่า 200 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร) มักพบความผิดปกติของ ต่อมน้ำเหลืองในทรวงอกที่โตขึ้นร่วมกับลักษณะผิดปกติของเนื้อปอด ได้แก่ ปื้นขาวในเนื้อปอดกลีบ ล่างหรือกลีบกลาง (Focal Lower หรือ Middle Lobe Infiltration) จุดขนาดเล็กหรือใหญ่กระจาย

ทั่วไปในเนื้อปอด (Diffuse Military หรือ Nodular Infiltration) (พิจญาภา รุจิวิษญู และณรงค์กร ชัยโพธิ์กลาง, 2559)

#### 2.4.1.4 การตรวจวินิจฉัยวัณโรคแฝง

การตรวจวินิจฉัยวัณโรคแฝงควรทำเมื่อผู้มีความเสี่ยงที่จะเกิด Reactivated TB เช่น ผู้ป่วยโรคติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โรคเบาหวาน ผู้ที่ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน เป็นต้น รวมถึงผู้ที่มีประวัติใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรค การตรวจวินิจฉัยมี 2 วิธีหลัก คือ การทดสอบภูมิคุ้มกันที่ผิวหนังด้วยทูเบอร์คูลิน (Tuberculin Skin Test, TST) และการตรวจเลือดวัดภูมิคุ้มกันต่อเชื้อวัณโรค (Interferon-Gamma Release Assays, IGRAs) ขอแนะนำ Centers for Disease Control and Prevention ของประเทศสหรัฐอเมริกา และ National Institute for Health and Clinical Excellence ของประเทศอังกฤษและ European Centre for Disease Prevention and Control แนะนำการใช้ทั้งสองวิธีดังกล่าวเพื่อตรวจคัดกรองและวินิจฉัยวัณโรคแฝงสำหรับผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยง

การตรวจ TST เป็นวิธีที่ประหยัดและค่าความไวของการตรวจใกล้เคียงกับ IGRAs แต่มีความจำเพาะต่ำกว่า การตรวจนี้อาจให้ผลบวกปลอม (False Positive) เกิดจากปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ เคยฉีดวัคซีนป้องกันวัณโรคมาก่อน ติดเชื้อ NTM การทดสอบไม่ถูกวิธี และการแปลผลผิดพลาดอีก ทั้งอาจให้ผลลบปลอม (False Negative) อันเป็นผลจากปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ป่วย สารทดสอบทูเบอร์คูลินวิธีการฉีดสารทดสอบรวมถึงวิธีการอ่านและบันทึกผลการทดสอบ (สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค, 2561)

การตรวจ IGRAs เป็นวิธีอาศัยกันอบตัวอย่างเลือดด้วย Purified Protein Derivative และ Control Antigen แล้วทำการวัดปริมาณ Interferon Gamma ที่ปลดปล่อยมาจากเม็ดเลือดขาวลิมโฟไซต์ที่ถูกกระตุ้นโดยใช้หลักการของ Enzyme-Linked Immunosorbent Assay (ELISA) การตรวจนี้ถูกพัฒนาและผลิตจำหน่ายโดยบริษัทเอกชนมี 2 วิธีคือ T-Stop TB และ QuantiFERON-TB Gold In-Tube Assay (QFT-IT) จากข้อมูลการวิเคราะห์ห่อภิมาณ เมื่อเปรียบเทียบวิธีตรวจในการวินิจฉัยวัณโรคระยะติดต่อพบว่าค่าความไวของ QFT-IT และ T-Stop TB ร้อยละ 70.0, 81.0 และ 88.0 ตามลำดับ ค่าความจำเพาะของ QFT-IT และ T-Stop TB ร้อยละ 99.0 และ 86.0 ตามลำดับ อีกทั้งยังมีข้อมูลเพิ่มเติมจากการวิเคราะห์ห่อภิมาณ สนับสนุนว่าการตรวจ IGRAs เพื่อวินิจฉัยวัณโรคแฝงและทำนายโอกาสการไม่พัฒนาเกิดวัณโรคระยะติดต่อมีค่าพยากรณ์ค่อนข้างสูงคือค่าพยากรณ์ลบร้อยละ 99.7 โดยเฉพาะผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรคอีกทั้งการตรวจ IGRAs สามารถตรวจหาเชื้อวัณโรคแฝงในผู้ที่เคยฉีดวัคซีนป้องกันวัณโรค (BCG Vaccination) มาก่อนได้ อย่างไรก็ตามการตรวจคัดกรองวัณโรคแฝงในผู้ป่วยโรคติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ด้วยวิธี IGRAs (QFT-IT และ T-Stop TB) หรือ TST ให้ผลค่าการวินิจฉัยแตกต่างค่อนข้างน้อยหรือแตกต่างกันไม่ชัดเจน ผลการตรวจด้วยวิธีนี้เป็นการบ่งชี้ว่ามีการติดเชื้อวัณโรคเท่านั้นแต่ไม่สามารถแยกระหว่างวัณโรคแฝง

และ วัณโรคระยะติดต่อได้ นอกจากนี้ค่าใช้จ่ายในการตรวจค่อนข้างแพงและยังใช้ไม่แพร่หลายทั่วไปในประเทศไทย ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์จึงควรพิจารณาเลือกส่งตรวจ IGRAs นี้ให้เหมาะสมโดยคำนึงถึงความจำเป็นของการตรวจ ความพร้อมของเครื่องตรวจและสถานะสุขภาพของผู้ป่วย (สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค, 2561)

## 2.1.5 การจำแนกประเภทผู้ป่วยวัณโรค

2.1.5.1 TB Suspect คือ ผู้ป่วยที่น่าสงสัยเป็นวัณโรคปอด ได้แก่ ไอมีเสมหะมากกว่า 2 สัปดาห์อาจร่วมกับอาการเหนื่อย เจ็บหน้าอก ไอเป็นเลือด หรืออาการทั่วไป ได้แก่ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ไข้ เหงื่อออกกลางคืน อ่อนเพลีย

2.1.5.2 Case of TB คือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคปอดโดยบุคลากรทางการแพทย์และตัดสินใจให้การรักษาเต็มระยะสูตรยา

1) แบ่งตามอวัยวะที่เกิดวัณโรคเป็น 2 ชนิด ได้แก่

1.1) วัณโรคปอด (Pulmonary TB) คือการที่มีพยาธิสภาพของวัณโรคในเนื้อปอด และ Military TB จัดเป็นวัณโรคปอดเนื่องจากพยาธิสภาพอยู่ในปอด ถ้าพบต่อมน้ำเหลืองโตในประจันอกและ/หรือซั้วปอด (Mediastinal and/or Hilar Lymph Node) หรือมีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดโดยไม่พบพยาธิสภาพในเนื้อปอดจัดเป็นวัณโรคนอกปอด แต่ถ้าพบวัณโรคที่เนื้อปอดร่วมกับที่อื่น ๆ จัดเป็นวัณโรคปอด (จ๊กกพัฒน์ วณิชานันท์ และโอภาส พุทธเจริญ, 2560)

1.2) วัณโรคนอกปอด (Extrapulmonary TB) คือการที่มีพยาธิสภาพของวัณโรคที่อวัยวะอื่นที่ไม่ใช่เนื้อปอด เช่น เยื่อหุ้มปอด ต่อมน้ำเหลือง ช่องท้อง ระบบทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์ ผิวหนัง กระดูกและข้อเยื่อหุ้มสมอง การวินิจฉัยอาศัยผลการตรวจเนื้อเยื่อของอวัยวะนั้น ๆ ร่วมกับอาการแสดงทางคลินิกและแพทย์ตัดสินใจให้การรักษา

2) แบ่งตามประเภทการตรวจเสมหะเป็น 3 ชนิดได้แก่

2.1) ผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อ (Smear Positive) คือผู้ป่วยที่มีผลย้อมเสมหะพบเชื้อ AFB อย่างน้อย 1 ครั้ง

2.2) ผู้ป่วยวัณโรคเสมหะไม่พบเชื้อ (Smear Negative) คือผู้ป่วยที่มีผลย้อมเสมหะไม่พบเชื้อ AFB อย่างน้อย 2 ครั้งแต่ภาพรังสีทรวงอกพบพยาธิสภาพในเนื้อปอดซึ่งแพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคปอดระยะติดต่อไม่ตอบสนองต่อการให้ยาปฏิชีวนะและแพทย์ตัดสินใจให้การรักษาด้วยยาวัณโรคเต็มระยะสูตรยา หรือผู้ป่วยที่มีผลย้อมเสมหะไม่พบเชื้อ AFB อย่างน้อย 2 ครั้งแต่ผลเพาะเชื้อพบเชื้อวัณโรคหรือวิธีอื่น ๆ ที่สามารถระบุเชื้อ M.Tuberculosis ได้

2.3) ผู้ป่วยวัณโรคไม่ได้ย้อมเสมหะ (Smear not Done) คือผู้ป่วยที่ไม่สามารถเก็บเสมหะตรวจได้หรือไม่มีการตรวจเสมหะ

3) Definite Case of TB คือผู้ป่วยที่ได้รับการยืนยันว่าเป็นวัณโรคปอดโดยพบเชื้อ Mycobacterium Tuberculosis Complex จากการเพาะเชื้อหรือการตรวจด้วยวิธี PCR (Molecular Line Probe Assay)

4) History of Previous Treatment คือ ประวัติการรักษามาก่อนเพื่อจำแนกผู้ป่วยก่อนการรักษาได้แก่

4.1) New Patient คือ ผู้ป่วยใหม่ที่ไม่เคยรักษามาก่อน หรือเคยรักษามาก่อนไม่เกิน 1 เดือน

4.2) Default คือ ผู้ป่วยวัณโรคที่กำลังรักษาและขาดการรักษาติดต่อกันตั้งแต่ 2 เดือนขึ้นไป

4.3) Relapse คือ ผู้ป่วยวัณโรคที่เคยรักษาหายแล้วกลับมาเป็นซ้ำ

4.4) Treatment Failure ผู้ป่วยที่ยังพบเชื้อจากการย้อมเสมหะหรือเพาะเชื้อหลังรักษา 5 เดือน (สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค, 2561)

## 2.1.6 ยารักษาวัณโรค

ยารักษาวัณโรคแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ

ยาแนวที่หนึ่ง (First Line Drugs) ได้แก่ Isoniazid (H), Rifampin (R), Pyrazinamide (Z), Ethambutol (E) และ Streptomycin (S) ซึ่งยา 4 ตัวแรกเป็นชนิดรับประทาน ส่วน Streptomycin เป็นยาชนิดฉีด

ยาแนวที่สอง (Second Line Drugs) เช่น Kanamycin (K), Levofloxacin (Lfx), Ethionamide (Eto), P-aminosalicylic Acid (PAS), Cycloserine (Cs) เป็นต้น (จักษพัฒน์ วณิชานันท์ และโอภาส พุทธเจริญ, 2560)

### 2.1.6.1 สูตรยารักษาวัณโรค

ตามแนวทางการรักษาวัณโรคขององค์การอนามัยโลกปี ค.ศ. 2010 และสูตรยารักษาวัณโรคปอดคือยาปี ค.ศ. 2011 แนะนำสูตรยามาตรฐานสำหรับการรักษาวัณโรคปอดในผู้ใหญ่ แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

- 1) สูตรยาสำหรับผู้ป่วยใหม่ (New Patient Regimen) รักษาด้วยสูตร 2HRZE/4HR
- 2) สูตรยารักษาซ้ำ (Re-Treatment Regimen) สำหรับผู้ป่วย Default หรือ Relapse รักษาด้วยสูตร 2HRZE/1HRZE/5HRE
- 3) สูตรยาวัณโรคคือยาหลายขนาน (MDR-TB Regimen) สำหรับผู้ป่วย Treatment Failure หรือผลเพาะเชื้อพบ MDR-TB รักษาด้วยยาแนวที่สองอย่างน้อย 4 ชนิด (และ

ต้องมียาฉีดอย่างน้อย 1 ชนิด) ระยะเวลารวมอย่างน้อย 20 เดือนในผู้ป่วยที่ไม่เคยรักษา MDR-TB มาก่อน (WHO, 2017)

### 2.1.6.2 สูตรยาสำหรับผู้ป่วยใหม่ (New Patient Regimen)

เป็นการรักษาผู้ป่วยใหม่ด้วยยาสูตรมาตรฐาน 6 เดือน (2HRZE/4HR) แบ่งเป็น 2 ระยะ

1) ระยะเข้มข้น (Intensive Phase) เป็นช่วงเวลา 2 เดือนแรกที่เริ่มการรักษาถือว่าเป็นช่วงที่สำคัญที่สุดโดยเน้นการรับประทานยา 4 ชนิดทุกวันคือ HRZE ปรับขนาดยาตามน้ำหนักตัว อาจเป็นยาชนิดแยกเม็ด (Separate Drugs) หรือชนิดเม็ดรวม (Fixeddose Combinations) ซึ่งประสิทธิภาพของการรักษาและผลข้างเคียงของยาใกล้เคียงกัน แต่ยาชนิดเม็ดรวมมีจำนวนเม็ดน้อยกว่าทำให้ผู้ป่วยสะดวกและมีแนวโน้มรับประทานยาสม่ำเสมอ

2) ระยะต่อเนื่อง (Continuation Phase) ลดยาเหลือ 2 ชนิดคือHR ต่ออีก 4 เดือนจนระยะเวลาครบ 6 เดือน นอกจากนี้องค์การอนามัยโลกแนะนำอาจลดยาเป็น 3 ชนิดคือ HRE ในระยะต่อเนื่องกรณีที่มีความชุกวัณโรคคือยา Lsoniazid สูง

ส่วนใหญ่เมื่อเริ่มรักษาในระยะเข้มข้นแล้วอาการจะดีขึ้นภายใน 2 สัปดาห์ และอาจหายใกล้เคียงปกติภายในเวลา 2 เดือน แต่ผู้ป่วยยังคงต้องรับประทานยาต่อเนื่องจนครบเนื่องจากต้องกำจัดเชื้อวัณโรคที่เหลือน้อยอยู่ในร่างกายให้เหลือน้อยที่สุดและหมดไป

ผู้ป่วยวัณโรคบางคนอาจต้องขยายระยะเวลาต่อเนื่องออกไป และรวมเวลารักษานานเป็น 9 เดือนกรณีมีปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับมาเป็นซ้ำของวัณโรค ได้แก่ ปอดมีโพรง วัณโรคเป็นกว้างขวาง (Extensive Disease) ภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ และเสมหะยังพบเชื้อที่ 2 เดือนหลังรักษา นอกจากนี้หากผู้ป่วยเป็นวัณโรคนอกปอด ได้แก่ วัณโรคกระดูกและข้อ แนะนำให้รักษานานขึ้นเป็น 9 เดือน วัณโรคเยื่อหุ้มสมองแนะนำให้รักษา 9-12 เดือน รวมถึงแนะนำให้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ในผู้ป่วยวัณโรคเยื่อหุ้มสมองหรือวัณโรคเยื่อหุ้มหัวใจ อีกทั้งหากเป็นวัณโรคเยื่อหุ้มสมองพิจารณาเปลี่ยนยาจาก Ethambutol เป็น Streptomycin

ในกรณีมีปัญหาวัณโรคคือยา Isoniazid หรือมีผลข้างเคียงของ Isoniazid ที่ไม่สามารถให้ยาได้ อาจพิจารณาให้ Moxifloxacin แทนทั้งในระยะเข้มข้นและระยะต่อเนื่องสืบเนื่องจากผลการศึกษาการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อด้วยยา Moxifloxacin ร่วมกับ R, Z, E นาน 2 เดือนแล้วตามด้วย Moxifloxacin ร่วมกับ Rifapentine นาน 4 เดือน ระยะเวลารวมทั้งสิ้น 6 เดือน สามารถให้ประสิทธิผลในการรักษาโดยประเมินจากอัตราการเกิด Treatment failure และ Relapse ใกล้เคียงกับยารักษาวัณโรคสูตรมาตรฐาน 2HRZE/4HR (จักกพัฒน์ วณิชานันท์ และ โสภาส พุทธเจริญ, 2560)

### 2.1.6.3 สูตรการรักษาซ้ำ (Re-Treatment Regimen)

เป็นการรักษาผู้ป่วย Default หรือ Relapse ด้วยยาสูตร 8 เดือน (2HRZES /1HRZE /5HRE) แบ่งเป็น 2 ระยะคือ

1) ระยะเข้มข้นเป็นช่วงเวลา 3 เดือนแรกโดย 2 เดือนแรกรักษาด้วย HRZES นั่นคือ คล้ายยาสำหรับผู้ป่วยใหม่ร่วมกับเพิ่มยาฉีด Streptomycin อีก 1 ชนิด ขนาดยาปรับตามน้ำหนักตัว เมื่อครบ 2 เดือนจะลดยาเป็น HRZE นาน 1 เดือน

2) ระยะต่อเนื่อง จะลดยาเหลือ 3 ชนิด คือ HRE ต่ออีก 5 เดือน จนระยะเวลารวมครบ 8 เดือน

3) สูตรยาวัณโรคตัวยาหลายขนาน (MDR-TB Regimen เป็นการรักษาผู้ป่วย Treatment Failure หรือผลเพาะเชื้อพบ MDR-TB แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ

3.1) ระยะเข้มข้น เป็นช่วงเวลา 8 เดือนแรกรักษาด้วยยาแนวที่สองอย่างน้อย 4 ชนิด(และ Pyrazinamide) ประกอบด้วย ยาฉีด 1 ชนิด ยากลุ่ม Fluoroquinolone 1 ตัว Ethionamide (หรือ Prothionamide) และ Cycloserine (หรือ PAS) ขนาดยาปรับตามน้ำหนักตัว

3.2) ระยะต่อเนื่อง รักษาด้วยยาแนวที่สอง ชนิดเม็ดอย่างน้อย 4 ชนิดเช่นเดียวกับระยะเข้มข้นโดยหยุดยาฉีด จนระยะเวลาอย่างน้อยนาน 20 เดือนสำหรับผู้ป่วยที่ไม่เคยรักษา MDR-TB และนาน 30 เดือนสำหรับผู้ป่วยที่เคยรักษา MDR-TB มาก่อน

การปรับเปลี่ยนยาตามผลการทดสอบความไวของเชื้อต่อยาให้เหมาะสมเป็นรายๆไป นอกจากนี้องค์การอนามัยโลกแนะนำให้ยาฉีด 8 เดือนและต้องฉีดจนกว่าผลการเพาะเชื้อไม่พบเชื้อติดต่อกันอย่างน้อย 4 เดือนและต้องรักษาจนกว่าผลการเพาะเชื้อไม่พบเชื้อติดต่อกันอย่างน้อย 18 เดือน ระยะเวลาการรักษาทั้งหมดอย่างน้อย 20 เดือน

พญ. ปณ. ทิโต ชีเว



### 2.1.7 วัณโรคดื้อยา

ตาราง 2 คำจำกัดความของผลการรักษาผู้ป่วยดื้อยาวัณโรค (Companion Handbook to The WHO Guidelines for The Programmatic Management of Drug-Resistant Tuberculosis)

ผล	ความหมาย
หาย (Cured)	ผู้ป่วยที่รักษาครบตามกำหนดเวลาโดยไม่พบหลักฐานว่าล้มเหลวในการรักษา และผลการเพาะเชื้อให้ผลลบอย่างน้อย 3 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกันอย่างน้อย 30 วัน หลังช่วง Intensive Phase
รักษาครบสมบูรณ์ (Complete Treatment)	ผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการรักษาจนครบตามกำหนดเวลา โดยไม่พบหลักฐานว่าล้มเหลวในการรักษา แต่ไม่มีบันทึกที่แสดงว่าผลการเพาะเชื้อให้ผลลบอย่างน้อย 3 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกันอย่างน้อย 30 วันหลังช่วง Intensive Phase
เสียชีวิต (Died)	ผู้ป่วยวัณโรคที่เสียชีวิต ไม่ว่าจะจากสาเหตุใดก็ตามในขณะที่รับการรักษา
ล้มเหลว (Failed)	ผู้ป่วยที่ต้องหยุดการรักษา หรือต้องเปลี่ยนสูตรยาในการรักษาอย่างน้อย 2 ชนิด อันเป็นผลจากไม่พบว่ามี Conversion เมื่อรักษาจนครบช่วงระยะ Intensive Phase หรือผลการเพาะเชื้อกลับมาให้ผลบวกใหม่ (Reversion) ในช่วง Continuation Phase หลังจากที่เปลี่ยนจากผลบวกเป็นผลลบมาก่อนแล้ว หรือพบหลักฐานว่าดื้อยาในกลุ่ม Fluoroquinolone หรือดื้อยา Second Line ชนิดฉีด หรือเกิดผลข้างเคียงของยารักษาวัณโรค
ไม่ติดตามการรักษา (Lost to Follow up)	ผู้ป่วยวัณโรคที่ขาดการรักษาติดต่อกันอย่างน้อย 2 เดือน
ไม่ได้รับการประเมิน (Not Evaluated)	ผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่มีผลการประเมินการรักษา ซึ่งรวมถึงผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อไปรับการรักษาในสถานพยาบาลอื่นๆ หรือไม่ทราบผลการรักษา
ประสบความสำเร็จในการรักษา	ผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการรักษาจนหาย หรือรักษาครบสมบูรณ์

ที่มา (WHO, 2017)

#### 2.1.7.1 บริหารจัดการวัณโรคดื้อยา

การบริหารจัดการกับผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานให้ได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง การจัดการมีความสำคัญอย่างยิ่ง ที่จะให้ผู้ดูแลในแต่ละระดับของเครือข่ายมีความเข้าใจไปในทิศทาง

เดียวกัน มีผลต่อการอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับการรักษาที่ต่อเนื่องจนทำให้ผลการรักษาหายได้ (วิภา ริชัยพิชิตกุล และคณะ, 2558)

1) การบันทึก การขึ้นทะเบียนและการติดตามประเมินผลการรักษาวัณโรคเป็นโรคติดต่อทางระบบเดินหายใจที่สามารถแพร่กระจายทางอากาศไปสู่ผู้อื่นได้ ซึ่งมีผลกระทบต่อประชาชนทั่วไป การป้องกันควบคุมวัณโรคให้ได้ผลดีต้องค้นหาผู้ป่วยที่แพร่เชื้อในชุมชนให้พบโดยเร็วและนำมารักษาให้หาย ผู้ป่วยวัณโรคทุกรายที่ค้นพบจะต้องขึ้นทะเบียน เพื่อดูแลติดตามให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างสม่ำเสมอและประเมินผลเมื่อรักษาครบ ระบบการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย และการจัดทำรายงานจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ที่จะช่วยให้ทราบสถานการณ์ในภาพรวม และรายพื้นที่ เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการปรับปรุงพัฒนาการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย โดยใช้แบบฟอร์มต่าง ๆ ในการเก็บข้อมูล รวบรวมข้อมูลที่ต้องเชื่อถือได้ และมีการจัดส่งรายงานให้ทันเวลา จากระดับอำเภอ ระดับจังหวัด ระดับเขต และระดับประเทศรวมทั้งมีการประเมินผลการดำเนินงานในทุกระดับ โดยการพัฒนาและปรับปรุงข้อมูลที่สำคัญเพิ่มเติมจากข้อมูลพื้นฐาน เช่น ผลการเพาะเลี้ยงเชื้อและการทดสอบความไวต่อยา ผลการตรวจเลือด เอชไอวี ซึ่งเป็นข้อมูลเชื่อมโยงเพื่อการเฝ้าระวังวัณโรคดื้อยา และการรักษาที่ได้มาตรฐาน จะทำให้แผนงานวัณโรคแห่งชาติทราบถึงสถานการณ์การดื้อยาในภาพรวมระดับประเทศ เพื่อการวางแผนจัดการแก้ปัญหาที่เหมาะสมในอนาคตต่อไป นอกจากนี้หน่วยงานในพื้นที่ สามารถแปลผลวิเคราะห์ข้อมูล และนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนางานได้

1.1) นิยามประเภทของการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาที่รักษาด้วยยารักษาวัณโรค การขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วย เมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคดื้อยา (Drug Resistant Tuberculosis, DR-TB) และแพทย์พิจารณาให้ SLDs มีการแยกประเภทผู้ป่วยตามประวัติการรักษา โดยให้ขึ้นทะเบียนใน PMDT 03 ดังนี้

1.1.1 New หมายถึง ผู้ป่วยไม่เคยรักษาวัณโรคด้วยสูตรยาแนวที่ 1 มาก่อน หรือผู้ป่วยที่รักษาน้อยกว่า 1 เดือน และไม่เคยขึ้นทะเบียนมาก่อน โดยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคดื้อยา

1.1.2 Relapse หมายถึง ผู้ป่วยที่เคยรักษาวัณโรคด้วยสูตรยาแนวที่ 1 และได้รับการประเมินในครั้งล่าสุดว่ารักษาหายแล้ว หรือรักษาครบแล้ว และกลับมารักษาอีกครั้งโดยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคดื้อยา

1.1.3 After Loss to Follow-up หมายถึงผู้ป่วยที่รักษาวัณโรคสูตรยาแนวที่ 1 และขาดยา  $\geq 2$  เดือนติดต่อกัน และกลับมารักษาอีกครั้งโดยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคดื้อยา

1.1.4 After Failure of First Treatment with FLDs หมายถึง ผู้ป่วย วัณโรคที่รักษาสุทธยาแนวที่ 1 สำหรับผู้ป่วยใหม่ พบว่าล้มเหลว และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรค ด้้อยา

1.1.5 After Failure of Retreatment Regimen with FLDs หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาสุทธยาแนวที่ 1 สำหรับรักษาซ้ำ พบว่าล้มเหลว และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคด้้อยา

1.1.6 Transfer In หมายถึงผู้ป่วยวัณโรคด้้อยาที่รักษาด้วยสุทธยาแนวที่ 2 จากโรงพยาบาลอื่นและโอนออก (Transfer Out) มาให้หน่วยบริการรักษาต่อ

1.1.7 Others หมายถึง ผู้ป่วยอื่นๆ ที่ไม่สามารถจัดเข้าในกลุ่ม 1-6 ได้ เช่น ก. ผู้ป่วยที่ไม่ทราบประวัติการรักษาเดิม (ครบ หรือขาดการรักษา) ข. ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย ยาที่นอกเหนือจาก สุทธยาสำหรับผู้ป่วยใหม่ หรือสุทธยารักษาซ้ำ หรือ ค. ผู้ป่วยที่มีผลการรักษา ล้มเหลวหลายครั้ง เป็นต้น (วิภา รัชชพิชิตกุล และคณะ, 2558)

## 1.2) นಿಯามการจำแนกผลการรักษา

1.2.1 นಿಯามการจำแนกผลการรักษาในระยะแรก (Interim Results) เป็นการ ประเมินผลการรักษาเมื่อสิ้นสุดเดือนที่ 6 เพื่อติดตามการรักษาผู้ป่วยภายในโรงพยาบาล ซึ่งสามารถดู แนวโน้มผลการรักษาว่าสำเร็จหรือไม่ โดยประเมินจากผลเพาะเชื้อเมื่อสิ้นสุดเดือนที่ 6 ของการรักษา ซึ่งจัดทำเป็นรายงาน PMDT 07/1 แต่ไม่ได้กำหนดให้ส่งเป็นรายงานของประเทศ มีการจำแนก ผลการรักษาดังนี้

1) ผลเพาะเชื้อเป็นลบ (Culture No Growth) หมายถึง ผลเพาะ เชื้อไม่พบเชื้อเมื่อสิ้นสุดเดือนที่ 6 ของการรักษา

2) ผลเพาะเชื้อเป็นบวก (Culture Growth) หมายถึง ผลเพาะเชื้อ เมื่อสิ้นสุดเดือนที่ 6 ของการรักษา ยังพบเชื้อ

3) ไม่ได้ตรวจและ/หรือไม่มีผลเพาะเชื้อ (Culture Not Done) หมายถึงไม่มีผลตรวจเพาะเชื้อ เมื่อสิ้นสุดเดือนที่ 6 ของการรักษา

4) ตาย (Died) หมายถึง ตายระหว่างการรักษาในระยะ 6 เดือน แรก ไม่ว่าจะด้วยสาเหตุใด

5) ขาดยา (Lost to Follow-up) หมายถึง ยังไม่ได้เริ่มการรักษา หรือขาดการรักษา > 2 เดือนติดต่อกันระหว่าง 6 เดือนแรกของการรักษา

6) โอนออก (Transferred Out) หมายถึง ผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียน รักษาไประยะหนึ่งแล้ว และโอนไปรักษาที่อื่นในระหว่าง 6 เดือนของการรักษา และไม่ทราบ ผลการรักษา

1.2.2 นิยามการจำแนกผลการรักษาสุดท้าย (Final Outcome) ก่อนการจำหน่ายออกโดยจัดทำรายงานเป็น PMDT 08 จำแนกผลการรักษาได้ดังนี้

1) รักษาหาย (Cured) หมายถึง ผู้ป่วยรักษาครบโดยไม่มีหลักฐานว่าล้มเหลวและมีผลเพาะเชื้อเป็นลบอย่างน้อย 3 ครั้งติดต่อกันในระยะต่อเนื่อง ห่างกันไม่น้อยกว่า 30 วัน

2) รักษาครบ (Treatment Completed) หมายถึงรักษาครบ แต่ผลเพาะเชื้อไม่มี หรือมีผลเพาะเชื้อเป็นลบน้อยกว่า 3 ครั้งในระยะต่อเนื่อง

3) ล้มเหลว (Treatment Failed) หมายถึง ยุติการรักษาหรือมีความจำเป็นต้องเปลี่ยนสูตรยาอย่างน้อย 2 ชนิด ด้วยเหตุผลดังต่อไปนี้

3.1) รักษาไปแล้วไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงของผลเพาะเชื้อจากพบเชื้อเป็นไม่พบเชื้อ (Culture conversion) ที่สิ้นสุดระยะเข้มข้น

3.2) มีผลเพาะเชื้อจากไม่พบเชื้อเป็นพบเชื้อ (Culture Reversion) ในระยะต่อเนื่อง

3.3) มีหลักฐานว่าดื้อยาเพิ่มเติมกลุ่ม FQsหรือยาฉีด SLIDs

3.4) มีอาการข้างเคียงจากยามากจนผู้ป่วยทนไม่ได้

4) ตาย (Died) หมายถึง ตายระหว่างการรักษาไม่ว่าด้วยสาเหตุใด

5) ขาดยา (Lost to Follow-up) หมายถึง ขาดการรักษา > 2 เดือนติดต่อกัน

6) ผู้ป่วยที่โอนออก (Transfer Out) หมายถึง ผู้ป่วยที่โอนออกไปรักษาที่อื่นและไม่ทราบผลการรักษา

7) ผู้ป่วยที่กำลังรักษา (On Treatment) หมายถึง ผู้ป่วยที่กำลังรักษาอยู่ ซึ่งยังไม่ทราบผลสุดท้ายของการรักษา

8) ประเมินผลไม่ได้ (Not Evaluated, NE) หมายถึง ไม่สามารถประเมินผลการรักษาได้ เช่น การเปลี่ยนการวินิจฉัย ขึ้นทะเบียนผิดประเภทหลังจากรักษาครบ ควรติดตามผู้ป่วยเพื่อเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำ ด้วยการย้อมเสมหะ AFB และเพาะเชื้อเป็นเวลา 2 ปีหลังรักษาหาย โดยนับมาตรวจทุก 3 เดือน ใน 6 เดือนแรก และหลังจากนั้นตรวจซ้ำทุก 6 เดือนจนครบ 2 ปี สำหรับภาพถ่ายรังสีทรวงอกให้พิจารณาตรวจเมื่อมีข้อบ่งชี้ (วิภา ริชย์พิชิตกุล และคณะ, 2558)

## 2) ระบบการรายงาน

การจัดทำรายงานมีความสำคัญทำให้ทราบสถานการณ์ว่าผู้ป่วยวัณโรคที่สงสัยคือยาเข้าถึงบริการตรวจหาเชื้อดื้อยาตามแนวทางมาตรฐานหรือไม่ และได้รับการรักษาด้วยสูตรยาที่ถูกต้องและเหมาะสมหรือไม่ สามารถนำข้อมูลไปวิเคราะห์และวางแผนในการควบคุมวัณโรคดื้อยาเพื่อไม่ให้มีการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่นซึ่งเป็นสาเหตุนำไปสู่การระบาดของโรคได้สำหรับระบบทะเบียน DR- TB ที่พัฒนาขึ้นตามข้อเสนอของผู้เชี่ยวชาญจากองค์การอนามัยโลกอาศัยหลักการให้มีลักษณะบูรณาการเข้ากับระบบทะเบียนเดิม (TB03) ที่ได้รับการรักษาครั้งแรกที่ใช้สูตรยาแนวที่ 1 ณ หน่วยบริการเดิม อาจเป็น รพศ. รพท. หรือ รพช. เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็นวัณโรคดื้อยาและรับการรักษาด้วยยาแนวที่ 2 ให้ขึ้นทะเบียนใน PMDT 03 บันทึกรายละเอียดการรักษาเมื่อเริ่มใช้สูตรยาแนวที่ 2 ซึ่งเป็นใบต่อเพิ่มจาก TB 03 เดิม ดังนั้นหากหน่วยบริการที่เป็น DR-TB Center (รพศ./รพท./รพช.) เมื่อรับผู้ป่วยจากโรงพยาบาลอื่นมาเพื่อวินิจฉัยและพบว่า เป็นวัณโรคดื้อยาให้ส่งกลับไปขึ้นทะเบียน ณ หน่วยบริการเดิม โดยมีวัตถุประสงค์สำคัญที่จะช่วยให้โรงพยาบาลทุกแห่งสามารถนับจำนวนผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาในพื้นที่ ในการหามาตรการที่เหมาะสมเพื่อให้ทีมสหวิชาชีพของแต่ละพื้นที่จัดการดูแลผู้ป่วย เช่น การกำกับการรับประทานยา การค้นหาผู้สัมผัสโรค การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ที่ระดับสถานพยาบาลและชุมชน และการช่วยเหลือผู้ป่วยทางด้านเศรษฐกิจ ดูแลทางด้านโภชนาการ และด้านสังคม ฯลฯ โดยผู้ป่วยจะได้รับการรักษาและติดตามผลการรักษาที่โรงพยาบาลที่เป็น DR-TB Center

รายงานวัณโรคดื้อยามีระบบรายงานที่เกี่ยวข้อง 3 รายงานสามารถศึกษารายละเอียดระยะเวลา และแบบฟอร์มการรายงาน

1. PMDT 07 เป็น รายงานรอบ 3 เดือนเกี่ยวกับการค้นหา (Detection) และให้การรักษาวัณโรคดื้อยา (Enrolment) DR-TB ในช่วงเวลาที่ประเมินเป็นรอบที่ผู้ป่วยขึ้นทะเบียนด้วยสูตรยาแนวที่ 1 เมื่อ 6-9 เดือนที่ผ่านมา

2. PMDT 07/1 เป็นรายงานเกี่ยวกับผลการรักษาระยะแรก (Interim Results) รอบ 3 เดือน ของผลการรักษาเมื่อสิ้นสุดเดือนที่ 6 สำหรับผู้ป่วยดื้อยาที่ได้รับการรักษาด้วยสูตรยาแนวที่ 2 และรายงานใน PMDT 07 เมื่อ 15-18 เดือนที่ผ่านมา ใช้ประเมินความก้าวหน้าของการรักษาภายในโรงพยาบาล

3. PMDT 08 เป็น รายงานผลการรักษา (Final Outcomes) รอบ 12 เดือนของผลการรักษาสำหรับผู้ป่วยดื้อยาที่ได้รับการรักษาด้วยสูตรยาแนวที่ 2 และรายงานใน PMDT 07 (รวม 4 Cohort/ปี) เมื่อ 36-48 เดือนที่ผ่านมา (วิภา รัชชัชชิตกุล และคณะ, 2558)

**3) การดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาโดยทีมสหวิชาชีพ (Multidisciplinary Care) และการกำกับการรับประทานยา (DOT) ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาที่ได้รับการรักษาด้วยยาสูตรแนวที่ 2 การดูแล**

รักษาต้องได้รับยาที่ถูกต้องเหมาะสมและรวดเร็ว ลดการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่น ทำให้มีโอกาสรักษาหาย ลดการเสียชีวิตและมีคุณภาพชีวิตกลับสู่ปกติ ยาที่ใช้ในการรักษานั้นบางรายมีอาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรง อาจส่งผลทำให้ผู้ป่วยหยุดการรักษาเองได้ การดูแลผู้ป่วยด้วยทีมสหวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ นักสังคมสงเคราะห์ และนักจิตวิทยา ร่วมกันสนับสนุนผู้ป่วย ให้ได้รับประทานยาอย่างต่อเนื่องและแก้ไขปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นในขณะรักษา ดังนั้นทีมสหวิชาชีพที่ทำงานร่วมกันในการช่วยเหลือและแก้ไขปัญหา ให้ผู้ป่วยจึงมีจำเป็นต่อการรักษา ทำให้ผู้ป่วยสามารถได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องจนหาย สำหรับประเทศไทย ได้กำหนดให้ผู้ป่วย DR-TB ได้รับการรักษา และติดตามการรักษาที่ระดับโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป เนื่องจากมีความพร้อมของทีมสหวิชาชีพ

### 3.1 บทบาทหน้าที่ของทีมสหวิชาชีพมีดังนี้

#### แพทย์

- 1) เป็นหัวหน้าทีมสหวิชาชีพในการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาและต้องร่วมเยี่ยมบ้านในบางราย
- 2) ให้การวินิจฉัยที่รวดเร็วถูกต้องตามมาตรฐาน
- 3) ให้การรักษาด้วยสูตรยาที่ถูกต้องเหมาะสมตามมาตรฐาน
- 4) ให้คำอธิบายแผนการรักษาให้กับผู้ป่วย ญาติ และทีมสหวิชาชีพ
- 5) ติดตามประเมินผลการรักษา และแก้ไขปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้น เช่น อาการข้างเคียงที่รุนแรงจากการใช้

#### เภสัชกร

- 1) ร่วมทีมสหวิชาชีพเพื่อการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย
- 2) อธิบายการใช้ยา วิธีรับประทานยา วิธีเก็บรักษา การจัดยารายมือ (Unit dose) ตลอดจนอาการข้างเคียงที่อาจจะเกิดขึ้น และคำแนะนำเบื้องต้นสำหรับการแก้ไขปัญหา
- 3) จัดให้มีระบบการเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากการใช้ยารักษาวัณโรคดื้อยา และวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำเสนอแก่ทีมสหวิชาชีพ
- 4) บริหารจัดการให้มียารักษาวัณโรคดื้อยาที่มีคุณภาพและเพียงพอ
- 5) ให้คำปรึกษาแก่แพทย์เกี่ยวกับการใช้ยารักษาวัณโรคดื้อยา

#### เจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรค (พยาบาลหรือนักวิชาการสาธารณสุขที่โรงพยาบาล)

- 1) ร่วมทีมสหวิชาชีพเพื่อการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย
- 2) ขึ้นทะเบียนรักษา บันทึกข้อมูล และจัดทำรายงาน
- 3) ให้คำปรึกษาผู้ป่วย เพื่อตรวจการติดเชื้อ HIV

4) ให้คำปรึกษาและให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วย/ญาติเกี่ยวกับความรู้เรื่องวัณโรค และการปฏิบัติตัวระหว่างการรักษา

5) ทำหน้าที่กำกับกับการรับประทานยา (DOT)

6) ประสานงานกับหน่วยงานสาธารณสุขใกล้บ้านผู้ป่วยเพื่อส่งผู้ป่วยให้ได้รับบริการต่อเนื่องอย่างมีประสิทธิภาพและส่งข้อมูลให้ผู้ประสานงานวัณโรคระดับจังหวัด

7) ติดตามผลการรักษา เช่น การรับประทานยา การฉีดยา อาการข้างเคียง

#### นักสังคมสงเคราะห์/นักจิตวิทยา

1) ประเมินและวินิจฉัยปัญหาทางเศรษฐกิจ สังคม อารมณ์ และจิตใจ ที่เป็นอุปสรรคต่อการมาตรวจรักษา และการรับประทานยาของผู้ป่วย

2) การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย และครอบครัว เมื่อประสบปัญหาด้านเศรษฐกิจ สังคม อารมณ์ และจิตใจโดยเฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมขาดยา ควรนำเทคนิคการให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจมาปรับใช้ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจยินยอมให้ความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและมาตรวจตามนัด

3) การให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนผู้ป่วย ด้านเศรษฐกิจ สังคม อารมณ์จิตใจ โดยประสานขอความช่วยเหลือทางสังคมสงเคราะห์ไปยังหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนัก งานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ระดับจังหวัด มูลนิธิอนุเคราะห์ผู้ป่วยวัณโรค ศูนย์คุ้มครองสวัสดิภาพชุมชน เป็นต้น

4) ร่วมทีมสหวิชาชีพเยี่ยมบ้านผู้ป่วย เพื่อติดตามการรักษา ให้กำลังใจ ปรับความรู้ทัศนคติเรื่องวัณโรคที่ถูกต้อง

#### พยาบาลด้านการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ (Infection Control, IC)

1) เผื่อระวังการติดเชื้อและการป่วยเป็นวัณโรคของบุคลากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลนั้นๆ

2) ประเมินมาตรฐานการควบคุมการแพร่กระจายของโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบ และมีมาตรฐานอย่างสม่ำเสมอ

3) ให้ข้อมูลและเสนอแนะกับผู้บริหารโรงพยาบาลเพื่อจัดระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค เพื่อลดความเสี่ยงของบุคลากรสาธารณสุขต่อการติดเชื้อและการป่วยเป็นวัณโรค

4) จัดให้มีการอบรม ให้ความรู้แก่บุคลากรสาธารณสุขเกี่ยวกับวัณโรคและวัณโรคตัวยาน้อยปีละ 1 ครั้ง

5) ร่วมทีมสหวิชาชีพเพื่อการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยและให้คำแนะนำด้าน IC

### นักระบาดวิทยา

- 1) สอบสวนวัณโรคเพื่อค้นหาข้อเท็จจริงที่เกี่ยวข้องการติดเชื้อ และการป่วยเป็นวัณโรค ด้วยการรวบรวมข้อมูลด้านระบาดวิทยา สิ่งแวดล้อม และการชั้นสูตรทางห้องปฏิบัติการ
- 2) ค้นหาปัจจัยหรือลักษณะบางอย่างที่ทำให้ประชากรกลุ่มนั้นเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และป่วยเป็นวัณโรค
- 3) คัดกรองกลุ่มผู้สัมผัสใกล้ชิดเพื่อค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติม เพื่อให้ทราบขนาด ขอบเขต และลักษณะของปัญหา
- 4) วิเคราะห์สถานการณ์เพื่อนำไปวางแผนแก้ไขปัญหาและกำหนดแนวทางการควบคุมโรค
- 5) ร่วมทีมสหวิชาชีพเพื่อการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย

### ผู้ประสานงานวัณโรคระดับจังหวัด (Provincial TB Coordinator, PTC)

- 1) การบริหารจัดการงบประมาณ เพื่อสนับสนุนและร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา
- 2) กำหนดแนวทางร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อการส่งต่อผู้ป่วยและดูแลอย่างต่อเนื่อง อย่างมีระบบ เช่น การวางแผน การทำ DOT ที่มีประสิทธิภาพ การป้องกันการแพร่เชื้อ การค้นหาผู้สัมผัสโรคโดยเร็ว การให้ความช่วยเหลือด้านการดำรงชีพ
- 3) นิเทศและติดตามผลการดำเนินงานเป็นระยะอย่างเป็นระบบ 4. สรุปผลการนิเทศ และจัดทำรายงานผลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน ตามแนวทางแห่งชาติ (PMDT 07, 07/1, 08) เพื่อนำเสนอผู้บริหาร (ผวจ./สสจ.) และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขตต่อไป

### ผู้ประสานงานวัณโรคระดับเขต (Regional TB Coordinator, RTC)

- 1) ดูแลกำกับการดำเนินงานของทีมสหวิชาชีพให้เป็นไปตามแนวทางที่กำหนด
- 2) สนับสนุนหน่วยงานในพื้นที่ทั้งด้าน เทคนิค วิชาการ และการบริหารจัดการ
- 3) นิเทศและติดตามการดำเนินงานเป็นระยะอย่างเป็นระบบ
- 4) สรุปผลการนิเทศและตรวจสอบความถูกต้องของรายงาน (PMDT 07, 07/1, 08) เพื่อนำเสนอผู้บริหารและสำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค เพื่อรวบรวมเป็นสถานการณ์ของประเทศเพื่อใช้ในการวางแผนการป้องกันและควบคุมวัณโรคดื้อยาต่อไป (วิภา ริชชัยพิชิตกุล และคณะ, 2558)

### 3.2 การบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยรายบุคคล (Case Management)

การบริหารจัดการเพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาที่ได้รับการรักษาด้วยยาแนวที่ 2 รายบุคคลมีความสำคัญมากควรมีการจัดตั้งทีมสหวิชาชีพเพื่อดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นรายบุคคล เนื่องจากผู้ป่วยแต่ละรายมีปัญหาที่ต่างกัน การวางแผนการดูแลผู้ป่วยแต่ละรายที่ต่อเนื่องจนรักษาหายนั้น ทีมสหวิชาชีพมีความสำคัญต่อการแก้ปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการรักษา ช่วยให้ผู้ป่วยมี



กำลังใจและอดทนต่อการรักษา ดังนั้นเมื่อมีผู้ป่วยดื้อยา ขึ้นทะเบียนรักษาทุกราย ทีมสหวิชาชีพควรปฏิบัติตามแนวทางดังนี้

1. ประชุมทีมสหวิชาชีพเพื่อวางแผนตามแนวทางรักษา เช่น การเข้าถึงยา second line drugs การส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาใกล้บ้าน การบริหารยาและการกำกับกำกับการรับประทานยาโดยมีพี่เลี้ยง (DOT)
2. เยี่ยมหน่วยบริการที่รับการดูแลใกล้บ้านเพื่อประเมินความพร้อมและให้คำปรึกษาด้านความรู้ในการดูแลผู้ป่วย (On the job training) แก่เจ้าหน้าที่ และการจัดการเรื่องอื่นๆ ด้านการดูแลผู้ป่วย เช่น การเป็นพี่เลี้ยงในการกำกับการรับประทานยา (DOT) การเก็บรักษายาให้มีคุณภาพ การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และจัดการเมื่อมีอาการไม่พึงประสงค์จากยา การติดตามการรักษาของผู้ป่วย ฯลฯ
3. เยี่ยมบ้านผู้ป่วย เพื่อให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ ในการการปฏิบัติตัว การป้องกันการแพร่เชื้อ การคัดกรองผู้สัมผัสร่วมบ้านให้ได้รับการตรวจ และการประเมินด้านฐานะเศรษฐกิจ และสังคมเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลและมีกำลังใจ (วิภา รัชชพิชิตกุล และคณะ, 2558)

### 3.3 การกำกับการรับประทานยา (DOT)

DOT (Directly Observed Therapy) คือ การรักษาภายใต้การสังเกตโดยตรง หรือแบบมีผู้กำกับการรับประทานยา หมายถึง การรักษาวัณโรคโดยมีบุคคลที่ได้รับการฝึกอบรมให้ทำหน้าที่สนับสนุนดูแลและกำกับให้ผู้ป่วยกินยาทุกขนาน ทุกมื้อต่อหน้าอย่างถูกต้องครบถ้วน จนครบกำหนดการรักษา การควบคุมกำกับการรับประทานยาของผู้ป่วยอย่างเต็มที่ เป็นวิธีเดียวที่ทำให้มั่นใจได้ในความสม่ำเสมอครบถ้วนของการรักษา ไม่สนับสนุนให้มีการให้การรักษาโดยจ่ายยาให้ผู้ป่วยไปรับประทานเองที่บ้านเพราะ พบว่ามีการเลือกรับประทานยาบางขนาน เนื่องจากมีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การหยุดยาก่อนกำหนดเมื่ออาการดีขึ้น การขาดยา นอกจากนี้บางรายมีผลการรักษาล้มเหลวได้

การรักษาด้วยยาแนวที่ 2 ซึ่งประกอบด้วยยาอย่างน้อย 4 ขนาน รวมทั้งยาฉีด ซึ่งต้องฉีดอย่างน้อย 6 เดือน และใช้เวลาในการรักษาทั้งหมดอย่างน้อย 20 เดือน พบว่ามักเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา ทำให้โอกาสที่ผู้ป่วยรับประทานยาครบและหาย ค่อนข้างต่ำ จึงจำเป็นต้องมีการกำกับการรับประทานยา (DOT) อย่าง

3.3.1 ผู้กำกับการรับประทานยา (DOT Watcher) ผู้กำกับการรับประทานยามีหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง กำกับให้ผู้ป่วยกินยาต่อหน้า นอกจากนี้ยังต้องมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนอื่น ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยรับประทานยาครบถ้วนและถูกต้องการสนับสนุน เช่น สนับสนุนทางด้านเศรษฐกิจ สังคม อารมณ์ และจิตใจ ซึ่งผู้ที่ทำหน้าที่พี่เลี้ยงจะต้องได้รับการฝึกอบรมและมีหลักเกณฑ์ในการพิจารณาคุณสมบัติ เรียงตามลำดับความสำคัญดังนี้

1. ความน่าเชื่อถือได้ (Accountability)
2. ความสะดวกในการเข้าถึงบริการ (Accessibility)
3. การยอมรับของผู้ป่วย (Acceptance)

และสนับสนุนการรักษาวัณโรคอย่างสม่ำเสมอตามกำหนดตลอดระยะเวลาของการรักษา และรับฟังปัญหาด้วยความเห็นอกเห็นใจ ให้กำลังใจผู้ป่วยและแจ้งเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเพื่อประสานความช่วยเหลือต่างๆ (Patient Support)

3.3.2 แนวปฏิบัติสำหรับการกำกับการรับประทานยาในผู้ป่วยวัณโรคด้วยสถานบริการสาธารณสุข ควรจัดให้มีสถานที่อำนวยความสะดวกต่อการรับประทานยาของผู้ป่วย (DOT Corner) ซึ่งประกอบด้วยสถานที่เก็บยาที่มีอุณหภูมิที่เหมาะสม ไม่ให้ถูกแสงแดด จัดเตรียมยาเป็นชุด (Packet) ต่อมื้อและมีแบบบันทึกการรับประทานยา การฉีดยา เพื่อยืนยันว่าผู้ป่วยได้รับยาถูกต้องและต่อเนื่องตลอดการรักษาโดยมีแนวทางปฏิบัติดังนี้ (วิภา ริชัยพิชิตกุล และคณะ, 2558)

ระยะเข้มข้น (Initial Phase) คือช่วงการรักษาที่มีการยาฉีด (อย่างน้อย 6 เดือน) ผู้ป่วยวัณโรคคือยาหลายขนานจะได้รับยาฉีด และยารับประทาน ผู้กำกับการรับประทานยาควรเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเนื่องจากเป็นช่วงที่มีทั้งยาฉีดและยารับประทาน ผู้ที่ทำหน้าที่กำกับการรับประทานยา (DOT) ควรปฏิบัติดังนี้

- 1) ตรวจสอบความถูกต้องของยารับประทานสำหรับผู้ป่วย ก่อนให้รับประทานยาต่อหน้า หลังจากนั้นจึงฉีดยา ถ้ามีหลายมื้อให้มอบหมายให้ อสม. หรือ ญาติ ตามความเหมาะสม
- 2) บันทึกการรับประทานยาและฉีดยา ในประวัติผู้ป่วยหรือสมุดกำกับการรับประทานยา (Treatment Card/DOT Card)
- 3) ให้ผู้ป่วยนอนพักประมาณ 10-15 นาที เพื่อสังเกตอาการ
- 4) ให้กำลังใจ ถามปัญหาและประเมินความเสี่ยงหรืออุปสรรคต่อการรักษา ที่อาจเกิดกับผู้ป่วยซึ่งอาจนำมาซึ่งการขาดยา เช่น การต้องย้ายถิ่นอาศัย
- 5) สังเกตหรือสอบถามอาการข้างเคียงที่อาจเกิดจากยาทุกครั้ง เช่น มีอาการหุ้อหรือเดินเซ ตามัว ชาปลายมือปลายเท้า เป็นต้น ในกรณีมีอาการข้างเคียงชัดเจนให้ปรึกษาแพทย์และพยาบาล
- 6) สอบถามอาการ ชั่งน้ำหนัก สอบถามเรื่องการตั้งครุภ และโรคร่วมอื่นๆ
- 7) ให้คำแนะนำเรื่องการปรับยาตามนัด การเก็บเสมหะส่งตรวจ
- 8) ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มารับประทานยา (แม้เพียง 1 วัน) ให้ติดตามผู้ป่วยทันที หากไม่พบผู้ป่วยหรือไม่ได้ข้อมูล ให้แจ้งเจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรค

ระยะต่อเนื่อง (Maintenance Phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยหยุดยาฉีดมีเฉพาะ ยารับประทาน ซึ่งจะต้องรับประทานต่อเนื่องอีกอย่างน้อย 14 เดือน การกำกับ การรับประทานยา (DOT) และการส่งเสมหะเพาะเชื้อเพื่อประเมินผลการรักษาต้องทำอย่างต่อเนื่อง โดยแจ้งผลให้ผู้ป่วยทราบเป็นระยะ ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ผลการรักษาเป็นระยะ ๆ แต่ต้องใช้คำอธิบายที่เหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการรักษาต่อเนื่องจนครบกำหนด (วิภา รัชชพิชิตกุล และคณะ, 2558)

**4 ระบบการส่งต่อผู้ป่วย** การดูแลผู้ป่วยวัณโรคติดต่ออย่างต่อเนื่องที่สถานพยาบาลระดับต่าง ๆ ปัญหาการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคติดต่อที่ได้รับการรักษาด้วยสูตรยาแนวที่ 2 มีมาก เพราะการรักษาต้องใช้ยารักษาอย่างน้อย 4 ขนาน และหนึ่งในนั้นต้องเป็นยาฉีด การฉีดยาต้องใช้เวลาไม่น้อยกว่า 6 เดือน ระยะเวลารักษานานไม่น้อยกว่า 20 เดือน ฤทธิ์ข้างเคียงอันไม่พึงประสงค์พบได้บ่อย มีรายงานจากการศึกษาหลายแห่งที่แสดงให้เห็นว่าเกิดอาการข้างเคียงไม่พึงประสงค์จากยารักษาวัณโรคแนวที่ 2 จนทำให้ต้องถอนยาบางขนานออกจากสูตรยา พบได้ตั้งแต่กว่าร้อยละ 10.0 จนถึงร้อยละ 30.0 ทำให้การรักษาไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร นอกจากนี้ผู้ป่วยมีโอกาสขาดยาสูงมากกว่าการรักษาทั่ว ๆ ไป อย่างก็ตามการทำ DOT ซึ่งเป็นหัวใจของการรักษาผู้ป่วย DR-TB กับผู้ป่วยที่โรงพยาบาล โดยโรงพยาบาลถูกกำหนดให้เป็นศูนย์กลางการวินิจฉัยและการรักษา โดยการกำหนดสูตรยา อย่างไรก็ตามยังคงมีปัญหาการเดินทางไปรับยาดังนั้นการบริหารจัดการให้การดูแลรักษาผู้ป่วย DR-TB ในลักษณะใกล้บ้าน จึงน่าจะเป็นคำตอบหนึ่งของขบวนการดูแลรักษาที่จะนำไปสู่ความสำเร็จที่สูงยิ่งขึ้น

### 2.1.8 การติดตามการรักษา

การติดตามการรักษาผู้ป่วยวัณโรคเป็นสิ่งสำคัญเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการรักษา ประกอบด้วย การประเมินการตอบสนองของการรักษา การดูแลรักษาใหม่หลังการขาดยาและการติดตามดูแลรักษาผลข้างเคียงของยา (วิภา รัชชพิชิตกุล และคณะ, 2558)

#### 2.1.8.1 การประเมินการตอบสนองต่อการรักษา

การประเมินการตอบสนองต่อยาพิจารณาจากลักษณะทางคลินิกร่วมกับติดตามการตรวจย้อมเสมหะเป็นสำคัญ ส่วนภาพรังสีตรวจเอกซเรย์เฉพาะเมื่อลักษณะทางคลินิกแย่ง เพื่อพิจารณาเปลี่ยนแปลงการรักษา หรือเมื่อต้องพิจารณาหยุดการรักษาเท่านั้น

ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษามีอาการอ่อนแอลงและไม่ค่อยมีเสมหะ อาจไม่ใช่เสมหะที่มีคุณภาพดีระหว่างการรักษาแต่แนะนำยังให้ตรวจย้อมเสมหะเพื่อประเมินการรักษา

ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาตามสูตรยาสำหรับผู้ป่วยใหม่ ถ้าผลเสมหะเดือนที่ 2 ย้อมไม่พบเชื้อ ให้ลดยาเหลือ HR แต่ถ้าผลเสมหะเดือนที่ 2 ยังพบเชื้อควรคำนึงถึงภาวะต่างๆดังต่อไปนี้

- 1) การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ หรือยาไม่มีคุณภาพ หรือเก็บยาในที่ที่ไม่

เหมาะสม

2) ขนาดยาไม่เหมาะสม หรือมีอันตรกิริยา (Interaction) ระหว่างยาทำให้ระดับยาในเลือด ต่ำลง

3) การตอบสนองต่อการรักษาซ้ำเนื่องจากความรุนแรงของโรค หรือเป็นผู้ที่มีระดับภูมิคุ้มกันผิดปกติ

4) เป็นเชื้อที่ตายแล้ว แต่ยังมีย้อมติดสี AFB

5) เป็นเชื้อ NTM

6) สงสัยเชื้อวัณโรคดื้อยา

เมื่อเสมหะเดือนที่ 2 ยังพบเชื้อให้ติดตามลักษณะทางคลินิกและภาพรังสีทรวงอกซ้ำอาจพิจารณาลดยาเหลือ HR หรือให้ HRZE อีก 1 เดือน ขึ้นกับลักษณะทางคลินิกและภาพรังสีทรวงอกเน้นย้ำการรับประทานยาให้สม่ำเสมอและติดตามตรวจย้อมเสมหะเมื่อสิ้นสุดเดือนที่ 3 ของการรักษาอีกครั้ง

เมื่อเสมหะเดือนที่ 3 ย้อมไม่พบเชื้อให้ลดยาเหลือ HR อีก 4 เดือน แต่ถ้าย้อมพบเชื้อให้สงสัยอาจมีเชื้อวัณโรคดื้อยา ให้ส่งเสมหะเพาะเชื้อและทดสอบความไวของเชื้อต่อยาโดยระหว่างที่รอผลให้ลดยาเหลือ HR ได้ (วิภา รัชชพิชิตกุล และคณะ, 2558)

#### 2.1.8.2 การดูแลรักษาใหม่หลังการขาดยา

การพิจารณาการรักษาใหม่หลังการขาดยาหรือหยุดยาด้วยเหตุผลใดๆ (Treatment After Interruption) เช่น อาการแพ้ยารุนแรง เหตุการณ์ความไม่ปกติใด ๆ ทำให้ไม่สามารถรับประทานตามนัดได้ เป็นต้น

#### 2.1.8.3 การติดตามดูแลรักษาผลข้างเคียงของยา

ผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่รับยาได้จนสิ้นสุดการรักษาโดยไม่เกิดผลข้างเคียง ในขณะที่มีผู้ป่วยบางรายเกิดผลข้างเคียงจนอาจต้องหยุดยาระหว่างการรักษา ผลข้างเคียงที่พบบ่อยจากการรักษาวัณโรคแนวที่หนึ่งแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ ผลข้างเคียงรุนแรง (Major Side Effects) ซึ่งต้องหยุดยา และผลข้างเคียงไม่รุนแรง (Minor Side Effects) ซึ่งไม่จำเป็นต้องหยุดยา (วิภา รัชชพิชิตกุล และคณะ, 2558)

##### 1) ปฏิกริยาทางผิวหนัง

ยาทุกชนิดเป็นสาเหตุทำให้เกิดปฏิกริยาทางผิวหนังได้ โดยแบ่งความรุนแรงของอาการออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่

1.1) อาการคันที่ไม่มีผื่นหรือมีผื่น แต่ไม่มีอาการตามระบบ

1.2) ผื่นผิวหนังที่อาจมีอาการตามระบบ เช่น ไข้ร่วมด้วย

1.3) ผื่นหนัง รุนแรงมากที่มีการอักเสบของเยื่อต่างๆรวมด้วย

การดูแลกรณีที่มีอาการคันแต่ไม่มีผื่น ให้ยาต้านฮีสตามีน และรับประทานยาต่อได้ อาการจะค่อยๆดีขึ้น ถ้ามีผื่นลักษณะคล้ายสิ่วและอาจคันโดยไม่มีอาการตามระบบ สามารถให้ยาต่อเนื่องได้เช่นกัน เนื่องจากไม่เป็นอันตรายแต่อาจมีผลด้านความสวยงามเท่านั้น

หากเป็นผื่นผิวหนังที่มีอาการตามระบบ เช่น ไข้ร่วมกับ หูดยาทุกชนิด ให้ยาต้านฮีสตามีนและพิจารณาให้ Prednisolone ขนาดต่ำ

หากผื่นผิวหนังรุนแรงมากที่มีรอยโรคในเยื่อต่างๆ ร่วมกับ หูดยาทุกชนิด ให้ยาสเตียรอยด์ชนิดออกฤทธิ์ทั่วร่างกาย (Systemic Steroid) ขนาดสูงแล้วค่อยๆ ลดขนาดยาตามการตอบสนองรวมถึงปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ เพื่อวางแผนการรักษา ในระหว่างที่มีการหยุดยา ถ้าวัณโรคยังคงอยู่ในระยะรุนแรงให้เลือกยาสำรองกลุ่มอื่นไปก่อน เมื่อเพ็อนหายดี พิจารณาให้ยาใหม่ที่ละตัว (Rechallenge) เริ่มให้ยา H หรือ R ต่อด้วย E หรือ Z เป็นตัวสุดท้าย ขนาดยาแต่ละชนิดเริ่มจากขนาด 1/3 ถึง 1/2 ของขนาดสูงสุดแล้วเพิ่มจนถึงขนาดสูงสุดใน 2-3 วันแล้วเริ่มยาลดไป ถ้ายาตัวก่อนหน้านั้นไม่เกิดปัญหา แต่ถ้าเกิดผื่นขณะได้ยาตัวใด ให้หยุดยาดังกล่าวเพื่อรอให้ผื่นยุบหมดแล้วเริ่มยาลดไป และปรับสูตรยาให้เหมาะสม

## 2) ตับอักเสบ

ผู้ป่วยที่มีตับอักเสบจากยามักมีอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้หรืออาเจียนร่วมด้วย มักเป็นทั้งวันและอาจพบหลังจากเริ่มรับประทานไปแล้วหลายสัปดาห์ อย่างไรก็ตามการแยกภาวะตับอักเสบออกจากผลของยาที่ทำให้มีอาการคลื่นไส้หรือปวดท้องนั้นทำได้โดยตรวจการทำงานของตับเท่านั้น ยาที่เป็นสาเหตุให้เกิดตับอักเสบ ได้แก่ H, R และ Z ส่วนกรณีที่มีค่าเฉพาะ Bilirubin สูงขึ้นโดยไม่ค่อยมีความผิดปกติของเอนไซม์ Aspartate Transaminase (AST) และ Alanine Transaminase (ALT) มักเกิดจากยา R ดังนั้นก่อนเริ่มให้ยารักษาวัณโรค ควรพิจารณาตรวจการทำงานของตับในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการเกิดตับอักเสบ ได้แก่ ผู้สูงอายุมากกว่า 60 ปี ต่อมสุราเป็นประจำ มีประวัติเคยเป็นโรคตับ หรือมีเชื้อไวรัสตับอักเสบบี การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มีภาวะทุพโภชนาการและหญิงตั้งครรภ์

การวินิจฉัยภาวะตับอักเสบจากยารักษาวัณโรคอาศัยเกณฑ์ ดังนี้

2.1) ผลการตรวจหน้าที่การทำงานของตับมีค่า AST, ALT เกิน 5 เท่าของค่าปกติ  
2.2) ผลการตรวจหน้าที่การทำงานของตับมีค่า AST, ALT เกิน 3 เท่าของค่าปกติ ร่วมกับอาการผิดปกติ คือ คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร

2.3) ไม่พบสาเหตุของตับอักเสบอื่น เช่น ไวรัสตับอักเสบ หรือ ยาและสารอื่นเป็นต้น  
เมื่อมีภาวะตับอักเสบจากยารักษาวัณโรคต้องหยุดยา H, R และ Z เจาะเลือดดูการทำงานของตับหาก AST, ALT ลดลงจนต่ำกว่า 2 เท่าของค่าปกติและค่า Bilirubin ลดลงจนต่ำกว่า 1.5 มก.ต่อ ดล. พิจารณา Rechallenge ยาที่ละตัวโดยเรียงจาก H, R และ Z ตามลำดับ เริ่มจากขนาดยาปกติและระยะห่างของการให้ยาแต่ละชนิดเป็น 1 สัปดาห์ หลังจากให้ยาแต่ละชนิดเจาะ

เลือดดูการทำงานของตับภายใน 1 สัปดาห์ ถ้าไม่พบความผิดปกติจึงจะเริ่มยาตัวต่อไปได้ ระหว่าง Rechallenge ถ้าค่าการทำงานของตับกลับสูงขึ้นตามเกณฑ์ที่กล่าวไว้ก่อนหน้า ให้หยุดยาและไม่กลับมาให้ยานี้อีกนอกจากนี้อาจให้ยา Amino-glycoside ร่วมกับ Ethambutol และ Fluoro-quinolone ไปก่อนระหว่าง Rechallenge ในผู้ป่วยวัณโรครุนแรงมากหรือแพร่เชื้อง่าย

### 3) ประสาทตาอักเสบ(Optic Neuritis หรือ Retrobulbar Neuritis)

ยาที่ทำให้เกิดผลข้างเคียงนี้คือ Ethambutol โดยมีความสัมพันธ์กับขนาดยาที่ได้รับและอาจพบจาก H ได้ อาการอันดับแรกๆ อาจเป็นการมองเห็นสีผิดปกติ (Dyschromatopsia, สีแดง-เขียว หรือน้ำเงิน-เหลือง)อาการอื่นของประสาทตาอักเสบ ได้แก่ตามัวภาพตรงกลางดำมืด(Central Scotoma) มองเห็นภาพไม่ชัดเจนในเวลากลางคืน

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการเจ็บตาเวลากวาดตาเป็นอาการนำมาก่อน ประสาทอักเสบมักเกิดหลังได้รับยามาเป็นเดือน โดยมักพบในผู้สูงอายุและผู้ป่วยที่มีการทำหน้าที่ของไตผิดปกติ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 50.0 หายเป็นปกติหลังจากหยุดยา

### 2.1.9 การป้องกันและการลดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค

เชื้อวัณโรคสามารถติดต่อจากผู้ป่วยไปสู่บุคคลอื่นได้ การป้องกันและการลดการแพร่กระจายของเชื้อจึงเป็นสิ่งจำเป็น โดยมีแนวทางที่สำคัญ ได้แก่

1) แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่องทุกวัน ห้ามหยุดยาหรือลดยาเองโดยเด็ดขาดแม้อาการจะดีขึ้น ถ้าเป็นไปได้ให้รับประทานยาต่อหน้าผู้ดูแลทุกครั้งจนครบระยะเวลาตามกำหนดภายใต้การกำกับ (DOT) ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัคร ผู้นำชุมชน หรือสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยเองที่ได้เชื่อถือได้จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยครบถ้วนและป้องกันการเกิดวัณโรคดื้อยา

2) แนะนำให้ผู้ป่วยใช้หน้ากากอนามัยปิดปากและจมูกตลอดเวลาเมื่ออยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างน้อย 2 สัปดาห์แรกของการรักษาจนกว่าไม่ไอหรือไอน้อยลงมากหรือตรวจสอบเสมหะไม่พบเชื้อวัณโรคแล้ว และใช้กระดาษเช็ดหน้าปิดปากและจมูกขณะไอหรือจามในช่วงที่ยังตรวจสอบเสมหะพบเชื้อทั้งกระดาษในภาชนะที่ปิดแล้วล้างมือทุกครั้ง

3) กรณีผู้ป่วยเป็นวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อ แนะนำให้แยกผู้ป่วยจากบุคคลอื่นอย่างน้อย 2 สัปดาห์แรกของการรักษาเพื่อลดการแพร่กระจายของเชื้อโดยจัดห้องพักและสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้อากาศถ่ายเทสะดวกและแสงแดดส่องทั่วถึง

4) แนะนำให้บุคคลในครอบครัวหรือผู้ที่อาศัยบ้านเดียวกันกับผู้ป่วยทุกคนมารับการตรวจคัดกรองหาวัณโรคที่โรงพยาบาลโดยเฉพาะเด็กและคนชรา

5) แนะนำพาเด็กแรกเกิดที่ไม่เคยได้รับวัคซีนไปฉีดวัคซีนป้องกันวัณโรค (BCG Vaccine)

6) การรักษาแบบผู้ป่วยนอกควรจัดคลินิกผู้ป่วยวัณโรค (TB Clinic) อย่างเป็นทางการและเป็นระบบและครบวงจรซึ่งจำเป็นต้องมีมาตรการต่างๆ ได้แก่

6.1 จัดให้มีหน่วยงานรับผิดชอบแน่นอนมีระบบการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการรักษาทุกราย

6.2 จัดให้มียารักษาโรคที่มีประสิทธิภาพมาตรฐานเพื่อจ่ายยาได้อย่างสม่ำเสมอและสะดวก

6.3 จัดการรักษาภายใต้ระบบการมีพี่เลี้ยงกำกับกับการรับประทานยา (DOT) ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ

6.4 จัดหาหน้ากากอนามัย (Surgical Mask) ให้แก่ผู้ป่วยที่สงสัยตั้งแต่ก่อนการตรวจวินิจฉัยและผู้ป่วยที่รู้แน่ชัดว่าเป็นวัณโรค

6.5 จะสถานที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกเป็นห้องแยกออกจากผู้ป่วยปกติ อาจเป็นห้องแยกโรคทางเดินหายใจที่ความดันห้องเป็นลบ (Negative Pressure Room) และมีอุปกรณ์ที่ใช้ป้องกันเชื้อ เช่น เครื่องกรอง High Efficiency Particulate Air (HEPA filter) หน้ากาก N95 ให้กับบุคลากรทางการแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค

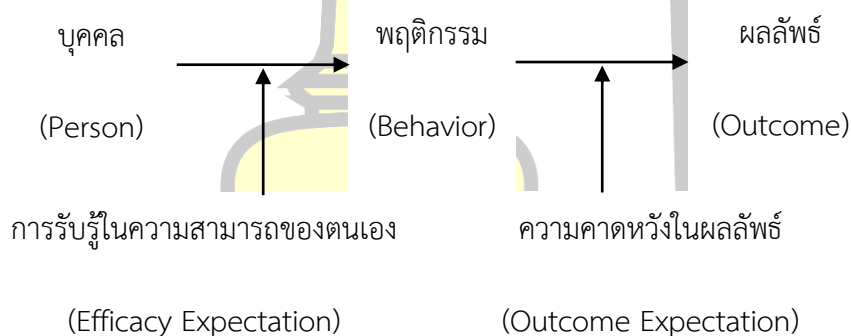
6.6 ห้องตรวจปฏิบัติการตรวจย้อมเสมหะรายงานผลรวดเร็วมีมาตรฐานเชื่อถือได้มีระบบป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

7) การรักษาแบบผู้ป่วยใน หากจำเป็นต้องรักษาในโรงพยาบาล ควรจัดให้มีห้องแยกผู้ป่วยวัณโรคเสมอโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วย MDR-TB แยกห้องที่ดีที่สุดคือ Negative Pressure Room แต่ถ้าไม่สามารถจัดห้องแยกต่างหากได้ ควรแยกบริเวณให้อยู่ห่างจากผู้ป่วยอื่น ๆ และเมื่อผู้ป่วยจะต้องออกจากห้องแยกเพื่อไปรับการวินิจฉัยภายนอก ห้องควรให้สวม Surgical Mask และแยกห้องจนกระทั่งให้การรักษาด้วยระบบยาที่เหมาะสมอย่างน้อย 2 สัปดาห์หรือเมื่อมีอาการดีขึ้น (เปี่ยมลาก แสงสายันต์, 2561)

สรุป การดูแลผู้ป่วยวัณโรคต้องอาศัยกระบวนการหลายขั้นตอน การสังเกตอาการป่วย การเก็บเสมหะส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ การวินิจฉัยผู้ป่วยว่าเป็นโรควัณโรคโดยอาศัยผลจากห้องปฏิบัติการ การรักษาผู้ป่วยด้วยยาสูตรต่าง ๆ ที่โรงพยาบาล ก่อนที่จะส่งต่อผู้ป่วยมารักษาที่ชุมชน ต้องมีกระบวนการติดตามผู้ป่วยกินยาที่เป็นระบบ DOT และการให้ความรู้เรื่องการป้องกันโรควัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วย ทั้งนี้ต้องอาศัยความร่วมมือ ผู้ป่วย ผู้ดูแล และทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยในชุมชนให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

## 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

**2.2.1 ทฤษฎีความสามารถตนเอง (Self- Efficacy Theory)** มีหลักการจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม เมื่อบุคคลมีทักษะที่จะปฏิบัติอย่างเหมาะสม และมีกำลังใจอย่างเพียงพอ ความคาดหวังในความสามารถจึงเป็นสิ่งที่สำคัญที่จะตัดสินใจว่า บุคคลจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและปฏิบัติตัวตามคำแนะนำได้อย่างมีประสิทธิภาพ Bandura ได้ศึกษาถึงความเชื่อของบุคคลในเรื่องความสามารถที่จะกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดด้วยความสามารถของตนเอง และได้เสนอแนะให้บุคคลมีความเชื่อในความสามารถของตนเอง ดังนั้นความสามารถตนเอง (Self- Efficacy) ซึ่งมีอิทธิพลที่จะช่วยให้บุคคลปฏิบัติตนเฉพาะอย่างได้จึงเป็นแนวคิดที่มีความสำคัญที่จะเชื่อมโยงระหว่างสิ่งที่ทราบว่าจะทำอะไร (Knowing What To Do) สิ่งที่จะต้องปฏิบัติจริง ๆ (Actually Doing It) จากแนวคิดที่กล่าวมาข้างต้น Bandura ได้พัฒนาและทดสอบทฤษฎีความสามารถตนเอง(Self- Efficacy Theory) โดยมีสมมติฐานของทฤษฎี คือ ถ้าบุคคลสามารถรับรู้หรือมีความเชื่อในความสามารถตนเอง โดยทราบว่า จะต้องทำอะไรบ้าง และเมื่อทำแล้วจะได้ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้บุคคลนั้นก็จะมีปฏิบัติตามดังกล่าว โครงสร้างที่สำคัญของทฤษฎีมี (ดังภาพ 1) (Bandura, 1987)



ภาพ 1 ความสัมพันธ์ที่แตกต่างกันระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเอง จากโครงสร้างของทฤษฎีแสดงให้เห็นส่วนประกอบที่สำคัญของทฤษฎีคือ

1. การรับรู้ในความสามารถ (Efficacy Expectation) แบนดูราให้ความหมายความคาดหวังในความสามารถของตนเองว่าเป็นความเชื่อของบุคคลที่ว่าตนสามารถทำพฤติกรรมต่างๆที่กำหนดไว้ได้เพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการเป็นความหวังที่เกิดขึ้นก่อนและทำพฤติกรรม
2. ความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome Expectation) หมายถึงความเชื่อที่บุคคลประมาณค่าพฤติกรรมเฉพาะอย่างที่จะปฏิบัติจะนำไปสู่ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้เป็นการคาดหวังในผลที่จะเกิดขึ้นที่สืบเนื่องจากพฤติกรรมที่ได้ทำบุคคลจะตัดสินใจว่าจะกระทำพฤติกรรมอย่างไรอย่างหนึ่งหรือไม่ในส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับความรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเองและอีกส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับ



รับรู้เกี่ยวกับผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นดังนั้นการรับรู้ทั้ง 2 ประการจึงมีความสัมพันธ์ (ดังภาพ 1) (Bandura, 1987)

### 2.2.2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเอง

Bandura กล่าวว่า การรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของบุคคลพัฒนามาจากปัจจัยหลัก 4 ปัจจัย

1. ความสำเร็จในการกระทำ (Performance Accomplishment) เป็นประสบการณ์ตรงจึงมีผลต่อการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของบุคคลอย่างมากความสำเร็จในการกระทำจะเป็นตัวเพิ่มการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของบุคคลและการไม่ประสบผลสำเร็จในการกระทำหลายครั้งซ้ำกันจะเป็นตัวลดการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนในกรณีที่มีการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถเกิดจากการประสบความสำเร็จหลายครั้งจะทำให้บุคคลไม่ท้อถอยในการทำงานนั้นเมื่อไม่ประสบความสำเร็จในบางครั้งถ้าการไม่ประสบความสำเร็จนั้นสามารถแก้ไขความผิดพลาดด้วยความพยายามก็จะเป็นแรงเสริมในการทำงานต่อไปแม้งานยากเพียงใดบุคคลจะเพิ่มความพยายามเพื่อให้งานนั้นสำเร็จ

2. การได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious Experience) เป็นสิ่งแนะนำต้นแบบที่บุคคลนำมาพิจารณาความสามารถของตนเมื่อบุคคลสังเกตเห็นผู้อื่นได้ประสบความสำเร็จในการทำงานยากโดยไม่มีผลเสียตามมาทำให้เกิดการรับรู้ว่าคุณก็สามารถทำงานนั้นได้ถ้าตั้งใจและพยายาม โดยเฉพาะยังอยู่ในวัยเดียวกันเพศเดียวกันความสามารถและประสบการณ์ในอดีตไม่แตกต่างกัน

3. การชักจูงด้วยคำพูด (Verbal Persuasion) เป็นการรับเอาคำแนะนำชักจูงจากผู้อื่นมาเป็นข้อมูลเมื่อพิจารณาความสามารถของตนทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นว่าตนมีความสามารถที่จะทำงานได้สำเร็จถึงแม้ว่าจะเคยทำงานไม่สำเร็จมาแล้วเป็นการเพิ่มกำลังใจและความมั่นใจวิธีนี้เป็นวิธีที่ใช้กันอย่างกว้างขวางซึ่งเป็นประโยชน์อย่างมากวิธีหนึ่งในกรณีที่ไม่สามารถสาธิตให้ดูหรือไม่สามารถให้ลองทำเองได้ด้วยตนเอง

4. ความตื่นตัวของอารมณ์ (Emotional Arousal) บุคคลจะรับรู้ว่าคุณตื่นตัวมีความวิตกกังวลหรือความกลัวจากอาการกระตุ้นของร่างกายในสภาวะที่ร่างกายถูกกระตุ้นมากจะทำให้การทำงานได้ผลไม่ดีหากบุคคลรับรู้ว่าคุณมีความวิตกกังวลในระดับสูงบุคคลจะรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนในการทำงานนั้นระดับต่ำแต่ให้การปลุกเร้าความรู้สึกอยากจะทำด้วยตนเองด้วยความสำนึกในตนเองอย่างแท้จริงการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเองนั้นสามารถเกิดขึ้นได้จากปัจจัยหลากหลายประการที่กล่าวมาและการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเองนั้นอาจเกิดจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งหรืออาจเกิดจากปัจจัยหลายประการมาผสมผสานกันก็ได้ (Bandura, 1997)

ลักษณะการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของบุคคลเป็น 3 มิติ

มิติที่ 1 เกี่ยวกับปริมาณการรับรู้ (Magnitude) การรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลในการกระทำพฤติกรรมหนึ่งหรือบุคคลเดียวกันจะแตกต่างกันในพฤติกรรมที่แสดงออกมาในความยากง่ายเป็นการรับรู้ของบุคคลว่าตนจะทำงานสำเร็จถึงระดับไหน

มิติที่ 2 เกี่ยวกับการนำไปใช้ (Generality) การรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนในการนำไปปฏิบัติสถานการณ์อื่น ซึ่งประสบการณ์การปฏิบัติงานบางอย่าง ก่อให้เกิดความสามารถในการนำไปปฏิบัติในสภาพการณ์อื่นที่คล้ายกันแต่ในปริมาณที่แตกต่างกันได้ ประสบการณ์บางอย่างไม่อาจนำการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนสามารถนำไปใช้ในสถานการณ์อื่นได้

มิติที่ 3 เกี่ยวกับความเข้มหรือความมั่นใจ (Strength) ถ้าการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนมีความเข้มน้อยบุคคลจะไม่มั่นใจในความสามารถของตน เมื่อประสบการณ์ไม่เป็นไปตามที่รับรู้ จะทำให้การรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนลดลง ตรงกันข้ามถ้าความเข้มหรือความมั่นใจมากบุคคลจะมีความบากบั่นมานะพยายามมาก แม้ว่าจะประสบเหตุการณ์ที่ไม่สอดคล้องกับการรับรู้บ้างก็ตาม (Bandura, 1997)

สำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎีความสามารถตนเองมาใช้ในการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาความสามารถตนเองของผู้ดูแลและผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรค วัณโรค 3 ประการคือการใช้ความสำเร็จในการกระทำ (Performance Accomplishment) การได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious Experience) การชักจูงด้วยคำพูด (Verbal Persuasion) การใช้ความสำเร็จในการกระทำ (Performance Accomplishment) ได้ใช้แนวคิดมาประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมเพื่อให้เจ้าหน้าที่และผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค เกิดประสบการณ์ตรงจากการกระทำได้แก่การสาธิตการฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องซึ่งแบบคู่มือได้เสนอว่าแหล่งข้อมูลนี้เป็นแหล่งที่มีอิทธิพลสูงสุดเพราะบุคคลจะได้ประสบการณ์ตรงที่เกิดขึ้นกับตนเองว่าตนกระทำได้สำเร็จความสำเร็จหรือความล้มเหลวที่อาจเกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำอีกย่อมชักจูงให้บุคคลรับรู้เกี่ยวกับความสามารถตนเองในทางตรงกันข้ามหากความสำเร็จหรือความล้มเหลวนั้นเกิดขึ้นเป็นครั้งคราวบุคคลก็อาจรับรู้ไปว่าเป็นปัจจัยต่างๆทางสภาพแวดล้อมมากกว่าที่จะรับรู้ว่าเป็นเพราะความสามารถตนเอง (Bandura, 1997) การได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious Experience) เป็นการให้เจ้าหน้าที่สังเกตการณ์แสดงการกระทำต่างๆของบุคคลอื่นเพื่ออาจถูกชักจูงให้เกิดการรับรู้ว่าตนเองก็สามารถกระทำอย่างที่ท่านเห็นได้เหมือนกันความสอดคล้องกันของความสำเร็จในการกระทำของบุคคลอื่นๆหลายๆคนและหลายๆครั้งย่อมส่งผลให้ตัวผู้สังเกตเกิดพฤติกรรมรับรู้ในความสามารถของตนเองด้วยและในการเรียนรู้โดยการสังเกตจากตัวแบบนี้ Bandura ได้กล่าวว่าประกอบด้วยกระบวนการ 4 อย่างคือ

1) กระบวนการตั้งใจ (Attention Processes) บุคคลไม่สามารถเรียนรู้ได้มากจากการสังเกตถ้าเขาไม่มีความตั้งใจกระบวนการตั้งใจจะเป็นตัวกำหนดว่าบุคคลจะสังเกตอะไรจากตัวแบบนี้

องค์ประกอบที่มีผลต่อกระบวนการตั้งใจแบ่งออกได้เป็น 2 องค์ประกอบได้แก่ความสามารถในการรับรู้ของผู้สังเกตและความชอบที่เคยได้เรียนรู้มาก่อนแล้ว

2) กระบวนการเก็บจำ (Retention Processes) บุคคลจะแปลงข้อมูลจากตัวแบบเป็นรูปแบบของสัญลักษณ์และจัดทำโครงสร้างเพื่อให้จำได้ง่ายการที่บุคคลมีความเก็บจำจึงสามารถแสดงพฤติกรรมเลียนแบบตามทันทีหรือแสดงพฤติกรรมเลียนแบบภายหลังการสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบผ่านไประยะเวลาหนึ่ง

3) กระบวนการกระทำ (Production Processes) เป็นกระบวนการที่ผู้สังเกตเปลี่ยนแปลงสัญลักษณ์ที่เก็บจำไว้นั้นมาเป็นการกระทำที่ได้ข้อมูลย้อนกลับจากการกระทำของตนเองและการเทียบเคียงการกระทำกับภาพที่จำได้จะช่วยให้ผู้สังเกตสามารถปรับปรุงแก้ไขพฤติกรรมการเลียนแบบของตนจนเป็นที่พึงพอใจ

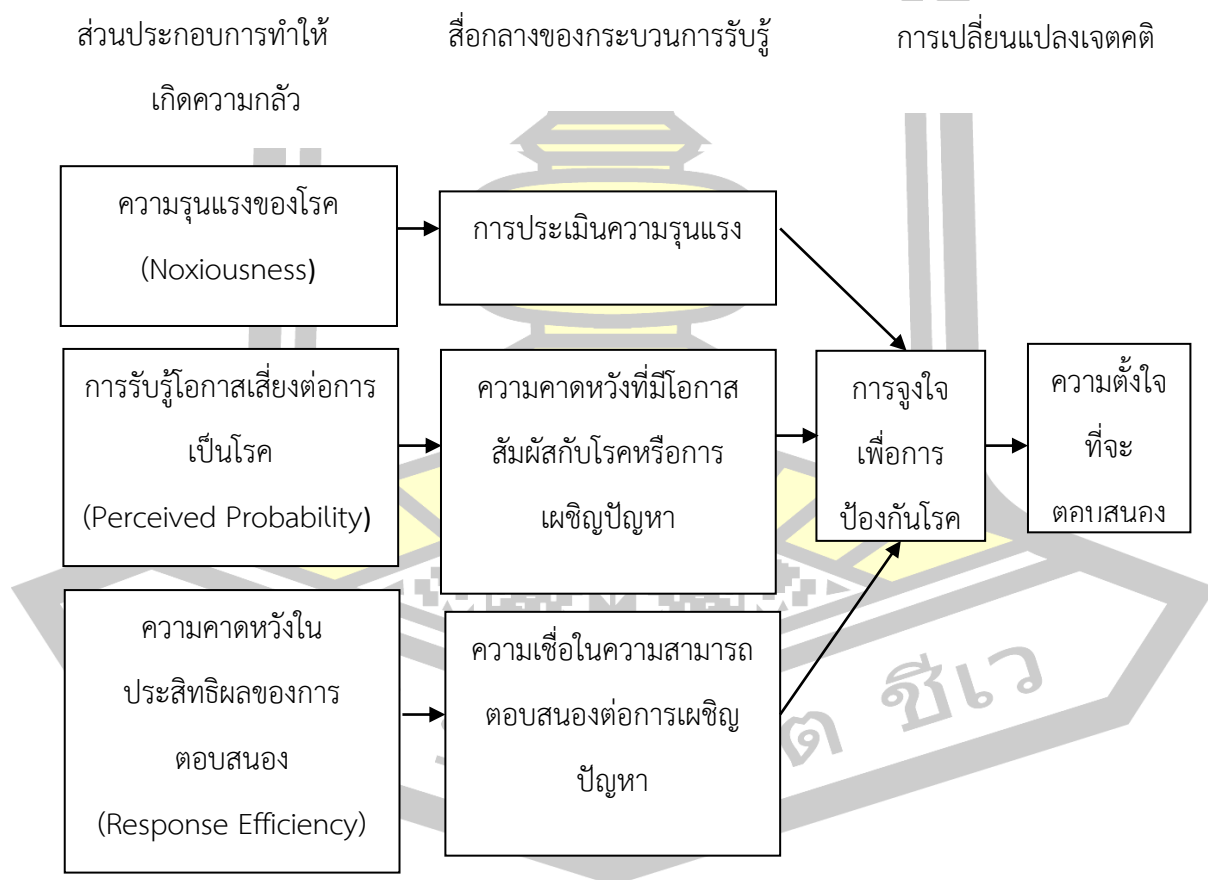
4) กระบวนการจูงใจ (Motivate Processes) พฤติกรรมที่ผู้สังเกตเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบอาจถูกแสดงออกมาหรือไม่ก็ได้ถ้าพฤติกรรมของตัวแบบได้รับผลลัพธ์ที่น่าพอใจหรือสามารถหลีกเลี่ยงผลลัพธ์ที่ไม่พึงพอใจจะมีแนวโน้มการเลียนแบบสูงเพราะบุคคลเกิดการรับรู้จะได้ผลลัพธ์เช่นเดียวกับตัวแบบหรือเกิดความรู้สึกแฉ่งว่าตนคือผู้ที่ได้รับผลลัพธ์ที่น่าพึงพอใจนั้นประเภทของตัวแบบ (Bandura, 1997) การเสนอตัวแบบ Bandura ได้เสนอไว้ 2 รูปแบบดังนี้คือ

1. ตัวแบบมีชีวิตจริง (Live Model) หมายถึงตัวแบบซึ่งผู้สังเกตสามารถปฏิสัมพันธ์หรือสังเกตได้โดยตรงโดยไม่ต้องผ่านสื่อหรือสัญลักษณ์อื่น ๆ

2. ตัวแบบสัญลักษณ์ (Symbolic Model) หมายถึงเป็นตัวแบบที่ผู้สังเกตเรียนรู้ผ่านสัญลักษณ์เช่นภาพยนตร์วีดิทัศน์สไลด์เป็นต้นการชักจูงด้วยคำพูด (Verbal Persuasion) เป็นวิธีการหนึ่งที่ผู้วิจัยได้นำมาประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมเพราะเป็นวิธีที่สามารถใช้กระตุ้นชักจูงให้เจ้าหน้าที่เกิดการยอมรับและมีส่วนร่วมในกิจกรรมเป็นการเพิ่มกำลังใจและความมั่นใจให้กับเจ้าหน้าที่เพื่อก่อให้เกิดความพยายามปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทิศทางที่พึงประสงค์ (Bandura, 1997)

2.2.3 ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (The Protection Motivation Theory) ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคเกิดขึ้นครั้งแรกในปี ค.ศ.1975 โดยโรเจอร์ส ต่อมาได้รับการปรับปรุงและนำมาแก้ไขใหม่ในปี ค.ศ. 1983 ซึ่งเริ่มต้นจากการนำเอาการกระตุ้นด้วยความกลัวมาใช้โดยเน้นความสำคัญร่วมกันระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) และทฤษฎีความคาดหวังในความสามารถของตน (Self Efficacy Theory) นั่นคือการรวมปัญหาที่ทำให้เกิดการรับรู้ในภาพรวมของบุคคลซึ่งการรับรู้ที่ถูกต้องนี้จะเป็นตัวเชื่อมโยงที่จะนำไปสู่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Rogers, 1975)

2.2.4 การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคนั้นเน้นเกี่ยวกับการประเมินการรับรู้ด้านข้อมูลข่าวสารเพื่อเผยแพร่สื่อสารการประเมินการรับรู้นี้มาจากสื่อกลางที่ทำให้เกิดความกลัวซึ่งขึ้นอยู่กับจำนวนของสื่อที่นำมากระตุ้นด้วยและในการตรวจสอบการประเมินการรับรู้นี้โรเจอร์ส ได้กำหนดตัวแปรที่ทำให้บุคคลเกิดความกลัว 3 ตัวแปรคือการรับรู้ความรุนแรงของโรค (Noxiousness) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Probability) และความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง (Response Efficiency) เพื่อให้เกิดสื่อกลางของกระบวนการเรียนรู้อันประกอบด้วยความสามารถในการประเมินความรุนแรงความคาดหวังที่จะมีโอกาสสัมผัสกับโรคหรือเผชิญกับปัญหาและความเชื่อในความสามารถตอบสนองต่อการเผชิญปัญหาซึ่งเป็นส่วนประกอบที่ทำให้เกิดแรงจูงใจในการป้องกันโรคของบุคคลอื่นจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติของบุคคลไปในทางที่ถูกต้องคือเกิดความตั้งใจที่จะตอบสนองต่อพฤติกรรมและกระทำพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในที่สุดตัวอย่าง (ดังภาพ 2) (Rogers C,1975)



ภาพ 2 แผนภูมิแบบดั้งเดิมของทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ส

1.1 ความรุนแรงของโรค (Noxiousness) สามารถพัฒนาให้เกิดขึ้นได้โดยวิธีการถ้ากระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมบางอย่างจะทำให้บุคคลได้รับผลร้ายแรงโดยการใช้สื่อเป็นสิ่งสำคัญในการเผยแพร่ข่าวสารที่คุกคามต่อสุขภาพลักษณะของข้อความที่ปรากฏเช่นมีอันตรายถึงชีวิตหรืออาจบรรยายว่าไม่ทำให้เกิดอันตรายรุนแรงเช่นระคายเคืองเล็กน้อยโดยทั่วไปข้อมูลที่ทำให้เกิดความกลัวสูงจะส่งผลให้บุคคลเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมได้มากกว่าข้อมูลที่ทำให้เกิดความกลัวเพียงเล็กน้อยอย่างไรก็ตามข้อมูลที่ทำให้เกิดความกลัวสูงนี้อาจไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยตรงแต่หากใช้การกระตุ้นหรือปลุกเร้าร่วมกับการชูก่ออาจช่วยให้ข้อมูลนั้นมีลักษณะโดดเด่นขึ้น กระบวนการประเมินการรับรู้ของบุคคลต่อข่าวสารที่เกิดขึ้นจะทำให้บุคคลรับรู้ในความรุนแรงของการเป็นโรคจะดีกว่าการกระตุ้นตามปกติและจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมได้ในที่สุดในการตรวจสอบองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับผลของการรับรู้อันตรายในระดับสูงๆพบว่ามีความตั้งใจในการเลิกบุหรี่มากที่สุดการงดการดื่มสุราช่วยทำให้ร่างกายแข็งแรงและไม่เกิดอันตรายผลการศึกษาที่ศึกษาพบว่าผู้ที่ได้รับการสอนสุขศึกษามีจำนวนผู้ที่สามารถหยุดสูบบุหรี่เพิ่มมากขึ้นผู้ที่ได้รับการสอนสุขศึกษามีผู้ที่ดื่มสุราน้อยลงและลดความผิดพลาดในการขับชีพาหนะให้น้อยลง

1.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค (Perceived Probability) เป็นการสื่อสารโดยการชูก่อกคามต่อสุขภาพซึ่งจะทำให้บุคคลเชื่อว่าตนกำลังตกอยู่ในภาวะเสี่ยงตัวอย่างเช่นศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ในนิวยอร์กได้เสนอข้อมูลให้บุคคลมีความตั้งใจที่จะลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเป็นโรคเอดส์โดยกล่าวว่าจากการตรวจเลือดของผู้ชายรักร่วมเพศและชายรักสองเพศพบว่า 1 ใน 4 คนมีการติดเชื้อไวรัสโรคเอดส์เพื่อหวังให้ประชาชนตื่นตัวว่าตนอยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการติดโรคได้ง่าย อย่างไรก็ตามวิธีนี้ยังไม่ใช่วิธีที่จะทำให้บุคคลรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคของตนเลยทีเดียว เพราะการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคของบุคคลนั้นยังขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของแต่ละบุคคลอีกด้วยว่าจะปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายที่จะทำให้ตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคนั้นหรือไม่ การตรวจสอบการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคสามารถทำได้เช่นเดียวกับการตรวจสอบการรับรู้ในความรุนแรงของโรคโดยใช้แบบสอบถามให้ตอบคำถามในกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคสูงและกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคต่ำตัวอย่างเช่นให้ผู้สูบบุหรี่อ่านบทความเรื่องการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคหัวใจและโรคมะเร็งปอดสูงซึ่งแสดงให้เห็นว่าการสูบบุหรี่จะทำให้ผู้สูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคแล้วให้กลุ่มตัวอย่างทำเครื่องหมายลงในช่องหน้าข้อความของแบบสอบถามของตนว่าตนเชื่อหรือไม่ว่าการสูบบุหรี่จะทำให้เกิดโรคมะเร็งปอดและโรคหัวใจได้ จากการรายงานผลการศึกษาพบว่า ผู้สูบบุหรี่ส่วนมาก มีความหวังว่าตนเองสามารถปรับปรุงพฤติกรรมของตนเอง และมีความตั้งใจที่จะลดหรือเลิกบุหรี่ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

1.3 ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง (Response Efficiency) สามารถกระทำได้โดยการนำเสนอข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค ซึ่ง

เป็นการสื่อสารที่ทำให้บุคคลเกิดความกลัวเกี่ยวกับสุขภาพโดยปกติจะอยู่ในรูปแบบของการปรับหรือลดพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง

1.4 ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self - Efficacy) ความคาดหวังในความสามารถของตนเองนี้ อยู่บนพื้นฐานความเชื่อที่ว่ากระบวนการเปลี่ยนแปลงทางจิตวิทยาขึ้นอยู่กับความคาดหวังในความสามารถของตนเองที่เลือกทางเลือกลงกล่าวกระทำได้หลายวิธี เช่น การเลียนแบบ การเรียนรู้ หรือการสอนด้วยการพูด ความสามารถของตนเองนี้จะทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ในระดับสูงและเป็นพื้นฐานที่จะทำให้บุคคลปฏิบัติตามได้โดยแท้จริง โดยสรุปการที่จะทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำนั้น เนื้อหาของข่าวสารควรมีผลในการช่วยให้บุคคลปฏิบัติตามได้ ซึ่งต่างจากตัวแปรอื่นๆ ที่มีลักษณะของข่าวสารที่คุกคามต่อสุขภาพและไม่ได้คำนึงถึงการส่งเสริมความสามารถของบุคคลที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ การทดลองที่แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของความคาดหวังในความสามารถของตนเองที่จะนำมาใช้ในการป้องกันโรค จากกลุ่มที่มีความเชื่อในอำนาจในตนและกลุ่มที่ไม่มีความเชื่อในอำนาจของตน พบว่าผู้ที่เชื่ออำนาจในตนจะเชื่อว่า การมีสุขภาพดีหรือการเจ็บป่วยเกิดขึ้นจากการปฏิบัติตนของแต่ละบุคคล และจะมีการแสวงหาข้อมูลข่าวสารในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค แต่ผู้ที่เชื่ออำนาจของตนจะเชื่อว่าสุขภาพของเขาขึ้นอยู่กับโอกาสและเคราะห์กรรม หรืออำนาจอื่น ๆ และไม่มี ความตั้งใจที่จะแสวงหาข้อมูลข่าวสารหรือการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค ดังนั้นผู้ที่เชื่ออำนาจในตนจึงมีการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเองสูงในการพัฒนาการรับรู้ความคาดหวังในความสามารถของตนเองนั้นแบนดูว่า

1. จัดประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (Performance Accomplishment) ซึ่งเขาเชื่อว่าเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง เนื่องจากว่าเป็นประสบการณ์โดยตรง ความสำเร็จจะเป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลเชื่อว่าเขามีความสามารถที่จะกระทำเช่นนั้นได้ ดังนั้นในการที่จะพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้นจำเป็นต้องฝึกให้เขามีทักษะเพียงพอที่จะประสบความสำเร็จได้พร้อมๆ กับการทำให้เขารับรู้ว่ามีความสามารถที่จะกระทำเช่นนั้นได้ อันจะเป็นการให้เขาได้ใช้ทักษะที่ได้รับการฝึกมาอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เพราะบุคคลที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถนั้นจะยิ่งเพิ่มความพยายามในการทำงานต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามที่ต้องการ

2. การใช้ตัวแบบ (Modeling) จัดกิจกรรมให้เห็นตัวอย่างผู้อื่น (Vicarious Experience) เป็นกระบวนการเรียนรู้ที่เกิดจากการได้สังเกตตัวแบบแสดงพฤติกรรมแล้วได้รับผลที่พึงพอใจจะทำให้ผู้สังเกตมีความรู้สึกว่าเขาสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ถ้าเขาทำตามตัวอย่างแบบนั้นๆ ซึ่งจะมีสภาพปัญหาคล้ายกับผู้สังเกตตัวอย่างลักษณะของการใช้ตัวแบบที่ส่งผลต่อสิ่งต่างๆ โดยการให้ดูตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายกับตนเองก็จะทำให้ผู้สังเกตลดความกลัวต่อสิ่งต่างๆเหล่านั้นได้ตัวแบบแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภทคือ

2.1 ตัวแบบที่เป็นบุคคลจริงๆ (Live Modeling) คือตัวแบบที่บุคคลได้มีโอกาสสังเกตและมีปฏิสัมพันธ์ได้โดยตรงโดยไม่ต้องผ่านสื่อหรือสัญลักษณ์อื่นๆ

2.2 ตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ (Symbolic Modeling) คือตัวแบบที่เสนอผ่านสื่อต่าง ๆ เช่น วิดีโอโทรทัศน์สไลด์วีดิทัศน์ เป็นต้น

3. จัดกิจกรรมพูดชักจูงใจ (Verbal Persuasion) เป็นเทคนิคการแสดงให้บุคคลรับรู้ว่าคุณเองนั้นมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้วิธีการนี้ค่อนข้างง่ายและนิยมใช้กันทั่วไป

4. การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional Arousal) วิธีการกระตุ้นทางอารมณ์ที่มีผลต่อการเพิ่มหรือลดความสามารถของบุคคล

จากวิวัฒนาการของทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคโรเจอร์สได้พยายามปรับปรุงโดยนำตัวแปรทั้ง 4 ตัวแปรคือการรับรู้ความรุนแรงของโรค (Noxiousness) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค (Perceived Probability) ความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนอง (Response Efficiency) มาสรุปเป็นกระบวนการรับรู้ 2 แบบคือ

1. การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ (Threat Appraisal) ประกอบด้วยตัวแปร การรับรู้ความรุนแรงของโรคและการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค

2. การเผชิญปัญหา (Coping Appraisal) ประกอบด้วยตัวแปรความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนองและความคาดหวังในความสามารถของตนเอง กระบวนการรับรู้ทั้ง 2 ประการของแต่ละบุคคลนี้อาจมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับอิทธิพลของสิ่งแวดล้อม การพูดชักจูงใจ การเรียนรู้จากการสังเกต และลักษณะบุคลิกภาพ หรือประสบการณ์ที่บุคคลได้รับซึ่งกระบวนการรับรู้ดังกล่าวนี้ จะทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพทั้งที่เหมาะสมทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคดังได้กล่าวมาแล้วนั้น

สรุป จะเห็นได้ว่าบุคคลจะต้องมีความเชื่อในความรุนแรงของโรคมีความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมี่ความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนองต่อพฤติกรรมของตนเองและมีความคาดหวังในความสามารถของตนเองที่จะกระทำพฤติกรรมได้ซึ่งจะมีผลต่อความตั้งใจและช่วยให้คุณเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเฉพาะอย่างได้อย่างมีประสิทธิภาพดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดของทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคมาประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างให้เกิดการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนของโรควัยโรคการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรควัยโรคความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการควบคุมและป้องกันการติดต่อความคาดหวังในประสิทธิภาพการตอบสนองต่อการควบคุมการทานยาต่อเนื่อง การป้องกันโรควัยโรค อันจะมีผลต่อพฤติกรรม

## 2.3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพ

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพ มี 3 องค์ประกอบที่สำคัญดังนี้

1) องค์ประกอบด้านตัวบุคคล ได้แก่ ลักษณะทางพันธุกรรม (Genetic makeup) เชื้อชาติ (Race) เพศ (Sex) และอายุและระดับพัฒนาการ (Age and development level) ปัจจัยสรีรวิทยา (Physiological factors) ปัจจัยทางด้านจิตใจ (Psychological Factor) ความรู้ ความเชื่อ ค่านิยม และทัศนคติ พฤติกรรมอนามัย (Health Behavior) หรือสุขปฏิบัติ (Health Practice)

2) องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม (Environment Factors) สิ่งแวดล้อมอาจแบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (Physical environment) สิ่งแวดล้อมทางชีวภาพ (Biological environment) สิ่งแวดล้อมทางเคมี (Chemical environment) สิ่งแวดล้อมทางเศรษฐกิจและสังคม (Social- economic environment)

3) องค์ประกอบทางการจัดการสาธารณสุขและการบริการสุขภาพ (Health Service System Factors) หมายถึง การบริหารจัดการทรัพยากรต่างๆ ที่มีอยู่ของรัฐในการที่จะสนองตอบต่อการส่งเสริมให้บุคคลที่อาศัยอยู่ในชุมชนนั้น ๆ หรือประเทศนั้นๆ มีสุขภาพที่ดี และเท่าเทียมกัน ส่งเสริมให้ทุกคนมีสิทธิเท่าเทียมกันในการเข้าถึงระบบการบริการทางการแพทย์

### 2.3.1 ผลกระทบของปัจจัยสังคมและปัจจัยศีลธรรม

เมื่อเราพูดถึงโรคจิต เราอาจมองหาเหตุปัจจัยหลักจากพันธุกรรม อาชีพ สิ่งแวดล้อม มีผู้วิเคราะห์และสังเคราะห์ผลงานวิจัยเกี่ยวกับเหตุปัจจัยด้านสังคม และเหตุปัจจัยด้านศีลธรรม พบว่ามีผลต่อสุขภาพ (เสียสุขภาพ) ต่อการเกิดโรค (เกิดโรคร้ายขึ้น) และต่อความตาย (อายุสั้น) แม้จะเป็นผลการศึกษาจากงานวิจัยในต่างประเทศ แต่ก็น่าจะเป็นประโยชน์กับคนไทย เมื่อนำมาเทียบเคียงกับสิ่งที่เกิดขึ้นกับสังคมไทยในทุกวันนี้ เหตุปัจจัยดังกล่าว มีดังนี้

1) ความยากจนข้นแค้น (หาไม่พอกินพอใช้) ทำให้คนจนขาดอาหาร เกิดโรคติดเชื้อง่าย และอายุสั้นเมื่อเทียบกับคนมั่งมี

2) ภาวะโดดเดี่ยว (กำพร้า, ถูกทอดทิ้ง หรือแยกตัวเอง) ทำให้มีอัตราการเกิดโรคหัวใจ อัมพาต และมะเร็งเพิ่มกว่าปกติ

3) โรคอ้วน ทำให้เพิ่มภาระโรคต่อไปนี้ คือ ข้อเสื่อม ข้ออักเสบ หืดหอบ นิ่วในถุงน้ำดี มะเร็งเต้านมโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ

4) ความสำส่อนทางเพศ นำมาซึ่งการมีโรคชนิดต่างๆ รวมทั้งเอดส์ การตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร การทำแท้ง (ซึ่งแม่อาจเสียชีวิต) และทารกถูกทอดทิ้ง

5) การเสพติด ทั้งเหล้า บุหรี่ สารเสพติดอื่น และการพนัน

6) โรคที่มนุษย์ทำเอง เช่น ฆ่าตัวตาย ฆ่าคนอื่น อุบัติเหตุต่างๆ ถูกละเมิด

7) ภาวะมลพิษจากฝีมือมนุษย์ ทั้งมลพิษในน้ำ อากาศ ดิน อาหาร และน้ำบริโภค



สรุป ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพและเป็นสาเหตุทำให้ประชาชนเกิดการเจ็บป่วย มีสาเหตุมาจากปัจจัยหลาย ๆ ด้าน ได้แก่ องค์ประกอบด้านตัวบุคคล เช่น พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง เช่น การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ โรคประจำตัว ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้เป็นสาเหตุที่ทำให้ร่างกายมีภูมิคุ้มกันลดลง เสี่ยงต่อการเป็นโรคได้ง่าย องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ส่งผลในการดูแลผู้ป่วยโรคในชุมชน เพราะการมารับผู้ป่วยมารักษาต้องจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และเอื้อต่อการรักษาโรคในระยะยาวอีกด้วย องค์ประกอบทางด้านระบบการจัดการสาธารณสุขและการบริการสุขภาพ เป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ป่วยต้องได้รับต่อเนื่องตลอดการรักษา ทั้งสิทธิการรักษาทั้งความเท่าเทียมการเข้าถึงการรักษาผู้ป่วยโรค ปัจจัยทางสังคมและศีลธรรม ความสำส่อนทางเพศ ทำให้เกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ที่มีผลต่อการป่วยด้วยโรคไวรัส คือ โรคเอดส์ รวมถึงผู้ติดเชื้อ เอชไอวี รวมด้วย ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยโรคในชุมชน

## 2.4 ระเบียบวิธีวิจัย

### 2.4.1 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการหรือ Action Research เป็นระเบียบวิธีวิจัยแบบหนึ่งที่มี กระบวนการวิจัยเป็นไปในลักษณะของการนำแนวคิดหรือทฤษฎีไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติจริงเพื่อสร้างองค์ความรู้หรือหาคำตอบของปัญหาที่เผชิญอยู่ในบริบทของการปฏิบัติงานชุมชนสังคมที่กำลังเผชิญกับปัญหาเหล่านั้นโดยมีขั้นตอนของกิจกรรมในกระบวนการที่มีการกระทำซ้ำจนกว่าจะบรรลุวัตถุประสงค์ของงานวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเกิดขึ้นจากแนวความคิดของนักวิจัยกลุ่มสังคมศาสตร์เชิงวิพากษ์ (Critical social sciences) หรือปฏิบัตินิยม (Pragmatism) ที่มีแนวความคิดว่าวิธีการวิจัยเชิงปริมาณไม่สามารถเข้าถึงความหมายที่แท้จริงของสิ่งที่ศึกษาได้ละเลยความสำคัญของบุคคลซึ่งเป็นปัจเจกบุคคลทั้งในด้านความรู้สึกนึกคิดและไม่สนใจบริบททางสังคมในเชิงพลวัตส่วนการวิจัยเชิงคุณภาพขาดแนวทางที่ชัดเจนประเด็นที่วิจัยเล็กลงไปมองบริบทระยะสั้นซึ่งสรุปเป็นประเด็นสำคัญได้ว่าวิธีการวิจัยทั้งสองเป็นการวิจัยเพื่อรู้และหาข้อเท็จจริงหรือคำตอบมากกว่าที่จะปฏิรูปและสร้างการเปลี่ยนแปลงทางที่ดีขึ้นในสังคมนักวิจัยกลุ่มนี้ได้เสนอแนวความคิดว่าการวิจัยควรเป็นกระบวนการศึกษาค้นคว้าเชิงปฏิรูปที่มุ่งให้เห็นโครงสร้างที่แท้จริงของปัญหาเพื่อนำไปสู่การปฏิรูปหรือการเปลี่ยนแปลงให้ดีขึ้นโดยใช้ทั้งวิธีการวิจัยเชิงปริมาณและวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพร่วมกันและเน้นการวิจัยให้มีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องซึ่ง Kurt Lewin เป็นนักวิจัยคนแรกที่ได้นำกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการมาใช้ในการปรับปรุงวิธีการปฏิบัติงานของคนงานทำให้ Kurt Lewin ได้ชื่อว่าเป็น “บิดาแห่งการวิจัยเชิงปฏิบัติการ” และได้รับการพัฒนาและนำมาใช้งานโดยนักวิชาการคนอื่น ๆ ในระยะต่อมาอีกหลายท่านอันส่งผลให้การวิจัยเชิงปฏิบัติการถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายกับ

งานวิจัยที่ต้องการศึกษาปัญหาและนำความรู้ที่มีมาใช้ในแก้ปัญหาหรือการพัฒนาเพื่อเปลี่ยนแปลงบริบทของปัญหานั้นให้ดีขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งงานวิจัยด้านการศึกษาและงานวิจัยทางการดูแลสุขภาพ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการถูกนำมาใช้ในงานวิจัยด้านการดูแลสุขภาพอย่างแพร่หลายทั้งนี้การวิจัยเชิงปฏิบัติการในงานวิจัยด้านนี้อาจถูกเรียกในชื่ออื่นเช่นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) การศึกษาโดยอาศัยชุมชนเป็นฐาน (Community-based study) หรือการหาความต้องการแบบร่วมมือ (Co-operative enquiry) แต่มีนัยเดียวกันคือมักใช้เพื่อพัฒนาสภาพการณ์และวิถีปฏิบัติในสภาพแวดล้อมของการดูแลสุขภาพ (Adelman Clem et al, 1993)

1) ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการมีผู้ให้ความหมายของการวิจัยเชิงผสมผสานไว้หลายความหมายดังนี้

Kemmiss และ McTaggart กล่าวว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นรูปแบบหนึ่งของการรวบรวมการศึกษาค้นคว้าการสะท้อนตนเองโดยผู้ปฏิบัติงานในสถานการณ์ทางสังคมเพื่อปรับปรุงหลักการเหตุผลและความยุติธรรมของสังคมตนเองหรือการปฏิบัติทางการศึกษาในขณะเดียวกันก็เข้าใจงานที่ปฏิบัติและเข้าใจสถานการณ์ที่กำลังดำเนินการอยู่ (Kemmis, 1988)

Streubert และ Carpenter (1999) กล่าวว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการคือการวิจัยที่ดำเนินการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงวิธีการปฏิบัติกรอย่างเป็นระบบระเบียบ (Improve practice and systematically) และเป็นการศึกษาปัญหาที่เกิดขึ้นในสถานการณ์เฉพาะนั้นๆพร้อมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงเพื่อให้ได้มาซึ่งรูปแบบของการแก้ปัญหาและได้คำตอบในการแก้ปัญหาดังกล่าว

Holloway (2009) กล่าวว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการ หมายถึง การแสวงหาความรู้ภายใต้การดำเนินการของนักปฏิบัติที่กลายมาเป็นนักวิจัยหรือผู้ซึ่งทำงานเป็นหุ้นส่วนกับนักวิจัยเพื่อตรวจสอบประเด็นและปัญหาในสถานที่ทำงานของตนเองเป็นการนำความคิดไปปฏิบัติผ่านกระบวนการที่เป็นวงจรซึ่งแต่ละวงจะขึ้นกับวงก่อนหน้าการวิจัยเชิงปฏิบัติการไม่ใช่วิธีการวิจัยบริสุทธิ์แต่เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาและนักวิจัยสามารถใช้วิธีการเก็บและรวบรวมข้อมูลได้หลากหลายวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการจึงเป็นทั้งการวิจัยและการปฏิบัติการ

จากที่กล่าวมาอาจกล่าวโดยสรุปได้ว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการคือกระบวนการวิจัยที่ดำเนินการศึกษาค้นคว้าเพื่อให้เห็นโครงสร้างที่แท้จริงของปัญหาโดยอาศัยความร่วมมือระหว่างบุคลากรที่เกี่ยวข้องและผู้วิจัยเพื่อแก้ปัญหาโดยใช้กระบวนการทำงานแบบวงจรอย่างเป็นระบบซึ่งมุ่งเน้นให้เกิดการพัฒนาหรือเปลี่ยนแปลงสถานการณ์อย่างเป็นขั้นตอนตลอดกระบวนการวิจัยจนเกิดองค์ความรู้ต่างๆที่ได้จากกระบวนการวิจัยที่สามารถนำมาประมวลเป็นแนวคิดหลักการและสร้างเป็นทฤษฎีได้และปฏิรูปหรือการเปลี่ยนแปลงให้ดีขึ้น”

## 2) คุณลักษณะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

Levin (2006) ได้ให้ความคิดเห็นไว้ว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการมีลักษณะการวิจัยที่มีการผสมผสานวิธีการวิจัยเชิงปริมาณและวิธีเชิงคุณภาพเข้าด้วยกันหรือที่เรียกรวมกันว่าพหุวิธี (Multiple Methodologies) โดยที่การวิจัยเชิงปฏิบัติการไม่ได้เน้นในการกำหนดแนวทางรูปแบบที่ชัดเจนของวิธีวิทยานักแต่มีเป้าหมายสูงสุดคือใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อเรียนรู้สู่การปฏิบัติวิธีการที่จะเลือกใช้ขึ้นอยู่กับบริบทที่จะศึกษาและมีลักษณะการดำเนินการวิจัยเป็นวงจรหรือเกลียว (Spiral) อาจสรุปคุณลักษณะเด่นของการวิจัยเชิงปฏิบัติการออกมาได้ดังนี้

- 1) มุ่งปรับปรุงการปฏิบัติตนและการปฏิบัติงานของบุคคล
- 2) เป็นการดำเนินการวิจัยในลักษณะพหุวิธี
- 3) มีลักษณะการดำเนินงานเป็นวงจรอย่างมีระบบ
- 4) การดำเนินงานต้องอาศัยความร่วมมือจากบุคลากรหรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาหรือสถานการณ์ของบริบทปัญหานั้นๆ
- 5) เน้นการศึกษาเฉพาะกรณีหรือศึกษาเพียงหน่วยเดียว
- 6) มีการนำความรู้หรือทฤษฎีไปใช้เรียนรู้สู่การปฏิบัติ
- 7) คิดวิเคราะห์อย่างมีเหตุผลซึ่งต้องมาจากการทำความเข้าใจการตีความหมายและการคิดอย่างอิสระ
- 8) ผลการวิจัยคือความต้องการของผู้ปฏิบัติงานและผู้ที่เกี่ยวข้องการวิจัยเชิงปฏิบัติการมีข้อดีอยู่ที่ที่ระวางคือผลของการวิจัยอาจไม่สามารถสรุปและใช้อ้างอิงไปยังกลุ่มอื่นๆได้ ความรู้หรือวิธีการแก้ปัญหาที่ได้จากการวิจัยเท่านั้นที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มอื่นๆได้แต่ก็ไม่สามารถรับประกันได้ว่าจะได้ผลเหมือนกัน (Adelman Clem et al, 1993)

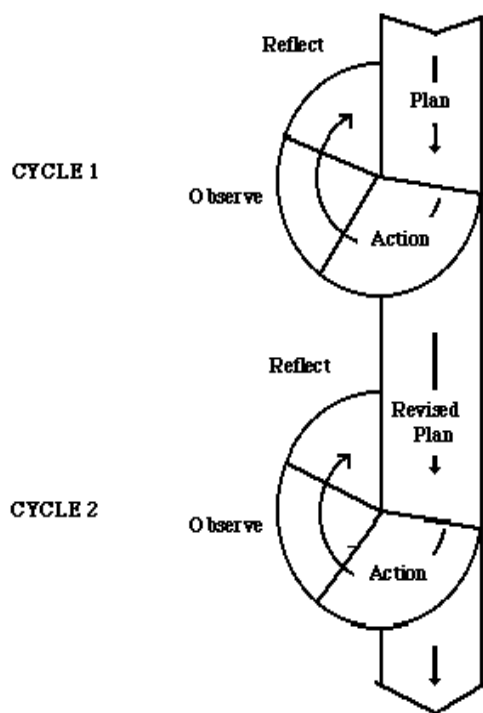
Carr และ Kemmis ได้จำแนกการวิจัยเชิงปฏิบัติการออกเป็นสามระดับคือ

- 1) การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบเทคนิค (Technical Action Research) มีแนวคิดที่สำคัญคือผู้วิจัยทำตัวเป็นผู้เชี่ยวชาญจากภายนอก (Outside Expert) ที่นำแนวคิดแผนงานหรือโครงการที่คิดหรือจัดทำขึ้นไปให้ผู้ร่วมวิจัยเป็นผู้ปฏิบัติโดยมีลักษณะการปฏิบัติแบบบนลงล่าง (Topdown) ที่ผู้ร่วมวิจัยมีลักษณะเป็นผู้ถูกกระทำหรือเป็นผู้ตาม (Passive/ Follower) เป็นรูปแบบทฤษฎีความเป็นอำนาจนิยม
- 2) การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบปฏิบัติ (Practical Action Research) มีแนวคิดที่สำคัญคือผู้วิจัยมีส่วนร่วมกับผู้ร่วมวิจัยมากขึ้นไม่นำเอาแนวคิดแผนงานหรือโครงการของตนไปให้ปฏิบัติตามแบบแรกแต่จะทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาเป็นผู้กระตุ้นตั้งประเด็นและกำกับให้มีการร่วมกันคิดปฏิบัติสังเกตผลและสะท้อนผลเป็นลักษณะการดำเนินการแบบกึ่งกลางของเส้นต่อเนื่อง

(Continuum) กล่าวคือมีลักษณะปนกันระหว่างการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบเทคนิคและการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบอิสระ

3) การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบอิสระ (Emancipatory Action Research) หรือการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) มีแนวคิดที่สำคัญคือ ผู้วิจัยมีส่วนร่วมในการวิจัยกับผู้ร่วมวิจัยในลักษณะเป็นความร่วมมือ (Collaboration) ที่ทั้งผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยต่างมีสถานะที่เท่าเทียมกัน (Equally) ในการร่วมกันคิดปฏิบัติสังเกตผลและสะท้อนผล มีลักษณะการดำเนินงานในรูปแบบล่างขึ้นบน (Bottom-up) ที่ทั้งผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยต่างมีความเท่าเทียมกันทั้งในการแสดงความคิดเห็นและการปฏิบัติจึงมีความเป็นประชาธิปไตยสูง (Kemmis, 1988)

4) ขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการการวิจัยเชิงปฏิบัติการนั้นมีลักษณะการดำเนินการแบบเป็นวงจรจากแนวคิดดั้งเดิมของ Kemmis (1988) แสดงให้เห็นว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการมี 4 ขั้นตอนคือ 1. การวางแผนหลังจากที่วิเคราะห์และกำหนดประเด็นปัญหาที่ต้องการการแก้ไข (Plan) 2. การปฏิบัติตามแผนที่กำหนด (Action) 3. การสังเกตผลจากการปฏิบัติงาน (Observation) 4. การสะท้อนผลหลังจากการปฏิบัติงานให้ผู้มีส่วนร่วมได้วิพากษ์วิจารณ์ซึ่งนำไปสู่การปรับปรุงแก้ไขการปฏิบัติงานต่อไป (Kemmis, 1988) (Reflection and Revision) ซึ่งเรียกว่าวงจร P-A-O-R (ดังภาพ 3)



ภาพ 3 แสดงวงจรการดำเนินงานของ Kemmis

ที่มา: (Kemmis, 1988)

จากภาพแสดงให้เห็นการดำเนินงานจากแนวคิดของ Kemmis ซึ่งประกอบไปด้วยขั้นตอนหลักในการดำเนินงาน 4 ประการคือ

1. พัฒนาแผน (Plan) การปฏิบัติเพื่อปรับปรุงสิ่งที่เกิดขึ้นแล้วให้ดีขึ้นซึ่งผู้ร่วมงานจะต้องร่วมมือร่วมใจในการอภิปราย (ทั้งในแง่ทฤษฎีและปฏิบัติ) เพื่อให้เกิดการวิเคราะห์และปรับปรุงการกำหนดแผนงานที่จะสามารถปฏิบัติได้จริงในสภาพที่เป็นอยู่
2. ปฏิบัติการ (Act) ตามแผน (นำแผนไปใช้ปฏิบัติ) เป็นการดำเนินงานตามความมุ่งหมายที่ตั้งไว้มีการควบคุมการปฏิบัติงานและมีหลักฐานที่ตรวจสอบได้
3. สังเกต (Observe) ผลการปฏิบัติเป็นการเก็บบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับผลที่ได้จากการปฏิบัติงานอย่างมีรายงานหลักฐานโดยการสังเกตทั้งกระบวนการและผลการปฏิบัติงาน
4. สะท้อนผล (Reflect) เป็นการอภิปรายร่วมกันระหว่างผู้ร่วมงานตามที่ได้บันทึกไว้จากการสังเกตเก็บข้อมูลเพื่อนำไปสู่การปรับปรุงแก้ไข/ปฏิบัติขั้นต่อไป (Kemmis, 1988)

ลักษณะการปฏิบัติงานทั้ง 4 ขั้นตอนมีการเชื่อมโยงเกี่ยวเนื่องติดต่อกันไปซึ่งนำไปสู่การนำวิธีการใหม่มาเริ่มดำเนินการตามวงจรการวิจัยในรอบใหม่อีกหลายรอบต่อไป

จากแนวคิดของ Kemmis ที่ได้กล่าวมาทำให้เกิดการพัฒนาการในกระบวนการวิจัยเชิง

ปฏิบัติการเรื่อยมาเช่น Elliott ได้ปรับปรุงรูปแบบในกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการKemmis เสนอขึ้นเพื่อใช้แทนคำอธิบายกระบวนการของ Lewin โดย Elliott เสนอว่าปัญหาหรือหัวข้อในการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการควรที่จะมีการปรับเปลี่ยนได้ (ไม่ควรกำหนดตายตัว) การค้นหาข้อเท็จจริง (Fact-Finding) และการวิเคราะห์สถานการณ์ควรปฏิบัติอย่างซ้ำ ๆ (Recur) ตลอดกระบวนการไม่ใช่เกิดขึ้นแค่เฉพาะตอนเริ่มต้นและควรมีการติดตามหรือเฝ้าสังเกตการปฏิบัติงานก่อนที่จะมีการประเมินผลของการปฏิบัติงานนั้นซึ่งรูปแบบที่ถูกเสนอโดย Elliott

สรุป การใช้ทฤษฎีวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นทฤษฎีที่นำมาประยุกต์ให้เหมาะกับงานสาธารณสุขในพื้นที่ ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเกี่ยวกับวัณโรค ได้ประยุกต์ใช้วงจร P-A-O-R ซึ่งการปฏิบัติขั้น Plan ร่วมมือร่วมของคนในชุมชนในการร่วมหาแนวทางการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ เขียนแผนเพื่อนำไปสู่แนวปฏิบัติ Act เป็นการดำเนินงานตามความมุ่งหมายที่ตั้งไว้ การดำเนินกิจกรรมในพื้นที่หลังจากดำเนินกิจกรรมในพื้นที่แล้ว ดำเนินงานขั้นสังเกต Observe การเก็บบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับผลที่ได้จากการปฏิบัติงานอย่างมีรายงานหลักฐานนำไปสู่ขั้นสะท้อนผล Reflect อภิปรายร่วมกันเพื่อนำไปสู่การปรับปรุงแก้ไขในการดำเนินกิจกรรมต่อไป

#### 2.4.2 กระบวนการการวิเคราะห์ SWOT

SWOT เป็นเทคนิคหนึ่งที่สามารถทำให้ทราบถึงสภาพแวดล้อมภายในและสภาพแวดล้อมภายนอกขององค์กรซึ่งส่งผลให้เกิดความเข้าใจและยอมรับสภาพต่างๆขององค์กรมากขึ้นและสามารถ

นาไปสู่การเตรียมความพร้อมเพื่อการเปลี่ยนแปลงองค์กรตามสถานการณ์ในอนาคตโดยผู้ศึกษานาเทคนิค SWOT นี้มาใช้ในการวิเคราะห์จุดแข็งจุดอ่อนในปัจจุบันภายในและโอกาสและอุปสรรคในการวิเคราะห์ปัจจัยภายนอกขององค์กรรวมทั้งนำมาเป็นกรอบในการศึกษาในครั้งนี้

การวิเคราะห์ SWOT จะครอบคลุมขอบเขตของปัจจัยที่กว้างด้วยการระบุจุดแข็ง จุดอ่อน โอกาสและอุปสรรคขององค์กร ทำให้มีข้อมูล ในการกำหนดทิศทางหรือเป้าหมายที่จะถูกสร้างขึ้น มาบนจุดแข็งขององค์กร และแสวงหาประโยชน์จากโอกาสทางสภาพแวดล้อม และสามารถกำหนด กลยุทธ์ที่มุ่งเอาชนะอุปสรรคทางสภาพแวดล้อมหรือลดจุดอ่อนขององค์กรให้มัน้อยที่สุดได้ ภายใต้การ วิเคราะห์ SWOT นั้น จะต้องวิเคราะห์ทั้งสภาพแวดล้อมภายในและภายนอกองค์กร โดยมีขั้นตอน ดังนี้ (ดุจดาว ธนากรพงศ์, 2557)

1. การประเมินสภาพแวดล้อมภายในองค์กรประเมินสภาพแวดล้อมภายในองค์กรเกี่ยวกับการ วิเคราะห์และพิจารณาทรัพยากรและความสามารถภายในองค์กรทุก ๆ ด้าน เพื่อที่จะระบุจุดแข็ง และจุดอ่อนขององค์กรแหล่งที่มาเบื้องต้นของข้อมูลเพื่อการประเมินสภาพแวดล้อมภายใน คือระบบ ข้อมูลเพื่อการบริหาร ที่ครอบคลุมทุกด้าน ทั้งในด้านโครงสร้างระบบ ระเบียบ วิธีปฏิบัติงาน บรรยากาศในการทำงานและทรัพยากรในการบริหาร (คน เงิน วัสดุ การจัดการ)รวมถึงการพิจารณา ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา ขององค์กรเพื่อที่จะเข้าใจสถานการณ์และผลกลยุทธ์ก่อนหน้านี้ด้วย

จุดแข็งขององค์กร (S-Strengths) เป็นการวิเคราะห์ปัจจัยภายในจากมุมมองของผู้ที่อยู่ ภายในองค์กรนั่นเอง ว่าปัจจัยใดภายในองค์กรที่เป็นข้อได้เปรียบหรือจุดเด่นขององค์กรที่องค์กรควร นำมาใช้ในการพัฒนาองค์กรได้ และควรดำรงไว้เพื่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งขององค์กร

จุดอ่อนขององค์กร (W-Weaknesses) เป็นการวิเคราะห์ ปัจจัยภายในจากมุมมองของผู้ที่อยู่ ภายในจากมุมมอง ของผู้ที่อยู่ภายในองค์กรนั้น ๆ เองว่าปัจจัยภายในองค์กรที่เป็นจุดด้อย ข้อ เสียเปรียบขององค์กรที่ควรปรับปรุงให้ดีขึ้นหรือจัดให้หมดไป อันจะเป็นประโยชน์ต่อองค์กร

2. การประเมินสภาพแวดล้อมภายนอกภายใต้การประเมินสภาพแวดล้อมภายนอกองค์กร นั้น สามารถค้นหาโอกาสและอุปสรรคทางการดำเนินงานขององค์กรที่ได้รับผลกระทบจาก สภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจทั้งในและระหว่างประเทศที่เกี่ยวกับการดำเนินงานขององค์กร เช่น อัตราการขยายตัวทางเศรษฐกิจ นโยบาย การเงิน การงบประมาณ สภาพแวดล้อมทางสังคม เช่น ระดับการศึกษาและอัตราหนังสือของประชาชน การตั้งถิ่นฐานและการอพยพของประชาชนลักษณะ ชุมชน ขนบธรรมเนียมประเพณี ค่านิยม ความเชื่อและวัฒนธรรม สภาพแวดล้อมทางการเมือง เช่น พระราชบัญญัติ พระราชกฤษฎีกา มติคณะรัฐมนตรี และสภาพแวดล้อมทางเทคโนโลยี หมายถึง กรรมวิธีใหม่ๆและพัฒนาการทางด้านเครื่องมืออุปกรณ์ที่จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการผลิตและ ให้บริการ

โอกาสทางสภาพแวดล้อม (O-Opportunities) เป็นการวิเคราะห์ว่าปัจจัยภายนอกองค์กร ปัจจัยใดที่สามารถส่งผลกระทบต่อประโยชน์ ทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการดำเนินการขององค์กรในระดับมหภาค และองค์กรสามารถฉวยข้อดีเหล่านี้มาเสริมสร้างให้หน่วยงานเข้มแข็ง ขึ้นได้

อุปสรรคทางสภาพแวดล้อม (T-Threats) เป็นการวิเคราะห์ว่าปัจจัยภายนอกองค์กรปัจจัยใดที่สามารถส่งผลกระทบต่อในระดับมหภาค ในทางที่จะก่อให้เกิดความเสียหายทั้งทางตรง และทางอ้อม ซึ่งองค์กรจำต้องหลีกเลี่ยงหรือปรับสภาพองค์กรให้มีความแข็งแกร่งพร้อมที่จะเผชิญ แรงกระทบดังกล่าวได้

3. ระบุสถานการณ์จากการประเมินสภาพแวดล้อมเมื่อได้ข้อมูลเกี่ยวกับ จุดแข็ง-จุดอ่อน โอกาส-อุปสรรค จากการวิเคราะห์ปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกด้วยการประเมินสภาพแวดล้อม ภายในและสภาพแวดล้อมภายนอกแล้ว ให้นำ จุดแข็ง-จุดอ่อนภายในมาเปรียบเทียบกับ โอกาส-อุปสรรค จากภายนอกเพื่อดูว่าองค์กรกำลังเผชิญสถานการณ์เช่นใดและภายใต้สถานการณ์เช่นนั้น องค์กรควรจะทำอย่างไร โดยทั่วไปในการวิเคราะห์ SWOT ดังกล่าวนี

3.1 สถานการณ์ที่ 1 (จุดแข็ง-โอกาส) สถานการณ์นี้เป็นสถานการณ์ที่พึงปรารถนา ที่สุด เนื่องจากองค์กรค่อนข้างจะมีหลายอย่าง ดังนั้น ผู้บริหารขององค์กรควรกำหนดกลยุทธ์ในเชิงรุก (Aggressive –Strategy) เพื่อดึงเอาจุดแข็งที่มีอยู่มาเสริมสร้างและปรับใช้และฉวยโอกาสต่างๆ ที่เปิดมาหาประโยชน์อย่างเต็มที่

3.2 สถานการณ์ที่ 2 (จุดอ่อน-ภัยอุปสรรค) สถานการณ์นี้เป็นสถานการณ์ที่เลวร้าย ที่สุด เนื่องจากองค์กรกำลังเผชิญอยู่กับอุปสรรคจากภายนอกและมีปัญหาจุดอ่อนภายในหลาย ประการ ดังนั้นทางเลือกที่ดีที่สุดคือกลยุทธ์การตั้งรับหรือป้องกันตัว (Defensive Strategy) เพื่อพยายามลดหรือหลบหลีกภัยอุปสรรค ต่าง ๆ ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น ตลอดจนหามาตรการที่จะทำให้องค์กรเกิดความสูญเสียที่น้อยที่สุด

3.3 สถานการณ์ที่ 3 (จุดอ่อน-โอกาส) สถานการณ์องค์กรมีโอกาสเป็นข้อได้เปรียบ ด้านการแข่งขันอยู่หลายประการ แต่ติดขัดอยู่ตรงที่มีปัญหาอุปสรรคที่เป็นจุดอ่อนอยู่หลายอย่าง เช่นกัน ดังนั้นทางออกคือกลยุทธ์การพลิกตัว (Turnaround-oriented Strategy) เพื่อจัดหรือแก้ไขจุดอ่อนภายในต่าง ๆ ให้พร้อมที่จะฉวยโอกาสต่าง ๆ ที่เปิดให้

3.4 สถานการณ์ที่ 4 (จุดแข็ง-อุปสรรค) สถานการณ์นี้เกิดขึ้นจากการที่สภาพแวดล้อมไม่เอื้ออำนวยต่อการดำเนินงาน แต่ตัวองค์กรมีข้อได้เปรียบที่เป็นจุดแข็งหลายประการ ดังนั้น แทนที่จะรอจนกระทั่งสภาพแวดล้อมเปลี่ยนแปลงไป ก็สามารถที่จะเลือกกลยุทธ์การแตกตัว หรือขยายขอบข่ายกิจการ (Diversification Strategy) เพื่อใช้ประโยชน์จากจุดแข็งที่มีสร้างโอกาสในระยะยาวด้านอื่น ๆ แทน (ดุจดาว ธนากรพงศ์, 2557)

สรุป วิเคราะห์ SWOT เป็นการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมต่าง ๆ ภายในชุมชน ปัจจัยเหล่านี้แต่ละปัจจัยจะช่วยให้เข้าใจการดำเนินงานในชุมชน จุดแข็งของชุมชน จะเป็นความสามารถภายในที่ถูกใช้ประโยชน์ในการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ เพื่อการบรรลุเป้าหมาย ในขณะที่จุดอ่อนของชุมชนจะเป็นคุณลักษณะภายในที่อาจจะทำลายผลการดำเนินงาน ส่วนโอกาสในการพัฒนาก็ใช้เป็นแนวทางการส่งเสริมให้ชุมชนได้หาแนวทางสนับสนุนว่าขั้นตอนที่ดำเนินงานมาจะสามารถพัฒนาไปด้านใดบ้าง ในทางกลับกันอุปสรรคจะเป็นสถานการณ์ที่ขัดขวางการบรรลุเป้าหมายแต่อุปสรรคอาจจะเป็นแนวทางในการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพที่จะเกิดขึ้นในการดำเนินงานในพื้นที่ที่ยังขึ้น

### 2.4.3 แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน

แนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชนยังช่วยทำให้เกิดการยอมรับจากประชาชนในชุมชนและมีความรู้สึกรับผิดชอบต่อชุมชนอันส่งผลให้เกิดการพัฒนาหรือดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหาได้อย่างยั่งยืนในการแก้ไขปัญหาวิธโรคในชุมชนต้องอาศัย ความร่วมมือของคนในชุมชน

โคเฮนและอัฟฮอฟ (Cohen , J.M. and Uphoff, 1981) ได้ให้ความหมายการมีส่วนร่วมของชุมชนว่าสมาชิกของชุมชนต้องเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องใน 4 มิติได้แก่

- 1) การมีส่วนร่วมการตัดสินใจว่าควรทำอะไรและทำอย่างไร
- 2) การมีส่วนร่วมเสียสละในการพัฒนารวมทั้งลงมือปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ
- 3) การมีส่วนร่วมในการแบ่งปันผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน
- 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผลโครงการ

โดยสร้างโอกาสให้สมาชิกทุกคนของชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมช่วยเหลือและเข้ามามีอิทธิพลต่อกระบวนการดำเนินกิจกรรมในการพัฒนารวมถึงได้รับผลประโยชน์จากการพัฒนานั้นอย่างเสมอภาคองค์การสหประชาชาติได้ให้ความหมายเจาะจงถึงการมีส่วนร่วมว่าการมีส่วนร่วมเป็นการปะทะสังสรรค์ทางสังคมทั้งในลักษณะการมีส่วนร่วมของปัจเจก บุคคลและการมีส่วนร่วมของกลุ่มนอกจากคำว่า “การมีส่วนร่วมของชุมชน” แล้วคำว่า “การมีส่วนร่วมของประชาชน” ยังเป็นอีกคำหนึ่งซึ่งถูกใช้ในบริบทคล้ายคลึงกันและมีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้ (Cohen,J.M. and Uphoff, 1981)

Creighton (2005) ได้นิยามการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้ว่า “การมีส่วนร่วมของประชาชนคือกระบวนการที่ความกังวลความต้องการและคุณค่าของประชาชนได้รับการบูรณาการในการตัดสินใจของภาครัฐผ่านการสื่อสารแบบสองทางโดยมีเป้าหมายโดยรวมเพื่อให้เกิดการตัดสินใจที่ดีขึ้นและได้รับการสนับสนุนจากประชาชน” (Creighton, 2005)

สรุปการมีส่วนร่วมของชุมชนหรือประชาชนนั้นมีหลักสำคัญที่การให้ชุมชนหรือประชาชนมีส่วนร่วมในกระบวนการดำเนินงานและการตัดสินใจตั้งแต่การกำหนดวัตถุประสงค์และวางแผนร่วมกันการร่วมดำเนินโครงการและมีส่วนร่วมในการได้รับประโยชน์หรือรับผิดชอบต่อผลที่ตามมา



จากการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมนั้น ๆ ซึ่งอาจเป็นไปได้โดยการมีส่วนร่วมแบบตัวแทนหรือเป็นไปได้โดยการมีส่วนร่วมด้วยตนเอง

### แนวทางการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ถึงหลักสำคัญในการมีส่วนร่วมคือการให้ประชาชนหรือผู้ที่เกี่ยวข้องได้รับโอกาสในการมีส่วนร่วมอย่างเพียงพอมีโอกาสในการแสดงความคิดเห็นการโต้แย้งและการอภิปรายอย่างมีคุณค่าโดยที่ผลของการมีส่วนร่วมของพวกเขาต้องมีประโยชน์มีอิทธิพลและต้องถูกบูรณาการในการตัดสินใจในขั้นสุดท้ายได้อย่างเหมาะสมซึ่งแนวทางในการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนหรือประชาชนให้ตอบสนองต่อหลักการดังกล่าวจึงมีความสำคัญซึ่งได้นำเสนอแนวทางใน

การสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้ 3 ขั้นตอน (Creighton, 2005)

#### ขั้นที่ 1 การวิเคราะห์การตัดสินใจ

ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนแรกสุดที่สำคัญเนื่องจากเป็นขั้นตอนในการตัดสินใจว่าใครจำเป็นต้องอยู่ในที่วางแผนเพราะแต่ละขั้นตอนของการวางแผนอาจมีผู้มีส่วนได้เสียเพิ่มเข้ามาในแต่ละระยะที่แตกต่างกันซึ่งหากไม่ครบถ้วนก็จะเกิดปัญหาได้โดยการดำเนินงานในขั้นตอนนี้ประกอบด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบและสภาพแวดล้อมของกระบวนการตัดสินใจใดๆที่กระบวนการมีส่วนร่วมนั้นจะถูกจัดทำขึ้นในขั้นตอนนี้จะกำหนดองค์ประกอบสำคัญของการมีส่วนร่วมทั้งหมดได้แก่ขั้นตอนต่าง ๆ ของกระบวนการมีส่วนร่วมปัจจัยต่าง ๆ ที่จะส่งผลกระทบต่อความเชื่อมั่นและความโปร่งใสของกระบวนการและตารางเวลาสำหรับกิจกรรมต่าง ๆ ของกระบวนการมีส่วนร่วมรวมถึงการวิเคราะห์ว่าการมีส่วนร่วมมีความสำคัญต่อกระบวนการตัดสินใจนี้หรือไม่หรือมีความจำเป็นด้วยเหตุผลอื่นโดยมีเงื่อนไขสำคัญ 5 ประการในการตัดสินใจที่จะดำเนินการโครงการหรือกิจกรรมโดยการมีส่วนร่วมของประชาชนได้แก่

- 1) การตัดสินใจนั้นมีผลกระทบต่อสาธารณชนในวงกว้าง
- 2) การตัดสินใจนั้นส่งผลกระทบต่อในวงกว้างและรุนแรง
- 3) การตัดสินใจนั้นส่งผลกระทบต่อผลประโยชน์บางคนหรือกลุ่มคนที่มีอยู่เดิม
- 4) การตัดสินใจนั้นมีเกี่ยวข้องกับประเด็นที่มีความขัดแย้งอยู่ก่อนแล้วและ
- 5) ความจำเป็นเพื่อให้มีการสนับสนุนต่อผลการตัดสินใจ

#### ขั้นที่ 2 การวางแผนกระบวนการ

ขั้นตอนนี้เกี่ยวข้องกับการกำหนดกิจกรรมและเทคนิคการมีส่วนร่วมโดยเฉพาะอย่างยิ่งการวิเคราะห์ค้นหาเทคนิคการมีส่วนร่วมที่เหมาะสมที่สุดในการประยุกต์ใช้ในการแต่ละขั้นของกระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงและการเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมการมีส่วนร่วมกับขั้นตอนการตัดสินใจผู้มีส่วนได้เสียหรือผู้ได้รับผลกระทบจากการตัดสินใจนั้น ๆ รวมไปถึงการกำหนดสถานที่ในการจัดกิจกรรมต่าง ๆ

### ขั้นที่ 3 การปฏิบัติตามแผน

ขั้นตอนนี้เป็นการนำแผนการและกิจกรรมการมีส่วนร่วมต่างๆที่กำหนดไว้ทั้งหมดไปปฏิบัติจริงและทำการประเมินผลของกิจกรรมมีส่วนร่วมตลอดจนมีการนำข้อมูลที่ได้จากกิจกรรมตามกระบวนการมีส่วนร่วมนำไปใช้ประโยชน์อย่างแท้จริงโดยมีประเด็นสำคัญคือต้องมีการวางแผนอย่างระมัดระวังและปรึกษากับหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อให้ได้มาซึ่งการวางแผนการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างรอบคอบและมีการวางแผนการดำเนินงานอย่างรัดกุมในทุกขั้นตอนซึ่งจะช่วยลดระยะเวลาของการดำเนินการที่อาจเกิดข้อผิดพลาดได้ (Creighton, 2005)

สรุป การดำเนินงานโรคโควิด-19 ในชุมชนนั้นวิธีการดำเนินงานวิจัยเชิงปฏิบัติการมีความสำคัญ เช่นการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อปรับปรุงสิ่งที่เกิดขึ้นแล้วให้ดีขึ้นซึ่งผู้ร่วมงานจะต้องร่วมมือร่วมใจในการอภิปรายการดำเนินงานป้องกันโรคโควิด-19 ในชุมชนเพื่อให้เกิดการวิเคราะห์และปรับปรุงการกำหนดแผนงานที่จะสามารถปฏิบัติได้จริงในสภาพที่เป็นอยู่ด้านที่สองปฏิบัติการ (Act) ตามแผนนำข้อมูลจากการวางแผนมาใช้ในการพัฒนารูปแบบสร้างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ในชุมชน เป็นการดำเนินงานตามความมุ่งหมายที่ตั้งไว้มีการควบคุมการปฏิบัติงานและมีหลักฐานที่ตรวจสอบได้ด้านที่สามสังเกต (Observe) ผลการปฏิบัติเป็นการเก็บบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับผลที่ได้จากการปฏิบัติงานอย่างมีรายงานหลักฐานโดยการสังเกตทั้งกระบวนการและผลการปฏิบัติงานการสังเกตผู้ป่วยโควิด-19 การสังเกตและติดตามดูแลผู้ป่วยเพื่ออำนวยความสะดวกประสานงานด้านที่สี่สะท้อนผล (Reflect) เป็นการอภิปรายร่วมกันระหว่างผู้ร่วมงานตามที่ได้บันทึกไว้จากการสังเกตเก็บข้อมูลเพื่อนำไปสู่การปรับปรุงแก้ไขหรือมีการดำเนินงานในวงรอบต่อไป

## 2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.5.1 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ในชุมชนและแนวทางการดำเนินงานโรคโควิด-19 ในชุมชน ปรียา สีนุระวิทย์ (2554) การพัฒนาแนวทางการควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชนของโรงพยาบาลวานรนิวาส อำเภovanรนิวาส จังหวัดสกลนคร การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และพัฒนาแนวทางในการควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชนของโรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แนวทางการสัมภาษณ์ แนวทางการสนทนากลุ่ม ทั้งหมด 50 คน การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณนำมาวิเคราะห์ทางสถิติเป็นความถี่ และร้อยละ ข้อมูลเชิงคุณภาพนำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหาผลการวิจัย จากการวิเคราะห์สถานการณ์ของการควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชน พบว่า ผู้ป่วยโรคโควิด-19 พี่เลี้ยงผู้ป่วยโรคโควิด-19 องค์กรในชุมชน มีความรู้ไม่เพียงพอ รวมทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องยังขาดแนวทางในการควบคุมโรคที่เหมาะสม จึงได้ร่วมกันพัฒนาแนวทางการควบคุมโรค ดังนี้ 1) การค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ในชุมชน ในผู้สัมผัสร่วมบ้านของผู้ป่วย และกลุ่มเสี่ยงต่างๆ เพื่อรับการตรวจวินิจฉัย และควบคุมโรคอย่างรวดเร็ว 2) การรักษาอย่างมี

ประสิทธิภาพตามระบบ DOTS 3) การควบคุมแหล่งรังโรค และการทำลายสิ่งปฏิภูลในชุมชน 4) การประสานงานส่งต่อข้อมูลทั้งในสถานบริการและในชุมชน เพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค ผลจากการนำแนวทางพัฒนามาใช้ พบว่า ผู้ป่วยวัณโรค พี่เลี้ยงผู้ป่วยวัณโรค องค์กรในชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สามารถควบคุมวัณโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น แสดงให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ในการการควบคุมวัณโรค ทำให้เกิดผลสำเร็จในด้านการควบคุมวัณโรค เกิดประโยชน์ต่อผู้รับบริการอย่างแท้จริง

กมลทิพย์ ประสพสุข (2561) การป้องกันและควบคุมโรควัณโรคของประเทศไทยการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคพบว่ายังไม่ครอบคลุมและพบว่าการค้นหายังต่ำในเขตเมืองใหญ่และกรุงเทพมหานครซึ่งผลการดำเนินการค้นหาในเขตกรุงเทพมหานครมีอัตราการค้นหาที่ต่ำกว่าเขตสุขภาพอื่นๆโดยในปี 2560 ดำเนินการค้นหา 16,339 รายและในปี 2561 ดำเนินการค้นหา 8,925 รายสาเหตุเกิดจากกรุงเทพมหานครมีสถานบริการสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชนอยู่มากมายทำให้เกิดความหลากหลายของระบบบริการสุขภาพไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกันขาดความเชื่อมโยงและความต่อเนื่องเป็นประชากรที่เข้ามาอาศัยอยู่ชั่วคราวเพื่อรับจ้างใช้แรงงานการศึกษาการประกอบอาชีพและการค้า นอกจากนี้ยังมีนักท่องเที่ยวต่างประเทศที่เดินทางเข้ามายังกรุงเทพมหานครตลอดทั้งปีทำให้ยากต่อการค้นหาเชิงรุกจากการวิเคราะห์การดำเนินการควบคุมป้องกันวัณโรคตามแนวทาง Six Building Block พบว่าในขั้นตอนค้นหาเชิงรุกเครื่องมือในการค้นหาที่มีประสิทธิภาพเนื่องจากการใช้การคัดกรองโดยอาจมีความไวต่ำส่วนการเอ็กซเรย์และการตรวจเสมหะไม่สามารถทำได้ครอบคลุมกลุ่มเสี่ยงเนื่องจากข้อจำกัดต่างๆและจะเห็นได้ว่าในปี 2560 มีผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนจากการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเพียงร้อยละ 40.0-50.0 ในจังหวัดที่สัมภาษณ์ในส่วนที่เหลือเป็นการพบผู้ป่วยเนื่องจากผู้ป่วยมาตรวจโรคที่โรงพยาบาล

O'Connor et al.(2016) หลายศตวรรษที่ผ่านมาวัณโรค (TB) ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก แม้จะมีมาตรการการจัดการแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่องที่ดำเนินการโดยหน่วยงานด้านสุขภาพและจำนวนของผู้ป่วยรายใหม่ยังมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ยังคงมีความจำเป็นสำหรับรักษาวัณโรคที่มีประสิทธิภาพ เสริมผู้ดูแลและผู้สัมผัสร่วมบ้านในการกำกับดูแลการออกแบบกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหา กลุ่มผู้ติดยาเสพติดยังเป็นอีกกลุ่มที่ต้องได้รับการดูแลการศึกษาครั้งนี้ขอเสนอแนะการพัฒนา เพื่อให้การรักษาป้องกันวัณโรครายใหม่ ทั้งการป้องกันวัณโรคของเจ้าหน้าที่ทีมสหวิชาชีพ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การดำเนินงานในทุกภาคส่วน

Figueira, Fonseca, Ladeira, & Duarte,(2017) การตรวจสอบระบบการดูแลรักษา เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการพัฒนาการวินิจฉัยที่แตกต่างกันแบบสอบถามทางการแพทย์ที่สามารถนำมาใช้ เช่น ประวัติส่วนบุคคล ประวัติการรักษา และอาการที่สำคัญที่รวมถึงประวัติความเป็นมาของการเป็นแผลในช่องปากหรืออวัยวะเพศ อาการหูดหรือสูญเสียการได้ยินอาการปวดหัวเวียนอาการไอ

เรื้อรัง หายใจถี่ น้ำหนักลด ไข้หนาวสั่นหรือเหงื่อออกตอนกลางคืน ติดต่อกับบุคคลที่มีโรคไวรัสโรค  
ท้องเสียหรือเลือดในอุจจาระ ผื่นผิวหนัง โรคข้ออักเสบ มีความเสี่ยงสูงกิจกรรมทางเพศการมี  
เพศสัมพันธ์กินเนื้อสัตว์สุกหรือน้ำที่ปนเปื้อน การสัตว์เลี้ยงแมลงกัดต่อย หรือการเดินทางต่างประเทศ  
ล่าสุด ขึ้นอยู่กับการให้สัมภาษณ์ครั้งแรกแพทย์จะมีความสำคัญต่อการวินิจฉัยแยกโรคที่และเป็นสิ่ง  
สำคัญที่จะสังเกตสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยด้วย

Pascual-Pareja et al, (2018) ได้ศึกษาโดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางการรักษาวัณโรคเป็น  
วัณโรค การรักษาต้องมีการบริหารยาหลายชนิด ใช้เวลาหลายเดือน และสิ่งสำคัญที่ผู้ป่วยมีบทบาท  
สำคัญในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตัวเอง รักษาตัวเอง และการดูแลทั่วไป ผู้ป่วยควรศึกษา  
เกี่ยวกับวัณโรคและการรักษา รวมทั้งผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น เมื่อศึกษาอีกด้านที่สำคัญคือการติดตาม  
ผู้ป่วย และมีส่วนร่วมในการจัดการมาตรการ เพื่อป้องกันการติดเชื้อรายใหม่ การเรียนรู้เมื่อรับการ  
รักษาเช่น จุดเก็บเสมหะ การเก็บเสมหะ การป้องกันตัวเองเมื่อเข้ารับการรักษาจากการทบทวน  
วรรณกรรม ไม่พบความแตกต่าง และที่สำคัญระหว่างการรักษาด้วยตนเองผู้ป่วยต้องประเมินหลาย  
อย่างเช่น การตายจากอาการแทรกซ้อน การรักษาต่อเนื่อง และเมื่อมีอาการทรุด การดูแลตัวเองที่  
เกี่ยวข้องกับการรักษาวัณโรคสำเร็จ การรักษาโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ (ผลรวมของ  
ผู้ป่วยที่เคยรักษาสำเร็จ และผู้ป่วยที่ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรงหลังการรักษา)

K.S.,Saldanha, Kushwah, & Prabhu,(2018) ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาแพทย์ 50 คน ที่มี  
ความผูกพันกับสถาบันการศึกษาด้านการแพทย์และการเรียนการสอน ผลพบว่า มากกว่าร้อยละ  
50.0 ระบุอาการของวัณโรคได้ถูกต้อง ร้อยละ 64.0 ถูกส่งเอกซเรย์หน้าอกทดสอบความแม่นยำและ  
นำไปสู่การการตรวจเสมหะ AFB สำหรับการวินิจฉัยวัณโรค ร้อยละ 22.0 ไม่ได้เน้นการตรวจสอบ  
AFB ร้อยละ 16.0 ทดสอบทางภูมิคุ้มกันเป็นหนึ่งในวินิจฉัย ร้อยละ 52.0 ไม่ทราบเกี่ยวกับการวินิจฉัย  
ของวัณโรคแฝงในตัวเอง แต่มีเพียงร้อยละ 36.0 มีความรู้วิธีการวินิจฉัย ยืนยันวัณโรคคือยาหลาย  
ขนานการที่จะรักษาวัณโรคให้ประสบความสำเร็จนั้นแนวทางการบริหารจัดการ การมีส่วนร่วมที่ดี  
ของภาคเอกชนเป็นสิ่งจำเป็น และที่สำคัญการปรับปรุงการบริหารจัดการวัณโรคและเพื่อป้องกันไม่ให้  
เกิดความล่าช้าในการวินิจฉัยและการดำเนินงานที่ต่อเนื่องในพื้นที่

Andama, Somoskovi, Mandel, Bell, & Gutierrez,(2018) การปรับปรุงการวินิจฉัยและ  
การจัดการกรณีผู้ป่วยวัณโรค : การให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางวิธีการจัดลำดับความสำคัญเพื่อการ  
พัฒนาการวินิจฉัยวัณโรคโดยการประยุกต์ใช้แนวทางต่างๆเพื่อลดการติดเชื้อวัณโรค ในการดูแลรักษา  
วัณโรคนั้นย่อมมีปัญหาในการวินิจฉัย เช่นข้อบกพร่องในการบันทึกข้อมูลจากห้องปฏิบัติการและขาด  
ข้อมูลเชิงปริมาณซึ่งข้อมูลทั้งหมดที่มีผลกระทบมากในการตัดสินใจการรักษาและการส่งต่อการรักษา  
วัณโรค การวินิจฉัยรายบุคคลที่มีความสำคัญเช่น " ขนาดยาเหมาะกับคน " หรือวิธีการ " การดูแล

เฉพาะบุคคล " ที่เข้าใจผิดอีกอย่างคือวัณโรคแฝงและยาที่ใช้ในการรักษา นี้จะต้องมีการวินิจฉัยที่สามารถปรับใช้ในระบบการดูแลสุขภาพ ผ่านการบูรณาการเครือข่ายห้องปฏิบัติการ และเป็นเป้าหมายที่มีเฉพาะเจาะจงและการจัดการข้อมูลเกี่ยวกับวัณโรค การมีมาตรการที่สามารถอำนวยความสะดวกด้านการรักษาที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

สรุป ด้านการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนนั้น สิ่งที่สำคัญประการแรกคือการวินิจฉัยโรควัณโรคที่ถูกต้องโดยการยืนยันจากห้องปฏิบัติการ ห้องเอ็กซ์เรย์ และการตรวจเสมหะ เมื่อผลยืนยันแล้ว ต้องวินิจฉัยด้านการรักษาด้วยยา แล้วสิ่งที่สำคัญคือการส่งต่อด้านการดูแลรักษาในพื้นที่ ผู้ดูแลในพื้นที่ต้องได้รับการตรวจคัดกรองเหมือนกับผู้ป่วย และการบริหารจัดการที่ดี เช่น ด้านยา ด้านผู้ดูแล ด้านขั้นตอนการรักษา ด้านการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง ไม่ว่าจะเป็นระหว่างรักษาหรือหลังการรักษา

#### 2.5.2. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน

แมน แสงภักดี และพรนภา สุกรเวทย์ศิริ (2555) การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการขาดการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่ในจังหวัดยโสธร ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่จำนวนทั้งหมด 348 ราย (อัตราความชุกวัณโรคเสมหะพบเชื้อรายใหม่ 66.4 ต่อประชากรแสนคน) แยกเป็นผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนจำนวน 250 รายและผู้ป่วยวัณโรคที่ขาดการขึ้นทะเบียนอัตราร้อยละ 28.2 (98 ราย) จากผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่ที่ขาดการขึ้นทะเบียนวัณโรคผู้ป่วยไม่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านจากเจ้าหน้าที่ถือว่าเป็นปัญหาที่มีผลกระทบอย่างรุนแรงมากต่อการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่จึงควรพัฒนาระบบการและแนวทางในการติดตามผู้ป่วยมารับการรักษาให้เร็วขึ้นรวมทั้งพัฒนาระบบการส่งต่อให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ผู้ป่วยที่ไม่ได้ทำงานควรหาแนวทางช่วยเหลือสงเคราะห์ในเรื่องค่าใช้จ่ายในวันที่เดินทางมารับการรักษาผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ต้องให้ครอบครัวมีส่วนร่วมและเข้ารับการบำบัดรักษาจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาหายและไม่ส่งผลกระทบต่อการทำงานของควบคุมโรค

เครือวัลย์ ดิษเจริญ (2557) การศึกษาเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพการณ์และพัฒนาการดำเนินงานด้านการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อโดยความร่วมมือของสมาชิกหมู่บ้านในครอบครัวของผู้ป่วยร่วมกับอาสาสมัครงานวัณโรคชุมชนโดยทางการศึกษาในพื้นที่อำเภอเสลภูมิ และอำเภอทุ่งเขาหลวง 15 ตำบล กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วยผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อจำนวน 50 คน แกนนำครอบครัวผู้สัมผัสร่วมบ้าน 50 คนอาสาสมัครงานวัณโรคในชุมชน 50 คน บุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานควบคุมวัณโรคโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 20 คน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์สำหรับผู้ป่วยวัณโรคแกนนำครอบครัวและอาสาสมัครงานวัณโรคชุมชนแบบสอบถามสำหรับบุคลากร

สาธารณสุขมูล ของการดำเนินงาน พบว่าแกนนำครอบครัว ร้อยละ 46.0 คัดกรองด้วยวาจาสมาชิก ร่วมบ้านตนเองได้ทั้งหมด 88 คน พบว่าไม่มีอาการผิดปกติ ร้อยละ 94.3 แต่เมื่อส่งตรวจวินิจฉัยพบว่าป่วยเป็นวัณโรค 1 คนซึ่งเป็นเด็กอายุ 3 ปีมีอาการผิดปกติ 5 คน ร้อยละ 5.7 เมื่อส่งตรวจวินิจฉัย พบว่าเป็นวัณโรค 1 คน เป็นร้อยละ 20.0 ผลการคัดกรองด้วยวาจาของอาสาสมัครงานวัณโรค ร้อย ละ 52.0 ทำการคัดกรองความเสี่ยงของสมาชิกร่วมบ้านได้ 126 คน พบว่าได้ผลลัพธ์ที่ใกล้เคียงกันคือ สมาชิกครอบครัวส่วนใหญ่ ร้อยละ 95.2 ไม่มีอาการผิดปกติแต่เมื่อส่งตรวจวินิจฉัยพบว่าป่วยเป็น วัณโรค 1 คนซึ่งเป็นเด็กอายุ 10 ปีกลุ่มที่พบมีอาการผิดปกติจำนวน 6 คนคิดเป็นร้อยละ 4.8 เมื่อส่ง ตรวจวินิจฉัยพบว่าป่วยเป็นวัณโรค 1 คนคิดเป็นร้อยละ 16.7 อาการผิดปกติที่พบมากที่สุดจากการคัด กรองทั้งหมดได้แก่อาการไอเรื้อรังเกิน 2 สัปดาห์ รองลงมา มีน้ำหนักตัวลดลง

Sharma, Sharma, Deo, & Bisht,(2018) ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของวัณโรคในประเทศ กำลังพัฒนา ผ่านการดูแลสุขภาพความเสี่ยงของการสัมผัสกับการติดเชื้อวัณโรคในการดูแลสุขภาพ พืชที่คาดว่าโดยทั่วไปจะสูงขึ้นในชุมชน แต่ขึ้นอยู่กับข้อมูลการเฝ้าระวังและการศึกษาผลการวิจัย ในการดูแลสุขภาพที่แตกต่างกันปัญหานี้ยังคงมีคือการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องสำหรับมาตรการควบคุม การติดเชื้อที่มีประสิทธิภาพจะต้องได้รับการรักษาจะต้องดูแลบุคคลที่มีความเสี่ยงด้วย ลำดับ ความสำคัญการควบคุมต่าง ๆ การบริหารจัดการ การควบคุมทางวิศวกรรมและมาตรการการป้องกัน ส่วนบุคคล กับการพัฒนาของการทดสอบการวินิจฉัยที่ดีขึ้นและพัฒนาการรักษา การควบคุมการติด เชื้อวัณโรคในการดูแลสุขภาพสามารถเพิ่มผ่านบัตรประจำตัวเร็วขึ้นในกรณีติดเชื้อและการกำหนด เป้าหมายการรักษาติดเชื้อ บุคคลากรสถานพยาบาลเพื่อหาแนวทางการรักษาได้ทันเวลา

Yap et al,(2018) ความชุกของความเสี่ยงและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับวัณโรคแฝงในสิงคโปร์: การสำรวจภาคตัดขวาง มีผู้เข้าร่วม 1,682 คน ร้อยละ 10.6 เป็นเพศหญิงเมื่อเทียบกับ ร้อยละ 15.3 เป็นเพศชาย (  $p = 0.004$ ) ประเทศมาเลเซียเป็นอย่งน้อยน่าจะมีผลในเชิงบวก (ร้อยละ 7.5) ตามมา ด้วยประเทศจีน (ร้อยละ 11.9), ประเทศอินเดีย (ร้อยละ 18.6) และบรรดากลุ่มชาติพันธุ์อื่น ๆ (ร้อย ละ 20.6;  $p = 0.001$ ) ผู้ตอบแบบสอบถามในสิงคโปร์เกิดมีโอกาสน้อยกว่าผู้ตอบแบบสอบถามเกิดใน ต่างประเทศ (ร้อยละ 10.7 เมื่อเทียบกับ ร้อยละ 17.2 ตามลำดับ;  $p < 0.001$ ) และยังมี ความแตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.001$ ) โดยสถานภาพสมรสและการศึกษา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง, ผู้ที่มีการศึกษา น้อยมีแนวโน้มที่จะเป็นบวกมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 22.7) ผู้ที่มีตนเอง รายงานประวัติศาสตร์ที่ผ่านมาของการวินิจฉัยวัณโรคอย่างมีนัยสำคัญและมากมีแนวโน้มที่จะมีผลใน เชิงบวก (ร้อยละ 70.4) สมาชิกในครัวเรือนมีผู้ป่วยวัณโรคอาศัยร่วมก็มีนัยสำคัญมีแนวโน้มจะเป็น บวกกว่าผู้ที่ไม่ได้ (ร้อยละ 21.0) อดีตสูบบุหรี่และสูบบุหรี่ในปัจจุบันมีแนวโน้มที่จะมีผลในเชิงบวก เช่นเดียวกับผู้ที่บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้นกว่าสัปดาห์ละครั้งและผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรค

เบาหวาน อย่างไรก็ตามเมื่อวันที่ถอดถอยหลายตัวแปรเพียงบางส่วนของปัจจัยเหล่านี้ยังคงอยู่ในเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญ  $p < 0.05$

Marcoa, Ribeiro, Zao, & Duarte, (2018) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงวัณโรคในเพศชายและเพศหญิงตามกลุ่มอายุการศึกษาของเราแสดงให้เห็นว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงของการติดเชื้อวัณโรคได้บ่อยมากขึ้นในผู้ป่วยเพศชายอายุมากกว่า 20 ปี อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง เพศชายการป่วยมากขึ้นและปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรคในผู้ชายได้รับการรายงาน การตีพิมพ์เครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์สูงในผู้ชายมากกว่าผู้หญิงในทุกกลุ่มอายุ ปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ และโรคประจำตัวที่แตกต่างกันตามอายุ: การติดเชื้อเอชไอวีและจำคุกประวัติศาสตร์พบมากในผู้ชายที่อายุน้อย โรคมะเร็งปอดในผู้ชายวัยกลางคนและปอดอุดกั้นเรื้อรังพบบ่อยมากในผู้ชายวัยกลางคนและผู้สูงอายุ การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดสำหรับปอดอุดกั้นเรื้อรังและโรคมะเร็งปอดและยังเกี่ยวข้องกับวัณโรคปอด

สรุป ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรควัณโรค ผู้วิจัยได้ศึกษาข้างต้น ผลจากการใช้ชีวิตประจำวันและพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ ผู้สัมผัสร่วมบ้าน การเดินทางต่างประเทศ กลุ่มเสี่ยงเบาหวานและที่สำคัญกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ต้องขังในเรือนจำ สิ่งที่สำคัญอีกอย่างคือการวินิจฉัยที่มีความแม่นยำและการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้การดำเนินงานด้านนโยบายและมาตรการด้านการดูแลรักษา ป้องกันโรควัณโรคในพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพต่อไป

### 2.5.3 ระบบบริการสุขภาพ

อุดม พรธธา (2556) การดูแลสุขภาพผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยการจัดการรายกรณีอำเภอเอราวัณ จังหวัดเลย ผลการศึกษาาระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยวัณโรคในโรงพยาบาลและชุมชนนโยบายการดำเนินงานวัณโรคและเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยวัณโรคการดำเนินงานวัณโรค ตามแผนงานวัณโรคแห่งชาติ (National Tuberculosis Program NTP) ได้แก่การจัดตั้งคลินิกวัณโรคจัดบริการแบบ One stop service ศุกร์ที่ 4 ของเดือนมีผู้รับผิดชอบคลินิกชัดเจนมีการค้นหาและวินิจฉัยผู้ป่วยวัณโรครายใหม่รักษาด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพิเลียมวัณโรคไม่ขาดแคลนและมีคุณภาพมีการจัดทำทะเบียนและรายงานวัณโรคทุก 3 เดือนมีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในโรงพยาบาล เป้าหมายการดำเนินงานวัณโรค คือค้นหาผู้ป่วยวัณโรคให้ได้มากที่สุดรักษาให้หายทุกรายป้องกันไม่ให้กลับเป็นซ้ำอัตราขาดยาเป็นศูนย์และตายจากวัณโรคน้อยที่สุด

กิตติพัทธ์ เอี่ยมรอดและสุพร กาวินา (2558) ได้ศึกษาการพัฒนากลยุทธ์การดำเนินงานควบคุมวัณโรคในพื้นที่จังหวัดตาก ผลการศึกษาพบว่าระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในปัจจุบันที่ยังไม่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการได้แก่การให้ความรู้ที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยยังไม่ครอบคลุมขาดการประเมินผลหลังให้ความรู้แก่ผู้ป่วยระบบการติดตามเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และทีมงานยังไม่ครอบคลุมกลยุทธ์การพัฒนาการดำเนินงานควบคุมวัณโรคในพื้นที่ จังหวัดตาก ที่พัฒนาขึ้นมีทั้งหมด 6 กลยุทธ์

19 ตัวชี้วัดผลการ ประเมินการพัฒนากลยุทธ์พบว่ากลยุทธ์ส่วนใหญ่มีความสอดคล้องในระดับมากที่สุดความเหมาะสมในระดับมากความเป็นไปได้ในระดับมากและมีประโยชน์ในระดับมากที่สุด ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เจาะลึกสนทนากลุ่มและการอภิปรายกลุ่มของผู้ป่วยผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องในทุกระดับรวมถึงการจัดให้มีการเรียนรู้ด้านพุทธิพิสัยจิตพิสัยและทักษะพิสัยแก่ผู้มีส่วนร่วมในการวางแผนกลยุทธ์และจัดให้มีการประเมินกลยุทธ์ที่ได้พัฒนาขึ้น

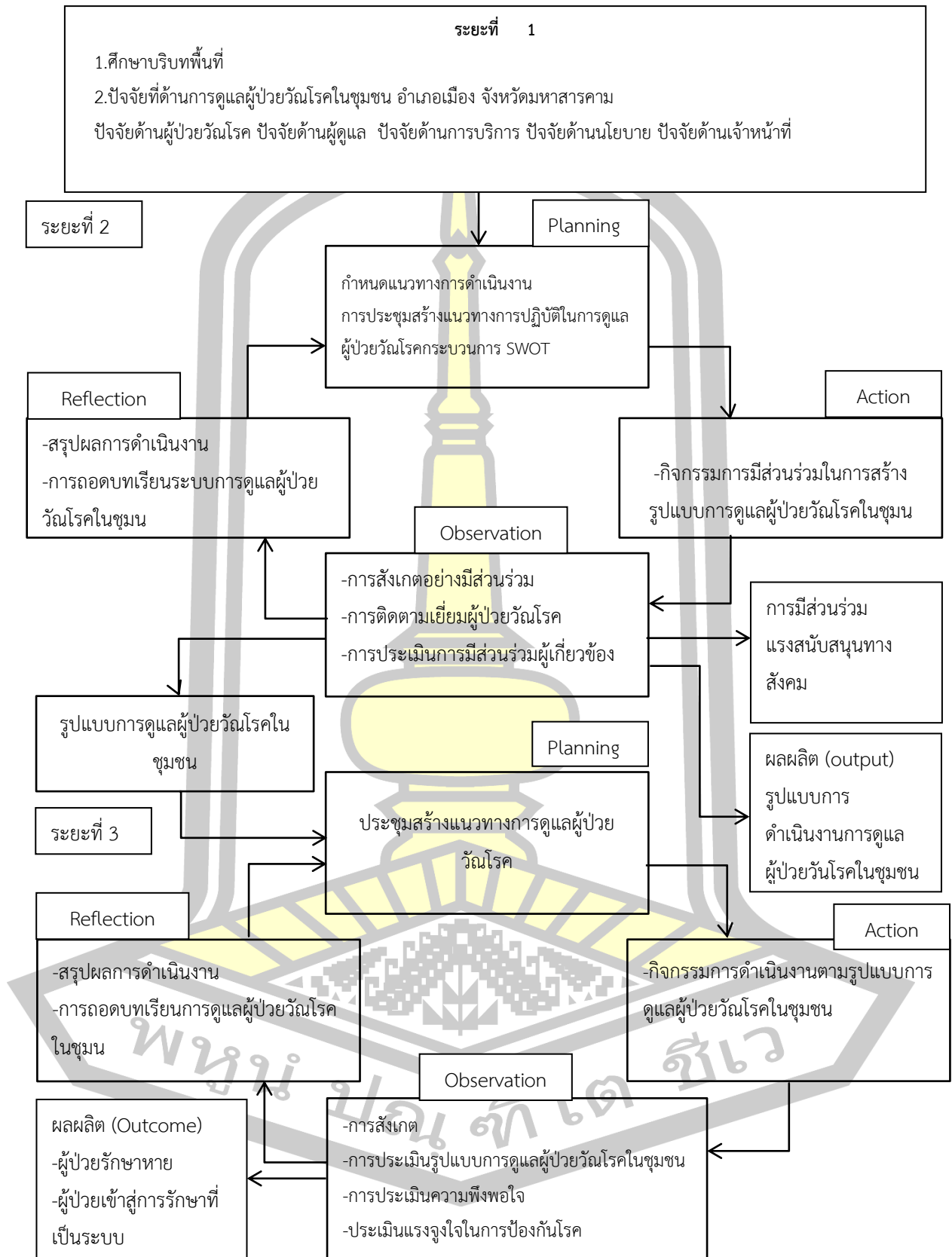
สรุป การดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนนั้นอาศัยหลายปัจจัยเช่น ด้านนโยบาย ด้านการบริการ ด้านการดำเนินงานรวมถึงกลยุทธ์ต่าง ๆ ที่จะส่งผลให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ อีกประการหนึ่งในการดำเนินงาน เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาโรควัณโรคในชุมชนต้องอาศัยหลายหน่วยงานหลายองค์กรเพื่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคเช่น ระบบการติดตามเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. หรือผู้ดูแลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรคก็มีความสำคัญยิ่ง

#### กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรม พบว่าโรควัณโรคเป็นโรคที่ติดต่อกันโดยอากาศเป็นตัวกลางในการนำเชื้อเข้าสู่ระบบทางเดินหายใจและส่วนต่าง ๆ ของร่างกายและโรคนี้ต้องใช้ระยะเวลารักษานาน ผู้ป่วยบางรายขาดยา อาจจะทำให้เชื้อโรคดื้อยาได้อีก และที่สำคัญการสร้างความรู้ความเข้าใจให้กับประชาชนในการมองผู้ป่วยวัณโรคให้เหมือนบุคคลปกติ ปัจจัยรอบตัวผู้ป่วยก็ส่งผลในการรักษาและป้องกันโรควัณโรคเช่นกัน ซึ่งการดำเนินงานเพื่อป้องกันโรควัณโรคในชุมชนต้องอาศัยภาคีเครือข่ายหลายภาคส่วน เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน และอีกบุคคลคือผู้ดูแลซึ่งมีความใกล้ชิดและเป็นกลุ่มเสี่ยงโรควัณโรคด้วย ผู้วิจัยจึงดำเนินงานตามกรอบแนวคิดไว้สามระยะ ซึ่งระยะที่ 1 เป็นการศึกษาสถานการณ์บริบทและปัจจัยที่ส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ระยะที่ 2 เป็นขั้นปฏิบัติการ PAOR เพื่อดำเนินงานสร้างรูปแบบการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนส่วน ระยะที่ 3 เป็นการศึกษาทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานในชุมชน (ดังภาพ 4)

พหุ ประเด็น ชีวะ





ภาพ 4 กรอบแนวคิดการวิจัย (Conception frameworks)

## บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน โดยการประยุกต์ใช้ ทฤษฎีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) การกำหนดรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยโรควัณโรคในชุมชนและมีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนในทุกภาคส่วน กำหนดรายละเอียดวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

- 3.1 รูปแบบการวิจัย
- 3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- 3.3 เครื่องมือวิจัย
- 3.4 วิธีการดำเนินงานวิจัย
- 3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.6 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้
- 3.7 จริยธรรมงานวิจัย

### 3.1 รูปแบบการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ระหว่างเดือน ตุลาคม 2560 ถึง เมษายน 2563 จึงแบ่งขั้นตอนการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ

**ระยะที่ 1** เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยในชุมชนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยวัณของเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้ดูแลร่วมบ้าน เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรควัณโรคในชุมชน โดยมี ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์และแปลผล เพื่อนำข้อมูล ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรควัณโรคการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน การศึกษาในบริบทพื้นที่ เพื่อไปสู่ระยะที่ 2 ต่อไป

**ระยะที่ 2** การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ซึ่งได้ข้อมูลจากการวิเคราะห์ และศึกษาวิจัยจาก ระยะที่ 1 สู่อำนาจปฏิบัติการศึกษาวิจัยระยะที่ 2 วิจัยเชิงปฏิบัติการ ขั้นตอนการวิจัย ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ (Action) ขั้นตอนที่ 3 (Observation) ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล (Reflection) ร่วมกับการมีส่วนร่วม และการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจการป้องกันโรค ในการออกแบบรูปแบบการการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ผู้วิจัยได้ศึกษากลุ่มเดียว มีการเก็บข้อมูล การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การถอดบทเรียน และการนำ

ผลเพื่อไปพัฒนาและหาแนวทางการแก้ไขในรอบต่อไป การดำเนินงานสร้างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรค  
 วัณโรคในชุมชน ดังนี้

ขั้นตอนการวางแผน ( Planning) ได้ประสานพื้นที่เทศบาลตำบลเวียงนาง และ  
 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแวง เพื่อดำเนินงานกิจกรรมการศึกษาบริบทชุมชน

- 1) การลงพื้นที่ในการเตรียมชุมชน
- 2) เก็บรวบรวมข้อมูลเบื้องต้น กลุ่มเสี่ยง ตามบริบทของชุมชน
- 3) การประชุมเชิงปฏิบัติการ กระบวนการ SWOT

3.1) จุดแข็งขององค์กร (S-Strengths) เป็นการวิเคราะห์ปัจจัย  
 ภายในจากมุมมองของผู้ที่อยู่ในชุมชนนั่นเอง ว่าปัจจัยใดภายในชุมชนที่เป็นข้อได้เปรียบหรือ  
 จุดเด่นในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน

3.2) จุดอ่อนขององค์กร (W-Weaknesses) เป็นการวิเคราะห์  
 ปัจจัยภายในจากมุมมองภายในชุมชนที่เป็นจุดด้อยข้อเสียเปรียบของชุมชนที่ควรปรับปรุงให้ดีขึ้นหรือ  
 ขจัดให้หมดไป อันจะเป็นประโยชน์ต่อชุมชนจุดอ่อนการดูแลผู้ป่วยในชุมชน

3.3) โอกาสพัฒนา (O-Opportunities) ปัจจัยใดที่สามารถส่งผล  
 กระทบประโยชน์ ทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการดำเนินการ

3.4) อุปสรรค (T-Threats) เป็นการวิเคราะห์ว่าปัจจัยภายนอก  
 ปัจจัยใดที่สามารถส่งผลกระทบต่อระดับมหภาค ในทางที่จะก่อให้เกิดความเสียหายทั้งทางตรงและ  
 ทางอ้อม ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน

3.5) การสังเคราะห์รูปแบบและการสร้างเครื่องมือ

ขั้นตอนลงมือปฏิบัติ (Action)

1) การอบรมสร้างแรงจูงใจและการป้องกันโรควัณโรคในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค  
 ในชุมชน โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจการป้องกันโรค ประกอบด้วย (จุฬารัตน์ โสตะ, 2554)

- 1.1) ความรุนแรงของโรควัณโรค
- 1.2) การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรควัณโรค
- 1.3) การรับรู้ความคาดหวังในความสามารถแห่งตนเองป้องกันโรค
- 1.4) ความคาดหวังของผลลัพธ์ของการตอบสนองในการป้องกัน

โรควัณโรคเป็นการศึกษาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรควัณโรคในชุมชน

ขั้นตอนการสังเกตผลการปฏิบัติ(Observation) ประกอบด้วย

- 1) การนิเทศ ติดตาม ผลการดำเนินงาน
- 2) การสังเกตแบบมีส่วนร่วมในกิจกรรม
- 3) การประเมินระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน ใช้แบบประเมิน

### ขั้นตอนการสะท้อนกลับผลปฏิบัติงาน (Reflection)

- 1) ถอดบทเรียน
- 2) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้
- 3) การสรุปปัญหาและอุปสรรค เพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาในวงรอบถัดไป

วิธีการประบวนการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสานขั้นตอนการดำเนินงานแบ่งออกเป็น 2 ระยะ เพื่อการสำรวจปัญหาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคโควิด-19 ตามบริบทของพื้นที่เพื่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคามเมื่อได้ระบบการดูแลโรคโควิด-19 แล้วนำไปทดลองใช้ในเขตพื้นที่ ที่มีลักษณะใกล้เคียง การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณเป็นการเก็บข้อมูลก่อนและหลัง

**ระยะที่ 3** การประเมินรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 อำเภอเมืองมหาสารคามกลุ่มเป้าหมายคือผู้ดูแลผู้ป่วยโควิด-19 และผู้ป่วยโควิด-19 บ้านร่วมใจ ตำบลแวงน่าง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

ขั้นตอนการวางแผน (Plan) ประชุมวางแผนการดำเนินงานร่วมกับผู้ดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ในชุมชนเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน เพื่อรับทราบและเข้าใจแนวทางร่วมกัน ชี้แจงการปฏิบัติกิจกรรม ที่ดำเนินกิจกรรมต่อเนื่องจากวงจรที่ 2

ขั้นการปฏิบัติการ (Action) ร่วมกันสร้างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ในชุมชนโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ในการนำเสนอกิจกรรม 5 กิจกรรม

- 1) การดูแลผู้ป่วยโควิด-19 โดยใช้ครอบครัวเป็นบริบทพื้นฐาน (Family Care) การดูแลผู้ป่วยโควิด-19 (Host)
- 2) การจัดการสภาพแวดล้อมบ้าน (Housing)
- 3) การดูแลตัวเองของผู้ป่วยโควิด-19 (Health Care)
- 4) กิจกรรมลดการติดต่อทางสังคม ทักษะการแก้ไขสถานการณ์
- 5) กิจกรรมสร้างแรงจูงใจการป้องกันโรคโควิด-19 ในชุมชน

ขั้นการสังเกต (Observation) โดยการสังเกตแบบวัดความพึงพอใจ การวัดแรงสนับสนุนทางสังคม แบบวัดแรงจูงใจการป้องกันโรค(วัดผลรอบสอง)

ขั้นการสะท้อนผล (Reflection) สรุปกิจกรรมได้ ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ในชุมชน

การดำเนินงานการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

- 1) ขั้น Planning หมายถึง การวางแผน ดังนี้

PI<sub>1</sub> หมายถึง เริ่มต้นด้วยการศึกษาบริบทของชุมชน รวมถึงปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยในชุมชนพร้อมทราบถึงสภาพปัญหาในบ้านร่วมใจ ตำบลแวงน่าง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม (ระยะที่ 1)

PI<sub>2</sub> หมายถึง การศึกษาจากปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ปัจจัยด้านการบริการ ปัจจัยด้านนโยบาย ปัจจัยด้านเจ้าหน้าที่ ปัจจัยด้านผู้ดูแล (ระยะที่ 1)

PII<sub>1</sub> หมายถึง ประชุมวางแผนการดำเนินงานและร่วมกันจัดทำแผนในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนบ้านหนองแวง ตำบลแวงน่าง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม (ระยะที่ 2)

PII<sub>2</sub> หมายถึง กำหนดปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อแนวทางการปฏิบัติตามแผนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน บ้านหนองแวง ตำบลแวงน่าง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคามเมือง จังหวัดมหาสารคาม (ระยะที่ 2)

PIII<sub>1</sub> หมายถึง ประชุมวางแผนการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนบ้านร่วมใจ ตำบลแวงน่าง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม (ระยะที่ 3)

PIII<sub>2</sub> หมายถึง ศึกษาแนวทางการปฏิบัติตามแผนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนบ้านร่วมใจ ตำบลแวงน่าง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคามเมือง จังหวัดมหาสารคาม (ระยะที่ 3)

2) ชั้น Action หมายถึง ลงมือปฏิบัติงาน ดังนี้

AI<sub>1</sub> หมายถึง สร้างแนวทางแนวทางการปฏิบัติและรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรค (ระยะที่ 1)

AI<sub>2</sub> หมายถึง ร่วมดำเนินการตามแผนปฏิบัติการที่ได้กำหนดไว้ จากชั้นวางแผนการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (ระยะที่ 1)

AII<sub>1</sub> หมายถึง การศึกษารูปแบบดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนบ้านหนองแวง ตำบลแวงน่าง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม (ระยะที่ 2)

AII<sub>2</sub> หมายถึง การสร้างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน บ้านหนองแวง ตำบลแวงน่าง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม (ระยะที่ 2)

AIII<sub>1</sub> หมายถึง การดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน บ้านร่วมใจ ตำบลแวงน่าง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม (ระยะที่ 3)

3) ชั้น Observation หมายถึง สังเกตผลการปฏิบัติ ดังนี้

OI<sub>1</sub> หมายถึง สังเกต ติดตาม การมีส่วนร่วมการดำเนินงานศึกษาสถานการณ์วัณโรคในพื้นที่ (ระยะที่ 1)

OI<sub>2</sub> หมายถึง ประเมินการมีส่วนร่วม/แรงสนับสนุนทางสังคม (ระยะที่ 1)

OII<sub>1</sub> หมายถึง สังเกต ติดตาม การมีส่วนร่วมในการสร้างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน และสังเกต ติดตาม แรงจูงใจการป้องกันโรควัณโรคในชุมชน (ระยะที่ 2)

OII<sub>2</sub> หมายถึง ประเมินความพึงพอใจในการสร้างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน บ้านหนองแวง ตำบลแวงน่าง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม หลังเข้าร่วมกิจกรรม (ระยะที่ 2)

OIII<sub>1</sub> หมายถึง สังเกต ติดตาม การมีส่วนร่วมในการทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วย  
 วัณโรคในชุมชน และสังเกต ติดตาม แรงจูงใจการป้องกันโรควัณโรคในชุมชน บ้านร่วมใจ ตำบลแวง  
 น่าง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม (ระยะที่ 3)

OIII<sub>2</sub> หมายถึง รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรค อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

4) ชั้น Reflection หมายถึง การสะท้อนกลับผลปฏิบัติงาน ดังนี้

RI<sub>1</sub> หมายถึง สรุปลผลการดำเนินงานปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน  
 (ระยะที่ 1)

RII<sub>1</sub> หมายถึง จัดประชุมคืนข้อมูลและถอดบทเรียน แลกเปลี่ยนเรียนรู้การ  
 ดำเนินงานรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม (ระยะที่ 2)

RIII<sub>2</sub> หมายถึง จัดประชุมคืนข้อมูลและถอดบทเรียน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ รูปแบบการ  
 ดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม (ระยะที่3) (ดังภาพ 5)





ภาพ 5 การดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

### 3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรผู้ป่วยโรคโควิด-19 ในชุมชน จังหวัดมหาสารคามจำนวน 168 คน (N=168) (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม, 2561)

#### ระยะที่ 1 ปัจจัยที่ด้านการดูแลผู้ป่วยโรค อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

1.1) กลุ่มเป้าหมายคือผู้ป่วยโรคโควิด-19 ในชุมชน เมืองมหาสารคามจำนวน 42 คน (N=168) (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม, 2561)

1.2) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 ในชุมชน ผู้ให้ข้อมูลคือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 ในชุมชนโดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 42 คนประกอบด้วย

1.2.1) ผู้ป่วยโรคโควิด-19 ในชุมชนจำนวน 42 คนคัดเลือกจากผู้ให้บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษา (Inclusion Criteria)

- 1) เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 ตลอดระยะเวลา 6 เดือน
- 2) สามารถติดต่อสื่อสารและให้ข้อมูลได้
- 3) ยินดีเข้าร่วมกิจกรรมตลอดการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion Criteria)

- 1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตลอดการวิจัยได้ครบทุกขั้นตอน
- 2) ย้ายออกจากพื้นที่การวิจัย

1.2.2) ผู้ร่วมวิจัยคือภาคีเครือข่าย การดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 ในชุมชนจำนวน 16 คน

1.2.2.1) ตัวแทนเจ้าหน้าที่จากเทศบาลเมืองมหาสารคามจำนวน 1 คน  
คัดเลือกจากผู้รับผิดชอบงานด้านการติดตามดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 ในชุมชน

1.2.2.2) ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 6 คน

1.2.2.3) เจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานโรค สาธารณสุขอำเภอเมือง  
เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 9 คน

เจ้าหน้าที่เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษา (Inclusion Criteria)

- 1) เป็นผู้ที่สามารถอ่านออกเขียนได้ด้วยภาษาไทย
- 2) สามารถติดต่อสื่อสารและให้ข้อมูลได้
- 3) ยินดีเข้าร่วมกิจกรรมตลอดการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion Criteria)

- 1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตลอดการวิจัยได้ครบทุกขั้นตอน
- 2) ย้ายออกจากพื้นที่การวิจัย



## ระยะที่ 2 ศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน

ตัวแทนผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนจำนวน 42 คน คัดเลือกจากผู้ให้บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษา (Inclusion Criteria)

- 1) เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคตลอดระยะเวลา 6 เดือน
- 2) สามารถติดต่อสื่อสารและให้ข้อมูลได้
- 3) ยินดีเข้าร่วมกิจกรรมตลอดการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion Criteria)

- 1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตลอดการวิจัยได้ครบทุกขั้นตอน
- 2) ย้ายออกจากพื้นที่การวิจัย

## ระยะที่ 3 การประเมินรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรค อำเภอเมืองมหาสารคาม

กลุ่มเป้าหมายคือผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรค บ้านร่วมใจ จำนวน 9 คน ซึ่งมีเกณฑ์ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษา (Inclusion Criteria)

- 1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยวัณโรค
- 2) สามารถติดต่อสื่อสารและให้ข้อมูลได้
- 3) ยินดีเข้าร่วมกิจกรรมตลอดการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion Criteria)

- 1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตลอดการวิจัยได้ครบทุกขั้นตอน
- 2) ผู้ป่วยเสียชีวิตในช่วงการดำเนินงานวิจัย
- 3) ย้ายออกจากพื้นที่การวิจัย

### 3.2.1 ขนาดตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ทำการคำนวณหาขนาดตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยใช้ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้จากสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรหาค่าเฉลี่ยประชากร กรณีทราบจำนวนประชากร และต้องการวัดผลการศึกษาแบบทางเดียว (1-tail) (สุ่มหนา กลางคาร์ และ วรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2553) ดังนี้

$$n = \frac{Z^2_{\alpha} N \sigma^2}{Z^2_{\alpha} \times \sigma^2 + (N-1)d^2}$$

n = ขนาดตัวอย่างที่ต้องการ

$Z^2_{\alpha}$  = ค่ามาตรฐานภายใต้โค้งปกติ มีค่า 1.645

$\sigma^2$  =ค่าความแปรปรวนของกลยุทธ์การดำเนินงานด้านควบคุมวัณโรค(0.65)<sup>2</sup>(กิตติพัทธ์ เอี่ยมรอด, สุพร กาวินา, 2015)

N =ประชากรในพื้นที่ 168 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม, 2561)

d =ความคลาดเคลื่อนที่หรือความแม่นยำในการวัดที่ยอมรับได้ 0.1

ค่าในสูตร

$$n = \frac{(1.645)^2 \times 168 \times 0.65^2}{(1.645)^2 \times 0.65^2 + (168-1) \times 0.1^2}$$

$$n = 100.66$$

ขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ 100.66 คน \*หรือกรณีป้องกันการถอนตัวออกจากโครงการระหว่างการวิจัยร้อยละ 10 ดังนั้น ปรับจำนวนเต็ม 110 คน

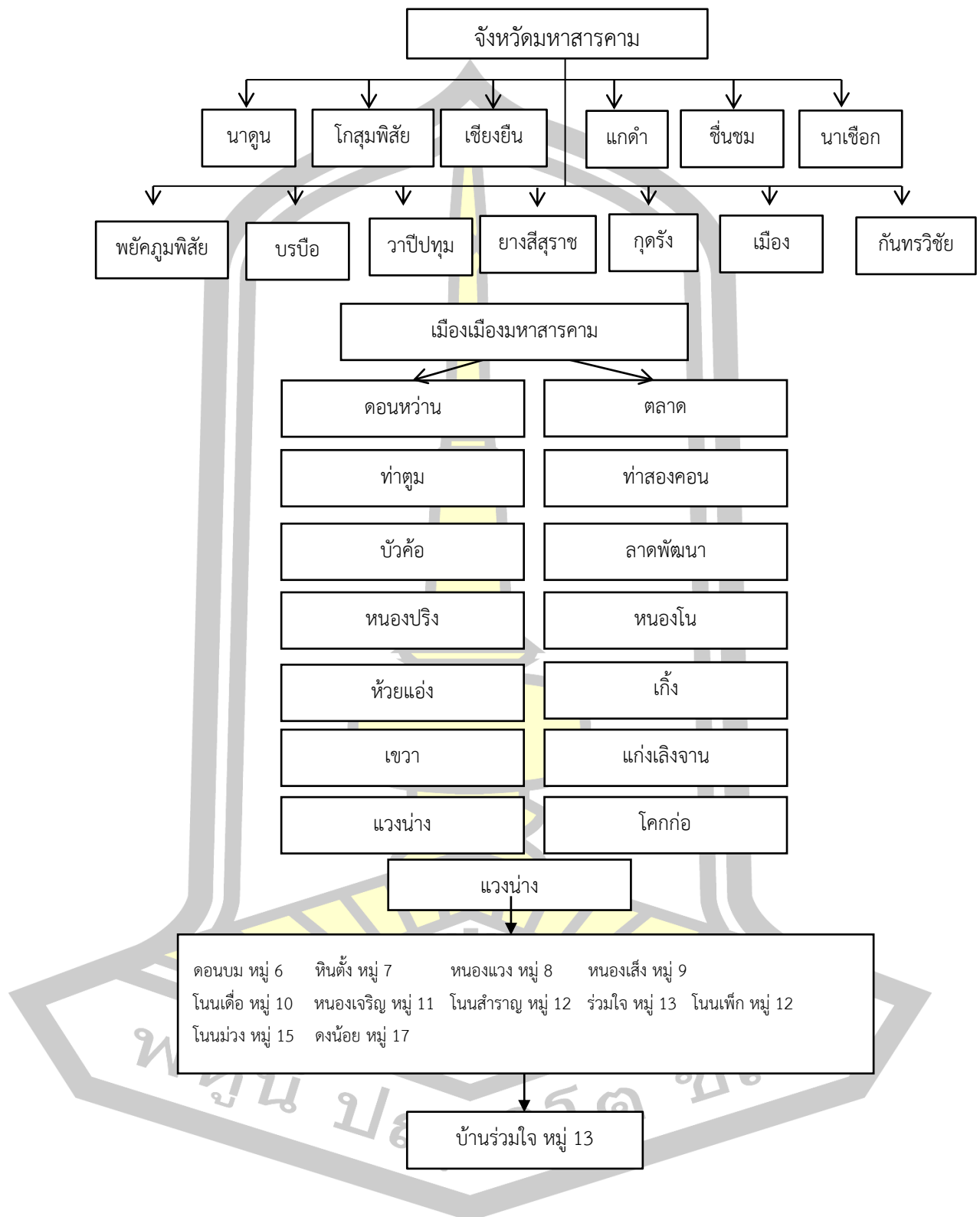
จากนั้นทำการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) (สุ่มทนา กลางคารและวรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2553) ดังนั้นนำกลุ่มผู้ป่วยวัณโรค (ดังตาราง 3)

ตาราง 3 แสดงการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling)

รายการ	จำนวนผู้ป่วยวัณโรค วัณโรคปอดพบเชื้อ	รวม
จำนวนผู้ป่วยวัณโรค	69	69
สัดส่วนของผู้ป่วยวัณโรคในแต่ละกลุ่ม	[69/168) ×100=41]	100
จำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัณโรคในแต่ละกลุ่ม	110×41/100=45	45

เลือกจำนวนผู้ป่วยวัณโรคเฉพาะวัณโรคอำเภอเมืองมหาสารคามจำนวน 168 ราย  
จากการเลือกพื้นที่ในการดำเนินงาน การสุ่มอย่างหลายชั้นตอนได้หมู่บ้านตัวอย่างคือบ้าน  
ร่วมใจหมู่ 13 โดยกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยวัณโรค บ้านร่วมใจ หมู่ 13 มีทั้งหมด 9 ราย  
จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ขึ้นทะเบียนโรงพยาบาลมหาสารคาม 168 คน

พูน ปรณ ทิโต ชีเว



ภาพ 6 สุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage random sampling)

### 3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ระยะที่ 1 สถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยวัณโรค อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

#### 1) เครื่องมือเชิงปริมาณ

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล เพศ อายุ อาชีพต้องออกต่างอำเภอ,จังหวัด สถานภาพ จำนวน สมาชิกครอบครัว รายได้ครอบครัว รายได้ ระดับการศึกษา เขตที่อยู่ การมีโรคประจำตัว การดื่มเครื่องดื่ม ที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ ความสะดวกในการเดินทางมารักษา ระยะทางจากที่พักถึงสถานบริการ พาหนะในการ เดินทาง ค่าใช้จ่ายในการเดินทางรักษาผู้ติดตามตอนมารักษา

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านคุณภาพบริการการส่งต่อผู้ป่วย การติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย วัณโรค เจ้าหน้าที่ความพึงพอใจในระบบบริการ

ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านนโยบายของรัฐสิทธิในด้านการ รักษาพยาบาลการได้รับข้อมูล ข่าวสารด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม

ส่วนที่ 4 ปัจจัยด้านเจ้าหน้าที่ เพศ อายุวุฒิการศึกษา ตำแหน่ง ดำรงตำแหน่ง ประสบการณ์การให้บริการผู้ป่วยวัณโรคดูงาน/อบรม/ศึกษาดูงานที่ผลการตรวจเสมหะแจ้งผลการ ตรวจเสมหะบันทึกผลการตรวจเสมหะการรายงานผลการตรวจเสมหะได้รับผลการตรวจเสมหะการ ได้รับรายงานผลการตรวจเสมหะการตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค การส่งต่อ

ส่วนที่ 5 ปัจจัยด้านผู้ดูแล เพศ อายุวุฒิการศึกษา ตำแหน่งดำรง ตำแหน่ง ประสบการณ์การให้บริการผู้ป่วยวัณโรคดูงาน/อบรม/ศึกษาดูงานการติดตาม การตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วย วัณโรค การส่งต่อผู้ป่วย

ส่วนที่ 6 ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน ร่วมการตัดสินใจ ร่วมการดำเนินงาน ร่วมรับ ผลประโยชน์ ร่วมการตัดสินใจประเมินผล

ส่วนที่ 7 ด้านแรงจูงใจในการป้องกันโรค ความรุนแรงของโรควัณโรคการรับรู้ต่อ โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรควัณโรคการรับรู้ความคาดหวังในความสามารถแห่งตนเองต่อการป้องกัน โรคความคาดหวังของผลลัพธ์ของการตอบสนองในการป้องกัน

ส่วนที่ 8 ด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน

#### 2) เครื่องมือเชิงคุณภาพ

เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเครื่องมือสำหรับสังเกตและจดบันทึก ประกอบด้วย 5 ส่วนดังนี้

2.1 แบบสังเกตการณ์การดำเนินงานจัดการวัณโรค การดูแลผู้ป่วยวัณโรค อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

2.2 การบันทึก (Record) ผู้วิจัยจะทำการบันทึกการดำเนินการทุกขั้นตอน ทุกกิจกรรม ได้แก่ การจดบันทึก เรื่องปัจจัยด้านการบริการ ปัจจัยด้านนโยบาย ปัจจัยพฤติกรรม สุขภาพ

2.3 แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม การดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน อำเภอ เมือง จังหวัดมหาสารคาม เรื่องปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน

2.4 แบบบันทึกการประเมินผล การดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

2.5 การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ผู้วิจัยจะทำการสัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่าง ด้วยแนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึกที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ก่อนและ หลังการดำเนินการ

ระยะที่ 2 ศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน

1) เครื่องมือเชิงคุณภาพ

เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพแบบสัมภาษณ์ ผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนและ สัมภาษณ์ผู้ป่วยวัณโรค เครื่องมือสำหรับสังเกตและจดบันทึกประกอบด้วย 5 ส่วนดังนี้

1.1 แบบสังเกตการณ์การดำเนินงาน การดูแลผู้ป่วยวัณโรค อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม เรื่องการลงเยี่ยมบ้าน สังเกตสภาพแวดล้อมรอบบ้าน และพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ป่วยวัณโรคและผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค

1.2 การบันทึก (Record) ผู้วิจัยจะทำการบันทึกการดำเนินการทุกขั้นตอน ทุกกิจกรรม ได้แก่ การจดบันทึก

1.3 แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม การดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน อำเภอ เมือง จังหวัดมหาสารคาม เรื่อง แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน

1.4 แบบบันทึกการประเมินผล การดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

1.5 การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ผู้วิจัยจะทำการสัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่าง ด้วยแนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึกที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ก่อนและ หลังการดำเนินการ

ระยะที่ 3

1) เครื่องมือเชิงปริมาณ

ส่วนที่ 1 ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนร่วมการตัดสินใจ ร่วมการดำเนินงาน ร่วมรับ ผลประโยชน์ ร่วมการตัดสินใจประเมินผล

ส่วนที่ 2 ด้านแรงจูงใจในการป้องกันโรค ความรุนแรงของโรควิธีโรคการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรควิธีโรคการรับรู้ความคาดหวังในความสามารถแห่งตนเองต่อการป้องกันโรคความคาดหวังของผลลัพธ์ของการตอบสนองในการป้องกัน

ส่วนที่ 8 ด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ในการดูแลผู้ป่วยวิธีโรคในชุมชน

2) เครื่องมือเชิงคุณภาพ

แบบสัมภาษณ์ ตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวิธีโรคในชุมชน ตามกิจกรรม เช่น การสร้างแรงจูงใจการป้องกันโรควิธีโรค กิจกรรมบ้านตัวอย่าง กิจกรรมการลดการตีตราผู้ป่วยในชุมชน กิจกรรมลดเชื้อโรควิธีโรค

2.1 แบบสังเกตการณ์การดำเนินงานจัดการวิธีโรค การดูแลผู้ป่วยวิธีโรค ปอด อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

2.2 การบันทึก (Record) ผู้วิจัยจะทำการบันทึกการดำเนินการทุกขั้นตอน ทุกกิจกรรม ได้แก่ การจดบันทึก

2.3 แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม การดูแลผู้ป่วยวิธีโรคในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

2.4 แบบบันทึกการประเมินผล การดูแลผู้ป่วยวิธีโรคในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

2.5 การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ผู้วิจัยจะทำการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ด้วยแนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึกที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวิธีโรคในชุมชน ก่อนและหลังการดำเนินการ

### 3.4 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1) **ระยะที่ 1** สถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยวิธีโรค อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

1.1 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในการตรวจสอบความตรงของแบบสัมภาษณ์ ด้านความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยทำการตรวจสอบโดยนำแบบสัมภาษณ์ให้กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์พิจารณา จากนั้นนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ เพื่อพิจารณาตรวจสอบความถูกต้องและความตรงของเนื้อหา เพื่อหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Consistency : (IOC) ปัจจัยด้านคุณภาพการบริการ เท่ากับ 0.72 ปัจจัยด้านนโยบายภาครัฐ เท่ากับ 0.70 ปัจจัยด้านเจ้าหน้าที่ เท่ากับ 0.93 ปัจจัยด้านผู้ดูแลผู้ป่วยวิธีโรค เท่ากับ 0.98 การมีส่วนร่วมของชุมชน เท่ากับ 0.94 แรงจูงใจการป้องกันโรค เท่ากับ 0.96 ความพึงพอใจ เท่ากับ 0.98 แรงสนับสนุนทางสังคม

เท่ากับ 0.98 และนำข้อเสนอจากผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อความสมบูรณ์มีความเหมาะสมสู่การนำไปใช้โดยผู้เชี่ยวชาญทั้ง 5 ท่าน ตรวจสอบแล้วจึงปรับปรุงเนื้อหาตามข้อเสนอแนะ

1.2 การตรวจค่าความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบทดสอบด้านปัจจัยการดูแลผู้ป่วยโรคโควิดในชุมชน พฤติกรรมการป้องกันโรคและการมีส่วนร่วมในการจัดการระบบบริการสุขภาพของผู้ป่วย ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try out) จำนวน 30 ชุดกับกลุ่มตัวอย่างมีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากรที่จะศึกษาคือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนหญ้านาง จังหวัดกาฬสินธุ์ และวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น ด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของคอนบาค (Cronbach, 1990)

- 1.ค่าความเชื่อมั่น การมีส่วนร่วมของชุมชน เท่ากับ 0.70
- 2.ค่าความเชื่อมั่น แรงจูงใจการป้องกันโรค เท่ากับ 0.75
- 3.ค่าความเชื่อมั่น ความพึงพอใจ เท่ากับ 0.78
- 4.ค่าความเชื่อมั่น แรงสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 0.74

1.3 นำแบบบันทึกปัจจัยเสี่ยงโรคโควิดในชุมชนแบบบันทึกพฤติกรรมการป้องกันโรค วัณโรคแบบบันทึกงานการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรคเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญ ตรวจสอบแล้วจึงปรับปรุงเนื้อหาตามข้อเสนอแนะ

## 2) ระยะเวลาที่ 2 การศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน

### 2.1 กิจกรรมเชิงปฏิบัติการ

โดยการนำประเด็นการคืนข้อมูล การประชุมกลุ่ม การถอดบทเรียน เสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษา จากนั้นดำเนินการปรับปรุงแก้ไขกิจกรรม ดำเนินงานตามกิจกรรมที่กำหนดไว้

## 3) ระยะเวลาที่ 3 การประเมินรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน

3.1 การตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (Content Validity) นำแบบสอบถามจากแบบประเมินปัจจัยเสี่ยงและเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านตรวจสอบแล้วจึงปรับปรุงเนื้อหาตามข้อเสนอแนะ

3.2 ศึกษารูปแบบ การดูแลผู้ป่วยโรคโควิดในชุมชนนำประเด็นการสนทนากลุ่ม และการประชุมกลุ่มเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบแล้วจึงปรับปรุงเนื้อหาตามข้อเสนอแนะ

## 3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

โดยดำเนินการรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพสรุปได้ดังนี้

3.5.1 การศึกษา ปัจจัยด้านการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ตามบริบทของชุมชนรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์

3.5.2 การศึกษาการดูแลผู้ป่วยวัณโรค รวบรวมข้อมูลโดยกิจกรรมการสนทนากลุ่ม และบันทึกข้อมูล

3.5.3 การศึกษาปัญหาและความต้องการในผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค และผู้ป่วยวัณโรค พฤติกรรมการป้องกันโรควัณโรคในชุมชน รวบรวมข้อมูลโดยกิจกรรม การจัดประชุมกลุ่ม การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสอบถามและบันทึกข้อมูล

3.5.4 การวางแผนรวบรวมข้อมูลโดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วม และบันทึกข้อมูล จากกรณีศึกษาในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน

3.5.5 การปฏิบัติการรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถามการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ก่อนร่วมกิจกรรม และแบบประเมินการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน

3.5.6 การสังเกตผลการปฏิบัติงานรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถามการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนหลังร่วมกิจกรรมการสังเกตการสอบถามและการบันทึกข้อมูล

3.5.7 การสะท้อนผลปฏิบัติการรวบรวมข้อมูลโดยการถอดบทเรียนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน

3.5.8 การประเมินรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม รวบรวมโดยแบบสอบถามผู้ป่วยวัณโรคก่อนและหลังการทดลอง

### 3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งผลการวิเคราะห์ออกเป็น 3 ระยะดังต่อไปนี้

**ระยะที่ 1** ปัจจัยด้านการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณคือการประเมิน ปัจจัยด้านการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ปัจจัยด้านการบริการ ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ คือการศึกษาการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน และศึกษาปัญหาและความต้องการในป้องกันและควบคุมโรควัณโรคในชุมชนได้แก่การจำแนกประเภทข้อมูล ประมวลผลความเชื่อมโยงและการสร้างข้อสรุป

**ระยะที่ 2** การดูแลผู้ป่วยวัณโรควัณโรค รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณคือประเมินการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติได้แก่จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพคือศึกษาระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนได้แก่การวิเคราะห์เชิงเนื้อหาด้วยการจำแนกประเภทข้อมูลเชื่อมโยงความสัมพันธ์



**ระยะที่ 3** การประเมินรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคอำเภอเมือง เมืองมหาสารคาม

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณคือการประเมินรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย เลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด

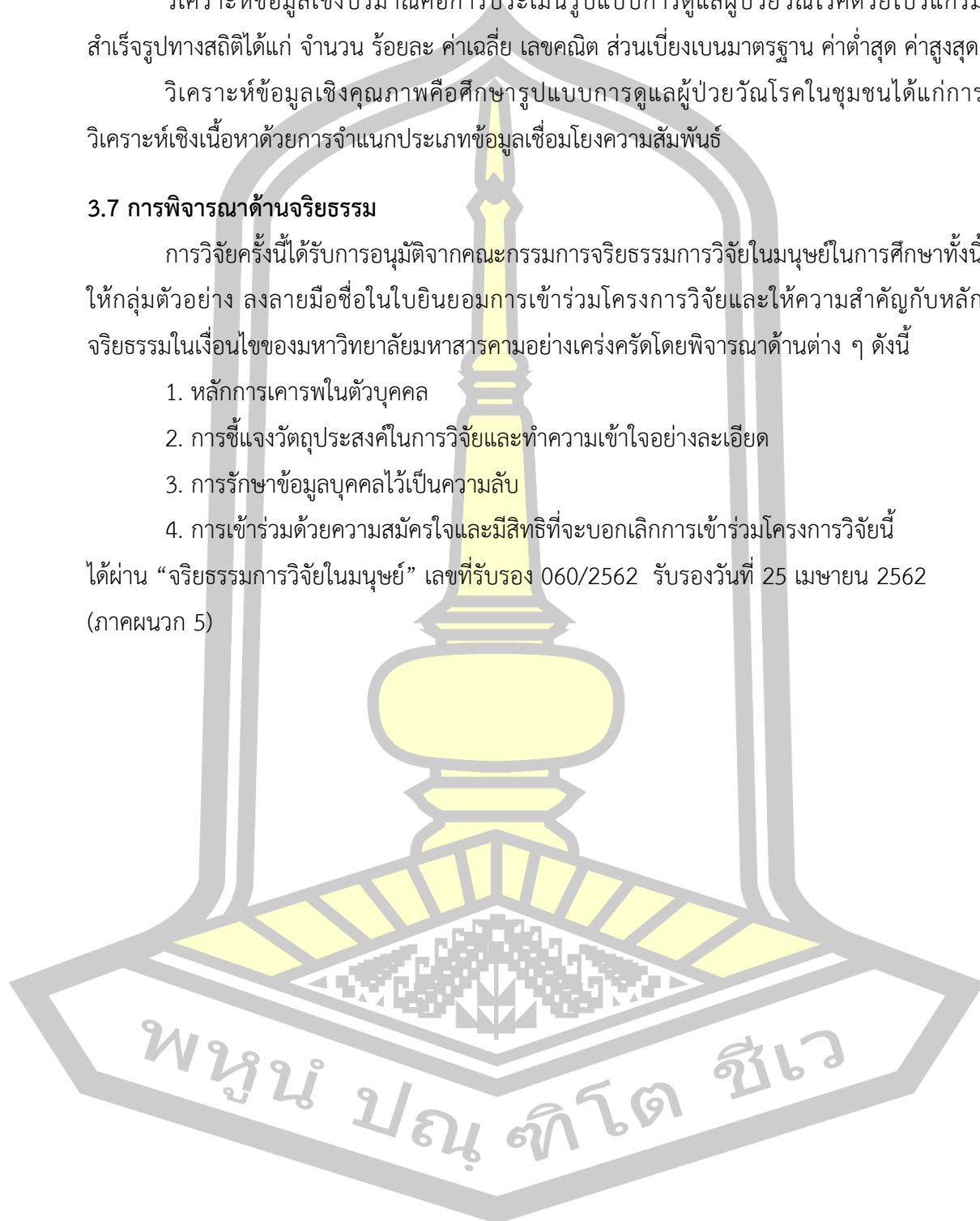
วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพคือศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนได้แก่การวิเคราะห์เชิงเนื้อหาด้วยการจำแนกประเภทข้อมูลเชื่อมโยงความสัมพันธ์

### 3.7 การพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ในการศึกษาทั้งนี้ให้กลุ่มตัวอย่าง ลงลายมือชื่อในใบยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัยและให้ความสำคัญกับหลักจริยธรรมในเงื่อนไขของมหาวิทยาลัยมหาสารคามอย่างเคร่งครัดโดยพิจารณาด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. หลักการเคารพในส่วนบุคคล
2. การชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัยและทำความเข้าใจอย่างละเอียด
3. การรักษาข้อมูลบุคคลไว้เป็นความลับ
4. การเข้าร่วมด้วยความสมัครใจและมีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้

ได้ผ่าน “จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์” เลขที่รับรอง 060/2562 รับรองวันที่ 25 เมษายน 2562 (ภาคผนวก 5)



## บทที่ 4

### ผลการศึกษา

การศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม การดำเนินงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ซึ่งมีจุดมุ่งหมายเพื่อสร้างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม โดยการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้

- 4.1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม
- 4.2 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม
- 4.3 ประเมินรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

#### 4.1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัด

##### มหาสารคาม

##### 4.1.1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยวัณโรค

คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยวัณโรค พบว่า เพศชาย ร้อยละ 69.00 ผู้ป่วยอยู่ในช่วงกลุ่มอายุ 50 ถึง 59 ปี อายุเฉลี่ย 51.07 ปี ร้อยละ 28.60 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 35.70 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 57.10 ช่วงการรักษาไม่ได้ ออกนอกพื้นที่หรือออกนอกต่างจังหวัด ร้อยละ 76.20 สมาชิกในครอบครัว 3 คน ร้อยละ 33.30 รายได้ครอบครัวต่อเดือน 5,001 ถึง 10,000 ร้อยละ 33.30 ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว ร้อยละ 64.30 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 31.00 โรคเบาหวาน ร้อยละ 33.30 ผู้ป่วยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 47.60 ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เดือนละ 4 ครั้ง ร้อยละ 19.00 เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 52.40 สะดวกในการเดินทางมารับการรักษา ร้อยละ 90.50 การเดินทางด้วยมอเตอร์ไซค์และรถยนต์ คิดเป็นร้อยละ 73.80 ใช้ระยะเวลาเดินทาง 30 นาที ร้อยละ 71.40 ค่าใช้จ่ายในการเดินทางประมาณ 300 บาท ร้อยละ 42.90 (ดังตาราง 4)

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไป (ผู้ป่วยวัณโรค) (n=42)

เพศ	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ชาย		29	69.00
หญิง		13	31.00

ตาราง 4 จำนวนเฉลี่ยละข้อมูลทั่วไป (ผู้ป่วยวัณโรค) (n=42)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
20-29 ปี	2	4.80
30-39 ปี	2	4.80
40-49 ปี	9	21.40
50-59 ปี	12	28.60
60-69 ปี	11	26.20
70-79 ปี	5	11.90
80 ปี ขึ้นไป	1	2.40
Min= 20 Max=87 Mean=51.07 SD.= 12.86		
เขตที่อยู่		
เขตเทศบาล	18	42.90
องค์การบริหารส่วนตำบล	24	57.10
อาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน	8	19.00
เกษตรกรกรรม	15	35.70
รับจ้างทั่วไป	12	28.60
ค้าขาย	2	4.80
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	2	4.80
อาศัยอยู่กับบุตร	3	7.20
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	6	14.30
ประถมศึกษา	24	57.10
มัธยมศึกษาตอนต้น	5	11.90
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	1	2.40
อนุปริญญา/ปวส.	3	7.10
ปริญญาตรีขึ้นไป	3	7.10

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไป (ผู้ป่วยวัยโรค) (n=42)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
โสด	5	11.90
คู่	29	69.00
หม้าย	7	16.70
แยกกันอยู่	1	2.40
ช่วงการรักษาอย่างต่อเนื่อง อาชีพต้องออกต่างจังหวัด/อำเภอ		
ไม่ต้องออกต่างจังหวัด/อำเภอ	32	76.20
ต้องออกต่างจังหวัด /อำเภอ	10	23.80
ครอบครัว		
2 คน	4	9.50
3 คน	14	33.30
4 คน	11	26.20
5 คน	8	19.00
6 คน	4	9.50
8 คน	1	2.40
รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน		
<5000บาท	8	19.00
5,001-10,000 บาท	14	33.30
10,001-15,000 บาท	4	9.50
15,001-20,000 บาท	11	26.20
20,001-25,000 บาท	3	7.10
25,001-30,000 บาท	2	4.80
Min= 1,200 Max=30,000 Mean=13,285.71 SD=8,186.77		

ตาราง 4 จำนวนเฉลี่ยและข้อมูลทั่วไป (ผู้ป่วยวัณโรค) (n=42)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
≤5000บาท	29	69.00
5,001-10,000 บาท	5	11.90
10,001-15,000 บาท	5	11.90
15,001-20,000 บาท	2	4.80
25,001-30,000 บาท	1	2.40
Min= 0 Max=30,000 Mean= 4,907.14 SD=6,765.67		
ผู้ป่วยวัณโรคมีโรคประจำตัว		
มีโรคประจำตัว	27	64.30
ไม่มีโรคประจำตัว	15	35.70
ความดันโลหิตสูง		
มี	13	31.00
ไม่มี	29	69.00
เบาหวาน		
มี	14	33.30
ไม่มี	28	66.70
โรคไต		
มี	2	4.80
ไม่มี	40	95.20
ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์		
ดื่ม	20	47.60
ไม่ดื่ม	22	52.40
ความถี่ในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์		
ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เดือนละ 2 ครั้ง	6	14.30
ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เดือนละ 3 ครั้ง	2	4.80
ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เดือนละ 4 ครั้ง	8	19.00
ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกวัน	4	9.50

ตาราง 4 จำนวนเฉลี่ยละเอียดข้อมูลทั่วไป (ผู้ป่วยวัณโรค) (n=42)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
สูบบุหรี่	22	52.40
เคยสูบบุหรี่	20	47.60
ไม่สูบบุหรี่		
ความถี่การสูบบุหรี่		
สูบบุหรี่ วันละ 1-2 มวน	5	11.90
สูบบุหรี่ วันละ 3-5 มวน	8	19.00
สูบบุหรี่ วันละ 6-10 มวน	6	14.30
สูบบุหรี่ วันละ 11-19 มวน	1	2.40
ความสะดวกในการเดินทางมารับการรักษา		
สะดวก	38	90.50
ไม่สะดวก	4	9.50
ระยะทางจากบ้านพักถึงสถานบริการมีระยะทาง (กิโลเมตร)		
7-10 กิโลเมตร	19	45.20
11-14 กิโลเมตร	18	42.80
15-18 กิโลเมตร	5	12.00
พาหนะใช้ในการเดินทาง		
มอเตอร์ไซด์/รถยนต์	31	73.80
รถโดยสารประจำทาง	9	21.40
รถจ้างเหมา	2	4.80
เวลาในการเดินทางมารับการรักษา		
15 นาที	1	2.40
20 นาที	9	21.40
25 นาที	1	2.40
30 นาที	30	71.40
35 นาที	1	2.40

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไป (ผู้ป่วยวัณโรค) (n=42)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับการรักษา (รวมค่ารถ, อาหาร/เครื่องดื่ม)		
100 -200 บาท	15	35.80
201-300 บาท	20	47.60
301-400 บาท	4	9.50
401-500 บาท	3	7.10

**ผู้ป่วยวัณโรค**

“ต้องยอมรับการป่วย ว่าวันนี้เราเป็นผู้ป่วยที่มาอยู่ในครอบครัว อยู่ชุมชนต้องมีความรับผิดชอบ”

(ผู้ป่วยคนที่ 3,2562 : สัมภาษณ์)

“รักษาโดนโหด (รักษาระยะเวลานาน) ทั้งเที่ยวไปรักษา ทั้งการเตรียมเงินในการเดินทาง เป็นแล้วใช้จ่ายเยอะ”

(ผู้ป่วยคนที่ 2,2562 : สัมภาษณ์)

“ตอนที่อยู่โรงพยาบาล ก็นอนในห้องปิดออกมาจากบ้านก็ได้อยู่ห้องแยก แรก ๆ ก็เครียด รู้สึกท้อใช้เวลาปรับตัวนานพอสมควร”

(ผู้ป่วยคนที่ 25,2562 : สัมภาษณ์)

“ช่วงการรักษา ผลข้างเคียงคือตัวทึบจนว่าจะกินยาต่อหรือว่าจะหนีจะหยุดกินยาเพราะ ทั้งอวก (อาเจียน) ทั้งปวดชายโครงรู้สึกท้อช่วงแรก”

(ผู้ป่วยคนที่ 31,2562 : สัมภาษณ์)

“เจ้าหน้าที่ดูแลดี เพื่อนมาเยี่ยมยาม แต่คนที่ต้องเข้าใจคือคนที่ดูแลเราด้วย”

(ผู้ป่วยคนที่ 6,2562: สัมภาษณ์)

**สรุป** เมื่อป่วยเป็นวัณโรคต้องมารับการรักษา ซึ่งการรักษาต้องต่อเนื่องยาวนาน การเดินทางไปรับการรักษาถือเป็นการรับผิดชอบตัวเอง รับผิดชอบต่อสังคมและครอบครัว ระยะเวลานาน มีความท้อต่อต้านการกินยาเนื่องจากผลข้างเคียงของยา และการปรับตัวจากคนธรรมดาเป็นผู้ป่วยวัณโรคและการต้องอยู่สภาพแวดล้อมเดิมแต่มีความเปลี่ยนแปลงที่ปลอดภัยไปรับ ปรับตัวจากการแยกห้องข้าวของเครื่องใช้ ต้องอดทนกับอาการข้างเคียง

#### 4.1.2 คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค

ข้อมูลคุณลักษณะประชากร พบว่า เพศหญิง ร้อยละ 92.90 ผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคอยู่ในกลุ่มอายุ 40 ถึง 49 ปี อายุเฉลี่ย 50.21 ปี ร้อยละ 47.60 มีประสบการณ์ในการอบรมเกี่ยวกับการบริการและการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ร้อยละ 47.60 ติดตามผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ร้อยละ 26.20 ติดตามผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลการตรวจเสมหะพบเชื้อที่ไม่มารับฟังผลการตรวจตามนัด ร้อยละ 95.50 ติดตามกับญาติผู้ป่วย ร้อยละ 59.50 ดำเนินการติดตามภายในวันที่ขาดนัดร้อยละ 69.00 ติดตามทางโทรศัพท์ ร้อยละ 61.90 ติดตามโดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 64.30 การดำเนินติดตามเป็นระยะเวลา ติดตาม 4 ครั้ง ร้อยละ 52.40 เคยกำกับติดตามการรับประทานยาผู้ป่วยวัณโรคร้อยละ 88.10 (ดังตาราง 5)

ตาราง 5 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไป (ผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค) (n=42)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	3	7.10
หญิง	39	92.90
อายุ		
20-29 ปี	3	7.20
30-39 ปี	7	16.70
40-49 ปี	20	47.60
50-59 ปี	9	21.40
60-69 ปี	2	4.80
70 ปี ขึ้นไป	1	2.40
Min= 24 Max=84 Mean= 50.21 SD.= 13.60		
สัมพันธ์กับผู้ป่วย		
บิดา-มารดา	3	7.10
พี่-น้อง	2	4.80
ลูก-หลาน	36	85.70
ลูก-ป้า	1	2.40



ตาราง 5 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไป (ผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค) (n=42)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาดูแลผู้ป่วย		
≤ 2 ปี	16	38.10
3-5 ปี	19	45.30
6 ปี ขึ้นไป	7	16.60
ประสบการณ์การให้บริการผู้ป่วยวัณโรค (ปี)		
ต่ำกว่า 1 ปี	2	4.80
1 ปี	19	45.20
2 ปี	19	45.20
3 ปี	2	4.80
มีประสบการณ์ดูงาน อบรม ศึกษาต่อเกี่ยวกับการให้บริการผู้ป่วยวัณโรค		
เคย	20	47.60
ไม่เคย	22	52.40
ติดตามผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน		
เคย	11	26.20
ไม่เคย	31	73.80
ติดตามผู้ป่วยวัณโรคพบเชื้อไม่มารับฟังผลการตรวจตามนัด		
ติดต่อผู้ประสานงานวัณโรคระดับอำเภอ		
เคย	3	7.10
ไม่เคย	39	92.90
ติดต่อผู้รับผิดชอบงานระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล		
เคย	40	95.20
ไม่เคย	2	4.80
ติดต่อกับผู้ป่วยและญาติ		
เคย	17	40.50
ไม่เคย	25	59.50
ดำเนินการภายในกี่วัน		
ภายในวันที่ขาดนัด	29	69.00
ติดตามหลังวันที่วันที่ขาดนัด	13	31.00

ตาราง 5 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไป (ผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค) (n=42)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ติดตามผ่านช่องทางสื่อ		
ไม่เคย	5	88.10
เคย	37	11.90
ทางโทรศัพท์		
ไม่เคย	26	61.90
เคย	16	38.10
หนังสือทางราชการ		
ไม่เคย	9	21.40
เคย	33	78.60
ระบบอินเทอร์เน็ต		
ไม่เคย	15	35.70
เคย	27	64.30
ติดต่อผ่านเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล		
ไม่เคย	15	35.70
เคย	27	64.30
ดำเนินการติดตามเป็นระยะเวลา		
ติดตาม 1 ครั้ง	10	23.80
ติดตาม 2 ครั้ง	5	11.90
ติดตาม 3 ครั้ง	3	7.10
ติดตาม 4 ครั้ง	22	52.40
ติดตามมากกว่า 5 ครั้ง ขึ้นไป	2	4.80
กำกับติดตามการรับประทานยาผู้ป่วยวัณโรค		
ไม่เคย	5	11.90
เคย	37	88.10

### ผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค

“ไม่ได้กำกับเรื่องอะไรกำกับเรื่องการไปรับยา อย่าลืมนยา เพราะยาสำคัญที่สุดกินแล้วหายป่วย กินแล้วหายจากโรควัณโรค แต่หมออนามัยก็แนะนำให้กินต่อหน้า”

(ผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคคนที่ 1,2562: สัมภาษณ์)

“ถ้าถามหาหน้าากอนามัย ไม่ได้ใช้หน้าากอนามัยเพราะมันระคายเคือง อีกร่างกะปกติว่าจะติดอะไร กะว่านำผู้ป่วยธรรมดาใส่เข้าไปกะถามเราอีกกว่าซีเดียวด(รังเกียจ)ปานนั้นเบาะ”

(ผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคคนที่ 13,2562: สัมภาษณ์)

“ไม่ได้กลัว ติดเพราะอาจจะเป็นเพราะเชื้อโรควัณโรคมองไม่เห็น หมออนามัยกะว่ามันมาหน้าากาศเดะมันมองบ่เห็น หมอ ย่านยุเบาะ”

(ผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคคนที่ 11,2562: สัมภาษณ์)

“เรื่องการดูแลเขาจะมีปัญหาช่วงแรก ๆ เพราะต้องแยกถ้อยแยกขาม ความไม่เข้าใจมีมาก เพราะทาง โรงพยาบาลบอกว่าต้องแยกทุกอย่าง เริ่มจะมีปัญหา แต่ครอบครัวไม่ได้มีปัญหาอะ อยากรให้หาย (เขา)”

(ผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคคนที่ 11,2562: สัมภาษณ์)

“สภาพความเป็นอยู่ อยู่ไปวันวัน ไม่ได้เปลี่ยนมากชุดก็มีแค่นี้ ที่นอนหมอนมุ้ง ก็ตากเดือนละครั้งไม่ได้มากมายเหมือนที่ หมอแนะนำ จะให้มาเปลี่ยนกะเปลี่ยนบูบับบได้ละ เพราะความเป็นอยู่ทุกวันเราก็ออยู่แบบนี้”

(ผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคคนที่ 11,2562: สัมภาษณ์)

“เมื่อถามถึงเขื่อนซานบ้านล่อง (บ้านเรือน) เป็นอยู่ตามสภาพละหมอเอ๊ย สิให้ไปปรับกะยาก แต่เพื่อนบอกว่าให้อยู่ในที่โล่ง ๆ เอะ แต่อันนี้โล่งบ่ได้ละเนาะ ย่านขโมยขโจร”

(ผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคคนที่ 10,2562: สัมภาษณ์)

“ไม่ได้กำกับอะไรเป็นส่วนตัว สิ่งสำคัญที่สุดคือการกินยา หมออนามัยบอกว่า ดูแลแม่เต๊อ เราก็ดูอะไรเป็นพิเศษ กะมีบ้างที่หมออนามัยกับ อสม.มาเยี่ยมเฮาเป็นเจ้าบ้านเราก็ดเตรียมที่นั่ง พัดลมไว้ให้ให้หมอนั่งพัดลม”

(ผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคคนที่ 6,2562: สัมภาษณ์)

สรุป ผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคมีหน้าที่หลัก คือการกำกับการกินยาของผู้ป่วยวัณโรคในแต่ละวัน ตามที่เจ้าหน้าที่ได้กำกับไว้ เจ้าหน้าที่แนะนำการกินยาต่อหน้า ช่วงแรกที่รับผู้ป่วยเข้ามารักษาต่อเนื่อที่บ้านต้องดูแลสภาพแวดล้อมรอบบ้าน ให้สะอาด ปลอดภัย แต่ก็เป็นไปตามบริบทของพื้นที่บ้าน ผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคต้องปรับสภาพแวดล้อมรอบบ้าน การดูแลผู้ป่วยที่สำคัญอีกอย่างคือการแยกสิ่งของส่วนตัวของผู้ป่วยวัณโรค การแยกที่นอน การแยกแก้วน้ำและการแยกการรับประทานอาหารร่วมกัน เพราะช่วงแรกเป็นการรักษาผู้ป่วยแบบเชื่องมาก จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลได้รับความรู้ด้านการป้องกันโรควัณโรค แต่ผู้ดูแลยังปฏิบัติตนเองโดยการไม่ใส่หน้ากากอนามัยป้องกันตัวเอง เบื้องต้นเพราะเข้าใจว่าเชื้อวัณโรคอยู่ในอากาศ เชื้อวัณโรคไม่ติดโดยการสูดดม

### 4.1.3 ปัจจัยคุณภาพบริการ

ปัจจัยคุณภาพบริการพบว่า เมื่ออาการที่สงสัยว่าจะเป็นโรคโควิด-19 ได้รับการตรวจรักษา และ ส่งต่อเพื่อไปรับการรักษา ร้อยละ 52.40 ไปรับการรักษาโดยใช้ใบส่งต่อ ร้อยละ 64.30 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขติดตามมาเยี่ยมบ้าน เพื่อติดตาม ดูแล และรับการรักษา ร้อยละ 100.00 ใช้เทคโนโลยีในการติดตาม ร้อยละ 71.40 ผู้ดูแลผู้ป่วยโควิดหรือเจ้าหน้าที่รับผิดชอบมีท่าที สุขภาพ ไม่แสดงท่าที รังเกียจ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่อยู่ใกล้ มีการบริการหน้ากอกอนามัยเพื่อป้องกันการติดต่อโรคโควิด-19 ทุกครั้งเมื่อมาเยี่ยมผู้ป่วยโควิด ร้อยละ 66.70 (ดังตาราง 6)

ตาราง 6 จำนวนแลร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยคุณภาพบริการ

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เมื่อมีอาการที่สงสัยว่าจะเป็นโรคโควิด-19 ได้รับการส่งต่อไปรับการรักษา		
ไม่ได้รับการส่งต่อ	20	47.60
ได้รับการส่งต่อ	22	52.40
ส่งต่อโดยใช้ใบส่งต่อ	27	64.30
ส่งต่อโดยเจ้าหน้าที่สถานบริการ	15	35.70
เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ติดตามมาเยี่ยมที่บ้าน เพื่อติดตาม ดูแล และรับการรักษา	42	100.00
เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้ดูแลผู้ป่วยโควิดใช้บริการโดยการ ใช้เทคโนโลยีในการติดตาม ผู้ป่วยโควิด เช่น โทรศัพท์		
ไม่มี	12	28.60
มี	30	71.40
ผู้ดูแลผู้ป่วยโควิดหรือเจ้าหน้าที่ มีท่าที สุขภาพ ไม่แสดงท่าที รังเกียจ มีการบริการที่สุขภาพ		
ไม่ใช่	2	4.80
ใช่	40	95.20
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข สวมหน้ากากอนามัยทุกครั้ง เมื่อมาเยี่ยมผู้ป่วย โควิด		
ไม่มี	14	33.30
มีการบริการหน้ากอกอนามัยทุกครั้ง	28	66.70

### ด้านการบริการ

“เจ้าหน้าที่อนามัยก็ออกมาดูกำกับการกินยา ช่วงแรกๆ หลังจากนั้นมอบหมายหน้าที่ให้ผู้ดูแลส่วนมากเป็น อสม.แต่การทำงานเจ้าหน้าที่ใส่หน้ากากอนามัยป้องกัน แต่ถ้าไม่ได้หน้ากากมาใส่ หมออนามัยไปก็ยืนห่าง ๆ”

(ผู้ป่วยคนที่ 3,2562: สัมภาษณ์)

“ผู้ดูแลเป็นลูกชายคนเล็ก มาเยี่ยมบ้างเป็นบางครั้ง เมื่อพบยาย จะไม่ป้องกันด้วยหน้ากากอนามัย เพราะเขากะมาหาแต่แนวกินมาให้อย่างอื่นกะปัดมีอะไร สิ่งที่เขาฝากส่วนมากก็เป็นผลไม้ และเป็นคนที่พาไปหาหมอ บ้างครั้งหมอกะฝากลูกนี้ละ”

(ผู้ป่วยคนที่ 4,2562: สัมภาษณ์)

“ไม่คิดว่าจะติด ใช้ชีวิตปกติ อยู่เฉยๆก็แน่นหน้าอก เลยให้ลูกสาวพาไปหาหมอ ศูนย์รวมแพทย์ X-ray หมอวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรค หมออนามัยเป็นคนเช็คอาการทั้งเม็ดเลย พอเห็นเห็นว่าไอ คนใกล้บ้านเป็นวัณโรคกะส่งต่อเลย”

(ผู้ป่วยคนที่ 4,2562: สัมภาษณ์)

“คุณตาเคยป่วยด้วยโรค วัณโรคปี 2556 แล้วไม่รับประทานยาต่อเนื่องหายไปเอง ตรวจพบเนื่องจากคุณยายเป็นโรควัณโรค จึงไปตรวจ พบรอยโรค ปี 2562 ทานยาต่อเนื่อง เพียงแค่รอยโรคเล็ก ๆ เขาก็นำมารักษาใหม่ รักษาหนักขึ้นกว่าเก่า”

(ผู้ป่วยคนที่ 5,2562: สัมภาษณ์)

“ไปหาหมอ ที่โรงพยาบาลโดยญาติอีกหมู่บ้านพาไปแต่ตอนกลับให้กลับเอง”

(ผู้ป่วยคนที่ 7,2562: สัมภาษณ์)

“หมออนามัยกะปัดรังเกียอะไรพื้นใส่หน้ากากอนามัยยุ ”

(ผู้ป่วยคนที่ 7,2562: สัมภาษณ์)

“เริ่มอาการป่วยด้วยอาการแน่นหน้าอก หายใจลำบาก ตอนป่วยเป็นช่วงฝึกงานที่สมุทรปราการผู้ปกครองรับกลับบ้าน เข้ารับการรักษาที่ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดมหาสารคาม วินิจฉัยเป็น วัณโรค”

(ผู้ป่วยคนที่ 9,2562: สัมภาษณ์)

“ผู้ป่วยมีอาการเป็นลม เดินไม่ได้ หลงลืม ติดเชื้อบริเวณเยื่อหุ้มสมอง X-ray พบรอยโรคจึงตรวจเพิ่มเติม วินิจฉัยเป็นผู้ป่วยวัณโรค คิดเบื้องต้นบางครั้งกะบ่มีแว่วว่าจะเป็นโรค ไปหาหมอ ละพ้อเลยพื้น ปานตาเห็น”

(ผู้ป่วยคนที่ 11,2562: สัมภาษณ์)

“รักษาที่คลินิกมาก่อน เนื่องจากมีอาการต้องส่งต่อที่โรงพยาบาล 1 ครั้งและหมอส่ง X-ray และตรวจเสมหะ 3 วันได้วินิจฉัยเป็นวัณโรค แล้วได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาล แล้วส่งต่อมายังอนามัยอีกครั้ง”

(ผู้ป่วยคนที่ 15,2562: สัมภาษณ์)

“เจ้าหน้าที่มาเยี่ยมเยียน อสม.ผู้ดูแลเป็นแม่บ้านนี้ละ แต่กะบ่ได้ป้องกันผิวเมียนะครับ ถ้าป้องกันคักกะว่ารังเกียจกัน เฮากะยังปฏิบัติทุกอย่างแบบเก่าบ่ได้เปลี่ยนหลาย”

(ผู้ป่วยคนที่ 16,2562: สัมภาษณ์)

**สรุป** ด้านการบริการเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มุ่งเน้นการกินยาต่อเนื่องไม่ขาดยา รักษาตามแพทย์นัด ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเอง เนื่องจากมีอาการ แ่นหน้าอก หายใจลำบาก ซึ่งอาการเหล่านี้ผู้ป่วยเลือกรับการรักษาที่ คลินิก โรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก่อน แล้วส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลจังหวัด การบริการของเจ้าหน้าที่ที่เป็นไปตามมาตรฐานการรักษา เช่น ถ่ายรังสีเอกซ์เรย์ การตรวจเสมหะ จากนั้นโรงพยาบาลจะส่งตัวมารับการรักษาต่อเนื่องที่บ้าน โดยการประสานงานเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานวัณโรค โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อส่งต่อการรักษาต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งการรักษาที่บ้าน จากการศึกษา พบว่าผู้ออกเยี่ยมบ้านเป็นอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ประจำเขตรับผิดชอบบ้านหลังนั้น

#### 4.1.3.1 ปัจจัยคุณภาพบริการ (ด้านนโยบายภาครัฐ)

ด้านนโยบายภาครัฐ พบว่า สิทธิการเข้าถึงบริการด้านการรักษาพยาบาล สิทธิบัตรทอง ร้อยละ 92.90 โรงพยาบาลหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีแผนการดำเนินงานคัดกรองเมื่อเป็นกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 66.70 กลุ่มเสี่ยงมีหน่วยงานภาครัฐติดตามผลการดำเนินงานการรักษา ร้อยละ 76.20 (ดังตาราง 7)

ตาราง 7 จำนวนและร้อยละ ปัจจัยคุณภาพบริการ (ด้านนโยบายภาครัฐ)

ข้อมูลด้านนโยบายภาครัฐ	จำนวน	ร้อยละ
สิทธิการเข้าถึงบริการด้านการรักษาพยาบาล		
สิทธิบัตรทอง	39	92.90
สิทธิบัตรประกันสังคม	1	2.40
สิทธิข้าราชการ หรือรัฐวิสาหกิจ	2	4.80
ได้รับข้อมูล ข่าวสารด้านอาการสงสัยวัณโรคที่ ต้องพบแพทย์		
ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อใด	6	14.30
ได้รับข้อมูลข่าวสาร	36	85.70

ตาราง 7 จำนวนและร้อยละ ปัจจัยคุณภาพบริการ (ด้านนโยบายภาครัฐ)

ข้อมูลด้านนโยบายภาครัฐ	จำนวน	ร้อยละ
โรงพยาบาลหรือรพ.สต.มีแผนการดำเนินงานคัดกรองกลุ่มเสี่ยง		
มีแผนงาน	28	66.70
ไม่มีแผนงาน	14	33.30
กลุ่มเสี่ยงมีหน่วยงานภาครัฐติดตามผลการดำเนินงานการรักษา		
ติดตาม	32	76.20
ไม่ติดตาม	10	23.80

### ด้านนโยบายภาครัฐ

“หมออนามัยกะมาบอกให้คนในบ้านไปตรวจ ตรวจเกือบทุกคนแต่กะต้องไปเอง ความจริงไปได้พากันไปหอรอกจำ กั้วหลายๆย่า กั้วเจอโรค กั้วตนในชุมชนรู้เมื่อเป็นโรคคว้นโรค”

(ผู้ป่วยคนที่ 16,2562: สัมภาษณ์)

“เจ้าหน้าที่กะมาบอกให้ญาติพี่น้องไปตรวจ เพิ่นกะย่านตีดนำ บอกยากฤษะที่จะให้คนในบ้านไปตรวจ ให้ โรงพยาบาลออกมาตรวข้างนอกก็จะดี แต่ที่รู้ว่าไปตรวจฟรีแค่เพียงยีนบัตร ทำบัตรละกะตรวจ”

(ผู้ป่วยคนที่ 18,2562: สัมภาษณ์)

“เจ้าหน้าที่มาครบเลยครับ อสม.มาตุ้ (มาเยี่ยมบ่อย) กว่าหมู่เพิ่นกะมาเลาะบ้าน เยี่ยมยามถามไถ่ อาจจะเป็นหน้าที่เพิ่นกะได้ ว่าให้หาเคินเยี่ยม”

(ผู้ป่วยคนที่ 20,2562: สัมภาษณ์)

“บางครั้งก็ไม่เห็นว่าเจ้าหน้าที่ใส่หน้ากากอนามัยนะ มาแต่ตัวกะมาแจ้งว่าไปตามนั้นเด้อและกะเอาแนวเก็บเสมหะมาฝาก ว่าให้ไปตามนัด ส่วนมากกะรักษาฟรี ใช้บัตรเฮาเลยหมอะจะคีย์คอมเอง”

(ผู้ป่วยคนที่ 32,2562: สัมภาษณ์)

สรุป การดำเนินงานด้านนโยบายภาครัฐ จากการศึกษาเจ้าหน้าที่มีแผนในการคัดกรองผู้สัมผัสร่วมบ้านซึ่งเป็นแผนงานโครงการโรงพยาบาลและของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้ดำเนินการเป็นไปตามขั้นตอนการตรวจคัดกรองที่มาตรฐานส่วนการสนับสนุนภาครัฐยังน้อย ไม่ว่าจะ เป็นวัสดุอุปกรณ์ในการควบคุมและป้องกันโรคนั้นยังไม่เพียงพอ หน้ากากอนามัยในการป้องกันให้ เฉพาะผู้ป่วยวัณโรคจำนวนไม่เพียงพอ

#### 4.1.3.2 ปัจจัยคุณภาพบริการ (ด้านเจ้าหน้าที่)

ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลด้านเจ้าหน้าที่ พบว่า เพศหญิง ร้อยละ 62.50 ผู้ป่วยอยู่ในช่วงกลุ่มอายุ 41 ถึง 50 ปี อายุเฉลี่ย 43.63 ปี ร้อยละ 56.50 ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 56.20 ประสิทธิภาพการให้บริการผู้ป่วยวัณโรคเป็นเวลา 7 ปี ร้อยละ 56.30 เคยมีประสบการณ์ดูงานอบรมเกี่ยวกับการให้บริการผู้ป่วยวัณโรค ร้อยละ 100.00 เคยส่งต่อผู้ป่วยวัณโรคเพื่อไปรับการรักษา ร้อยละ 100.00 ติดตามผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่มารับฟังผลการตรวจตามนัด ร้อยละ 100.00 ติดตามโดยบอกผ่านอาสาสมัครประจำหมู่บ้านคิดเป็นร้อยละ 31.30 ระยะเวลาในติดตาม ติดตาม 4 ครั้ง ร้อยละ 68.80 (ดังตาราง 8)

ตาราง 8 จำนวนและร้อยละ ปัจจัยคุณภาพบริการ (ด้านเจ้าหน้าที่) (n=16)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	6	37.50
หญิง	10	62.50
อายุ		
21-30 ปี	2	12.50
31-40 ปี	2	12.50
41-50 ปี	9	56.50
51-60 ปี	3	18.50
Min= 24 Max=52 Mean=43.SD=10.78		
ตำแหน่งหน้าที่		
พยาบาลวิชาชีพ	7	43.80
นักวิชาการสาธารณสุข	9	56.20
วุฒิการศึกษา		
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	12	75.00
ปริญญาโทหรือสูงกว่า	4	25.00
ระยะเวลาการดำรงตำแหน่ง		
8 ปี	2	12.50
10 ปี	3	18.80
15 ปี	6	37.50
17 ปี	5	31.30



ตาราง 8 จำนวนและร้อยละ ปัจจัยคุณภาพบริการ (ด้านเจ้าหน้าที่) (n=16)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ประสบการณ์การให้บริการผู้ป่วยวัณโรค		
5 ปี	5	31.30
7 ปี	9	56.30
8 ปี	2	12.40
มีประสบการณ์ดูงาน,อบรม,ศึกษาต่อเกี่ยวกับการให้บริการผู้ป่วยวัณโรค		
เคย	16	100.00
ใช้ใบส่งต่อการติดตามผู้ป่วยวัณโรค		
เคย	16	100.00
ติดตามผู้ป่วยที่ไม่มารับฟังผลการตรวจตามนัด		
ติดต่อผู้ประสานงานวัณโรคระดับอำเภอ		
เคย	16	100.00
ติดต่อผู้รับผิดชอบงานระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล		
เคย	16	100.00
ระยะเวลาการดำเนินการ		
ภายในวันที่ขาดนัด	7	43.80
หลังวันที่วันที่ขาดนัด	9	56.20
ติดต่อการดำเนินการตามช่องทาง		
ทางโทรศัพท์		
เคย	16	100.00
หนังสือทางราชการ		
เคย	9	56.30
ไม่เคย	7	43.80
ระบบอินเทอร์เน็ต		
เคย	16	100.00
ติดต่อผ่านอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน		
เคย	5	31.30
ไม่เคย	11	68.70

ตาราง 8 จำนวนและร้อยละ ปัจจัยคุณภาพบริการ (ด้านเจ้าหน้าที่) (n=16)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาในการติดตาม		
ติดตาม 4 ครั้ง	11	68.80
ติดตาม 5 ครั้ง	5	31.20

### ด้านเจ้าหน้าที่

“เจ้าหน้าที่บางคนแบ่งหน้าที่ชัดเจนใครรับผิดชอบ ส่วนที่รับการติดต่อกับผู้ป่วยจึงเป็นเฉพาะบางคน ประสานงานกันเป็นทอด การควบคุมตอนแรกๆจึงไม่ค่อยได้ลงพื้นที่ตามเกณฑ์”

(เจ้าหน้าที่คนที่ 1,2562: สัมภาษณ์)

“ผู้ป่วย ปฏิเสธการรักษา การติดตาม เนื่องจากเป็นเรื่องส่วนตัวของผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ได้ติดตามเพียงญาติเท่านั้น ติดตามก็ไม่ใช่เรื่องง่ายเลย เพราะบางครั้งญาติก็ไม่ได้ดูแลอะไร ผลักภาระให้อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ก็ต้องตามเองในที่สุด”

(เจ้าหน้าที่คนที่ 2,2562: สัมภาษณ์)

“การดูแลรักษาเจ้าหน้าที่ติดตามเพียงช่วงแรกเท่านั้นส่งต่อให้ อสม.เพราะ อสม.เป็นหน้าด่านที่ต้องสัมผัสผู้ป่วยก่อน และ อสม.บ้านเราก็มีอายุพอสมควรมากก็มาเล่น غامไถ่”

(เจ้าหน้าที่คนที่ 5,2562: สัมภาษณ์)

“การติดตามเยี่ยมเมื่อเจ้าหน้าที่ไม่ได้ป้องกันโรคด้วยการสวมหน้ากากอนามัยจะเป็นการเรียกถามข้างบ้าน “เก็บผักริมรั้ว غامข้าว อยู่ห่าง ๆ อย่างห่าง ๆ ไปสัมผัสใกล้ก็เป็นความเสี่ยงกับเจ้าหน้าที่อีก”

(เจ้าหน้าที่คนที่ 5,2562: สัมภาษณ์)

“ผู้ป่วยบางคนปฏิเสธการรักษา เป็นภาระเจ้าหน้าที่ 1 case ผู้ป่วย มีภาวะติดเชื้อราเรื้อรัง ลูบหูหรือจึงประสานที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล รพ.ในติดตามเยี่ยมเอง แล้วโรงพยาบาลก็ออกมาเยี่ยมแต่ผู้ป่วยวันโรคก็ยังทำตัวปล่อยตามปกติไม่ได้สนใจ”

(เจ้าหน้าที่คนที่ 10,2562: สัมภาษณ์)

“การตามผู้ป่วยจากนอกเขตย้ายเข้าพื้นที่ส่วนมากจะเป็น Case ที่มีปัญหาเรื่องผู้ดูแลเพราะเมื่อญาติทราบผู้ป่วยเป็นวันโรค จึงเป็นปัญหาของ พ่อแม่ผู้ปกครองเจ้าหน้าที่สอบสวนโรคลำบากพอสมควรมารับเชื้อวันโรคมามากมาจากแหล่งได้แต่สิ่งๆที่ทำได้คือการรักษาต่อเนื่อง

(เจ้าหน้าที่คนที่ 12,2562: สัมภาษณ์)

“เจ้าหน้าที่แนะนำ สภาพแวดล้อม การกินยา การดูแลตัวเอง แต่ไม่สามารถแนะนำ ความสัมพันธ์สามี ภรรยาได้ (เรื่องการมีเพศสัมพันธ์) เป็นเรื่องทีละเอียดย่อยจนพอสมควร แต่ได้ให้ คำแนะนำบางครั้งควรดื่มน้ำ 2 เดือนแรก”

(เจ้าหน้าที่คนที่ 3,2562: สัมภาษณ์)

“ติดตามเยี่ยมเอง ตอนแรกแล้วให้ Mister TB เยี่ยมต่อ เนื่องจากเจ้าหน้าที่อาจจะติดภาระ กิจการดำเนินงานประจำ การดำเนินงานจึงส่งต่อให้คนดูแล เอาจริง ๆ เราอาจจะดูไม่ได้ทุก Case ”

(เจ้าหน้าที่คนที่ 10,2562: สัมภาษณ์)

“มีปัญหาเรื่องการตามผู้ป่วยไปเจาะเลือดเนื่องจาก ปัญหาผลข้างเคียงของยาทำให้ผู้ป่วยไม่ ต้องการรับการรักษา โรงพยาบาลประสานให้เจ้าหน้าที่ เจาะเลือดให้แล้ว รพ. ดำเนินงานต่อ”

(เจ้าหน้าที่คนที่ 15,2562: สัมภาษณ์)

“การดูแลผู้ป่วยวัณโรค แต่ก่อนเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน แต่เมื่อต้องกินยาต่อเนื่องจึงให้ ทีมพยาบาลวิชาชีพดูแลอย่างต่อเนื่องและการเยี่ยมบ้าน เหมือนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จริงแล้วการดูแล ผู้ป่วยหนึ่งคนควรเป็นหน้าที่ของทุกคน โรควัณโรคเป็นโรคติดต่อที่มองไม่เห็น ไปกับอากาศจะมุ่งเน้น ให้ พยาบาลดูแลไม่ได้”

(เจ้าหน้าที่คนที่ 11,2562: สัมภาษณ์)

“เมื่อมีcase เจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลจะประสานงาน ที่ รพ.สต.เองเพื่อนให้การดำเนินงาน เป็นไปด้วยความรวดเร็วและให้ความรู้เบื้องต้นมาแล้ว”

(เจ้าหน้าที่คนที่ 8,2562: สัมภาษณ์)

**สรุป** การดำเนินงานติดตาม กำกับของเจ้าหน้าที่ประสานงานเป็นลำดับขั้นตอน จากแรกรับ ผู้ป่วยจากโรงพยาบาลและส่งต่อมาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่รับผิดชอบการ ติดตามเยี่ยมบ้าน การติดตามการกินยา การให้คำแนะนำสภาพแวดล้อมรอบบ้าน การติดตามไปพบ แพทย์ที่โรงพยาบาล แต่ภาระงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขยังมีงานประจำที่ต้องปฏิบัติ และการ นิยามของวัณโรคเป็นโรคติดต่อที่ต้องกินยาต่อเนื่องเหมือนผู้ป่วยเรื้อรัง การแบ่งงานช่วงแรกมีปัญหา จึงต้องมีการประสานงานไปยังอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ในการติดตามเยี่ยมบ้าน แต่เนื่องด้วย อาสาสมัครประจำหมู่บ้านมีผู้สูงอายุ การติดตามเยี่ยมก็มีความเสี่ยงมากและกลุ่มที่เสี่ยงอีกกลุ่มคือ กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยมะเร็ง เป็นต้น

### สรุประยะที่ 1 ปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค ปัจจัยด้านการบริการ

ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะแรก เป็นการแรกรับผู้ป่วยจากโรงพยาบาลมาที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เพื่อทำการรักษา ระบบDOT (Directly Observed Treatment) ให้ มีประสิทธิภาพในการที่จะรักษาผู้ป่วยวัณโรคนั้น จากการศึกษาการกินยารักษาต่อเนื่อง ไม่ขาดยา

และการค้นหาผู้สัมผัสที่เสี่ยงให้ได้รับการรักษาเมื่อค้นพบผู้ป่วยในชุมชนแล้วจะได้รับการวินิจฉัยโรค โดยแพทย์ที่โรงพยาบาลแล้วส่งต่อการรักษาที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้ป่วยอาศัยอยู่ในชุมชนแล้วต้องได้รับการรักษาที่ต่อเนื่อง ดังนั้นภาระงานเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก็ส่งต่ออาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อติดตามเยี่ยมบ้าน ติดตามตามภารกิจที่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ส่งต่อการรับผิดชอบ แต่เนื่องด้วยอุปสรรคการเยี่ยมบ้านจึงถูกถ่ายทอดไปยังผู้สัมผัสร่วมบ้าน (ครอบครัว) ซึ่งการที่บุคคลในครอบครัวดูแลยังไม่มีประสิทธิภาพ เพราะการได้รับการอบรมส่วนมากเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. เท่านั้น การดำเนินงานจึงเป็นการสั่งแบบเป็นขั้นเป็นตอน การสื่อสารที่เป็นระบบ เช่น การใช้โทรศัพท์สมาร์ทโฟน ในการติดตามเยี่ยม การติดต่อสื่อสารที่เน้นการใช้เทคโนโลยีให้ทันสมัยมากขึ้น แต่ยังคงขัดแย้งกับการดำเนินงานของอาสาสมัครประจำหมู่บ้านที่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ

#### 4.2 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน

การสร้างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน เกิดจากกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามวงจรของ kemmis and mctaggart (Kemmis, 1988) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน

##### 4.2.1 กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (PAOR) ระยะที่ 2

**ขั้นตอนการวางแผน (Plan)** โดยการประยุกต์ใช้ การวิเคราะห์ SWOT จะครอบคลุมขอบเขตของปัจจัย ด้วยการระบุจุดแข็ง จุดอ่อน โอกาสและอุปสรรคของชุมชน ทำให้มีข้อมูล ในการกำหนดทิศทางหรือเป้าหมายที่จะถูกสร้างขึ้นมาบนจุดแข็งของชุมชน และแสวงหาประโยชน์จากโอกาสทางสภาพแวดล้อม และสามารถกำหนด กลยุทธ์ที่มุ่งแก้ไขอุปสรรคทางสภาพแวดล้อมหรือลดจุดอ่อนของชุมชนให้มึน้อยที่สุดได้ เพื่อสรุปสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม เพื่อให้ชุมชนเข้าใจตรงกัน

จุดเด่น พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน มีการติดตามผลข้างเคียงจากกินยาวัณโรคเพราะเป็นส่วนที่สำคัญที่สุดว่าผู้ป่วยจะพบกับผลข้างเคียงของยาวัณโรคได้แค่ไหน อาการที่พบบ่อยที่สุดคือตับอักเสบ และสภาพร่างกายที่ผอม การเยี่ยมบ้านจึงมีส่วนช่วยดูแลและผู้ป่วยช่วงแรกได้ดีที่สุด

จุดด้อย พบว่าการสนับสนุนภาครัฐและองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น สนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการป้องกันโรคมีน้อย มีผลกระทบต่อการแพร่เชื้อโรคในชุมชนในช่วงการแพร่เชื้อประการสองผู้ดูแลเกิดความเครียดเพราะต้องปรับตัวให้เข้ากับผู้ป่วยซึ่งการดูแลจะยังไม่เต็มที่เพราะต้องประกอบอาชีพ

อุปสรรค พบว่าการตีตราทางสังคมเป็นอุปสรรคต่อการรักษาและการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน เพราะผู้ป่วยอยู่ในภาวะเครียดจากการรักษาที่เป็นระยะเวลาานาน ส่งต่อมารักษาที่

บ้านในชุมชนต้องปรับการแยกตัว การปรับพฤติกรรม ปรับสภาพแวดล้อมรอบบ้านให้เอื้อต่อการรักษาซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องปรับแบบค่อยเป็นค่อยไป ประการสุดท้ายเป็นสิ่งสำคัญคือการสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่เป็นอุปสรรคในการดำเนินงาน เพราะเป็นการบอกต่อ จากเจ้าหน้าที่ มาสู่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้ป่วยซึ่งผู้ดูแลต้องเรียนรู้เองจากผู้ป่วย

โอกาสพัฒนา พบว่าการดูแลที่ดีที่สุดคือการดูแลจากคนที่ใกล้ชิด เข้าใจผู้ป่วยมากที่สุด เน้นด้านวิชาการความรู้ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล ท้องถิ่นเรียนรู้การป้องกันโรคติดต่อโรคอื่นมากขึ้น (ดังตาราง 9)

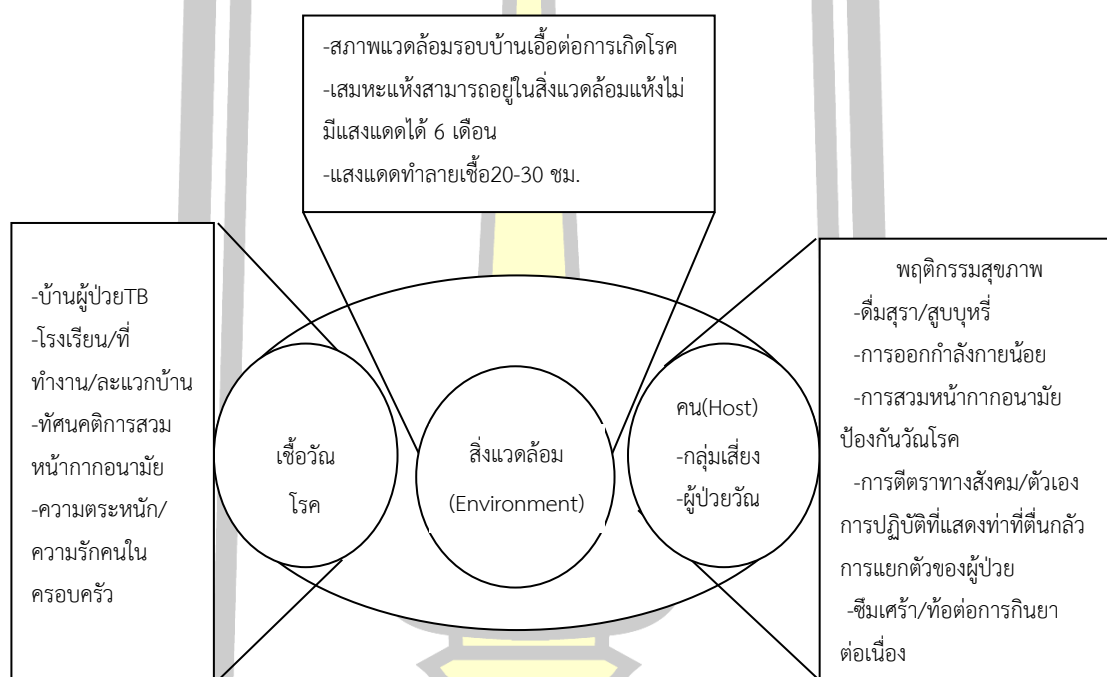
ตาราง 9 ตารางวิเคราะห์ SWOT ในชุมชน

จุดเด่น	จุดด้อย
1.การติดตามผู้ป่วยจากอาการข้างเคียงของยาผู้ป่วย 2.การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรค (ช่วงแรก)	1.การสนับสนุน ด้านเงิน ด้านอุปกรณ์ป้องกันโรค 2.ไม่ได้ดูแลผู้ป่วย เพราะมีภาระหน้าที่ต้องทำ การประกอบอาชีพ 3.การปรับตัวของผู้ป่วยและผู้ดูแลช่วงแรกมี ความเครียด
อุปสรรค	โอกาสพัฒนา
1.ความกลัว การตีตราทางสังคมการตีตราผู้ป่วย จากคนในครอบครัว 2.การแยกสิ่งของเครื่องใช้ 4.สภาพแวดล้อมรอบบ้านไม่เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วย วัณโรค 5.การสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่ อาสาสมัครประจำ หมู่บ้าน (อสม.) และครอบครัวผู้ป่วยยังไม่เข้าใจ 6.พฤติกรรมสุขภาพ การดื่มสุรา สูบบุหรี่	1.การดูแลแบบ “แม่ดูแลลูก” ดูแลแบบ ครอบครัว 2.การสนับสนุนด้านวิชาการ ความรู้ด้านการ ป้องกันโรค 3.ท้องถิ่นสนับสนุน เพิ่มมากขึ้น มุ่งเน้นโรคติดต่อ ในชุมชน

#### ปัจจัยหลักด้านระดับวิทยา

เมื่อแรกรับผู้ป่วยจากโรงพยาบาลมารับการรักษาในชุมชน ครอบครัวเป็นส่วนสำคัญที่ต้องปรับตัวเมื่อมีผู้ป่วยเข้ามาอยู่ในครอบครัว เช่น ทักษะคติเชิงบวกต่อโรควัณโรค ความตระหนักความรักคนในครอบครัว การไม่ตีตราผู้ป่วย การจัดการความเครียด การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยสำคัญต่อการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ภายใต้การรักษาก็มีปัจจัยหลัก (ผู้ป่วยเชื้อวัณโรค และสิ่งแวดล้อม) เป็นตัวขับเคลื่อนการดำเนินงานการรักษาที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ผู้สัมผัสร่วมบ้าน (คนในครอบครัว) และประชาชนในชุมชนกลุ่มคนที่เสี่ยงต่อการเป็นโรค (Host) บุคคลกลุ่มเสี่ยงอยู่กับผู้ป่วยเปรียบเสมือนอยู่ในภาพแวดล้อมเดียวกันกับตัวผู้ป่วย เช่น บ้านชั้นเดียว แรกรับผู้ป่วยมาก็ต้องแยกห้องบ้านสองชั้นก็ต้องแยกห้อง เพื่อจัดการสภาพแวดล้อม (Environment) และตัดวงจรการติดต่อจากเชื้อวัณโรคมาสู่บุคคล และประการสุดท้ายคือเชื้อวัณโรคที่มีในตัวผู้ป่วย และการป้องกันที่ไม่ถูกต้อง การจัดเก็บเสมหะที่มีเชื้อโรควัณโรคที่ไม่ถูกต้อง การไม่สวมหน้ากากอนามัย ซึ่งการปฏิบัติเหล่านี้ก็ส่งผลทำให้เชื้อโรค (Agent) กระจายในบริเวณบ้านและละแวกบ้าน เหมือนเช่นเคย (ดังภาพ 7)



ภาพ 7 ปัจจัยหลัก (ผู้ป่วย เชื้อวัณโรค และสิ่งแวดล้อม)

#### ผู้ป่วยวัณโรค (Host)

“ทั้งสูบบุหรี่ทั้งกินเหล้าบ้าง บางเวลาได้ประจำ แต่ว่ายาสูบนี้สูบเป็นประจำ (ผู้ป่วยสูบ)”

(ผู้ป่วยคนที่ 15,2562: สัมภาษณ์)

“คุณตาเคยป่วยด้วยโรค วัณโรคปี 2556 แล้วไม่รับประทานยาต่อเนื่องหายไปเอง ตรวจพบเนื่องจากคุณยาย ตาเลยกลับมาเป็นโรคอีกครั้ง”

(ผู้ป่วยคนที่ 18,2562: สัมภาษณ์)

“เมาทุกวัน บุหรี่ก็สูบ ยกเว้นวันที่ต้องการสัมภาษณ์ข้อมูล”

(ผู้ป่วยคนที่ 20,2562: สัมภาษณ์)

“ติดเนื่องจากกินเหล้าหนัก มีอาการป่วย ผู้ป่วยกลัวตาย “ช่วยย่านตายมีอิหยังกะจะไปพบหมอ”

(ผู้ป่วยคนที่ 23,2562: สัมภาษณ์)

“ใช้ชีวิตปกติ แต่ถ้าจะใส่หน้ากากอนามัยตลอดกะคงไม่ใช่ มันเคียง(มันไม่สะดวกสบาย) ขัดต่อวิถีการดำเนินชีวิต ออกไปอยู่ที่นาคนเดียวดีกว่า”

(ผู้ป่วยคนที่ 25,2562: สัมภาษณ์)

“การป้องกันตัวเองดี เนื่องจากศึกษามาข้างต้น ใส่หน้ากาก อนามัยทุกครั้ง สิ่งสำคัญการที่แยกตัวไปเป็นการป้องกันตัวเองจากบุคคลในครอบครัวไม่ให้ติดจากผู้ป่วย อย่านำให้ไทยเฮือนยากนำโตเรา เราต้องออกไปเอง”เป็นการรับผิดชอบคนในครอบครัว

(ผู้ป่วยคนที่ 30 ,2562: สัมภาษณ์)

การกำกับการกินยากก็ยากแล้ว “ความจริงพฤติกรรมเปลี่ยนยากเพียงแต่ต้องมีสาเหตุหรือเหตุจูงใจให้เข้าดูแลตัวเอง”

(ผู้ดูแลคนที่ 1,2562: สัมภาษณ์)

“ผู้ดูแลจะต้องใส่หน้ากากอนามัยติดอัด ยิ่งเป็นคนในบ้านยังไม่ไวใจ แปกแยกแตกต่าง แต่เราจำเป็นต้องใส่เพราะป้องกันวัณโรคจากคนในบ้าน”

(ผู้ดูแลคนที่ 12,2562: สัมภาษณ์)

**สรุป** ตามหลักการระบาดวิทยาผู้ป่วย (Host) และผู้สัมผัสร่วมบ้านจากการศึกษาเชิงคุณภาพพบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ การไม่กินยาต่อเนื่องและต้องกลับมารักษาซ้ำ พฤติกรรมข้างต้นเป็นพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดต่อของเชื้อวัณโรค จากพฤติกรรมดังกล่าวส่งผลต่อความเครียด และความวิตกกังวล เช่น ยาเม็ดใหญ่ กินยาเยอะ ผลข้างเคียงของยาเมื่อรับประทานเข้าไปแล้วอาจจะเวียนศีรษะ ปวดชายโครงขวา ตัวดำ เป็นต้น ส่งผลในผู้ป่วยแยกตัวออกจากสังคมเนื่องด้วยสาเหตุ กังวล ผู้อาศัยร่วมบ้านกลัวติดโรควัณโรคไปด้วยและเป็นการรักษาตัวเองเบื้องต้น ผู้ป่วยสวมหน้ากากอนามัยในบ้านรู้สึกว่าการแยกแตกต่าง ผู้ป่วยตีตราตัวเองว่าป่วยและกลัวคนในครอบครัวติดวัณโรคไปด้วย

#### การกำจัดเชื้อวัณโรค (Agent)

“ก็ยังเป็นห่วงคนในบ้านจะติดโรคกับตัวเอง บางครั้งการไอจาม การขากเสมหะ ก็ให้เป็นที่เป็นทาง”

(ผู้ป่วยคนที่ 23,2562: สัมภาษณ์)

“การเก็บการเผา ก็เป็นการจัดการเชื้อโรคที่ดี”

(ผู้ป่วยคนที่ 32,2562: สัมภาษณ์)

ตอนที่หมอนามัยมาสอนเรื่องการเก็บเสมหะลงถังก็ปฏิบัติช่วงแรก “หลังหลังมาก็ไม่ค่อยนำไปเผา นำไปทิ้งหน้าบ้าน เบื้องต้นได้แต่บอกเพราะบ่ได้เก็บไปทิ้งให้”

(ผู้ดูแลคนที่ 10,2562: สัมภาษณ์)

**สรุป** การดำเนินของเชื้อโรควัดโรค ผู้ป่วยวัดโรคติดเชื้อโดยการคลุกคลีผู้ป่วยวัดโรค เกิดจากการไอจาม ผู้ป่วยวัดโรคทิ้งเสมหะ รวมทั้งขยะทั่วไป การเก็บและทำลายเสมหะที่มีเชื้อวัดโรคไม่ถูกต้อง

#### สภาพแวดล้อม (Environment)

“บ้านยาย อับชื้น ปิดม่านบ้านสองชั้น บ้านย่อย 1 หลัง เฟิงพัก 1 หลัง เป็นที่นั่งและจอดรถ พื้นเป็นดินไม่ราดปูนหลานทะเล่นดินอยู่นี้ละ”

(ผู้ป่วยคนที่ 15,2562: สัมภาษณ์)

“สภาพบ้านสองชั้น อับชื้น ไม่เปิดหน้าต่าง สภาพพื้นบ้านเป็นดินไม่ราดปูนบ้านตาบ่แม่คน มีเงินตะเหือนกะแม่ลูกเฮ็ดไว้ เกียงนากะแม่ลูก”

(ผู้ป่วยคนที่ 16,2562: สัมภาษณ์)

“บอกไม่ได้ว่าต้องเก็บต้องกวาดบางครั้งมันเป็นพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ต้องดูแลบ้านเรือนตัวเองก่อน “หนูกะได้แต่เบ็งแรงเพราะบ่กล้าเว้าหญ่่งเฮง(ไม่พูดถึงโรคบ่อยเพราะกลัวกระทบ)”

(ผู้ดูแลคนที่ 9,2562: สัมภาษณ์)

สภาพแวดล้อมรอบบ้านไม่เอื้อ รก แต่คุณยายก็สวมหน้ากากป้องกันตัวเอง “จะให้ยายทำอย่างไรบ้านก็สุดที่แล้วเขาแอมกำแพงขึ้นเม็ด ลมกะบ่พัด(ลักษณะบ้านหลังสุดท้ายสุดซอย)”

(ผู้ดูแลคนที่ 33,2562: สัมภาษณ์)

**สรุป** การดำเนินงานด้านสิ่งแวดล้อม สภาพแวดล้อมผู้ป่วยวัดโรค บ้านเรือนเป็นบ้านสองชั้น ใต้ถุนสูง ลักษณะที่อยู่อาศัยผู้ป่วยอาศัยอยู่ชั้นล่าง บ้านบางหลังไม่เป็นระเบียบเรียบร้อย ที่อยู่อาศัยก็เป็นไปตามสภาพเดิม บ้านบางหลังมีบริเวณอับ พฤติกรรมของผู้ป่วยมีผลต่อการเกิดโรควัดโรคในพื้นที่ พฤติกรรมเสี่ยงเช่น การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ ผู้สูงอายุสุขภาพร่างกายอ่อนแอ เป็นกลุ่มเสี่ยง การคลุกคลีและสัมผัสกับผู้ป่วยทั้งทางตรงและทางอ้อม ประเด็นที่สองการดำเนินของเชื้อวัดโรคอาศัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเกิดโรค จึงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้ผู้ป่วยกลับมาเป็นวัดโรคกลับซ้ำหรือไม่ก็ติดต่อไปยังผู้สัมผัสร่วมบ้าน ประเด็นที่สามพฤติกรรมการตีตราตัวเองของผู้ป่วยวัดโรคเป็นอุปสรรคในการรักษาผู้ป่วย มีซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้เป็นปัจจัยหลักในการเกิดโรควัดโรคในชุมชน จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยวัดโรคในชุมชน ในระยะที่ 1 มี 3 ปัจจัยหลัก ดังนี้

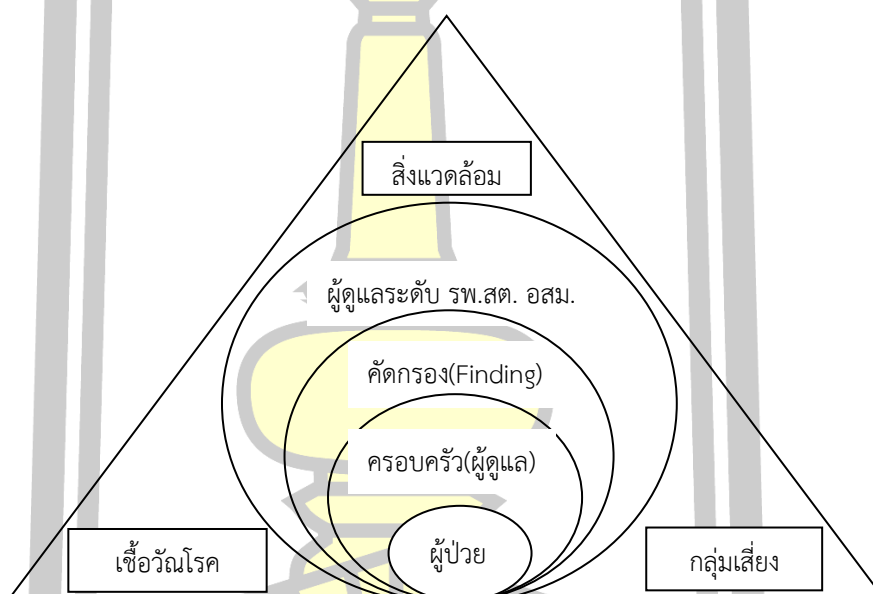


1.ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมการจัดสภาพแวดล้อมรอบบ้าน จัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยวัณโรค (Environment Care)

2.ปัจจัยด้านเชื้อโรคในพื้นที่

3.ปัจจัยกลุ่มเสี่ยง ผู้ป่วยเรื้อรัง พิษสุราเรื้อรัง ผู้สัมผัสร่วมบ้านมีการป้องกันตัวเอง

ซึ่ง 3 ปัจจัยหลักส่งผลให้มีผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงการดูแลผู้ป่วยในชุมชน ซึ่งผู้ดูแลที่ได้รับการฝึกอบรมช่วงแรกจะเป็นอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ที่สอบสวนเคลื่อนที่เร็วและกลุ่มที่ได้อบรม ผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค ในทางปฏิบัติผู้ดูแลระดับอำเภอ นักระบาดวิทยาระดับอำเภอ ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะดำเนินงานตามคำสั่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขซึ่ง หน้าที่หลักคือ การเยี่ยมบ้านผู้ป่วย การคัดกรองผู้ป่วยในชุมชน เป็นต้น จากภาพจะเห็นได้ว่าผู้ที่ใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรคที่สุดคือบุคคลในครอบครัว (Family Care) ควรให้ความสำคัญมากที่สุด (ดังภาพ 8)



ภาพ 8 ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน

**ขั้นการปฏิบัติการ (Action)** ร่วมกันสร้างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการนำเสนอกิจกรรม 3 กิจกรรม

1.การค้นหาผู้ป่วยในชุมชนการสังเกตอาการของบุคคลในชุมชนเมื่อมีอาการ  
2.การอบรมให้ความรู้ การป้องกันโรควัณโรคที่ถูกต้อง การสวมหน้ากากอนามัย การเก็บเสมหะที่ถูกต้อง

3.การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรค การศึกษาบริบทครอบครัวผู้ป่วย

กิจกรรมจากการดำเนินงานต่อจาก ระยะที่ 1

- 1) การดูแลตัวเองของผู้ป่วยวัณโรค พฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยที่ถูกต้อง
- 2) Family Care ครอบครัวดูแลผู้ป่วยวัณโรค (คนใกล้ชิดดูแลบุคคลใกล้ชิด)

3) Environment Care การดูแลสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการรักษาผู้ป่วย การ จัดสภาพแวดล้อมร่วมบ้าน “บ้านตัวอย่าง”

#### การค้นหาผู้ป่วยในชุมชน

“การคัดกรองนั้นสำคัญ เดี๋ยวให้เขาได้รู้โรคที่อยู่ในปอดของเขา ถ่ายเอ็กซเรย์คือถ่ายรูปครั้ง เดียวเอามาอ่าน แล้วหมอกะให้เก็บสละเลด (เสมหะ) เพ้นเฮ็ดดีคือหยงนิ”

(ผู้ป่วยคนที่ 1,2562: สัมภาษณ์)

“มีช่วงหนึ่งหมอเตือนให้ตลับมาเก็บสละเลด (เสมหะ) ส่งตรวจ ว่าเป็นไทยเฮือนใกล้บ้านแต่แม่ กะบ่ได้ไปเพราะบ่มีรถพาไปส่ง ชัรบถกะบ่เป็นน้ำละ เพ้นเฮ็ดนำคืออยู่แต่กะไปบ่บ่ได้

(ผู้ป่วยคนที่ 8,2562: สัมภาษณ์)

#### การอบรมให้ความรู้ การป้องกันโรควัณโรค

“หมอกะออกให้ความรู้ย่อย ๆ ขอแค่มิเวลาฟังเพ้นบ่ท่อนละมีแต่ยากเวียก (งานประจำ) ยากนั้น ยากนี้หลาย เพ้นสอนดีโพด”

(ผู้ป่วยคนที่ 21,2562: สัมภาษณ์)

“ความรู้มันหลาย บางครั้งรู้หลายมันก็ถอยออกห่างกัน หากว่ารู้ว่าคนนี้เป็นโรควัณโรคกะพา กันย่านกะถอยออกห่างเพ้น”

(ผู้ป่วยคนที่ 5,2562: สัมภาษณ์)

**สรุป** การให้ความรู้โดยเจ้าหน้าที่ที่มีการดำเนินงานเป็นประจำทุกปี การสอนหรือการทำ กิจกรรมเน้นการป้องกันโรค เช่น การสวมหน้ากากอนามัย ถ้ามีความรู้เพิ่มมากขึ้นผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคจะ ป้องกันตนเองเกินความจำเป็นจนเกิดการตีตราผู้ป่วย

#### การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรค ศึกษาบริบทครอบครัว

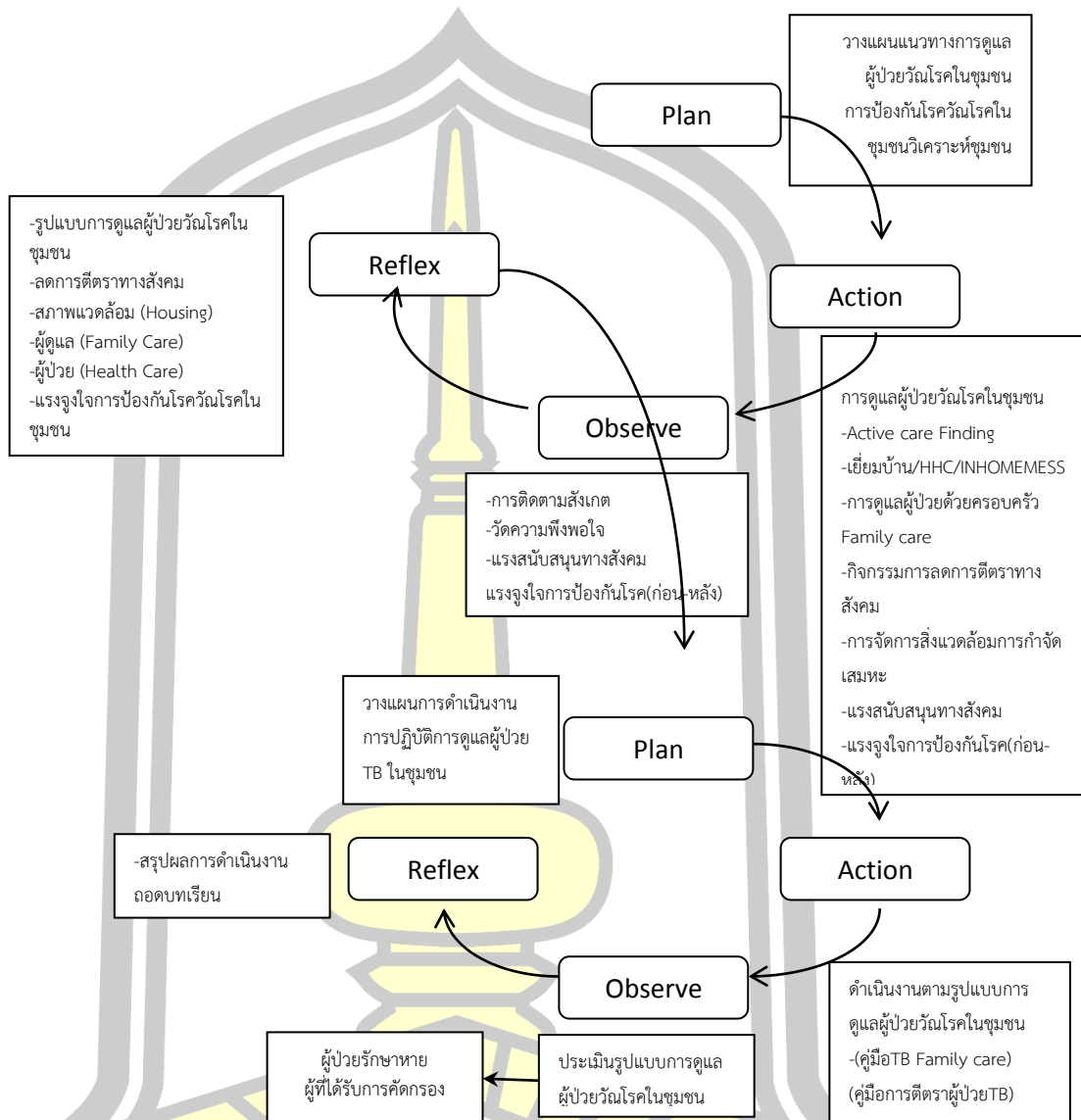
“หมออนามัยมาเยี่ยมบ่อยช่วงแรก หลังจากนั้นเป็น อสม.มาถามกะดินะ แต่เพ้นจะมุ่งเน้น การกินยามากกว่า ว่ามีผลข้างเคียง ถามถึงคนอยู่กะกะได้แต่นั่งฟัง ไม่ได้ทำอะไร”

(ผู้ดูแลคนที่ 23,2562: สัมภาษณ์)

“เจ้าหน้าที่ออกมาดูแล ก็จะได้ความรู้ในการป้องกันไปด้วย สอนแต่ใส่หน้ากากอนามัยและ เรื่องการเก็บสละเลด(เสมหะ) ต้องเก็บแบบได้ เผาหรือฝ่งวิชาการบางครั้งก็ควรรู้เรื่องนำผู้ป่วยไปด้วย”

(ผู้ดูแลคนที่ 27,2562: สัมภาษณ์)

**สรุป** บริบทในพื้นที่เป็นการเยี่ยมแบบองค์รวม การทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ จัดการ สภาพแวดล้อมความเป็นอยู่ การกินยา การให้ความรู้ด้านวิชาการ การติดตามเยี่ยมผู้ดูแลผู้ป่วย วัณโรค เป็นต้น



ภาพ 9 วงจรการศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน

**ขั้นการสังเกต (Observation)** โดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและเก็บบันทึก ซึ่งจากการสังเกตผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค ปฏิบัติตามขั้นตอนได้อย่างถูกต้อง ได้นำเสนอข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยเมื่อมีสถานการณ์ที่มอบหมายให้ และผู้ดูแลสามารถป้องกันตนเองได้อย่างถูกต้อง (การสวมหน้ากากอนามัย, การเก็บเสมหะที่ถูกต้อง) แบบสอบถามแรงจูงใจการป้องกันโรควัณโรค ความพึงพอใจ แรงสนับสนุนทางสังคม

### ระดับแรงจูงใจในการป้องกันวัณโรค มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

จากการศึกษา พบว่าก่อนการทดลองมีแรงจูงใจในการป้องกันวัณโรค อยู่ในระดับสูงร้อยละ 54.80 หลังการทดลองพบว่ามีแรงจูงใจในการป้องกันวัณโรค อยู่ในระดับสูงเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 85.70 โดยก่อนทดลองค่าเฉลี่ยแรงจูงใจในการป้องกันวัณโรค 2.54 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.50 และหลังทดลองเฉลี่ยแรงจูงใจในการป้องกันวัณโรค 2.58 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.35 (ดังตาราง 10)

ตาราง 10 จำนวนและร้อยละก่อนทดลองและหลังทดลอง จำแนกตามระดับแรงจูงใจในการป้องกันวัณโรค (คะแนนเต็ม 200 คะแนน)

แรงจูงใจในการป้องกันวัณโรค	กลุ่มทดลอง(n =42 )			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง	23	54.80	36	85.70
ระดับปานกลาง	19	45.20	6	14.30
รวม	42	100.00	100	100.00
$\bar{x}$	2.54		2.58	
S.D	0.50		0.35	

### การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนแรงจูงใจในการป้องกันวัณโรคก่อนทดลองและหลังทดลอง มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

จากการศึกษา พบว่า ก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนแรงจูงใจในการป้องกันวัณโรค 148.38 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 17.99 คะแนน และหลังทดลองมีคะแนนแรงจูงใจในการป้องกันวัณโรค 159.42 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 12.96 คะแนน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนแรงจูงใจในการป้องกันวัณโรคระหว่างก่อนและหลัง พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value = 0.001) โดยก่อนมีคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าหลัง 7.91 คะแนน (95%CI : 8.23 ถึง 13.86) (ดังตาราง 11)

ตาราง 11 การเปรียบเทียบความต่างค่าเฉลี่ยคะแนนแรงจูงใจในการป้องกันโรควัณโรคก่อนและหลัง

แรงจูงใจในการป้องกันวัณโรค	n	$\bar{x}$	S.D.	Mean Difference	t	95%CI	p-value
ก่อนการทดลอง	42	148.38	17.99				
หลังการทดลอง	42	159.42	12.96	11.04	7.91	8.23ถึง13.86	< 0.001

### การเปรียบเทียบความแตกต่างระดับการมีส่วนร่วมการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยวัณโรค

จากการศึกษา พบว่าก่อนทดลองมีการมีส่วนร่วมต่อการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยวัณโรค อยู่ในระดับสูงร้อยละ 100.00 หลังทดลองพบว่ามีการมีส่วนร่วมต่อการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยวัณโรค อยู่ในระดับสูงเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 95.20 และระดับกลางร้อยละ 4.80 โดยก่อนทดลองค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมต่อการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยวัณโรค 3.00 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.00 และหลังทดลองเฉลี่ยการมีส่วนร่วมต่อการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยวัณโรค 2.95 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.21 (ดังตาราง 12)

ตาราง 12 จำนวนและร้อยละ ก่อนทดลองและหลังทดลอง จำแนกตามระดับการมีส่วนร่วมต่อการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยวัณโรค (คะแนนเต็ม 60 คะแนน)

การมีส่วนร่วมต่อ การดำเนินงานการ ดูแลผู้ป่วยวัณโรค	กลุ่มทดลอง (n =42 )			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง	42	100.00	40	95.20
ระดับปานกลาง	0	0.00	2	4.80
รวม	42	100.00	42	100
$\bar{x}$		3.00		2.95
S.D		0.00		0.21

### การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการมีส่วนร่วมต่อการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยวัณโรคก่อนทดลองและหลังทดลอง มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

คะแนนการมีส่วนร่วมต่อการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยวัณโรค พบว่า ก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการมีส่วนร่วมต่อการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยวัณโรค 52.16 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.03 คะแนน และหลังทดลองมีคะแนนการมีส่วนร่วมต่อการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยวัณโรค 56.40 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.43 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการมีส่วนร่วมต่อการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยวัณโรคระหว่างก่อนและหลัง พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.001) โดยก่อนมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าหลังอยู่ -10.95 คะแนน (95%CI : 5.01ถึง3.45) (ดังตาราง 13)

ตาราง 13 การเปรียบเทียบความต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการมีส่วนร่วมต่อการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยวัณโรคก่อนและหลังการทดลอง

การมีส่วนร่วมต่อการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยวัณโรค	n	$\bar{x}$	S.D.	Mean Difference	t	95%CI	p-value
ก่อนการทดลอง	42	52.16	3.43				
หลังการทดลอง	42	56.40	3.03	4.23	-10.95	5.01 ถึง 3.45	< 0.0001

### การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคม

#### ระดับแรงสนับสนุนทางสังคมมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ก่อนและหลังการทดลอง พบว่าก่อนทดลองมีแรงสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 71.40 รองลงมาอยู่ในระดับกลางร้อยละ 28.60 หลังทดลอง พบว่ามีแรงสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 79.80 และระดับกลาง ร้อยละ 2.4 โดยก่อนทดลองค่าเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคม 2.71 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.45 และหลังทดลองเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคม 2.97 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.15 (ดังตาราง 14)

ตาราง 14 จำนวนและร้อยละ ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม (คะแนนเต็ม 50 คะแนน)

แรงสนับสนุนทางสังคม	กลุ่มทดลอง (n =42 )			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง	30	71.40	41	79.80
ระดับปานกลาง	12	28.60	1	2.40
รวม	42	100.00	42	100.00
$\bar{x}$		2.71		2.97
S.D		0.45		0.15

#### ความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมก่อนทดลองและหลังทดลอง มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

จากการศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่าก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคม 44.11 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.82 คะแนน และหลังทดลองมีคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคม 38.28 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.72 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย

คะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมระหว่างก่อนและหลัง พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.001) โดยหลังทดลองมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนอยู่ 9.12 คะแนน (95%CI : 7.12 ถึง 4.54) (ดังตาราง 15)

ตาราง 15 การเปรียบเทียบความต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมก่อนและหลังการทดลอง

แรงสนับสนุนทางสังคม	n	$\bar{x}$	S.D.	Mean Difference	t	95%CI	p-value
ก่อนการทดลอง	42	38.28	3.82	5.83	9.12	7.12ถึง4.54	< 0.001
หลังการทดลอง	42	44.11	3.72				

#### การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนความพึงพอใจ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

จากการศึกษาระดับความพึงพอใจ พบว่าก่อนทดลองมีความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 79.80 รองลงมาอยู่ในระดับกลาง ร้อยละ 2.40 หลังทดลองพบว่ามีความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100.00 โดยก่อนทดลองค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ 2.97 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.15 และหลังทดลองเฉลี่ยความพึงพอใจ 3.00 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.00 (ดังตาราง 16)

ตาราง 16 จำนวนและร้อยละ ก่อนและหลังการทดลอง จำแนกตามระดับความพึงพอใจ (คะแนนเต็ม 50 คะแนน)

ความพึงพอใจ	กลุ่มทดลอง (n =42 )			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง	41	79.80	42	100.00
ระดับปานกลาง	1	2.40	0	0.00
รวม	42	100.00	42	100.00
$\bar{x}$		2.97		3.00
S.D		0.15		0.00

### การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจก่อนและหลังการทดลอง

จากการศึกษาความพึงพอใจ พบว่าก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจ 41.45 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.38 คะแนน และหลังทดลองมีคะแนนความพึงพอใจ 44.88 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.18 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจระหว่างก่อนและหลังทดลอง พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} = 0.001$ ) โดยหลังทดลองมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนทดลองอยู่ 9.37 คะแนน (95%CI : 2.69 ถึง 9.37) (ดังตาราง 17)

ตาราง 17 การเปรียบเทียบความต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจ ก่อนและหลังการทดลอง

ความพึงพอใจ	n	$\bar{x}$	S.D.	Mean Difference	t	95%CI	P-value
ก่อนการทดลอง	42	41.45	3.38	3.42	9.37	2.69 ถึง 9.37	< 0.001
หลังการทดลอง	42	44.88	2.18				

**ขั้นการสะท้อนผล (Reflection)** สรุปกิจกรรมได้ การดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยครอบครัว ซึ่งประกอบไปด้วย

1. การดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยใช้ครอบครัวเป็นบริบทพื้นฐาน (Family Care)
2. การจัดการสภาพแวดล้อมบ้าน (Housing) “บ้านตัวอย่าง”
3. การดูแลตัวเองของผู้ป่วยวัณโรค (Health Care) (การกำจัดเสมหะ, การกำจัดหน้ากากอนามัยที่ใช้แล้ว)
4. การดูแลผู้ป่วยวัณโรค พฤติกรรมสุขภาพ (host)
5. กิจกรรมสร้างแรงจูงใจการป้องกันวัณโรคในชุมชน กิจกรรมลดการตีตราทางสังคม ลดการตีตราผู้ดูแลและตัวผู้ป่วยวัณโรค

### การดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยใช้ครอบครัวเป็นบริบทพื้นฐาน (Family Care)

“ก็ติดตามต่อเนื่องนะ บางครั้งต้องไปทำงานนอกบ้านผู้ป่วยต้องดูแลตัวเอง แต่เราสามารถเช็คได้ด้วยการให้ผู้ป่วยกินยาต่อหน้าก่อนออกจากบ้าน แล้วมาเขียนในสมุดบันทึกช่วงหลังเลิกงาน”

(ผู้ดูแลคนที่ 3,2563: สัมภาษณ์)

“การจัดการเมื่อยตามวันให้เรียบร้อย ว่ามียาเหลือหรือเพียงพอหรือไม่ อาจจะไม่เช็คตามซองยาที่ให้มาว่าผู้ป่วย แพ้ยาชนิดใดบ้าง เพราะเราต้องคอยถามอาการอยู่เสมอๆ เรื่องอาการข้างเคียง เพราะมีผลต่อการรักษา เมื่อมีอาการจะทำให้ผู้ป่วยไม่อยากกินยา”

(ผู้ดูแลคนที่ 7,2563: สัมภาษณ์)



“ช่วงแรกต้องให้ผู้ป่วยอยู่กับตัวเองก่อนเพราะเป็นช่วงที่ผู้ป่วยปรับตัวดูแลได้เฉพาะสภาพจิตใจผู้ป่วยวันโรคช่วงแรกจะห่อเหี่ยว ไม่พูดจากับใคร เรากก็ได้แต่เฝ้าสังเกตอาการ เป็นช่วงที่ต้องดูแลตัวเอง อารมณ์เขาก็จะร้อนบ้าง ซึมเศร้าบ้าง หลายอารมณ์จนตามไม่ทันบางครั้ง แต่ผู้ดูแลต้องพยายามเข้าใจ”

(ผู้ดูแลคนที่ 15,2563: สัมภาษณ์)

“หน้าที่ ที่ต้องดูแลอีกอย่างคือการพาไปหาหมอ จะมีเวลาหรือไม่มีเวลาที่ต้องพาไป เพราะเราต้องดูแล ถ้าไม่มีเวลาก็ให้พี่สาวพาไป ถือว่าเป็นโรคที่ครอบครัวที่ต้องรับผิดชอบร่วมกัน”

(ผู้ดูแลคนที่ 35,2563: สัมภาษณ์)

“คนในครอบครัวต้องเห็นใจกันก่อน มันเป็นโรคที่รักษาเขา (หาย) แต่ช่วงที่รักษามันจะไปติดคนอื่น เขาต้องเบี่ยงกันช่วงนี้ละ แก่เฒ่ามาจะหาคนมาแต่ไสมาเบ็ง”

(ผู้ดูแลคนที่ 37,2563: สัมภาษณ์)

**สรุป** การดูแลผู้ป่วยต้องดูแลอย่างเป็นขั้นตอน เหมือนแรกรับผู้ป่วยมารับการรักษาต่อเนื่องที่บ้านต้องจัดการผู้ดูแลก่อนแล้วจัดการผู้ป่วยที่ต้องดูแล ประเด็นหลักคือหนึ่งการติดตามกินยาต่อเนื่อง ห้ามขาดยา แล้วลงบันทึกเป็นประจำ ประเด็นที่สองคือการให้คำปรึกษาและคอยให้กำลังใจกับผู้ป่วยในการกินยาและการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งส่งผลต่อการรักษาในระยะเวลายาวนาน ประเด็นที่สามารถป้องกันตัวเองและการกำจัดเชื้อไวรัสที่ถูกต้องวิธี

#### การจัดการสภาพแวดล้อมรอบบ้าน (Housing)

“ยายกะลิจัดได้สำจั้นนั้นละบ้านกะมีสำน้ำสำคัญหมอเห็น(จัดเท่าที่จัดได้) บมีเงินมาสร้างมาแปลง แต่มีเจ้าหน้าที่มาบอกในการจัดบ้านเฮือน เสื้อผ้าที่ระโยงระยาง ก็ให้พับดีใส่กล่องไว้”

(ผู้ดูแลคนที่ 17,2563: สัมภาษณ์)

“อสม.เห็นแนะนำการทำความสะดวกห้องนอนให้เปิดหน้าต่าง ให้แดดมันส่องฮอดบอกว่ามันจะฆ่าเชื้อโรควัณโรคได้ แต่กะเป็นไปตามเพื่อนว่า เปิดออกให้ลมโกรก แสงแดดฮ้อน ๆ ความรู้สึกคือห้องหายใจโล่ง (หัวเราะ) อสม.บอกว่าให้เก็บน้ำมูกน้ำลายดี เพราะมันเป็นแหล่งเชื้อโรค”

(ผู้ดูแลคนที่ 12,2563: สัมภาษณ์)

“ถึงเก็บเสมหะมีปัญหาหมอ ผู้ป่วยกะขากสะเสด (เสมหะ) ลงพื้น เรากก็ไม่รู้ทรอกว่ามันจะมีเชื้อโรควัณโรคเฮา เหลี้ยวบ่เห็น (มองไม่เห็นด้วยตา) แต่กะบมีใผบอกว่าให้ขากสะเสด (เสมหะ) เป็นที่เป็นทาง แต่กะได้ฟังหมอที่โรงพยาบาลบอกอยู่”

(ผู้ดูแลคนที่ 29,2563: สัมภาษณ์)

**สรุป** การจัดการสภาพแวดล้อมในบ้านและการจัดการสภาพแวดล้อมรอบบ้าน เป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งในการรับผู้ป่วยมารักษาต่อเนืองที่บ้าน เช่น การจัดห้องนอน การสิ่งของเครื่องใช้ส่วนตัว การแยกสำหรับการรับประทานอาหารของคนภาคอีสาน เป็นต้น สภาพแวดล้อมอีกอย่างคือแสงแดด เป็นปัจจัยในการทำลายเชื้อโรค จากข้อมูลพบว่า การทำลายเชื้อไวรัสโรคต้องมีแสงแดดส่องถึง จึงเป็นสาเหตุหลัก ในการนำมาจัดการสภาพแวดล้อม

#### การดูแลตัวเองของผู้ป่วยไวรัส (Health Care)

“ความรู้ของถึงเก็บละเลดก็จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย เพราะถ้าผู้ป่วยที่มีเชื้อกำจัดถูกที่ กะบ่อสร้างปัญหา จัดเก็บมีฝาปิดอย่างดีกะไม่แพร่กระจายเชื้อไปสู่คนอื่น กะได้ถึงไปถือว่าดียนะปิดฝาไว้แล้วกะเอามาเผาไฟ”

(ผู้ดูแลคนที่ 22,2563: สัมภาษณ์)

“ออกกำลังกาย กินอาหารสามเวลา อาหารพื้นบ้านเฮาเฮ็ดสภาพจิตใจให้สบาย บ่ได้วิตกกังวลกับเชื้อโรควัณโรคปานนั้น เฮาแข็งแรงโรคมั่นกะสิบ่มาเนาะหมอ คนอ่อนแอท่อนั้นที่เป็น”

(ผู้ดูแลคนที่ 37,2563: สัมภาษณ์)

“ยาเป็นตัวรักษาให้หาย กินยาครบกินต่อเนื่อง กินจนกว่าหมอจะให้เซา (กินจนกว่าแพทย์จะให้หยุดกินยา) นี่ละเป็นการป้องกันที่ถูกต้อง อย่าลืพาคคนในบ้านติดเม็ด อันได้พอเฮ็ดได้กะเฮ็ด”

(ผู้ดูแลคนที่ 42,2563: สัมภาษณ์)

**สรุป** การดูแลตัวเองเป็นการลดเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโรคจากผู้ป่วยร่วมบ้านได้ดี เพราะการป้องกันไม่เพียงแต่การสวมหน้ากากอนามัย แต่เป็นการทำความสะอาด การล้างมือ การกินยาต่อเนื่องของผู้ป่วย การเก็บเสมหะที่ถูกต้อง และที่สำคัญคือการตรวจสุขภาพประจำปี โดยการสนับสนุนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลร่วมกับโรงพยาบาล ได้ทำหน้าที่คัดกรองไวรัสโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน ต้องเป็นไปตามมาตรฐานการคัดกรอง แต่การดูแลที่สำคัญที่สุดคือการที่ผู้ป่วยป้องกันตัวเองไม่ให้เชื้อในตัวเองออกไปติดคนอื่น เป็นการรับผิดชอบคนในครอบครัวและคนในชุมชน

#### ผู้ป่วยไวรัส (Host)

“เหตุมันเกิดจากที่มีผู้ป่วยอยู่ที่บ้านเรา วันแรกก็รู้สึกเป็นห่วงรู้สึกกลัวที่จะติด แต่การรักษาต้องดำเนินต่อไปต้องหาย”

(ผู้ดูแลคนที่ 7,2563: สัมภาษณ์)

“เคยมีคนว่า ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันฯ จะทำให้ติดโรคเร็ว คนกลุ่มนี้ก็เสี่ยงที่จะทำให้ติดโรควัณโรคได้ง่าย ยายกะคนหนึ่งที่เป็นเบาหวาน ดูแลสุขภาพหลักเลียง”

(ผู้ดูแลคนที่ 36,2563: สัมภาษณ์)

“พอเจอผู้ป่วยเราจะกลัว พอได้คุยพูดจาก็ทำให้ลดช่องว่างความกลัวลงเราต้องคอยอยู่ข้าง ๆ คอยให้คำปรึกษา”

(ผู้ดูแลคนที่ 29,2563: สัมภาษณ์)

**สรุป** บุคคลที่ยังไม่มีอาการป่วยแต่อยู่อาศัยกับผู้ป่วยต้องดูแลผู้ป่วย จำเป็นต้องรักษาสุขภาพให้แข็งแรงเสมอ หากมีโรคประจำตัวควรหลีกเลี่ยงการสัมผัสเชื้อมาก เพราะเชื้อไวรัสโรคอาจจะอยู่ที่ตัวผู้ดูแล การป้องกันตัวเองด้วยการสวมหน้ากากอนามัยจึงมีความจำเป็นและให้กำลังใจผู้ป่วยร่วมบ้านรับประทานยาต่อเนื่อง และคอยให้คำปรึกษาเวลาผู้ป่วยมีปัญหาหรือต้องการคำปรึกษา งดการติดราผู้ป่วยด้วยการติดราด้วยวาจา งดติดราด้วยท่าทาง

#### การติดราทางสังคมและความเครียด

การติดราทางสังคมและความเครียด พบว่า การติดราทางสังคมในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคจากโรงพยาบาลพบเจ้าหน้าที่ป้องกันตัวเองเกินความจำเป็น การใช้วาจา และภาษากายในการกำหนดที่นั่งเมื่อมารับบริการด้านการรักษา เหตุเพราะผู้ป่วยต้องสวมหน้ากากอนามัย สังคมภายนอกติดราเป็นโรคติดต่อ และภาพลักษณ์ของผู้ป่วยถูกติดรากล่าวผู้ป่วยเอดส์

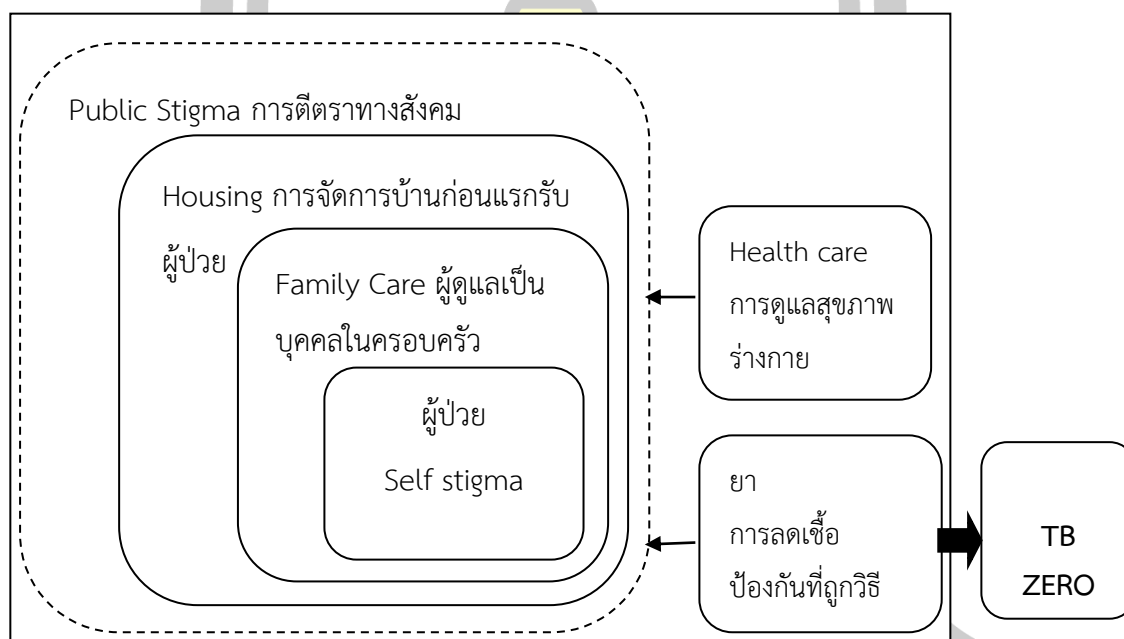
ความเครียด พบว่า ผู้ป่วยกังวลกับการรักษาต่อเนื่องและใช้ระยะเวลานาน และต้องกินยาต่อเนื่องผลข้างเคียงของยาทำให้มีผลต่อการรักษาต่อเนื่อง และอายุเมื่อสวมหน้ากากอนามัย (ดังตาราง 18)

ตาราง 18 การติดราทางสังคมและความเครียด

การติดราทางสังคม	ความเครียด
1.ป่วยเป็นวัณโรค คนในชุมชนถอยห่างกลัวติดโรค	1.กังวลใจเพราะการรักษา ที่ใช้ระยะเวลานาน
2.ภาระหน้าที่ทางสังคม ใส่หน้ากากถูกคนในกลุ่มติดราจากอาการป่วย	2.อายุเมื่อสวมใส่หน้ากากอนามัย
3.การติดราเพราะ สวมหน้ากากอนามัย	3.เมื่อป่วยเป็นวัณโรค มีความวิตกกังวล
4.การติดราตัวเองด้วยการแยกตัว เพื่อลดติดต่อของโรควัณโรค	เนื่องด้วยเป็นหัวหน้าครอบครัวกลัวติดคนในครอบครัว
5.เจ้าหน้าที่ป้องกันเกินความจำเป็น สวมหน้ากากอนามัย กำหนดแยกที่นั่งผู้ป่วย	4.การกอด การหอม แบบประชิดตัว บางครอบครัวที่มี บุตรหลาน อาจจะทำให้
6.การถูกติดราว่า ตัวดำ ผอม เป็นวัณโรคต้องเป็นเอดส์	ติดต่อโรคได้

## สรุป ระยะที่ 2

ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนซึ่งมีการดำเนินกิจกรรม ลดการตีตราทางสังคม ลดการตีตราภายนอกและการตีตราภายใน (ผู้ป่วยตีตราตัวเอง) และการให้คำปรึกษาที่ถูกต้องกับผู้ป่วยวัณโรค การดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยใช้ครอบครัวเป็นบริบทพื้นฐาน (Family Care) การจัดการสภาพแวดล้อมบ้าน (Housing) เพื่อให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลรักษา การดูแลตัวเองของผู้ป่วยวัณโรค (Health Care) (การกำจัดเสมหะ, การกำจัดหน้ากากอนามัยที่ใช้แล้ว, การกินยาต่อเนื่อง) เป็นการตัดวงจรการติดต่อเชื้อโรคไปสู่บุคคลอื่นการดูแลผู้ป่วยวัณโรค (Host) พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย ที่ควรปฏิบัติ กิจกรรมสร้างแรงจูงใจการป้องกันโรควัณโรคในชุมชนเพื่อจัดการวัณโรคในชุมชนไม่ให้มีผู้ป่วยรายใหม่ จากการศึกษาจึงได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน (ดังภาพ 10)



ภาพ 10 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

## 4.3 ประเมินรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ระยะที่ 3

### 4.3.1 ประเมินรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนบ้านร่วมใจ อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

โดยทดลองรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคบ้านร่วมใจ อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ระยะเวลา 3 เดือน ตั้งแต่เดือน พฤศจิกายน พ.ศ.2562 ถึงเดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ.2563 ซึ่งผลการศึกษาดังต่อไปนี้

4.3.1.1 ประชุมชี้แจงและอธิบายรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน คัดเลือกผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค จำนวน 9 คน

4.3.1.2 ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย ซึ่งประกอบไปด้วย ให้คำปรึกษาและลดการตีตราผู้ป่วยวัณโรค กิจกรรมการจัดการสภาพแวดล้อมก่อนรับผู้ป่วยวัณโรค กิจกรรมใกล้ตัวใกล้หาย จากผู้ป่วยสู่คนธรรมดา กิจกรรมที่ถูกลดโรคลดเสี่ยง ในการลดโรควัณโรคในชุมชน

4.3.1.3 ประเมินแรงจูงใจก่อนและหลังการทดลองรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรค อำเภอเมือง มหาสารคาม ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรควัณโรค ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรค ด้านความคาดหวังความสามารถแห่งตนเองป้องกันโรควัณโรค ด้านความคาดหวังแห่งผลลัพธ์ในการป้องกันโรควัณโรค ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

**ขั้นตอนการวางแผน (Plan)** ประชุมวางแผนการดำเนินงานร่วมกับผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน เพื่อรับทราบและเข้าใจแนวทางร่วมกัน ชี้แจงการปฏิบัติกิจกรรม ที่ดำเนินกิจกรรมต่อเนื่องจาก ระยะที่ 2

**ขั้นการปฏิบัติการ (Action)** ทำลองรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค ในการนำเสนอกิจกรรม 5 กิจกรรม

1. การดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยใช้ครอบครัวเป็นบริบทพื้นฐาน (Family Care) การดูแลผู้ป่วยวัณโรค (Host)
2. การจัดการสภาพแวดล้อมบ้าน (Housing) “บ้านตัวอย่าง”
3. การดูแลตัวเองของผู้ป่วยวัณโรค (Health Care) (กิจกรรมที่ถูกลดโรคลดเสี่ยง)
4. กิจกรรมลดการตีตราทางสังคม ทักษะการแก้ไขสถานการณ์ (จากผู้ป่วยสู่คนธรรมดา)

5. กิจกรรมสร้างแรงจูงใจการป้องกันโรควัณโรคในชุมชน (ครอบครัวต้นแบบ)

**การดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยใช้ครอบครัวเป็นบริบทพื้นฐาน (Family Care)**

“เราโชคดีในโชคร้ายหน่อย บ้านเรามีผู้ป่วยวัณโรคมาอยู่นำ แต่เขาได้ความรู้นำตอนที่เพื่อนมาให้ความรู้ นำหมู่บ้าน หมออนามัยจะออกให้ความรู้ กะได้พัฒนาจะของได้ป้องกันจะของ”

(ผู้ดูแลคนที่ 8,2562: สัมภาษณ์)

“เฮาซอม (สังเกต) เบิ่งแต่การกินยาของผู้ป่วย ซอม (สังเกต) เต๋อไม่ใช่ทักท้วง ดูอยู่ห่าง ๆ ก็ไว้ใจผู้ป่วยเพราะเขาต้องเข้าใจตัวเขาเองว่าต้องป้องกันไม่ให้เชื้อวัณโรคมาติดคนอื่น”

(ผู้ดูแลคนที่ 2,2562: สัมภาษณ์)

“เราตั้งใจจะให้ตาหาย จึงคิดว่าไม่ใช่แค่คนเดียวในบ้านที่ต้องดูแล เราต้องร่วมดูแลกันทุกคน เป็นกำลังใจให้กัน คนที่ให้คือคนในครอบครัวนี่ละ”

(ผู้ดูแลคนที่ 5,2562: สัมภาษณ์)

“เราก็ทำหน้าที่ของเรา เพียงแค่คนในครอบครัวเข้าใจ คนในที่อยู่รอบข้างเขาเข้าใจ”

(ผู้ดูแลคนที่ 7,2562: สัมภาษณ์)

**สรุป** ผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคมีโอกาสในการเรียนรู้ เป็นกำลังใจให้ซึ่งกันและกันทั้งผู้ป่วยวัณโรค และผู้ดูแลการสังเกตผู้ป่วย การกำกับการกินยาสม่ำเสมอ การที่ผู้ดูแลและผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นว่าตัวเองต้องหายจากโรควัณโรค

#### สภาพแวดล้อมรอบบ้าน (Housing)

“หมู่บ้านกะอยู่ในหลืบแล้ว เห็นพัฒนาหมู่บ้านจากนิคมอยู่กันเป็น ล็อค คุณหมอเห็นตอนขี่รถเข้ามาบ่อ เห็นจัดสรรให้เขาอยู่การพัฒนาจะเข้าแน่ อำเภอเมืองติดแกด้า หมู่บ้านกะทันได้พัฒนาปานใด”

(ผู้ดูแลคนที่ 1,2562: สัมภาษณ์)

“อสม. กับหมออนามัยก็บอกว่าให้เก็บเหื่อนให้สะอาด ผู้ป่วยตอนนอนโรงพยาบาลกะพากันเก็บเลยเก็บลิ่งเก็บของ แล้วมันลิตินาผู้ป่วยบ่หมอ ข่อยกะเก็บแยกออกไปเลย”

(ผู้ดูแลคนที่ 9,2562: สัมภาษณ์)

**สรุป** สภาพหมู่บ้านยังเป็นถนนดินทราย การดำเนินชีวิตก็ปกติ การจัดการสภาพแวดล้อมจัดการก่อนที่ผู้ป่วยวัณโรคจะออกจากโรงพยาบาล การให้ตัวแบบบ้านตัวอย่างในการจัดการสภาพแวดล้อมเมื่อมีผู้ป่วย

#### การดูแลตัวเองของผู้ป่วยวัณโรค (Health Care)

“เมื่อเรารู้ว่าคนในบ้านเป็นห้วงเรา เราก็กลับมาดูแลตัวเองเพื่อคนในครอบครัวของเราจะได้ไว้วางใจ ไม่รังเกียจเรา และก็เป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยคนอื่นๆต้องหายด้วยเช่นกัน”

(ผู้ดูแลคนที่ 5,2562: สัมภาษณ์)

“เห็นหมอใส่ใจ เห็นคนอื่นใส่ใจ ก็เลยจะหันกลับมาดูแลตัวเอง ดีใจที่มาเยี่ยม”

(ผู้ดูแลคนที่ 2,2562: สัมภาษณ์)

**สรุป** พฤติกรรมการดูแลตัวเองดีขึ้นผู้ป่วยกลับมาดูแลตัวเอง เนื่องจากความใส่ใจของเจ้าหน้าที่และคนในครอบครัวที่คอยให้กำลังใจ ต้องรักษาหาย ผู้ป่วยดูแลตัวเองออกกำลังกายมากขึ้น

#### การป้องกันโรค

“เจ้าหน้าที่มาให้ความสำคัญการป้องกันโรค การเก็บเสมหะที่เป็นที่เป็นทาง เห็นได้มอบถังให้และบอกวิธีการทำลายน้ำมูกน้ำลายที่ถูกต้อง

(ผู้ดูแลคนที่ 7,2562: สัมภาษณ์)

“กองทุนหน้ากากอนามัยก็ดี เห็นแจกให้ใส่ และก็แบบอึดอึดยมนั่นแน่ โทด หนาพร้อม”

(ผู้ดูแลคนที่ 8,2562: สัมภาษณ์)

“มีโครงการที่ดีของ โรงพยาบาลคัดกรองผู้สัมผัสร่วมบ้านมากขึ้น วันนั้นก็ได้ x-ray รู้สึกดีใจ  
ที่ทุกคนช่วยกัน ช่วยกันรักษาคนในชุมชน ขอขอบคุณ”

(ผู้ดูแลคนที่ 1,2562: สัมภาษณ์)

“การแยกตัวเองออกจาก คนในชุมชน เป็นเรื่องของผู้ป่วยโรคที่ต้องรับผิดชอบชุมชน เขา  
ป้ได้หนี เขาแยกเพื่อให้ทุกคนสบายใจ”

(ผู้ดูแลคนที่ 2,2562: สัมภาษณ์)

**สรุป** เจ้าหน้าที่ให้ความสำคัญในการป้องกันโรคโควิด-19 จัดกิจกรรมการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง  
กองทุนหน้ากากอนามัยผู้ป่วยโรคและผู้สัมผัสร่วมบ้าน ผู้ป่วยโรคตระหนักการแยกตัวมากขึ้น  
เพื่อป้องกันบุคคลในครอบครัวไม่ให้เป็นผู้ป่วยคนต่อไป

#### การตีตราทางสังคม

การตีตราตัวเองของผู้ป่วย ในช่วงแรกที่ผู้ป่วยมารับการรักษาตัวเองที่จะต้องปรับตัวในการ  
แยกโรคออกจากคนในครอบครัวผู้ป่วยจึงเข้าใจว่าต้องแยกตัวเองออกจากสังคม เพื่อเป็นการแยกตัว  
หนีคำถามเชิงลบที่ถูกถามตีตราโดยชุมชน หลีกเลี่ยงการประชุมพบปะสังสรรค์ เพื่อป้องกันตัวเองและ  
ป้องกันครอบครัวไม่ได้รับเชื้อไวรัสโรคจากตัวผู้ป่วยถือว่าเป็นการรับผิดชอบต่อครอบครัว ประเด็นต่อมา  
ผู้ป่วยเลี่ยงการสวมหน้ากากอนามัยในการป้องกันโรคเพราะถูกชุมชนมองว่ามีอาการป่วยหนัก และ  
ผู้ป่วยที่มีหน้าที่ทางสังคมหลีกเลี่ยงการป้องกันด้วยการสวมหน้ากากอนามัยด้วย (ดังตาราง 19)

ตาราง 19 การตีตราทางสังคม(ผู้ป่วยโรค)

ตีตราภายนอก	ตีตราภายใน
1.การแสดงสีหน้าท่าทางถอยห่างเมื่อเจอผู้ป่วย	1.การแยกตัวเองออกจากสังคม
2.การตำหนิต่อหน้าคนอื่นเมื่อไม่สวมหน้ากากอนามัย	2.การแสวงหาการรักษาเองเดินทางเอง กินยาเอง
3.การตำหนิ ทักท้วงสภาพร่างกาย ผิวดำ ซุปผอม	3.หลีกเลี่ยงการพบปะ เพราะกลัวคำถาม
4.การตั้งคำถามเจาะลึก ประเด็นที่ผู้ป่วยไม่อยากตอบ	4.การสวมหน้ากากอนามัยเพื่อป้องกันโรคใส่แล้วเหมือนมีอาการป่วยหนัก
5.การสวมหน้ากากอนามัยใหญ่ๆ การป้องกันเกินเหตุ	5.เก็บความลับเพื่อรักษา หน้าทีทางสังคม
6.ครอบครัวตีตรา การกินอาหารแสดงท่าที่รังเกียจ	

**สรุป** จากกิจกรรม จากผู้ป่วยสู่บุคคลธรรมดา ทำให้มุมมองของคนในชุมชนมองผู้ป่วยในเชิงบวกมากขึ้น อาจส่งผลจากการได้รับความรู้ ทักษะการป้องกันตัวเองที่ถูกต้อง ทำให้การตีตราผู้ป่วยลดลง ปรับเปลี่ยนเป็นการให้กำลังใจในการรักษาผู้ป่วยในชุมชน เพื่อให้ชุมชนเป็นชุมชนปลอดวัณโรค ต่อไป

**ขั้นการสังเกต(Observation)** โดยการสังเกตแบบวัดความพึงพอใจ การวัดแรงสนับสนุนทางสังคม แบบวัดแรงจูงใจการป้องกันโรค

จากการศึกษาระดับแรงจูงใจในการป้องกันวัณโรค พบว่าก่อนทดลองมีแรงจูงใจในการป้องกันวัณโรค อยู่ในปานกลางร้อยละ 55.60 รองลงมาอยู่ในระดับระดับสูงร้อยละ 44.44 หลังทดลอง พบว่ามีแรงจูงใจในการป้องกันวัณโรค อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 77.80 และระดับกลางร้อยละ 22.20 โดยก่อนทดลองค่าเฉลี่ยแรงจูงใจในการป้องกันวัณโรค 2.44 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.52 และหลังทดลองเฉลี่ยแรงจูงใจในการป้องกันวัณโรค 2.77 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.44 (ตาราง 20)

ตาราง 20 จำนวนและร้อยละก่อนทดลองและหลังการทดลอง จำแนกตามระดับแรงจูงใจในการป้องกันวัณโรค (คะแนนเต็มด้านละ 200 คะแนน)

แรงจูงใจในการป้องกันโรค	กลุ่มทดลอง (n=9)			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง	4	44.40	7	77.80
ระดับปานกลาง	5	55.60	2	22.20
รวม	9	100.00	9	100.00
$\bar{x}$		2.44		2.77
S.D		0.52		0.44

**การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนแรงจูงใจในการป้องกันวัณโรคก่อนและหลังการทดลองมีรายละเอียดดังต่อไปนี้**

จากการศึกษาคะแนนแรงจูงใจในการป้องกันวัณโรค พบว่าก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนแรงจูงใจในการป้องกันวัณโรค 141.77 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 20.51 คะแนน และหลังทดลองมีคะแนนแรงจูงใจในการป้องกันวัณโรค 155.88 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 15.87 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนแรงจูงใจในการป้องกันวัณโรคระหว่างก่อนและหลัง พบว่า



แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value = 0.001) โดยก่อนมีคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าหลังอยู่ 4.74 คะแนน (95%CI : 7.25 ถึง 20.96) (ดังตาราง 21)

ตาราง 21 การเปรียบเทียบความต่างค่าเฉลี่ยคะแนนแรงจูงใจในการป้องกันวัณโรคก่อนและหลังการทดลอง

แรงจูงใจในการป้องกันวัณโรค	n	$\bar{x}$	S.D.	Mean Difference	t	95%CI	P-value
ก่อนการทดลอง	9	141.77	20.51	14.11	4.74	7.25ถึง20.96	0.001
หลังการทดลอง	9	155.88	15.87				

#### การเปรียบเทียบความแตกต่างการมีส่วนร่วมต่อการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยวัณโรค

จากการศึกษา พบว่าก่อนทดลองมีการมีส่วนร่วมต่อการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยวัณโรค อยู่ในระดับสูงร้อยละ 100.00 หลังทดลอง พบว่ามีการมีส่วนร่วมต่อการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยวัณโรค อยู่ในระดับสูงร้อยละ 88.90 ค่าเฉลี่ยก่อนการมีส่วนร่วมต่อการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยวัณโรค 3.00 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.00 และหลังทดลองเฉลี่ยการมีส่วนร่วมต่อการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยวัณโรค 2.88 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.33 (ดังตาราง 22)

ตาราง 22 จำนวนและร้อยละ ก่อนและหลังการทดลอง จำแนกตามระดับการมีส่วนร่วมต่อการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยวัณโรค (คะแนนเต็ม 60 คะแนน)

การมีส่วนร่วมต่อการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยวัณโรค	กลุ่มทดลอง (n=9)			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง	9	100.00	8	88.90
ระดับปานกลาง	0	0.00	1	11.10
รวม	9	100.00	9	100.00
$\bar{x}$		3.00		2.88
S.D		0.00		0.33

การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนการมีส่วนร่วมต่อการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยวัณโรคก่อนและหลังการทดลอง มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

จากการศึกษาพบว่า ก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการมีส่วนร่วมต่อการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยวัณโรค 51.55 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.00 คะแนน และหลังทดลองมีคะแนนการมีส่วนร่วมต่อการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยวัณโรค 54.33 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.60 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการมีส่วนร่วมต่อการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ระหว่างก่อนและหลัง พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} = 0.001$ ) โดยก่อนมีคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าหลังอยู่ 5.33 คะแนน (95%CI : 3.97ถึง1.57) (ดังตาราง 23)

ตาราง 23 การเปรียบเทียบความต่างค่าเฉลี่ยคะแนนการมีส่วนร่วมต่อการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยวัณโรคก่อนและหลังการทดลอง

การมีส่วนร่วมต่อการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยวัณโรค	n	$\bar{x}$	S.D.	Mean Difference	t	95%CI	p-value
ก่อนการทดลอง	9	51.55	3.60				
หลังการทดลอง	9	54.33	3.00	2.78	5.33	3.97ถึง1.57	0.001

#### ระดับแรงสนับสนุนทางสังคมมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

จากการศึกษา พบว่าก่อนทดลองมีแรงสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 66.70 รองลงมาอยู่ในระดับกลางร้อยละ 33.30 หลังทดลอง พบว่ามีแรงสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับสูงร้อยละ 100.00 โดยก่อนทดลองค่าเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคม 2.66 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.50 และหลังทดลองเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคม 3.00 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.00 (ดังตาราง 24)

ตาราง 24 จำนวนและร้อยละ ก่อนและหลังการทดลอง จำแนกตามระดับแรงสนับสนุนทางสังคม (คะแนนเต็ม 50 คะแนน)

แรงสนับสนุนทางสังคม	กลุ่มทดลอง (n=9)			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง	6	66.70	9	100.0
ระดับปานกลาง	3	33.30	0	0.00
รวม	9	100.0	9	100.0
$\bar{x}$		2.66		3.00
S.D		0.50		0.00

### การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมก่อนและหลังการทดลอง มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

จากการศึกษา พบว่า ก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคม 37.00 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.78 คะแนน และหลังทดลองมีคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคม 45.11 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.31คะแนน เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมระหว่างก่อนและหลัง พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value = 0.001) โดยก่อนมีคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าหลังอยู่ 7.06 คะแนน (95%CI : 5.46 ถึง 1.075) (ดังตาราง 25)

ตาราง 25 การเปรียบเทียบความต่างค่าเฉลี่ยคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมก่อนและหลังการทดลอง

แรงสนับสนุนทางสังคม	n	$\bar{x}$	S.D.	Mean Difference	t	95%CI	p-value
ก่อนการทดลอง	9	37.00	2.78	8.11	7.06	5.46 ถึง 1.075	< 0.001
หลังการทดลอง	9	45.11	2.31				

### การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความพึงพอใจ

จากการศึกษา พบว่าก่อนทดลองมีความพึงพอใจ อยู่ในระดับสูงร้อยละ 100.00 หลังทดลอง พบว่ามีความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100 โดยก่อนและหลังทดลองค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ 3.00 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.00 (ดังตาราง 26)

ตาราง 26 ตารางแสดงจำนวนและร้อยละคะแนนก่อนและหลังการทดลอง จำแนกตามระดับความพึงพอใจ (คะแนนเต็ม 50 คะแนน)

ความพึงพอใจ	กลุ่มทดลอง (n=9)			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง	9	100.0	9	100.0
รวม	9	100.0	9	100.0
$\bar{x}$		3.00		3.00
S.D		0.00		0.00

### การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจก่อนและหลังการทดลองมี รายละเอียดดังต่อไปนี้

จากการศึกษาคะแนนความพึงพอใจ พบว่าก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจ 40.50 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.00 คะแนน และหลังมีคะแนนความพึงพอใจ 45.50 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.58 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจระหว่างก่อนและหลัง พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} = 0.001$ ) โดยก่อนมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าหลังอยู่ 8.32 คะแนน (95%CI : 3.61 ถึง 6.38) (ดังตาราง 27)

ตาราง 27 ตารางการเปรียบเทียบความต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจ ก่อนและหลังการทดลอง

ความพึงพอใจ	n	$\bar{x}$	S.D.	Mean Difference	t	95%CI	p-value
ก่อนการทดลอง	9	40.50	2.00	5.00	8.32	3.61ถึง6.38	< 0.001
หลังการทดลอง	9	45.50	1.58				

**ขั้นการสะท้อนผล (Reflection)** สรุปลักษณะ ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ประชุมและคืนข้อมูล การดูแลผู้ป่วยวัณโรคบ้านร่วมใจ หลังทดลองรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ซึ่งจากการทดลองพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคมีการจัดสภาพแวดล้อม (Environment) ในชุมชนบ้านร่วมใจดีขึ้น สังเกตจากการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย (Housing) การกำจัดเสมหะและสารคัดหลั่งของผู้ป่วยที่ถูกต้อง ชุมชนและคนในครอบครัวมีการป้องกันตัวเองก็เท่าที่จำเป็นเพราะอาจจะส่งผลในการตีตราผู้ป่วยแต่แนะแนวทางการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันตัวผู้ป่วยเอง (Host) การให้คำปรึกษาและลดการตีตราผู้ป่วยวัณโรค (Stigma) ผู้ดูแลมองการดูแลผู้ป่วยเหมือนบุคคลธรรมดา จึงเกิดการไว้วางใจในการรักษาการสื่อสารที่ตรงกัน ระหว่างครอบครัว (Family Care) และตัวผู้ป่วยดีขึ้น เจ้าหน้าที่ให้ความสำคัญในการป้องกันโรควัณโรคจัดกิจกรรมการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง มีกองทุนหน้ากากออนามัยผู้ป่วยวัณโรคและผู้สัมผัสร่วมบ้าน ป่วยตระหนักการแยกตัวมากขึ้น เพื่อป้องกันบุคคลในครอบครัวไม่ให้เป็นผู้ป่วยคนและนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ไปเป็นแนวทางในการดำเนินงานดูแลสุขภาพของผู้ป่วย ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคามต่อไป

## บทที่ 5

### สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ซึ่งมีความมุ่งหมาย เพื่อสร้างรูปแบบดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม รวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ ผู้วิจัยสรุปผลการศึกษาดังต่อไปนี้

5.1 วัตถุประสงค์การวิจัย

5.2 สรุปผลการวิจัย

5.3 อภิปรายผล

5.4 ข้อเสนอแนะ

#### 5.1 วัตถุประสงค์การวิจัย

5.1.1 เพื่อศึกษาปัจจัยด้านการดูแลผู้ป่วยโรควัณโรคในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

5.1.2 เพื่อสร้างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

5.1.3 เพื่อประเมินรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

#### 5.2 สรุปผล

การวิจัยรูปแบบดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม สรุปผลดังนี้

5.2.1 ปัจจัยด้านการดูแลผู้ป่วยโรควัณโรคในชุมชน

ผู้ป่วยวัณโรค พบว่า ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว มีโรคประจำตัวโรคเบาหวานร้อยละ 33.3 มีพฤติกรรมที่ผู้ป่วยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เดือนละ 4 ครั้ง สุกบุหรี่ วันละ 3-5 มวน ค่าใช้จ่ายในการเดินทางประมาณ 300 บาท ข้อมูลคุณภาพ ผู้ป่วยวัณโรคต้องรักษาซึ่งการรักษาต้องต่อเนื่องยาวนาน ระยะเวลาที่นานเป็นอุปสรรคในการรักษา การไม่กินยาเนื่องจากผลข้างเคียงของยา

ผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค พบว่า เพศหญิง ร้อยละ 92.90 เคยการติดตามผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลการตรวจเสมหะพบเชื้อไม่มารับฟังผลการตรวจตามนัด ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 95.50 การดำเนินติดตามเป็นระยะเวลา ติดตาม 4 ครั้ง กำกับติดตามการรับประทานยาผู้ป่วยวัณโรค ร้อยละ 88.10 การกำกับการกินยาของผู้ป่วยวัณโรคในแต่ละวัน เจ้าหน้าที่แนะนำการกินยาต่อหน้าดูแลสภาพแวดล้อมรอบบ้าน แต่ก็ยังเป็นไปตามบริบทของพื้นที่บ้าน ผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคปรับสภาพแวดล้อมรอบบ้าน การแยกสิ่งของส่วนตัวของผู้ป่วยวัณโรค การแยกที่นอน

ปัจจัยคุณภาพบริการผู้ป่วยวัณโรค พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่อยู่ใกล้บ้านได้ติดตามมาเยี่ยมที่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคมีการให้บริการโดยใช้เทคโนโลยีในการติดตามโปรแกรมโทรศัพท์มือถือ การติดตามเยี่ยมมีการสวมหน้ากากอนามัยเพื่อป้องกันการติดต่อโรควัณโรคทุกครั้งเมื่อมาเยี่ยมผู้ป่วยวัณโรค ด้านการบริการเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การกินยาต่อเนื่องไม่ขาดยา รักษาตามแพทย์นัด การบริการของเจ้าหน้าที่เป็นไปตามมาตรฐานการรักษา โรงพยาบาลจะส่งตัวมารับการรักษาต่อเนื่องที่บ้าน โดยการประสานงานเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานวัณโรค ซึ่งการรักษาที่บ้านจากการศึกษาพบว่าผู้ออกเยี่ยมบ้านเป็น อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน

ด้านนโยบายภาครัฐ พบว่า โรงพยาบาลหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีแผนการดำเนินงานคัดกรองเมื่อเป็นกลุ่มเสี่ยงติดเชื้อวัณโรค ในกลุ่มเสี่ยงมีหน่วยงานภาครัฐติดตามผลการดำเนินงานการรักษาและการให้ข้อมูลด้านการติดตามผู้ป่วยวัณโรค ร้อยละ 76.20 และเจ้าหน้าที่มีแผนในการคัดกรองผู้สัมผัสร่วมบ้าน และสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการควบคุมและป้องกันโรคนั้นยังไม่เพียงพอ หน้ากากอนามัยในการป้องกันให้เฉพาะผู้ป่วยวัณโรคจำนวนไม่เพียงพอ

ด้านเจ้าหน้าที่ พบว่า มีประสบการณ์การให้บริการผู้ป่วยวัณโรคเป็นเวลา 7 ปี เคยมีประสบการณ์ดูงานอบรมเกี่ยวกับการให้บริการผู้ป่วยวัณโรค และส่งต่อผู้ป่วยวัณโรคเพื่อไปรับการรักษา การดำเนินงานติดตาม กำกับของเจ้าหน้าที่จะส่งการเป็นลำดับขั้นตอน จากแรกรับผู้ป่วยจากโรงพยาบาลและส่งต่อมาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่รับผิดชอบการติดตามเยี่ยมบ้าน การติดตามการกินยา การให้คำแนะนำสภาพแวดล้อมบ้านผู้ป่วย

#### 5.2.2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยวัณโรค

5.2.2.1 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมการจัดสภาพแวดล้อมรอบบ้าน จัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยวัณโรค (Environment care)

5.2.2.2 ปัจจัยด้านเชื้อโรคในพื้นที่การกำจัดเชื้อวัณโรคและการป้องกันเชื้อจากบุคคลสู่บุคคล

5.2.2.3 ปัจจัยกลุ่มเสี่ยง ผู้ป่วยเรื้อรัง พิษสุราเรื้อรัง ผู้สัมผัสร่วมบ้านมีการป้องกันตัวเอง

ซึ่ง 3 ปัจจัยหลักส่งผลให้มีผลกระทบต่อเปลี่ยนแปลงการดูแลผู้ป่วยในชุมชน ซึ่งผู้ดูแลที่ได้รับการฝึกอบรมช่วงแรกจะเป็นอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน จากการศึกษาพบว่าผู้ที่ใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรคที่สุดคือบุคคลในครอบครัว (Family care) ซึ่งเราควรให้ความสำคัญมากที่สุด

#### 5.2.3 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน สรุปผลการศึกษาเป็น 4 ส่วนดังนี้

5.2.3.1 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน โดยวิธีการเชิงปฏิบัติการ รูปแบบวงจร Kemmis and McTaggart ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังต่อไปนี้

### 1) ขั้นตอนการวางแผน(Plan)

ประชุมวางแผนการดำเนินงานร่วมกับผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน เพื่อรับทราบและเข้าใจแนวทางร่วมกัน ชี้แจงการปฏิบัติกิจกรรม การดำเนินกิจกรรมวิเคราะห์ SWOT ในชุมชน พบว่าจุดเด่น ผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน มีการติดตามผลข้างเคียงจากการกินยาวัณโรคเพราะผลข้างเคียงของยาวัณโรคส่งผลต่อการรักษาต่อเนื่อง จุดด้อย พบว่าสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการป้องกันโรควัณโรคน้อย มีผลกระทบต่อการแพร่เชื้อโรคในชุมชน อุปสรรค พบว่าการตีตราทางสังคมเป็นอุปสรรคต่อการรักษาและการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนเพราะผู้ป่วยอยู่ในภาวะเครียดจากการรักษาที่เป็นระยะเวลาานาน โอกาสพัฒนา พบว่าการดูแลที่ดีคือการดูแลจากบุคคลที่ใกล้ชิดเข้าใจผู้ป่วยจากกิจกรรมดังกล่าวได้นำมาดำเนินงานแก้ไขปัญหาด้านวัณโรคในชุมชน

### 2) ขั้นตอนการปฏิบัติการ (Action)

การสร้างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค ในการนำเสนอกิจกรรม 4 กิจกรรม 1.การดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยใช้ครอบครัวเป็นบริบทพื้นฐาน (Family Care) 2.การจัดการสภาพแวดล้อมบ้าน (Housing) 3.การดูแลตัวเองของผู้ป่วยวัณโรค (Health Care) (การกำจัดเสมหะ,การกำจัดหน้ากากอนามัยที่ใช้แล้ว) 4. การดูแลผู้ป่วยวัณโรค (Host) 5. กิจกรรมสร้างแรงจูงใจการป้องกันโรควัณโรคในชุมชนกิจกรรมลดการตีตราทางสังคม ลดการตีตราภายนอกและการตีตราภายใน พบว่า การดูแลโดยครอบครัว (Family Care) ผู้ป่วยต้องดูแลอย่างเป็นขั้นตอน การดูแลสภาพแวดล้อมรอบบ้าน (Housing) พบว่า การจัดการสภาพแวดล้อมในบ้านและการจัดการสภาพแวดล้อมรอบบ้าน การรับผู้ป่วยมารักษาต่อเนื่องที่บ้าน การดูแลผู้ป่วยวัณโรค (Health Care) จากการศึกษา พบว่า การดูแลตัวเองเป็นการลดเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรคจากผู้ป่วยร่วมบ้านได้ดี เพราะการป้องกันไม่เป็นเพียงแค่การสวมหน้ากากอนามัยแต่เป็นการทำความสะอาด การล้างมือ การกินยาต่อเนื่องของผู้ป่วย การเก็บเสมหะที่ถูกต้อง กิจกรรมสุดท้าย (TB Stigma) คอยให้คำปรึกษาเวลาผู้ป่วยมีปัญหาหรือต้องการคำปรึกษา ลดการตีตราผู้ป่วยด้วยการตีตราด้วยวาจา ตีตราด้วยท่าทาง ซึ่งกิจกรรมส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนได้อย่างถูกต้อง

### 3) ขั้นตอนการสังเกตผลการปฏิบัติงาน (Observation)

การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและเก็บบันทึก ซึ่งจากการสังเกตผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคปฏิบัติตามขั้นตอนได้อย่างถูกต้อง ได้นำเสนอข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยเมื่อมีสถานการณ์ที่มอบหมายให้ และผู้ดูแลสามารถป้องกันตนเองได้อย่างถูกต้อง (การสวมหน้ากากอนามัย,การเก็บเสมหะที่ถูกต้อง) จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลเข้าร่วมประชุมร่วมการให้ข้อเสนอแนะการดูแลผู้ป่วยวัณโรค 3 ส่วน 1. Self Care 2. Family Care 3. Environment Care เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติ

ที่ง่ายขึ้น แบบสอบถามแรงจูงใจการป้องกันโรคโควิด ผู้ดูแลมีแรงจูงใจอยู่ระดับสูง เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนแรงจูงใจในการป้องกันโรคโควิด ระหว่างก่อนและหลัง พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} = 0.001$ ) และในระยะที่ 2 โดยการสังเกตแบบวัดความพึงพอใจ ของผู้เข้าร่วมมีระดับความพึงพอใจในระดับสูง จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลเข้าร่วมกิจกรรมสนใจการสวมใส่หน้ากากอนามัย เพราะเข้าใจว่าใส่เฉพาะผู้ป่วยโควิด และสนใจการจัดกิจกรรมทำถังเก็บเสมหะ การวัดแรงสนับสนุนทางสังคม จากการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} = 0.001$ )

#### 4) ชั้นการสะท้อนผล (Reflection)

ผู้ดูแลผู้ป่วยโควิดรับฟังประเด็น ข้อคิดเห็นปัญหาและอุปสรรคจากการร่วมกิจกรรม ซึ่งชุมชนได้ร่วมกันเสนอ การปรับปรุงแก้ไขรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโควิดในชุมชน โดยรูปแบบแบ่งออกเป็น 5 ด้าน 1. การดูแลผู้ป่วยโควิดโดยใช้ครอบครัวเป็นบริบทพื้นฐาน (Family Care) พบว่าครอบครัวเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นหลัก และได้รับการสนับสนุนจาก อสม.และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 2. การจัดการสภาพแวดล้อมบ้าน (Housing) พบว่า การศึกษาจากสภาพบ้านผู้ป่วย 3. การดูแลตัวเองของผู้ป่วยโควิด การสนับสนุนด้านกำลังใจแก่ผู้ป่วย เพราะการรักษาต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานาน 4. การตีตราทางสังคม (Stigma) การสร้างความรู้ความเข้าใจในโรคโควิดทุกชะ การใช้ภาษาที่ชะการสื่อสารกับผู้ป่วย 5. ผู้ป่วยโควิด (Host) การจัดกิจกรรมมีข้อจำกัดเนื่องด้วยผู้ป่วยมีเชื้อโควิด สิ่งที่สะท้อนได้ดีคือผู้ดูแลร่วมบ้าน สะท้อนข้อมูลด้านบวก

5.2.4 ประเมินรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโควิดในชุมชนบ้านร่วมใจ อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม โดยทดลองรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโควิดบ้านร่วมใจ อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ประชุมชี้แจงและอธิบายรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโควิด ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน กิจกรรมการดูแลผู้ป่วย ซึ่งประกอบไปด้วย ให้คำปรึกษาและลดการตีตราผู้ป่วยโควิด กิจกรรมการจัดการสภาพแวดล้อมก่อนรับผู้ป่วยโควิด กิจกรรมใกล้ชิดตัวใกล้ชิดหาย จากผู้ป่วยสู่คนธรรมดา กิจกรรมทิ้งถุงลดโรคลดเสี่ยง ในการลดโรคโควิดในชุมชน

5.2.4.1 ประเมินแรงจูงใจก่อนการทดลองรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโควิด อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิดก่อนการทดลอง พบว่า การสวมหน้ากากเพื่อป้องกันโรคโควิดเนื่องจากผู้ป่วยไม่เคยสวมหน้ากากมาก่อนทำให้รู้สึกอึดอัดไม่สบาย ด้านสภาพแวดล้อม พบว่า ผู้เข้าร่วมกิจกรรมยังมองสาธารณสุขป๊อค รอบหมู่บ้าน ด้านการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลมีโอกาสในการเรียนรู้ เป็นกำลังใจให้ซึ่งกันและกันทั้งผู้ป่วยโควิดและผู้ดูแลแรงจูงใจในการป้องกันโรคโควิด ระหว่างก่อนและหลัง พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} = 0.001$ ) หลังการทดลอง พบว่าการจัดสภาพแวดล้อม



(Environment) บ้านร่วมใจดีขึ้นสังเกตจากการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย (Housing) การป้องกันตัวเองก็เท่าที่จำเป็นเพราะอาจจะส่งผลในการตีตราผู้ป่วยแต่แนวทางการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันตัวผู้ป่วยเอง (Host) การให้คำปรึกษาและลดการตีตราผู้ป่วยวัณโรค (Stigma) ผู้ดูแลมองการดูแลผู้ป่วยเหมือนบุคคลธรรมดา จึงเกิดการไว้วางใจในการรักษาการสื่อสารที่ตรงกัน ระหว่างครอบครัว (Family Care) และตัวผู้ป่วยดีขึ้น เจ้าหน้าที่ให้ความสำคัญในการป้องกันโรควัณโรคจัดกิจกรรมการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง กองทุนหน้ากอกอนามัยผู้ป่วยวัณโรคและผู้สัมผัสร่วมบ้าน ป่วยตระหนักการแยกตัวมากขึ้น เพื่อป้องกันบุคคลในครอบครัวไม่ให้เป็นผู้ป่วยคนต่อไป

### 5.3 อภิปรายผล

5.3.1 เพื่อศึกษาปัจจัยด้านการดูแลผู้ป่วยโรควัณโรคในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมการจัดสภาพแวดล้อมรอบบ้าน จัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยวัณโรค (Environment Care) ปัจจัยด้านเชื้อโรคในพื้นที่การกำจัดเชื้อและการป้องกันเชื้อจากบุคคลสู่บุคคลปัจจัยกลุ่มเสี่ยง ผู้ป่วยเรื้อรัง พิษสุราเรื้อรัง ผู้สัมผัสร่วมบ้านมีการป้องกันตัวเอง ปัจจัยหลักส่งผลให้มีผลกระทบต่อเปลี่ยนแปลงการดูแลผู้ป่วยในชุมชน ซึ่งผู้ดูแลที่ได้รับการฝึกอบรมช่วงแรกจะเป็นอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน จากการศึกษา พบว่าผู้ที่ใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรคที่สุดคือบุคคลในครอบครัว (Family Care) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ (วิทยา มณีวรรณ, 2553) พบว่าบทบาทของสมาชิกในครอบครัว การให้การดูแลโดยทำหน้าที่กำกับารกินยา การดูแลทั่วไปการจัดหาอาหารที่เป็นประโยชน์ การให้คำแนะนำการแพร่กระจายเชื้อ ได้แก่การเตือนผู้ป่วย ปิดปากปิดจมูกเวลาไอจาม เตือนให้ผู้ป่วยกำจัดเสมหะโดยการเผาหรือเทลงโถส้วมในแต่ละครั้งที่มีเสมหะน้ำลาย และการแนะนำการบ้วนน้ำลายในที่ที่มีฝาปิด การให้การดูแลที่อยู่อาศัย มีคะแนนปฏิบัติร้อยละ 56.25 มีข้อปฏิบัติควรปรับปรุง ได้แก่ การทำความสะอาดเช็ดถูภายในบ้าน การทำความสะอาดรอบรอบบ้าน และการจัดการบ้านให้ถ่ายเท มีแสงส่อง บทบาทให้คำปรึกษาแนะนำการดูแลด้านเศรษฐกิจ พบว่ากลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตัว ร้อยละ 83.33 อยู่ในระดับดี ได้แก่ การช่วยเหลือหารายได้เพื่อใช้จ่ายเป็นค่าเดินทางไปพบแพทย์ การช่วยเหลือจัดซื้อสิ่งของที่จำเป็นในชีวิตประจำวันให้ผู้ป่วยสม่ำเสมอ

พฤติกรรมของผู้ป่วยมีผลต่อการเกิดโรควัณโรคในพื้นที่พฤติกรรมเสี่ยง เช่น การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ ผู้สูงอายุสุขภาพร่างกายอ่อนแอเป็นกลุ่มเสี่ยง ผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งสอดคล้องกับ (ขวัญใจ มอนโรสง, 2560) พฤติกรรมป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอดที่พักอาศัยในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ด้านสุขภาพ ผลการศึกษาคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ที่สัมผัสและอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรค ซึ่งโรคนี้เป็นโรคติดต่อเรื้อรัง สามารถแพร่กระจายสู่คนใกล้ชิด ทั้งยังส่งผลกระทบต่อ ทั้งสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม ผลการศึกษานี้จึงแตกต่างจากผล

การศึกษาในโรคที่ไม่ใช่โรคติดต่อเรื้อรัง ประเด็นที่สองการดำเนินของเชื้อไวรัสโคอากัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเกิดโรค การจัดการทำลายเชื้อไวรัสโคอากัยในเสมหะที่มีเชื้อไวรัสโคอากัย จึงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้ผู้ป่วยกลับมาเป็นวัณโรคกลับซ้ำหรือไม่ก็ติดต่อไปยังผู้สัมผัสร่วมบ้าน ประเด็นที่สามพฤติกรรมที่ดีตราตัวเองของผู้ป่วยวัณโรคเป็นอุปสรรคในการรักษาผู้ป่วย

### 5.3.2 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน

การค้นหาผู้ป่วยในชุมชนการสังเกตอาการของบุคคลในชุมชนเมื่อมีอาการ จากข้อมูลการคัดกรองในพื้นที่ รพ.สต.บ้านหนองแวง จำนวน 311 ราย และรพ.สต.บ้านโนนเพ็กจำนวน 123 ราย ถือว่าครอบคลุมกลุ่มเสี่ยง 100 เปอร์เซ็นต์ ไม่สอดคล้องกับ (กมลทิพย์ ประสพสุข, 2561) การป้องกันและควบคุมโรควัณโรคของประเทศไทยการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคพบว่าจะยังไม่ครอบคลุม และพบว่าการค้นหาที่ย่ำ ในเขตเมืองใหญ่และกรุงเทพมหานคร ซึ่งผลการดำเนินการค้นหาในเขตกรุงเทพมหานครมีอัตราการค้นหาที่ต่ำกว่าเขตสุขภาพอื่น ๆ สอดคล้องกับ (เครือวัลย์ ดิษเจริญ, 2557) การศึกษาเชิงปฏิบัติการศึกษาสภาพการณ์และพัฒนากาหนดำเนินงานด้านการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อโดยความร่วมมือของสมาชิกร่วมบ้านในครอบครัวของผู้ป่วยร่วมกับอาสาสมัครงานวัณโรคชุมชนโดยทำการศึกษาในพื้นที่ พบว่า สำหรับผู้ป่วยวัณโรคแกนนำครอบครัวและอาสาสมัครงานวัณโรคชุมชนแบบสอบถามสำหรับบุคลากรสาธารณสุข ผลของการดำเนินงานพบว่าแกนนำครอบครัว ร้อยละ 46.0 คัดกรองด้วยวาจาสมาชิกร่วมบ้านตนเองได้ทั้งหมด 88 คน พบว่าไม่มีอาการผิดปกติ ร้อยละ 94.3 การอบรมให้ความรู้ การป้องกันโรควัณโรคที่ต้องการสวมหน้ากากอนามัย การเก็บเสมหะที่ถูกต้อง การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรคการศึกษาบริบทครอบครัวผู้ป่วยวัณโรคแรงจูงใจในการป้องกันโรควัณโรค โดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและเก็บบันทึก ซึ่งจากการสังเกตผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคปฏิบัติตามขั้นตอนได้อย่างถูกต้อง ได้นำเสนอข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยเมื่อมีสถานการณ์ที่มอบหมายให้ และผู้ดูแลสามารถป้องกันตนเองได้อย่างถูกต้อง (การสวมหน้ากากอนามัย, การเก็บเสมหะที่ถูกต้อง) (Pascual Pareja et al, 2018) ได้ศึกษาโดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางการรักษาวัณโรคเป็นวัณโรค การรักษาต้องมีการบริหารยาหลายชนิด ใช้เวลาหลายเดือน และสิ่งสำคัญที่ผู้ป่วยมีบทบาทสำคัญในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตัวเอง รักษาตัวเอง และการดูแลทั่วไป ผู้ป่วยควรศึกษาเกี่ยวกับวัณโรคและการรักษา รวมทั้งผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น เมื่อศึกษาอีกด้านที่สำคัญคือการติดตามผู้ป่วย และมีส่วนร่วมในการจัดการมาตรการ เพื่อป้องกันการติดเชื้อรายใหม่ การเรียนรู้เมื่อรับการรักษาเช่น จุดเก็บเสมหะ การเก็บเสมหะ การป้องกันตัวเองเมื่อเข้ารับการรักษาจากการทบทวนวรรณกรรม

ขั้นการปฏิบัติการ (Action) การดูแลสภาพแวดล้อมรอบบ้าน (Housing) พบว่า การจัดการสภาพแวดล้อมในบ้าน และการจัดการสภาพแวดล้อมรอบบ้านการรับผู้ป่วยมารักษาต่อเนื่องที่บ้าน

เช่น การจัดห้องนอน การล้างของเครื่องใช้ส่วนตัวการแยกสำหรับการรับประทานอาหาร แสงแดดเป็นปัจจัยในการทำลายเชื้อโรค จากข้อมูลพบว่า การทำลายเชื้อไวรัสโรคต้องมีแสงแดดส่องถึง จึงเป็นสาเหตุหลักๆในการนำมาจัดการสภาพแวดล้อม จากกิจกรรมพบว่า ผู้ดูแลสนใจการจัดบ้านตัวอย่างที่เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยโรคซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยเรื่อง (บุญยัง ฉายาทับ, 2557) การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดด้วยการมีส่วนร่วมของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ ทัศนสถานด้านการป้องกันโรค พบว่าพยาบาลวิชาชีพได้จัดเตรียมอุปกรณ์ในการป้องกันโรค สังเกตในตู้ยาประจำแดน มีหน้ากากอนามัย และเตรียมอุปกรณ์การพ่นฆ่าเชื้อ การจัดการสิ่งแวดล้อม พบว่าพยาบาลวิชาชีพได้ร่วมกับเจ้าหน้าที่จัดเตรียมห้องแยก โรคสอดคล้องกับงานวิจัย (วัฒนา สว่างศรี, 2562) การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคามกิจกรรมที่จัดทำอุปกรณีสานิตในการเยี่ยมผู้ป่วยได้แก่ หม้อดินกำจัดขยะติดเชื้อ หน้ากากอนามัย เพื่อนำไปสอนผู้ป่วยในการปฏิบัติตัว

ขั้นการสังเกตผลการปฏิบัติงาน (Observation) จากการสังเกตผู้ดูแลผู้ป่วยโรคปฏิบัติตามขั้นตอนได้อย่างถูกต้อง ได้นำเสนอข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยเมื่อมีสถานการณ์ที่มอบหมายให้ และผู้ดูแลสามารถป้องกันตนเองได้อย่างถูกต้อง (การสวมหน้ากากอนามัย, การเก็บเสมหะที่ถูกต้อง) จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลเข้าร่วมประชุมร่วมการให้ข้อเสนอแนะการดูแล 3 ส่วน Self Care ,Family Care, Environment Care เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติที่ง่ายขึ้น แบบสอบถามแรงจูงใจการป้องกันโรคไวรัส ผู้ดูแลมีแรงจูงใจอยู่ระดับสูง เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนแรงจูงใจในการป้องกันโรคไวรัสระหว่างก่อนและหลัง พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} = 0.001$ ) สอดคล้องกับงานวิจัย (วีระวุธ แก่นจันทร์ใบ, 2561) ผลของโปรแกรมการสร้างการรับรู้ต่อการป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว กลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยโรคปอดกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคปอด ก่อนการทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) กลุ่มเปรียบเทียบมีการรับรู้ต่อการป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยโรคสูงกว่ากลุ่มทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) และในระยะที่ 2 โดยการสังเกตแบบวัดความพึงพอใจ ของผู้เข้าร่วมมีระดับความพึงพอใจในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยเรื่อง (ธารารัตน์ สัจจา, 2555) ผู้ป่วยโรคเกิดความพึงพอใจในการบริการเพิ่มขึ้น 2. ผู้ป่วยโรคได้รับการดูแลที่เป็นระบบ และครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ รวมทั้งการเตรียมความพร้อม จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลเข้าร่วมกิจกรรมสนใจการสวมใส่หน้ากากอนามัยเพราะเข้าใจว่าใส่เฉพาะผู้ป่วยโรค และสนใจการจัดกิจกรรมทำถังเก็บเสมหะ การวัดแรงสนับสนุนทางสังคม จากการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูงแตกต่างกัน

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} = 0.001$ ) แบบวัดแรงจูงใจการป้องกันโรค (วัดผลรอบสอง) ผู้ป่วยในเรื่องความรู้และการปฏิบัติตัวทำให้ผู้ป่วย สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง

ขั้นการสะท้อนผล (Reflection) ข้อคิดเห็นปัญหาและอุปสรรคจากการร่วมกิจกรรม ซึ่งชุมชนได้ร่วมกันเสนอ การปรับปรุงแก้ไขรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน โดยรูปแบบแบ่งออกเป็น 4 ด้าน 1. การดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยใช้ครอบครัวเป็นบริบทพื้นฐาน (Family Care) พบว่าครอบครัวเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นหลัก และได้รับการสนับสนุนจาก อสม.และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 2. การจัดการสภาพแวดล้อมบ้าน (Housing) พบว่า การศึกษาจากสภาพบ้านผู้ป่วยจริง มุ่งเน้นบ้านตัวอย่าง 3. การดูแลตัวเองของผู้ป่วยวัณโรค ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยเรื่อง (วัฒนา สว่างศรี, 2562) การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ด้านพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วย มีการให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้าน โดยมีการประเมินวัดผลความรู้และพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วย (CG) การสนับสนุนด้านกำลังใจแก่ผู้ป่วย เพราะการรักษาต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานาน 4. การตีตราทางสังคม (Stigma) สอดคล้องกับงานวิจัยของ (จิราภรณ์ ชูวงศ์, 2562) พบว่า คนไทยส่วนจะตีตราผู้ป่วยวัณโรคซึ่งมีปัจจัยเกี่ยวข้องกับหลายสาเหตุ เช่นการมีความเชื่อว่าเป็นโรคติดต่อที่น่ากลัว น่ารังเกียจ ซึ่งสามารถเชื่อว่าจะสามารถแพร่กระจายให้บุคคลใกล้ชิด บุคคลที่อาศัยร่วมบ้านกับผู้ป่วย ถิ่นนอนห้องเดียวกัน (Household Intimate) มีโอกาสรับเชื้อและติดเชื้อสูงกว่าผู้อื่นที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกัน (WHO, 2017) ประกอบไปด้วย ผู้ป่วยวัณโรคอาจจะถูกมองว่าป่วยเป็นโรคเอดส์ เนื่องจากมีอาการคล้ายกัน เบื่ออาหาร ชูบผอม ส่งผลต่อความเชื่อมั่นของตนเองการสร้างความรู้ความเข้าใจในโรควัณโรค ทักษะการใช้ภาษาทักษะการสื่อสารกับผู้ป่วย 5. ผู้ป่วยวัณโรค (Host) การจัดการกิจกรรมมีข้อจำกัดเนื่องด้วยผู้ป่วยมีเชื้อวัณโรค

5.3.3 เพื่อประเมินรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน พบว่า การสวมหน้ากากเพื่อป้องกันโรควัณโรคเนื่องจากผู้ป่วยไม่เคยสวมหน้ากากมาก่อนทำให้รู้สึกอึดอัดไม่สบาย ด้านสภาพแวดล้อม พบว่า สภาพหมู่บ้านยังเป็นถนนดินทราย หลังคาเรือนก็ติดกัน ผู้เข้าร่วมกิจกรรมยังมองสาธารณสุขไปครอบหมู่บ้าน ด้านการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลมีโอกาสในการเรียนรู้ เป็นกำลังใจให้ซึ่งกันและกันทั้งผู้ป่วยวัณโรค และผู้ดูแลแรงจูงใจในการป้องกันโรควัณโรคระหว่างก่อนและหลัง พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value}=0.001$ ) หลังการทดลอง พบว่าการจัดสภาพแวดล้อม (Environment) บ้านร่วมใจดีขึ้น สืบเนื่องจากการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย (Housing) (จุฬารรณ จิตดอน, 2560) พัฒนาแนวทางเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอดแบบมีส่วนร่วม ผลการศึกษา บทบาทของ อสม. มีดังนี้ 1. ประสานการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยรายใหม่และเยี่ยม บ้านกับเจ้าหน้าที่ของแต่ละพื้นที่ สัปดาห์ละครั้ง 2. กิจกรรมระหว่างเยี่ยมบ้าน คือ วัดสัญญาณชีพ นับเม็ดยา จัดสิ่งแวดลอม ให้กำลังใจ 3. ประสาน ส่งต่อ รพ.สต. เมื่อพบผู้ป่วยรับประทานยา ไม่ต่อเนื่อง มีอาการไม่พึงประสงค์จากยา 4. ร่วม

กิจกรรมตรวจคัดกรองวัณโรคในกลุ่มโรคเรื้อรังที่ จัดขึ้นกิจกรรมหลักและกิจกรรมย่อยของผู้ที่เกี่ยวข้องกับการเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยวัณโรคปอด ต้องดูแลตนเองที่ถูกต้องโดยปรับให้เหมาะกับวิถีชีวิต และหาวิธีส่งเสริมการหายของโรคเพิ่ม ตลอดระยะเวลาการรักษา สมาชิกในครอบครัวกำกับกับการรับประทานยา ติดตามให้ไปรักษาตามนัดต่อเนื่องสอดคล้องกับ (อุดม พรรษา, 2556) การดูแลสุขภาพผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยการจัดการรายกรณี อำเภอเอราวัณ จังหวัดเลย ผลการศึกษาระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยวัณโรคในโรงพยาบาลและชุมชน นโยบายการดำเนินงานวัณโรค และเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยวัณโรคการดำเนินงานวัณโรค ยาวัณโรคไม่ขาดแคลนและมีคุณภาพ มีการจัดทำทะเบียนและรายงานวัณโรคทุก 3 เดือน มีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในโรงพยาบาล เป้าหมายการดำเนินงานวัณโรคคือ ค้นหาผู้ป่วยวัณโรคให้ได้มากที่สุด รักษาให้หายทุกราย ป้องกันไม่ให้กลับเป็นซ้ำ อัตราขาดยาเป็นศูนย์ และตายจากวัณโรคน้อยที่สุด ให้กำลังใจ ให้ความมั่นใจว่าจะหายตลอดระยะเวลาการรักษา การป้องกันตัวเองก็เท่าที่จำเป็นเพราะอาจจะส่งผลในการตีตราผู้ป่วย แต่แนะนำแนวทางการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันตัวผู้ป่วยเอง (Host) การให้คำปรึกษาและลดการตีตราผู้ป่วยวัณโรค (Stigma) ผู้ดูแลมองการดูแลผู้ป่วยเหมือนบุคคลธรรมดาสอดคล้องกับ (ศีลธรรม เสริมฤทธิ์รงค์ และคณะ, 2560) “วัณโรค”ในการถูกเหยียดผู้คนชุมชนเข้าใจว่าวัณโรคเกิดจากพฤติกรรมของผู้เป็นวัณโรค เช่นการดื่มเหล้า การสูบบุหรี่ ทำงานหนัก มากกว่าจะคิดว่าเกิดจากพันธุกรรม และวัณโรคไม่ก่อให้เกิดความพิการการรับรู้การตีตราที่มีต่อโรควัณโรค เป็นการแสดงถึงการตีตราของบุคคลากรสาธารณสุข (Perceived stigma) เป็นอีกประเภทหนึ่งของการตีตราที่สะท้อนให้เห็นว่ามีการตีตราต่อโรควัณโรคในชุมชน จึงเกิดการไว้วางใจในการรักษาการสื่อสารที่ตรงกันระหว่างครอบครัว (Family Care) และตัวผู้ป่วยดีขึ้น เจ้าหน้าที่ให้ความสำคัญในการป้องกันโรควัณโรคจัดกิจกรรมการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง กองทุนหน้ากากอนามัยผู้ป่วยวัณโรคและผู้สัมผัสร่วมบ้าน ป่วยตระหนักการแยกตัวมากขึ้น เพื่อป้องกันบุคคลในครอบครัวไม่ให้เป็นผู้ป่วยคนต่อไป

## 5.4 ข้อเสนอแนะ

### 5.4.1 ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

5.4.1.1 ด้านการคัดกรองผู้สัมผัสร่วมบ้าน และผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองตามนโยบายของโรงพยาบาล การคัดกรองวัณโรคต้องใช้งบประมาณสนับสนุนในการคัดกรองวัณโรคจากภาครัฐ

5.4.1.2 ด้านชุมชน การดูแลผู้ป่วยวัณโรคชุมชนต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการดำเนินงานและการสร้างความรู้และความเข้าใจกับชุมชน สร้างแรงสนับสนุนทางสังคมในการร่วมดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน

5.4.1.3 ด้านสิ่งแวดล้อม เน้นการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการรักษาโรคไวรัสโรค การทำลายเชื้อไวรัสโรคที่ถูกรื้อ การจัดการสภาพแวดล้อมรอบบ้าน เพื่อให้เกิดพฤติกรรมการดูแลตัวเองอย่างต่อเนื่อง

5.4.1.4 ด้านรูปแบบการพัฒนา ควรเน้นกลุ่มเสี่ยงที่จะมีโอกาสเป็นโรคไวรัสโรค เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไตวายเรื้อรัง และผู้ป่วยติดเตียง เป็นต้น

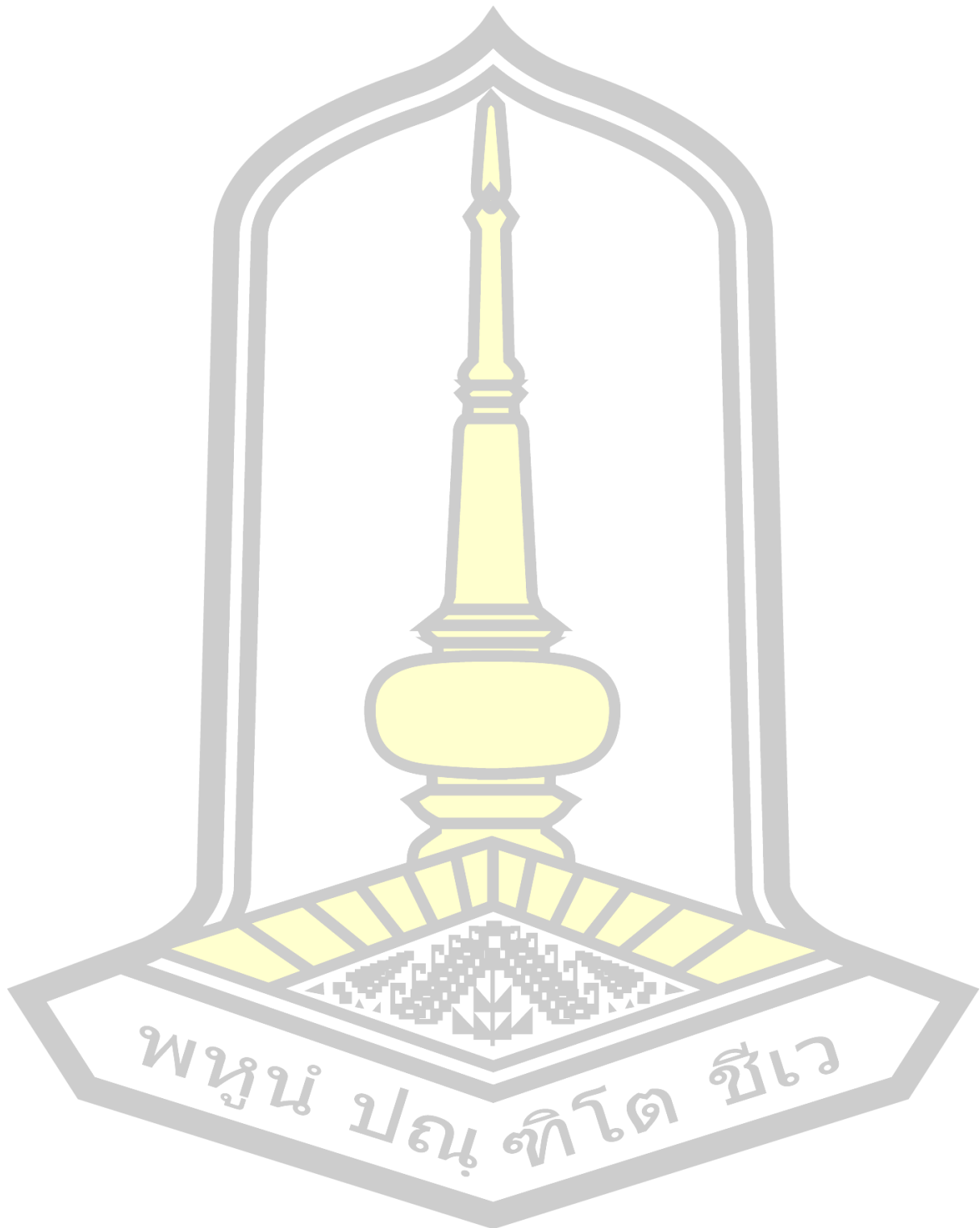
#### 5.4.2 ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

5.4.2.1 ควรศึกษาการตีตราทางสังคมของผู้ป่วยไวรัสโรค เพราะการลดการตีตราทางสังคมและการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยไวรัสโรคและผู้ดูแลผู้ป่วยไวรัสโรค เป็นส่วนที่ช่วยสร้างกำลังใจให้ผู้ป่วยไวรัสโรค ซึ่งมีผลต่อการดูแลรักษาไวรัสโรคอย่างต่อเนื่อง

5.4.2.2 ควรศึกษาผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มเสี่ยง เพราะผู้ป่วยเรื้อรังที่มีภูมิคุ้มกันโรคต่ำเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโรคโดยง่าย และผู้ป่วยโรคเรื้อรังต้องได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพในการรักษาได้ดียิ่งขึ้น



บรรณานุกรม



## บรรณานุกรม

- กมลทิพย์ ประสพสุข. (2561). *การป้องกันและควบคุมโรคฉี่หนูในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: การพัฒนาความเชี่ยวชาญด้านนโยบายและยุทธศาสตร์สุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- กรมควบคุมโรค. (2559) *ผลการดำเนินงานควบคุมโรคประเทศไทย ปีงบประมาณ 2552-2558*. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมควบคุมโรค. (2560). *การจัดทำแผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อมป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่ แห่งชาติ (พ.ศ.2560-2564)*.วารสารควบคุมโรค, 44(1), 50-62.
- กิตติ จิระรัตนโพธิ์ชัย. (2559). *ฉี่หนูโรคกระดูกสันหลัง* (พิมพ์ครั้งที่ 1). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- กิตติพัทธ์ เอี่ยมรอด,สุพร กาวินา. (2015). *การพัฒนากลยุทธ์การดำเนินงานควบคุมโรคในพื้นที่จังหวัดตาก*. *The Public Health Journal of Burapha University*, 10(1),1-14.
- ขวัญใจ มอนโรสง. (2560). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรคปอด ที่พักอาศัยในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล*. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18 (พิเศษ).
- เครือวัลย์ ดิษเจริญ. (2557). *การค้นหาผู้ป่วยวัณโรค ในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอด โดยการร่วมมือของสมาชิกในครอบครัวและอาสาสมัครงานวัณโรค อำเภอเสลภูมิ-ทุ่งเขาหลวง จังหวัดร้อยเอ็ด*. การศึกษาค้นคว้าอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต , มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จักกพัฒน์ วนิชานันท์ และ โอภาส พุทธเจริญ. (2560). *Infectious diseases across the regions*. กรุงเทพฯ: สาขาวิชาโรคติดต่อเขื้อภาควิชาอายุศาสตร์คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- จารุวรรณ ธาดาเดช และ ปิยธิดา ตรีเดช. (2560). *การวางแผนพัฒนาสุขภาพและการจัดการ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล
- จิราภรณ์ ชวงค์. (2562). *ผลกระทบจากการตีตราและแนวทางการกักการกินยาแบบมีที่เลี้ยงสำหรับผู้ป่วยวัณโรคในสังคมไทย*. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 6(1).
- จุฬารัตน์ โสตะ. (2554). *แนวคิดทฤษฎีและการประยุกต์ใช้เพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ*. ขอนแก่น: ภาควิชาสุขศึกษาและสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จุฬารัตน์ จิตดอน. (2560). *พัฒนาแนวทางเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอดแบบมีส่วนร่วม*. *วารสารมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ*, 20(40).

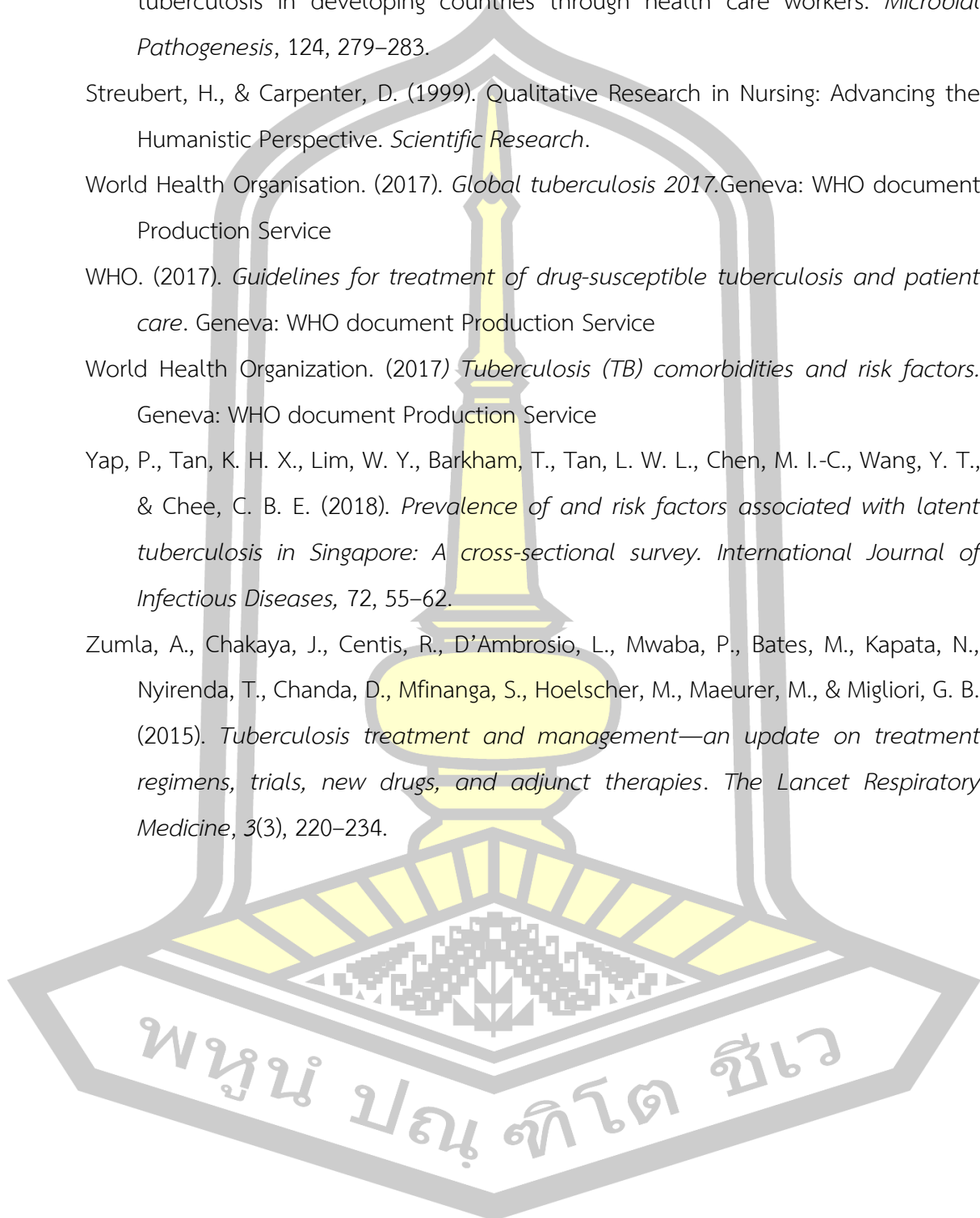


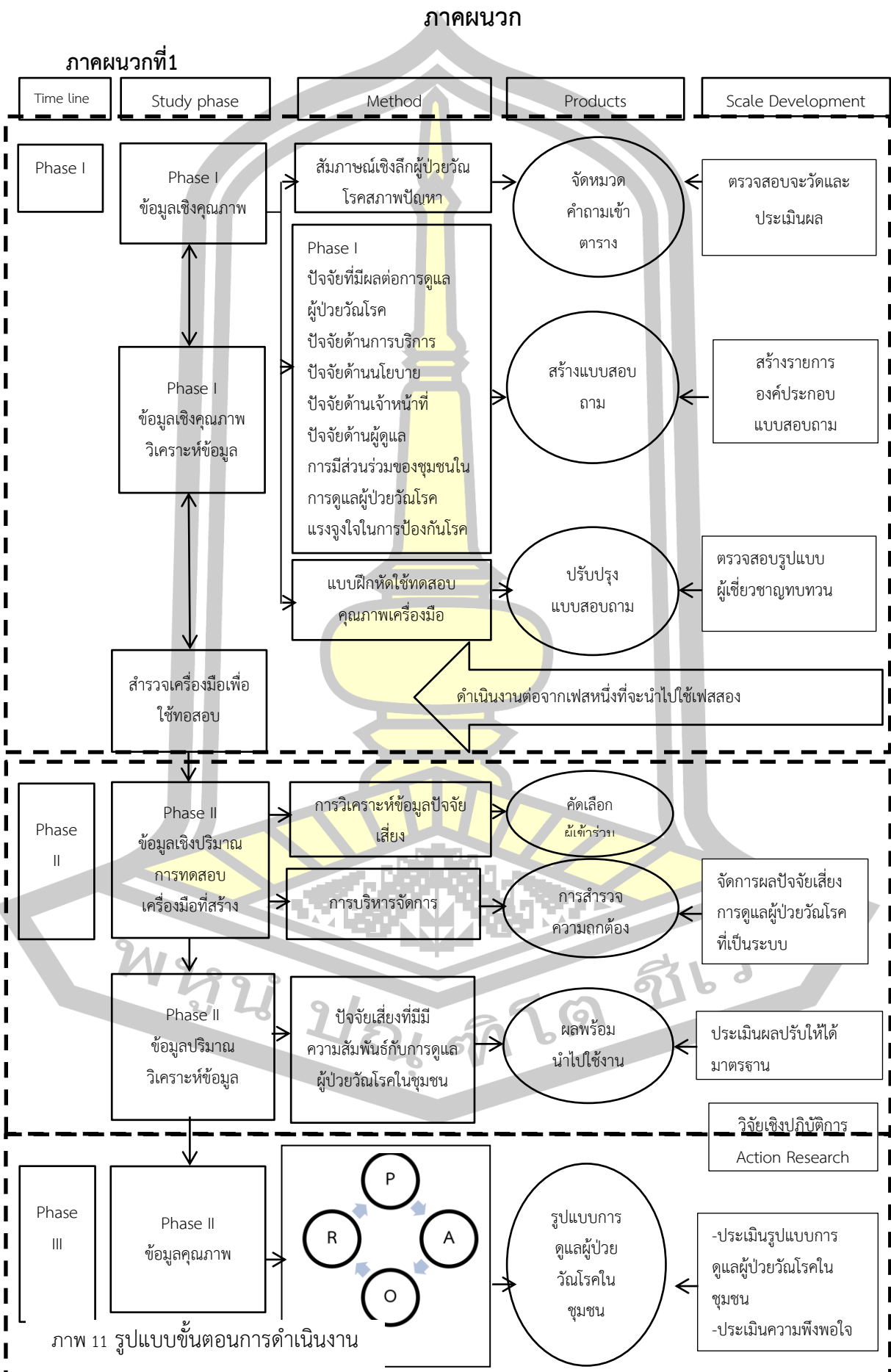
- ดุจดาว ธนากรพงษ์. (2557). *Alternative : A Readiness assessment of Lampang Probation Office for supporting drugs policy, fiscal year 2554-2555*. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต รัฐประศาสนศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ธารารัตน์ สัจจา. (2555). การพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรค โรงพยาบาลระนอง. *วารสาร กองการพยาบาล*, 39(2).
- บุญยัง ฉายาทับ. (2557). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดด้วยการมีส่วนร่วมของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำตำบลสถาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- ปรียา สิ้นธุระวิทย์. (2554). การพัฒนาแนวทางการควบคุมวัณโรคในชุมชนของโรงพยาบาลวานรนิวาส อำเภอวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เปี่ยมลาภ แสงสายัณห์. (2019). เรื่องเด่นประจำฉบับวัณโรคและการรักษาวัณโรค. *วารสารกรมการ แพทย์*, 43(3), 10-14.
- พิชญภา รุจิวิษณู, ณรงค์กร ช้ายโพธิ์กลาง, จิตติ ศรีเจริญชัย (2559). *โรกระบบการหายใจพื้นฐาน = Fundamental respiratory diseases*. ปทุมธานี : ภาควิชาอายุรศาสตร์คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ภูษิต ประคองสาย. (2558). *การสาธารณสุขไทย 2554 - 2558*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุน สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข.
- แมน แสงภักดิ์,พรนภา ศุกรเวทย์ศิริ. (2555). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการขาดการขึ้น ทะเบียนรักษาของผู้ป่วยวัณโรค ปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่ จังหวัดยโสธร ปี พ.ศ.2553. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. KJU Journal for Public Health Research*, 5(2). 1-10.
- วัฒนา สว่างศรี. (2019). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัด มหาสารคาม. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 16(3), 116-129.
- วิทยา มณีวรรณ. (2553). บทบาทสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค อำเภอตอยหล่อ จังหวัด เชียงใหม่. *วารสารสาธารณสุขล้านนา สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่*, 6(2),158-166.

- วิภา ริชย์พิชิตกุล,ศรีประพา เนตรนิยม,เพชรวรรณ พึ่งรัศมี. (2558). *แนวทางการบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- วีระวุธ แก่นจันทร์ไพบ. (2561). *ผลของโปรแกรมการสร้างการรับรู้ต่อการป้องกันวัณโรคปอด ของผู้สัมผัสร่วมบ้าน อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว*. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น, 25(1).
- สำนักงานเลขาธิการของคณะกรรมการยุทธศาสตร์ชาติ. (2561). *ร่างยุทธศาสตร์ชาติ. ยุทธศาสตร์ชาติ*. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. (2561). *แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด จังหวัดมหาสารคาม พ.ศ. 2561*. สืบค้น 23 กันยายน 2562 จาก <http://mkho.moph.go.th/mko/frontend/web/uploads/0-inspector-all-2561-1.pdf>.
- สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค. (2561). *แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ.2561*. (พิมพ์ครั้งที่ 1) สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เลขที่ 116 ถนนสุดระเสริฐ แขวงบางโคล่ เขตบางคอแหลม: กรุงเทพฯ.
- สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค. (2561). *แนวทางการสอบสวนและควบคุมวัณโรค*. พิมพ์ครั้งที่ 1 สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เลขที่ 116 ถนนสุดระเสริฐ แขวงบางโคล่ เขตบางคอแหลม: กรุงเทพฯ.
- สมัทนา กลางคาร,วรพจน์ พรหมสัตยพรต. (2553). *หลักการวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 6). มหาสารคาม: สารคามการพิมพ์-สารคามเปเปอร์.
- ศิลาธรรม เสริมฤทธิรงค์และคณะ. (2560). *การรับรู้การตีตราต่อโรคเรื้อนและวัณโรคในบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดชัยภูมิ*. *Disease Control Journal*, 43(3), 329-341.
- อุดม พรรษา. (2556). *การดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยการจัดการรายกรณี อำเภอเอราวัณ จังหวัดเลย*. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- Andama, A., Somoskovi, A., Mandel, B., Bell, D., & Gutierrez, C. (2019). *Improving diagnosis and case management of patients with tuberculosis: A review of gaps, needs and potential solutions in accessing laboratory diagnostics*. *Infection, Genetics and Evolution*, 72,131-140.
- Adelman, C. (1993). Kurt Lewin and the origins of action research. *Educational action research*, 1(1), 7-24.
- Carroll, W. R., & Bandura, A. (1987). *Translating cognition into action The role of visual guidance in observational learning*. *Journal of motor behavior*, 19(3), 385-398.

- Cronbach, L. J. (1990). *How to judge tests: Reliability and other qualities. Essentials of psychological testing*. New York: Collins.
- Bandura. (1997). *Self-efficacy and health behaviour*. In *Cambridge handbook of psychology*, (pp. 160–162). Cambridge: Cambridge University Press.
- Cohen, J.M. and Uphoff, N. T. (1981). *Rural Development Participation : Concept and Measures for Project Design Implementation and Evaluation*. Rural Development Committee Center for International Studies, Cornell University.
- Creighton, J. L. (2005). *What water managers need to know about public participation: one US practitioner's perspective*. *Water Policy*, 7(3), 269-278.
- Figueira, L., Fonseca, S., Ladeira, I., & Duarte, R. (2017). *Ocular tuberculosis: Position paper on diagnosis and treatment management*. *Revista Portuguesa de Pneumologia (English Edition)*, 23(1), 31-38.
- Holloway. (2009). Negativity and revolution. *Adorno and Political Activism*, 12–17.
- K.S., S., Saldanha, P. R. M., Kushwah, S., & Prabhu, A. S. (2018). *Management practices of tuberculosis in children among pediatric practitioners in Mangalore, South India*. *Indian Journal of Tuberculosis*, 65(3), 195–199.
- Kemmis, S. (1988). *Action Research*. In *Educational Research. Methodology and Measurement. An International Handbook*. London: United Kingdom.
- Marçoa, R., Ribeiro, A. I., Zao, I., & Duarte, R. (2018). *Tuberculosis and gender – Factors influencing the risk of tuberculosis among men and women by age group*. *Pulmonology*, 24(3), 199–202.
- O'Connor, G., Gleeson, L. E., Fagan-Murphy, A., Cryan, S.-A., O'Sullivan, M. P., & Keane, J. (2016). *Sharpening nature's tools for efficient tuberculosis control: A review of the potential role and development of host-directed therapies and strategies for targeted respiratory delivery*. *Advanced Drug Delivery Reviews*, 102, 33–54.
- Pascual-Pareja, J. F., Carrillo-Gómez, R., Hontañón-Antoñana, V., & Martínez-Prieto, M. (2018). *Treatment of pulmonary and extrapulmonary tuberculosis*. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (English Ed.)*, 36(8), 507–516.
- Rogers C. (1975). An Unappreciated Way of Being. *The Counselling Psychologist*, 5(2), 2–10.

- Sharma, D., Sharma, J., Deo, N., & Bisht, D. (2018). Prevalence and risk factors of tuberculosis in developing countries through health care workers. *Microbial Pathogenesis*, 124, 279–283.
- Streubert, H., & Carpenter, D. (1999). Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Perspective. *Scientific Research*.
- World Health Organisation. (2017). *Global tuberculosis 2017*. Geneva: WHO document Production Service
- WHO. (2017). *Guidelines for treatment of drug-susceptible tuberculosis and patient care*. Geneva: WHO document Production Service
- World Health Organization. (2017) *Tuberculosis (TB) comorbidities and risk factors*. Geneva: WHO document Production Service
- Yap, P., Tan, K. H. X., Lim, W. Y., Barkham, T., Tan, L. W. L., Chen, M. I.-C., Wang, Y. T., & Chee, C. B. E. (2018). *Prevalence of and risk factors associated with latent tuberculosis in Singapore: A cross-sectional survey*. *International Journal of Infectious Diseases*, 72, 55–62.
- Zumla, A., Chakaya, J., Centis, R., D'Ambrosio, L., Mwaba, P., Bates, M., Kapata, N., Nyirenda, T., Chanda, D., Mfinanga, S., Hoelscher, M., Maeurer, M., & Migliori, G. B. (2015). *Tuberculosis treatment and management—an update on treatment regimens, trials, new drugs, and adjunct therapies*. *The Lancet Respiratory Medicine*, 3(3), 220–234.





## ภาคผนวกที่ 2

### การวิเคราะห์ SWOTผลการศึกษาดังนี้

#### จุดเด่นในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค

“เออๆความเข้าใจกัน ความเป็นครอบครัว ไม่ทิ้งกันเวลาป่วยก็ดูแลกันให้กำลังใจกันทุกวันนี้แหละถือว่าเป็นกำลังใจที่ดีเลย”

(ผู้ป่วยคนที่ 4 ,2562:สัมภาษณ์)

“การติดตามของ อสม.หมออนามัย ก็มาสอบถามอาการข้างเคียงกินยาต่อเนื่องไหม และคอยตามไปหาแพทย์ที่โรงพยาบาล”

(ผู้ป่วยคนที่ 3 ,2562:สัมภาษณ์)

**สรุป** ครอบครัวผู้ป่วยวัณโรคให้กำลังใจซึ่งกันและกันในการรักษา และการติดตามเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครประจำหมู่บ้านที่ดูแลเรื่องการกินยาและอาการข้างเคียงของยา

#### จุดด้อยการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน”

“การดูแลที่ผ่านมามากกว่าตามสภาพ ไม่ได้ใส่ใจอะไรกะผู้ป่วย เพราะถ้ามาพึ่งเงินสนับสนุนคงได้เบิ่งหญิงกัน ลำพังคนอยู่ด้วยก็เครียดนะไม่ใช่ไม่เครียด เพราะต้องดูแลกินยา การหาหมอก็สำคัญต้องไปรอ เงินค่ากำแก้วอีก ส่วนอุปกรณ์กะบมีอะไรมีแค่หน้ากากอนามัยเท่านั้น”

(ผู้ป่วยคนที่ 8 ,2562:สัมภาษณ์)

“คิดสงสารตอนกินยาเหมือนบุคคลใกล้ชิด แต่ก็ไม่อยากถามย้าเพราะดูจากสภาพน่าจะเครียดพอสมควร เริ่มเก็บตัวช่วงแรก ในเรื่องการสนับสนุนนั้นคงยากมีแต่หน้ากากอนามัยส่วนมากใช้เงินของครอบครัว ก็ได้มีอะไรเป็นพิเศษ”

(ผู้ป่วยคนที่ 12 ,2562:สัมภาษณ์)

“ไม่มีส่วนมากก็พึ่งกันเองสองตายายไม่ได้มีอะไรมามอบให้ ไปหาหมอเองกินยาเอง มีเฉพาะอสม.และเจ้าหน้าที่บางส่วนมาเยี่ยมเยียน”

(ผู้ป่วยคนที่ 15 ,2562:สัมภาษณ์)

“ไม่ได้ดูแลนะ เป็นการเบิ่งแงเฉยๆ เจ้าหน้าที่ให้สังเกตแล้วกะติดตาม ส่วนมากเน้นการกินยาต่อเนื่อง แล้วกะถามว่าผู้ป่วยได้ออกไปไหนบ้าง ส่วนมาเขาดูแลตัวเขาดี เพราะบางเรื่องพื้นไม่ยากให้เข้าไปยุ่งกั๊ตติต เราได้แค่ติดตามห่างๆ เอาจริงๆคนดูแลก็กลัวติด”

(ผู้ป่วยคนที่ 30 ,2562:สัมภาษณ์)

“ส่วนสนับสนุนมีน้อย มีแค่กำลังใจแค่นั้นเองทำอะไรไม่ได้ แค่ว่าไปหาหมอ ใจจริงก็กลัวนะแต่เขาบอกมาแค่อใจามันไม่ใช่เน๊ โอจากคือการทำให้อีโรคไปติดคนอื่น เงินสนับสนุนจะเอามาแต่ใส่ถ้าบ่แม่นเงินตัวเอง(หัวเราะ) ไปเองดูแลเองสำนั้น” (ผู้ป่วยคนที่ 42 ,2562:สัมภาษณ์)

“ไม่ได้ดูแลอะไรเลย เขาดูแลตัวเอง ก็มีคนบอกว่าให้เบิ่งแต่กะบ่ได้เบิ่งให้ จะไปมีเวลาเบิ่งหยัง ออกไปเฮดเวียกกะเมิดมือเมิดเว่นแล้วบ่ได้เบิ่งจ๋า คิดว่าเฟิ่นเบิ่งตัวเองได้ยูเลยบ่ได้คิดหยั่งหลาย ถ้าเป็นหลานพินก็จะบอก เอ่อเงินไปหาหมอกะเงินเขานั่นละไม่ได้มาจากไหน”

(ผู้ป่วยคนที่ 28,2562:สัมภาษณ์)

“เบิ่งกันแบบไทยเฮือนบ่มีอะไรเป็นพิเศษ มีโอกาสถามค้อยถามเห็นผู้ป่วยมีแต่หลบหน้า หลบตาไม่ได้พูดคุยกันต่างคนต่างอยู่เนื่องจากผู้ป่วยก็กลัวการติดต่อกันตัวเอง เมิดหลายเมิดนำเทียว เมิดนำสิ่งนำของบ่รู้ว่าจะแยกหลายปานนี้”

(ผู้ป่วยคนที่ 24 ,2562:สัมภาษณ์)

“ดูแลจริงๆก็ไม่ว่าจะดูแลไ้แค่ไหนหากถามจริงก็ ไม่ได้ทำอะไรเลยส่วนมากเขาก็เก็บตัว ไม่ได้บอกอะไร ถามคำตอบคำช่วงแรกคนที่เครียด เป็นเพราะผู้ป่วยไม่พูด ถ้าจะให้สบายใจ รอเขาตอบกลับมาจะดีกว่าบางครั้งอาจจะเป็นคำตอบที่ดีก็ได้”

(ผู้ป่วยคนที่ 19 ,2562:สัมภาษณ์)

“การดูแลกินยา และดูแลแบบต้องตักในสมุดเล่มน้อยๆที่เพื่อนทางโรงพยาบาลให้มา ตัวหนังสือเล็กๆ อ่านยากตักว่ากินยาหรือยัง ส่วนเงินการเที่ยวรักษาทุกอย่างเป็นของจะของ หน้ากากอนามัยกะได้น้อยๆบางจกักลีหาเงินใสมาซื้อ ดีอีกอย่างเจ้าหน้าที่ออกมาบ่อยครั้ง”

(ผู้ป่วยคนที่ 18 ,2562:สัมภาษณ์)

**สรุป** จุดอ่อนในการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยวัณโรค ช่วงที่ผู้ป่วยมาอยู่บ้านผู้ดูแลไม่ได้สนใจ ผู้ป่วยเพราะผู้ดูแลต้องทำงานประจำ การดูแลค้อยค้อยปรับตัวเมื่อมีเจ้าหน้าที่ให้ความรู้เรื่องการ กำกับการกินยา การดูอาการข้างเคียง การเยี่ยมบ้านเป็นการถามไถ่ แต่สิ่งสนับสนุนมีน้อย เช่น หน้ากากอนามัย

#### “ปัญหาและอุปสรรคการดูแลผู้ป่วยวัณโรค”

“ปัญหาหลักคือการต้องแยกของกินของใช้ส่วนตัว จากที่เคยคลุกคลีกันมื่อหนึ่งต้องแยกย้ายกัน ถามว่าจำเป็นเบาะก็จำเป็นเพราะทาง รพ.เขาว่าแยกกันก่อนจนกว่าจะหาย”

(ผู้ป่วยคนที่ 1 ,2562:สัมภาษณ์)

“ความคิดหลายของผู้ป่วยความคิดหลายของไทยบ้าน เป็นเรื่องที่ต้องถักถาม ลังเพื่อตอบลึงเพื่อตอบทำใจชนะว่าที่จริงแล้วคนตอบคือคนป่วยหรือว่าคนดูแลต้องแก้ต่างแทน ถามกะต้องการคำตอบแบบลบ ว่าป็นโรคบอดดี เจ้าลืบตีคนนำดี”

(ผู้ป่วยคนที่ 3 ,2562:สัมภาษณ์)

“เงินเป็นปัญหาหลักเพราะบ่แม่นคนมีเงินพอที่จะเทียวไปแต่กะจำเป็นต้องไป เงินนี้ละสำคัญ ยาพรีนะแต่ไปหาหมอมันบ่พรีนี้ละทำใจแต่ข้อยกะอยากให้ลาวเขา”

(ผู้ป่วยคนที่ 35 ,2562:สัมภาษณ์)

“สภาพบ้านก็เป็นบ้านแบบฮกๆจะให้จัดใหม่เลยก็ต้องใช้เวลา สิมาจัดเหื่อนใหม่จัดหมองอยู่ หมองเขาใหม่กะบ่ไหว ง่ายสุดกะสุ่มถิมเม็ด(หัวเราะ) เขาบอกว่ามันอยู่นำพื้นบ้านเหื่อนเฮาแค่กู ่ปิด กวาด แต่ต้องมาให้อากาศไหลผ่านเปิดประตูบ้านหน้าต่างร้อยวันพันปีไม่เปิด”

(ผู้ป่วยคนที่ 35 ,2562:สัมภาษณ์)

“เวลามาดูแลคนเอาก็เม็ดเวลาไปวันวันคือกัน ถ้าจะให้ตีก็ตีต้องมาบอกมาสอนให้พร้อมกัน บ่ แม่นให้คนป่วยมาบอกเขาลิบอกบ่คับให้เขาดูแลกะของเป็นดูแลกะของได้ก็ดีที่สุดแล้ว ถ้าลิให้มาตาม กินยา ตามเฮ็ดนำกะยาอยู่ครับล้งเทือกะเมื่อยๆบ่แม่นบ่เมื่อย”

(ผู้ป่วยคนที่ 38,2562:สัมภาษณ์)

“หมอบอกให้ตามดูแล ตอนแรกถามจะของว่าต้องดูแลแนวใดอะไรคือดูแล ส่วนมากเป็นการ บอกผ่านผู้ป่วยหรือไม่กี่บอกแม่ต่อพาพ่อไปหาหมอ ในความจริงแล้วต้องสื่อสารให้เข้าใจระหว่าง ผู้ป่วย ครอบครัว เจ้าหน้าที่จะได้เข้าใจครั้งเดียว”

(ผู้ป่วยคนที่ 16 ,2562:สัมภาษณ์)

“การสื่อสารบางคำเช่นคำว่าวินิจฉัยไม่ใช่เรื่องไม่ซีเรียส เขามีความเครียดจากบางคำที่ อสม. หรือเจ้าหน้าที่มาเยี่ยม มาขอดูยาที่กิน มาขอดูสภาพต่างๆ รู้ว่าต้องการรักษาให้หายจากโรคหรือเพียง แค่คำถามแต่บางเทือกะสื่อสารจากผู้ดูแลก็ได้ แต่เราห้ามคำถามเหล่านี้ไม่ได้จริงๆ”

(ผู้ป่วยคนที่ 13 ,2562:สัมภาษณ์)

“การกินยาต้องเป๊ะต้องตรงเวลา บางครั้งเราไม่ได้มานั่งกำชับว่าต้องกินต้องเขียนลงสมุด ถ้า เราคิดมันอาจจะมีความรับผิดชอบของตัวผู้ป่วยเอง เราดูแลแค่ถามไถ่ เป็นไต่เน่ กินยาเป็นไงบ้าง อาการดีขึ้นไหม เห็นบ่นบ่ที่ลุดคือเหนื่อย ไม่ค่อยอยากออกไปไหน”

(ผู้ป่วยคนที่ 9 ,2562:สัมภาษณ์)

“คนที่ทำหน้าที่เขาเต็มที่แล้วแต่จะห้ามการกินเหล้าเมายา สูบยาเรามองไม่เห็นบางครั้งก็ แอบไปสูบไปกิน บอกไม่ได้แต่เราทำหน้าที่แค่คอยถามการกินยา ฮากบ่ เมื่อยบ่ วินบ่ แต่ลี้ๆคิดอยู่ ว่าถามบ่อยเขาเครียดมากกว่าที่จะมีกำลังใจ”

(ผู้ป่วยคนที่ 8 ,2562:สัมภาษณ์)

“ปัญหาคือการที่เราถาม หรือเราสื่อสารบ่อยเกี่ยวกับวินิจฉัยโรคผู้ป่วยรู้สึกว่ “คือถามดูแท้” อาจจะเป็คำถามซ้าๆที่ค้อย บอกว่ากินยา บอกว่าเป็นไงบ้าง แต่ถ้าคนอยู่บ้านพื้นบ่ได้ให้มักถามท่ ่ได้ ยิ่งถามย้งเดินหนีเป็นแบบบ่พอใจโล้ด”

(ผู้ป่วยคนที่ 5 ,2562:สัมภาษณ์)

**สรุป** ปัญหาที่พบบ่อยคือการแยกสิ่งของเครื่องใช้ของผู้ป่วยออกจากบุคคลในครอบครัวพร้อม ทั้งการแยกบุคคลในครอบครัวออกจากผู้ป่วยสภาพบ้านที่ไม่เป็นระเบียบเรียบร้อยต้องค้อยปรับ การ ถูกตีตราทางสังคมด้วยคำถาม



อุปสรรคในการเดินทางไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล การสื่อสารเป็นทอดทอดของเจ้าหน้าที่  
โรงพยาบาลเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จนถึงผู้ดูแลผู้ป่วย

### “โอกาสพัฒนาดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน”

“ใจจริงอยากให้เริ่มที่ครอบครัว เพราะคนในครอบครัวใกล้ชิดที่สุดแล้ว เขาใกล้กันถามไถ่กัน  
ได้ คนใกล้ชิดก็ได้ความรู้จากผู้ป่วยด้วย อีกอย่างผู้ป่วยป้องกันตัวเองดี ญาติที่บ้านก็ไวใจแต่เมื่อรู้ว่า  
ป้องกันตัวเองดีก็ป้องกันแบบเกิน ว่าจกัตรงเกินไป บางครั้งผู้ป่วยก็ต่อต้าน ทางที่ดีควรได้รับความรู้  
ก่อนที่จะไปดูแลผู้ป่วยได้”

(ผู้ป่วยคนที่ 7 ,2562:สัมภาษณ์)

“ดูแลแบบแม่ลูก คอยถามไถ่ถ้าดูแลแบบเข้าใจเขาจริงๆคนใกล้ชิดที่สุด ฉันทดูแลสามีเองทุก  
อย่าง ไวใจกันให้กำลังใจกันจริงๆไม่ได้คอยถามเรื่องโรคร้ายไข้เจ็บกันสักเท่าไรเพราะผู้ป่วยบางครั้งเขา  
ต้องการลืม สามีเป็นคนไม่ค่อยพูดจึงทำได้คือการสังเกต ห่างๆ

(ผู้ป่วยคนที่ 17 ,2562:สัมภาษณ์)

“การสนับสนุนด้านวิชาการจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขก็ยังมี ต้องให้ผู้ดูแลอย่างใกล้ชิดเสมอ  
อีกอย่างหน้าากอนามัยเป็นสิ่งสำคัญในการเขาหาผู้ป่วย บางครั้งไม่ได้มีให้บางครั้งต้องใช้ซ้ำ เพราะ  
ความรู้การป้องกันมีอย่างเดียวคือการใส่หน้ากากอนามัย ทำบ้านให้โล่งโปร่งสบาย แต่จะให้ดีต้อง  
บอกแนวคิดที่สู้กันฟัง

(ผู้ป่วยคนที่ 16 ,2562:สัมภาษณ์)

“อยากให้รัฐบาลหรือท้องถิ่นสนับสนุนเรื่องการป้องกันโรคที่เกี่ยวกับทางเดินหายใจมากขึ้น  
วัณโรคก็เช่นกันเพราะไม่มีใครรู้ว่าจะลอยไปไหนจริงแล้วบ้านที่ป่วยเป็นโรคควรได้รับการป้องกันที่  
ต้อง 100 เปอร์เซ็นต์เพราะบ้านหลังไหนเป็นวัณโรคชาวบ้านก็มองแปลกๆตั้งแต่แรก ดังนั้นหาก  
ท้องถิ่นมีส่วนร่วมจะดีมาก”

(ผู้ป่วยคนที่ 34 ,2562:สัมภาษณ์)

“คนดูแลรอแต่เจ้าหน้าที่ไม่ได้ มีอะไรทำก็ทำก่อนไม่ใช่อรอการมาเยี่ยม เรากำกับยาทุกวันก็คือ  
หายถ้าเป็นคนจัดยาให้ก็จะดีมาก ตื่นนอนก็เห็นหน้าคนในครอบครัว แต่บางครั้งเราก็นึกว่าเป็นส่วน  
หนึ่งเรื่องการกินยาของเขา ในฐานะเมียหรือคนในครอบครัวอยากให้หายมาก”

(ผู้ป่วยคนที่ 30 ,2562:สัมภาษณ์)

### ข้อมูลคุณภาพการติดตามทางสังคมและความเครียด

“ตอนแรกก็รู้ว่าเป็นโรคก็ใจเสีย แต่เฮากะต้องดูแลจะของ เติ้งอาการบ่นกันได้ดีขึ้นปานได้  
ยอมรับว่าคิดหลายน้าครอบครัวย่านเขาติดมีความกังวล ทั้งจะของทั้งครอบครัวแล้วคือได้แยกตัว  
ออกมาบางครั้งเฮากะย่านไทคร้วติด เพราะหมอบอกว่าเป็นการติดตอนเฮาหายใจ กินเข้าฮวมพากะ  
ติ”

(ผู้ป่วยคนที่ 19,2562:สัมภาษณ์)

“ทุกคนมองว่าเป็นโรคติดต่อแล้ว จะให้คิดแบบได้ทุกคนกะคิดอยู่แล้วว่าจะติด คนกะถอยห่างเฮากะถอยห่างนำ ไปหาหมอกะลักไป ใส่หน้ากากอนามัยกะอายุคน ถ้าไปบอกคนที่ทำงานเขาลิป้อออกห่างเบาะคับหมอ ทำๆๆ เอาะกะบอกแคว่ว่าเฮาไอ เจ็บคอ จ้งใส่หน้ากากอนามัย ถ้าเป็นหมอหมอจะบอกว่หมอเป็นโรคปอดบ่”

(ผู้ป่วยคนที่ 19 ,2562:สัมภาษณ์)

“เรามีหน้าที่จะต้องทำ ตื่นมาอาชีพคือกวาดขยะ คนกะบ่เห็นหน้าปานได้ ตกแลงมากะกินเหล้านำหมู่ พอรู้ว่เป็นโรควัณโรคกะเซากิน(เซาเพราะหมอเป็นคนบอกเซา)ปากว่บ่เป็นหยัง แต่ใจมันยังย่านบ่เซา เวลาหมอบอกมีแต่ว่า ถ้าบ่กินมันลีไปเดือนนั้น เดือนนี้ ล้งเทือกะย่าน ล้งเทือกะท้อ เตื่อยาบักหลายเม็ดแล้วเพิ่นว่าจักเดือนละกะว่าพันแหล่ว ปี กว่พันแหล่ว”

(ผู้ป่วยคนที่ 19 ,2562:สัมภาษณ์)

“ยายกะเฒ่าแล้วตอนเป็นคิดเลยว่ติดนำฝัว ตอนนี่ยะย่านแต่้องพีพี นีละ(หลาน)ย่านเป็นนำ พยายามบ่หมอ หมอถามเรื่องท้อ ท้อสุดคือตอนกินยา กินแล้วเจ็บนำต่นนำโต ตอนแรกแรกทรมาณเหงื่อซัดออก แต่คิดเสมอว่ต้องเซา มันนำเปือตอนกินยานีละ ยายเคียดเบาะตอนเป็นเคียดตอนคนถาม เฮาบ่กล้าตอบเต็มปากว่เป็น แต่คนกะรู้ยู่แล้ว เพราะหมอ กะ อสม. มาเยี่ยมบ้าน เที่ยวมาถามยุ่นั้น”

(ผู้ป่วยคนที่ 6 ,2562:สัมภาษณ์)

“ตาเป็นวันโรคตอนแรก เคียดคิดหลาย คิดนำไทยเฮื่อน จะของเป็นเสาหลักของเฮื่อนมา ล้มป่วยลงกะต้องทำใจแต่ปากกะว่าทำใจเดะ แต่มันแฮบได้อีหลี บ่ได้ออกไปทำงาน พี่สาวตากะมายากนำ พาไปหาหมอ หายาให้กิน ลูกกับเมียต้องออกไปทำงานแทน พักอยู่ประมาณสองเดือนกว่าเกือบสามเดือน เริ่มชีวิตใหม่ ใฝ่ให้กำลังใจตาครอบครัว ให้กำลังใจตลอด อยู่ได้นำไทยครัวเป็นคอยให้กำลังใจ”

(ผู้ป่วยคนที่ 12 ,2562:สัมภาษณ์)

“ด้วยภาระหน้าที่ เราจะไปบอกว่เราเป็นโรคไม่ได้ แม้กระทั่งใส่หน้ากากอนามัยไปในที่ชุมชน หรือประชุม คนก็ถามอีกทำให้คิดมากอีก เราคิดมากเพราะคนชอบตั้งคำถามว่ใส่หน้ากากเป็นกะไร มันเหมือนวังวลอยู่กับโรค ไม่หายไปซะทีใครมีส่วนช่วยดูแลครอบครัวดูแลเสมอ ปิดเป็นความลับก็ครอบครัว กินยากี่เป็นภรรยา”

(ผู้ป่วยคนที่ 11 ,2562:สัมภาษณ์)

“ไม่ได้คิดเรื่องอายนะ ถ้าอยู่ที่บ้านก็ไม่ได้คิดเรื่องนี้ แต่ถ้าออกนอกบ้านจะดูแปลกๆหน่อยคนมองเพราะป้องกัน คนมองแปลกแค่เราพูดผ่าน หน้ากากอนามัย”

(ผู้ป่วยคนที่ 10,2563:สัมภาษณ์)

“ปัญหาครอบครัวนี้คือ ต้องเลี้ยงเด็กอายุ 4 ขวบอย่างใกล้ชิด จึงแนะนำการตรวจรักษา”

(ผู้ป่วยคนที่ 29,2563:สัมภาษณ์)

“ผมไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนตัวแต่อย่างใด เพราะหน้าตาทางสังคม ไม่สามารถใส่หน้ากากอนามัยพบปะผู้คนได้เป็นการพุดจาพบปะปกติ(บได้ป้องกัน)”

(ผู้ป่วยคนที่ 33 ,2563:สัมภาษณ์)

“ไม่ได้ไม่ได้ทำอะไรรู้แค่ว่ากินยากี่หายเท่านั้นแต่อย่าว่าถึงเรื่องโรคบ่อย”

(ผู้ป่วยคนที่ 20,2563:สัมภาษณ์)

“แยกตัวไปอยู่ทุ่งนา โดยการแยกตัวไปเองเพราะเจอปัญหาการ “แยกพาข้าวในไทยเหือน” เขาต้องป้องกันคนไทยเหือนเฮาก่อน”

(ผู้ป่วยคนที่ 21,2563:สัมภาษณ์)

“ไปหาหมอพอรู้ว่า เป็นโรคแนวนี้พื้นเป็นป้องกันบักคักเคะถ้าเห็นเฮาไปอนามัยแน่”

(ผู้ป่วยคนที่ 18,2563:สัมภาษณ์)

“กินยาวิณโรคแล้วตัวดำ ผิวดำ คนกะมองแปลกแปลกอยู่แล้ว คนแเฮงผู้ด้ามาดำตีม เขาซ่าว่า เป็นเอตส์”

(ผู้ป่วยคนที่ 28 ,2563:สัมภาษณ์)

“มองผู้ป่วยเป็นคนธรรมดาไม่ป้องกันเกินเหตุ”

(ผู้ดูแลคนที่ 25 ,2563:สัมภาษณ์)

**สรุป** การสนับสนุนวิชาการโดยเจ้าหน้าที่ที่มีความสำคัญต่อผู้ดูแลผู้ป่วย ซึ่งการดูแลผู้ป่วยที่ดีคือบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยเองต้องได้รับความรู้เรื่องวิณโรค การป้องกันวิณโรค ซึ่งความรู้เหล่านี้ผู้ดูแลก็จะนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง และการลดการตีตราทางสังคมของผู้ป่วยวิณโรค ตีตราที่รูปลักษณะภายนอก ผิวดำ ลักษณะคล้ายผู้ติดเชื้อเอตส์ซึ่งการตีตราผู้ป่วย ทำให้ทำลายความมั่นใจหรือการตีตราให้อับอายด้วยวาจา อาจจะส่งผลให้ผู้ป่วยตีตัวออกห่างซึ่งมีผลต่อการรักษาในระยะยาว

### ภาคผนวกที่ 3

ข้อมูลคุณภาพการตีตราทางสังคมบ้านร่วมใจ

ตีตราภายนอก

“การออกมาเยี่ยมบ้านเจ้าหน้าที่มีการใส่หน้ากากแบบใหญ่ๆ บางเทือกะย่านๆอยู่นะ ใส่คักใส่แน่ ใส่ทุกคน พอใส่หน้ากากอนามัยเวลาคุยกะเสียงเบาๆ (พูดเสียงเบา)ถ้าใส่มาเยี่ยมแบบนี้คือจั่งเป็นหลายนี้ละ แต่ถ้าบ่คิดอี่หยั่งหลายกะเยี่ยมคือเก่า โทรถามข่าวก็ได้ อาจะจะสะดวกกว่า”

(ผู้ป่วยคนที่ 1 ,2563:สัมภาษณ์)

“ไทยบ้านหรือญาติญาติ ขอมดี(สังเกตดีมาก)พอรู้ว่าเป็นโรคทุกคนก็อยากมาเยี่ยมเยียน การมาเยี่ยมทุกคนก็รู้ว่าโรคนี้นั้นเป็นแนวได้ ก็ได้แต่นั่งห่างๆ แต่ผู้ป่วยกะหวังอยากให้พี่น้องหรือญาติที่มาเยี่ยมอยู่บ้านจะดีกว่า เพราะมาถึงบ้านกะพากันถามนั่นถามนี่ ถามซอกแซกกว่าตีมาแต่ใส บางครั้งถามลึกไปก็ทำให้ลำบากใจตอบ”

(ผู้ป่วยคนที่ 2 ,2563:สัมภาษณ์)

“ตอนไปซื้อของกลางหมู่บ้าน คนขายของก็ธรรมดาณะ แต่ถ้าใส่หน้ากากอนามัยก็ถามอีกครึ่งว่าใส่ทำไม เจ้าเป็นโรคดี ถ้าไม่ใส่ไปก็ได้นะ แต่เมื่อเจ้าหน้าที่ให้ใส่เสมอเวลาเข้าไปในที่ชุมชน หรือการติดต่อ”

(ผู้ป่วยคนที่ 4 ,2563:สัมภาษณ์)

“เจ้าหน้าที่(หมออนามัย) ชอบพูดเวลาไปหาหมอที่อนามัย ทำไมไม่ใส่หน้ากากอนามัยเวลา มาพบหมอ แต่เมื่อถามกลับว่าคนป่วยสามารถขอหน้ากากอนามัยกลับบ้านได้บ่ ก็คือได้ ถ้าเอาจริงๆนะต้องหาซื้อเองทุกครั้ง”

(ผู้ป่วยคนที่ 5 ,2563:สัมภาษณ์)

“สภาพร่างกายเมื่อกินยารักษาโรคเข้าไปแล้ว เหนื่อย เหน็ด เหน็ด บ่เป็นตาเบ้ง ชาวบ้านมองเห็นกะ ยาน หน้ากะตบ จ้อยโจกโวก อาจจะเป็นเพราะช่วงแรกกินอะไรลำบากมาก ยาหลายเม็ด ช่วงนั้น เก็บตัวอยู่ในบ้านและคิดเสมอว่าจะต้องดีขึ้น”

(ผู้ป่วยคนที่ 9 ,2562:สัมภาษณ์)

“การใช้คำพูดที่แรงกับเรา รู้สึกอย่างเดียวว่าไม่อยากกินยาต่อ ต่าก่อนแต่ทันถามว่าเป็นหยิ่ง เช่นการใส่หน้ากากอนามัย ถ้ามันเมดิอิลี จะหาใส่ใส่มาหาหมอ หรือว่าต้องใส่ผ้าปิดปาก ผ้าขาวม้า มาปิดไว้ก่อนมาพบหมอ ลังเทือกะให้ไปจักขึ้น จักจะปิดแนวได้ ขนาดโดนๆที่ออกมาหะนะนี้”

(ผู้ป่วยคนที่ 7 ,2563:สัมภาษณ์)

“ครอบครัวเองก็ไม่เชื่อว่าจะไม่ออกห่าง เขาอาจจะห่างเราโรคโควิดโรคเป็นโรคติดต่อเขาจึงห่าง แต่ก็ทำที่คล้ายรังเกียจมากกว่า เขามือปิดปากเวลาเว้านำ ตอนแรกก็แกล้งตลกซ้ำซ้ำ ทำบ่อย่างๆก็รู้สึกไม่ดี ช่วงที่หาพาเข้าเรียกแล้วก็วางพาข้าวไว้ อันนี้ก็รู้สึก”

(ผู้ป่วยคนที่ 8 ,2562:สัมภาษณ์)

“สภาพแวดล้อมบ้านรกรุงรัง อับชื้น คำดูถูกจากบ้านที่ไม่มีเงินในการสร้างบ้านหลังใหญ่ เห็น แวบแรก กะหย่อนเป็นแบบนี้ เลื้อผ้าพาดไปทั่วหีบ เป็นมุมมองของคนมาเยี่ยม สีหน้าท่าทางมันบ่ง บอกว่า ไม่เป็นระเบียบเรียบร้อย”

(ผู้ป่วยคนที่ 12 ,2562:สัมภาษณ์)

### ติตราภายใน

“รู้ว่าเป็นโรคโควิดโรคตอนแรก กลัวครอบครัวติดด้วย อยากแยกตัวออกไปอยู่ไกลไกลที่ไหนก็ได้ รู้สึกว่าครอบครัวมองเราตอนแรกๆมองแปลกๆ แฉมเจ้าหน้าที่ที่โรงพยาบาลบอกให้แยกของใช้อีกจิตใจไปกันใหญ่ คิดๆว่าเราควรแยกจริงๆเพราะคนในครอบครัวจะได้ไม่ติดด้วย”

(ผู้ป่วยคนที่ 1 ,2562:สัมภาษณ์)

“สิ่งที่เข็ดให้ลำบากในที่สุด รู้สึกท้อคือการแยกพาข้าว แยกแก้วน้ำ คิดดูเล่นๆนะว่ากินข้าวด้วยกันมานานปี แต่ตอนนี้ต้องกินก่อน ไม้จิ้มฟันที่กินทีหลัง เพราะเขาไม่ยอมให้เชื้อโรคไปติดที่ถ้วยชาม ตอนแรกไม่เข้าใจว่าทำไมต้องแยก แต่ก็ต้องทำตามเจ้าหน้าที่บอกครับ”

(ผู้ป่วยคนที่ 2 ,2563:สัมภาษณ์)

“ผมว่า แนวที่ผมเจอนี้คือคนถาม ถามว่าติดจิ้งได้ ติดมาแต่ใส เป็นหยิ่งคือติด บ่อยากพ้อที่สุดคือคำถามคน บ้างครั้งมันลืมไปแล้ว แต่คนกะมาถามแล้วมันกะกลับมาวนคือเก่า ทางที่ดีก็หลีกเลี่ยงการพบปะไปเลยครับ ลูมือกะบ่ค่อยได้ออกไปใส กะสิรอให้เขาพ้นละครับจิ้งสิออกไปพบปะผู้คน”

(ผู้ป่วยคนที่ 4 ,2563:สัมภาษณ์)

“ผมว่าผลข้างเคียงของการกักกันหลาย จ่อย ดำ บ่เป็นตาออกไปใสมาใสเลย ถ้าผิดแปลกแน่คนกะจะมองในด้านลบ บ้างคนกะบอกว่าเป็นโรคเอดส์ โรคตับ ไปทั่วทึบ เทียวไปหาหาหมอกะอยากหลอยไปเองพ้นละครับ เพราะกะบ่อยากให้เห็นเพราะ อายุที่จะตอบคำถาม”

(ผู้ป่วยคนที่ 6 ,2563:สัมภาษณ์)

“หากมีหนึ่งเหารับผิดชอบสังคมอีหลี คือเขาต้องใส่หน้ากากแมนบ่คุณหมอ พอใส่เขาไปแล้วกลับเป็นว่าถาม เป็นหลายปานนั้นติจนได้ใสป้องกันไว้เลยติ ทั้งๆที่หมอบอกว่า 2 เดือนกะเขาแพร่เชื้อแล้ว คนเหาอาจจะมองว่าใส่หน้ากากอนามัยแล้วเป็นหลาย”

(ผู้ป่วยคนที่ 2 ,2563:สัมภาษณ์)

“หน้าที่การงานเป็นหน้าเป็นตาทางสังคม บางครั้งเราต้องรักษาความลับไว้ ไม่เปิดเผยข้อมูลว่าเราเป็นโรคติดต่อ ผมไม่ได้แอส เพราะเคยใส่ครั้งหนึ่งแล้วถามว่าป่วยเป็นอะไร ก็ได้แต่ตอบเลียงๆว่า เป็นไข้หวัด เพราะอายุ และกลัวคนจะออกห่าง”

(ผู้ป่วยคนที่ 3 ,2562:สัมภาษณ์)

### ผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคด้านการติตราทางสังคม

#### ติตราภายนอก

“สิ่งที่เจอบ่อยสุดคือ สิบติดนำกันเบาะ อยู่ด้วยกันกะลิตินำกันแล้วละ เม็ดมือเม็ดคั้นการติดต่อของโรควัณโรคยังเป็นปัญหาของเราเวลาอยู่ในสังคม เติน5 ก้าว 10 ก้าว เขาก็ถาม”

(ผู้ป่วยคนที่ 9 ,2562:สัมภาษณ์)

“ครอบครัวเราเจอหนัก เป็นครอบครัวโรคติดต่อ ใครจะไปจะมาก็คอยถามว่าจะติดไหม ถ้าเราอธิบายก็ฟังนะ แต่ก็ยังห่างๆ เดินห่างๆ ยิ่งรู้เยอะยิ่งห่าง อาจจะมีมองถึงว่าไม่มีที่ป้องกัน(ไม่มีหน้ากากอนามัย) ทุกคนมองว่าเจอหน้าแล้วกระเด็นใสเลย”

(ผู้ป่วยคนที่ 8 ,2562:สัมภาษณ์)

“ญาติช่วงแรกแรกจะมาเยี่ยมญาติ แต่หลังหลังกะว่ามันลืมนิดนึ้กัน เพราะมาแต่ละทีก็มาถามอาการชอมกันว่าติดแบบได้ ติดน้าไฟ รู้แล้วทุกคนก็ออกห่าง”

(ผู้ป่วยคนที่ 2 ,2563:สัมภาษณ์)

“ยายเป็นแม่ค้าที่ตลาด ยายถูกถามเสมอว่าตาเป็นอย่างไรบ้าง มันกะรู้สึกหัวใจที่เขากถาม แต่มันกระทบกับคนหาเข้ากินค้าคือเฮา ขายดีใหม่ ก็ได้ขายให้คนที่ไม่รู้คนที่รู้เราก็ไม่ได้ใสใจอะไร”

(ผู้ป่วยคนที่ 3 ,2562:สัมภาษณ์)

“ครอบครัวมีผลกระทบ ตอนที่เจ้าหน้าที่ต้องตรวจผู้สัมผัสร่วมบ้านมีความเครียดนะ กลัวติดกลัวหลายๆอย่างตอนที่เก็บเสมหะ เป็นช่วงที่ครอบครัวเรา เคร้าที่สุด รู้สึกว่าทำไมต้องเป็นแบบนี้ แม่รู้สึกเดะว่าคนข้างบ้านกะ ต้องโทษว่าครอบครัวเราเป็นต้นเหตุของโรคนี้”

(ผู้ป่วยคนที่ 4 ,2562:สัมภาษณ์)

### ติตราภายใน

“ในฐานะที่เป็นผู้ดูแล ต้องรองรับอารมณ์ผู้ป่วยเสมอ ด่าบ้างว่าพูดบ่อยบางครั้งก็น้อยใจ ใจอยากให้หายแต่บางครั้งก็อยากวาง ไม่อยากทำต่อเพราะช่วงแรกๆผู้ป่วยเว้ายากคัก จนไม่อยากทำอะไร”

(ผู้ป่วยคนที่ 5 ,2562:สัมภาษณ์)

“รู้สึกที่เรารู้เยอะจนบางครั้งเราจะถอยห่างออกมาเอง ผู้ป่วยก็น่าจะรู้สึกว่าเราออกห่าง แต่ก็ทำไม่ได้เพราะเขาก็เป็นคนในครอบครัวทำไม่ได้ เวลาหมอมายเยี่ยมก็อยากระบายให้หมอฟังเพราะอยู่บ้านก็ไม่รู้จะเล่นอะไรฟัง ผู้ดูแลมันอึดใจเดะถ้าเว้าถึงการดูแลผู้ป่วยนั้น”

(ผู้ป่วยคนที่ 8 ,2562:สัมภาษณ์)

“เจอกับตัวเองคือการแยกห้องนอน ตอนแรกก็ไม่ได้คิดอะไรเรากะสามีภรรยาเนาะจ้า มาวันหนึ่งบอกว่าให้แยกนอนสักพัก ใจต้องแยกกันเป็นสิ่งที่บอกบ่ได้ ความรู้สึกเป็นแปลกๆ ว่าถ้านอน(มีเพศสัมพันธ์) จะติดกันใหม่ ยอมรับว่ามีความกังวลใจ”

(ผู้ป่วยคนที่ 1,2562:สัมภาษณ์)

**สรุป** การติตราทางสังคม การการศึกษาแยกเป็นสองประเด็นหลักคือการติตราตัวเองในกลุ่มผู้ป่วย จะเห็นได้ชัดคือการแยกตัวออกจากชุมชน การหลบหน้า และประเด็นที่สองการติตราทางสังคม การมองรูปลักษณะภายนอกของผู้ป่วย การลวงละเมิดด้วยวาจา ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการติตราตัวเอง กระทบต่อการกินยา การรักษาที่ไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากผู้ป่วยหนีจากพื้นที่เพื่อลดการติตรา

### ข้อมูลคุณภาพด้านการสวมหน้ากากป้องกัน

“รู้สึกอึดอัดเวลาใส่หน้ากากอนามัย ร้อนๆในปาก หายใจลำบาก ขนาดใส่ในการดูแลผู้ป่วยยังอึดอัด เหมือนเอาอะไรมาอุดจมูกแต่จริงแล้วเราคิดว่าอึดอัด”

(ผู้ดูแลคนที่ 1 ,2563:สัมภาษณ์)

“สายรัดหนาเกินไป ใส่นานอาจจะเจ็บบริเวณสายรัดถ้าชนิดบางๆก็ไม่เจ็บมาก แต่อันที่คุณหมอเอามาให้มันรัดเกินไป หายใจลำบาก”

(ผู้ดูแลคนที่ 2 ,2563:สัมภาษณ์)

“ถ้าคิดจะป้องกันโควิดโรคก็ต้องอดเอา เพราะเป็นวิธีเดียวที่ป้องกันได้ และเมื่อใส่แล้วต้องทิ้งก็เปลืองไปอีก”

(ผู้ดูแลคนที่ 3 ,2563:สัมภาษณ์)

“ค่าใช้จ่ายมันแพงยูนะหม้อราคา 40-50 บาท จะมาซื้อแต่หน้ากากอนามัยเพราะกินถูกๆก็ใช้แล้วทิ้งส่วนมากก็ให้แล้วทิ้งจะใช้งบส่วนไหน”

(ผู้ดูแลคนที่ 4 ,2563:สัมภาษณ์)

“เศษผ้าหน้ากากอนามัยก็ทิ้งขยะทั่วไป บางครั้งก็เผากับขยะ”

(ผู้ดูแลคนที่ 5 ,2563:สัมภาษณ์)

“ซื้อได้เฉพาะตอนเข้าเมือง อยู่บ้านนอกจะไปซื้อที่ไหน ส่วนมากก็วนใช้อันเดิมการวนใช้อันเดิมก็ป้องกันไม่ได้ใช่ไหม แม้ว่ามันสกปรกน้า”

(ผู้ดูแลคนที่ 6 ,2553:สัมภาษณ์)

“ผ้าปิดปากกะลือไปหามาแต่ใส เห็นผ้าปิดปากกะลือเลยว่าจะติดโรค ถอยห่างตั้งแต่แรก”

(ผู้ดูแลคนที่ 1 ,2563:สัมภาษณ์)

**สรุป** การสวมหน้ากากเพื่อป้องกันโรคโควิดโรคเนื่องจากผู้ป่วนไม่เคยสวมหน้ากากมาก่อนทำให้รู้สึกอึดอัดไม่สบาย สายรัดแรง หายใจลำบากและสภาพปัญหาคือราคาที่แพง

พูนุ ปรณ ทิโต ชีเว

## ภาคผนวกที่ 4

□□□ รหัส

<b>แบบสอบถาม</b>	
<b>งานวิจัยเรื่อง</b>	
<b>รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม</b>	
<b>คำชี้แจงก่อนตอบแบบสอบถาม</b>	
แบบสอบถามมีทั้งหมด 6 ส่วน รายละเอียดดังนี้	
<b>ส่วนที่ 1</b> แบบสอบถามปัจจัยด้านบุคคล(ข้อมูลทั่วไป)	จำนวน 19 ข้อ
<b>ส่วนที่ 2</b> แบบสอบถามปัจจัยด้านคุณภาพการบริการ	จำนวน 5 ข้อ
<b>ส่วนที่ 3</b> แบบสอบถามปัจจัยด้านนโยบาย	จำนวน 6 ข้อ
<b>ส่วนที่ 4</b> แบบสอบถามปัจจัยด้านเจ้าหน้าที่	จำนวน 12 ข้อ
<b>ส่วนที่ 5</b> แบบสอบถามปัจจัยด้านผู้ดูแล	จำนวน 12 ข้อ
<b>ส่วนที่ 6</b> แบบสอบถามระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน	จำนวน 20 ข้อ
<b>ส่วนที่ 7</b> แบบสอบถามแรงจูงใจการป้องกันโรค	จำนวน 40 ข้อ
<b>ส่วนที่ 8</b> แบบสอบถามด้านความพึงพอใจ	จำนวน 10 ข้อ
<b>ส่วนที่ 9</b> แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม	จำนวน 10 ข้อ
ผู้วิจัยขอความกรุณาให้ท่านช่วยตอบแบบสอบถามต่อไปนี้ตามความจริง และขอรับรองว่าจะเก็บข้อมูลของท่านไว้เป็น <b>ความลับ</b> โดยไม่ต้องเขียนชื่อและที่อยู่ ซึ่งข้อมูลที่ท่านได้ให้กับผู้วิจัย จะได้นำไปใช้ในการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวมของโครงการวิจัยเท่านั้น และขอให้ท่านตอบให้ครบทุกข้อ ตามประเด็นนั้นๆ เนื่องจากหากไม่ตอบทุกข้อคำถาม จะไม่สามารถนำคำตอบไปใช้วิเคราะห์ผลการศึกษาในภาพรวมได้	

ขอขอบพระคุณทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามชุดนี้

นายอดิศักดิ์ พลเสาร

นิสิตปริญญาเอก หลักสูตร สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม



### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

#### คำชี้แจง

1. ให้ทำเครื่องหมาย (v) ในช่องว่าง  หรือ เติมตัวเลขใน ..... ของแต่ละข้อ ซึ่งตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

2. ในแต่ละข้อตอบได้เพียงข้อเดียวเท่านั้น ยกเว้น บางข้อที่ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ และสามารถเขียนคำตอบในช่องว่าง..... ได้นอกเหนือจากคำตอบที่ให้ไว้

1. เพศ	<input type="checkbox"/> 1 ชาย <input type="checkbox"/> 2 หญิง	
2. อายุ	.....ปี (นับจำนวนปีบริบูรณ์)	
3. เขตที่อยู่	<input type="checkbox"/> 1. นอกเขตเทศบาล <input type="checkbox"/> 2. ในเขตเทศบาล	
4. อาชีพ	<input type="checkbox"/> 1 = ไม่ได้ทำงาน <input type="checkbox"/> 2 = เกษตรกรรม <input type="checkbox"/> 3 = รับจ้างทั่วไป <input type="checkbox"/> 4 = ค้าขาย <input type="checkbox"/> 5 = รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ <input type="checkbox"/> 6 = อาศัยอยู่กับบุตร <input type="checkbox"/> 7 = อื่น ๆ	
5. ระดับการศึกษาที่ท่านจบสูงสุดคือชั้นใด	<input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ <input type="checkbox"/> 2. ประถมศึกษา <input type="checkbox"/> 3. มัธยมศึกษาตอนต้น <input type="checkbox"/> 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. <input type="checkbox"/> 5. อนุปริญญา/ปวส. <input type="checkbox"/> 6. ปริญญาตรีขึ้นไป	
6. สถานภาพสมรส	<input type="checkbox"/> 1. โสด <input type="checkbox"/> 2. คู่ <input type="checkbox"/> 3. หย่า <input type="checkbox"/> 4. หม้าย <input type="checkbox"/> 5. แยกกันอยู่	
7. อาชีพของท่านต้องออกต่างจังหวัด/อำเภอหรือไม่	<input type="checkbox"/> 1. ไม่ต้องออกต่างจังหวัด/อำเภอ (ให้ข้ามไปตอบข้อ 9) <input type="checkbox"/> 2. ต้องออกต่างจังหวัด /อำเภอ	
8. อาชีพของท่านต้องออกต่างจังหวัด/อำเภอนานหรือไม่ (ในรอบ 1 เดือน)	<input type="checkbox"/> 1. ออกต่างจังหวัด/อำเภอน้อยกว่า 2 สัปดาห์ <input type="checkbox"/> 2. ต้องออกต่างจังหวัด /อำเภอ มากกว่าหรือเท่ากับ 2 สัปดาห์	
9. ในบ้านท่านจำนวนสมาชิกครอบครัว (รวมตัวท่านด้วย) จำนวน .....	คน	
10. รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน (รวมตัวท่านด้วย) .....	บาท	
11. รายได้ของท่านเฉลี่ยต่อเดือนประมาณ .....	บาท	
12. ท่านมีโรคประจำตัวอื่นหรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
12.1 ความดันโลหิตสูง		

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

<input type="checkbox"/> 0 ไม่มี <input type="checkbox"/> 1 มี 12.2 เบาหวาน <input type="checkbox"/> 0 ไม่มี <input type="checkbox"/> 1 มี 12.3 โรคตับ <input type="checkbox"/> 0 ไม่มี <input type="checkbox"/> 1 มี 12.4 โรคไต <input type="checkbox"/> 0 ไม่มี <input type="checkbox"/> 1 มี 12.5 อื่น ๆ โปรดระบุ .....	
13. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือไม่ <input type="checkbox"/> 0 = ไม่ดื่มเลย <input type="checkbox"/> 1 = ดื่ม <hr style="border-top: 1px dashed blue;"/> <input type="checkbox"/> 1 = ดื่ม เดือนละ 1 ครั้ง <input type="checkbox"/> 2 = ดื่ม เดือนละ 2 ครั้ง <input type="checkbox"/> 3 = ดื่ม เดือนละ 3 ครั้ง <input type="checkbox"/> 4 = ดื่ม เดือนละ 4 ครั้ง <input type="checkbox"/> 5 = ดื่ม ทุกวัน	
14. ท่านสูบบุหรี่หรือไม่ <input type="checkbox"/> 0 = ไม่สูบบุหรี่ <input type="checkbox"/> 1 = เคยสูบบุหรี่แต่หยุดมาแล้ว ..... (ปี/เดือน) <input type="checkbox"/> 1 = สูบบุหรี่ วันละ 1-2 มวน <input type="checkbox"/> 2 = สูบบุหรี่ วันละ 3-5 มวน <input type="checkbox"/> 3 = สูบบุหรี่ วันละ 6-10 มวน <input type="checkbox"/> 4 = สูบบุหรี่ วันละ 11-19 มวน <input type="checkbox"/> 5 = สูบบุหรี่มากกว่าวันละ 20 มวน	
15. ท่านมีความสะดวกในการเดินทางมารับการรักษาหรือไม่ <input type="checkbox"/> 1 สะดวก <input type="checkbox"/> 2 ไม่สะดวก	
16. จากบ้านพักของท่านถึงสถานบริการมีระยะทาง ..... กิโลเมตร	
17. ท่านใช้พาหนะชนิดใดในการเดินทาง <input type="checkbox"/> 1 เดิน <input type="checkbox"/> 2 จักรยาน <input type="checkbox"/> 3 มอเตอร์ไซด์/รถยนต์ <input type="checkbox"/> 4 รถโดยสารประจำทาง <input type="checkbox"/> 5 รถจ้างเหมา	
18. ท่านใช้เวลาในการเดินทางมารับการรักษา ..... นาที	
19. ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับการรักษา (รวมค่ารถ, อาหาร/เครื่องดื่ม) จำนวนเงิน ..... บาท	

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยคุณภาพบริการ	
<p>1. เมื่อท่านมีอาการที่สงสัยว่าจะเป็นโรคไวรัสแล้วไปรับการตรวจรักษา ท่านได้รับการส่งต่อเพื่อไปรับการรักษาที่อื่นหรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> 1 ไม่ได้รับการส่งต่อไปที่อื่น</p> <p><input type="checkbox"/> 2 ได้รับการส่งต่อ โดย</p> <p><input type="checkbox"/> 1 ไข้ไปส่งต่อ</p> <p><input type="checkbox"/> 2 ให้คำแนะนำในการไปรับการรักษาที่อื่นแต่ไม่ได้ไข้ไปส่งต่อ</p> <p><input type="checkbox"/> 3 ส่งต่อโดยเจ้าหน้าที่สถานบริการนั้น ๆ</p> <p><input type="checkbox"/> 4 อื่น ๆ ระบุ .....</p>	
<p>2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่อยู่ใกล้บ้านได้ติดตามมาเยี่ยมท่านที่บ้าน เพื่อติดตามดูแล และรับการรักษา</p> <p><input type="checkbox"/> 0 ไม่เคยมาติดตามเยี่ยม <input type="checkbox"/> 1 เคยมาติดตามเยี่ยม</p>	
<p>3.เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้ดูแลผู้ป่วยไวรัสมีการให้บริการโดยการใช้เทคโนโลยีในการติดตามผู้ป่วยไวรัส หรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> 0 ไม่มี</p> <p><input type="checkbox"/> 1 มี</p>	
<p>4. ผู้ดูแลผู้ป่วยไวรัสหรือเจ้าหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยไวรัสทำที่ สุขภาพ ไม่แสดงท่าที่รังเกียจ มีการบริการที่สุขภาพ</p> <p><input type="checkbox"/> 0 ไม่ใช่</p> <p><input type="checkbox"/> 1 ใช่</p>	
<p>5. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่อยู่ใกล้บ้านได้ติดตามมาเยี่ยมท่านที่บ้าน เพื่อติดตาม ดูแล และรับการรักษา มีการบริการหน้ากอนามัยเพื่อป้องกันทุกครั้งเมื่อมาเยี่ยมผู้ป่วยไวรัส</p> <p><input type="checkbox"/> 0 ไม่มี</p> <p><input type="checkbox"/> 1 มีการบริการหน้ากอนามัยทุกครั้ง</p>	
ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านนโยบายภาครัฐ	
<p>1. ท่านใช้สิทธิใดในการเข้าถึงบริการด้านการรักษาพยาบาล</p> <p><input type="checkbox"/> 1 สิทธิบัตรทอง (30 บาท รักษาทุกโรค) <input type="checkbox"/> 2 สิทธิบัตรประกันสังคม</p> <p><input type="checkbox"/> 3 สิทธิข้าราชการ หรือรัฐวิสาหกิจ <input type="checkbox"/> 4 ไม่มีสิทธิ</p> <p><input type="checkbox"/> 5 สิทธิอื่น ๆ ระบุ .....</p>	
<p>2. ก่อนที่จะไปรับการตรวจรักษาไวรัสครั้งแรก ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากสื่อใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</p> <p><input type="checkbox"/> 1 ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อใด <input type="checkbox"/> 2 โทรทัศน์</p> <p><input type="checkbox"/> 3 หนังสือพิมพ์ <input type="checkbox"/> 4 วิทยุ</p> <p><input type="checkbox"/> 5 หอกระจายข่าวสารประจำหมู่บ้าน .....</p> <p><input type="checkbox"/> 6 อื่น ๆ ระบุ .....</p>	

3.โรงพยาบาลหรือรพ.สต.มีแผนการดำเนินงานคัดกรองกลุ่มเสี่ยงหรือไม่ <input type="checkbox"/> 1 มีแผนงาน <input type="checkbox"/> 2 ไม่มีแผนงาน	
4.โรงพยาบาลมีนโยบายการคัดกรอง ผลการคัดกรองและการวินิจฉัยโรค ในกลุ่มเสี่ยงมีความล่าช้าหรือไม่ <input type="checkbox"/> 1 ล่าช้า <input type="checkbox"/> 2 ไม่ล่าช้า	
5.เมื่อท่านได้รับการคัดกรองจากนโยบายภาครัฐ ในกลุ่มเสี่ยงมีหน่วยงานภาครัฐติดตามผลการดำเนินงานหรือไม่ <input type="checkbox"/> 1 ติดตาม <input type="checkbox"/> 2 ไม่ติดตาม	
6.นโยบายภาครัฐมีการสร้างเครือข่ายหรือศูนย์กลางองค์กร ทั้งภาครัฐ เอกชน ในการส่งต่อข้อมูลหรือการติดตาม หรือไม่ <input type="checkbox"/> 1 มี <input type="checkbox"/> 2 ไม่มี	

#### ส่วนที่ 4 ข้อมูลด้านเจ้าหน้าที่

##### คำชี้แจง

1. ให้ทำเครื่องหมาย (v) ในช่องว่าง  หรือ เติมตัวเลขใน ..... ของแต่ละข้อ ซึ่งตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด
2. ในแต่ละข้อตอบได้เพียงข้อเดียวเท่านั้น ยกเว้น บางข้อที่ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ และสามารถเขียนคำตอบในช่องว่าง..... ได้นอกเหนือจากคำตอบที่ให้ไว้

1.เพศ <input type="checkbox"/> 1ชาย <input type="checkbox"/> 2 หญิง	
2.อายุ .....ปี (นับจำนวนปีบริบูรณ์)	
3. ตำแหน่งหน้าที่ <input type="checkbox"/> 1. พยาบาลวิชาชีพ <input type="checkbox"/> 2. นักวิชาการสาธารณสุข <input type="checkbox"/> 3. พยาบาลเทคนิค <input type="checkbox"/> 4. นักเทคนิคการแพทย์ <input type="checkbox"/> 5. เจ้าพนักงานสาธารณสุข <input type="checkbox"/> 6. อื่น ๆ ระบุ .....	
4. วุฒิการศึกษา <input type="checkbox"/> 1. ต่ำกว่าปริญญาตรี <input type="checkbox"/> 2. ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า <input type="checkbox"/> 3. ปริญญาโทหรือสูงกว่า สาขา ระบุ .....	
5. ดำรงตำแหน่งนี้เป็นเวลา ..... ปี	
6. ท่านมีประสบการณ์การให้บริการผู้ป่วยวัณโรคมานานเป็นเวลา ..... ปี	
7. ท่านเคยมีประสบการณ์ดูงาน/อบรม/ศึกษาต่อเกี่ยวกับการให้บริการผู้ป่วยวัณโรคหรือไม่	

#### ส่วนที่ 4 ข้อมูลด้านเจ้าหน้าที่

<input type="checkbox"/> 1. ไม่เคย	<input type="checkbox"/> 2. เคย ระบุ .....	
8. ส่งต่อเพื่อไปรับการรักษา โดยใช้ใบส่งต่อ การติดตามผู้ป่วย ท่านได้รับการตอบรับหรือไม่		
<input type="checkbox"/> 1. ไม่เคย	<input type="checkbox"/> 2. เคย	
9. ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลการตรวจเสมหะพบเชื้อไม่มารับฟังผลการตรวจตามนัด ท่านมีวิธีดำเนินการอย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
<input type="checkbox"/> 1. ติดต่อผู้ประสานงานวัณโรคระดับอำเภอ		
<input type="checkbox"/> 2. ติดต่อผู้รับผิดชอบงานระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล		
<input type="checkbox"/> 3. ติดต่อกับผู้ป่วย/ญาติ		
10. จากข้อ 9 ท่านได้ดำเนินการภายในกี่วัน		
<input type="checkbox"/> 1. ภายในวันที่ขาดนัด	<input type="checkbox"/> 2. หลังวันที่วันที่ขาดนัด .....	
11. จากข้อ 9 ท่านได้ดำเนินการผ่านช่องทางใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
<input type="checkbox"/> 1. ทางโทรศัพท์	<input type="checkbox"/> 2. หนังสือทางราชการ	
<input type="checkbox"/> 3. โทรสาร	<input type="checkbox"/> 4. ระบบอินเทอร์เน็ต	
<input type="checkbox"/> 5. อื่น ๆ ระบุ .....		
12. จากข้อ 9 ท่านได้ดำเนินการติดตามเป็นระยะเวลาานเท่าใดต่อผู้ป่วย 1 คน		
<input type="checkbox"/> 1. ติดตาม 1 ครั้ง	<input type="checkbox"/> 2. ติดตาม 2 ครั้ง	
<input type="checkbox"/> 3. ติดตาม 3 ครั้ง	<input type="checkbox"/> 4. ติดตาม 4 ครั้ง	
<input type="checkbox"/> 4. อื่น ๆ ระบุ .....		

#### ส่วนที่ 5 ข้อมูลด้านผู้ดูแล

##### คำชี้แจง

1. ให้ทำเครื่องหมาย (v) ในช่องว่าง  หรือ เติมตัวเลขใน ..... ของแต่ละข้อ  
ซึ่งตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

2. ในแต่ละข้อตอบได้เพียงข้อเดียวเท่านั้น ยกเว้น บางข้อที่ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ และสามารถ  
เขียนคำตอบในช่องว่าง..... ได้นอกเหนือจากคำตอบที่ให้ไว้

1. เพศ	<input type="checkbox"/> 1ชาย	<input type="checkbox"/> 2 หญิง	
2. อายุ	.....ปี (นับจำนวนปีบริบูรณ์)		
3. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย			
<input type="checkbox"/> 1 บิดา-มารดา	<input type="checkbox"/> 2. พี่-น้อง	<input type="checkbox"/> 3. ปู่-ย่า	
<input type="checkbox"/> 4. ตา-ยาย	<input type="checkbox"/> 5. ลุง-ป้า	<input type="checkbox"/> 6. น้ำ-อา	
<input type="checkbox"/> 7 ผู้ดูแลที่ได้รับการอบรม			

ส่วนที่ 4 ข้อมูลด้านเจ้าหน้าที่

4. ดูแลผู้ป่วยเป็นเวลา ..... (เดือน/ปี)	
5. ท่านมีประสบการณ์การให้บริการผู้ป่วยวัณโรคมาเป็นเวลา ..... ปี	
6. ท่านเคยมีประสบการณ์ดูงาน/อบรม/ศึกษาต่อเกี่ยวกับการให้บริการผู้ป่วยวัณโรคหรือไม่ <input type="checkbox"/> 1. ไม่เคย <input type="checkbox"/> 2. เคย ระบุ .....	
7. การติดตามผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน <input type="checkbox"/> 1. ไม่เคย <input type="checkbox"/> 2. เคย	
8. ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลการตรวจเสมหะพบเชื้อไม่มารับฟังผลการตรวจตามนัด ท่านมีวิธีดำเนินการอย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) <input type="checkbox"/> 1. ติดต่อผู้ประสานงานวัณโรคระดับอำเภอ <input type="checkbox"/> 2. ติดต่อผู้รับผิดชอบงานระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล <input type="checkbox"/> 3. ติดต่อกับผู้ป่วย/ญาติ	
9. จากข้อ 8 ท่านได้ดำเนินการภายในกี่วัน <input type="checkbox"/> 1. ภายในวันที่ขาดนัด <input type="checkbox"/> 2. หลังวันที่วันที่ขาดนัด .....วัน	
10. จากข้อ 8 ท่านได้ดำเนินการผ่านช่องทางใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) <input type="checkbox"/> 1. ทางโทรศัพท์ <input type="checkbox"/> 2. หนังสือทางราชการ <input type="checkbox"/> 3. โทรสาร <input type="checkbox"/> 4. ระบบอินเทอร์เน็ต <input type="checkbox"/> 5. อื่น ๆ ระบุ.....	
11. จากข้อ 8 ท่านได้ดำเนินการติดตามเป็นระยะเวลาานเท่าใด <input type="checkbox"/> 1. ติดตาม 1 ครั้ง <input type="checkbox"/> 2. ติดตาม 2 ครั้ง <input type="checkbox"/> 3. ติดตาม 3 ครั้ง <input type="checkbox"/> 4. ติดตาม 4 ครั้ง <input type="checkbox"/> 4. อื่น ๆ ระบุ .....	
12.ท่านเคยกำกับติดตามการทานยาผู้ป่วยวัณโรคหรือไม่ <input type="checkbox"/> 1. ไม่เคย <input type="checkbox"/> 2. เคย ระบุ .....	

พญ. ปณ. ทิโต ชิว

ส่วนที่ 6 แบบประเมินการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายต่อการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรค

อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 20 ข้อ

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องว่าง ที่ตรงกับการมีส่วนร่วมของท่านมากที่สุด  
 มาก หมายถึง มีส่วนร่วมในข้อความดังกล่าวทุกครั้ง  
 ปานกลาง หมายถึง มีส่วนร่วมในข้อความดังกล่าวเป็นบางครั้งหรือเกือบทุกครั้ง  
 น้อย หมายถึง ไม่มีส่วนร่วมในข้อความดังกล่าว

ข้อ	ข้อความ	มาก	ปานกลาง	น้อย	
การมีส่วนร่วมตัดสินใจ					
1	ทำร่วมรับฟังสภาพปัญหา ข้อมูลของการดูแลสุขภาพผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน				
2	ทำร่วมนำเสนอปัญหาและร่วมอภิปราย แก้ไขปัญหาการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน				
3	ทำร่วมแสดงความคิดเห็นในการจัดลำดับความสำคัญปัญหาการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน				
4	ทำร่วมประชุมวางแผน กำหนดเป้าหมาย ในการดำเนินงานแก้ไขการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน				
5	ทำร่วมการจัดทำแผนงานโครงการการดูแลผู้ป่วยวัณโรค				
การมีส่วนร่วมดำเนินงาน					
6	ทำร่วมประชุมชี้แจงแนวทางการแก้ไขปัญหาการดูแลผู้ป่วยวัณโรคต่อภาคีเครือข่าย/ประชาชนในชุมชน				
7	การติดต่อ ประสานงานกับภาคีเครือข่าย ให้เข้าร่วมดำเนินงานตามโครงการแก้ไขการดูแลผู้ป่วยวัณโรค				
8	ทำร่วมดำเนินกิจกรรมตามแผนงาน โครงการ แก้ไขปัญหาความเสี่ยงการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน				
9	การประชาสัมพันธ์ สร้างความเข้าใจถึงความสำคัญของการแก้ไขปัญหาการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน				
10	ทำร่วมกำหนด บทบาท ผู้รับผิดชอบงาน ในการปฏิบัติตามแผนงานโครงการการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน				
การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์					
11	ทำร่วมค้นหาปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินโครงการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน				

ข้อ	ข้อความ	มาก	ปานกลาง	น้อย	
12	ท่านร่วมพิจารณาทบทวน วิธีการดำเนินงานแผนงาน โครงการแก้ไข ปัญหาความเสี่ยงต่อการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน				
13	ท่านให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุง แผนงาน โครงการแก้ไข ปัญหาความเสี่ยง การดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน				
14	ท่านร่วมกำหนดผลสำเร็จของแผนงาน โครงการ แก้ไขปัญหาความเสี่ยง ต่อการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน				
15	ท่านนำผลที่ได้จากการทบทวน ไปดำเนินงานในชุมชน				
การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล					
16	ท่านร่วมการติดตาม ประเมินผล แผนงาน โครงการแก้ไข ปัญหาการดูแล ผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน				
17	ท่านร่วมการสรุปผลการดำเนินงาน และวิเคราะห์ผลของแผนงานโครงการ แก้ไขการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน				
18	ท่านนำผลของการวิเคราะห์แผนงาน โครงการมาปรับปรุงให้มี ประสิทธิภาพยิ่งขึ้น				
19	ท่านชี้แจงผลการดำเนินงานแก้ไข ปัญหาความเสี่ยงต่อการดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยวัณโรคให้ประชาชนในชุมชนรับทราบ				
20	ท่านร่วมขยายผลการดำเนินงาน โดยสนับสนุนให้ประชาชนในชุมชนมีส่วน ร่วมอย่างต่อเนื่อง เพื่อการดูแลผู้ป่วยวัณโรค				





### ส่วนที่ 7 แบบประเมินแรงจูงใจในการป้องกันโรคจำนวน 40 ข้อ

**คำชี้แจง:** โปรดทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องว่าง ที่ตรงกับการมีส่วนร่วมของท่านมากที่สุด  
 มาก หมายถึง มีส่วนร่วมในข้อความดังกล่าวทุกครั้ง  
 ปานกลาง หมายถึง มีส่วนร่วมในข้อความดังกล่าวเป็นบางครั้งหรือเกือบทุกครั้ง  
 น้อย หมายถึง ไม่มีส่วนร่วมในข้อความดังกล่าว

ข้อ	ข้อความ	มาก	ปานกลาง	น้อย	
การรับรู้ความรุนแรงของโรคไวรัสโรค					
1	บุคคลที่อยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยไวรัสโรคปอดและผู้ดูแลใกล้ชิดจะต้องป่วยเป็นไวรัสโรคปอดทุกคน				
2	ไวรัสโรคปอดเป็นโรคที่ไม่สามารถป้องกันได้ ติดง่ายโดยการสัมผัสผู้ป่วย				
3	เมื่อท่านป่วยเป็นโรคไวรัสโรคท่านสามารถแพร่กระจายเชื้อไวรัสโรคสู่ผู้อื่นได้ หากปฏิบัติตัวขณะป่วยไม่ถูกต้อง				
4	โรคไวรัสโรคปอดสามารถเกิดได้กับคนทุกเพศ ทุกวัย				
5	ทุกคนที่ได้รับเชื้อไวรัสโรคปอดเข้าสู่ร่างกายจะต้องป่วยเป็นไวรัสโรคปอดทุกคน				
6	โรคไวรัสโรคปอดเป็นโรคที่สามารถถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ จากพ่อ แม่สู่ลูกได้ ถ่ายทอดสู่บุคคลในครอบครัว				
7	การสูบบุหรี่ทำให้อาการไวรัสโรครุนแรงมากขึ้น				
8	การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ทำให้อาการป่วยเป็นไวรัสโรครุนแรงมากขึ้น				
9	บุคคลที่มีสภาพร่างกายอ่อนแอ เช่น เป็นโรคเบาหวาน โรคไต ติดเชื้อเอชดี จะรับเชื้อไวรัสโรคเข้าสู่ร่างกาย และป่วยเป็นไวรัสโรคได้ง่าย				
10	ผู้ป่วยไวรัสโรคปอด หากเข้าไปอยู่ในที่อากาศหม่นเวียนถ่ายเทได้สะดวก อาจแพร่เชื้อไวรัสโรคไปสู่คนอื่นได้ง่าย				
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโรค					
1	ในสารคัดหลั่ง เสมหะ น้ำมูก น้ำลาย ของผู้ป่วยไวรัสโรคปอด ไม่มีเชื้อไวรัสโรคปะปนอยู่				
2	เมื่อผู้ป่วยไวรัสโรคปอดกินยาไม่ครบและไม่สม่ำเสมอตามที่แพทย์สั่งและขาดยานานเกิน 2 เดือนจะทำให้เชื้อไวรัสโรคดื้อยาและสามารถกลับมาแพร่เชื้อได้อีก				
3	ครอบครัวของคนที่เป็นไวรัสโรคปอด ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา ผู้ดูแลและผู้ป่วยขาดรายได้จากการหยุดงาน				

ข้อ	ข้อความ	มาก	ปานกลาง	น้อย	
4	การหลีกเลี่ยงการอยู่ในฝูงชนแออัดและหลีกเลี่ยงจากผู้ป่วยโรคติดเชื้อ จะช่วยป้องกันการติดเชื้อแทรกซ้อนได้				
5	ควรใช้ผ้าปิดปาก ปิดจมูก เวลาไอจาม ขณะที่อยู่กับผู้อื่นอยู่ด้วยเท่านั้น				
6	โรควัณโรคปอดเป็นโรคที่ไม่ร้ายแรงมาก เชื้อติดต่อกันยาก และเมื่อป่วยแล้วไม่ทำให้เสียชีวิต จึงไม่ต้องป้องกัน				
7	ผู้ป่วยวัณโรคปอดมีความจำเป็น ต้องแยกตัว จากครอบครัวหรือบุคคลที่ใกล้ชิดและเพื่อนในระหว่างรักษา				
8	ที่อยู่อาศัยแออัด อากาศไม่ถ่ายเท ทำให้เกิดการแพร่เชื้อวัณโรคได้ง่ายมากขึ้น				
9	การรักษาแต่แรกเริ่มปฏิบัติตัวถูกต้องจะช่วยป้องกันการติดต่อสู่บุคคลอื่นได้				
10	อาการแทรกซ้อนของวัณโรค ได้แก่ เจ็บหน้าอก หายใจขัด/เหนื่อยมาก ไอมีเลือดปน ออกมามาก				
ความคาดหวังความสามารถแห่งตนเองป้องกันโรควัณโรค					
1	การรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ ช่วยให้สุขภาพแข็งแรง ร่างกายฟื้นตัว และหายจากโรคได้เร็ว				
2	ควรออกกำลังกาย ในขณะรักษาจะส่งผลให้ผู้ป่วยเหนื่อย หายใจหอบ และมีอาการไอ เพิ่มขึ้นได้				
3	ฉีดวัคซีน บีซีจี ตามที่หมอนัด จะทำให้เด็กปลอดภัย ไม่เจ็บป่วยเป็นวัณโรคได้				
4	การรับประทานยา อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ไม่หยุดยาเอง และ ไปพบแพทย์ตามนัด จะช่วยให้ลดโอกาส เป็นวัณโรคต่ออายุได้				
5	การเคร่งครัดในการกั้นยารักษาวัณโรค ในช่วงเดือนแรกทำให้เชื้อวัณโรค ในเสมหะลดลง และปิดปากปิดจมูกเพื่อลดการติดเชื้อสู่บุคคลอื่นได้				
6	ปิดปากเวลาไอ/จาม ทิ้งกระดาษทิชชู หน้ากากอนามัยถูกที่ จะช่วยลดการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรคปอดได้				
7	วิธีกำจัดเสมหะโดยการฝังหรือเทลงส้วมจะเป็นการลดการแพร่กระจายของเชื้อโรคได้				
8	ท่านสามารถนำเสมหะหรือสิ่งปนเปื้อนเสมหะไปทิ้งรวมกับขยะหรือสิ่งปนเปื้อนอื่นๆได้				
9	การดูแลรักษาความสะอาดเครื่องใช้ของผู้ป่วยวัณโรคเป็นสิ่งที่ไม่จำเป็น เพราะเชื้อโรคไม่ได้ปะปนอยู่ในเครื่องใช้ของผู้ป่วย				

ข้อ	ข้อความ	มาก	ปานกลาง	น้อย	
10	ท่านสามารถใช้ผ้าเช็ดหน้า ผ้าเช็ดตัวและเสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่มร่วมกับผู้อื่นได้				
ความคาดหวังแห่งผลลัพธ์ในการป้องกันโรคโควิดโรค					
1	ท่านคิดว่าเมื่อเป็นผู้ป่วยโควิดแล้วมีความยุ่งยากมาก ไม่สะดวกเนื่องจากไม่ค่อยมีเวลา ที่จะทำความสะอาด เครื่องนุ่งห่ม ที่นอน หมอนมุ้ง จะช่วยป้องกันโรคได้				
2	ท่านคิดว่าผู้ป่วยโควิดโรคจะต้องมีญาติพี่น้อง ลูกหลาน คอยดูแลในการ กำกับกรกษณรักษาวัดโรคเป็นประจำ ทำให้กษณยาได้ต่อเนื่อง จะทำให้หายจากโรคโควิดโรค				
3	ผู้ป่วยวัดโรคและผู้ดูแลต้องแยกภาชนะหรือใช้ช้อนกลางตักอาหารเมื่อรับประทานอาหารร่วมกับสมาชิกครอบครัวหรือผู้อื่น จะช่วยป้องกันการ				
4	ท่านคิดว่าการรักษาผู้ป่วยต้องมาตามนัดแพทย์แต่มีอุปสรรคด้านค่าใช้จ่ายและค่าการเดินทาง				
5	ท่านคิดว่าจะปฏิบัติตัวเป็นตัวอย่างที่ดีในการดูแลตนเอง ให้คนในชุมชนเห็นความตั้งใจในการป้องกันและยอมรับผู้ที่ป่วยเป็นวัดโรคปอด				
6	ท่านคิดว่าจะการกำจััดเสมหะของผู้ป่วยด้วยวิธีการเผาหรือฝัง เพราะเป็นหน้าที่				
7	ท่านจะหลีกเลี่ยงการคลุกคลี ใกล้ชิดกับบุคคลที่มีภูมิต้านทานต่ำ เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อเป็นการป้องกันโรค				
8	เมื่อท่านดูแลตัวเองถูกต้อง รับประทานยาต่อเนื่อง ท่านต้องหายจากโรคโควิดโรค				
9	ท่านคิดว่าหลังจากการไอ/จาม หรือบ้วนเสมหะ ท่านจะสามารถนำผ้าเช็ดหน้า หรือวัสดุที่เปื้อนเสมหะไปทำความสะอาดด้วยผงซักฟอก และฝังให้แห้ง ตากไกลบุคคลหรืออาจจะตากแยกได้ เพื่อป้องกันโรค				
10	ท่านไม่สามารถหลีกเลี่ยงการเข้าไปอยู่ในที่มีผู้คนแออัดได้ เพราะมีความจำเป็นในการใช้ชีวิต และการทำงาน				

### ส่วนที่ 8 แบบประเมินความพึงพอใจ

**คำชี้แจง:** โปรดทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องว่าง ที่ตรงกับการมีส่วนร่วมของท่านมากที่สุด  
มากที่สุด หมายถึง มีความพึงพอใจในข้อความดังกล่าวระดับมากที่สุด

มาก หมายถึง มีความพึงพอใจในข้อความดังกล่าวระดับมาก

ปานกลาง หมายถึง มีความพึงพอใจในข้อความดังกล่าวระดับปานกลางเป็นบางครั้ง

น้อย หมายถึง มีความพึงพอใจในข้อความดังกล่าวระดับน้อย

น้อยที่สุด หมายถึง ไม่มีความพึงพอใจในข้อความดังกล่าว

		ความพึงพอใจ					
ข้อ	ข้อความ	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)	
1	โรงพยาบาลที่ท่านไปใช้บริการแห่งนี้มีความพร้อมในด้านสถานที่ บุคลากร เวชภัณฑ์/เครื่องมือ ในการให้บริการท่านเสมอ						
2	โรงพยาบาลที่ไปรับบริการได้สะดวกและอยู่ใกล้บ้านท่าน						
3	โรงพยาบาลแห่งนี้มีขั้นตอนการให้บริการยุ่งยาก ซับซ้อน ทำให้รู้สึกเบื่อหน่าย						
4	เวลาที่ใช้ในการรอรับบริการตรวจ ต้องใช้เวลานาน						
5	เจ้าหน้าที่ที่ให้บริการมีความสนใจ รับผิดชอบ และให้คำแนะนำแก่ท่าน						
6	ท่านเก็บเสมหะส่งตรวจ เจ้าหน้าที่อธิบายให้ท่านเข้าใจและปฏิบัติได้ถูกต้อง						
7	เจ้าหน้าที่ได้อธิบายให้ท่านได้เข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลขั้นตอนการวินิจฉัยโรค ผลการตรวจ และขั้นตอนในการรักษาเมื่อทราบผลตรวจเสมหะ						
8	ท่านได้รับการนัดหมายจากเจ้าหน้าที่ในการรับบริการครั้งต่อไปทุกครั้ง						
9	ท่านรู้สึกพึงพอใจกับการให้บริการตรวจรักษาของแพทย์ที่โรงพยาบาล						
10	ท่านมีความมั่นใจในระบบการรักษาของแพทย์						

### ส่วนที่ 9 ความคิดเห็นของผู้ป่วยเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

**คำชี้แจง:** โปรดทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องว่าง ที่ตรงกับการมีส่วนร่วมของท่านมากที่สุด  
มากที่สุด หมายถึง มีสนับสนุนทางสังคมในข้อความดังกล่าวระดับมากที่สุด  
มาก หมายถึง มีสนับสนุนทางสังคมในข้อความดังกล่าวระดับมาก  
ปานกลาง หมายถึง มีสนับสนุนทางสังคมในข้อความดังกล่าวระดับปานกลางเป็น  
น้อย หมายถึง มีสนับสนุนทางสังคมในข้อความดังกล่าวระดับน้อย  
น้อยที่สุด หมายถึง ไม่มีสนับสนุนทางสังคมในข้อความดังกล่าว

ความคิดเห็นของผู้ป่วยเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม							
ข้อ	ข้อความ	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปาน กลาง (3)	น้อย (2)	น้อย ที่สุด (1)	
1	บุคคลในครอบครัวและบุคคลรอบตัวท่าน ไม่เคยแสดงท่าทีที่ทำให้ท่านหมดกำลังใจ						
2	ท่านมีบุคคลที่ท่านไว้วางใจและสามารถ พูดคุยปัญหา ได้เสมอ						
3	เมื่อท่านมีอาการเจ็บป่วยมีคนบอกไปรับ การตรวจรักษา						
4	ในการปฏิบัติตัวป้องกันการแพร่กระจาย ของเชื้อไวรัสโรค มีคนแนะนำท่านได้เข้าใจ ถูกต้อง						
5	เมื่อท่านสงสัยว่าจะป่วยเป็นไวรัสโรค มีคน คอยให้คำปรึกษาและแนะนำในการไป รักษา						
6	ท่านยอมรับว่าการป่วยเป็นไวรัสโรคสามารถ รักษาให้หายได้						
7	สมาชิกในครอบครัวท่านให้การช่วยเหลือ ท่านในการทำงาน เพื่อให้มีเวลาพักผ่อน						
8	ท่านได้รับการช่วยเหลือเวลาที่มีปัญหาด้าน การเงินในขณะที่ไปรับการรักษาไวรัสโรค						
9	มีคนที่คอยให้กำลังใจ เสนอแนะแนวทางที่ เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิตของท่าน						
10	ท่านแสวงหาความรู้ทางสื่อต่างๆเพื่อดูแล สุขภาพตัวเอง						

## ภาคผนวกที่ 5



## คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

## เอกสารรับรองโครงการวิจัย

เลขที่การรับรอง : 060/2562

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาไทย) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาอังกฤษ) : Health Care Model for Tuberculosis Patient in Community Muang District Mahasarakham Province.

ผู้วิจัย : นายอดิศักดิ์ พลสาร

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : คณะสาธารณสุขศาสตร์

สถานที่ทำการวิจัย : จังหวัดมหาสารคาม

ประเภทการพิจารณาแบบ : แบบเร่งรัด

วันที่รับรอง : 25 เมษายน 2562

วันหมดอายุ : 24 เมษายน 2563

ข้อเสนอการวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ บนพื้นฐานของโครงร่างงานวิจัยที่คณะกรรมการฯ ได้รับและพิจารณา เมื่อเสร็จสิ้นโครงการแล้วให้ผู้วิจัยส่งแบบฟอร์มการปิดโครงการและรายงานผลการดำเนินงานมายังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หรือหากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจักต้องยื่นขอรับการพิจารณาใหม่

(รองศาสตราจารย์เทียบศักดิ์ เมษพรวงไโอกาส)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขซึ่งระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นายอดิศักดิ์ พละสาร
วันเกิด	10 พฤษภาคม 2528
สถานที่เกิด	อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	50 หมู่ 11 ตำบลห้องชัยพัฒนา อำเภอห้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ 46130
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	อาจารย์
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	สาขาสาธารณสุขชุมชน คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
ประวัติการศึกษา	พ.ศ.2547 มัธยมศึกษา โรงเรียนสารคามพิทยาคม จังหวัดมหาสารคาม พ.ศ.2549 อนุปริญญา ประกาศนียบัตรสาธารณสุขศาสตร์ (ปวส.) สาขาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง พ.ศ.2551 ปริญญาตรี สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (ส.บ.) มหาวิทยาลัยขอนแก่น พ.ศ.2553 ปริญญาโท สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) มหาวิทยาลัยขอนแก่น พ.ศ.2563 ปริญญาเอก สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต (ส.ด.) มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

พูน ปรนุ ทิโต ชีเว